

Centre hospitalier universitaire vaudois
Département universitaire de médecine
et de santé communautaire

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

MONITORING DER SCHWEIZER PRÄVENTIONSSTRATEGIE GEGEN HIV/AIDS

Synthesebericht 2004-2008

*André Jeannin, Giovanna Meystre-Agustoni,
Stéphanie Locicero, Françoise Dubois-Arber*

In Zusammenarbeit mit:

*Sophie Arnaud, Hugues Balthasar, Corinne Blöchliger,
Björn Callensten, Jean-Pierre Gervasoni, Patrick Hohlfeld,
Thérèse Huissoud, Sandrine Jiekak Dommange, Claudia Kessler
Bodiang, Daria Koutaissoff, Saira Renteria, Sanda Samitca,
Domenic Schnoz, Brenda Spencer, Rachel Voellinger-Pralong,
Frank Zobel*

Finanzierung der Studie

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern
Vertrag 04.000158/2.24.01.-744

Empfohlene Zitierweise

Jeannin A, Meystre-Agustoni, Locicero S, Dubois-Arber F.
Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen
HIV/Aids: Synthesebericht 2004-2008. Lausanne: Institut
universitaire de médecine sociale et préventive, 2010 (Raisons
de santé, 155b).

Dank

Das Monitoring zur Strategie der HIV/Aids-Bekämpfung in
der Schweiz konnte auf die ausgezeichnete Zusammenarbeit
mit dem Bundesamt für Gesundheit in Bern und mit der
Schweizerischen HIV-Kohortenstudie zählen. Neben dem grossen
Einsatz aller für die Studien verantwortlichen Forscherinnen
und Forscher war auch die Mitarbeit von Myriam Maeder
und Marie-Jeanne Pellaz, Sachbearbeiterinnen der Abteilung
Evaluation von Präventionsprogrammen des IUMSP, sehr
wertvoll.

Der Bericht verdankt sein Entstehen zudem der Mitwirkung
zahlreicher Personen aus der Bevölkerung und aus
Fachkreisen, die sich für die verschiedenen Erhebungen zur
Verfügung gestellt haben.

Ihnen allen sei hier ganz herzlich gedankt.

**Hinweis an die Leserinnen
und Leser**

Um den Text einfacher und besser lesbar zu gestalten, wurde
teilweise auf eine ausdrückliche Erwähnung von Frauen und
Männern verzichtet. Dies gilt insbesondere für den Begriff
Sexualpartner: Dabei kann es sich sowohl um Frauen als auch
um Männer handeln.

Dateiname:

RdS155b_Begleitsystem Strategie_HIV-Aids-Bekämpfung Schweiz.doc/pdf

INHALTSVERZEICHNIS

1	Übersicht über die wichtigsten Resultate	7
1.1	Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)	8
1.2	Drogeninjizierende Personen (IDU)	9
1.3	Migrantinnen und Migranten	9
1.4	Prostitution	10
1.5	Menschen mit HIV/Aids	10
1.6	Allgemeinbevölkerung und Jugendliche	11
2	Einleitung	13
3	HIV-/Aids-Epidemiologie	15
4	Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)	17
4.1	Einleitung	17
4.2	Die Teilnehmer von Gaysurvey 2004 und 2007	18
4.3	Sexuelle Aktivität und Präventivverhalten	19
4.4	Feste Beziehungen	19
4.4.1	Präventivverhalten mit dem festen Partner	20
4.5	Gelegenheitskontakte	22
4.5.1	Schutzstrategie mit Gelegenheitspartnern	22
4.5.2	Faktoren, die mit dem Verzicht auf Präservative beim letzten Analverkehr mit einem Gelegenheitspartner in Verbindung stehen	23
4.5.3	Die 'Risikominderung' bei ungeschütztem Verkehr mit Gelegenheitspartnern	24
4.6	Gesamtindikator für die "Risikoexposition"	24
4.7	HIV-Test	26
4.8	Therapie und Schutzverhalten	26
4.9	Andere Infektionskrankheiten	29
4.10	Psychische Gesundheit	29
4.11	Schlussfolgerungen	30
5	Drogeninjizierende Personen (IDU)	33
5.1	Entwicklung des Instrumentariums zur Schadensminderung	33
5.2	Erhebung zu den IDU, die niederschwellige Einrichtungen (NSE) aufsuchen	35
5.3	Schlussfolgerungen	41
6	Migrantinnen und Migranten	43
6.1	Expertenpanels	44
6.2	Pilotstudie für eine Sentinella-Erhebung zum Verhaltensmonitoring bei Migrantinnen und Migranten, insbesondere aus Afrika südlich der Sahara	46
6.3	Analyse der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (2007)	48
6.4	Schlussfolgerungen	52

7	Prostitution	53
7.1	Analyse der Situation der Prostitution in Europa und in der Schweiz	53
7.2	Daten aus Erhebungen zu verschiedenen Bevölkerungsgruppen	55
7.3	Schlussfolgerungen	58
8	Menschen mit HIV/Aids	59
8.1	Die Menschen mit HIV/Aids in der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHKS)	59
8.1.1	Entwicklung der Bestandeszahlen	59
8.1.2	Soziodemografische Merkmale	60
8.1.3	Präventivverhalten	61
8.2	MSM	64
8.3	IDU	66
8.4	Schlussfolgerungen	67
9	Allgemeinbevölkerung	69
9.1	Instrumentarium für das Monitoring in der Allgemeinbevölkerung	69
9.2	Sexualpartner und Schutz durch Präservative	71
9.2.1	Sexuelle Aktivität	71
9.2.2	Feste und gelegentliche Partner	72
9.2.3	Präservativgebrauch im Verlauf des Lebens und beim letzten Sexualkontakt	74
9.3	Sexuelle Neigung anhand des Geschlechts der Partner	75
9.3.1	Geschätzte Zahl der betroffenen Personen	75
9.3.2	Vergleich der MSM-Stichproben der SGB und von Gaysurvey	79
9.4	Das Präservativ als Produkt, Determinanten für den Kauf, Probleme bei der Benutzung	80
9.5	Individuelle Beratung in der Arztpraxis in Bezug auf die HIV/Aids-Prävention	82
9.6	HIV-Test	83
9.7	Entwicklung des Umfelds	85
9.7.1	Nähe der Krankheit	85
9.7.2	Wissensstand bezüglich der Schutzmassnahmen	86
9.7.3	Wissen um die Verfügbarkeit der antiretroviralen Therapie und Einstellungen bezüglich der möglichen Auswirkungen auf die Prävention	86
9.7.4	Einstellungen gegenüber HIV-positiven Personen	89
10	Jugendliche im Alter von 17 bis 20 Jahren	91
10.1	Sexualunterricht in der Schule	91
10.2	Eintritt ins Sexualleben	93
10.3	Empfängnisverhütung	94
10.4	Schlussfolgerungen	95
11	Sexualverhalten im Umfeld von HIV/Aids: Entwicklung mit dem Alter	97
11.1	Einleitung	97
11.2	Sexuelle Aktivität	97
11.3	Neuer fester Partner und Schutzverhalten	98
11.4	Gelegenheitspartner und Schutzverhalten	99
11.5	Präservativ beim letzten Sexualkontakt	101
11.6	HIV-Test im Verlauf des Lebens und in den zwölf Monaten vor der Umfrage	101
11.7	Schlussfolgerungen	104

12	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	105
12.1	Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)	105
12.2	Drogeninjizierende Personen (IDU)	106
12.3	Migrantinnen und Migranten	106
12.4	Prostitution	107
12.5	Menschen mit HIV/Aids	107
12.6	Allgemeinbevölkerung und Jugendliche	107
12.7	Soziale Ungleichheiten	107
12.8	Überwachungssystem	108
13	Bibliografie	109
14	Anhänge	112
14.1	Anhang zum Kapitel Allgemeinbevölkerung	112
14.2	Anhang zum Kapitel Schlussfolgerungen und Empfehlungen	124
	Liste der Tabellen	125
	Liste der Abbildungen	127

1 ÜBERSICHT ÜBER DIE WICHTIGSTEN RESULTATE

Von 1987 bis 2003 verfügte die Schweiz über ein Instrumentarium zur kontinuierlichen, breit angelegten Evaluation der Aidsbekämpfungsstrategie, die eine Evaluation bestimmter Massnahmen, ein Monitoring von Programmen sowie ein Monitoring der Verhaltensweisen in mehreren Bevölkerungsgruppen umfasste. An die Stelle der fortlaufenden Evaluation trat ab 2004 die Weiterführung des Monitorings der Verhaltensweisen (und bestimmter Massnahmen) Tabelle 1-1 in Form eines Überwachungssystems der zweiten Generation, das den Anforderungen einer konzentrierten Epidemie entspricht, wie sie in der Schweiz besteht.

In diesem Bericht wird der verhaltensbezogene Teil dieses Überwachungssystems präsentiert, indem die Analysen, die in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen durchgeführt wurden, für den Zeitraum 2004 bis 2008 zusammengestellt werden.

Tabelle 1-1 Komponenten des Instrumentariums für das Verhaltensmonitoring (2004-2008)

Bereich	Instrument
Männer, die Sex mit Männern haben (MSM): Verhalten	Wiederholung von Gaysurvey in den Jahren 2004 und 2007
Drogeninjizierende Personen (IDU): Monitoring	- Weiterführung des Monitorings der Spritzenabgabe in den niederschweligen Einrichtungen, die Schadensminderung betreiben (NSE), mit Schätzungen aus der heroingestützten Behandlung (HeGeBe) - Wiederholung der Erhebung zur Spritzenabgabe in Apotheken im Jahr 2005
Drogeninjizierende Personen (IDU): Verhalten	- Wiederholung der Erhebung bei der Klientel von niederschweligen Einrichtungen (NSE) im Jahr 2006 - Expertenpanels "Warnsystem": eingesetzt 2005
Migrantinnen und Migranten (Verhalten)	- Sekundäranalyse der Daten des Moduls Sexualität der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) - Expertenpanels "Warnsystem": eingesetzt 2004 - Pilot-"Sentinella"-Erhebung bei den Frauen der Ambulatorien für Gynäkologie und Geburtshilfe in Lausanne
Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter	- Sekundäranalyse der Daten der Periodischen Telefonbefragung zur HIV/Aids-Prävention in der Schweiz (EPSS), der NSE- und MSM-Erhebungen, System zur biologischen HIV-Überwachung - Expertenpanels "Warnsystem": eingesetzt 2005
Menschen mit HIV/Aids	Sekundäranalyse der Daten der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHKS) und der Daten von Gaysurvey und NSE
Allgemeinbevölkerung^a (Verhalten)	- Wiederholung der EPSS (1987-2007) bei den 17- bis 45-Jährigen 2007 Einführung eines Moduls Sexualität ("Core" der EPSS) in der SGB bei den 16- bis 74-Jährigen, das zu einem festen Bestandteil der SGB werden und die EPSS in der Folge ablösen soll - Nutzung der Daten der Erhebung Health Behaviour in School Children (HBSC/WHO), die 2006 bei den 15- und 16-Jährigen durchgeführt wurde - Weiterführung des Monitorings des Präservativabsatzes (1986-2007)

^a Die Jugendlichen bilden in der EPSS (17-20 Jahre) und in der SGB (16-20 Jahre) Teil der Allgemeinbevölkerung. Ihre Daten werden spezifisch ausgewertet.

1.1 MÄNNER, DIE SEX MIT MÄNNERN HABEN (MSM)

Das Nachlassen des Präventivverhaltens, das in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre eingesetzt hat, setzt sich unter den MSM in der Schweiz fort. Die meisten MSM schützen sich jedoch weiterhin wirksam gegen HIV. Der Rückgang des Präventivverhaltens geht mit der starken Zunahme von neuen HIV-Diagnosen einher, die zwischen 2003 und 2008 in der Schweiz in diesem Bevölkerungssegment zu beobachten war.

Eine der Komponenten der sexuellen Aktivität, die Zahl der Sexualpartner, ist zwischen 2004 und 2007 stabil geblieben, nachdem sie seit Ende der 1990er-Jahre deutlich zugenommen hatte. Allerdings lässt sich feststellen, dass der Anteil der Befragten, die Analverkehr haben – vor allem im Rahmen von Gelegenheitskontakten – weiter zunimmt und einen Wert erreicht, der nahe bei jenem liegt, der bisher in festen Beziehungen beobachtet wurde (80% oder mehr).

In festen Beziehungen ist der Gebrauch von Präservativen seit der Jahrtausendwende rückläufig. Allerdings waren Präservative in diesem Umfeld nie sehr verbreitet, da innerhalb der Paarbeziehung andere Möglichkeiten zur Prävention der HIV-Infektion genutzt wurden (HIV-Test zu Beginn der Beziehung, gegenseitige Abmachungen usw.). Ein hoher Prozentsatz der Paare (gegen 40%) ist sich jedoch über den Serostatus des einen und/oder anderen Partners nicht im Klaren, obwohl der HIV-Test von MSM allgemein häufig in Anspruch genommen wird. Etwa jedes sechste Paar verwendet keine Präservative, obwohl aufgrund der Umstände das Risiko einer HIV-Übertragung besteht. Da sich dieser Anteil im Verlauf der letzten Jahre kaum verändert hat, stellt die Prävention innerhalb von festen Beziehungen weiterhin eine grosse Herausforderung dar.

Auf der Ebene des Präventivverhaltens nimmt der nicht systematische Gebrauch von Präservativen mit Gelegenheitspartnern ebenfalls weiter zu. Zwischen den jungen Befragten (unter 30 Jahren) und den älteren lassen sich keine oder praktisch keine Unterschiede feststellen. In Bezug auf die jungen Menschen ist diese Situation beunruhigend und lässt mittelfristig keine Verbesserung des Präventivverhaltens der MSM erwarten. Zudem lässt dies darauf schliessen, dass die Primärprävention bei jungen MSM möglicherweise Lücken aufweist.

Bei den Analysen zur Risikoexposition treten unter den Risikofaktoren – erstmals in der Geschichte der Erhebung – Variablen der sozialen Schichtung auf. MSM mit ausländischer Nationalität und MSM ohne nachobligatorische Bildung setzen sich eher einem Übertragungsrisiko aus. Ein schützender Faktor scheint hingegen die Zugehörigkeit zu einer Homosexuellenorganisation zu sein; diese Organisationen sind für die Vermittlung der Präventionsbotschaften unverzichtbar.

Der Gebrauch von Präservativen bei gelegentlichen Sexualkontakten wird mehr oder weniger stark davon beeinflusst, was die Befragten von ihrem Partner wissen (oder zu wissen glauben). So ist das Risiko von ungeschütztem Geschlechtsverkehr höher, wenn man seinen Partner gut kennt oder in ihn verliebt ist, während bei unbekanntem Serostatus des Partners eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, dass ein Präservativ benutzt wird. Allgemein scheint das in den Partner gesetzte Vertrauen eine zentrale Determinante für den Umgang mit den Risiken im Kontakt mit Gelegenheitspartnern zu sein. Aus Sicht der Prävention stellt dieses Vertrauen eindeutig einen Risikofaktor dar, da die Partner in einer gelegentlichen Sexualbeziehung zwangsläufig über unvollständige Informationen verfügen. Es ist festzustellen, dass die HIV-Positivität stark mit dem Verzicht auf Präservative korreliert, sowohl im Rahmen von Gelegenheitskontakten als auch im Verkehr mit Partnern mit unterschiedlichem oder unbekanntem Serostatus. An sich ist diese Feststellung nichts Neues. Allerdings ist zu betonen, dass die Mehrheit der HIV-positiven MSM mit ihren Sexualpartnern Präservative verwendet.

Die meisten MSM, die ungeschützten Analverkehr mit Gelegenheitspartnern hatten, nutzten sogenannte "risikomindernde" Alternativstrategien (Dipping, Serosorting, strategische Positionswahl), deren Wirksamkeit weiterhin ungewiss oder gar unbekannt ist. Am verbreitetsten ist das Dipping, gefolgt vom Serosorting und von der strategischen Positionswahl. Die grosse Mehrheit der MSM (über zwei Drittel) hat beim ungeschützten Verkehr mit Gelegenheitspartnern die eine oder andere Strategie

angewandt. Allerdings ist nicht bekannt, wie systematisch in derartigen Situationen auf diese Strategien zurückgegriffen wird und welche Vorstellungen bei den MSM bezüglich der Wirksamkeit bestehen.

