

Evaluation der Aids- Präventions Strategie in der Schweiz

Fünfter zusammenfassender Bericht 1993-1995

Gekürzte Fassung

Evaluation der Aids- Präventions Strategie in der Schweiz

Fünfter zusammenfassender Bericht 1993-1995

Gekürzte Fassung

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

mit Beiträgen von

Fabienne Benninghoff, Antonella Cavaleri, Philippe Ciompi,
François Fleury, Marianne Gertsch, IPSO Sozialforschung,
Madeleine Koffi-Blanchard, Elke Konings,
Jean-Christophe Luthy, Martine Verwey

Dankesworte

Die vorliegende Evaluation wäre nicht zustande gekommen ohne die hervorragende Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit in Bern, den Einsatz aller für die Studien verantwortlichen Forscher und der wertvollen Mitarbeit von Myriam Maeder, Sekretärin der Abteilung für Evaluation von Präventionsprogrammen des IUMSP.

Die Mitarbeit zahlreicher Personen aus der Bevölkerung oder aus bestimmten Berufsgruppen, die sich für die verschiedenen Erhebungen zur Verfügung gestellt haben, war die grundlegende Voraussetzung für die Berichterstattung.

Ihnen allen gebührt unser aufrichtiger Dank.

Diese Studie wurde vom Bundesamt für Gesundheit mandatiert und von der Eidgenössischen Aids-Forschungskommission finanziert, Projekt Nr. 91-7074, Bern.
Zum Zitieren

Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Meystre-Agustoni, G., Moreau-Gruet, F., Haour-Knipe, M., Spencer, B., Paccaud, F., *Evaluation der Aidspräventionsstrategie in der Schweiz: Fünfter zusammenfassender Bericht 1993-1995. Gekürzte Fassung.* Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996.

Diese Broschüre ist eine Zusammenfassung des folgenden Berichts
Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Meystre-Agustoni, G., Moreau-Gruet, F., Haour-Knipe, M., Spencer, B., Paccaud, F., *Evaluation der Aidspräventionsstrategie in der Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Fünfter zusammenfassender Bericht 1993-1995.*

Übersetzung
Transit TXT, Fribourg

Adresse für Bestellung
Institut universitaire de médecine sociale et préventive/UEPP
17, rue du Bugnon
CH-1005 Lausanne
tél. 0041 21/314 72 92
fax 0041 21/314 73 73

© IUMSP/UEPP, September 1996/April 1997

Übersetzung

Pharma + Biotech Services
1005 Lausanne, CH
Email: dlazega@worldcom.ch

Gestaltung

atelier alain kissling graphiste
1023 Crissier, CH
Email: alain.kissling@span.ch

Inhaltsverzeichnis

Strategie der Aidsprävention in der Schweiz	5	Resultate der Prävention	27
Fortlaufende Evaluation	6	Allgemeinbevölkerung	27
Umsetzung der Prävention	9	Sexualverhalten	27
Nationale STOP-AIDS-Kampagne 1993-1995	9	Das Präservativ: Image und Probleme	29
Aids-Präventionsprogramme für Drogenkonsumierende	10	HIV-Test	29
Abgabe von Injektionsmaterial durch niederschwellige Einrichtungen	10	Jugendliche	31
Spritzenabgabe durch Apotheken	12	Eintritt in die Phase der sexuellen Aktivität	31
Abgabe von Präservativen durch niederschwellige Einrichtungen	13	Sexualverhalten	31
Aidsprävention im Gefängnis	13	Empfängnisverhütung	32
Projekte für spezielle Gruppen von Drogenkonsumierenden	13	Homo- und Bisexuelle	34
Spezifische Aids-Präventionsprogramme	15	Sexuelle Aktivität und Sexualpraktiken	34
Aidsprävention bei ausländischen Prostituierten in der Schweiz: das Projekt «Barfüsserfrauen»	15	Schutzmassnahmen gegen HIV	34
Das «Migrantenprojekt» (Projet Migrants)	18	Homosexuelle Paare	35
Praktizierende HausärztInnen und die Primärprävention von HIV/AIDS	21	HIV-positive Homosexuelle	36
Aus- und Weiterbildungsprogramme für das medizinische und paramedizinische Personal im Spitex-Bereich und die Freiwilligen	26	Die jungen Homosexuellen (unter 25 Jahren)	36
		HIV-Test	36
		Probleme mit Präservativen	36
		Drogenabhängige	38
		Spritzentausch	38
		Prävention der sexuellen HIV-Übertragung	38
		Prävalenz der HIV-Infektion	39
		Berufsbedingte Risiken einer HIV-Exposition beim Spitalpersonal und Prävention	40
		Epidemiologie von Aids und HIV	43
		Solidarität und Diskriminierung im Zusammenhang mit der Aidssepidemie	44
		Allgemeine Schlussfolgerungen	47
		Entwicklung der Strategie	47
		Resultate der Strategie	49
		Kontext	50
		Empfehlungen	51
		Bibliographie	52
		Anhang	54

Strategie der Aidsprävention in der Schweiz

Die Aidsbekämpfungsstrategie verfolgt drei Ziele :

- Verhinderung neuer Infektionen
- Verminderung der negativen Auswirkungen der Epidemie für die Betroffenen
- Förderung der Solidarität

Die seit 1986 gesamtschweizerisch angewandte Primärpräventionsstrategie umfasst drei

Aktionsebenen :

- allgemeine Massnahmen, um die gesamte Bevölkerung zu informieren und zu motivieren ;
- zielgruppenspezifische Interventionen (Jugendliche, Drogenabhängige, Homosexuelle usw.) unter Einsatz geeigneter Kanäle und Botschaften ;
- Intervention mit Tiefen- und Langzeitwirkung, die auf individueller Interaktion (Beratung, Wissensvermittlung) basiert. Hierbei werden Personen eingesetzt, die aufgrund ihrer Rolle oder Situation als potentielle MediatorInnen von Präventionsbotschaften dienen können (ÄrztInnen, Eltern, Lehrkräfte usw.).

Die Strategie¹ verwendet ein Integrationsmodell, das auf der Überzeugung fusst, dass der Mensch lernfähig ist und dass man ihn dazu anspornen kann, sich präventiv zu verhalten. Es geht also darum, zu informieren (aufklären, Wissen vermitteln), zu motivieren, den Erwerb von Fähigkeiten zu fördern und die Menschen zu ermuntern, das erworbene Schutzverhalten beizubehalten. Dieses Modell bedingt zudem das Vorhandensein eines günstigen Umfelds für die Prävention und die Behandlung von Aids, weshalb die Strategie und die Botschaften auch die Förderung der Solidarität beinhalten. Darüber hinaus gibt sich die Strategie pragmatisch und legt Wert auf den freien Willen, indem sie die zur Verfügung stehenden Präventionsmittel nahe-

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

¹ Eine detaillierte Beschreibung dieser Strategie findet sich im Handbuch « HIV-Prävention in der Schweiz. Ziele, Strategien, Massnahmen ». BAG, Bern 1993.

Fortlaufende Evaluation

Seit 1986 evaluiert das Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) in Lausanne (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) die Aidspräventionsstrategie der Schweiz. Das vorliegende Dokument ist eine Zusammenfassung des Syntheseberichts, der den Untersuchungszeitraum 1993-1995 umfasst (sechste Phase des Evaluationsprogramms)².

Als Evaluationskonzept wurde ein globaler Ansatz gewählt. Dadurch sollte es möglich sein, die Elemente der Präventionsprozesse und -resultate sowie die relevanten Aspekte des sozialen Umfelds zu erfassen. Es geht also darum, die verschiedenen Komponenten der Strategie und ihrer Auswirkungen fortlaufend aufzuzeigen und zu untersuchen.

2 Bereits veröffentlichte Berichte:

- Hausser, D., Lehmann, Ph., Gutzwiller, F., Burnand B., Rickenbach, M., *Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP*. Octobre 1986. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986. (CahRechDoc IUMSP no 7).
- Hausser, D., Lehmann, Ph., Dubois-Arber, F., Gutzwiller, F., *Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse*. Décembre 1987. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987. (CahRechDoc IUMSP, no 23).
- Dubois-Arber, F., Lehmann, Ph., Hausser, D., Gutzwiller, F., *Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Deuxième rapport de synthèse*. Décembre 1988. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989. (CahRechDoc IUMSP, no 39).
- Hausser, D., Zimmermann, E., Dubois-Arber, F., Paccaud, F., *Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Dritter zusammenfassender Bericht, 1989-1990*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991. (CahRechDoc IUMSP, no 52a).
- Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Meystre-Agostoni, G., Gruet, F., Paccaud, F., *Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Vierter zusammenfassender Bericht, 1991-1992*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994. (CahRechDoc IUMSP, no 82a).

Die Gesamtevaluation geht folgenden zentralen Fragen nach :

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Prävention :

- Welche Präventionsaktivitäten werden durchgeführt und wie entwickeln sie sich ?
- Welche Probleme ergeben sich dabei und wo sind Erfolge zu verzeichnen ?
- Gibt es Lücken im Bereich, den die Prävention abdeckt (Lücken bezüglich Regionen, unterschiedlich betroffenen Sondergruppen usw.) ?
- Entwickelt sich die Prävention auf allen vorgesehenen Ebenen ?
- Sind die anderen Akteure der Prävention oder Partner des BAG wie die Kantone, die Vereine, gewisse Berufsgruppen, die Multiplikatoren aktiv ?
- Gibt es Garantien für die Weiterführung und die Qualität der Prävention ?

In Zusammenhang mit den Ergebnissen der Prävention :

- Ist eine Verbesserung der Kenntnisse, der Verhaltensänderungen in den Zielbereichen der Prävention zu beobachten (insbesondere beim Sexualverhalten, bei den Drogenkonsumarten, bei der Qualität der Beratung usw.). Zeigen sich Solidaritäts- bzw. Angstgefühle ?
- Verändert sich die epidemiologische Situation ?
- Hat die Prävention unerwartete oder unerwünschte Nebenwirkungen ?

Das Evaluationsprogramm umfasst eine Reihe von zunächst jährlich aufeinanderfolgenden, später auf zwei Jahre ausgeweiteten Phasen. Jede Phase beinhaltet ein Bündel von 10 bis 20 ergänzenden Studien, deren Synthese eine Gesamtbeurteilung der Entwicklung und der Effizienz der umgesetzten Strategien ermöglicht. Hingegen ist es unmöglich, in jeder Phase die Gesamtheit der Präventionsaktionen zu berücksichtigen (die direkt vom BAG lancierten und diejenigen der Partner). Zudem ist es wegen der Menge und der Verschiedenartigkeit der Aktionen nicht immer möglich, den Einfluss der einzelnen Aktivitäten oder Programme voneinander

zu trennen. Daher werden in jeder Phase Prioritäten aufgestellt. Das BAG bestimmt zusammen mit den für die Evaluation zuständigen Personen die Aktivitätsbereiche, die es zu evaluieren gilt. Für jeden Bereich werden zusätzlich zu den oben genannten Fragen spezifischere Fragen formuliert, welche die Evaluation zu beantworten versucht. In jeder Phase findet man somit Studien, die regelmässig wiederholt werden (Monitoring der Aktivitäten oder der Verhaltensweisen), Studien, die ein bereits bearbeitetes Untersuchungsfeld unter einem neuen Blickwinkel behandeln, neue Studien usw. (siehe Übersichtstafel der seit 1986 durchgeführten Studien im Anhang 1).

Die Ergebnisse der Evaluation werden in regelmässigen Abständen den Präventionsverantwortlichen übermittelt, damit diese gegebenenfalls die Präventionsstrategie anpassen können. Es handelt sich daher um ein Evaluationsprogramm, das die Strategie begleitet und das mit der Zeit durch neue Befragungen ergänzt wird.

Für die Evaluationsphase 1993-1995 wurden folgende prioritären Bereiche ausgewählt :

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

- STOP-AIDS-Kampagne (in jeder Phase wird eine Bilanz der diesbezüglich vorhandenen Daten erstellt)
- Aktivitäten zur Verminderung der HIV-Risiken bei Drogenkonsumierenden (in jeder Phase wird eine Bilanz der in diesem Bereich der Zielgruppenprävention vorhandenen Daten erstellt)
- 2 Programme/Projekte, die sich an besondere Zielgruppen richten :
 - das Projekt « Barfüsserfrauen », ein Aidspräventionsprogramm für ausländische Prostituierte (Evaluation der Pilotphase dieses neuen Programms)
 - das Migrant*innenprojekt (Evaluation der weiteren Entwicklung des vom BAG eingeführten Präventionsprogramms für die spanische, portugiesische und türkische Gemeinschaft, im Anschluss an eine Evaluation der Pilotphase während der vorangegangenen Phase) ;
- von den HausärztInnen unternommene Aktivitäten zur Aidsprävention (Wiederholung einer 1990 durchgeführten Studie zur Beobachtung der Mobilisierung der Fachleute und ihrer Praxis in diesem Bereich)
- Ausbildungsprogramme für das medizinische Per-

sonal sowie das Hilfs- und Pflegepersonal im Spitex-Bereich und die Freiwilligen (Evaluation zur Entscheidungshilfe für die weitere Unterstützung dieser Programme durch das BAG) ;

b) im Rahmen der Evaluation, die sich mit der Wirksamkeit der Präventionsstrategie befasst (Resultate) :

- Entwicklung der Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen der Allgemeinbevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren sowie Fortsetzung der Präservativmarktstudie (regelmässig wiederholte Befragungen zur Feststellung der mittelfristigen Tendenzen und Analyse anderer verfügbarer Daten)
- Entwicklung der Verhaltensweisen von Jugendlichen (Sekundäranalyse der Daten verschiedener Umfragen)
- Entwicklung der Verhaltensweisen von Homosexuellen (regelmässig wiederholte Studie zur Feststellung der mittelfristigen Tendenzen)
- Entwicklung der Verhaltensweisen von Drogenkonsumierenden (Sekundäranalyse der Daten verschiedener Umfragen)
- Berufsbedingtes HIV-Expositionsrisiko beim Spitalpersonal (neue Studie, Bilanz des HIV-Ansteckungsrisikos und der Schutzmassnahmen)
- Entwicklung der Anzahl HIV-positiver oder aidskranker Personen (Verwendung der epidemiologischen Daten des Überwachungssystems)

c) Evaluation des Umfelds, im dem die Aidsprävention erfolgt :

- Solidarität mit HIV-infizierten Personen (Sekundäranalyse der diesbezüglich in verschiedenen Studien gesammelten Daten).

Anhang 2 enthält eine Zusammenfassung der methodischen Merkmale der verschiedenen Studien, die in dieser Evaluationsphase durchgeführt wurden. Im folgenden werden diese Studien einzeln behandelt. Auf die wichtigsten Fragen, die im Rahmen der Evaluation gestellt wurden, folgen eine Zusammenfassung der gesammelten Daten, Schlussfolgerungen zu den Fragestellungen sowie Empfehlungen. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen, die für die gesamte Strategie von Interesse sind, werden am Schluss angeführt. Für zusätzliche Informationen kann man den Gesamtbericht oder die wissenschaftlichen Berichte zu den einzelnen Studien konsultieren.

Umsetzung der Prävention

Im folgenden werden die wichtigsten Daten zu den Präventionsaktivitäten zusammengefasst, die in der aktuellen Evaluationsphase prioritär untersucht wurden (allgemeine Kampagnen oder zielgruppenspezifische Kampagnen, Multiplikatoreneinsätze). Die Daten stammen aus den Studien des Evaluationsprogramms oder aus der Synthese vorhandener Dokumente (Tätigkeitsberichte, Berichte über lokale Studien, usw.).

Nationale STOP-AIDS-Kampagne 1993-1995

Zentrale Fragen :

- Kontinuität der Kampagne
- Sichtbarkeit der Kampagne
- Akzeptabilität der Kampagne

Die an die gesamte Bevölkerung gerichtete STOP-AIDS-Kampagne wird in regelmässigen Abständen fortgeführt : fünf Aktionen im Jahr 1993, sechs im Jahr 1994 und vier im Jahr 1995. Die Hauptthemen wurden beibehalten : Förderung des Präservativgebrauchs ; Erinnerung, dass gegenseitige Treue auch eine Schutzmöglichkeit darstellt ; Drogenabstinenz oder Verwendung von sauberen Spritzen ; Solidarität mit den Betroffenen.

1995 gaben 69 % der Bevölkerung an, die eine oder andere Aktion der Kampagne aus dem betreffenden Jahr gesehen zu haben ; jede dieser Aktionen wurde von 20 % bis 40 % der Befragten eindeutig identifiziert.

Die Kampagne wird nach wie vor gut aufgenommen : 60 % der Bevölkerung sind der Ansicht, dass die Kampagne weiterhin beachtet wird, obschon sie seit bald 10 Jahren besteht, und 90 % denken, dass man sie fortsetzen soll.

Aids-Präventionsprogramme für Drogenkonsumierende

- Wie entwickeln sich die Aktivitäten zur Verminderung der Risiken, vor allem jene zur Versorgung mit Injektionsmaterial?
- Welche Probleme treten dabei auf?
- Welche Mängel und regionalen Unterschiede sind festzustellen?
- Gibt es brauchbare Erfahrungen, die man aufgreifen und weiterentwickeln könnte?

Abgabe von Injektionsmaterial durch niederschwellige Einrichtungen

Ab 1986 entstanden in der Schweiz nach und nach Anlauf-, Kontaktstellen und ähnliche Hilfseinrichtungen für Drogenkonsumierende, die sich hauptsächlich der Aufgabe widmen, die Aidsrisiken³ zu vermindern (Beratung, Abgabe von Injektionsmaterial, gelegentlich mit Injektionsraum, Abgabe von Präservativen). In einigen Fällen werden auch Grundpflege, häusliche Dienste, Ruheräume oder eine Mini-Cafeteria angeboten. Es wird keinerlei Behandlung offeriert, doch können diese Einrichtungen ihre KlientInnen an geeignete Stellen verweisen. Sie legen den KonsumentInnen keinerlei Verpflichtungen auf, sind leicht zugänglich und wahren die Anonymität. Nebst solchen mit festem Standort gibt es auch mobile Einrichtungen (Bus).

Die schweizerische Bevölkerung akzeptiert im allgemeinen die Notwendigkeit, die Drogenkonsumierenden mit sterilem Injektionsmaterial zu versorgen. Trotzdem gaben oder geben diese Einrichtungen Anlass zu Kontroversen und diversen Befürchtungen: die Befürchtung, den Drogenkonsum und insbesondere den intravenösen Drogenkonsum als Konsumform zu

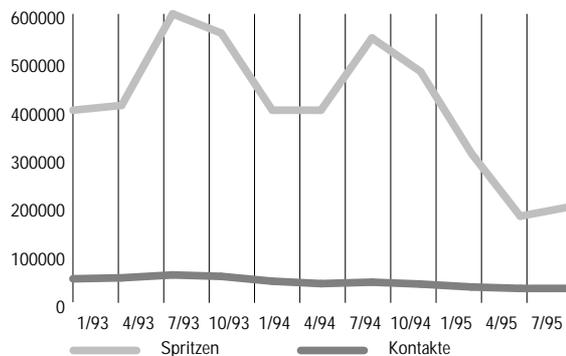
fördern und Abstinenzwillige abzuschrecken; die Angst, dass die öffentliche Ordnung in den betroffenen Quartieren gestört wird, dass der Drogenverkehr angezogen wird oder dass Konsumierende aus anderen Städten oder Regionen angelockt werden. Diese von starken Gegensätzen geprägte Debatte hatte eine chaotische Entwicklung dieser Art von Einrichtungen zu Folge: häufige Wechsel des Standorts und der zuständigen Organisation, Eröffnungen bzw. Schliessungen in kurzer Folge und ständige Veränderungen beim Angebot. Trotz dieser von Zufällen bestimmten Unsicherheiten in den ersten Jahren ihres Bestehens konnte in einigen Städten eine gewisse Kontinuität gewahrt werden.

Ende 1995 gab es in der Schweiz dreiundzwanzig Einrichtungen dieser Art verteilt auf neun Kantone (AG, BE, BS, GE, LU, SG, SH, SO, ZH). Dreizehn Einrichtungen verfügten über einen Injektionsraum (BE eins; BS drei; ZH sechs; SO zwei; SH eins).

³ Aus diesen Gründen werden sie häufig «niederschwellige» Strukturen genannt.

Die meisten dieser Einrichtungen befinden sich in der Deutschschweiz. In einigen Städten der Romandie verteilen GassenarbeiterInnen vereinzelt steriles Material an ihre KlientInnen (z. B. FR, JU, VD), doch erfolgt hier die Versorgung mit sterilem Injektionsmaterial hauptsächlich über die Apotheken.

Spritzenabgabe und Anzahl Kontakte in den niederschweligen Einrichtungen der Schweiz : 1993-1995.



Das seit 1993 laufende Monitoring der Aktivitäten solcher «niederschwelliger» Einrichtungen zeigt folgende Entwicklung :

- 1993 wurden ca. 7 Millionen Spritzen abgegeben, 1994 6,3 Millionen und 1995 3,21 Millionen. Dies entspricht für den Zeitraum 1993-94 ungefähr 17 000-19 000 Spritzen pro Tag oder 500 000-700 000 pro Monat und für das Jahr 1995 ⁴ 9 000 Spritzen pro Tag oder 270 000 pro Monat.
- Die Anzahl Kontakte, bei denen dieses Material verteilt wird, lag 1993 bei 50 000 pro Monat ; in den Jahren 1994 und 1995 sank diese Zahl allmählich, bis sie Ende 1995 wenig mehr als 30 000 pro Monat betrug.

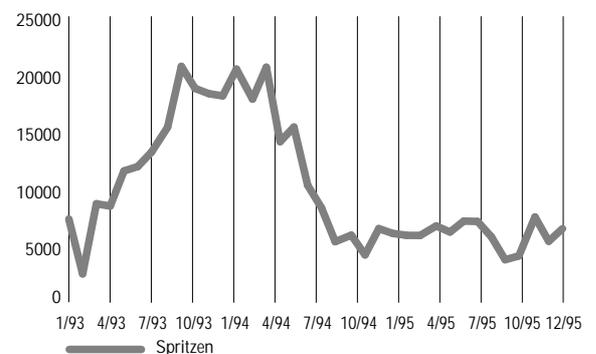
Die Nachfrage nach Injektionsmaterial nimmt also nicht ständig zu, wie es jene befürchtet haben, die argwöhnten, dass die Abgabe von Injektionsmaterial dem intravenösen Drogenkonsum Vorschub leistet.

Ende 1994 war ein deutlicher Rückgang der Spritzenabgabe zu verzeichnen, die von einer weniger

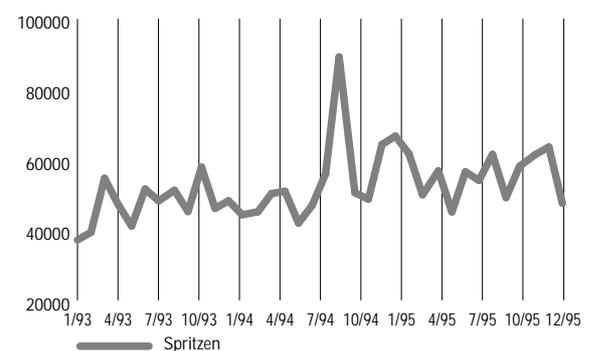
⁴ Diese gegenüber der Abbildung leicht höheren Zahlen berücksichtigen auch jene Spritzen, die in Unterkunftseinrichtungen verteilt werden.

ausgeprägten Abnahme der Anzahl Kontakte begleitet wurde. Dies bedeutet, dass pro Kontakt weniger Spritzen abgegeben wurden. Ursache dieser deutlichen und andauernden Verringerung der Anzahl abgegebener Spritzen ist die im Februar 1995 erfolgte Schliessung der « offenen Szene » am Letten in Zürich. Dabei geht der Rückgang der Spritzenabgabe in dieser Stadt nicht mit einem « Aufschwung » der Verteilung von Injektionsmaterial in den Einrichtungen der Nachbarkantone einher. Ähnliche Effekte wurden auch in anderen Städten beobachtet, in Folge von plötzlichen Veränderungen der lokalen Szenen (Auflösung der Szenen in St. Gallen, Olten, Solothurn) oder aufgrund eines Wechsels der Verteilform (Luzern : Ersatz einer Einrichtung mit Injektionsraum durch einen mobilen Bus im April 1994) : diese Veränderungen hatten eine dauerhafte Störung des Spritzenabgabesystems zur Folge.

Luzern



Basel



Ändert sich die Situation dieser empfindlichen Bevölkerungsgruppen plötzlich (Schliessung von Rückzugsorten, Auflösung von offenen Szenen in Verbindung mit

verstärkter Repression), so nimmt die Unsicherheit der Konsumierenden zu. Vorrang hat nun das Problem der Beschaffung von Stoff, wogegen die Versorgung mit Injektionsmaterial weniger wichtig wird; auch steigert sich der Stress während der Verabreichung der Injektion, die zudem an noch ungeeigneteren Orten erfolgt. Nach der Schliessung des Platzspitz im Jahre 1992 stellte man in Zürich fest, dass die Drogenkonsumierenden untereinander vermehrt Spritzen tauschten. 1995 herrschte in Zürich vermutlich eine mangelhafte Versorgung mit Spritzen und damit ein erhöhtes HIV-Übertragungs- und Infektionsrisiko, da die Abhängigen das gleiche Material mehrmals verwendeten. Die Aussagen von ortskundigen Betreuungspersonen bestätigen, dass die KonsumentInnen ihre Spritzen wiederverwenden und bei ihren Besuchen in den niederschweligen Stellen weniger Spritzen nehmen. In einigen Zürcher Anlaufstellen ist die Anzahl abgegebener Nadeln im Verhältnis zu verteilten Spritzen gestiegen.

Dort, wo das System nicht verändert wurde, hat man keine derartige Störung der Abgabe von sterilem Injektionsmaterial festgestellt. In diesen Orten verzeichnet man eine Stabilisierung der Anzahl verteilter Spritzen (Basel, Bern, Genf). Man kann folglich von einer echten Stammkundschaft dieser Stellen sprechen, was vermutlich mit einer Situation zusammenhängt, die für die Entstehung eines dauerhaften Vertrauensverhältnisses günstiger ist, aus dem sich andere Arten der Betreuung ergeben könnten.

Spritzenabgabe durch Apotheken

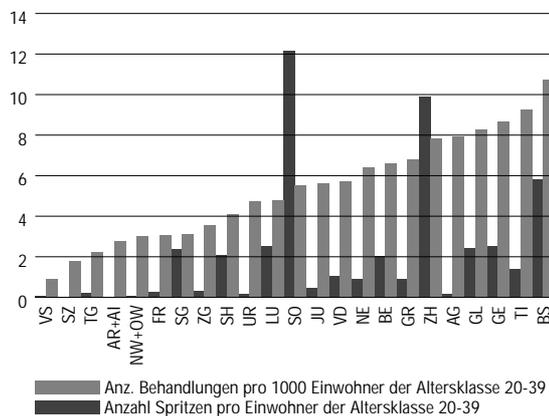
In den meisten Kantonen der Schweiz stellen die Apotheken die einzige lokale Versorgungsquelle für Injektionsmaterial dar. Aufgrund einer bei allen Schweizer Apotheken durchgeführten Umfrage schätzt man, dass in den letzten Monaten des Jahres 1994 insgesamt pro Monat 100'000 Spritzen einzeln oder in der Flash Box verkauft wurden (weniger als ein Viertel der Menge, die in niederschweligen Einrichtungen verteilt wird).

Der Spritzenverkauf in Apotheken ist jedoch mit Problemen verbunden: beschränkte Öffnungszeiten, der Preis des Injektionsmaterials, die Hemmung der KäuferInnen, sich als Drogenabhängige zu bezeichnen, die Skepsis

einiger ApothekerInnen gegenüber einer Kundschaft, die als schwierig erachtet wird. Doch ist die Apothekerschaft grundsätzlich gegenüber der Abgabe von sterilem Injektionsmaterial positiv eingestellt. In der weiter oben angesprochenen Umfrage erklären sich 80% der ApothekerInnen mit dem Verkauf von Spritzen an Drogenabhängige einverstanden. In der Praxis verkaufen 71% von ihnen die Spritzen in jedem Fall, 23% unter bestimmten Voraussetzungen und 5% verweigern den Spritzenverkauf an Drogenabhängige oder tun dies nur ausnahmsweise. 41% der ApothekerInnen, die den Verkauf von Spritzen prinzipiell befürworten, knüpfen den Verkauf an keinerlei Bedingungen. Die Romands sind dabei etwas zurückhaltender als ihre KollegInnen aus der Deutschschweiz und dem Tessin. Doch hat sich in letzter Zeit die Meinung zugunsten einer grösseren Öffnung gewandelt: so wurden beispielsweise im Kanton Waadt im Jahr 1994 sechsmal mehr Spritzen verkauft als 1991. In mehreren Kantonen (vor allem VD und GE) wurden Initiativen zur Sensibilisierung der ApothekerInnen für die Probleme der Drogenabhängigen lanciert. Diese Aktionen stiessen bei den ApothekerInnen auf grosses Interesse; sie sind willens, sich stärker für die Aidsprävention zu engagieren. Manche von ihnen sind bereits seit längerer Zeit als Partner von Methadonbehandlungen tätig. Allgemein scheint der Spritzenverkauf in Apotheken allmählich zuzunehmen.

Nichtsdestoweniger bleibt festzuhalten, dass die Versorgungslage mit Injektionsmaterial in der Schweiz je nach Region und Kanton sehr unterschiedlich aussieht und dass in der Westschweiz der Zugang zu Injektionsmaterial weiterhin unbefriedigend ist. Dies selbst wenn man die Tatsache in Betracht zieht, dass, in der Westschweiz der Anteil Drogenabhängiger, die sich einer Methadonbehandlung unterziehen und demnach im Prinzip keine oder kaum Spritzen benötigen, recht hoch ist.

Anzahl der laufenden Methadonbehandlungen im Jahre 1994 und Anzahl der im gleichen Jahr abgegebenen Spritzen nach Kanton.



Abgabe von Präservativen durch niederschwellige Einrichtungen

Alle niederschweligen Einrichtungen stellen ihrer Klientel Präservative zur Verfügung. In der Regel werden die Präservative nicht aktiv unter die KlientInnen verteilt, doch diese können sich selber bedienen. Nur wenige Einrichtungen (Genf, Luzern, Basel) führen Buch über die ausgegebenen Präservative, was vielleicht ein Hinweis darauf ist, dass sie diesen Aspekt der Aidsprävention bei Drogenkonsumierenden als weniger wichtig erachten. Einzig der Genfer Bus fördert den Präservativgebrauch aktiv und erteilt den BenutzerInnen diesbezügliche Ratschläge.

1995 wurden in Genf im Schnitt pro Kontakt 1,3 Präservative verteilt, gegenüber 0,7 in Luzern und 0,4 in Basel.

Aidsprävention im Gefängnis

In mehreren Studien wurde nachgewiesen, dass es auch im Gefängnis Drogenkonsum und Spritzentausch gibt. Vier Strafanstalten stellen ihren InsassInnen Desinfektionsmaterial zur Verfügung. 1994 wurde ein einjähriges Pilotprogramm zur Aidsprävention im Frauengefängnis Hindelbank lanciert. Im Rahmen dieses

Projektes veranstaltete man für die Insassinnen und das Gefängnispersonal Informationskurse und Diskussionen und bot den inhaftierten Frauen die Möglichkeit für persönliche Beratungsgespräche. In sechs leicht zugänglichen Räumen der Anstalt wurden Automaten zum Austausch von Spritzen aufgestellt.

Die Evaluation des Programms hat erbracht, dass dieses bei den Insassinnen und beim Personal sehr viel Anklang fand. Es wurden über 5000 Spritzen verteilt (durchschnittlich 14 pro Tag). Dabei war weder eine unkontrollierte Zunahme des Spritzengebrauchs festzustellen, noch eine missbräuchliche Verwendung des Materials (etwa als Waffe). Zudem hat dieses Programm niemanden ermuntert, in den Drogenkonsum einzusteigen. Im Gegensatz dazu sank (von 8 auf 1) im Verlauf des Pilotprogramms die (geringe) Zahl von Personen, die zugaben, im vergangenen Monat eine von jemand anderem verwendete Spritze benutzt zu haben.

Projekte für spezielle Gruppen von Drogenkonsumierenden

Kürzlich begannen in Basel und Genf zwei Projekte zur Aidsprävention für Drogenkonsumierende, die sich prostituieren. In St. Gallen wurde ein Pilotprojekt zur sexualitätsbezogenen Aidsprävention bei Drogenkonsumierenden lanciert, das auf der Idee der Wissensvermittlung von Gleichen an Gleiche basiert und unter dem Titel «Projekt MEDIA» läuft. Derzeit wird dieses Projekt evaluiert (siehe unten).

Schlussfolgerungen

- Die Drogenkonsumierenden machen regen Gebrauch von sterilem Injektionsmaterial, sofern dieses verfügbar und vor allem leicht zugänglich ist.
- Das Angebot an niederschweligen Kontakt- und Anlaufstellen, die sich speziell an Drogenkonsumierende richten (Abgabe von Injektionsmaterial, Injektionsraum), hat in den letzten Jahren zugenommen, ebenso wie die Zahl der Apotheken, die steriles Injektionsmaterial verkaufen. Es gibt keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die Versorgung der Drogenkonsumierenden mit leicht zugänglichem Injektionsmaterial diese zum Umstieg auf den intravenösen Drogenkonsum verführt.
- Nach der Schliessung von niederschweligen Einrichtungen oder der Auflösung von Drogenszenen hat man jeweils einen Rückgang der Spritzenabgabe verzeichnet, verbunden mit einer erhöhten Unsicherheit, grösseren Versorgungsschwierigkeiten und vermutlich einer verstärkten Infektionsgefahr (HIV, Abszesse) für Drogenkonsumierende, die schlecht organisiert oder stark abhängig sind.
- Der intravenöse Drogenkonsum in Haftanstalten ist eine Realität. Das Pilotprojekt von Hindelbank hat gezeigt, dass die Spritzenabgabe im Gefängnis vertretbar, machbar, sinnvoll und auch gefahrlos ist.
- Bei der Aidsprävention für Drogenkonsumierende wird die sexualitätsbezogene Aidsprävention nach wie vor vernachlässigt.

Empfehlungen

- Der Zugang zu sterilem Injektionsmaterial muss noch verbessert werden, indem man systematischer zusätzliche Angebote schafft (Möglichkeit der Spritzenabgabe durch niederschwellige Einrichtungen, Therapiestellen, Apotheken, Automaten) und öffentlich bekannt macht.
- Bei absehbaren Veränderungen in den Drogenszenen, Schliessungen oder sonstigen strukturellen Wechseln, welche die Zugänglichkeit zu Injektionsmaterial beeinflussen könnten, müssen frühzeitig Massnahmen getroffen werden, um die Übergangszeit zu überbrücken. Dabei sind alle Partner einzubeziehen, die in diesem Bereich tätig sind (SozialarbeiterInnen, Polizei, Konsumierende).
- Die Sensibilisierung der ApothekerInnen für die Rolle, die sie als Partner in der Aidsprävention bei Drogenkonsumierenden spielen, sollte verstärkt werden (Ausbildung, Aufbau von Apotheken-Ressourcen-Netzen usw.). Zumal die ApothekerInnen oft auch im Rahmen von Methadonprogrammen für Drogenabhängige als Partner fungieren.
- Das Thema «kein Spritzentausch» – eine Spritze = eine Injektion, keine gemeinsame Benutzung von Hilfsmaterial (Löffel, usw.), egal bei welchem Partner oder in welcher Situation – muss in den Einrichtungen, die Injektionsmaterial anbieten, ständig präsent sein.
- Die Frage von speziellen, szenennahen Diensten für drogenabhängige Prostituierte (Frauen und Männer) muss in allen grösseren Städten zur Diskussion gestellt werden.
- Die Aidsprävention im Gefängnis ist auszubauen.
- Die Prävention der sexuellen HIV-Übertragung sollte in der Tätigkeit der Einrichtungen für Drogenkonsumierende einen wichtigen Stellenwert erhalten. Dem Personal solcher Einrichtungen sollte zu diesem Zweck eine entsprechende Ausbildung angeboten werden.
- Parallel dazu sollte man andere szenennahe Aktionen (Wissensvermittlung von Gleichen an Gleiche, Gassenarbeit) mit Schwergewicht auf die sexuelle HIV-Übertragung entwickeln und evaluieren.

Spezifische Aids-Präventionsprogramme

Seit mehreren Jahren initiiert oder unterstützt das BAG Präventionsprogramme, die auf dem Konzept der Wissensvermittlung von Gleichen an Gleiche basieren: Dazu werden aus den Zielgruppen, die man anzusprechen wünscht, Personen rekrutiert und für die Prävention ausgebildet. Wenn möglich sollte es sich um Personen handeln, die in ihrem Milieu als Leader oder als Menschen mit einiger Erfahrung bekannt sind. Die Betreffenden können in der Folge eine Präventionsaktion leiten, die an das Milieu, aus dem sie stammen, angepasst ist, wobei sie ein gewisses Mass an Unterstützung erhalten. Diese Präventionsaktion kann im Rahmen von persönlichen Kontakten oder auch in Form einer Intervention bei Gruppen erfolgen. Zwei dieser Programme wurden evaluiert: das Projekt «Barfüsserfrauen», das sich an ausländische Prostituierte richtet, die in der Schweiz arbeiten, und das Migrantinnenprojekt, das für die spanischen, portugiesischen und türkischen Ausländergemeinschaften in der Schweiz bestimmt ist.

Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass auch noch ein drittes Projekt evaluiert wird: das Projekt «MEDIA». Dieses von der Aids-Hilfe St. Gallen entwickelte Projekt versucht MediatorInnen aus dem Milieu der Drogenkonsumierenden bzw. Ex-Drogenkonsumierenden zu rekrutieren und auszubilden. Von diesen MediatorInnen erwartet man, dass sie anschliessend in ihrem Milieu als InformantInnen über Aids, als BeraterInnen oder gar als Vertrauenspersonen mit «Vorbildfunktion» tätig sind (wobei der Prävention der sexuellen Übertragung von HIV und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten besondere Beachtung geschenkt wird). Um die Kontaktaufnahme zu erleichtern, überreichen die MediatorInnen der Person, mit der sie ein Gespräch anbahnen, jeweils eine Art «Geschenkpäckchen». Diese Schachtel enthält diverse Toilettenutensilien, Präservative, Desinfektionsmittel u.ä. Man erwartet, dass diese Aktion einen Schneeballeffekt haben wird. Für die Pilotphase des Projekts MEDIA wurden drei spezielle Zielgruppen ausgewählt:

- Die Insassen des Gefängnisses von Saxerriet (halboffene Anstalt), von denen die meisten wegen Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz inhaftiert sind.
- Drogenkonsumierende oder ehemalige Drogenkonsumierende, die in Kontakt mit einer Selbsthilfegruppe für ehemalige Drogenabhängige stehen.
- Junge italienische ImmigrantInnen der 2. und 3. Generation, die Drogen konsumieren.

Für die nächste Evaluationsphase wird eine Zusammenfassung der Erfahrungen erstellt, die im Rahmen dieser Programme der Wissensvermittlung von Gleichen an Gleiche gesammelt wurden.

Aidsprävention bei ausländischen Prostituierten in der Schweiz: das Projekt «Barfüsserfrauen»

Mehrere Studien haben die besondere Verletzlichkeit verschiedener Kategorien von Prostituierten aufgezeigt: Illegale, «Nichtprofessionelle», Tänzerinnen, Drogenabhängige, insbesondere Migrantinnen, die sich prostituieren. Das Projekt «Barfüsserfrauen», das die Aids-Hilfe Schweiz 1993 ins Leben rief, war für diese Frauen gedacht. Dieses Projekt basiert auf der Idee der Wissensvermittlung von Gleichen an Gleiche. Das bedeutet, dass man Prostituierte und Ex-Prostituierte aus dem Milieu der immigrierten Prostituierten (Migrant-Sexworker) rekrutiert und gezielt ausbildet. Sie werden zu Mediatorinnen bei der Präventionsarbeit mit Frauen aus derselben Bevölkerungsgruppe, denen sie Informationen und Ratschläge weitergeben. Als Informationsmedium dient eine Audiokassette in mehreren Sprachen, welche die Mediatorinnen einer Gruppe von Frauen vorspielen, die sie zu einem Treffen eingeladen haben. An solchen Treffen werden anschliessend Themen wie die Aidsprävention und andere Probleme (Zugang zu Gesundheits- und Sozialdiensten, Schwierigkeiten mit der Polizei usw.) diskutiert. Die Mediatorinnen wenden etwa 10 Stunden pro Monat für das Projekt auf.

- Ist das Konzept der Wissensvermittlung von Gleichen an Gleiche in diesem Milieu überhaupt anwendbar ?
- Ist es möglich, Mediatorinnen aus der betroffenen Bevölkerungsgruppe zu rekrutieren, auszubilden und sie zur Weiferführung der Aidsprävention zu motivieren ?
- Welche Bedingungen müssen erfüllt sein für einen Transfer des Projektes an lokale Trägerschaften in anderen Städten der Schweiz ?

Das Projekt wurde zunächst während seiner Aufbau-phase in Zürich und Basel evaluiert, bevor man es auf andere Regionen der Schweiz ausdehnte. Dabei konzentrierte sich die Evaluation auf die Frage, ob das Konzept der Wissensvermittlung von Gleichen an Gleiche in diesem Milieu anwendbar ist (Rekrutierung, Ausbildung, Arbeit der Mediatorinnen), sowie auf die Bedingungen für den Transfer des Projektes, das anfänglich von der AHS zentral geleitet wurde, an Partnerorganisationen in anderen Städten, die den Auftrag erhalten, das Projekt langfristig in Gang zu halten.

Eine erste, 1994 erstellte Kurzevaluation des Projektes hat nachgewiesen, dass das Projekt machbar ist, obwohl noch gewisse organisatorische Probleme aufgedeckt wurden. Die zweite, ausführlichere Evaluationsphase begann 1995. Zu dieser Zeit arbeiteten in Zürich fünf Mediatorinnen (vier Dominikanerinnen und eine Kamerunerin) für das Projekt, alle seit mehr als einem Jahr. Vier waren Prostituierte gewesen, eine arbeitete noch in einem Nachtclub. Sie waren zwischen 20 und 50 Jahre alt.

Die Arbeit der Mediatorinnen konnte nicht in ihrer Gesamtheit erfasst werden ; insbesondere sind noch Fragen über die Natur und die Qualität ihrer Einsätze offen. Doch gewann man wichtige Aufschlüsse über die Durchführung und den Verlauf des Projektes sowie die Zweckmässigkeit des Mediatorenkonzeptes.