1.2 DROGENINJIZIERENDE PERSONEN (IDU)

Bei der Bereitstellung von Injektionsmaterial ist tendenziell eine Abnahme zu verzeichnen, die wahrscheinlich eher auf einen Rückgang der Zahl der IDU als auf eine weniger gute Zugänglichkeit der Spritzen zurückzuführen ist. Der auf Schätzungen beruhende Versorgungsgrad kann somit als befriedigend erachtet werden.

Tendenziell ist festzustellen, dass die Zahl der drogeninjizierenden Personen und der Personen, die erst seit Kurzem intravenös konsumieren, kontinuierlich zurückgeht.

Der gemeinsame Spritzengebrauch ist auf tiefem Niveau stabil (unter 10% im Jahr 2006), und die gemeinsame Benutzung von Material zur Vorbereitung der Injektion ist rückläufig.

Die indirekt beschafften Daten zur Risikoexposition in Haftanstalten zeigen, dass rund ein Viertel der inhaftierten Personen im Freiheitsentzug intravenös Drogen konsumiert hat und dass der gemeinsame Gebrauch von Material dort verbreiteter zu sein scheint als ausserhalb von Haftenrichtungen.

Die selbst berichtete HIV-Prävalenz liegt stabil bei rund 10%, und die Fachpersonen beurteilen den Zugang zu antiretroviralen Medikamenten als befriedigend.

Sehr hoch (über 50%) ist hingegen die selbst berichtete HCV-Prävalenz, und der Zugang zur Behandlung ist noch unzureichend. Aufgrund dieser problematischen Situation ist in den kommenden Jahren in dieser Bevölkerungsgruppe eine sehr hohe Krankheitslast zu erwarten.

Die meisten Klientinnen und Klienten von niederschweligen Einrichtungen in der Schweiz befinden sich gegenwärtig in einer Substitutionsbehandlung, die jedoch bei diesen Personen offensichtlich nicht befriedigend ist, da der Konsum, auch auf intravenösem Weg, weitergeführt wird. Dies erfordert ein Überdenken der Funktion der NSE, die eine gewisse Betreuung für die Drogenkonsumierenden vorsehen sollten (Erfassung der Personen, die behandelt werden, Anbieten einer formelleren Betreuung, Kontakt mit Therapieeinrichtungen in Form einer partnerschaftlichen Begleitung). Dies setzt voraus, dass einige "klassische" Aspekte der niederschweligen Einrichtungen wie die Anonymität oder der Verzicht auf eine individuelle Betreuung aufgegeben werden.

1.3 MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN

Eine ganze Reihe von Informationen, die mittels verschiedener Techniken erhoben wurden, weist darauf hin, dass bei Personen aus Afrika südlich der Sahara ein Risikoverhalten besteht. Dies wird durch die Resultate der biologischen Überwachung bestätigt.

Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara scheinen sich im Rahmen von Sexualkontakten einem höheren Risiko auszusetzen. Tendenziell haben sie mehr neue Sexualpartner, doch zu Beginn einer neuen Beziehung schützt sich ein geringerer Anteil von ihnen als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Obwohl sich in dieser Bevölkerungsgruppe im Verhältnis mehr Personen bereits testen liessen, bleibt der Abdeckungsgrad angesichts der wahrscheinlich hohen HIV-Prävalenz in dieser Gruppe unzureichend.

Migrantinnen und Migranten aus dem Balkan sind zurzeit von der HIV-Epidemie kaum betroffen. Sie haben nicht mehr neue Sexualpartner als Schweizerinnen und Schweizer, schützen sich jedoch weniger (unabhängig vom Partnertyp). Zudem hat sich ein geringerer Anteil von ihnen bereits einem Test unterzogen.

Migrantinnen und Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus bilden eine relativ junge Gruppe, deren schwierige Lebensbedingungen das Risiko erhöhen können, dass sie ungeschützten oder gar unerwünschten Geschlechtsverkehr akzeptieren müssen. Ein sehr bedeutender Teil dieser Gruppe sind Personen aus Lateinamerika; diese haben tendenziell mehr neue Sexualpartner als der Rest der Bevölkerung, sie schützen sich weniger (unabhängig vom Partnertyp), und ein höherer Anteil von ihnen liess bereits einen Test vornehmen.

Da einige nationale Gruppen relativ klein sind, erfordert das Verhaltensmonitoring bei den Migrantinnen und Migranten ein spezielles methodisches Vorgehen. Mit Hilfe der Methode des Expertenpanels konnten qualitative Daten beschafft werden. Diese Methode eignet sich im Hinblick auf ein Warnsystem, reicht jedoch nicht aus, um die Weiterführung des Verhaltensmonitorings sicherzustellen. Die Machbarkeitsstudie für ein Sentinella-System zeigt, dass sich dieser Ansatz in einem Spitalambulatorium für Gynäkologie und Geburtshilfe (Ort, der von zahlreichen Migrantinnen aufgesucht wird) wirksam umsetzen lässt, dass er von der Zielgruppe gut akzeptiert wird und dass er sich in die täglichen Abläufe eines gynäkologisch-geburtshilflichen Ambulatoriums integrieren lässt.

1.4 PROSTITUTION

In Bezug auf die weibliche Prostitution geht aus den Daten hervor, dass die Zahl der Sexarbeiterinnen wahrscheinlich zugenommen hat, nicht jedoch die Zahl der Freier. Denn in den Bevölkerungsumfragen ist der Anteil der heterosexuellen Männer, die im Verlauf ihres Lebens Geschlechtsverkehr mit Sexarbeiterinnen hatten, bei den 17- bis 30-Jährigen zwischen 1987 (11,3%) und 2007 (10,0%) und bei den 31- bis 45-Jährigen (1989: 19,9%; 2007: 19,2%) stabil geblieben.

In der Schweiz liegen keine direkten Daten zum Präventivverhalten von Sexarbeiterinnen vor, die keine Drogen injizieren. Die indirekten Daten, die bei Fachpersonen und Freiern erhoben wurden, weisen jedoch übereinstimmend darauf hin, dass in der Regel Präservative benutzt werden. Frauen, bei denen eine Vulnerabilität besteht, schützen sich wahrscheinlich weniger systematisch.

MSM, die sich prostituieren, setzen sich stärker als die übrigen MSM dem Risiko von STI aus.

Bei den MSM ist der Anteil der Freier von Sexarbeitern etwas höher als in der Allgemeinbevölkerung; in dieser Situation schützen sich viele beim Analverkehr mit Präservativen. Hingegen wird beim Oralverkehr in der Regel kein Präservativ benutzt.

Ein sehr hoher Anteil der weiblichen IDU, die sich prostituieren, schützt sich beim Kontakt mit Freiern; bei den männlichen IDU, die sich prostituieren, ist der Schutz weniger verbreitet.

1.5 MENSCHEN MIT HIV/AIDS

2008 hatten fast drei Viertel der Personen, die an der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHKS) teilnehmen, in den vorangegangenen sechs Monaten penetrativen Geschlechtsverkehr mit einem festen Partner; dieser Anteil hat gegenüber 2007 abgenommen. Der Rückgang lässt sich bei den Männern und bei den Frauen, in allen Übertragungsgruppen und unabhängig vom Status des Partners, feststellen. Bei diesen Personen ist der Anteil jener, die systematisch ein Präservativ benutzen, 2008 auf 71,9% gesunken (2007: 77,0%). 2008 wurde in 84% der Beziehungen, in denen der feste Partner HIV-negativ war, systematisch ein Präservativ verwendet.

Der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der SHKS, die in den vorangegangenen sechs Monaten penetrativen Geschlechtsverkehr mit Gelegenheitspartnern hatten, ist insgesamt stabil geblieben. Auch in dieser Gruppe hat der Anteil der Personen abgenommen, die unter diesen Umständen systematisch ein Präservativ verwenden: Er lag 2008 insgesamt bei 80,2% (2007: 85,1%).

Der Rückgang erfolgte hauptsächlich bei den Männern und insbesondere bei jenen Männern, die sich bei einem homosexuellen Sexualkontakt infiziert hatten.

Die Daten von Gaysurvey 2007 weisen bei den HIV-positiven Befragten ebenfalls darauf hin, dass die Häufigkeit von ungeschütztem Analverkehr mit Gelegenheitspartnern (nicht jedoch mit dem festen Partner) zugenommen hat.

Bei den IDU gaben 2006 7% der HIV-positiven Personen an, in den vorangegangenen sechs Monaten eine gebrauchte Spritze weitergegeben zu haben.

1.6 ALLGEMEINBEVÖLKERUNG UND JUGENDLICHE

Bei den 17- bis 45-Jährigen war der Gebrauch von Präservativen mit dem festen Partner, zumindest zu Beginn einer neuen Beziehung, 2007 in allen Alters- und Geschlechtskategorien verbreitet und erreichte einen hohen Anteil zwischen 60 und 80%.

In der Allgemeinbevölkerung im Alter von 17 bis 45 Jahren werden in Bezug auf den systematischen Gebrauch von Präservativen mit Gelegenheitspartnern weiterhin erfreuliche Werte verzeichnet, insbesondere bei Jugendlichen (90% bei den 17- bis 20-jährigen Männern, 80% bei den Frauen). Im höheren Lebensalter (46- bis 74-Jährige) ist jedoch ein deutlicher Rückgang des Präservativgebrauchs in Risikosituationen (neue Partner und Gelegenheitspartner) zu beobachten. Dieser Effekt ist bei den Frauen ausgeprägter als bei den Männern.

Der Anteil der Personen, die in ihrem Leben mindestens einen HIV-Test vornehmen liessen (ausserhalb der Blutspende), nimmt im Verlauf der Zeit zu. 2007 lag er bei den 31- bis 45-jährigen Männern bei 53% und bei den Frauen dieser Altersgruppe bei 62%. 10% der 31- bis 45-Jährigen hatten sich in den vorangegangenen zwölf Monaten testen lassen. Ab dem Alter von 46 Jahren ist der Test weniger verbreitet, auch bei Personen mit Risikoverhalten.

Bei den Jugendlichen nimmt der Anteil der Befragten, die in einem bestimmten Alter sexuell aktiv sind, weiter zu. Im Alter von 17 Jahren sind etwa zwei Drittel der Jungen sexuell aktiv, bei den Mädchen hingegen nur rund jedes zweite.

Acht von zehn 17- bis 20-Jährigen geben an, ein Verhütungsmittel zu verwenden: Die meisten Männer benutzen ein Präservativ, die meisten Frauen die Pille.

Eine überwiegende Mehrheit der Jugendlichen hatte im Verlauf der Schulzeit Gelegenheit, über Sexualität und/oder HIV/Aids zu sprechen. Zwischen den Sprachregionen bestehen nur geringfügige Unterschiede. 2007 gaben über neun von zehn Jugendlichen an, während ihrer Schulzeit Ratschläge zum Gebrauch von Präservativen erhalten zu haben. Mit über acht von zehn wurde das Thema Pille danach angesprochen, und ebenso viele haben Informationen zu den Anlauf- und Beratungsstellen erhalten, die bei Fragen zur Sexualität zur Verfügung stehen. Mit weniger als sieben von zehn wurde jedoch der HIV-Test besprochen, und weniger als sechs von zehn haben sich mit dem Thema Homosexualität auseinandergesetzt. Drei von vier Schülerinnen und Schüler sind mit den Informationen zufrieden, die sie im Rahmen der Schule erhalten haben.

2 EINLEITUNG

Von 1987 bis 2003 verfügte die Schweiz über ein Instrumentarium zur kontinuierlichen, breit angelegten Evaluation, das eine Evaluation bestimmter Massnahmen, ein Monitoring von Programmen sowie ein Monitoring der Verhaltensweisen in mehreren Bevölkerungsgruppen umfasste¹. An die Stelle der fortlaufenden Evaluation trat ab 2004 die Weiterführung des Monitorings der Verhaltensweisen (und bestimmter Massnahmen) in Form eines Überwachungssystems der zweiten Generation, das den Anforderungen einer konzentrierten Epidemie^a entspricht, wie sie in der Schweiz besteht^{b,2}. Dieses System verbindet eine biologische Komponente, die in der Schweiz durch die HIV/Aids-Überwachung des BAG und der Kantone gewährleistet wird, mit einer Verhaltenskomponente, die die verschiedenen wiederholt durchgeführten Erhebungen in den Bevölkerungsgruppen umfasst, die von HIV/Aids besonders betroffen sind³.

Das System hat zwei Hauptfunktionen:

- Verfolgung der Entwicklung der Situation der neuen HIV-Fälle und, durch das Verhaltensmonitoring, Antizipation der künftigen Entwicklung;
- Leistung eines Beitrags zur Steuerung der Politik zur HIV-Bekämpfung in der Schweiz.

In diesem Bericht wird der verhaltensbezogene Teil dieses Überwachungssystems präsentiert, indem die Analysen, die in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen durchgeführt wurden, für den Zeitraum 2004 bis 2008 zusammengestellt werden.

Tabelle 2-1 bietet eine Übersicht über die einzelnen Instrumente dieses Systems. Das Überwachungssystem deckt die folgenden Bevölkerungsgruppen ab: Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), drogeninjizierenden Personen (IDU), Migrantinnen und Migranten, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Menschen mit HIV/Aids, Allgemeinbevölkerung und Jugendliche.

Bei mehreren Bevölkerungsgruppen (IDU, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Migrantinnen und Migranten) wurde das bestehende Erhebungsinstrumentarium durch Expertenpanels ergänzt. Dabei ging es darum, die Machbarkeit von "Warnsystemen" für jene Bevölkerungsgruppen zu testen, bei denen die Erhebungen in grösseren Abständen durchgeführt wurden (IDU) oder für die keine spezifische, wiederholt durchgeführte Erhebung bestand (Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Migrantinnen und Migranten). Die Expertenpanels setzten sich aus Fachpersonen zusammen, die in der Praxis tätig sind und die in der Lage sind, sachgerechte Beobachtungen einzubringen. Diese Panels dienten dazu, Erhebungen vorzubereiten, indem sie die Aufnahme bestimmter Fragen vorschlugen, und/oder ein "qualitatives" Bild der Situation zu zeichnen, an dem sich allfällige Massnahmen in diesen Bevölkerungsgruppen ausrichten können.

Die einzelnen Kapitel dieses Berichts beziehen sich auf das Verhaltensmonitoring in den verschiedenen untersuchten Gruppen. Zu Beginn jedes Kapitels werden die Methoden, die für die entsprechende Gruppe angewandt wurden, genau beschrieben.

^a Prävalenz unter 1% in der Allgemeinbevölkerung (schwängere Frauen) und über 5% in einer oder mehreren spezifischen Gruppen (in der Schweiz MSM, IDU).