Die Rekrutierung bereitet ziemliche Probleme, und es ist schwierig, aus jeder ausländischen Bevölkerungsgruppe, die in diesem Milieu in der Schweiz vertreten ist, Frauen zu finden : Auch wenn die ausländischen Prostituierten in der Schweiz häufig mehrsprachig sind

und die Mediatorinnen sich an einen Kreis von Frauen wenden, der grösser ist als ihr ursprünglicher Kreis, erschwert die geringe Zahl der Ursprungsländer der bisher rekrutierten Frauen einen breiteren Zugang zur Zielgruppe. Nichtsdestoweniger sind die angestellten Mediatorinnen motivierte Frauen, die dem Projekt treu bleiben (schwacher Turn-Over).

Die Schulung, welche die Frauen vor Aufnahme ihrer Tätigkeit als Mediatorin erhalten, ist kurz und konzentriert sich vor allem auf die Möglichkeiten zur Aidsprävention, während den Fragen zur eigentlichen praktischen Arbeit der Mediatorin wenig Platz eingeräumt wird (Wie soll man in Einzelgesprächen oder in der Gruppe über die Prävention sprechen ? Wie soll man auf Fragen, Bitten um Rat eingehen usw.). Diesbezüglich genügt die Schulung den Bedürfnissen der Mediatorinnen nur teilweise, da diese nicht notwendigerweise das nötige Know-how oder Wissen haben, um mit diesen Situationen fertigzuwerden. So, wie die Begleitung der Mediatorinnen organisiert ist (monatliche kurze Treffen mit den Mediatorinnen, keine Präsenz vor Ort, weder vertiefte Einzelberatung noch regelmässige Gruppengespräche), lässt sie weder das vollständige Erfassen des mannigfaltigen Erfahrungsschatzes der Mediatorinnen noch eine gemeinsame Projektführung zu. Sie lässt auch nicht genügend Raum für die Beratung der Mediatorinnen und das Anhören ihrer Probleme.

Die Mediatorinnen und/oder ihre Tätigkeit sind in den von ihnen frequentierten Orten bekannt. Jede von ihnen pflegt ihre eigene Arbeitsweise, und die vorgeschlagene Art und Weise, die Präventionsaktivität zu organisieren (Gruppentreffen mit zuvor kontaktierten Prostituierten), wird nur selten angewandt. Die Mediatorinnen « passen » nämlich das Projekt den Umständen « an », die sie antreffen : ihr Kontakt mit den Prostituierten beschränkt sich manchmal einfach auf die Abgabe von Präservativen oder der Kassette ; die Kontakte erfolgen oft persönlich und dauern nur kurz. Das Monitoring der Arbeit der Mediatorinnen hat gezeigt, dass 10 Mediatorinnen aus dem Raum Basel und Zürich in zwölf Monaten (Januar bis Dezember 1995) ungefähr 600 Frauen kontaktierten und 500 Kassetten und 9000 Präservative verteilten. Die Art dieser Kontakte (einzeln, in der Gruppe, Zeitaufwand, Häufigkeit der Treffen usw.) ist unbekannt und variiert

bestimmt stark. Gemäss den im Rahmen des Projekts erhobenen Daten sollen in Basel und Zürich zwischen 1993 und 1995 ungefähr 1500 Frauen von den Mediatorinnen kontaktiert worden sein.

Zur Zielgruppe ist zu sagen, dass diese umfassendere Kenntnisse hat, als erwartet wurde. Dieses Wissen ist jedoch lückenhaft, insbesondere was die Ansteckungsgefahr durch Küssen und bei orogenitalem Verkehr oder die Anwendung des HIV-Tests und die diesbezüglichen Beschränkungen betrifft. Die Prostituierten geben an, sie würden in der Regel mit ihren Kunden Präservative benutzen; Ausnahmen sind weniger Wissenslücken zuzuschreiben, sondern vielmehr den Umständen, die mit ihrer prekären Situation zusammenhängen (bei Geldnot, bei Androhung von Gewalt seitens einiger Kunden). Dagegen bleibt der Gebrauch von Kondomen in den privaten sexuellen Beziehungen der Prostituierten ein Tabuthema, und die Mediatorinnen haben Mühe, diesen Punkt bei den Frauen, mit denen sie sich treffen, anzuschneiden.

Die Analyse der Voraussetzungen für den Plan, die laufende Projektführung langfristig an lokale Partnerorganisationen zu übergeben, hat gezeigt, dass es schwierig ist, Organisationen zu finden, die sich im gesamten Problemkreis von Prostitution, Aids und Migration (kulturelle, sprachliche Probleme usw.) auskennen. Eine Zusatzausbildung in dem einen oder anderen dieser Bereiche und eine finanzielle Unterstützung (z.B. um Übersetzerinnen zu entlohnen) erweisen sich oft als unverzichtbar, damit diese Institutionen in die Lage versetzt werden, die Mediatorinnen in ihrer Arbeit zu begleiten und zu unterstützen.

Schlussfolgerungen

- Das Projekt Barfüsserfrauen hat trotz der angetroffenen Schwierigkeiten bewiesen, dass das Konzept der Wissensvermittlung von Gleichen an Gleiche für die Aidsprävention bei ausländischen Prostituierten in der Schweiz anwendbar ist: innerhalb gewisser Grenzen ist es möglich, Mediatorinnen aus dem Milieu, das man anzusprechen wünscht, zu rekrutieren, zu schulen, zu begleiten und dauerhaft ins Projekt einzubinden.

Empfehlungen

- Das Projekt Barfüsserfrauen sollte fortgesetzt und weiterentwickelt werden. Schulung und Einbindung der Mediatorinnen sollten verbessert und verstärkt werden.
- Bei einem Transfer des Projekts oder einer Neulancierung in weiteren Städten muss die Schulung und die Unterstützung der lokalen Verantwortlichen sichergestellt werden, damit diese alle Aufgaben zur Einbindung der Mediatorinnen übernehmen können, besonders in den Bereichen (Aids, Prostitution, Migration oder Sozialhilfe), in denen die erwähnte lokale Trägerschaft keine speziellen Kenntnisse oder Fähigkeiten hat.

Das «Migrantenprojekt» (Projet Migrants)

Dieses 1991 lancierte Projekt basiert auf folgenden Grundsätzen:

- Die Aidsprävention für die in der Schweiz lebenden AusländerInnen dient dazu, diesen einen gleichberechtigten Zugang zur Prävention und zu den Mitteln zur Erhaltung ihrer Gesundheit zu sichern, damit sie gegenüber der einheimischen Bevölkerung nicht benachteiligt sind.
- Nur gut informierte und motivierte Menschen sind fähig, sich und andere vor der Verbreitung von HIV und Aids zu schützen. Die Informationen müssen an die jeweilige Kultur angepasst werden.
- Bei Präventionsprogrammen, die partizipativ und in der jeweiligen Bevölkerungsgruppe verankert sind, bestehen gute Chancen, dass sie akzeptiert und verstanden werden. Die Programme müssen von Personen koordiniert werden, die den Zielgruppen angehören.

Während der Pilotphase (Januar 1991 - Dezember 1992), die von einer Evaluation begleitet wurde, richtete sich dieses Programm an drei Gruppen: an die spanische und die portugiesische als zahlenmässig bedeutendste Ausländergruppen in der Schweiz sowie an die türkische Ausländergemeinschaft, eine kulturell stärker von der Schweiz entfernte Gruppe. Später folgte eine Ausdehnung auf weitere Ausländergruppen (auf die lateinamerikanische, tamilische und afrikanische Gemeinschaft) und auf Ausländergruppen in besonderen Situationen (Asylsuchende).

Die Programmstruktur besteht aus einem allgemeinen Koordinator mit Schweizer Nationalität für die gesamte Programmkoordination sowie KoordinatorInnen aus jeder dieser Ausländergruppen, die für die Umsetzung des Programms in ihrer jeweiligen Gemeinschaft verantwortlich sind. In jeder dieser Ausländergruppen wurden die Programminterventionen wie folgt gegliedert:

- Sensibilisierung der Allgemeinbevölkerung und Ausarbeitung von Schulungsmaterial, das den kulturellen Besonderheiten angepasst ist.
- Rekrutierung und Ausbildung von MediatorInnen (Multiplikatorenstrategie) für die Durchführung von Aktivitäten in ihrer jeweiligen Gemeinschaft:

- a) vorerst Präventionsaktivitäten für die gesamte Gemeinschaft,
- b) anschliessend gezielte Präventionsaktionen für Personengruppen, die besonderen Risiken ausgesetzt sind, wie z.B. junge Drogenkonsumierende.

Die Etappen der Bedürfnisermittlung und der Lancierung dieses Programms (Pilotphase) wurden in den vorangegangenen Phasen des Evaluationsprogramms untersucht.

In der aktuellen Phase der Evaluation stellte man folgende Fragen zum Programm:

- Wie werden die Programmtätigkeiten nach der Pilotphase weitergeführt?
- Wer sind die MediatorInnen und wie gestalten sie ihre Arbeit (Profil, Aktivitäten, Verhältnis zum Projekt, Bedürfnisse, Erfolgserlebnisse und Probleme, die sie bei ihrer Arbeit antreffen)?
- Welchen Kenntnisstand, welche Einstellungen und Verhaltensweisen in bezug auf die Aidsprävention weisen die drei Zielgruppen des Migrantenprojekts zur Zeit auf? (Dieser Aspekt der Evaluation wird im Abschnitt Resultate der vorliegenden Zusammenfassung behandelt.)

In allen drei Ausländergruppen haben sich die Aktivitäten des Programms entfaltet, häufig nach dem Schneeballprinzip (Anfragen, die sich im Anschluss an Veranstaltungen ergeben). Der Grossteil der Programmaktivitäten ist an die Allgemeinbevölkerung gerichtet (Interventionen im Rahmen von Veranstaltungen, Informationstreffen, Publikation von Artikeln in den Zeitungen der betreffenden Ausländergruppe, Radiosendungen, Telefonberatungsstellen). Infolge der wachsenden Bekanntheit des Programms erhöht sich die Zahl der Anfragen bzw. Gelegenheiten für spezifischere Interventionen: Die Leute wenden sich an die MediatorInnen, wenn sie Fragen zu HIV-Infizierten haben; die MediatorInnen organisieren zudem auch Aktionen für neue Gruppen (Homosexuelle, Drogenkonsumierende). In den drei Gemeinschaften ist das Programm bereits weitgehend verwurzelt.

81 MediatorInnen wurden telefonisch kontaktiert und zu ihrer Arbeit befragt. Mit acht dieser MediatorInnen wurden anschliessend vertiefte Interviews geführt.

In der spanischen und portugiesischen Ausländergruppe sind die MediatorInnen mehrheitlich Frauen, in der türkischen dagegen mehrheitlich Männer. Sie sind zwischen 30 und 45 Jahre alt, leben in der Regel seit mehreren Jahren in der Schweiz, beteiligen sich aktiv am Vereinsleben ihrer Gemeinschaft und stammen aus den verschiedensten Berufsgruppen, meist aus dem sozialmedizinischen und dem Bildungsbereich. Die KoordinatorInnen versuchen, bei den sich bietenden Gelegenheiten neue MediatorInnen für eine Mitarbeit zu gewinnen, ohne aber dabei nach einem zuvor bestimmten Persönlichkeitsprofil zu suchen und den MediatorInnen ein genaues Pflichtenheft zuzuweisen. Die Hälfte der MediatorInnen kam in den Genuss von Aidspräventionskursen, die im Rahmen des Programms oder von anderen Institutionen erteilt wurden, ein Viertel wurde durch die KoordinatorInnen « on the job » in ihre Arbeit eingeführt, und die übrigen verfügten über eine entsprechende Berufsausbildung oder brachten sich das nötige Wissen selbst bei. Eine formelle Supervision der Tätigkeit der MediatorInnen ist nicht im Projekt vorgesehen. Der Pool der MediatorInnen verzeichnet häufige Wechsel, da einige von ihnen nach gewisser Zeit in ihr Heimatland zurückkehren.

Hinsichtlich der Durchführung der Tätigkeiten und der Einbindung in das Programm gibt es grosse Unterschiede zwischen den einzelnen MediatorInnen: Der Begriff Mediator/Mediatorin ist ziemlich vage und in der Praxis recht komplex. Auch ist die Organisation der Arbeit mit den MediatorInnen nicht strukturiert. Das Programm hat sich im wesentlichen über die Beziehungsnetze der drei KoordinatorInnen entwickelt, von denen jeder oder jede nach eigener Fassung arbeitet. Ihre Beziehungsnetze sind naturgemäss recht verschieden, wobei sich formelle und informelle Kontakte abwechseln. Das führt zu grossen Unterschieden unter den MediatorInnen, und die Beziehungsnetze sind stark durch die jeweiligen Personen geprägt. Eine Koordinierung durch eine einzige Person ist aus geographischen Gründen schwierig, so dass die MediatorInnen untereinander und zum Programm selbst wenig Kontakte haben und eher isoliert sind. Die

MediatorInnen treffen sich lediglich bei Ausbildungskursen und sind vertikal mit ihrem Koordinator oder ihrer Koordinatorin verbunden. Die MediatorInnen arbeiten meistens nicht unentgeltlich. Manche werden bezahlt oder vielmehr entschädigt, andere nicht; diesbezüglich gibt es keine klare Regelung.

Die Rollen und die Aktivitäten der MediatorInnen sind sehr verschieden: einige fungieren als « Kontaktpersonen », d.h. sie stellen den Kontakt zwischen dem Programm und den Gemeinschaften her (Botschaftspersonal, JournalistInnen, VereinsleiterInnen), üben aber selber keine eigentliche Präventionstätigkeit aus. Die von den übrigen MediatorInnen durchgeführten Aktivitäten lassen sich in drei Kategorien einteilen:

- **Aidsprävention im Rahmen der beruflichen Tätigkeit**, beispielsweise Lehrkräfte für die jeweilige Muttersprache und Kultur, die das Thema Aids in ihrem Unterricht behandeln. Sie benötigen am Anfang die Hilfe von KoordinatorInnen, um sich das nötige Wissen über Aids anzueignen und um an Material zu gelangen (Broschüren usw.); danach brauchen sie gewöhnlich keine oder nur eine geringe zusätzliche Betreuung und Begleitung.
- **Individuellere Prävention in den betroffenen Milieus oder Begleitung von Aidskranken**. Die Aktivitäten entfalten sich netzartig von Person zu Person und richten sich nach den vor Ort auftauchenden Bedürfnissen. Einige MediatorInnen werden von den KoordinatorInnen recht intensiv betreut, während andere unabhängig vom Migrantenprojekt arbeiten und sich nur gelegentlich an die Projektverantwortlichen wenden.
- **Organisation von Informationsständen und Präventionsveranstaltungen**. Die Mehrheit der MediatorInnen führen ihre Aktivitäten zur Aidsprävention in Zusammenarbeit mit den KoordinatorInnen durch und stehen somit unter deren direkter Supervision. Zwei oder drei MediatorInnengruppen haben nach einer entsprechenden Schulung durch die KoordinatorInnen begonnen, in Regionen, die von den KoordinatorInnen weit entfernt sind, selbständiger zu arbeiten.

Das Vorgehen ist somit flexibel, eher kreativ, aber wenig strukturiert; die Supervision gestaltet sich unterschiedlich, und die Interventionen erfolgen in unregelmässigen Abständen. Häufig werden aktive MediatorInnen nach einer gewissen Zeit in ihrer Gemeinschaft zu Ansprech-

partnerInnen für alle Fragen im Zusammenhang mit der Aidsprävention, was dem Ziel des Programms durchaus entspricht. Sie werden aber auch als AnsprechpartnerInnen angesehen, an die man sich wendet, wenn man persönlich von HIV betroffen ist (obwohl ihr Auftrag die Prävention und nicht die Unterstützung von Menschen mit Aids beinhaltet). Selbstverständlich helfen die meisten MediatorInnen auch in solchen Fällen, doch droht ihnen dadurch eine immer grössere Belastung. Dies umso mehr, als die Anfragen von AusländerInnen kommen (Isolation, fehlende Rechte usw.).

Das Programm hat erfolgreich ein Netz von MediatorInnen aufgebaut, das sowohl Stärken als auch Schwächen aufweist. Stärken: Vielfältigkeit der MediatorInnen und ihrer Aktionen; die MediatorInnen sind vielfach gut motiviert; das System ist flexibel und bietet kreativen Freiraum. Schwächen: starke Bindung an die KoordinatorInnen; die Stellung der MediatorInnen ist unklar; Schulung und Betreuung sind nicht immer ausreichend. Dass einige MediatorInnen in ihrer Gemeinschaft zur Ansprechpartnern für weitergehende, nicht nur die Prävention betreffende Aidsfragen geworden sind, ist als Pluspunkt, gleichzeitig aber auch als Minuspunkt zu werten, falls es ihnen nicht gelingt, auf die anderen Aidsstellen in ihrer Region zurückgreifen. Auch die Tatsache, dass es teilweise unter den MediatorInnen einen grossen Wechsel gibt, kann sowohl als « Plus » (Belebung der Interventionsnetze) wie als « Minus » (mit der Anwerbung und Ausbildung neuer MediatorInnen verbundene Kosten) angesehen werden.

Schlussfolgerungen

- Das Programm gestaltet sich den Programmzielen entsprechend: Informieren der allgemeinen ausländischen Bevölkerung und Förderung der Solidarität mit anschließendem Übergang zu einer gezielteren Prävention für exponiertere Gruppen innerhalb der jeweiligen Ausländergemeinschaft; Arbeit mit den Gruppen dank der Bildung von Netzen. Ein funktionierendes Netz von MediatorInnen ist entstanden.
- Das Projekt ist bei den Zielpublika bekannt, und diese fühlen sich durch das Aidsproblem, aber auch durch das Drogenproblem angesprochen.

Empfehlungen

- Die Unterstützung der MediatorInnen ist zu verstärken (innerhalb des Projekts selber und durch eine bessere Koordination mit den lokalen Stellen).
- Das Projekt sollte auf andere in der Schweiz lebende Ausländergruppen ausgedehnt werden.

Praktizierende HausärztInnen und die Primärprävention von HIV/AIDS

Die frei praktizierenden ÄrztInnen nehmen im Rahmen der Aidspräventionsstrategie eine Schlüsselrolle ein. Die Beziehung Arzt-Patient begünstigt die Abgabe von Ratschlägen, die auf die persönlichen Verhältnisse des Patienten oder der Patientin zugeschnitten sind, und die Häufigkeit der Konsultationen sorgt dafür, dass diese Ratschläge in weiten Kreisen der Bevölkerung verbreitet werden.

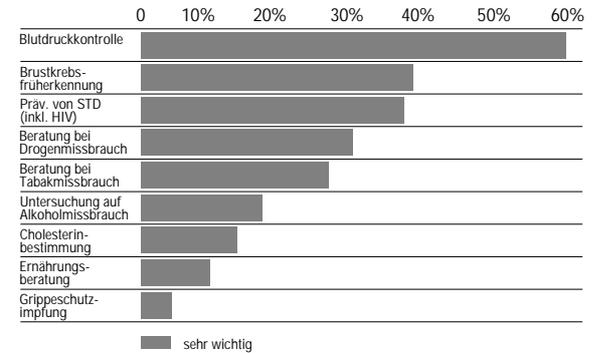
1995 wurde eine neue Studie lanciert, um die präventiven Verhaltensweisen der frei praktizierenden ÄrztInnen im Aidsbereich zu beschreiben und mit jenen von 1990 zu vergleichen, um die Determinanten der Präventions- und Beratungstätigkeit zu erforschen und um in Erfahrung zu bringen, ob die ÄrztInnen diesem Feld ihrer Tätigkeit einen grösseren Stellenwert einräumen möchten oder nicht.

- Welche Tätigkeiten üben die HausärztInnen im Rahmen der Aidsprävention aus?
- Wurde diese Tätigkeit in den vergangenen Jahren ausgebaut?
- Welchen Stellenwert hat die Aidsprävention in der ärztlichen Tätigkeit als Ganzes?

Die Studie besteht aus einem quantitativen (Fragebogen, der an 1500 ÄrztInnen versandt wurde) und einem qualitativen Teil (Interview mit 32 ÄrztInnen). Sie bezieht sich auf jene Spezialisten, die a priori von Aids und der Aidsprävention am meisten betroffen sind: praktische ÄrztInnen ohne FMH-Titel, AllgemeinpraktikerInnen FMH, InternistInnen, DermatologInnen und GynäkologInnen. 796 haben den Fragebogen innerhalb der festgesetzten Frist zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 55 % entspricht.

Auch wenn ihre Einstellungen gegenüber der Prävention und ihre Praktiken sehr unterschiedlich sind, erachten die meisten ÄrztInnen die Prävention ganz allgemein als wichtigen Aspekt ihrer Tätigkeit: die einen handeln dabei auf Ersuchen des Patienten, andere ergreifen eher selbst die Initiative. Oder inhaltsbezogen: einige halten sich eher an Laboruntersuchungen zur Abklärung von Krankheiten, während andere lieber mit dem Patienten oder der Patientin ein Gespräch führen, bei dem sie Ratschläge zur Prävention einflechten. Ein Drittel der ÄrztInnen, die den Fragebogen beantwortet haben, halten die Präventionsarbeit im Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Krankheiten (inkl. HIV) für einen sehr wichtigen Punkt ihrer eigenen Tätigkeit als Arzt/Ärztin.

Stellenwert der verschiedenen präventiven Tätigkeiten in der Arztpraxis.