^b Dieses System ermöglicht es auch, die regelmässigen Erhebungen der Vereinten Nationen zur Befolgung der UNGASS-Deklaration betr. HIV/Aids zu beantworten

Tabelle 2-1 Komponenten des Instrumentariums für das Verhaltensmonitoring (2004-2008)

Bereich	Instrument	Zuständige Institution
Männer, die Sex mit Männern haben (MSM): Verhalten	Wiederholung von Gaysurvey in den Jahren 2004 und 2007	UEPP
Drogeninjizierende Personen (IDU): Monitoring	Weiterführung des Monitorings der Spritzenabgabe in den niederschweligen Einrichtungen, die Schadensminderung betreiben (NSE), mit Schätzungen aus der heroingestützten Behandlung (HeGeBe)	UEPP/HeGeBe
	Wiederholung der Erhebung zur Spritzenabgabe in Apotheken im Jahr 2005	UEPP
Drogeninjizierende Personen (IDU): Verhalten	Wiederholung der Erhebung bei der Klientel von niederschweligen Einrichtungen (NSE) im Jahr 2006	UEPP
	Expertenpanels "Warnsystem": eingesetzt 2005	UEPP
Migrantinnen und Migranten: Verhalten	Sekundäranalyse der Daten des Moduls Sexualität der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)	UEPP
	Expertenpanels "Warnsystem": eingesetzt 2004	UEPP/Swiss TPH ^a
	Pilot-"Sentinella"-Erhebung bei den Frauen der Ambulatorien für Gynäkologie und Geburtshilfe in Lausanne	UEPP/DGO ^b
Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter	Sekundäranalyse der Daten der Periodischen Telefonbefragung zur HIV/Aids-Prävention in der Schweiz (EPSS), der NSE- und MSM-Erhebungen, System zur biologischen HIV-Überwachung	UEPP/BAG
	Expertenpanels "Warnsystem": eingesetzt 2005	UEPP
Menschen mit HIV/Aids	Sekundäranalyse der Daten der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHKS) und der Daten von Gaysurvey und NSE	UEPP/SHKS
Allgemeinbevölkerung: Verhalten	Wiederholung (1987-2007) bei den 17- bis 45-Jährigen	UEPP/Meinungsforschungsinstitut
	2007 Einführung eines Moduls Sexualität ("Core" der EPSS) in der SGB bei den 16- bis 74-Jährigen, das zu einer ständigen Einrichtung werden und die EPSS in der Folge ablösen soll	BFS/Meinungsforschungsinstitut/BAG/UEPP
	Nutzung der Daten der Erhebung Health Behaviour in School Children (HBSC/WHO), die 2006 bei den 15- und 16-Jährigen durchgeführt wurde	SFA/HBSC
	Weiterführung des Monitorings des Präservativabsatzes (1986-2007)	UEPP

^a Schweizerisches Tropeninstitut, Basel.

^b Departement für Gynäkologie und Geburtshilfe des Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

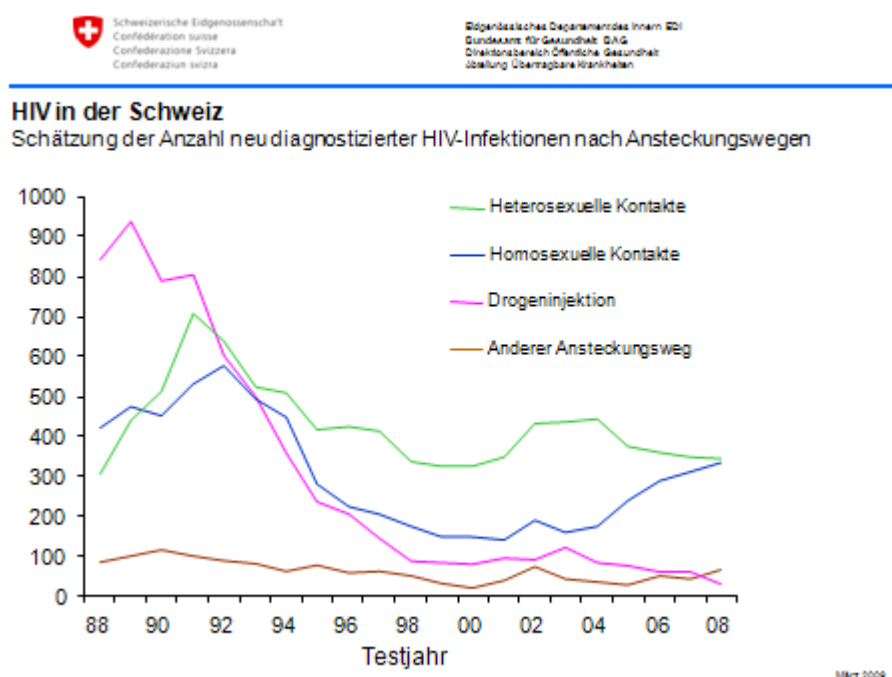
^c Die Jugendlichen bilden in der EPSS (17-20 Jahre) und in der SGB (16-20 Jahre) Teil der Allgemeinbevölkerung. Ihre Daten werden spezifisch ausgewertet.

3 HIV-/AIDS-EPIDEMIOLOGIE

Nach einem erneuten Anstieg der neuen HIV-Fälle im Jahr 2001 (Minimum: 578 Fälle im Jahr 2000) ist zwischen 2006 (761) und 2008 (778) eine relative Stabilisierung der neuen Fälle zu beobachten. 2009 scheint sich ein Rückgang der neuen Fälle abzuzeichnen^a.

Die Zunahme der neuen HIV-Fälle ist hauptsächlich auf einen Wiederanstieg bei den MSM zurückzuführen: 141 Fälle im Jahr 2001, 333 im Jahr 2008. In dieser Gruppe ist auch der gemeldete Anteil frischer Infektionen am höchsten (48% gegenüber 21% bei den Fällen mit heterosexueller Übertragung und 18% bei den IDU) und nimmt laufend zu (53% der Fälle im ersten Quartal 2009). Allerdings sind auch in dieser Gruppe im ersten Quartal 2009 weniger neue Fälle zu verzeichnen als im entsprechenden Quartal von 2008 (Abbildung 3-1).

Abbildung 3-1 Neue HIV-Fälle nach Übertragungsweg, 1988-2008



Bei den Fällen, die auf eine heterosexuelle Übertragung zurückzuführen sind, betrifft ein erheblicher Teil der neuen Fälle (2008: 42%) Personen aus Afrika südlich der Sahara^b. Die absolute Zahl von neuen Fällen, die in dieser Kategorie gemeldet wurden, hat in den letzten Jahren zwar abgenommen (2002: 182; 2008: 104), ist jedoch angesichts der kleinen Gruppe, auf die sie sich bezieht, weiterhin sehr hoch. Der Anteil der frischen Infektionen ist bei Personen aus Afrika südlich der Sahara im Vergleich zu den heterosexuellen Personen mit schweizerischer oder europäischer Nationalität etwas tiefer, nimmt jedoch zu^c.

^a Diese Entwicklung hat sich im dritten Quartal 2009 bestätigt: Es ist ein Rückgang der gemeldeten neuen HIV-Fälle festzustellen, wobei die Zahl der neuen Fälle erstmals seit 2003 auch bei den MSM rückläufig ist. Bundesamt für Gesundheit, Bulletin Nr. 44, 26. Oktober 2009.

^b Betrachtet man die Gesamtheit der Fälle nach Herkunft (Nationalität), entsprechen die Personen aus Afrika südlich der Sahara 2008 19% aller neuen Fälle.

^c Mitteilung von Martin Gebhardt, BAG, dem wir herzlich danken.

Innerhalb der Fälle mit heterosexueller Übertragung scheint bei den Männern der Anteil der Infektionen, bei denen der Partner am wahrscheinlichsten eine Sexarbeiterin ist, stabil zu sein (die Definition hat sich zwischen 2007 und 2008 geändert)^a.

Bei den Drogenkonsumierenden geht die Zahl der neuen Fälle laufend zurück (2001: 96; 2008: 30). 2009 scheint die Zahl der neuen Fälle stabil zu sein.

4 MÄNNER, DIE SEX MIT MÄNNERN HABEN (MSM)

4.1 EINLEITUNG

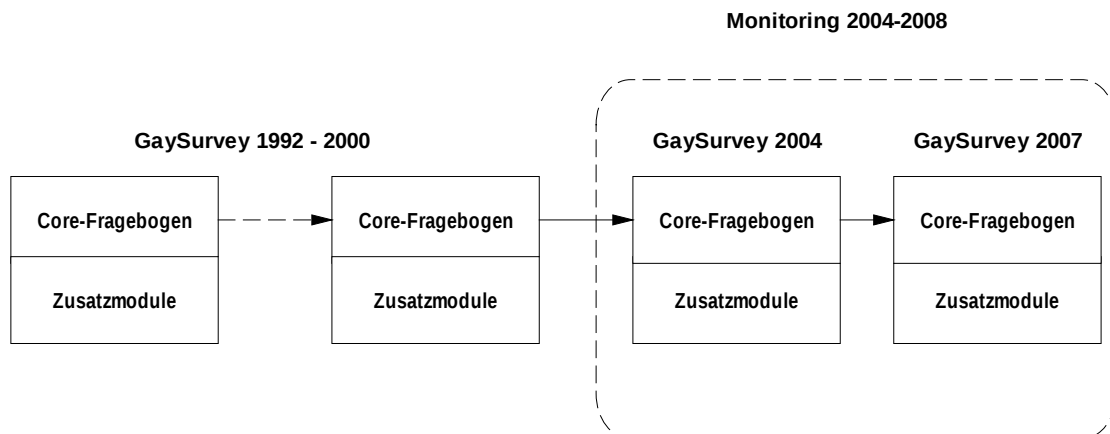
Das Monitoring der Resultate der HIV/Aids-Präventionsstrategie bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), beruht auf einer Erhebung mit einem selbst ausgefüllten Fragebogen, die bei dieser Bevölkerungsgruppe in der Deutsch- und Westschweiz regelmässig durchgeführt wird (Gaysurvey).

Der Fragebogen besteht aus zwei Hauptteilen (Abbildung 4-1):

- **"Core-Fragebogen"**: Dieser Teil umfasst die Kernfragen, die im Verlauf der Zeit immer wieder gestellt werden und mit denen sich die entsprechenden Trends langfristig verfolgen lassen.
- **"Zusatzmodule"**: Entsprechend der Entwicklung des Problems können Fragen gestrichen oder hinzugefügt werden, um den Fragebogen an die aktuellen Bedürfnisse anzupassen. In diesem Zusammenhang stellen enge Kontakte zum BAG und den Homosexuellenorganisationen eine wichtige Vorbereitungsphase dar, um die Probleme zu erfassen, die sich neu abzeichnen, und den Fragebogen entsprechend anzupassen.

Die internationale Zusammenarbeit im Bereich der HIV/Aids-Bekämpfung kommt in den Anstrengungen zum Ausdruck, die auf europäischer Ebene zur Systematisierung und Harmonisierung von gemeinsamen Indikatoren unternommen werden (Projekt mit dem ECDC^a, Projekt EMIS^b). Sie äussert sich auch in der aktiven Mitwirkung des IUMSP an der Entwicklung neuer Instrumente, mit denen sich der Krankheitsverlauf sowie die Auswirkungen der Kombinationsbehandlung auf die Epidemie untersuchen lassen (Projekt *MSM - Mathematical Models*^c).

Abbildung 4-1 Instrumentarium für das MSM-Monitoring



Dispositif_HSH_D(v090522).cht 09/06/10 - 14:42

^a Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (European Centre for Disease Prevention and Control).

^b European MSM Internet survey on knowledge, attitudes and behaviour as to HIV and STI.

^c Bezemer D. et al. A resurgent HIV-1 epidemic among men who have sex with men in the era of potent antiretroviral therapy, *AIDS* 2008; 22 1071-1077.

Die Entwicklung des Präventivverhaltens der MSM in der Schweiz lässt sich anhand von acht Erhebungen^a verfolgen (1987⁴, 1990-92-94⁵⁻⁹⁷⁶, 2000⁷, 2004⁸, 2007⁹). Für jede dieser Studien wurden über die Homosexuellenpresse und die Homosexuellenorganisationen Fragebögen in Umlauf gebracht. Für die Erhebungswellen 2004 und 2007 wurde der Fragebogen auch über das Internet verbreitet (nachstehend werden diese beiden Fragebögen und die damit verbundenen Stichproben jeweils mit 'Papier-' beziehungsweise 'Internet-' bezeichnet). 2004 wurden 1158 Papierfragebögen und 1047 Internetfragebögen zurückgesandt. 2007 wurde ein Rücklauf von 1047 Papierfragebögen und 1906 Internetfragebögen verzeichnet.

Die Fragen beziehen sich vor allem auf die sexuelle Aktivität und die Lebensweise der Befragten in den zwölf Monaten vor der Umfrage, insbesondere auf die Sexualpraktiken, den Gebrauch von Präservativen und die alternativen Schutzstrategien mit dem festen Partner und den gelegentlichen Sexualpartnern. Weitere Fragen betreffen die Inanspruchnahme des HIV-Tests, den Serostatus, die antiretrovirale Therapie und die soziodemografischen Merkmale (Alter, Wohnregion, Haushaltstyp, Einkommen, Nationalität, Bildungsstand usw.).

Die zeitlichen Trends werden anhand der Papierstichproben untersucht, da sich mit diesen der Verlauf gut vergleichen lässt. Sofern nichts anderes angegeben ist, sind alle in diesem Bericht kommentierten Trends statistisch signifikant (Signifikanzniveau: 0,05; χ^2 -Test von Pearson mit einem Freiheitsgrad). Nur für Umfeldanalysen, die sich auf die Erhebungswelle 2007 beschränken, wurden die beiden Stichprobentypen (Papier und Internet) zusammengelegt.

Das IUMSP hat zwischen 2004 und 2008 mehrere Berichte und Artikel zu den MSM publiziert, die in internationalen Zeitschriften erschienen sind⁹⁻¹³.

4.2 DIE TEILNEHMER VON GAYSURVEY 2004 UND 2007

Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich das Medianalter der Teilnehmer der Papiererhebung deutlich erhöht: Es stieg von 33 Jahren (1994) auf 41 Jahre (2007). Diese Alterung ist wahrscheinlich auf verschiedene Ursachen zurückzuführen. Darin kann sowohl eine Veränderung der Altersstruktur der Mitglieder von Homosexuellenorganisationen und/oder der Leserschaft der Homosexuellenpresse als auch ein abnehmendes Interesse am Thema der Erhebung bei den jüngeren MSM oder eine Verlagerung der Teilnahme auf den Online-Fragebogen zum Ausdruck kommen. In der Internet-Erhebung lag das Medianalter der Teilnehmer 2007 bei 30 Jahren.

Auch der Bildungsstand hat sich erhöht: Während 1992 44% der Befragten angaben, eine höhere Ausbildung^b besucht zu haben, waren es 2007 fast 59%.

Um dem möglichen Zusammenhang zwischen der (universitären oder nichtuniversitären) Ausbildung oder dem Alter (+/- 30 Jahre) und den untersuchten Variablen zu berücksichtigen, wurden spezielle Analysen durchgeführt, die in Ziffer 3.3 beschrieben sind.

Ungefähr jeder zweite Befragte lebt in einer Stadt oder Agglomeration mit über 100'000 Einwohnern; dieses Verhältnis hat sich seit Beginn des Monitorings nicht verändert.

2007 gab rund ein Drittel der Befragten an, mit einem männlichen Partner zusammenzuleben, während dieser Anteil 1992 bei 20% lag. Dieser Zunahme entspricht ein Rückgang bei den allein lebenden Befragten, wobei diese Lebensweise weiterhin die Mehrheit bildet (1992: 60%; 2007: 51%).

^a Im Verlauf der Jahre wurden am Fragebogen Gaysurvey Änderungen vorgenommen, die Trends werden ab 1992 berechnet.

^b Universität, Hochschule, eidgenössischer Fachausweis.

4.3 SEXUELLE AKTIVITÄT UND PRÄVENTIVVERHALTEN

Fast alle (99%) der Befragten hatten im Verlauf ihres Lebens schon einmal Geschlechtsverkehr. Über 90% der Personen, die den Papierfragebogen ausgefüllt haben, hatten ausschliesslich Sexualkontakte mit einem oder mehreren Partnern des gleichen Geschlechts, während fast 5% Geschlechtsverkehr mit Männern und Frauen hatten. In der Interneterhebung ist der Anteil der Befragten, die eine bisexuelle Aktivität angeben, deutlich höher als in der Papiererhebung.

Im Verlauf der Erhebungen hatte die Zahl der festen und gelegentlichen Sexualpartner, die von den Befragten (für die vorangegangenen zwölf Monate) angegeben wurde, zunächst zugenommen und sich dann stabilisiert. Zwischen 1994 und 2004 stieg der Medianwert der Partnerzahl von 5 auf 7 und sank dann 2007 auf 6 (statistisch nicht signifikante Entwicklung). In der Interneterhebung blieb der vergleichsweise tiefere Medianwert stabil (5 Partner).