Zur Frage, auf welche Art die präventive Tätigkeit im Bereich Aids/HIV erfolgen kann, nennen 87 % als sehr wichtigen Punkt die Sensibilisierung von HIV-positiven PatientInnen, um Neuinfektionen zu vermeiden; 56 % messen der Risikoanamnese, dem Anbieten einer Beratung und gegebenenfalls dem Vorschlag, einen Test durchzuführen, grosse Bedeutung zu; für 48 % ist es wichtig, alle jungen PatientInnen nochmals kurz an die Schutzmassnahmen zu erinnern.

In der Praxis legen 2/3 der ÄrztInnen (doppelt so viele wie 1990) in ihrem Wartesaal Broschüren oder Plakate zum Thema Aids auf. Ein Sechstel überlässt es in der Regel dem Patienten, das Thema Aids anzusprechen; ein Fünftel greift dieses Thema gewöhnlich von sich aus auf, während fast zwei von drei ÄrztInnen ihr

Vorgehen an die jeweilige Situation anpassen und die Initiative teils selber ergreifen, teils den PatientInnen überlassen.

Passende Ratschläge zu erteilen setzt voraus, dass der Arzt oder die Ärztin die Situation kennt, in der sich der Patient/die Patientin befindet, und dass eine Anamnese, die sich auf die Sexualität und den Drogenkonsum bezieht, erstellt wird, damit ein eventuelles HIV-Übertragungsrisiko ermittelt werden kann. Diese Risikoabklärung wird nicht systematisch vorgenommen: so geben beispielsweise 70% der ÄrztInnen an, dass sie bei neuen jungen PatientInnen, die sie nicht wegen eines Notfalls konsultieren, das Thema des Drogenkonsums immer oder oft ansprechen, 68% behandeln das Thema Verhütungsmittel, 49% das Thema Sexualität und 47% erkundigen sich nach früheren Geschlechtskrankheiten. Dabei gehen die ÄrztInnen in der Stadt systematischer vor als ihre KollegInnen auf dem Land.

Im allgemeinen passen die ÄrztInnen ihr Vorgehen den Umständen an. Sie achten vor allem auf PatientInnen, die aus den Bevölkerungsgruppen stammen, die man gemeinhin mit der Epidemie assoziiert: so klären 95% der ÄrztInnen bei der Anamnese von Drogenkonsumierenden ab, ob diese eventuell einem HIV-Risiko ausgesetzt waren, 88% machen diese Abklärung bei der Anamnese von Prostituierten und 84% bei Homo- und Bisexuellen. Auch bei Personen, die an einer Geschlechtskrankheit leiden und wegen einer Erkrankung in die Praxis kommen, die nachweislich auf riskante Sexualpraktiken hindeutet, nimmt der überwiegende Teil der ÄrztInnen (91%) entsprechende Nachforschungen vor. Bei Personen, die aus anderen Gründen im Zusammenhang mit ihrem Sexualleben in die Sprechstunde kommen, wird weniger häufig nach einem Kontakt mit dem Virus untersucht (Verhütungsmittel 54%, Schwangerschaft 63%). Am wenigsten systematisch erfolgt die Risikoanamnese bei PatientInnen, die am ehesten dem Bild der «Normalbevölkerung» entsprechen (Jugendliche und junge Erwachsene, neue, ledige, getrennte, geschiedene oder verwitwete PatientInnen, MigrantInnen). Und doch handelt es sich dabei um Personen, deren sexuelle Gewohnheiten den ÄrztInnen nicht zum vornherein bekannt sind (neue PatientInnen) oder bei denen ein wechselhaftes Liebesleben zu vermuten ist. Dies sollte

eigentlich eine erhöhte Aufmerksamkeit wecken. Von 1990 bis 1995 hat sich die Situation aber deutlich verbessert: bei jeder Kategorie der «Allgemeinbevölkerung» hat sich der Anteil der ÄrztInnen, die sich systematisch für eine Risikoanamnese aussprechen, praktisch verdoppelt. So forschen nun 55% bei ihren jungen PatientInnen nach einem Ansteckungsrisiko, während dies 1990 nur bei 23% der Fall war.

Übersicht über die Risikoanamnese bei verschiedenen Patiententypen oder Situationen: 1990-1995.

	1990	1995	p
Drogenabhängige	93	95	n.s.
PatientInnen mit Geschlechtskrankheiten	87	91	**
Homosexuelle	70	85	***
Tropenreisende	54	61	*
Bei Bitte nach Verhütungsmittel	52	54	n.s.
PatientInnen mit Tätowierungen	46	27	***
Schwangere Frauen	36	63	***
Getrennte/geschiedene PatientInnen	26	23	n.s.
Neue PatientInnen	23	41	***
Jugendliche oder junge Erwachsene	23	55	***

*p <.05; **p <.01; ***p <.001

Um Aufschluss über die praktische Präventionsarbeit zu gewinnen, wurden den ÄrztInnen zwei hypothetische Situationen vorgelegt, deren Begleitumstände unterschiedliche Präventionsratschläge verlangten. Das erste Fallbeispiel bezog sich auf einen jungen Erwachsenen, der sich Heroin spritzt, das zweite auf ein 16-jähriges Mädchen, das zum Zeitpunkt der Konsultation mit einem einzigen Partner sexuell verkehrt und ein Verhütungsmittel wünscht.

Im ersten Fall raten die meisten ÄrztInnen dem Patienten, steriles Injektionsmaterial zu verwenden (87%), immer Präservative zu benutzen (86%) und sich einem HIV-Test zu unterziehen (73%). Der Unterschied zu 1990 liegt hauptsächlich in der Kombination dieser drei Arten von Ratschlägen: damals dachten die ÄrztInnen weit weniger daran, sich auch mit dem Sexualleben von drogenabhängigen PatientInnen zu befassen.

Im zweiten Fall (ein junges Mädchen bittet um ein Verhütungsmittel) schlagen nur 56% der ÄrztInnen eine Lösung vor, bei der die Empfängnisverhütung mit einem Schutz gegen HIV und andere sexuell übertrag-

bare Krankheiten kombiniert wird (Präservativ + Pille, nur Präservativ oder Präservativ + « Pille danach », falls beim Präservativgebrauch etwas schiefeht), 38 % empfehlen einzig die Pille, 7 % raten zu Enthaltbarkeit.

Über die Hälfte der ÄrztInnen haben einigen ihrer PatientInnen bereits den Gebrauch von Präservativen erklärt.

Es gibt verschiedene Hindernisse, welche einen Ausbau der HIV-Prävention in der Arztpraxis behindern können. Die ÄrztInnen ordnen diese Hindernisse teils den PatientInnen zu, teils sich selber, zum Teil aber auch der Regelung zur Vergütung der ärztlichen Tätigkeit.

Die Zurückhaltung und das mangelnde Interesse der PatientInnen in bezug auf Gespräche über die HIV-Prävention sind für die ÄrztInnen die grössten Hindernisse für die Erweiterung ihrer Präventionsarbeit. Die qualitative Untersuchung weist jedoch darauf hin, dass die PatientInnen ihre Zurückhaltung oder ihren Mangel an Interesse selten klar zum Ausdruck bringen. Diese Reaktionen scheinen ihnen vielmehr von den ÄrztInnen zugeschrieben zu werden, und zwar aufgrund von recht diffusen Argumenten, die zumindest teilweise auf einer Projektion der eigenen Hemmungen der ÄrztInnen beruhen. Diesbezüglich zeigt die Tatsache, dass das Thema HIV/Aids oft auf Initiative der PatientInnen angesprochen wird, dass die zweifellos vorhandenen Hemmungen und der Mangel an Interesse eher bei einer Minderheit der Bevölkerung anzutreffen ist.

Was die Hindernisse betrifft, die bei der Ärzteschaft selber liegen (Zeitmangel; ungenügende Kenntnisse oder Kompetenzen; Hemmungen, Fragen zur Sexualität oder zum Drogenkonsum zu besprechen), so werden diese von mehr als einem Drittel der ÄrztInnen als bedeutsam angesehen. Für weniger als einen Fünftel von ihnen stellt die Vergütung der Beratungsarbeit – ein fundamentaler Aspekt der HIV-/Aidsprävention – ein wesentliches Hindernis dar.

Der HIV-Test wird von den ÄrztInnen häufig angewandt: fast alle haben in den sechs Monaten vor der Befragung mindestens einen solchen Test verordnet (durchschnittlich 17 Tests pro Arzt/Ärztin in

diesem Zeitraum). Das Profil der getesteten PatientInnen variiert je nach Spezialisierung: GynäkologInnen verordnen den Test überwiegend bei einer Schwangerschaft, falls die Patientin eine Ansteckung für möglich hält, oder bei Paaranalysen (Untersuchung bei der Partner auf HIV). DermatologInnen verordnen den Test am häufigsten, wenn ein ernsthaftes Risiko vorliegt (meist bei PatientInnen mit einer Geschlechtskrankheit), AllgemeinpraktikerInnen bei einer HIV-Exposition, einem Check-up oder auch für einen Versicherungsantrag.

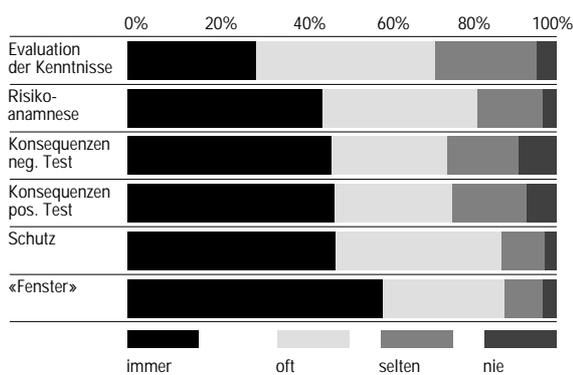
Grund für die Durchführung eines Tests in der Arztpraxis (in %).

	HausärztInnen	GynäkologInnen	DermatologInnen
vom Patienten vermutete			
HIV-Exposition	30,2	26,8	48,0
Untersuchung für			
Lebensversicherung	21,5	2,4	0
Check-up	19,6	7,3	16,0
Paaranalyse	13,7	19,5	0
vom Arzt vermutete			
HIV-Exposition	13,6	6,1	28,0
Schwangerschaft	4,7	57,3	0
Phobie	10,2	7,3	8,0
Verdacht auf			
Immunabwehrschwäche	5,2	0	20,0
Wahl einer Verhütungsmethode	2,9	7,3	0
Abklärung im Hinblick auf			
Operation	0,3	1,2	0

In vielen Fällen bildet der Wunsch, einen Test durchführen zu lassen, den Anlass für Gespräche über HIV/Aids im Rahmen der Konsultation. Die Beratung vor dem Test spielt demnach eine besonders wichtige Rolle; sie sollte folgende Punkte umfassen: eine Risikoanamnese, eine Evaluation der Kenntnisse des Patienten/der Patientin bezüglich Aidsprävention, ein Gespräch über die möglichen Konsequenzen eines positiven oder negativen Befundes, Empfehlungen bezüglich der Prävention sowie die Kontrolle, ob der Test unter Bedingungen abläuft, die eine korrekte Interpretation zulassen (keine Risikoexposition während der letzten drei Monate). Die ÄrztInnen wenden durchschnittlich 10 Minuten für die Beratung vor dem Test auf, gehen jedoch nicht systematisch vor: lediglich die Frage nach der Validität des Testes (dreimonatiges

« Fenster ») wird von mehr als der Hälfte der ÄrztInnen systematisch gestellt ; nur drei von zehn ÄrztInnen kommen nie oder nur selten auf die Konsequenzen eines positiven bzw. negativen Befundes für den Patienten/die Patientin zu sprechen.

Häufigkeit der Themen, die bei der Beratung vor dem Test zur Sprache kommen (n = 783).



Die Bekanntgabe des Testbefundes bietet die Gelegenheit, die PatientInnen an die Schutzvorkehrungen zu erinnern. Bei einem positiven Resultat wird der Befund praktisch immer von Angesicht zu Angesicht mitgeteilt ; bei einem negativen Resultat wird der Befund zuweilen auch schriftlich oder telefonisch übermittelt.

Diskriminierende Einstellungen gegenüber Menschen mit HIV/Aids gibt es in der Ärzteschaft immer noch, obwohl sie eine Minderheit darstellen und überdies seit 1990 weniger häufig anzutreffen sind. Sie beziehen sich insbesondere auf das Einholen der Zustimmung der PatientInnen für die Durchführung eines Tests, auf die Weigerung, HIV-infizierte oder aids-kranke Menschen zu behandeln, auf die Verpflichtung gewisser Teile der Bevölkerung, sich periodisch testen zu lassen, und auf Einführung des Tests bei jeder Hospitalisierung. Diese teilweise durch die Angst eingegebenen Einstellungen können ernsthafte ethische Probleme aufwerfen.

Schlussfolgerungen

- Die HausärztInnen widmen der Prävention der HIV-Infektion in der Allgemeinbevölkerung deutlich mehr Aufmerksamkeit als früher. Ihr berechtigtes Interesse für jene Teile der Bevölkerung, die üblicherweise als Risikogruppen gelten, hat nicht nachgelassen. Die Anamnese der PatientInnen, welche die « Allgemeinbevölkerung » repräsentieren, weist jedoch einige Mängel auf. Dies betrifft vor allem das Sexualleben.
- Allgemein scheinen die ÄrztInnen in der Lage zu sein, angemessene Ratschläge zu erteilen.
- Weitere Mängel lassen sich bei der Beratung zum HIV-Test feststellen. Obwohl die ÄrztInnen in der Regel darauf achten, PatientInnen niemals ohne ihr Wissen zu testen, ist der Inhalt der Beratung vor dem Test noch allzu oft unvollständig. Die Bekanntgabe der Resultate erfolgt bis auf einige wenige Ausnahmen in angemessener Form.

Empfehlungen

- Die ÄrztInnen sollten regelmässig epidemiologische Daten erhalten, um ihnen die Tatsache in Erinnerung zu rufen, dass die Übertragung von HIV-/Aids sich nicht auf die herkömmlich mit der Epidemie in Zusammenhang gebrachten Bevölkerungsgruppen beschränkt.
- Um es den ÄrztInnen zu ermöglichen, ihre Präventionsstrategie besser an das Individuum anzupassen, sollte man sie auf bestimmte psychosoziale Umstände oder Merkmale aufmerksam machen, die das Ansteckungsrisiko erhöhen können. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang beispielsweise die Zweckmässigkeit von Informationen über die Merkmale des Liebeslebens von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (sequentielle Treue), über die Probleme von geschiedenen oder mit Ehekrisen konfrontierten Personen, wenn diese eine neue Beziehung eingehen wollen (da hier gefühlsmässig viel auf dem Spiel steht, was die Notwendigkeit von Schutzmassnahmen verdrängen könnte) oder über die aktuelle Entwicklung des Sextourismus (bevorzugte Reisedestinationen).
- Die HIV-/Aidsepidemie hat in punkto Verhütung von unerwünschten Schwangerschaften einen tiefgreifenden Wandel bewirkt. Man sollte die ÄrztInnen über die zu erteilenden Ratschläge zur Verhütung unterrichten, vor allem wenn es um Jugendliche geht. Die diesbezügliche Beratung sollte zumindest die Verwendung von Präservativen einschliessen (alleine oder in Kombination mit der « Pille danach »⁵ bei Problemen oder eventuell kombiniert mit der Pille).
- Zur Behebung der Mängel, die bei der Vorbereitung eines HIV-Tests immer noch festzustellen sind, müssen die Empfehlungen zur Notwendigkeit einer Beratung vor dem Test und die verschiedenen Aspekte des Tests in Erinnerung gerufen werden.

5 Postkoitale Kontrazeption

Aus- und Weiterbildungsprogramme für das medizinische und paramedizinische Personal im Spitex-Bereich und die Freiwilligen

Anfang 1994 gab das BAG eine Evaluation der von ihm finanzierten Aus- und Weiterbildungsprogramme für das Personal und die Freiwilligen im Bereich Aids und Spitex in Auftrag. Diese Programme laufen seit 1988 unter zwei Mandaten: eines für die Deutschschweiz (das Spitex-Mandat unter der Leitung der Aids-Hilfe Schweiz), und das andere für die Romandie (Mandat unter der Leitung des Centre médico-social Pro Familia in Lausanne).

Bei der Evaluation deckte man beim Mandat Pro Familia positive Ergebnisse und Mängel auf; beim Spitex-Mandat wurden grössere Mängel und Schwachstellen festgestellt. Im Anschluss an diese Evaluation wurden bei beiden Programmen Entscheide gefällt (im Fall des Spitex-Mandats wurde der Vertrag mit der AHS nicht erneuert, beim Mandat Pro Familia wurde die Regelung der Finanzierung der Kurse geändert). Obwohl sich noch nicht abschätzen lässt, ob diese Neuordnungen (deren weitere Entwicklung man verfolgen sollte) angemessen waren, hat das BAG in beiden Fällen seine Stellung klargelegt, sowohl was die zu verfolgenden Ziele betrifft, als auch was die Befugnisse und Pflichten anbelangt, die es in diesem Bereich übernehmen will.

Resultate der Prävention

Dieses Kapitel enthält eine Zusammenfassung der wichtigsten Daten über die Auswirkungen der Prävention in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen, die in der aktuellen Evaluationsphase Priorität genießen (Allgemeinbevölkerung von 17 bis 45 Jahren, MigrantInnen, Jugendliche, Homo-/Bisexuelle, Drogenabhängige, Spitalpersonal). Daneben wird auch mitverfolgt, wie sich die epidemiologische Situation entwickelt.

Allgemeine Fragen, die für alle untersuchten Bevölkerungsgruppen gelten :

- Wie steht es mit dem Kenntnisstand über Aids ?
- Hat die Prävention die sexuelle Aktivität im allgemeinen verändert ?
- Welche Änderungen sind bezüglich den (potentiellen) HIV-Übertragungsrisiken zu beobachten ?
- Wie wird die Prävention in der Praxis von den Individuen gehandhabt ? Welche Entwicklungen sind diesbezüglich festzustellen ?
- Sind unerwünschte Folgeerscheinungen der Prävention zu verzeichnen ?

Allgemeinbevölkerung

Seit 1987 beruht die Dauerbeobachtung der Ergebnisse der gesamten Präventionsbestrebungen auf einer periodischen Telefonbefragung unter der Wohnbevölkerung, die bis 1992 jährlich und danach alle zwei Jahre durchgeführt wurde, letztmals im Jahr 1994 (N = 2800). Die somit gesammelten Informationen werden mit Daten aus anderen Quellen ergänzt, mit denen das gewonnene Bild vertieft und validiert werden kann.

Die Kenntnisse der Bevölkerung über die Übertragungswege von HIV und die möglichen Massnahmen, um sich vor einer Ansteckung zu schützen, wurden mittels Analyse der spontanen Antworten der Befragten zu diesem Thema erhoben. Über 90 % der Bevölkerung erwähnt das Präservativ als wirksames Mittel zur Aidsprävention ; Schutzmöglichkeiten werden im allgemeinen häufiger genannt als Vermeidungsstrategien (so wird z.B. eher Präservativgebrauch erwähnt als Enthaltensamkeit oder das Vermeiden von Prostituiertenbesuchen, und eher die Verwendung von sterilen Spritzen als der Verzicht auf den Drogenkonsum). Die Angst vor Aids bleibt stabil, trotzdem sich die Krankheit ausbreitet, was sich dadurch bemerkbar macht, dass immer mehr Personen in ihrem Bekanntenkreis einen HIV-infizierten Menschen kennen.

Sexualverhalten

Die Aidsprävention scheint keine grösseren Auswirkungen auf die sexuelle Aktivität zu haben. Die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs und die Gesamtzahl der Sexualpartner im Lauf des Lebens haben sich zwischen 1987 und 1994 nicht geändert. Doch zeichnen sich bei den jungen Erwachsenen zwei Tendenzen ab : sinkende Zahl von Personen mit mehreren Partnern und weniger häufiger Wechsel des festen Partners.

Frequenz von einigen Lebenssituationen, bei denen sich die Frage nach der Aidsprävention stellt, 17-45jährige, 1987-1994 (in %).

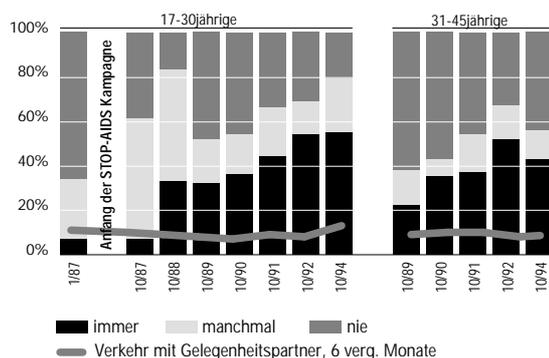
	1/87	10/87	10/88	10/89	10/90	10/91	10/92	10/94
Neuer fester Partner während des Jahres								
17-30			20	15	17	14	15	14
31-45				4	3	4	4	4
1 oder mehr Gelegenheitspartner in den letzten 6 Monaten								
17-30	18	14	15	15	12	15	14	13
31-45				9	10	10	8	9
Intravenöser Drogenkonsum								
17-30	1	<1	1	1	1	1	1	1
31-45				<1	1	1	1	1
Prostituiertenkontakte in den 6 letzten Monaten (nur Männer)								
17-30	2	1	1	2	2	3	2	2
31-45				1	1	2	2	3

Auch ist darauf hinzuweisen, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung irgendwann einmal in eine Situation gerät, wo sich die Frage der Aidsprävention stellt: bei einem Partnerwechsel, bei sexuellen Beziehungen mit mehreren Partnern oder mit Gelegenheitspartnern, bei intravenösem Drogenkonsum. So wechselten im Jahr 1994 14 % der 17-30jährigen ihren festen Partner im Laufe des Jahres und 13 % hatten in den 6 Monaten vor der Befragung Verkehr mit einem oder mehreren Gelegenheitspartnern.