Im Zunehmen begriffen ist hingegen der Anteil der Befragten, die (in den vorangegangenen zwölf Monaten) mit über zehn Partnern Analverkehr hatten. Dies gilt für die Papiererhebung (2000: 8,6%; 2007: 14,3%), aber auch für die Interneterhebung (2004: 11,8%; 2007: 13,2%). Der Medianwert der Zahl der Partner, mit denen Analverkehr praktiziert wurde, stieg zwischen 2000 und 2004 von einem auf zwei Partner und stabilisierte sich 2007 bei zwei Partnern.

Eine Analyse nach dem Alter der Befragten, d. h. unter 30-Jährige und Personen ab 30 Jahren, ergab keinen Verhaltensunterschied in Bezug auf ungeschützten Geschlechtsverkehr: Die Anteile der Befragten, die ohne Präservativ Analverkehr hatten, sind für die verschiedenen Altersgruppen und Partnertypen ähnlich.

Für drei Variablen, die für die Risikoexposition von Bedeutung sind, wurde eine Analyse nach dem Bildungsstand der Befragten (höhere Ausbildung oder keine höhere Ausbildung) und ihrem Alter (unter 30 Jahren / ab 30 Jahren) durchgeführt:

- Variable "Risikoexposition": Analverkehr mit einem Partner mit unterschiedlichem oder unbekanntem Serostatus in den vorangegangenen zwölf Monaten;
- Variable "Anzahl Partner mit Analverkehr" in den zwölf Monaten vor der Umfrage^a;
- Variable "HIV-Test": Der Befragte hat sich im Verlauf seines Lebens bereits einem HIV-Test unterzogen.

Die für die Jahre 1992 bis 2007 berechneten Trends zeigen unabhängig vom Alter und vom Bildungsstand der Befragten keine besondere Entwicklung der verschiedenen untersuchten Faktoren (mit einem 95%-Vertrauensintervall).

4.4 FESTE BEZIEHUNGEN

Rund 70% der Befragten hatten in den zwölf Monaten vor der Umfrage eine feste Beziehung (derzeitige oder beendete Beziehung) zu einem männlichen Partner. Dies gilt auch für etwa die Hälfte der Teilnehmer der Interneterhebung.

Offene feste Beziehungen^b sind sehr häufig: Zwei Drittel der Befragten, die seit über einem Jahr einen festen Partner haben, geben an, in den vorangegangenen zwölf Monaten einen oder mehrere Gelegenheitspartner gehabt zu haben.

^a Nur Trend seit dem Jahr 2000.

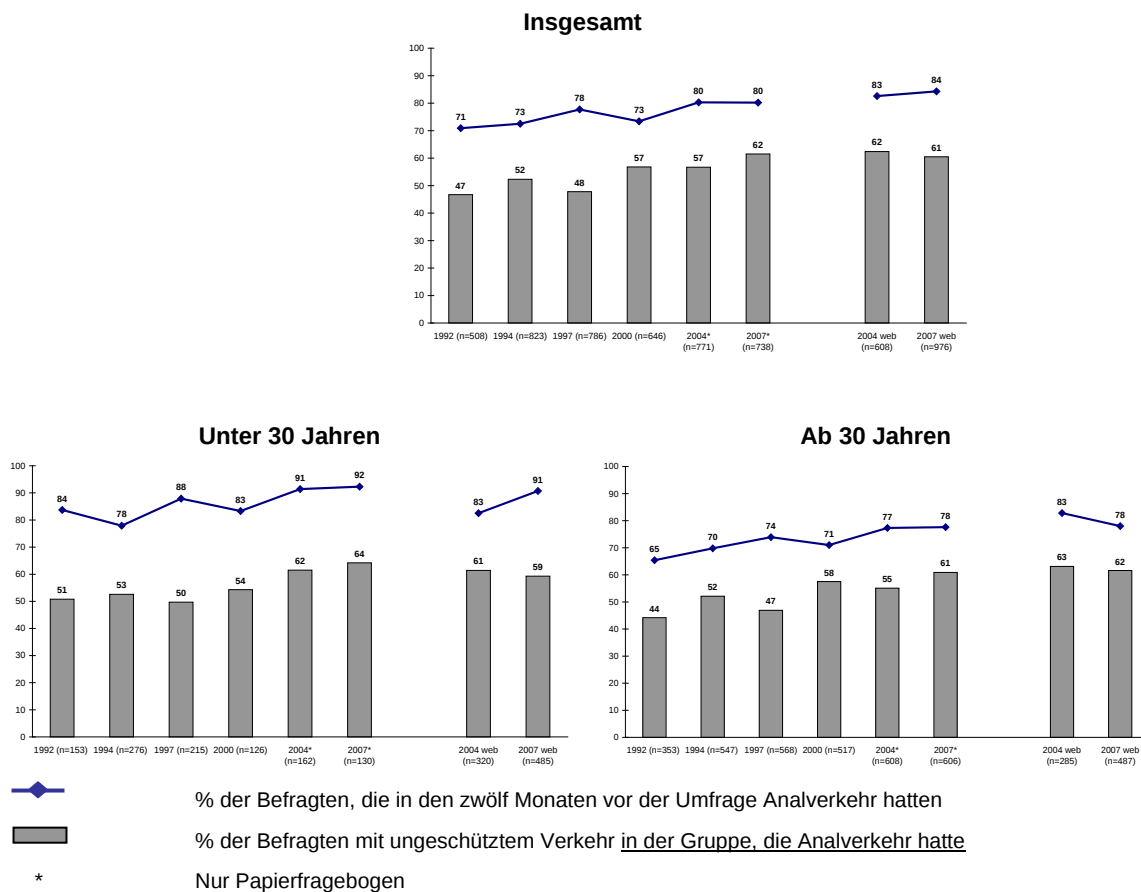
^b Sexualkontakte zu anderen Partnern als dem festen Partner in den vorangegangenen zwölf Monaten.

In Bezug auf die Sexualpraktiken erklären 80% der Befragten, mit ihrem festen Partner Analverkehr gehabt zu haben (gegenüber etwa 70% zu Beginn der 1990er-Jahre; Abbildung 4-2). Rund zwei Drittel hatten rezeptiven und etwa gleich viele insertiven Analverkehr.

4.4.1 Präventivverhalten mit dem festen Partner

Seit Beginn der Untersuchung gibt ein hoher Anteil der Befragten an, beim Analverkehr mit dem festen Partner nicht systematisch ein Präservativ zu benutzen. Dieser Anteil hat sich seit Ende der 1990er-Jahre deutlich erhöht: 2007 gaben 62% der Befragten an, beim Analverkehr nicht systematisch ein Präservativ zu benutzen, während es zehn Jahre davor noch 48% waren (Abbildung 4-2). Diese steigende Tendenz ist unabhängig von der Altersgruppe der Befragten festzustellen (-/+ 30 Jahre).

Abbildung 4-2 Anteil der Befragten, die in den vorangegangenen zwölf Monaten mit ihrem festen Partner Analverkehr hatten, und Anteil der Befragten in dieser Gruppe, die ungeschützten Verkehr hatten (in %)



Im Verlauf der Erhebungen ist auch eine deutliche Zunahme des Anteils der Befragten festzustellen, denen beim Geschlechtsverkehr mit ihrem festen Partner Sperma in den Mund gelangt ist (1994: 35,7%; 2007: 50,6%, Papier- und Internetfragebögen zusammengefasst).

Die meisten Paare wenden zudem alternative Präventionsstrategien an, die auf Vertrauen, Abmachungen und/oder der gegenseitigen Kenntnis des HIV-Serostatus des Partners beruhen. In der untenstehenden Tabelle 4-1 sind die verschiedenen Vorgehensweisen zusammengestellt, die innerhalb einer Partnerschaft für den Umgang mit dem Risiko einer HIV-Infektion gewählt werden. Die häufigste Technik (38,5%) ist die gegenseitige Kenntnis des Serostatus (als Voraussetzung für den Verzicht auf Präservative, wenn der Serostatus der beiden Partner übereinstimmt). Der Gebrauch von

Präservativen beim Analverkehr, der von rund einem Drittel der Paare gewählt wird, steht an zweiter Stelle. Etwa jedes zehnte Paar verzichtet ohne vorgängigen HIV-Test auf Präservative (diese Praxis ist bei den Teilnehmern der Interneterhebung deutlich häufiger). Ausserdem hat die grosse Mehrheit der Befragten (84%) mit dem Partner über das Risiko einer HIV-Infektion und die Art und Weise des Schutzes gesprochen.

Tabelle 4-1 "Welche Strategie für den Umgang mit dem Risiko einer HIV-Infektion in einer festen Beziehung trifft am ehesten auf Sie zu?"

	Fragebogen		
	Papier	Internet	Insgesamt
Stichprobengrösse	738	976	1714
% Wir haben keinen Analverkehr	12.7	9.9	11.1
% Wir benutzen beim Analverkehr ein Präservativ	33.9	32.1	32.8
% Wir benutzen kein Präservativ mehr, nachdem wir uns einem HIV-Test unterzogen haben, der gezeigt hat, dass wir beide HIV-negativ sind	38.3	36.5	37.3
% Wir benutzen kein Präservativ mehr, nachdem wir unsere früher eingegangenen Risiken abgeschätzt haben, ohne den HIV-Test zu machen	7.3	13.1	10.6
% Wir sind beide HIV-positiv und benutzen kein Präservativ	1.6	0.9	1.2
% Andere, keine Antwort	6.1	7.4	6.9

Bei der Analyse des Präventivverhaltens im Rahmen der festen Beziehungen muss der Serostatus der beiden Partner berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang wird zwischen serokonkordanten Paaren (beide Partner sind HIV-positiv oder HIV-negativ), serodifferenten Paaren (HIV-positiv/HIV-negativ) und Paaren mit unbestimmtem Serostatus (unbekannter oder nicht angegebener HIV-Serostatus des Befragten oder seines Partners) unterschieden. 2007 waren – Papier- und Internetstichprobe zusammengenommen – 49% der festen Beziehungen serokonkordant negativ und 1,4% serokonkordant positiv. 7,4% der festen Beziehungen betrafen serodifferente Paare. Schliesslich lag der Anteil der Paare mit unbestimmtem Serostatus bei 42% (32,2% bei den Teilnehmern der Papiererhebung und 49,2% bei den Teilnehmern der Interneterhebung, Tabelle 4-2).

Tabelle 4-2 HIV-Serostatus der festen Paare und Anteil der Befragten, die angeben, in den vorangegangenen zwölf Monaten Analverkehr (AV) ohne Präservativ gehabt zu haben

	Papierfragebogen					Internet	
	1994	1997	2000	2004	2007	2004	2007
Stichprobengrösse	823	786	646	771	738	608	976
% Serokonkordant negativ	39.9	42.0	48.1	50.7	53.7	37.7	46.1
% AV ohne Präservativ	53.7	54.5	60.5	60.6	64.9	70.7	64.9
% Serokonkordant positiv	2.1	2.2	1.4	1.7	2.2	1.0	0.8
% AV ohne Präservativ	35.3	29.4	55.6	69.2	68.8	83.3	75.0
% Serodifferent	7.0	8.3	9.6	7.5	11.9	4.1	3.9
% AV ohne Präservativ	6.9	7.7	12.9	8.6	11.4	4.0	7.9
% Unbestimmt	51.0	47.6	40.9	40.1	32.2	57.2	49.2
% AV ohne Präservativ	30.0	27.3	25.8	32.4	36.1	41.7	41.0
% Paare mit Risikoexposition*	15.8	13.6	11.8	13.6	13.0	24.0	20.5

* Anteil der Befragten, die mit ihrem festen Partner, der einen unterschiedlichen oder unbekannten Serostatus aufweist, AV ohne Präservativ angeben

AV Analverkehr

Der Präservativgebrauch ist je nach HIV-Serostatus des Paares sehr unterschiedlich (Tabelle 4-2). Analverkehr ohne Präservativ wird mehrheitlich von serokonkordanten Paaren (positiv oder negativ) praktiziert, wird hingegen nur von einer Minderheit der Befragten angegeben, die in einer serodifferenten Partnerschaft leben. Über ein Drittel der Befragten, die in einer Partnerschaft mit unbestimmtem HIV-Status leben, geben an, mit ihrem Partner ungeschützten Analverkehr gehabt zu haben.

2007 war jede fünfte Beziehung der Internetstichprobe dem Risiko einer HIV-Infektion (HIV-Übertragung von einem Partner auf den anderen) ausgesetzt^a, im Vergleich zu jeder achten Beziehung in der Papierstichprobe; seit Beginn der Untersuchung ist keine merkliche Verbesserung zu verzeichnen (Tabelle 4-2).

4.5 GELEGENHEITSKONTAKTE

Rund drei Viertel der Befragten hatten in den vorangegangenen zwölf Monaten anonyme oder nicht anonyme Sexualkontakte zu Gelegenheitspartnern^b (70% bei den Teilnehmern der Interneterhebung). Dieser Prozentsatz hat im Verlauf der letzten Jahre leicht abgenommen.

Hingegen gibt ein stetig steigender Anteil der Befragten an, im Rahmen von Gelegenheitskontakten Analverkehr zu praktizieren (Abbildung 4-3). Dieser Prozentsatz stieg von 56,4% im Jahr 1994 auf 78,7% im Jahr 2007 (82,7% bei den Teilnehmern der Interneterhebung). Während die Befragten angaben, mit dem festen Partner zu gleichen Teilen insertiven und rezeptiven Verkehr zu haben, nahmen sie bei Gelegenheitskontakten häufiger die aktive Position ein. In Bezug auf die anderen Sexualpraktiken ist eine starke Zunahme des Anilingus festzustellen, der 1994 von rund 40% der Befragten und 2007 von über 60% angegeben wurde.

4.5.1 Schutzstrategie mit Gelegenheitspartnern

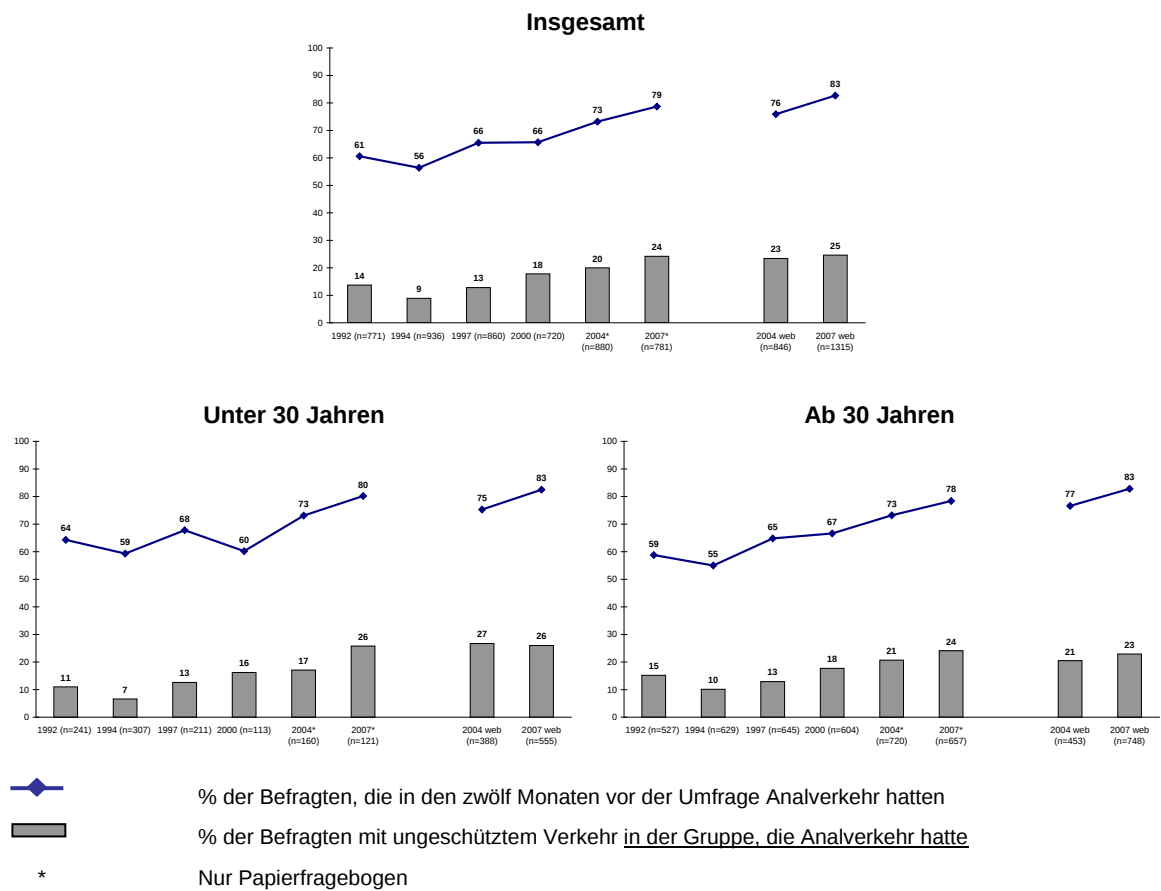
Die grosse Mehrheit der Befragten verwendet mit ihren Gelegenheitspartnern systematisch ein Präservativ. Allerdings ist seit Mitte der 1990er-Jahre ein regelmässiger Anstieg des Anteils der Befragten festzustellen, die beim Analverkehr nicht konsequent ein Präservativ benutzen: Er erhöhte sich von 8,9% im Jahr 1994 auf 24,2% im Jahr 2007 (Abbildung 4-3). Diese steigende Tendenz ist unabhängig von der Altersgruppe des Befragten festzustellen (-/+ 30 Jahre).