Als wichtigste Verhaltensänderung seit dem Beginn der Aidspräventionsstrategie ist vor allem der vermehrte Präservativgebrauch in Situationen, bei denen die Betroffenen einem potentiellen HIV-Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind, zu nennen.

- Bei den 17-30jährigen ist der konsequente Präservativgebrauch mit Gelegenheitspartnern zwischen 1987 und 1994 von 8 % auf 56 % gestiegen, bei den 31-45jährigen hat dieser Wert von 22 % im Jahr 1989 auf 42 % im Jahr 1994 zugenommen. Seit 1992 ist eine Stabilisierung des Präservativgebrauchs zu verzeichnen.
- Der Präservativgebrauch zu Beginn einer Beziehung mit einem neuen festen Partner hat ebenfalls zugenommen: 1994 verwendeten bei den 17-30jährigen 64 % und bei den 31-45jährigen 72 % der Personen, die eine neue feste Beziehung eingegangen waren, Präservative.

Präservativgebrauch bei Gelegenheitspartnern, Bevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren.



Übrigens wurde 1995 im Rahmen der Evaluation des Migrantenprojekts, das für die ausländische Wohnbevölkerung in der Schweiz (spanische, portugiesi-

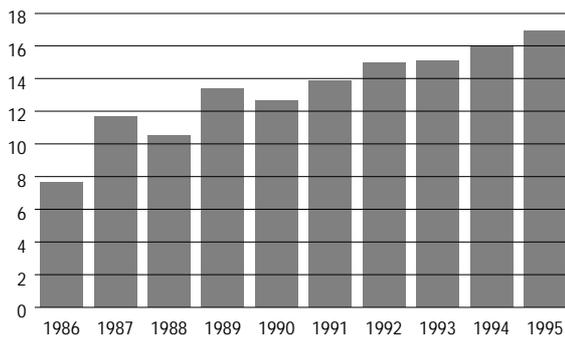
sche und türkische Bevölkerungsgruppen) bestimmt ist, eine Umfrage unter diesem Teil der Bevölkerung durchgeführt. Diese Befragung hat erbracht, dass die drei Bevölkerungsgruppen nun einen mit der Schweizer Bevölkerung vergleichbaren Kenntnisstand aufweisen und sich in Situationen, bei denen die Gefahr einer HIV-Übertragung besteht, ebensogut zu schützen wissen. Ein Vergleich mit früher gesammelten Daten ergibt Hinweise dafür, dass sich in diesen Bevölkerungsgruppen die Kenntnisse und die präventiven Verhaltensweisen zwischen 1990 und 1995 verbessert haben.

Frauen begeben sich tendenziell weniger häufig in Situationen, die das Risiko einer HIV-Infektion einschliessen. Geraten sie aber in eine solche Situation, gebrauchen sie nach ihren Aussagen Präservative weniger konsequent als Männer: 1994 verwendeten 37 % (± 9) der Frauen und 57 % (± 7) der Männer mit Gelegenheitspartnern immer Präservative, 61 % (± 9) bzw. 71 % (± 8) taten dies mit einem neuen festen Partner - hier ist der Unterschied nicht signifikant - und 21 % (± 2) bzw. 30 % (± 3) beim letzten Geschlechtsverkehr.

Zwischen den Sprachregionen stellt man leichte Unterschiede fest bezüglich der Frage, wie oft jemand ein potentielles Ansteckungsrisiko eingeht und welche präventive Verhaltensweisen angewandt werden. Die zeitliche Entwicklung dieser Situationen lässt jedoch keinesfalls auf einen sich ausweitenden Divergenz- bzw. Konvergenzprozess schliessen.

Der erhöhte Präservativgebrauch in der Bevölkerung wird durch den Präservativabsatz bestätigt: zwischen 1986 und 1995 stieg der Absatz von 7,6 Millionen auf 16,9 Millionen Stück.

Präservativabsatz (Stückzahl in Millionen).



Das Präservativ: Image und Probleme

Das Bild des Präservativs, das seit 1991 in den Bevölkerungsumfragen erforscht wird, hat mannigfache Facetten, die sich in den vergangenen Jahren nicht verändert haben. Die gesellschaftliche Akzeptanz des Präservativs ist sehr gross; es wird als «alltäglicher» Gegenstand betrachtet. Es gilt - und zwar bei sämtlichen Alterskategorien - weder als «überholt», noch als «veraltet» oder als «etwas für junge Leute». Zudem löst der Kauf keine peinlichen Gefühle aus, und die Anwendung des Präservativs erscheint den Befragten nicht als kompliziert.

Drei Aspekte bereiten jedoch Probleme: Rund 14% der Befragten gibt an, dass die Auswirkung des Präservativs auf die Beziehung einen Hinderungsgrund darstellt, weil es «Zweifel erwecke» oder weil sie es als «unnötig finden, wenn man sich liebt» (das finden fast 20% der Befragten). Stärker ins Gewicht fallen die Hindernisgründe, die sich aus den persönlichen Konsequenzen für den Benutzer herleiten: 30% der Befragten finden, das Präservativ «vermindert die Lust», und über 40% halten es für «unnatürlich». Überdies zweifeln mehr als 4 von 10 Antwortenden an der Wirksamkeit des Präservativs als Schutzmittel, wobei sich der Anteil der Zweifelnden jedoch nicht erhöht.

Man muss diese Befürchtungen mit der Realität der Probleme vergleichen, die bei der jährlichen Umfrage zu den Verhaltensweisen der 17-45jährigen vorgebracht werden: zwar hatten 1994 68% der Präservativbenutzer nie Probleme mit dem Verrutschen oder Zerreißen von Präservativen, immerhin ein Drittel der betreffenden Personen hat aber eine solche «Panne» erlebt.

Etwa eine von drei Personen hat in den vergangenen sechs Monaten Präservative benutzt; wobei man schätzt, dass das Präservativ in 0,6% der Fälle verrutschte und in 0,3% der Fälle sogar riss. Diese «Unfälle», sowohl das Verrutschen wie auch das Reißen, ereignen sich zum grössten Teil mit Qualitätspräservativen beim vaginalen Verkehr und in langjährigen Partnerschaften. Wahrscheinlich sind sie eine unumgängliche Begleiterscheinung des breiten Einsatzes von Präservativen für die Aidsprävention. Die Tatsache, dass ein Präservativ reisst, scheint nicht von besonderen Begleitumständen abzuhängen. Die Hälfte der Personen, die einen solchen Vorfall erlebten, berichten, ihr Vertrauen in dieses Schutzmittel sei gesunken, doch immerhin zwei Drittel wollen es ebenso oft wie vorher verwenden.

HIV-Test

Parallel zu einer gewissen Stagnierung des Präservativgebrauchs taucht ein anderes Phänomen auf: ein erheblicher Teil der Bevölkerung hat einen HIV-Test machen lassen, nämlich 31% der Männer und 38% der Frauen zwischen 17 und 45 Jahren. Wenn man dazu noch die Tests hinzunimmt, die im Rahmen einer Blutspende vorgenommen wurden, haben bereits 61% der Männer und 50% der Frauen in dieser Altersklasse einen oder mehrere HIV-Tests hinter sich. Die Angaben von anonymen Teststellen und praktizierenden ÄrztInnen legen die Vermutung nahe, dass einige Personen zu einer individuellen Handhabung der Prävention übergegangen sind, die den Test einschliesst (sei es als Überprüfung der HIV-Negativität der beiden Mitglieder eines Paares mit eventuellem Verzicht auf Präservative im Anschluss an das Testresultat, sei es als Kontrolle, ob ein eingegangenes Risiko nicht zu einer Infektion geführt hat).

Schlussfolgerungen

- Dank dem Präservativgebrauch wurde ein hohes Schutzniveau erreicht, ohne dass sich die sexuelle Aktivität seit Beginn der Präventionskampagnen merklich verändert hat. Die Zahl verkaufter Präservative hat sich zwischen 1986 und 1995 mehr als verdoppelt.
- Insgesamt weisen die drei untersuchten ausländischen Bevölkerungsgruppen 1995 denselben Kenntnisstand wie die Schweizer Bevölkerung auf, und sie schützen sich in Situationen, die ein potentiell HIV-Ansteckungsrisiko bergen, ebensogut.
- Frauen gelangen tendenziell weniger häufig in Situationen, in denen sie dem Risiko einer HIV-Infektion ausgesetzt sind. Wenn sie jedoch in eine solche Situation geraten, benutzen sie Präservative weniger konsequent als Männer.
- Die geringen regionalen Unterschiede, die bezüglich Ansteckungsrisiken und Schutzmassnahmen im Zusammenhang mit der HIV-Infektion festgestellt wurden, erfordern keine besondere Massnahmen.
- Das Präservativ gilt mittlerweile als alltäglicher Gebrauchsgegenstand, doch bestehen immer noch Zweifel an seiner Schutzwirkung. Diese Zweifel haben sich jedoch nicht verstärkt.
- Pannen beim Gebrauch von Präservativen (reissen und verrutschen) sind eine Realität, mit der man rechnen muss.
- Weite Teile der Bevölkerung lassen sich freiwillig auf HIV testen. Wiederholungen des HIV-Tests sind häufig. Dieses Phänomen der häufigen Durchführung von freiwilligen Tests tritt in der Bevölkerung autonom auf, d.h. ohne dass die Gesundheitsbehörden diesbezüglich klare Weisungen verbreitet haben.

Empfehlungen

- Man muss klare Antworten auf die Probleme formulieren, mit denen die Bevölkerung konfrontiert ist: der HIV-Test und was damit zusammenhängt, Probleme mit Präservativen, die Entscheidung, von einem bestimmten Zeitpunkt an keine Präservative mehr zu verwenden.
- Die Aidsprävention muss Botschaften zu sexuell übertragbaren Krankheiten und zur Empfängnisverhütung einbeziehen.

Jugendliche

Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen bilden eine der Zielgruppen der Aidspräventionsstrategie. Denn viele von ihnen sind beim Eintritt in die Phase der sexuellen Aktivität und der damit verbundenen Suche nach dem idealen Partner, die sich in häufigen Partnerwechseln äussert, einem gewissen HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt.

Die für die Evaluation ihrer Verhaltensweisen verwendeten Daten stammen hauptsächlich aus zwei Quellen: aus der jährlichen Umfrage unter der Bevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren und aus der Studie «Swiss Multicentric Adolescent Survey on Health», die 1992/93 bei 9300 15-20jährigen SchülerInnen und Lehrlingen durchgeführt wurde. Daneben wurde die vorhandene Fachliteratur ausgewertet, zudem hat man eine Sekundäranalyse der Daten aus bisherigen Schweizer Studien über die Sexualität von Jugendlichen erstellt.

Eintritt in die Phase der sexuellen Aktivität

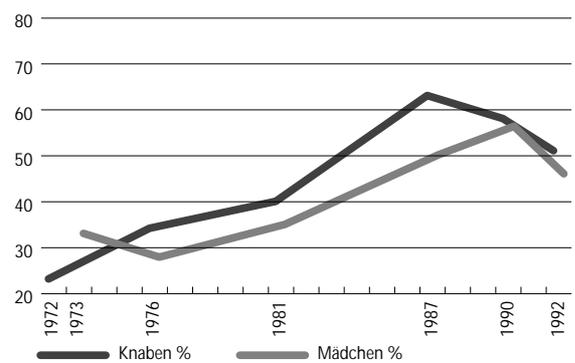
Bei den Mädchen (68 %) werden signifikant häufiger mit den Eltern Gespräche über die Sexualität geführt als bei den Knaben (50 %).

12 % der Mädchen und 16 % der Knaben hatten ihren ersten Geschlechtsverkehr vor dem 15. Altersjahr. Der Anteil Jugendlicher, die mit 15-16 Jahren sexuell aktiv sind, beträgt 25 %; er ist bei Knaben und Mädchen gleich hoch, liegt aber bei Lehrlingen höher als bei Studierenden.

Gelegentlich wurde befürchtet, dass die Förderung des Präservativgebrauchs die Jugendlichen ermuntert, früher sexuell aktiv zu werden oder mit einer grösseren Zahl von Partnern zu verkehren (Anreizeffekt, Permissivitätseffekt). Dies trat jedoch nicht ein. Die langfristige Tendenz zu einem sinkenden Eintrittsalter in die Sexualität - gemessen anhand der Entwicklung des Anteils

sexuell aktiver Jugendlicher im 17. Altersjahr - hat sich Ende der 80er Jahre umgekehrt, also nach dem Start der Aidsprävention auf breiter Ebene. In der Tat hat der seit den 70er Jahren langsam steigende Anteil Jugendlicher, die mit 17 sexuell aktiv sind, zu sinken begonnen.

Anteil der mit 17 Jahren sexuell aktiven Jugendlichen in der Schweiz, 1972-1992.



Sexualverhalten

Zur Häufigkeit der Sexualekontakte und zur Partnerzahl stellt man fest, dass

- Mädchen regelmässiger Geschlechtsverkehr haben als Knaben, doch bleibt die wöchentliche Zahl der Sexualekontakte gering: nur 29 % der sexuell aktiven Jugendlichen von 17-20 Jahren haben zwei oder mehr Sexualekontakte pro Woche
- bei Knaben die Partnerzahl höher ist als bei Mädchen.

Verschiedene übereinstimmende Indikatoren lassen vermuten, dass bei den Jugendlichen die Häufigkeit von Situationen, die ein **potentielles HIV-Ansteckungsrisiko** einschliessen, am Sinken ist. Der Anteil 17-20jähriger Jugendlicher, die im Jahr der Erhebung eine Beziehung mit einem neuen festen Partner eingingen, ist zwischen 1988 und 1994 von 27 % auf 22 % gesunken. Währenddem 1987 17 % in den letzten 6 Monaten einen oder mehr Gelegenheitspartner hatten, waren es 1994 noch 12 %. Auch die Zahl derjenigen, die im Lauf ihres bisherigen Lebens insgesamt mehr als zwei Partner hatten, hat im gleichen Zeitraum von 34 % auf 25 % abgenommen.

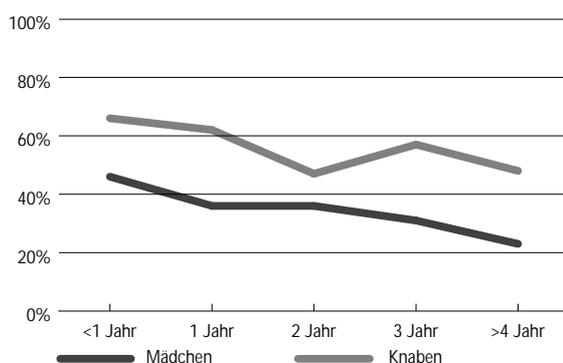
Bei den Jugendlichen war die Zunahme des Präservativgebrauchs am markantesten:

- bei den 17-20jährigen hat der konsequente Präservativgebrauch bei Kontakten mit Gelegenheitspartnern von 16 % im Jahr 1987 auf 69 % im Jahr 1994 zugenommen
- der Präservativgebrauch zu Beginn einer Beziehung mit einem neuen festen Partner ist ebenfalls gestiegen: von 42 % (1988) auf 59 % (1994).

Empfängnisverhütung

80 % der Jugendlichen (bei Knaben und Mädchen ist der Anteil etwa gleich hoch) verwendeten bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr eine Verhütungsmethode. Die Verwendung eines Verhütungsmittels variiert jedoch je nach dem Alter, in dem der erste Sexualkontakt erfolgt: je jünger das Eintrittsalter, desto eher wird auf eine Verhütung verzichtet. Zur Empfängnisverhütung wird oft eine Methode gewählt, die das Präservativ einschliesst. So benutzt ein grosser Teil der Jugendlichen zu Beginn ihres Sexuallebens das Präservativ, doch dieser Anteil nimmt mit der Zeit wieder ab.

Präservativgebrauch beim letzten Geschlechtsverkehr, nach der Dauer des Sexuallebens.



Dabei fällt auf, dass die Mädchen eher auf den Gebrauch des Präservativs verzichten, vielleicht weil sie nicht genügend motiviert werden, das Präservativ als Verhütungsmittel zu wählen (eventuell zusammen mit anderen Methoden), wenigstens in den ersten Jahren ihres Sexuallebens.

Schliesslich ist anzumerken, dass die allgemeine Verbreitung des Präservativgebrauchs⁶ nicht mit einem Anstieg unerwünschter Schwangerschaften einhergeht: die Schweiz gehört weiterhin zu den europäischen Ländern mit der niedrigsten Abtreibungsquote in der Gesamtbevölkerung, und die sinkende Tendenz in diesem Jahrhundert hat sich in den letzten Jahren fortgesetzt. Bei einigen Kantonen sind Daten über die Schwangerschaftsabbrüche nach Alter verfügbar; diese lassen ebenfalls nicht auf einen neuerlichen Anstieg der Abtreibungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen schliessen.

Diese für die Jugendlichen als Ganzes eher ermutigenden Ergebnisse sind jedoch zu relativieren: eine Studie über Jugendliche in Krisensituationen (Abbruch der Schulausbildung oder Lehre, prekäre soziale Lage, usw.) hat gezeigt, dass diese Jugendlichen weit mehr gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind als die übrigen, auch im Bereich der Sexualität (unerwünschte Schwangerschaften, sexuelle Missbräuche, Gefahrensituationen, usw.)

⁶ Insoweit, als das Präservativ gelegentlich als weniger wirksames Verhütungsmittel angesehen wird als die Pille.

Schlussfolgerungen

- Es gibt verschiedene übereinstimmende Indizien dafür, dass die jungen Menschen weniger häufig in Situationen geraten, die ein potientiell HIV-Übertragungsrisiko einschliessen.
- Es sind gerade die Jugendlichen, die sich das Schutzverhalten am konsequentesten angeeignet haben, indem sie stets Präservative verwenden. Die zunehmende Verbreitung des Präservativs als Verhütungsmittel ist nicht mit einem Anstieg unerwünschter Schwangerschaften verbunden.
- Die Förderung des Präservativgebrauchs und die umfassende Sexualerziehung haben nicht zu einem deutlich früheren Eintritt in die Phase der sexuellen Aktivität geführt.
- Das Problem der Empfängnisverhütung bei Jugendlichen, die sich in einer Phase der sequentiellen Monogamie befinden, wurde noch nicht genügend untersucht.
- Sozial benachteiligte junge Menschen, die sich in einer Krisensituation befinden, sind in besonderem Masse gesundheitlichen Risiken ausgesetzt.

Empfehlungen

- Es ist vor allem bei jungen Menschen wichtig, das Präservativ als Verhütungsmittel und gleichzeitig als Mittel zur Prävention von Aids und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten zu fördern, und zwar während der gesamten Phase der ersten Schritte in die Sexualität und der Partnersuche, die für die Adoleszenz bis zur Bildung einer festen Partnerschaft bezeichnend ist. Dazu muss man den Mädchen und den Knaben die Möglichkeit zu einer permanenten Beratung und Versorgung in Sachen Empfängnisverhütung anbieten :
 - regelmässige Kontrollen, Beratung, Zugang zur postkoitalen Kontrazeption oder « Pille danach » bei Problemen (Unterlassung, Reissen) mit dem Präservativ, eventuell Verschreibung einer Pille, falls die Sexualkontakte regelmässig erfolgen usw.
- Besondere Aufmerksamkeit ist jenen jungen Menschen zu widmen, die sich in einer Krisensituation befinden und die an ihrer Ausbildungsstätte von den Präventionsaktionen nicht erreicht werden.

Homo- und Bisexuelle

Im Rahmen der Evaluation der Aidspräventionsstrategie in der Schweiz wurden seit 1987 vier Studien mit Homo- und Bisexuellen durchgeführt, um Angaben über die Präventionssituation in dieser Bevölkerungsgruppe zu erhalten. Die letzte dieser Studien, die hier vorgestellt wird, wurde 1994 durchgeführt. In dieser Studie wurde ein Fragebogen eingesetzt, der in Zeitschriften für Homosexuelle veröffentlicht und von Homosexuellen-Vereinigungen sowie in Bars und Saunas verteilt wurde. Insgesamt wurden 1195 Fragebogen zurückgesandt. Das Kollektiv ist bezüglich Bildungsniveau, sprachlicher Verteilung und Wohnort mit den Kollektivs der Vorjahre vergleichbar, das Durchschnittsalter liegt hingegen etwas tiefer (1994 : 35,3 Jahre, 1992 : 37,1 Jahre) und der Anteil der Befragten mit einem festen Partner ist höher. Zusätzlich wurden vertiefte Interviews (32) geführt, die sich auf den Schutz innerhalb der Partnerschaft bezogen.

Die meisten Befragten (>90%) haben ausschliesslich homosexuelle Sexualkontakte, 41% sind Mitglied einer Homosexuellen-Vereinigung und 12% einer Vereinigung gegen Aids. Drei Viertel der Befragten kennen eine HIV-positive, an Aids erkrankte oder gestorbene Person, was erheblich über dem Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung (25%) liegt. Ein Drittel hat einen einzigen festen Partner, ein Drittel hat eine feste Beziehung und daneben auch Kontakte mit anderen Sexualpartnern und ein Drittel hat keine feste Beziehung.