Im Verlauf der Erhebungen lässt sich auch eine Zunahme des Anteils der Befragten beobachten, denen bei Gelegenheitskontakten Sperma in den Mund gelangt ist: von 12% im Jahr 1994 auf 21% im Jahr 2007.

^a Anzahl Befragte in einer Partnerschaft mit unterschiedlichem oder unbestimmtem Serostatus, die ungeschützten Analverkehr hatten, im Vergleich zu allen Befragten, die in den vorangegangenen zwölf Monaten einen festen Partner hatten.

^b Als Gelegenheitspartner gelten alle Sexualpartner, die die Befragten nicht als ihren festen Partner betrachten, unabhängig davon, wie gut sie sich gegenseitig kennen.

Abbildung 4-3 Anteil der Befragten, die in den vorangegangenen zwölf Monaten mit einem oder mehreren Gelegenheitspartnern Analverkehr hatten (in %), und Anteil der Befragten in dieser Gruppe, die ungeschützten Verkehr hatten



4.5.2 Faktoren, die mit dem Verzicht auf Präservative beim letzten Analverkehr mit einem Gelegenheitspartner in Verbindung stehen

Um besser zu verstehen, unter welchen Umständen die Befragten dazu neigen, auf ein Präservativ zu verzichten, wurden mehrere Fragen gestellt, die sich auf den letzten Analverkehr mit einem Gelegenheitspartner beziehen. Da sich die Analyse auf das Jahr 2007 beschränkt, wurden die Daten der Papier- und der Interneterhebung zusammengelegt^a.

Die Analyse zeigt, dass 14,3% der Befragten bei ihrem letzten (insertiven oder rezeptiven) Analverkehr mit einem Gelegenheitspartner (aktive Position: 9,9%; passive Position: 10,2%) kein Präservativ benutzt haben.

Mit der multivariaten Analyse lässt sich der Grad der Verbindung jeder Variablen unabhängig von den anderen bestimmen. In Tabelle 4-3 sind die wichtigsten Faktoren zusammengestellt, die mit dem Verzicht auf Präservative in Verbindung stehen, geordnet nach der Stärke des Zusammenhangs.

^a Basis: Befragte, die in den vorangegangenen zwölf Monaten Analverkehr mit einem Gelegenheitspartner hatten.

Tabelle 4-3 Die wichtigsten Faktoren, die mit dem Verzicht auf Präservative in Verbindung stehen*

	Bereinigte Odds Ratio	95%-Vertrauensintervall
1. Ist HIV-positiv	3.79	(2.41-5.96)
2. Ort des letzten Verkehrs (hier die Kategorie 'andere' ^a)	2.20	(1.15-4.19)
3. Kennt seinen Partner	1.78	(1.26-2.53)
4. Ist in ihn verliebt	1.72	(1.16-2.56)
5. Hat (hatte) in den vorangegangenen zwölf Monaten keine feste Beziehung	1.39	(1.02-1.88)

* Weitere Variablen wurden untersucht, aber in der Tabelle nicht berücksichtigt

Während die HIV-Positivität ein Faktor ist, der sehr stark mit dem Verzicht auf Präservative in Verbindung steht, hat sich die Tatsache, dass jemand HIV-negativ oder nicht getestet ist, nicht als Unterscheidungsfaktor herausgestellt.

Hingegen scheinen der unbekannte HIV-Status des Partners (OR: 0,41) und ein Gespräch mit dem Partner über den Schutz vor HIV (OR: 0,67) Faktoren zu sein, die positiv mit dem Gebrauch von Präservativen korrelieren.

In Bezug auf den Gebrauch von Präservativen oder den Verzicht darauf erscheint das Alter nicht als Unterscheidungsfaktor.

4.5.3 Die 'Risikominderung' bei ungeschütztem Verkehr mit Gelegenheitspartnern

Die Erhebung 2007 enthielt drei Fragen, die sich auf die sogenannten "risikomindernden" Strategien bezogen. Die ungleiche – und bisher kaum untersuchte – Wirksamkeit dieser Strategien gab in den letzten Jahren wiederholt Anlass zu Diskussionen^{14,15}. Bei diesen Strategien handelt es sich insbesondere um das *Dipping* (Zurückziehen des Glieds vor der Ejakulation), die *strategische Positionswahl* (Wahl der aktiven oder passiven Position je nach Serostatus; diese Strategie basiert auf der Tatsache, dass das Risiko einer HIV-Übertragung für den aktiven Partner geringer ist als für den passiven Partner) und das *Serosorting*, d. h. die Auswahl des Partners anhand seines Serostatus. Die Teilnehmer der Erhebung wurden gefragt, ob sie in den vorangegangenen zwölf Monaten Geschlechtsverkehr ohne Präservativ hatten und dabei die eine oder andere dieser Strategien mit dem ausdrücklichen Ziel anwandten, eine HIV-Infektion zu verhindern.

Von den Befragten, die mit ihren Gelegenheitspartnern nicht systematisch ein Präservativ verwendeten (Papier- und Internetstichprobe zusammen; n=416), gaben 46,9% an, *Dipping* praktiziert zu haben, 37,7% erwähnten das *Serosorting* und 22,8% die *strategische Positionswahl*. Gemäss den Angaben der Befragten haben 70,2% mindestens eine dieser drei Strategien angewandt. Allerdings ist nicht bekannt, ob die Befragten bei ungeschütztem Verkehr systematisch auf diese Strategien zurückgegriffen haben.

4.6 GESAMTINDIKATOR FÜR DIE "RISIKOEXPOSITION"

Besonders interessant ist der "Gesamtindikator für die Risikoexposition", da er es ermöglicht, Informationen zur gesamten Gruppe der MSM sowie zu deren Partnern zu erhalten. Dieser Indikator entspricht

^a Im Fragebogen konnte unter den folgenden Orten ausgewählt werden: bei mir/bei ihm zu Hause, Sauna/Sexclub/Pornokino, Darkroom/Backroom, im Freien, im öffentlichen Raum (Park, Toilette, Strand) sowie andere (genau angeben). Die häufigsten Nennungen in der Kategorie *andere* waren: Hotel, Auto.

dem Anteil der Befragten, die in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens einen ungeschützten Sexualkontakt mit einem Partner mit unterschiedlichem oder unbekanntem HIV-Serostatus hatten.

Der entsprechende Anteil stieg von 10,7% im Jahr 1994 auf 16,1% im Jahr 2007 (15,7% bei den Teilnehmern der Interneterhebung). Die Hälfte der betreffenden Befragten hatte in den vorangegangenen zwölf Monaten nur eine einzige Episode mit Risikoexposition, während die andere Hälfte mehrere Episoden angab.

Junge MSM unter 30 Jahren scheinen dem Risiko stärker ausgesetzt zu sein; dies gilt vor allem für jene, die 2007 an der Papiererhebung teilgenommen haben (Tabelle 4-4). Der Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Eingehen eines Risikos ist jedoch nicht signifikant (<30 Jahre: $p=0,198$; ≥ 30 Jahre: $p=0,100$).

Tabelle 4-4 Erwähnung von mindestens einem ungeschützten Sexualkontakt mit einem Partner mit unterschiedlichem oder unbekanntem HIV-Serostatus in den vorangegangenen zwölf Monaten

	Papierfragebogen					Internet	
	1992	1994	2000	2004	2007	2004	2007
	n=934	n=1195	n=916	n=1084	n=1045	n=980	n=1884
Hat mindestens einen ungeschützten Sexualkontakt mit einem Partner mit unterschiedlichem oder unbekanntem HIV-Serostatus erwähnt							
Ja	16.5	10.7	14.2	14.0	16.1	18.7	15.7
Nein	77.0	85.6	83.6	84.4	83.2	80.7	82.8
Antwortausfall	6.5	3.7	2.2	1.6	0.8	0.6	1.5
Nach Alter							
Unter 30 Jahren	18.0	11.6	14.5	14.8	20.0	19.8	16.4
Ab 30 Jahren	15.7	10.2	14.0	13.9	15.3	17.8	15.0

Die Faktoren, die mit der Risikoexposition in Verbindung stehen, wurde mit Hilfe einer logistischen Regression eruiert, in die hauptsächlich die soziodemografischen Merkmale der Befragten einbezogen wurden: Alter, Bildungsstand, Wohnort, Nationalität, Vereinszugehörigkeit, HIV-Serostatus und Erhebungsform (Tabelle 4-5). Die Resultate dieser Analyse weisen auf eine starke Verbindung zwischen der abhängigen Variable "Risiko" und der Tatsache hin, dass der Befragte HIV-positiv oder ausländischer Nationalität ist. Weitere Faktoren, bei denen ein signifikanter Zusammenhang besteht, erscheinen als schützende Faktoren, d. h. stehen mit dem Gebrauch von Präservativen in Verbindung: besuchte höhere Ausbildung, Mitgliedschaft in einer Homosexuellenorganisation und fester Partner in den vorangegangenen zwölf Monaten.

Tabelle 4-5 Logistische Regressionsanalyse: Faktoren^a, die mit der Risikoexposition in Verbindung stehen^b

	Bereinigte Odds Ratio	95%-Vertrauensintervall
Faktoren für das Eingehen eines Risikos		
HIV-positiv	2.97	(2.09-4.21)
Ausländische Nationalität	1.56	(1.18-2.08)
Schützende Faktoren		
Höhere Ausbildung	0.80	(0.64-1.00)
Mitgliedschaft in einer Homosexuellenorganisation	0.61	(0.43-0.87)
Fester Partner in den vorangegangenen zwölf Monaten	0.53	(0.43-0.65)

^a Die übrigen Koeffizienten sind in der Tabelle nicht aufgeführt.

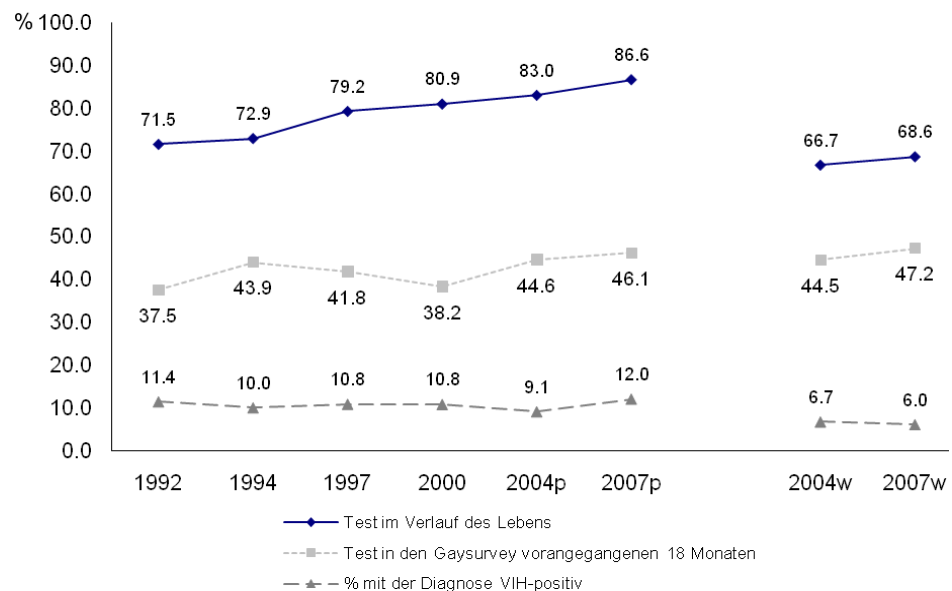
^b Gesamtindikator für die Risikoexposition: Anteil der Befragten, die in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens einen ungeschützten Sexualkontakt mit einem Partner mit unterschiedlichem oder unbekanntem HIV-Serostatus hatten.

4.7 HIV-TEST

Der Anteil der Befragten, die im Verlauf ihres Lebens einen HIV-Test vornehmen liessen, ist stetig von 71,5% auf 86,6% gestiegen. Da es sich um einen kumulativen Indikator handelt, hängt diese Entwicklung teilweise mit der Alterung der Befragten zusammen. Bei den Teilnehmern der Interneterhebung sind die Anteile tiefer. Unabhängig von der Erhebungsform hat sich in den 18 Monaten vor Gaysurvey^a rund die Hälfte der Befragten einem HIV-Test unterzogen.

Der Prozentsatz der Befragten, die angeben, beim letzten Test die Diagnose HIV-positiv erhalten zu haben (selbst berichtete Prävalenz), ist im Verlauf der Erhebungen relativ stabil geblieben (rund 10%). Bei den Personen, die den Papierfragebogen ausgefüllt haben, ist er deutlich höher als bei den Teilnehmern der Interneterhebung (etwa 6%; Abbildung 4-4).

Abbildung 4-4 Anteil der Befragten, die sich dem HIV-Test unterzogen haben (im Verlauf des Lebens, in den vorangegangenen 18 Monaten^a) und Anteil der Befragten, die die Diagnose HIV-positiv erhalten haben, nach Jahr und Erhebungsform (p: Papierversion, w: Internetversion)



4.8 THERAPIE UND SCHUTZVERHALTEN

Im Januar 2008 hat die Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (EKAF) eine Erklärung veröffentlicht, dass eine HIV-positive Person unter antiretroviraler Therapie das HI-Virus nicht überträgt, wenn die Virämie unter der Nachweisgrenze liegt^b. Damit nimmt die Geschichte der

^a Der Anteil der auf HIV getesteten Befragten wurde für die 18 Monate vor der Verbreitung des Fragebogens berechnet. Beispielsweise wurden bei den Befragten des Jahres 1992 die angegebenen Tests ab Januar 1991 berücksichtigt.

^b Die vollständigen Kriterien sind: ärztliche Beratung des serodifferenten festen Paares (an der beide Partner teilnehmen müssen), um die Bedingungen, unter denen die HIV-positive Person nicht mehr infektiös ist, eingehend zu besprechen; in erster Linie muss die HIV-positive Person konsequent eine antiretrovirale Therapie (ART) einnehmen und deren Wirksamkeit regelmässig ärztlich kontrollieren lassen (nach allgemeingültigen Therapiestandards); zweitens muss die Viruslast seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze liegen; schliesslich darf bei der HIV-positiven Person keine andere sexuell übertragbare Infektion bestehen. In einer festen Beziehung zwischen serodifferenten Partnern kommt der Entscheid über

Epidemie eine entscheidende Wendung, die erhebliche Auswirkungen auf das Safer-Sex-Verhalten der HIV-positiven Personen haben dürfte.

In Tabelle 4-6 ist die Situation der sexuell aktiven HIV-positiven Befragten im Hinblick auf die Erklärung der EKAF dargestellt.