Sexuelle Aktivität und Sexualpraktiken

17% der Befragten hatten in den letzten zwölf Monaten einen einzigen Sexualpartner, 32% zwei bis fünf, 17% sechs bis zehn, 15% elf bis zwanzig und 16% hatten über zwanzig, wogegen 3% keinen Partner hatten.

Die verbreitetste Sexualpraktik – egal mit welchem Partner – ist die Masturbation. Das Praktizieren von Oralverkehr und Penetration hängt stark von der Art der Beziehung ab. So praktizieren 76% der Befragten in ihrer festen Beziehung Analverkehr, während dies mit Gelegenheitspartnern nur bei 60% der Befragten der Fall ist. 35% der Befragten haben mehrmals wöchentlich Sexualkontakte, 33% mehrmals monatlich, 17% gelegentlich und 15% zwar unregelmässig, doch in bestimmten Phasen dafür intensiv.

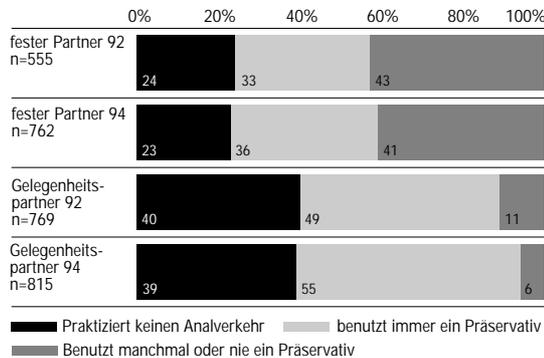
Die Häufigkeit und die Verteilung der Sexualpraktiken blieben in den letzten Jahren unverändert.

Schutzmassnahmen gegen HIV

Dem Infektionsrisiko bei der **Fellatio** wird besser Rechnung getragen als 1992. Dies gilt vor allem für die gelegentlichen Sexualkontakte, bei denen 88% der Befragten (1992 : 78%) in den letzten zwölf Monaten kein Sperma im Mund gehabt oder keine Fellatio praktiziert haben. Mit dem festen Partner liegen diese Prozentsätze tiefer (1994 : 65%, 1992 : 62%).

Die vorliegende Studie zeigt, dass der Schutz vor HIV beim **Analverkehr**, insbesondere bei Sexualkontakten mit Gelegenheitspartnern, weiterhin hoch ist. Ungefähr 90% der Befragten setzen sich keinem Risiko einer HIV-Übertragung aus, indem sie auf die Penetration verzichten oder dabei immer ein Präservativ benutzen. In festen Partnerschaften gehen ungefähr 60% kein Übertragungsrisiko ein, da sie auf die Penetration verzichten oder immer ein Präservativ verwenden; die übrigen 40% benutzen das Präservativ nicht immer.

Gebrauch des Präservativs mit festen Partnern und Gelegenheitspartnern beim Analverkehr im Verlauf der letzten zwölf Monate : Vergleich 1992-1994.



Man kann jedoch nicht ausschliessen, dass die Befragten das von ihnen eingegangene Risiko unterschätzen, besonders mit ihrem festen Partner. Analysen zeigen, dass ein grosser Teil der Homosexuellen mit einer festen Beziehung den eigenen Serostatus oder den des Partners nicht kennt und ungeschützten Analverkehr praktiziert.

Homosexuelle Paare

Verschiedene Resultate dieser Studie bestätigen, dass auch bei jenen Homosexuellen, die in einer festen Beziehung leben, das Risiko einer HIV-Infektion bestehen kann :

- Zwischen festen Partnern ist Analverkehr häufiger, und das Präservativ wird deutlich weniger oft benutzt. Mit festen Partnern wird häufiger Sexualverkehr praktiziert als mit Gelegenheitspartnern.
- Von jenen 70 % der Befragten, die in einer festen Beziehung leben, führt etwa die Hälfte eine nicht-exklusive Beziehung und hat im Laufe des Jahres gelegentliche Sexualkontakte mit mehreren anderen Partnern.
- Ein Drittel der festen Beziehungen dauert höchstens ein Jahr. Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass die Partner oft gewechselt werden. Bei einem Drittel der festen Beziehungen, die seit höchstens drei Monaten bestehen, wird das Präservativ beim Analverkehr nicht mehr immer benutzt. Es scheint daher, dass das Prinzip, wonach während einer Wartefrist von drei Monaten bis zur Durchführung des Tests kein unge-

schützter Sexualverkehr praktiziert werden soll und erst danach kein Präservativ mehr benutzt wird, nicht immer eingehalten wird. Die Tendenz, beim Analverkehr ein Präservativ zu benutzen, nimmt mit der Dauer der Beziehung immer mehr ab.

- Etwas mehr als die Hälfte der Homosexuellen, die einen festen Partner haben und Analverkehr praktizieren, kennen jeweils den Serostatus des Partners (57 %). Die gegenseitige Information über den Serostatus hat auf die Verwendung des Präservativs einen grossen Einfluss : unter HIV-Negativen werden selten Präservative benutzt, während sie fast immer verwendet werden, wenn einer der Partner HIV-positiv ist. Hingegen benutzen ungefähr ein Drittel der Paare, die sich über ihren Serostatus nicht gegenseitig informiert haben, nicht immer ein Präservativ, was in einer Population mit überdurchschnittlich hoher HIV-Positivität mit gewissen Risiken verbunden ist.
- Die Altersunterschiede in den Paarbeziehungen sind beträchtlich, was zu einer Vermischung der Generationen führt und das Risiko beinhaltet, dass gewisse Altersklassen, in denen die Infektion überdurchschnittlich häufig verbreitet ist, den Virus auf jüngere Generationen übertragen, falls diese sich nicht an die Schutzempfehlungen halten.
- Je mehr die Partner ineinander verliebt sind, desto weniger schützen sie sich vor einer HIV-Infektion.
- Die Interviews zeigen, dass zwischen festen Partnern nicht alles offen besprochen wird. Ungeschützte Verhaltensweisen können mit Gefühlsgründen zusammenhängen (Halten des Partners, Beziehungsprobleme, Unausgesprochenes, Treueideal...). Treue wird oft stillschweigend vorausgesetzt. Trotz der grösseren Freiheit, die sich Homosexuelle in bezug auf Kontakte mit weiteren Sexualpartnern einräumen, scheint ein Teil von ihnen sehr grossen Wert auf gegenseitige Treue zu legen (dies gilt insbesondere für junge Homosexuelle). Der Umgang mit dem Risiko einer HIV-Infektion bei Sexualkontakten mit Gelegenheitspartnern sowie in der festen Beziehung, insbesondere bei Zwischenfällen mit Präservativen, wird nur in seltenen Fällen im voraus abgesprochen. Offensichtlich wird der Schutz bei Sexualkontakten mit Gelegenheitspartnern oft erst nach einer Risikoexposition besprochen. Nur wenige Paare legen bereits im vornherein Regeln für die Aidsprävention bei allfälligen Sexualkontakten mit Gelegenheitspartnern fest (Gebrauch des Präservativs nur mit Gelegenheitspartnern und erneute Benutzung des

Präservativs in der Partnerschaft nach Unterlassungen oder Zwischenfällen mit Präservativen, Verzicht auf Analverkehr mit Gelegenheitspartnern usw.).

HIV-positive Homosexuelle

Die HIV-Positiven haben im Durchschnitt mehr Sexualpartner als die HIV-Negativen und die nicht getesteten Personen und praktizieren häufiger Analverkehr. Sie geben häufiger als HIV-Negative und nicht getestete Personen an, dass sie sich im Verlauf des Jahres einem Übertragungsrisiko ausgesetzt haben. Allerdings ist nicht auszuschliessen, dass sich die HIV-Positiven – da sie sich der potentiell gravierenderen Folgen des ungeschützten Verkehrs bewusst sind – besser daran erinnern und eher darüber berichten können als die HIV-Negativen und die nicht getesteten Personen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die HIV-Positiven bezüglich des Umgangs mit dem Aidsrisiko (Häufigkeit von Sexualkontakten, Anzahl Partner, Praktizieren von Analverkehr, Schutz) keine homogene Gruppe bilden. Die Mehrheit der Befragten hat den festen Partner über die HIV-Positivität in Kenntnis gesetzt, während Gelegenheitspartner weniger häufig informiert werden. Offensichtlich ist es aus Angst vor Diskriminierung immer noch schwierig, über die eigene HIV-Positivität zu sprechen.

Die jungen Homosexuellen (unter 25 Jahren)

Gemäss den Daten, die mittels Fragebogen erhoben wurden, gehen junge Homosexuelle kein höheres Risiko ein als ältere Personen; sie scheinen sich gar etwas besser zu schützen. Allerdings zeigen die qualitativen Daten, dass die Phase der Entdeckung der Homosexualität von vielen als schwierige Zeit empfunden wird und dass daher einige den Schutz vor einer HIV-Infektion als zweitrangiges Problem auffassen.

HIV-Test

Der Prozentsatz der auf HIV getesteten Personen beträgt 73 %, wobei 50 % den Test mehrmals durchführen liessen. 10 % der Befragten dieses Kollektivs

sind HIV-positiv, was im Vergleich zu den Vorjahren eine leichte Abnahme darstellt. Tendenziell zeichnet sich eine Stabilisierung der Prävalenz der HIV-Positivität ab. Die Tatsache, dass bei 10 % der Befragten im Verlauf des Jahres eine andere Geschlechtskrankheit aufgetreten ist, zeigt sehr gut, wie stark diese Population einem potentiellen HIV-Übertragungsrisiko ausgesetzt ist.

Auf HIV getestete Befragte und Serostatus.

	1987	1990	1992	1994
	n=1195	n=934	n=720	n=795
Getestete in %	73 % ± 3 %	72 % ± 3 %	67 % ± 3 %	57 % ± 3 %
• HIV-positiv	10 % ± 2 %	11 % ± 2 %	13 % ± 2 %	14 % ± 2 %
• HIV-negativ	87 % ± 2 %	87 % ± 2 %	81 % ± 2 %	77 % ± 3 %
• Antwort				
verweigert*	3 % ± 1 %	2 % ± 1 %	6 % ± 2 %	9 % ± 2 %

* oder weiss es nicht

Probleme mit Präservativen

Bei 21 % der Befragten ist im letzten Jahr mindestens einmal ein Präservativ gerissen, und bei 12 % ist ein Präservativ verrutscht. Bei jenen Befragten, die viele Partner oder oft sexuelle Kontakte haben, treten derartige Zwischenfälle häufiger auf. Bei den Befragten, die beim Analverkehr mit ihrem festen Partner immer ein Gleitmittel benutzen, traten weniger Zwischenfälle auf als bei jenen, die nicht immer eines verwenden. Der systematische Gebrauch eines Gleitmittels beim Analverkehr stieg von 63 % im Jahr 1992 auf 72% im Jahr 1994. Allerdings benutzen noch immer 6 % der Befragten ungeeignete Gleitmittel.

Schlussfolgerungen

- Das Niveau des Schutzes vor HIV ist in dieser Population weiterhin hoch.
- Es ist schwierig, einen angemessenen Schutz langfristig und systematisch aufrechtzuerhalten. Dies gilt insbesondere zwischen festen Partnern. In festen Partnerschaften werden oft keine klaren Abmachungen in bezug auf die Prävention bei Sexualkontakten mit anderen Partnern getroffen.
- Junge Homosexuelle schützen sich ebensogut wie ältere Personen, doch sie beschreiben die Phase des «Coming out» als Zeit, in der die Prävention als zweitrangig empfunden werden kann.
- Tendenziell zeichnet sich eine Stabilisierung der HIV-Positivitätsraten ab, doch es treten weiterhin Neuinfektionen auf.

Empfehlungen

- Es muss darauf hingewiesen werden, dass ein fester Partner an sich noch keinen Schutz vor einer HIV-Infektion bietet, da es sich bei den Homosexuellen um eine Population mit einem hohen Anteil an HIV-Positiven handelt. Paare, die kein Präservativ mehr verwenden möchten, müssen dazu angehalten werden, dies erst zu tun, nachdem sie unter sachgerechten Bedingungen einen Test durchführen liessen.
- Homosexuelle Paare müssen ausserdem darauf hingewiesen werden, wie wichtig es ist, untereinander offen zu kommunizieren und schon zu Beginn ihrer Beziehung klare Abmachungen bezüglich der Prävention zu treffen.
- Es müssen geeignete Mittel gefunden werden, um junge Homosexuelle zu unterstützen, die ihre sexuelle Orientierung entdecken, damit sie während dieser schwierigen Phase die Präventionsmassnahmen nicht vernachlässigen. Homosexuelle, die sexuelle Beziehungen zu jungen Homosexuellen unterhalten, welche ihr Sexualleben erst aufnehmen, sollten diese darauf aufmerksam machen, dass sie sich schon bei den ersten Sexualkontakten schützen müssen (Vorbildfunktion und Solidarität unter den Generationen).

Drogenabhängige

Die Bemühungen zur Aidsprävention bei Drogenkonsumentenden konzentrieren sich auf die Verringerung der Risiken einer HIV-Übertragung über das Blut (Spritzentausch) und über Sexualkontakte. Die nachfolgenden Daten stammen aus Studien, die in den Jahren 1989 bis 1995 zu diesem Thema durchgeführt wurden.

Spritzentausch

Sämtliche Studien, welche die gegenwärtige Verbreitung des Spritzentausches im Laufe des Lebens mit der Verbreitung des Spritzentausches während der letzten 6 Monate oder im vergangenen Monat vergleichen, zeigen einen Rückgang des Spritzentausches. Allerdings muss man anmerken, dass sich nicht alle diese Studien auf vergleichbare Populationen beziehen: einige wurden bei Patienten durchgeführt, die eine Behandlung beginnen, andere bei Personen, die niederschwellige Einrichtungen frequentieren, wo sie sich Injektionsmaterial beschaffen können. Dennoch zeichnet sich eine allgemeine Tendenz ab. Hinzuzufügen ist auch, dass a) die Tatsache, irgendwann im Leben Spritzen getauscht zu haben, in der Romandie häufiger vorkommt, da hier die Spritzen weniger leicht erhältlich sind, und dass b) derzeit nur eine Minderheit der intravenösen Drogenkonsumentenden dieses Risiko eingeht

- In den fünf Studien, die zwischen 1993 und 1995 bei verschiedenen Gruppen von Drogenabhängigen durchgeführt wurden (Süchtige, die eine ambulante Behandlung beginnen; Kundschaft von Stellen, die Spritzen abgeben; verstecktere Populationen oder solche, die nicht in Behandlung sind), bewegt sich der Anteil Personen, die im Laufe ihres Lebens mindestens einmal Injektionsmaterial getauscht haben, zwischen 39 % und 51 %
- In denselben Studien schwankt der Spritzentausch im Verlauf der letzten 6 Monate zwischen 11 % und 17 %.

Offenbar tritt der Spritzentausch unter Drogenkonsumentenden, die erst seit kurzem oder nur unregelmäßig Drogen konsumieren (und deshalb in weniger engem Kontakt mit Einrichtungen stehen, die steriles Material anbieten), sowie unter Partnern und Freunden häufiger auf.

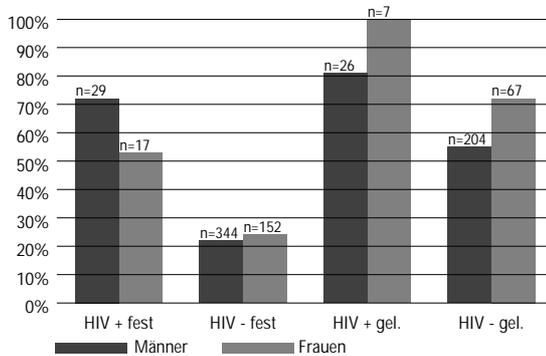
Prävention der sexuellen HIV-Übertragung

Beim Präservativgebrauch waren Fortschritte zu verzeichnen, was klar zeigt, dass auch Drogenabhängige in der Lage sind, ihr Sexualverhalten den von der Epidemie geschaffenen Gegebenheiten anzupassen. Die Prävention der sexuellen HIV-Übertragung bleibt dennoch weiterhin ein grosses Problem für die Drogenabhängigen, deren Partner häufig nicht injizieren oder gar keine Drogen konsumieren. Im besonderen Masse gilt dies für den Schutz mit dem festen Partner. Angesichts der hohen Prävalenz der HIV-Infektion in dieser Gruppe genügen die bisher erreichten Verhaltensänderungen noch nicht. Es besteht die Gefahr, dass die sexuelle HIV-Übertragung in dieser Population vorherrschend wird und sich auch auf andere Populationen ausweitet.

Gesamthaft gesehen wird der Schutz durch Präservativgebrauch am häufigsten bei der Prostitution praktiziert: In vier Studien aus den Jahren 1989 bis 1994 schwanken die Anteile für den konsequenten Schutz zwischen 46 % (1989) und 87 % (1994). Bei Gelegenheitspartnern (keine Freier) ist das Schutzniveau etwa gleich hoch wie in der Allgemeinbevölkerung: In neun Studien aus den Jahren 1989 bis 1995 bewegen sich die Prozentzahlen für den konsequenten Schutz in den letzten 6 Monaten zwischen 38 % (1989) und 77 % (1992). In festen Partnerschaften (wo es wiederholt zu Sexualkontakten kommt) werden Präservative weit weniger häufig benutzt: In den neun erwähnten Studien variiert der diesbezügliche Anteil für den konsequenten Schutz zwischen 12 % (1989) und 22 % (1992).

HIV-Positive benützen das Präservativ häufiger mit Partnern aller Art (aber nicht alle benützen es oder tun dies wirklich konsequent) als HIV-Negative. Frauen schützen sich mit ihren Gelegenheitspartnern besser als Männer. Doch in einer festen Partnerschaft ist das Verhältnis gerade umgekehrt.

Drogenabhängige : Anteil Personen, die immer Präservative benutzen, nach Geschlecht, Serostatus des Antwortenden und Art des Partners (fester oder Gelegenheitspartner).



Prävalenz der HIV-Infektion

In den letzten Jahren war die HIV-Prävalenz in dieser intensiv getesteten Bevölkerungsgruppe ziemlich stabil, woraus man schliessen darf, dass sich die Epidemie weniger rasch ausbreitet : im Zeitraum 1989-90 lag die in den verschiedenen Studien verzeichnete Prävalenz bei 20 %, im Zeitraum 1993-94 bewegt sie sich eher zwischen 10 % und 15 %. Bei den Personen, die nach 1986 mit dem intravenösen Drogenkonsum angefangen haben, ist die Prävalenz noch niedriger.

Schlussfolgerungen

- Der Spritzenaustausch ist stark zurückgegangen.
- Wenn auch beim Präservativgebrauch Fortschritte zu verzeichnen sind, so bleibt die sexuelle HIV-Übertragung dennoch weiterhin ein grosses Problem für die Drogenabhängigen, deren Partner häufig nicht injizieren oder gar keine Drogen konsumieren.
- Diese insgesamt ermutigenden Resultate sind vermutlich den beträchtlichen Anstrengungen zu verdanken, die unternommen wurden, um niederschwellige Stellen zur Risikoverminderung zu schaffen.

Empfehlungen

- Die Prävention der sexuellen HIV-Übertragung, eingebettet in den allgemeinen Kontext « Sexualität und Gesundheit » (einschliesslich der Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten, unerwünschten Schwangerschaften, sexueller Gewalt usw., aber auch Fragen zur Mutterschaft), sollte in der Arbeit der Einrichtungen für Drogenabhängige Priorität erhalten. Dem Betreuungspersonal sollte eine entsprechende Ausbildung angeboten werden.
- Parallel sollten weitere milieunahe Aktionen (Wissensvermittlung von Gleichen an Gleiche, Gassenarbeit), die auf die Prävention der sexuellen HIV-Übertragung im obigen Sinn ausgerichtet sind, entwickelt und evaluiert werden.

Berufsbedingte Risiken einer HIV-Exposition beim Spitalpersonal und Prävention

Durch das Auftreten von Aids wurde im Gesundheitswesen die Frage der Ansteckung mit HIV sowie mit anderen durch Blut übertragenen Viruserkrankungen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit erneut und verschärft aufgeworfen. Dieses Problem war keineswegs neu: die Übertragung von Hepatitiden hatte die Verantwortlichen für die Spitalhygiene bereits mobilisiert. Beim Spitalpersonal hatte diese Übertragung allerdings geringere Befürchtungen hervorgerufen als HIV, obwohl das Infektionspotential der Hepatitisviren grösser ist und obwohl vor der systematischen Hepatitis-B-Impfung in den Gesundheitsberufen eine erhebliche Morbidität und Mortalität infolge dieser Erkrankungen zu verzeichnen war. Bei HIV wird das Risiko einer Serokonversion nach einer Schnitt- oder Stichverletzung gegenwärtig auf 0,2 % bis 0,5 % geschätzt, bei Hepatitis B (ungeimpfte Personen) auf 2 % bis 40 % und bei Hepatitis C auf 3 % bis 10 %.

1989 führte das BAG ein System für die freiwillige Meldung aller Fälle ein, in denen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit ein Kontakt mit Blut stattgefunden hatte, das HIV-infiziert oder möglicherweise kontaminiert war. Gleichzeitig gab es Empfehlungen für das weitere Vorgehen in derartigen Fällen sowie für Massnahmen zur Prävention von durch Blut übertragenen Erkrankungen heraus.

Evaluationsfragen:

- Wie hoch ist die Inzidenz von Stich- und Schnittverletzungen mit beschmutztem Material beim Spitalpersonal?
- Welche Umstände führen am häufigsten zu derartigen Verletzungen?
- Welche zu ergreifenden Schutzmassnahmen kennt das Spitalpersonal und wie werden diese angewandt?
- Wie funktioniert das Meldesystem für derartige Vorfälle, das gemäss den Richtlinien des BAG eingeführt wurde?

In sieben Schweizer Spitälern wurde beim Pflegepersonal, bei den Chirurgen und Anästhesisten sowie beim Personal des Hausdienstes eine Umfrage mittels Fragebogen durchgeführt. Die Rücklaufquote betrug 72 % (Hausdienst 74 %, Pflegepersonal 74 %, ÄrztInnen 59 %). Insgesamt beteiligten sich 2434 Pflegendende, 314 ÄrztInnen und 368 Personen aus dem Reinigungsdienst (Hausdienstpersonal) an der Studie.

Vom Pflegepersonal und den ÄrztInnen wurden 440 Zwischenfälle geschildert, die sich im letzten Monat ereignet hatten (davon 38 % mit Material, das durch Blut oder durch eine biologische Flüssigkeit beschmutzt war). Vom Hausdienstpersonal wurden 35 Fälle beschrieben, die sich in den letzten zwölf Monaten zugetragen hatten (davon 94 % mit beschmutztem Material). Für die Berechnung der Inzidenz wurden nur jene Fälle berücksichtigt, die sich auf beschmutztes Material bezogen.

Jährliche Inzidenz von Zwischenfällen mit beschmutztem Material für verschiedene Personalkategorien, Schweizer Spitäler, 1995.

Jahresinzidenz pro Person, berechnet nach den Zwischenfällen			
	des Tages	des Monats	des Jahres
Pflegepersonal n = 2434	2.23 (1.37-3.43)	0.49 (0.38-0.61)	
Chirurgen n = 238	11.05 (5.57-19.72)	4.28 (3.37-5.36)	
Anästhesisten n = 76	3.14 (0.07-17.47)	2.11 (1.09-3.68)	
Hausdienstpersonal n = 368		0.17 (0.05-0.42)	0.11 (0.07-0.15)

Die Inzidenz von Stich- und Schnittverletzungen mit beschmutztem Material⁷ lag zwischen 2,1 und 8,2 pro Tag und pro 1000 Pflegenden, je nachdem, ob man die Fälle berücksichtigt, die sich im letzten Monat vor der Befragung oder am letzten Arbeitstag ereignet hatten. Anders ausgedrückt entspricht dies einem Verletzungsrisko von 0,49 bis 2,23 Vorfällen pro Jahr und Pflegeperson. Die höchsten Verletzungsraten beim Pflegepersonal wurden im Operationssaal verzeichnet (Operations- und Anästhesie-Pflegepersonal). Diese Raten liegen etwas höher als jene, die in der Literatur angegeben werden, wobei diese im allgemeinen auf den offiziellen Meldungen und nicht auf Fragebögen beruhen.

Bei den Chirurgen liegt die Inzidenz von Stich- und Schnittverletzungen mit beschmutztem Material höher als beim Pflegepersonal: 4,28 bis 11,05 Vorfälle pro Jahr und Arzt/Ärztin. Diese Raten entsprechen eher denen, die in der Literatur angegeben werden (zwischen 2,1 und 12,5).

Beim Hausdienstpersonal liegt die Inzidenz deutlich tiefer: zwischen 0,11 und 0,17 pro Jahr und Person (was mit den in der Literatur angegebenen Raten vergleichbar ist). Diese Personalkategorie sollte jedoch gar nicht mit beschmutztem Material in Kontakt kommen, da dieses nach dem Gebrauch so entsorgt werden müsste, dass keine Stich- oder Schnittverletzungen auftreten können.

⁷ Für die Beschreibung der Berechnungsmethode wird auf den Studienbericht verwiesen.

Selbst die Opfer von solchen Stich- und Schnittverletzungen sind der Ansicht, dass derartige Vorfälle teilweise vermeidbar wären (Vermeidung von risikoreichen Manipulationen, vorsichtigerer Umgang mit spitzen und scharfen Gegenständen, systematischer Gebrauch von geeigneten Behältern).

Wenn man die Art und die Umstände der Vorfälle untersucht, kommt man zu folgenden Schlussfolgerungen

- Die meisten Verletzungen ereignen sich in einer «normalen» Situation (kein Notfall, kein besonderer Stress, keine erhöhte Müdigkeit)
- Bei Chirurgen ereignen sich solche Vorfälle besonders häufig. Dabei handelt es sich meist um oberflächliche Verletzungen, die durch Nadeln für den Wundverschluss (keine Hohladeln) verursacht werden. Diese enthalten in der Regel keine grossen Mengen von potentiell infektiösem Material
- Für die Pflegenden ist das Risiko einer Verletzung etwas geringer; sie stellen jedoch in einem Spital den grössten Anteil des Personals, das solchen Risiken ausgesetzt ist. Die meisten Unfälle ereignen sich mit Hohladeln und an sehr unterschiedlichen Orten (am häufigsten am Krankenbett). Die Behälter zur Entsorgung des verbrauchten Materials sollten folglich so aufgestellt werden, dass die Zeit und die Distanz zwischen der Verwendung des Materials und seiner Entsorgung möglichst gering ist. Trotz der klaren Anweisungen, die von allen Spitalern erteilt wurden, werden durch das Recapping von Nadeln nach wie vor Verletzungen verursacht
- Das Hausdienstpersonal ist zwar weniger gefährdet, doch sind die registrierten Vorfälle schwerwiegender (höherer Anteil von tiefen, blutenden Wunden). Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass das Hausdienstpersonal nicht damit rechnet, mit spitzen oder scharfen Gegenständen in Berührung zu kommen. Diese werden meist aus Versehen oder Nachlässigkeit an Orten deponiert, wo sie nicht hingehören (beispielsweise in Abfallbehältern)
- Zumindest bei den Chirurgen (Tragen von zwei Handschuhen übereinander) und beim Hausdienstpersonal scheint ein Zusammenhang zwischen dem Tragen von Handschuhen und dem Schweregrad der Exposition zu bestehen (Verminderung des Schweregrads der Verletzungen sowie Verringerung der übertragenen Blutmenge durch das «Abwischen» des

Objekts, das die Verletzung verursacht). Hingegen scheint das Tragen von Handschuhen keinen Einfluss auf das Auftreten von Verletzungen zu haben.

Das Meldesystem innerhalb des Spitals funktioniert nicht zufriedenstellend. Von den im Hausdienst Beschäftigten melden zwar die meisten einen Vorfall ihren Vorgesetzten oder der im Spital dafür zuständigen Person, von den Pflegenden und insbesondere von den ÄrztInnen erstattet jedoch nur eine Minderheit eine entsprechende Meldung. Offensichtlich scheinen beim Pflegepersonal zwei Einstellungen vorzuherrschen: Zum einen gehen die Pflegenden davon aus, dass sie die Situation sowie den Schweregrad der Verletzung und den « Risikograd » des Patienten selbst abschätzen können (nach welchen Kriterien?), und zum andern neigen sie zu einer Verharmlosung des Vorfalls (Zeitmangel, die Tatsache, dass sich solche Vorfälle häufig ereignen, sowie die Tatsache, dass das Meldesystem als zu kompliziert oder zu restriktiv beurteilt wird). Unabhängig von den Richtlinien, welche die Spitäler erlassen haben, ist es nicht angebracht, dass die Person, welche Opfer einer Stich- oder Schnittverletzung mit beschmutztem Material wird, die Risikoeinschätzung selbst vornimmt.

Das Spitalpersonal scheint über die berufsbedingten Risiken einer Ansteckung mit Hepatitis oder Aids sowie über die Präventionsmöglichkeiten relativ gut informiert zu sein. Es ist jedoch offensichtlich nur bedingt bereit, die diesbezüglichen Ratschläge und Richtlinien zu befolgen; dies gilt sowohl für die Schutzmassnahmen als auch für die Meldung von Vorfällen.

Schlussfolgerungen

- Stich- und Schnittverletzungen mit beschmutztem Material sind häufiger, als es das in der Schweiz bestehende Meldesystem vermuten lässt. Ein Teil dieser Zwischenfälle sind vermeidbar, insbesondere jene, die das Personal des Hausdienstes betreffen.
- Die Meldung der Zwischenfälle durch das betroffene Personal ist noch nicht zufriedenstellend.

Empfehlungen

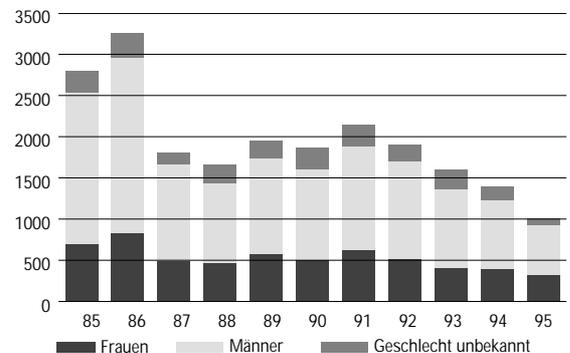
- Die Verharmlosung von Zwischenfällen muss auf allen Ebenen bekämpft werden, indem die im Gesundheitswesen Tätigen verstärkt sensibilisiert werden. Insbesondere ist darauf zu achten, dass neben dem HIV-Risiko auch dem Hepatitisrisiko Rechnung getragen wird und dass die Vermeidung dieser Risiken stets mit der Wahrung der Patientenrechte einhergeht (keine Stigmatisierung, klares Einverständnis des Patienten, falls ein Test vorgenommen werden muss). Gleichzeitig muss die Nachlässigkeit bekämpft werden, beschmutztes Material an ungeeigneten Orten abzulegen und damit das Reinigungspersonal einem Unfallrisiko auszusetzen.
- In bezug auf die Information des Personals sowie auf die Einführung von geeigneterem Material und von sichereren Abläufen sind weitere Verbesserungen möglich.
- Jeder Zwischenfall mit beschmutztem Material ist zumindest einer kompetenten (geschulten) Person zu melden, wodurch eine objektivere Situationsbeurteilung und ein Entscheid über das weitere Vorgehen (keine weiteren Abklärungen, Überweisung an einen Spezialisten) ermöglicht wird. Gleichzeitig muss der Zugang zum Meldesystem vereinfacht werden.

Epidemiologie von Aids und HIV

Angesichts der Latenzzeit zwischen dem Zeitpunkt einer HIV-Infektion und dem Auftreten von Aids sind die epidemiologischen Daten über die Inzidenz der Krankheitsfälle nur von geringer Bedeutung, um in den ersten Jahren nach Beginn der Präventionstätigkeit eine Evaluation vorzunehmen und die Frühergebnisse der Prävention zu erkennen. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache ist festzuhalten, dass die Wachstumsraten der Inzidenz der Aidsfälle in den letzten Jahren abgenommen haben. Der Anteil der Fälle bei Homosexuellen und Drogenabhängigen ging zwischen 1992 und 1995 zurück (bei den Homosexuellen von 38,9% auf 32,6% und bei den Drogenabhängigen von 40,9% auf 34,8%), während der Anteil der Fälle bei Heterosexuellen von 16,9% im Jahre 1992 auf 27% im Jahre 1995⁸ zugenommen hat. Der Anteil der Frauen ist weiter gestiegen (1987: 20,6%, 1992: 21,3%, 1995: 27,2%).

Die epidemiologischen Daten über die jährlich neuen HIV-positiven Fälle sind diesbezüglich von etwas grösserem Nutzen, doch auch sie sind schwierig zu interpretieren. Tendenziell nimmt die Zahl der jährlich neu entdeckten Fälle ab. 1995 fielen 1008 Tests positiv aus (der Jahresdurchschnitt seit 1987 liegt bei 1705). In absoluten Zahlen entspricht dies einer leicht abnehmenden Tendenz. Der Anteil der positiven Tests an allen Tests, die in den anonymen Testzentren durchgeführt wurden (die als einzige Quelle für diese Art von Daten zur Verfügung stehen), verharrte in den letzten Jahren stets bei 1%. 1995 lag der Frauenanteil bei 33% (1992: 27%) von 926 positiven Tests, bei denen Angaben über das Geschlecht vorliegen. Sowohl bei den Heterosexuellen als auch bei den Homosexuellen und den Drogenabhängigen hat der Anteil der positiven Tests an allen durchgeführten Tests seit 1985 abgenommen, wobei er sich in den Jahren 1990-95 stabilisiert hat. In der Altersgruppe der unter 30jährigen werden immer weniger neue Fälle entdeckt.

Positive HIV-Befunde in Schweizer Bestätigungslabors (nach Geschlecht).



Da sich die Bevölkerung überwiegend aus Heterosexuellen zusammensetzt, ist es nicht erstaunlich, dass der Anteil der Fälle mit heterosexueller Übertragung zunimmt; die zurzeit vorliegenden Daten erlauben jedoch nicht, in der Schweiz auf ein rasches Fortschreiten der Epidemie durch diese Art der Übertragung zu schliessen.

⁸ Stand 29.2.1996.

Solidarität und Diskriminierung im Zusammenhang mit der Aidsepidemie

Die Förderung der Solidarität gegenüber HIV-positiven und aidskranken Menschen wurde von Anfang an als eines der Ziele der Aidspräventionsstrategie festgelegt, und das Thema Solidarität bildet regelmässig ein zentrales oder sekundäres Ziel der Präventionsaktionen. Die Evaluation der Einstellungen und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Solidarität und Diskriminierung wurde hauptsächlich anhand der Informationen vorgenommen, die aus regelmässigen Umfragen in der Allgemeinbevölkerung stammen. Weitere Daten über Personen ausländischer Herkunft und Homosexuelle wurden den entsprechenden Studien entnommen.

- Gibt es Hinweise auf Diskriminierung bzw. auf Solidarität in der Bevölkerung?

Die Allgemeinbevölkerung empfindet gegenüber Menschen mit HIV oder Aids ein gewisses Unbehagen, das sich zwischen 1990 und 1995 nicht verändert hat. Ein Teil der Bevölkerung ist der Ansicht, dass Aidskranke abgelehnt werden. Dieses Unbehagen führt jedoch nicht zu einer persönlichen Ablehnung. Im Gegenteil, HIV-Positive werden grundsätzlich sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich von den meisten akzeptiert. Allerdings ist angesichts dieser breiten Einstimmigkeit eine gewisse Vorsicht am Platz: Es kommt darin höchstwahrscheinlich das Vorhandensein einer klaren gesellschaftlichen Norm zum Ausdruck, die jedoch nichts darüber aussagt, wie sich die einzelnen Menschen persönlich verhalten.

Wie bereits 1990 herrscht auch 1994 in der Gesellschaft in bezug auf HIV-Positive, jedoch nicht aidskranke Menschen das Bild des unheilbar Kranken vor. HIV-Positive werden weiterhin von ungefähr der Hälfte der Bevölkerung als Gefahr für andere und als isolierte und behinderte Menschen wahrgenommen. Etwas mehr als ein Drittel der Befragten betrachtet sie als

gesunde Menschen. Das Gefühl, dass HIV-Positive eine Gefahr für andere darstellen, wird durch die Ansicht gemildert, dass sie Vorsichtsmassnahmen treffen, um andere nicht anzustecken. Die Ansicht, dass HIV-Positive die Möglichkeit haben, sich und andere vor der Gefahr zu schützen, wird weiterhin von sehr vielen vertreten: über 80% der Befragten sind dieser Meinung.

In den spontanen Antworten bezüglich der Mittel, sich persönlich vor Aids zu schützen, wird das Meiden bestimmter sozialer Gruppen (Prostituierte, Homosexuelle, HIV-Positive oder Aidskranke) oder Orte bzw. Umstände (Saunas, öffentliche Toiletten, alltäglicher Umgang im allgemeinen) nicht genannt; diese Antworten lassen somit nicht auf eine Tendenz zur Stigmatisierung schliessen. Sie weisen weder auf das Vorhandensein noch auf den Beginn eines Stigmatisierungsprozesses hin, der bestimmte soziale Gruppen mit der Aidsepidemie in Verbindung bringen würde.

Bei der Befragung über die Mittel, die bezüglich HIV-positiver Menschen vorzusehen sind, erwähnt die Bevölkerung systematisch Massnahmen, die sich auf soziale und menschliche Aspekte beziehen und die in Richtung Solidarität gehen. Festzustellen ist auch, dass keine stigmatisierenden und diskriminierenden Massnahmen gegenüber HIV-Positiven gefordert werden.

Die Einstellung der ausländischen Bevölkerung⁹ in der Schweiz ähnelt insgesamt derjenigen der Allgemeinbevölkerung. So anerkennen vier von fünf Befragten, dass Aidskranke Solidarität und Sympathie benötigen und dass sie das Recht auf eine bestmögliche medizinische Behandlung haben; die meisten (bei den Türkinnen etwas weniger) sprechen sich gegen Isolierungsmassnahmen aus.

In der Bevölkerung sind noch weitere, indirekte Hinweise auf eine eher solidarische Grundhaltung feststellbar. In einer Studie über Drogenprobleme in der Schweiz, die in der Bevölkerungsgruppe der 18-70jährigen durchgeführt wurde, fanden die folgenden vorgeschlagenen Massnahmen eine grosse Mehrheit von Befürwortern: jungen Menschen in Schwierig-

⁹ Die Daten stammen aus der Auswertung des «Migrantenprojekts».

keiten beistehen (98 %), insbesondere Drogenabhängigen in Form von Therapien (97 %) oder in Form von Überlebenshilfe (92 %), Spritzenaustauschprogrammen (87 %) oder Räumlichkeiten, in denen Süchtige Drogen konsumieren können (73 %).

Die Meinung der Homosexuellen – insbesondere der HIV-positiven Homosexuellen – hinsichtlich Diskriminierung und Solidarität im Zusammenhang mit HIV-infizierten Menschen wirft ein anderes Licht auf diese Frage. Ein Drittel der Befragten ist der Meinung, dass Arbeitgeber oder Versicherungen den Test durchführen, ohne die Betroffenen darüber zu informieren. Zwei Drittel der Homosexuellen sind zudem der Ansicht, dass die Gewalt gegenüber Homosexuellen in den letzten Jahren zugenommen hat. Ausserdem geben 15 % an, dass sie in den letzten zwölf Monaten beleidigt oder tätlich angegriffen wurden.

Die Antworten der Homosexuellen zur Diskriminierung von HIV-Positiven weisen darauf hin, dass diese zwar versteckt, aber doch vorhanden ist. So sind zwei Drittel der Befragten der Meinung, dass HIV-Positive ausgegrenzt werden, selbst unter Homosexuellen. Zwei Drittel der Homosexuellen vertreten zudem die Ansicht, ein HIV-Positiver solle seine Diagnose besser nicht bekanntgeben, um eine Diskriminierung zu vermeiden.

Schlussfolgerungen

- Es gibt Hinweise darauf, dass in der Schweiz, besonders dank den STOP-AIDS-Kampagnen, eine starke gesellschaftliche Solidaritätsnorm besteht, die offene Ablehnungserscheinungen verhindert.
- Die individuelle Solidarität hingegen, obwohl einstimmig befürwortet, präsentiert sich in der Realität möglicherweise nicht ganz so makellos.

Empfehlung

- Die Solidarität muss weiterhin ein wesentliches Element der Aidsprävention bleiben.

Allgemeine Schlussfolgerungen

Man kann sagen, dass das BAG in den fast 10 Jahren nach Beginn seines flächen-deckenden Einsatzes im Bereich der Aidsprävention eine starke, kontinuierliche und kohärente Strategie beibehalten konnte, was beispielsweise in anderen Ländern Europas bei weitem nicht der Fall ist. Das BAG hat sich auch bemüht, den « ideologischen » Rahmen der Aidsprävention zu stärken, indem es 1993 das Handbuch

« HIV-Prävention in der Schweiz » herausgab und einem breiten Publikum bekanntmachte. In sämtlichen Milieus werden seit mehreren Jahren die Resultate dieser Strategie erkennbar, und erst kürzlich konnte man wieder einige Fortschritte verbuchen.

Das Schutzverhalten hat generell ein hohes Niveau erreicht, auch wenn noch weitere Verbesserungen möglich sind.

Entwicklung der Strategie

In den Jahren 1993 bis 1995 entfalteten sich die Aktivitäten zur Aidsprävention in allen Zielbereichen und auf allen Ebenen, die in der für die Schweiz gewählten Strategie vorgesehen waren. Besonders erwähnenswert ist die Weiterführung der Initiativen, die an spezifische Zielgruppen gerichtet sind, darunter vor allem :

- der Ausbau von Aktionen mit MediatorInnen, die in der Regel nach dem Modell der Wissensvermittlung von Gleichen an Gleiche arbeiten (Projekt « Barfüsserfrauen », Projekt Media) ;
- die Stimulierung der Aktivität von Multiplikatoren und Personen, die sich in ihrem beruflichen oder privaten Umfeld (ÄrztInnen, MigrantInnen) aktiv einsetzen.

Betrachtet man die drei Aktionsebenen der Strategie, so gelangt man zu folgenden Feststellungen :

- Die Massnahmen für die Allgemeinbevölkerung (hauptsächlich die STOP-AIDS-Kampagne) verfolgen weiterhin das Ziel, die wichtigsten Präventionsbotschaften ständig in Erinnerung zu rufen ; diese Aktion wird von der Bevölkerung nach wie vor beachtet. Diesbezüglich spielt das BAG eine tonangebende Rolle. Der Kampagne ist es jedoch noch nicht wirklich gelungen, die Frage nach der Bedeutung der Beziehungsaspekte bei der praktischen Umsetzung der Prävention zu behandeln. Auch wurde die Problematik Aidsprävention/Prävention anderer sexuell übertragbarer Krankheiten/Empfängnisverhütung noch nicht in die Botschaften der Kampagne integriert.