Unter den HIV-positiven Befragten von Gaysurvey 2007 dürfte der Anteil der betroffenen Personen bei 1,1% liegen, wenn alle Kriterien der EKAF berücksichtigt werden (HIV-positive Personen, unter Therapie, mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze, ohne STI in den vorangegangenen zwölf Monaten und in einer serodifferenten Partnerschaft lebend, die sexuell ausschliesslich ist). Werden nur die Kriterien bis und mit "lebt in einer serodifferenten Partnerschaft" berücksichtigt, sind 19% der Personen als potenziell betroffen anzusehen.

den Verzicht auf Präservative dem HIV-negativen Partner zu. Denn falls es entgegen den Erwartungen zu einer HIV-Übertragung kommen sollte, muss er die Folgen einer Infektion tragen. Die Erklärung der EKAF kann unter anderem unter folgender Adresse abgerufen werden: http://www.sacz.ch/pdf_d/2008/2008-05/2008-05-089.PDF.

Tabelle 4-6 Von der Anwendung der Kriterien in der Erklärung der EKAF betroffene Gruppen unter den Befragten von Gaysurvey 2007

Erklärung der Eidgenössischen Kommission für Aids-Fragen	n	% der HIV-Positiven	95%-VI^b	% der Befragten der Gaysurvey 2007 (n=2953)	95%-VI
Sexuell aktive Befragte	2925			99.1	(98.6 - 99.4)
davon mit HIV-Test im Verlauf des Lebens	2210			74.8	(73.2 - 76.4)
davon asymptomatische HIV-Positive	179	100.0		6.1	(5.2 - 7.0)
davon unter antiretroviraler Therapie	113	63.1	(55.6 - 70.2)	3.8	(3.2 - 4.6)
davon mit Viruslast unter der Nachweisgrenze	95	53.1	(45.5 - 60.6)	3.2	(2.6 - 3.9)
davon keine STI in den vorangegangenen zwölf Monaten ^a	71	39.7	(32.4 - 47.2)	2.4	(1.9 - 3.0)
davon in den vorangegangenen zwölf Monaten in einer festen Beziehung	42	23.5	(17.5 - 30.4)	1.4	(1.0 - 1.9)
davon mit unterschiedlichem oder unbekanntem HIV-Serostatus	34	19.0	(13.5 - 25.5)	1.2	(0.8 - 1.6)
davon in einer sexuell ausschliesslichen Beziehung.	2	1.1	(0.1 - 4.0)	0.1	(0 - 0.2)

^a Selbst angegebene Antworten

^b Die Vertrauensintervalle wurde mit Hilfe der exakten Binominalverteilung berechnet.

4.9 ANDERE INFEKTIONSKRANKHEITEN

Etwas weniger als 10% der Befragten gaben 2007 für die vorangegangenen zwölf Monate eine oder mehrere sexuell übertragbare Infektionen (STI) an; dieser hohe Anteil ist gegenüber 2004 relativ stabil geblieben (Tabelle 4-7).

Zwischen 2004 und 2007 blieb der Anteil der Befragten, die sich eine Hepatitis A zugezogen hatten, stabil bei ungefähr 3,6%. Hingegen nahm er in Bezug auf die Hepatitis B leicht ab (2004: 6,1%; 2007: 5,2%). 61,4% der Befragten sind gegen Hepatitis A geimpft, 64,4 % gegen Hepatitis B.

2007 wurde die Hepatitis C zur Frage "Haben Sie eine andere STI als HIV/Aids gehabt?" hinzugefügt. 1,3% der Befragten von Gaysurvey 2007 haben sich eine Hepatitis C zugezogen.

Tabelle 4-7 Durchgemachte STI ausser HIV/Aids und Hepatitiden

	Gaysurvey 2004		Gaysurvey 2007	
	n=2244	%	n=2925	%
Keine STI in den vorangegangenen zwölf Monaten	2058	91.7	2659	90.9
Hepatitis A	85	3.8	104	3.6
Hepatitis B	136	6.1	153	5.2
Hepatitis C	-	-	39	1.3

4.10 PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung übernahm 2007 erstmals fünf Items des Fragebogens SF-36^a. Anschliessend liess sich für die befragten MSM der Index für psychische Belastung (DET_PSY) nach den Empfehlungen von J. Wang^b berechnen und mit jenem der befragten heterosexuellen Männer vergleichen; dabei wurden jeweils nur die sexuell aktiven Personen betrachtet.

Anhand der erzielten Werte lassen sich die Befragten in drei Kategorien einteilen, „indem die Grenzwerte herangezogen werden, die bisher in verschiedenen europäischen Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung verwendet wurden; allerdings besteht in diesem Bereich kein Standard“^b: Personen mit klinisch bedeutsamen psychischen Störungen, Personen mit aus klinischer Sicht wahrscheinlichen psychischen Störungen und schliesslich Personen mit einer guten psychischen Gesundheit und einer geringfügigen psychischen Belastung.

In Tabelle 4-8 sind die Resultate für die beiden untersuchten Untergruppen zusammengestellt.

^a SF-36 (36 Item Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey) ist ein allgemeines Messinstrument zur Erfassung der Lebensqualität (<http://www.sf-36.org/>). Der Fragebogen umfasst 36 Items, die acht Dimensionen abdecken. Mit den ersten vier Dimensionen (körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen und allgemeine Gesundheitswahrnehmung) lässt sich der Bereich "körperliche Gesundheit" erfassen. Die anderen vier Dimensionen (Vitalität (Schwung/Müdigkeit), soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden) beziehen sich auf den Bereich "psychische Gesundheit"^{16,17}.

Die Dimension "psychisches Wohlbefinden" umfasst die folgenden fünf Items:

- 1) Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen sehr nervös?
 - 2) Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?
 - 3) Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ruhig und gelassen?
 - 4) Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen entmutigt und traurig?
 - 5) Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen glücklich?
- immer / meistens / manchmal / selten / nie.

^b Bericht "Enquête Suisse sur la Santé: les indices", Chapitre III : Etat de santé, Bundesamt für Statistik, Abteilung Gesundheit, Dez. 2008, S. 33-34.

Tabelle 4-8 Verteilung des Indexes für psychische Belastung bei den MSM und in der männlichen Allgemeinbevölkerung

	Heterosexuelle		MSM^a		Total %
DET-PSY	%	95%-VI	%	95%-VI	
Klinisch bedeutsame psychische Störungen	3.0	[2.6-3.5]	6.5	[3.5-10.8]	3.2
Aus klinischer Sicht wahrscheinliche psychische Störungen	9.5	[8.8-10.3]	12.9	[8.6-18.4]	9.7
Gute psychische Gesundheit und geringfügige psychische Belastung	87.4	[86.6-88.2]	80.6	[74.4-85.8]	87.2
Total	6399 100.0%		201 100.0%		6600 100.0%

^a MSM: Männer, die mindestens einmal im Leben Geschlechtsverkehr mit einem Mann hatten

Quelle: SGB 2007

Gemäss dem Index für psychische Belastung ist die überwiegende Mehrheit der untersuchten Befragten (über 80%) unabhängig von ihrer sexuellen Neigung bei guter psychischer Gesundheit. Beim Chi2-Test von Pearson ergibt sich jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Untergruppen ($p=0.005$). In der MSM-Gruppe der Schweizerischen Gesundheitsbefragung ist eine weniger gute psychische Gesundheit festzustellen als bei den Heterosexuellen, hauptsächlich in Bezug auf die klinisch bedeutsamen psychischen Störungen.

4.11 SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Das Nachlassen des Präventivverhaltens, das in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre eingesetzt hat, setzt sich unter den MSM in der Schweiz fort. Die meisten MSM schützen sich jedoch weiterhin wirksam gegen HIV. Der Rückgang des Präventivverhaltens geht mit der starken Zunahme von neuen HIV-Diagnosen einher, die seit 2003 in der Schweiz in diesem Bevölkerungssegment zu beobachten war¹⁸.
- Eine der Komponenten der sexuellen Aktivität, die Zahl der Sexualpartner, ist zwischen 2004 und 2007 stabil geblieben, nachdem sie seit Ende der 1990er-Jahre deutlich zugenommen hatte. Allerdings lässt sich feststellen, dass der Anteil der Befragten, die Analverkehr haben – vor allem im Rahmen von Gelegenheitskontakten – weiter zunimmt und einen Wert erreicht, der nahe bei jenem liegt, der bisher in festen Beziehungen beobachtet wurde (80% oder mehr).
- In festen Beziehungen ist der Gebrauch von Präservativen seit der Jahrtausendwende rückläufig. Allerdings waren Präservative in diesem Umfeld nie sehr verbreitet, da innerhalb der Paarbeziehung andere Möglichkeiten zur Prävention der HIV-Infektion genutzt wurden (HIV-Test zu Beginn der Beziehung, gegenseitige Abmachungen usw.). Ein hoher Prozentsatz der Paare (gegen 40%) ist sich jedoch über den Serostatus des einen und/oder anderen Partners nicht im Klaren, obwohl der HIV-Test von MSM allgemein häufig in Anspruch genommen wird. Etwa jedes sechste Paar verwendet keine Präservative, obwohl aufgrund der Umstände das Risiko einer HIV-Übertragung besteht. Da sich dieser Anteil im Verlauf der letzten Jahre kaum verändert hat, stellt die Prävention innerhalb von festen Beziehungen weiterhin eine grosse Herausforderung dar.
- Auf der Ebene des Präventivverhaltens nimmt der nicht systematische Gebrauch von Präservativen mit Gelegenheitspartnern ebenfalls weiter zu. Zwischen den jungen Befragten (unter 30 Jahren) und den älteren lassen sich keine oder praktisch keine Unterschiede feststellen. In Bezug auf die jungen Menschen ist diese Situation beunruhigend und lässt mittelfristig keine Verbesserung des

Präventivverhaltens der MSM erwarten. Zudem lässt dies darauf schliessen, dass die Primärprävention bei jungen MSM möglicherweise Lücken aufweist.

- Bei den Analysen zur Risikoexposition treten unter den Risikofaktoren – erstmals in der Geschichte der Erhebung – Variablen der sozialen Schichtung auf. MSM mit ausländischer Nationalität und MSM ohne nachobligatorische Bildung setzen sich eher einem Übertragungsrisiko aus. Ein schützender Faktor scheint hingegen die Zugehörigkeit zu einer Homosexuellenorganisation zu sein; diese Organisationen sind für die Vermittlung der Präventionsbotschaften unverzichtbar.
- Der Gebrauch von Präservativen bei gelegentlichen Sexualkontakten wird mehr oder weniger stark davon beeinflusst, was die Befragten von ihrem Partner wissen (oder zu wissen glauben). So ist das Risiko von ungeschütztem Geschlechtsverkehr höher, wenn man seinen Partner gut kennt oder in ihn verliebt ist, während bei unbekanntem Serostatus des Partners eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, dass ein Präservativ benutzt wird. Allgemein scheint das in den Partner gesetzte Vertrauen eine zentrale Determinante für den Umgang mit den Risiken im Kontakt mit Gelegenheitspartnern zu sein. Aus Sicht der Prävention stellt dieses Vertrauen eindeutig einen Risikofaktor dar, da die Partner in einer gelegentlichen Sexualbeziehung zwangsläufig über unvollständige Informationen verfügen. Es ist festzustellen, dass die HIV-Positivität stark mit dem Verzicht auf Präservative korreliert, sowohl im Rahmen von Gelegenheitskontakten als auch im Verkehr mit Partnern mit unterschiedlichem oder unbekanntem Serostatus. An sich ist diese Feststellung nichts Neues¹. Allerdings ist zu betonen, dass die Mehrheit der HIV-positiven MSM mit ihren Sexualpartnern Präservative verwendet.
- Die meisten MSM, die ungeschützten Analverkehr mit Gelegenheitspartnern hatten, nutzten sogenannte "risikomindernde" Alternativstrategien (Dipping, Serosorting, strategische Positionswahl), deren Wirksamkeit weiterhin ungewiss oder gar unbekannt ist. Am verbreitetsten ist das Dipping, gefolgt vom Serosorting und der strategischen Positionswahl. Die grosse Mehrheit der MSM (über zwei Drittel) hat beim ungeschützten Verkehr mit Gelegenheitspartnern die eine oder andere Strategie angewandt. Allerdings ist nicht bekannt, wie systematisch in derartigen Situationen auf diese Strategien zurückgegriffen wird und welche Vorstellungen bei den MSM bezüglich der Wirksamkeit bestehen.
- Die Erklärung der EKAF zur Möglichkeit für HIV-Positive, unter antiretroviraler Therapie ungeschützte Sexualkontakte ohne Virusübertragung zu haben, enthält strikte und sehr genau definierte Kriterien. Von dieser Erklärung dürften zwischen 1 und 19% der HIV-Positiven von Gaysurvey 2007 betroffen oder potenziell betroffen sein.

5 DROGENINJIZIERENDE PERSONEN (IDU)

Im Zeitraum 2004-2008 erfolgten das Verhaltensmonitoring und die Erhebung weiterer relevanter Daten für diese Gruppe mit den folgenden Elementen:

- Das Monitoring des Angebots im Bereich Schadensminderung (Einrichtungen und abgegebenes Material) wurde weitergeführt:
 - laufendes Monitoring der Spritzenabgabe in den niederschweligen Einrichtungen (NSE), die auf die Schadensminderung im Bereich des intravenösen Konsums spezialisiert sind, sowie Schätzung der Zahl der Spritzen, die über das Programm zur heroingestützten Behandlung (HeGeBe) abgegeben werden;
 - Wiederholung einer nationalen Erhebung in den Apotheken im Jahr 2005; diese Erhebung wurde bereits 1995 und 1997 durchgeführt.
- 2006 wurde die Erhebung zu den Verhaltensweisen der Klientel der niederschweligen Einrichtungen wiederholt, die hauptsächlich in der Schadensminderung im Bereich HIV- und Hepatitis-Übertragung tätig sind, indem sie steriles Injektions-/Inhalationsmaterial oder Konsumräume bereitstellen. Diese Erhebung war bereits 1993, 1994, 1996 und 2000 durchgeführt worden.
- Im Vorfeld der Erhebung von 2006 wurden die bereits vorhandenen Daten analysiert und Fokusgruppen mit Fachleuten gebildet, die in direktem Kontakt zu den Drogenabhängigen stehen: niederschwellige Einrichtungen, Ärztinnen und Ärzte, die in spezialisierten Therapiezentren für Drogenkonsumierende tätig sind, Fachpersonen, die sich für die Schadensminderung in der Partyszene einsetzen. Dabei ging es darum, die Situation der Drogenkonsumierenden in Bezug auf die Infektionskrankheiten sowie die aufgetretenen Probleme zu analysieren¹⁹.

5.1 ENTWICKLUNG DES INSTRUMENTARIUMS ZUR SCHADENSMINDERUNG

Das Monitoring der Spritzenabgabe durch die niederschweligen Einrichtungen läuft seit 1993. Jede NSE, zu deren Hauptaufgaben die Abgabe von sterilem Injektionsmaterial an die Drogenkonsumierenden gehört, kommt für das Monitoring in Frage. Die Zahl der Einrichtungen, die in dieses Monitoring aufgenommen wurden, hat sich im Verlauf der Zeit erheblich erhöht. Ihre Zahl stieg von 29 im Jahr 1993 auf 42 im Jahr 2008.

Diese Einrichtungen^a (oder Projekte) verteilen sich auf 14 Kantone^b, die sich zumeist in der Deutschschweiz befinden. Keine liegt in der italienischen Schweiz. Insgesamt sind 31 NSE zu verzeichnen, von denen 13 über einen Injektionsraum verfügen^c (Stand am 1.5.09).

Auch über die Apotheken werden Spritzen abgegeben. Bei der Erhebung, die 2005 in allen Apotheken der Schweiz durchgeführt wurde, hat sich gezeigt, dass diese weiterhin ein wichtiges Element des Instrumentariums darstellen: Obwohl der Spritzenverkauf zwischen 1996 und 2005 um rund 30% zurückging, haben die Apotheken monatlich noch rund 84'000 Spritzen verkauft.