- Auch die zielgruppenspezifische Prävention macht Fortschritte ; sie läuft oft über spezielle Programme, die gesamthaft (Migrantenprojekt, Projekt « Barfüsserfrauen » in seiner Anfangsphase) oder teilweise vom BAG finanziert werden (einige Programme zur Abgabe von Injektionsmaterial), gelegentlich aber auch von den Kantonen übernommen werden (Programme zur Sexualerziehung, die von den Schulsystemen entwickelt werden und sich von Ort zu Ort stark unterscheiden¹⁰). Diese Programme müssen hinsichtlich ihrer Dauer und Reichweite beurteilt werden. Dann stellt sich die Frage nach der Rolle des BAG : Inwieweit will es die Verantwortung tragen ? Welche Rolle will es übernehmen ? Wie stark will es sich beteiligen ? Welche Beziehungen knüpft es mit seinen Partnern ? Welche Kontrolle will/kann es ausüben ? Bis heute befanden sich die meisten dieser Programme (mit Ausnahme der Programme zur Sexualerziehung) in einer Aufschwung- und Experimentierphase und wurden zu Beginn notwendigerweise in bescheidenem Massstab eingeführt. Mehrere dieser Programme wurden auf ihre Machbarkeit und Akzeptabilität getestet, einige auch auf ihre Wirksamkeit. Sie treten nun in eine Ausbauphase, wo all diese Fragen viel stärker ins Gewicht fallen und die finanzielle, organisatorische und Führungskapazität des BAG im Gesundheitswesen in Frage gestellt wird. Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurden alle Arten von Modalitäten zur Einführung von Programmen erprobt. Mit den bisherigen Evaluationen konnten bislang nur einige Nachteile oder Vorteile von bestimmten Betriebsmodellen aufgedeckt werden. Das BAG hat zu diesem Thema noch einige Denkarbeit zu leisten ; zugleich muss die Evaluation der verschiedenen Erfahrungen fortgesetzt werden.

¹⁰ Dieser Aspekt der Prävention wurde in den vorangegangenen Evaluationsphasen untersucht.

Die Entwicklung dieser Programme hat noch weitere Fragen aufgeworfen, die sich auf den Umstand beziehen, dass die Aidsprävention getrennt von anderen gesundheitlichen oder gesellschaftlichen Problemen abläuft. In fast allen Populationen, die als Zielgruppen von spezifischen Programmen gewählt wurden (z.B. Prostituierte, Drogenkonsumierende, MigrantInnen), ist das Aidsproblem nur eines unter anderen. Es stellt sich somit die Frage, wie sich Aids in globalere Gesundheitskonzepte integrieren lässt oder wie man eine Verbindung zu bestehenden Nebenprogrammen herstellen kann (z.B. mit jenen, die im Zusammenhang mit « Sexualität und Gesundheit » stehen). Dabei gilt es, überhastete Schritte zu vermeiden, d.h. man sollte gewisse dringliche Aspekte der Aidsprävention nicht aus den Augen verlieren und die gezielte Prävention

von Aids nicht in allzu universale Konzepte aufgehen lassen. Die Frage der Integration, der Normalisierung des Aidsproblems ist wichtig und geht zudem nicht nur die Prävention an; auch die Ausbildung und die Pflege sind davon betroffen.

- Die dritte Aktionsebene der Strategie, diejenige der Interventionen mit Tiefen- und Langzeitwirkung, basierend auf individueller Interaktion, hat ebenfalls Fortschritte erbracht. So haben sich beispielsweise die Einstellungen und die Praktiken der Ärzteschaft in bezug auf die Prävention positiv entwickelt, und die Prävention ist nun besser in der Routinearbeit verankert. Das belegt auch das nicht nachlassende Interesse an ergänzenden Ausbildungsprogrammen (vgl. z.B. Pro Familia).

Resultate der Strategie

Bezüglich den Ergebnissen der Präventionsstrategie wurden folgende Beobachtungen gemacht

- In allen untersuchten Bevölkerungsgruppen sind präventive Verhaltensweisen zu beobachten, und das jeweilige Schutzniveau (beurteilt anhand der systematischen Anwendung der Schutzmassnahmen) ist hoch. Es sind insbesondere keine grösseren Präventionsdefizite in den grossen Bevölkerungsgruppen auszumachen (zum Beispiel in den ausländischen Bevölkerungsgruppen oder bei den Drogenkonsumierenden), obwohl es zwischen den Gruppen und innerhalb der Gruppen selber Unterschiede gibt (beispielsweise unterschiedliches Schutzverhalten von Frauen und Männern). Doch muss man hinzufügen, dass das Schutzniveau gewissermassen eine « Obergrenze » erreicht hat, die nicht leicht zu deuten ist: Handelt es sich bloss um einen vorübergehenden Stillstand, ist es der Ausdruck einer Trägheit oder gar der Beginn eines Rückschritts in einen Kontext, wo Aids kein prioritäres Thema mehr ist? Das wird man wohl erst sagen können, wenn man die Präventionsaktivitäten und ihre Ergebnisse über längere Zeit beobachtet und untersucht. Auch ist es heikel, ein Werturteil über diese

« Limite » geben zu wollen, da man ja nicht weiss, welches Schutzniveau in der Bevölkerung erreicht werden muss, um die Ausbreitung der Epidemie dauerhaft zu bremsen oder gar einen Rückgang der Epidemie zu bewirken. Die verfügbaren epidemiologischen Daten lassen auf eine Stabilisierung der Epidemie schliessen, obwohl die Vorgänge nicht immer genau zu durchschauen sind.

- Diese beachtlichen Änderungen hin zu einem besseren Schutz gehen nicht mit einem grösseren Wandel der sexuellen Aktivität einher. Insbesondere hatten die Förderung des Präservativgebrauchs und die generelle Einführung der Sexualerziehung keine markante sexuelle Frühreife zur Folge, ebensowenig haben sie eine Liberalisierung der Sitten bewirkt, erkennbar etwa an einer Zunahme der Partnerzahl. Im Gegenteil: bei den jungen Menschen zeichnet sich eher eine umgekehrte Tendenz ab.
- Auch stellt man immer mehr fest, dass die Prävention zunehmend individuell gehandhabt wird, d.h. die Individuen passen die Prävention ihrem Umfeld/ihren Besonderheiten/ihren persönlichen Vorstellungen an. Die Zeit des « Präservativmonopols » ist vorbei: statt dessen beobachtet man Schutzpraktiken, die je nach Partner differenziert werden, die wiederholte Durchführung des Tests usw. Diese Praktiken sind zwar nicht immer angebracht (s. die Probleme,

welche das differenzierte Schutzverhalten in Paarbeziehungen stellt), oder der Betreffende ist sich nicht immer voll bewusst, was auf dem Spiel steht (z.B. wiederholte Tests ohne Schutz), doch sie sind eine Realität, welche die Prävention berücksichtigen muss, indem die Präventionsbotschaften und die Qualität der Beratung entsprechend verbessert werden.

- Daneben treten auch Probleme im Zusammenhang mit dem häufigen Gebrauch von Präservativen auf: obwohl die Fehlerquoten gering sind, machen doch immer mehr Leute die Erfahrung eines « misslungenen » Präservativgebrauchs (reissen usw.). Nun geht es darum, Lösungen für diese konkreten Probleme zu finden, die zwar bislang keine messbaren Aus-

wirkungen auf die öffentliche Gesundheit hatten, wie etwa eine Zunahme unerwünschter Schwangerschaften und die die Notwendigkeit des Präservativgebrauchs nicht in Frage stellen. Doch muss man vermeiden, dass diese Vorfälle die Leute dazu bringen, weniger Präservative zu verwenden, da deren Wirksamkeit ausser Frage steht. Diese Probleme hängen zusammen mit den Fragen der Empfängnisverhütung, der praktischen Anwendung des Tests, einer angemessenen Beratung und Information, der Qualität der Präservative.

- Im Drogenbereich hat der erleichterte Zugang zu sterilem Injektionsmaterial keine Zunahme des intravenösen Drogenkonsums bewirkt.

Kontext

- Trotzdem mehr Menschen von der Aidsepidemie betroffen sind und diese stärker sichtbar wird, ist keine Zunahme von Angstgefühlen zu beobachten, und die Solidarität, insofern man diese überhaupt messen kann, ist grösstenteils vorhanden.

- Alle drei Aktionsebenen sind weiterhin wichtig, wenn auch die zielgruppenspezifische und die individuelle Prävention mit der zunehmenden «Normalisierung» des Aidsproblems immer mehr an Bedeutung gewinnen. Selbstverständlich muss man die Prävention für die Bevölkerung im allgemeinen und die jungen Menschen im besonderen weiterführen. Es ist wichtig, dass die Prävention weiterhin als aktuelles Problem angesehen wird, das jeden angeht. Das Bewusstsein, dass Aids jeden treffen kann und der generelle Schutz bilden in der Tat eine Art «Sicherheitsnetz». Denn nur mit einem generellen und kontinuierlichen Schutz lässt sich eine rapide oder schleichende Ausbreitung der Infektion auf weitere Kreise der Bevölkerung vermeiden.
- Die Förderung der Solidarität als Eckpfeiler der Präventionsstrategie ist beizubehalten.
- Man muss die strategische Denkarbeit weiterführen und dabei zwischen mittelfristig und langfristig erreichbaren Zielen unterscheiden. Gleichzeitig muss man die Mittel, mit denen diese Ziele zu erreichen sind, genauer festlegen, wobei man die gewünschte Reichweite und das Problem der Chancengleichheit in bezug auf den Zugang zur Prävention und Pflege zu beachten hat.
- Es gilt, die Rolle der Partner in der Prävention zu klären, vor allem muss man über die Rolle und die Vorrangstellung des BAG nachdenken (Probleme im Zusammenhang mit der Delegation, der Supervision/Aufsicht, der Beratung, der Impulsgebung, der Koordination usw.), die je nach Bereich unterschiedlich sein kann.
- Zudem muss man an die Fortführung der unternommenen Aktionen denken. Diese Überlegung wurde zum Teil bereits bei der individuellen Prävention gemacht (Ausbildung und Sensibilisierung der Ärzteschaft und anderer Personen, die im Bereich der Prävention tätig sind ; Institutionalisierung des Sexualunterrichts an Schulen) : Hier sollte man dafür sorgen, dass all diese Projekte weitergeführt werden, ohne den Kontakt mit jenen zu verlieren, die sich um die Ausbildung der verschiedenen, für die Prävention im Einsatz stehenden Personen, um die Erarbeitung von Präventionsprogrammen für Schulen usw. kümmern. Bei den zielgruppenspezifischen Programmen (für Homosexuelle, Prostituierte, MigrantInnen usw.) sieht die Sachlage hingegen etwas anders aus. Vorläufig basieren diese Programme noch auf Ad-Hoc-Strukturen, deren Finanzierung regelmässig erneuert wird (oder auch nicht). Die Zukunft dieser Einrichtungen muss auf lange Sicht gesichert werden : entweder, indem man für eine langfristige Stabilität und Finanzierung sorgt, oder indem ihre Aktivitäten in andere Programme aufgenommen werden, um ihnen eine dauerhafte Basis zu geben. In einer Zeit der Budgetkürzungen auf allen Ebenen könnten diese Schritte schwierig zu vollbringen sein. Das bedeutet in erster Linie, dass diese Fragen bei jeder neuen grösseren Aktion, bei jedem neuen Programm und bei jeder neuen Einrichtung von Anfang an gestellt werden müssen. Jetzt, wo die Dringlichkeit nachgelassen hat, sollte man bei der Auswahl das Kriterium der Dauerhaftigkeit («sustainability») allen anderen vorziehen. Die Finanzierung der lokalen Pilotprogramme sollte in einer ähnlichen Optik erfolgen : solche Programme sollten dann finanziert werden, wenn man vernünftigerweise annehmen kann, dass eine Ausweitung/Generalisierung möglich oder sogar wahrscheinlich ist, mit anderen Worten, wenn man vermuten kann, dass die andernorts vorliegenden Bedingungen relativ ähnlich sind oder dass das Programm leicht anpassbar ist.

Bibliographie

Kurzbibliographie

Benninghoff, F., Gervasoni, J.-P., Dubois-Arber, F., *Monitoring des activités des structures à bas-seuil d'accès pour consommateurs de drogues en Suisse : remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux*, Soz. Präventiv-med, 1996 ; 41 Suppl. 1 : S5-S14.

Burgi, D., Fleury, F., *A national AIDS prevention programme for migrants*. In Haour-Knipe, M. and Rector, R. (Editors.) *Crossing Borders : Migration, Ethnicity, and AIDS*. London : Taylor and Francis, 1996 (à paraître).

Cavaleri, A., Verwey, M., Dubois-Arber, F., *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, phase 6, 1993-1995. Prévention du sida auprès des prostituées étrangères : le Projet « Barfüsserfrauen »*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120.8).

Gertsch, M., *Evaluation der Aidspräventionsstrategie in der Schweiz. Das Spitex-Mandat der Aids-Hilfe Schweiz : Rekonstruktion der Geschichte des Mandates von 1988 bis 1994*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120.2).

Gertsch, M., *Evaluation der Aidspräventionsstrategie in der Schweiz. Das « mandat de coordination et formation VIH/sida » : Evaluation der Aktivität der Pro Familia Lausanne im Bereich HIV/Aids*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120.3).

Gervasoni, J.-P., Dubois-Arber, F., Benninghoff, F., Spencer, B., Devos, T., Paccaud, F., *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase II : Deuxième rapport de synthèse 1993-1996*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no 111a).

Haour-Knipe, M., Fleury, F., *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, phase 6, 1993-1995. Le programme de prévention du sida auprès des populations étrangères en Suisse : étude 1994-1995*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120.7).

Harding, T.W., Schaller, G., *HIV/AIDS and prisons : updating and policy review*. Geneva : WHO Global Programme on AIDS, 1992.

IPSO Sozialforschung, Dübendorf. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 6, 1993-1995. Représentative Befragung zur Kondom-Benützung (Bericht t7, 1994)*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120.1).

Jeannin, A., Dubois-Arber, F., Paccaud, F., *HIV Testing in Switzerland*. AIDS, 1994 ; 8 : 1599-1603.

Koffi-Blanchard, M. C., Dubois-Arber, F., Michaud, P.-A., Narring, F., Paccaud, F., *Hat sich der Beginn der Sexualität bei Jugendlichen in der Zeit von Aids verändert ?* Schweiz Med Wochenschr 1994 ; 124 (24) : 1047-1055.

Kübler, D., Hausser, D., *Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical. Etude exploratoire auprès d'une population cachée*. Lausanne : IREC/EPFL, 1995 (Rapport de recherche no 131).

Marro, J.-J., André, G., Gervasoni, J.-P. et al., *Toxicomanie et pharmacies. Situation dans le canton de Vaud*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994 (Cah Rech Doc IUMSP, no 114).

Moreau-Gruet, F., Dubois-Arber, F., *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 6, 1993-1995. Les hommes aimant d'autres hommes : Etude 1994*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120.5).

Narring, F., Tschumper, A., Michaud, P. A., Vanetta, F., Meyer, R., Wydler, H. et al., *La santé des adolescents en Suisse : rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994 (Cah Rech Doc IUMSP, no 113 a).

Nelles, J., Waldvogel, D., Maurer, C. et al., *Pilotprojekt Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank : Evaluationsbericht*. Bern : Psychiatrische Universitätsklinik, 1995.

Ronco, C., Spuhler, G., *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase II. Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern : Schlussbericht*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994 (Cah Rech Doc IUMSP, no 111.1).

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R., *Essais de prescription médicale de stupéfiants : rapport intermédiaire des mandataires de la recherche* (version abrégée). Institut für Suchtforschung/Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Zürich : November 1995.

Delbos Piot, I., Narring, F., Michaud, P.-A., *La santé des jeunes hors du système de formation : comparaison entre jeunes hors formation et en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans en Suisse romande*. Santé publique, 1995 ; 7 (1) : 59-72.

Anhang 1

Anhang 1 : Verzeichnis der Evaluationsstudien nach Art der Studie und nach Phase des Evaluationsprogramms

Evaluation der an alle Haushaltungen verteilten Informationsbroschüre

1986				
Periodisches Monitoring				
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995
Verhalten 17-30jährige	Verhalten 17-30jährige	Verhalten 17-45jährige	Verhalten 17-45jährige	Verhalten 17-45jährige
Präservativmarkt	Präservativmarkt	Präservativmarkt	Präservativmarkt	Präservativmarkt
Medien	Medien	Medien		Arbeit niederschw. Stellen
Wiederholt durchgeführte Studien mit gleicher Methode oder gleichen Indikatoren (Messung der Tendenzen)				
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995
Homo- und Bisexuelle		Homo- und Bisexuelle	Homo- und Bisexuelle	Homo- und Bisexuelle
Drogenabhängige		Drogenabhängige	Drogenabhängige	Drogenabhängige
BerufsschülerInnen	Sexualunterricht	BerufsschülerInnen	Sexualunterricht	
		Eltern und Prävention*	Eltern und Prävention*	
		Ausländische Studierende	Ausl. Studierende	
		ÄrztInnen (quantitativ)		ÄrztInnen (quantitativ)
		Solidarität*		Solidarität*
			Prävalenz des HIV-Tests*	Prävalenz des HIV-Tests*
		Aidsprävention in der Arztpraxis: PatientInnen*	Aidsprävention in der Arztpraxis: PatientInnen*	
		Bild des Präservativs*	Bild des Präservativs*	Bild des Präservativs*
Studienreihen zum gleichen Thema				
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995
STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne	STOP-AIDS-Kampagne
	Schulprogramme	Schulprogramme	Schulprogramme	
	Präventionsprogramme für Drogenabhängige	Präventionsprogramme für Drogenabhängige	Präventionsprogramme für Drogenabhängige	Präventionsprogramme für Drogenabhängige
Kantonale Strategien	Kantonale Strategien			Kantonale Strategien**
	MigrantInnen	MigrantInnen	MigrantInnen	MigrantInnen
	Ausbildung Spitex-Personal und Freiwillige			Ausbildung Spitex-Personal und Freiwillige
* Sextouristen***	Spitalpersonal (Einstellungen)	*Sextouristen**		Spitalpersonal (berufsbedingtes Risiko)
Nicht wiederholte Einzelstudien				
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995
"Aufreisser"	Junge Randständige	Eltern	Medizinstudierende	Ausländische Prostituierte
Patienten von Sentinella-ÄrztInnen	ErzieherInnen/SozialarbeiterInnen	Prävention im Gefängnis**	Freier-Kampagne	Umsetzung der Strategie 1993/97
Informelle Leader	Rekruten		Eltern-Kampagne	Schweizer Jugendliche: Eintritt in die Sexualität (Literaturstudie)
	Bild der Sexualität			
	ÄrztInnen (qualitativ)		Erwachs. Heterosexuelle	Präservativ-Zwischenfälle*
	Teststellen		Freier	Jugendliche: sexualitätsbezogene Unterschiede zw. Geschlechtern (Sekundäranal.)
	Feedback der Evaluation			

* bei der Befragung der 17-45jährigen hinzugefügter Teil ** Studien ausserhalb des Evaluationsprogramms

Anhang 2

Methodische Merkmale der verschiedenen Studien

Studie	Reichweite*	Kollektiv	n	Instrument
Programme zur Risikoreduktion für Drogenabhängige	Schweiz	bestehende Programme	ca. 20	Monatliche Erhebung der Aktivitäten
Hausärzte	Schweiz	Zufallsstichprobe	796	Fragebogen per Post
			31	Interview
Programm Barfüsserfrauen	Zürich, Basel	Protagonisten des Programms	ca. 50	Interview
Spitex-Ausbildung	DS	Protagonisten des Programms	20	Interview
Pro Familia-Ausbildung	RO, TI	Verantwortliche KlientInnen	6	Interview
			20,79	Interview, Fragebogen per Post
Migranten	Gemeinschaft:	Erwachsene		
	• spanische,	gezielte Schichtstichprobe	375	Selbstausfüllbarer Fragebogen
	• portugiesische,		336	Selbstausfüllbarer Fragebogen
	• türkische		132	Selbstausfüllbarer Fragebogen
	• (RO, DS)			
	MediatorInnen in den 3 Gemeinschaften	MediatorInnen	81	Telefonische und persönliche Interviews Sekundäranalyse von Daten und Unterlagen
Allgemeinbev. 17-45 Jahre	Schweiz	Zufallsstichprobe	2800	Telefoninterview
Homo-/Bisexuelle	Schweiz	Freiwillige	1195	Fragebogen in der Presse und über Homosexuellen-Vereinigungen
		Freiwillige	32	Interview
Drogenabhängige	RO, DS	Freiwillige 1993	1119	Teilweise selbstausfüllbarer Fragebogen
		Freiwillige 1994	907	Teilweise selbstausfüllbarer Fragebogen
Spitalpersonal	RO, DS	6 Spitäler	3116	Fragebogen in Abteilungen und per Post zugestellt
Präservativabsatz	Schweiz	Markt		Verkaufstatistiken d. Grossverteiler

*RO: Romandie, DS: Deutschschweiz, TI: italienische Schweiz.