In Abbildung 5-1 ist die Entwicklung der geschätzten Gesamtzahl der Spritzen dargestellt, die monatlich an die IDU in der Schweiz abgegeben werden, einschliesslich des Materials, das im

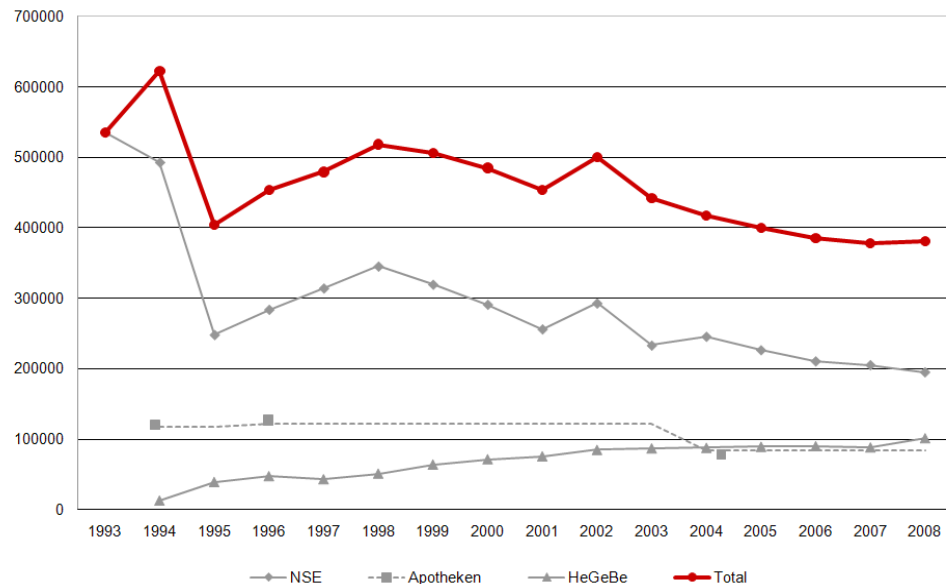
^a Im Folgenden wird in diesem Text die allgemeine Bezeichnung "Einrichtung" verwendet, um die Orte zu bezeichnen, an denen steriles Material bezogen werden kann, unabhängig davon, ob es sich um "geschlossene" Einrichtungen, Busse oder Gassenarbeiterinnen und Gassenarbeiter handelt.

^b ZH, BE, SO, BS, GE, LU, SH, SG, VD, AG, JU, GR, NE, FR.

^c Die 13 Injektionsräume verteilen sich wie folgt: ZH(4), BE(2), BS(3), SO(1), GE(1), SH(1) und LU(1).

Programm zur heroingestützten Behandlung verwendet wird: 2008 waren es knapp 400'000 Spritzen pro Monat. Im Verlauf der letzten zehn Jahre ist eine abnehmende Tendenz zu verzeichnen, die mit einem Rückgang der Zahl der drogeninjizierenden Personen einhergeht (siehe weiter unten).

Abbildung 5-1 Schätzung der Gesamtzahl der Spritzen, die zwischen 2003 und 2007 in der Schweiz monatlich an die drogeninjizierenden Personen abgegeben wurden: NSE, Apotheken^a und Programm zur heroingestützten Behandlung(HeGeBe)



a In den Apotheken wurde nur 1994, 1996 und 2004 je eine Erhebung durchgeführt (dargestellt durch ■). Für die Schätzung der Gesamtzahl der abgegebenen Spritzen wurden für die Folgejahre bis zur nächsten Erhebung jeweils die gleichen Werte beibehalten.

Schätzung zum Versorgungsgrad

Tabelle 5-1 enthält einige Schätzungen zum Versorgungsgrad. Diese Schätzungen beruhen auf verfügbaren Daten zur Zahl der drogeninjizierenden Personen oder zur Zahl der pro Woche verwendeten Spritzen, die bei den Erhebungen durch die IDU angegeben wird. Bei den Schätzungen nach der ersten Methode ist der Zähler der Monatsdurchschnitt der Gesamtzahl der Spritzen, die 2006 in der Schweiz abgegeben wurden: 385'000 Spritzen.

Die erste Methode ergibt zwei Schätzungen, die sich auf die Zahl der Spritzen beziehen, die den drogeninjizierenden Personen zur Verfügung stehen: zwischen 26 und 44 Spritzen pro Monat. Die zweite bezieht sich auf den tatsächlichen Bedarf der Drogenkonsumierenden, der zwischen 28 und 56 Spritzen pro Monat liegen dürfte. Diese beiden Schätzungen decken sich weitgehend, und der geschätzte Versorgungsgrad liegt zwischen 47% (26,4/56) und 158% (44/28) des Bedarfs (Extremwerte).

Tabelle 5-1 Schätzungen zum Versorgungsgrad: Anzahl verfügbare Spritzen und Spritzenbedarf der IDU

Methode 1: verfügbare Spritzen		Anzahl verfügbare Spritzen pro IDU und Monat
Zähler: Monatsdurchschnitt der abgegebenen Spritzen (im Jahr 2006)	38'5000	
Nenner: geschätzte Zahl der drogeninjizierenden Personen in der Schweiz		
1a) Schätzung anhand der Differenz zwischen:		
- der Zahl der Heroinkonsumierenden: Median der Schätzung der Zahl der Heroinkonsumierenden, die das BAG 2002 vorgenommen hat: N=26'000 - Zahl der Personen in Methadonbehandlung, bei denen davon ausgegangen wird, dass sie nicht mehr intravenös konsumieren: N=17'191 (im Jahr 2006)	26'000-17'191=8809 drogeninjizierende Personen	385'000/8809=43.7
1b) Schätzung:		
- anhand des Anteils der derzeit intravenös konsumierenden Klientel der niederschweligen Einrichtungen (NSE-Erhebung 2006) - bezogen auf die geschätzte Zahl der Heroinkonsumierenden, die das BAG 2002 ermittelt hat: N=26'000	26'000*0.56=14'560 drogeninjizierende Personen	385'000/14'560=26.4
Methode 2: Spritzenbedarf		Anzahl Injektionen pro Monat
2a) Median der Zahl der Injektionen pro Woche bei den Personen, die derzeit intravenös konsumieren, NSE-Erhebung 2006	7	7 × 4=28
2b) Durchschnittliche Zahl der Injektionen pro Woche bei den Personen, die derzeit intravenös konsumieren, NSE-Erhebung 2006	14	14 × 4=56

5.2 ERHEBUNG ZU DEN IDU, DIE NIEDERSCHWELIGE EINRICHTUNGEN (NSE) AUFSUCHEN^a

Die Erhebung wurde 2006 in den 22 bestehenden NSE durchgeführt, die sich auf zehn Kantone verteilen. Etwa die Hälfte der beteiligten NSE war 2006 mit Injektions- und Inhalationsräumen ausgestattet. Die hier aufgeführten Analysen beziehen sich nur auf jene Klientinnen und Klienten dieser Einrichtungen, die im Verlauf ihres Lebens bereits intravenös Drogen konsumiert haben. Diese Auswahl entspricht rund 90% der Befragten der Erhebungen, die von 1993 bis 2000 durchgeführt wurden, und 75% der Stichprobe von 2006: 993 Personen im Jahr 1993, 677 im Jahr 1994, 855 im Jahr 1996, 832 im Jahr 2000 und 817 im Jahr 2006.

Soziodemografische Merkmale

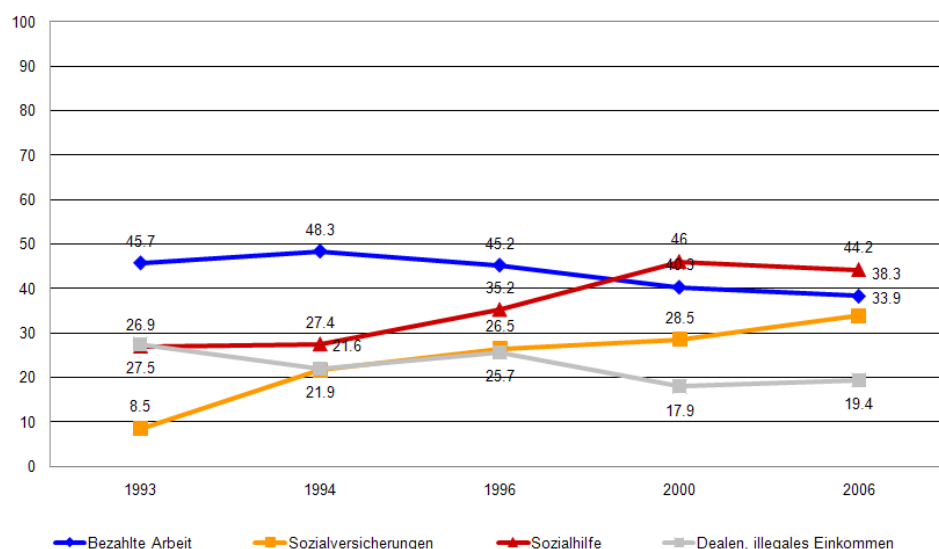
Fast drei Viertel der Befragten sind Männer. Dieser Anteil blieb von einer Erhebung zur nächsten bemerkenswert stabil. Hingegen ist eine regelmässige und signifikante Erhöhung des Alters der Befragten festzustellen. 2006 lag der Median bei 36 Jahren, gegenüber 26 Jahren im Jahr 1993. Während 1993 die Befragten im Alter ab 35 Jahren 11% der Stichprobe entsprachen, lag ihr Anteil 2006 bei fast 59%. Diese Entwicklung lässt sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen beobachten.

^a Die Methodik ist in zwei Publikationen beschrieben^{20,21}.

Der Anteil der Befragten, die ihr Einkommen mit (irgendeiner) Erwerbstätigkeit erzielen, ist deutlich zurückgegangen, während ein zunehmender Anteil von der Sozialhilfe und/oder einer Sozialversicherung (Arbeitslosen-, Invalidenversicherung) abhängig ist (Abbildung 5-2).

Der Prozentsatz der Befragten, die im vorangegangenen Monat keinen festen Wohnsitz hatten, hat zwischen dem Jahr 2000 (11%) und 2006 (6%) ebenfalls abgenommen.

Abbildung 5-2 Einkommensquellen der IDU (% der IDU, die diese Einkommensquelle in den vorangegangenen zwölf Monaten angeben*), 1993-2006



* Mehrere Antworten möglich

Drogenkonsum

Fast alle befragten IDU haben im Verlauf ihres Lebens Heroin konsumiert (Tabelle 5-2). Allerdings ist seit 1994 ein erheblicher Rückgang des Anteils der Befragten festzustellen, die angeben, im Verlauf des vorangegangenen Monats regelmässig (mehrmals wöchentlich) Heroin konsumiert zu haben (1994: 61%; 2006: 43%). Parallel dazu verzeichnet der Kokainkonsum eine starke Zunahme (trotz eines im Jahr 2000 beobachteten Einbruchs). 2006 hatten fast zwei Drittel der Befragten regelmässig Kokain konsumiert, während es 1993 nur ein Viertel war.

Ein zunehmender Anteil der IDU, die die NSE aufsuchen, unterziehen sich zudem einer Therapie, meist einer methadongestützten Substitutionsbehandlung: 2006 befanden sich 60% der Personen in Behandlung.

Tabelle 5-2 Konsum von Heroin und/oder Kokain im Verlauf des Lebens / im vorangegangenen Monat (%), 1993-2006

	1993 ohne ZH	1994 ohne ZH	1996	2000	2006	nptrend; p=
Stichprobengrösse	993	677	855	832	817	
Harte Drogen im Verlauf des Lebens						
Heroin	99.1	99.7	99.4	98.9	98.0	0.002
Kokain	84.4	92.8	93.5	88.4	95.5	0.000
Cocktail (Heroin und Kokain zusammen)	71.9	84.9	89.9	80.0	83.8	0.007

	1993 ohne ZH	1994 ohne ZH	1996	2000	2006	nptrend; p=
Regelmässiger Konsum im vorangegangenen Monat						
Heroin	60.5	68.4	66.3	53.1	43.1	0.000
Kokain	23.7	30.6	32.8	23.6	63.5	0.000
Cocktail (Heroin und Kokain zusammen)	17.5	29.4	40.1	21.9	21.9	0.029
Laufende Behandlung						
Methadon*	37.2	47.0	46.5	58.7	59.1	0.000
Heroin auf ärztliche Verordnung*			11.2	4.3	5.1	0.000

* Unter den Drogenkonsumierenden, die im Verlauf ihres Lebens bereits Heroin konsumiert haben

Anmerkungen: Kursiv: keine Angaben für Zürich

Die statistische Signifikanz der Trends wurde nach Ausschluss der fehlenden Daten berechnet.

Intravenöser Konsum und damit verbundene Risiken

Mehrere Indikatoren weisen darauf hin, dass der intravenöse Konsum rückläufig ist (Tabelle 5-3).

1. Zum einen ist der Anteil der Personen, die erst seit Kurzem intravenös konsumieren (d. h. diese Konsumform in den zwei Jahren vor der Umfrage angenommen haben), regelmässig zurückgegangen (von 19% im Jahr 1993 auf 3% im Jahr 2006).
2. Zum anderen ist bei den Konsumierenden, die bereits intravenös konsumiert haben, seit dem Jahr 2000 eine deutliche Abnahme des Prozentsatzes der Befragten festzustellen, die kürzlich (in den vorangegangenen sechs Monaten) in dieser Form Drogen konsumiert haben.
3. Schliesslich ist auch die Zahl der Injektionen pro Woche (bei jenen, die intravenös konsumieren) zurückgegangen.

Die grosse Mehrheit der Befragten gibt an, am häufigsten zu Hause oder in einem Injektionsraum intravenös zu konsumieren. Der Anteil der Befragten, die erwähnen, Injektionen hauptsächlich im Freien vorzunehmen (1993: 18%; 2006: 3%), hat markant abgenommen.

Der Prozentsatz der Befragten, die angeben, schon einmal eine Spritze (oder Nadel) benutzt zu haben, die zuvor von einer anderen Person verwendet wurde (Risikoexposition), blieb im Verlauf der Zeit relativ stabil (rund 40%). Nach einem starken Rückgang zu Beginn der 1990er-Jahre hat sich der Anteil der Befragten, die diese Praxis in den vorangegangenen sechs Monaten angeben, bei rund 10% stabilisiert. Werden nur die vorangegangenen 30 Tage berücksichtigt, belief sich der entsprechende Anteil im Jahr 2006 auf 4,9%. Ein ebenfalls stabiler Anteil der Befragten (zwischen 8 und 9%) erklärt, die eigene Spritze in den vorangegangenen sechs Monaten an eine andere Person weitergegeben zu haben. Von den Befragten, die in den vorangegangenen sechs Monaten intravenös konsumiert hatten, benutzten 2006 im Verhältnis weniger HIV-negative Personen (n=37; 7,5%) eine gebrauchte Spritze als HIV-positive Personen (n=10; 13,5%) oder Personen mit unbekanntem Serostatus (n=7; 18%).

Die gemeinsame Benutzung von Material zur Vorbereitung der Injektion (Löffel, Filter, Watte, Wasser) ist stark zurückgegangen. Trotzdem ist diese Praxis weiterhin häufig (vor allem gemeinsamer Gebrauch des Löffels).

Überwacht werden auch der intravenöse Konsum und die Benutzung von einer oder mehreren gebrauchten Spritzen **im Freiheitsentzug**. In diesem Zusammenhang ist im Verlauf der Erhebungen ein Rückgang der kürzlichen Aufenthalte in Haftanstalten festzustellen. 1996 waren 36% der Befragten in den vorangegangenen zwei Jahren inhaftiert gewesen, gegenüber 27% im Jahr 2000 und 21% im Jahr 2006 ($p < 0,001$). Rund ein Viertel der Befragten hat im Freiheitsentzug intravenös Drogen konsumiert (1996: 27%; 2000: 31%; 2006: 23%; $p = 0,275$), und eine nicht zu vernachlässigende Minderheit dieser Personen verwendete dabei eine Spritze, die bereits von einer anderen Person

gebraucht worden war (1996: 20%; 2000: 31%; 2006: 11%; $p=0,352$). Aufgrund der sehr kleinen Bestandeszahlen ergeben sich starke Schwankungen, die schwierig zu interpretieren sind^a.

Tabelle 5-3 Intravenöser Konsum, Exposition gegenüber dem Risiko einer HIV- und HCV-Übertragung (%), NSE, 1993-2006

	1993 ohne ZH	1994 ohne ZH	1996	2000	2006	nptrend; p=
Stichprobengrösse	993	677	855	832	817	
Intravenöser Konsum						
Injektion in den vorangegangenen sechs Monaten	95.1	95.1	95.0	86.8	^a 74.2	0.000
Personen, die erst seit Kurzem intravenös konsumieren*	18.7	16.4	7.4	3.2	3.3	0.000
Anzahl Injektionen in der vorangegangenen Woche (Basis: Personen mit intravenösem Konsum in den vorangegangenen sechs Monaten)						
Mittelwert	-	-	17.7	13.7	13.8	
Median	-	-	14	7	7	0.000
Häufigster Konsumort						0.000
Zu Hause	-	47.4	58.4	60.7	56.4	
Öffentlicher Raum (im Freien)	-	18.2	5.5	6.0	3.1	
Öffentlich zugängliches Gebäude	-	2.6	3.0	3.4	2.0	
Injektionsraum	-	29.8	28.6	24.4	32.8	
Antwortausfall	-	2.0	4.6	5.5	5.6	
Risikoexposition						
Verwendung einer oder mehrerer gebrauchter Spritzen in den vorangegangenen sechs Monaten**	16.5	8.9	10.7	11.5	8.9	0.000
Gemeinsamer Gebrauch von Material zur Vorbereitung der Injektion**						
Löffel	-	-	67.1	49.9	31.9	0.000
Filter	-	-	42.5	36.2	21.1	0.000
Watte	-	-	3.1	6.1	2.0	0.115
Wasser	-	-	-	24.6	15.8	0.000

^a Dieser Anteil liegt bei 56%, wenn alle Personen berücksichtigt werden, die die NSE aufsuchen, und somit auch die Personen, die nie intravenös Drogen konsumiert haben.

* Intravenöser Konsum seit weniger als zwei Jahren

** Unter jenen mit intravenösem Konsum in den vorangegangenen sechs Monaten

Anmerkung: Kursiv: keine Angaben für Zürich

Sexuelle Risiken und Schutzverhalten

Im Zusammenhang mit der Risikoexposition bei Sexualkontakten lassen sich in der letzten Zeit kaum Veränderungen feststellen. Rund ein Viertel der Befragten verwendet im Rahmen von festen Beziehungen systematisch ein Präservativ; diesbezüglich ist festzuhalten, dass 34% der IDU einen festen Partner haben, der ebenfalls intravenös Drogen konsumiert.

^a Aus Kostengründen und aus technischen Gründen (Schwierigkeit, in Hafteinrichtungen wiederholt Umfragen durchzuführen) werden die Risiken im Freiheitsentzug indirekt beurteilt. Dazu wurden im Rahmen des Verhaltensmonitorings Fragen zur Risikoexposition im Freiheitsentzug in die Erhebungen bei den IDU aufgenommen.

Über zwei Drittel der IDU verwenden mit ihren Gelegenheitspartnern systematisch ein Präservativ; dieses Schutzniveau ist fast gleich hoch oder gar höher als jenes, das in der Allgemeinbevölkerung festgestellt wurde.

Am besten schützen sich die Frauen im Rahmen der Sexarbeit gegenüber Freiern, wobei in den letzten Jahren ein Rückgang des Präservativgebrauchs zu verzeichnen ist. Bei den männlichen IDU ist der Anteil der Sexarbeiter tiefer, und der Schutz ist in dieser Situation deutlich weniger gut (Tabelle 5-4).

Tabelle 5-4 Sexualpartner und Präservativgebrauch (%), NSE, 1993-2006

	1993 ohne ZH	1994 ohne ZH	1996	2000 ohne ZH	2006	nptrend; p=
Stichprobengrösse	993	677	855	716	817	
Geschlechtsverkehr mit einem festen Partner (vorangegangene sechs Monate)	56.9	54.4	50.8	54.5	51.9	0.127
immer mit Präservativ	25.5	25.5	26.7	28.0	28.5	0.211
Geschlechtsverkehr mit Gelegenheitspartnern	31.8	28.4	30.9	31.4	27.3	0.122
immer mit Präservativ	59.5	70.8	64.4	71.1	71.8	0.008
Präservativgebrauch beim letzten Sexualkontakt (%)	-	44.6	47.5	45.4	48.2	0.716
Prostitution in den vorangegangenen sechs Monaten (nur % der Frauen)	-	16.4	23.7	18.9	19.8	0.980
immer mit Präservativ mit den Freiern	-	90.0	94.7	74.4	81.4	0.030
Prostitution in den vorangegangenen sechs Monaten (nur % der Männer)	-	1.8	2.1	3.8	2.6	0.343
immer mit Präservativ mit den Freiern	-	66.7	46.2	26.1	46.7	0.565

HIV-Test und Hepatitiden, Überdosen und Abszesse

Fast alle Klientinnen und Klienten der NSE haben sich schon einmal einem HIV-Test unterzogen. Die selbst berichtete HIV-Prävalenz liegt weiterhin stabil bei rund 10% (Tabelle 5-5).

In Bezug auf Hepatitis C ist zwischen 2000 und 2006 eine Erhöhung des Abdeckungsgrads bezüglich des Tests und ein leichter Rückgang der Prävalenz festzustellen. Mit 56% der getesteten Befragten bleibt die Hepatitis-C-Prävalenz jedoch sehr hoch. Zudem ist die selbst berichtete Prävalenz – vor allem für Hepatitis C – wahrscheinlich tiefer als der tatsächliche Wert. Eine in Frankreich durchgeführte Untersuchung zur Seroprävalenz hat gezeigt, dass die biologischen Daten erheblich von den selbst angegebenen Daten abweichen. In dieser Studie gab fast ein Viertel der Drogenkonsumierenden in Bezug auf HCV fälschlicherweise an, seronegativ zu sein. Im Vergleich dazu stimmten die für HIV angegebenen Daten deutlich besser mit den biologischen Daten überein²².

In der Gesamtbevölkerung ist die Zahl der akuten Hepatitis-C-Fälle in den letzten Jahren regelmässig zurückgegangen (2003: 94; 2008: 40). Bei den IDU zeigte sich bezüglich der Hepatitiden bis 2006 die gleiche Entwicklung wie in der Allgemeinbevölkerung (je nach Jahr zwischen 50 und 75% der akuten Fälle)²³.

Die Hälfte der IDU hat sich im Verlauf des Lebens mindestens eine Überdosis injiziert, und bei rund einem Viertel trat in den vorangegangenen sechs Monaten ein Spritzenabszess auf.

Tabelle 5-5 HIV, Hepatitis C, Überdosen und Abszesse, Prävalenz in %, NSE, 1993-2008

	1993 ohne ZH	1994 ohne ZH	1996	2000	2006	nptrend; p=
Stichprobengrösse	993	677	855	832	817	
HIV-Test im Verlauf des Lebens	90.2	92.5	93.7	96.2	95.8	0.000
Serostatus beim letzten HIV-Test						0.560
HIV-positiv	10.8	8.8	11.4	11.4	10.9	
HIV-negativ	87.2	89.3	86.5	86.5	87.0	
Antwortausfall/WN	2.0	1.9	2.2	2.1	2.2	
Hepatitis-C-Test im Verlauf des Lebens	-	-	-	79.8	88.4	*0.000
Serostatus beim letzten Hepatitis-C-Test						0.064
seropositiv	-	-	-	61.5	56.4	
seronegativ	-	-	-	34.3	40.4	
Antwortausfall/WN	-	-	-	4.2	3.2	
Eine/mehrere Überdosen im Verlauf des Lebens			52.3	48.2	54.7	0.240
Spritzenabszess in den vorangegangenen sechs Monaten					23.4	

Kursiv: keine Angaben für Zürich

Zugang zur Therapie

Gemäss den Fachleuten, die 2005 im Rahmen der Fokusgruppen befragt wurden, unterziehen sich die HIV-positiven Personen, die in den ambulanten Zentren betreut werden, in der Regel einer HIV/Aids-Therapie. Allerdings bestehen erhebliche Unterschiede, die vor allem mit der Zugangsschwelle (für die Substitution) zusammenhängen können, die von den Zentren vorgegeben wird. Je höher diese Schwelle ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass sich die grosse Mehrheit der – besser stabilisierten – HIV-positiven Patientinnen und Patienten in einer Behandlung befindet. Auch die Tatsache, dass die HIV/Aids-Therapien einfacher wurden und mit weniger Nebenwirkungen verbunden sind, hat dazu beigetragen, die Therapietreue der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Schliesslich ist die Zusammenarbeit zwischen den ambulanten Therapiezentren und den infektiologischen Teams der Spitalzentren im Bereich der HIV/Aids-Therapie meist sehr gut.

In Bezug auf HCV sieht die Situation etwas anders aus. Gemäss den Fachleuten befindet sich eine unzureichende Zahl von infizierten IDU in einer HCV-Behandlung. Bevor mit einer derartigen Behandlung begonnen wird, muss der Konsum von illegalen Drogen und Alkohol stabilisiert werden. Zudem kann die Behandlung bei gefährdeten Personen eine Depression auslösen, und ein beträchtlicher Teil der Betroffenen weigert sich schlicht, sich einer derartigen schwer zu ertragenden Behandlung zu unterziehen. Die Behandlung muss sorgfältig vorbereitet werden (Motivation). Es kann auch vorkommen, dass die Hepatologinnen und Hepatologen eine Behandlung ablehnen, da sie das Konsumverhalten der HCV-infizierten Personen als nicht ausreichend stabilisiert erachten. Dabei zeigt sich zuweilen auch, dass das Team der Suchtbehandlung – das manchmal bezüglich der Indikation der Behandlung weniger restriktiv oder optimischer ist – und das hepatologische Team die Kriterien für die Indikation unterschiedlich gewichten. Zudem scheint der Anteil der behandelten Personen zuzunehmen, wenn diese beiden Seiten wie in Bezug auf HIV/Aids gut kommunizieren und zusammenarbeiten.

5.3 SCHLUSSFOLGERUNGEN

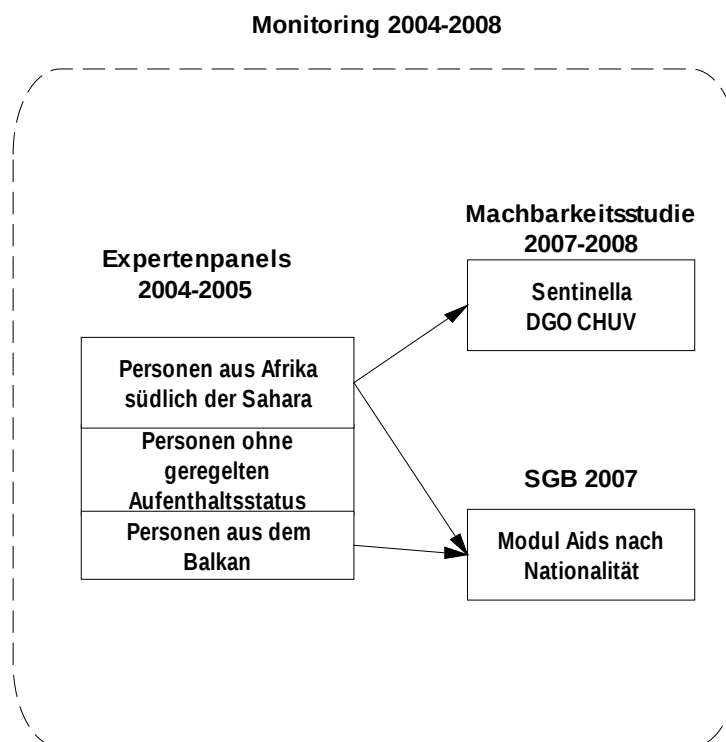
- Bei der Bereitstellung von Injektionsmaterial ist tendenziell eine Abnahme zu verzeichnen, die wahrscheinlich eher auf einen Rückgang der Zahl der IDU als auf eine weniger gute Zugänglichkeit der Spritzen zurückzuführen ist. Der auf Schätzungen beruhende Versorgungsgrad kann somit als befriedigend erachtet werden.
- Tendenziell ist festzustellen, dass die Zahl der drogeninjizierenden Personen und der Personen, die erst seit Kurzem intravenös konsumieren, kontinuierlich zurückgeht.
- Der gemeinsame Spritzengebrauch ist auf tiefem Niveau stabil, und die gemeinsame Benutzung von Material zur Vorbereitung der Injektion ist rückläufig.
- Die indirekt beschafften Daten zur Risikoexposition in Haftanstalten zeigen, dass rund ein Viertel der inhaftierten Personen im Freiheitsentzug intravenös Drogen konsumiert hat und dass der gemeinsame Gebrauch von Material dort verbreiteter zu sein scheint als ausserhalb von Hafteinrichtungen.
- Die gemeldete HIV-Prävalenz liegt stabil bei rund 10%, und die Fachpersonen beurteilen den Zugang zu antiretroviralen Medikamenten als befriedigend.
- Sehr hoch ist hingegen die selbst berichtete HCV-Prävalenz, und der Zugang zur Behandlung ist noch unzureichend. Aufgrund dieser problematischen Situation ist in den kommenden Jahren in dieser Bevölkerungsgruppe eine sehr hohe Krankheitslast zu erwarten.
- Die meisten Klientinnen und Klienten von niederschwelligen Einrichtungen in der Schweiz befinden sich gegenwärtig in einer Substitutionsbehandlung, die jedoch bei diesen Personen offensichtlich nicht befriedigend ist, da der Konsum, auch auf intravenösem Weg, weitergeführt wird. Dies erfordert ein Überdenken der Funktion der NSE, die eine gewisse Betreuung für die Drogenkonsumierenden vorsehen sollten (Erfassung der Personen, die behandelt werden, Anbieten einer formelleren Betreuung, Kontakt mit Therapieeinrichtungen in Form einer partnerschaftlichen Begleitung). Dies setzt voraus, dass einige "klassische" Aspekte der niederschwelligen Einrichtungen wie die Anonymität oder der Verzicht auf eine individuelle Betreuung aufgegeben werden.

6 MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN

Im Betrachtungszeitraum, der durch diesen Bericht abgedeckt wird, wurden die folgenden drei Studien durchgeführt, die sich auf das Verhaltensmonitoring bei bestimmten Migrantengruppen bezogen:

- **Expertenpanels:** Diese Studie, die in den Jahren 2004 und 2005 in der Genferseeregion^a realisiert wurde, bezog sich auf Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara, auf Personen mit Migrationshintergrund ohne geregelten Aufenthaltsstatus und auf Migrantinnen und Migranten aus dem Balkan.
- **Pilot-"Sentinella"-Erhebung im DGO:** Bei dieser Erhebung ging es in erster Linie darum, die Machbarkeit eines "Sentinella"-Systems im Rahmen eines Universitätsspitals abzuklären. Sie wurde im Zeitraum 2007-2008 im Departement für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGO) des Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) in Lausanne realisiert. Diese Studie bezog sich auf Migrantinnen und Migranten generell und insbesondere auf Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara.
- **Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB):** Dabei handelt es sich um eine periodisch durchgeführte Querschnitterhebung, die 2007 erstmals Fragen im Zusammenhang mit der Sexualität umfasste. Auf der Grundlage dieser Daten konnte eine Analyse nach Nationalität vorgenommen werden.

Abbildung 6-1 Instrumentarium für das Monitoring in einzelnen Migrantengruppen



Dispositif_Migrants_D(v090706).cht 09/06/10 - 14:54

^a In dieser Region hält sich der grösste Teil der in der Schweiz lebenden Subsahara-Migrantinnen und -Migranten auf.

6.1 EXPERTENPANELS

Die Methode des Expertenpanels wurde als Instrument gewählt, um das Verhaltensmonitoring bei schwierig zu erreichenden Migrantengruppen durchzuführen. Es war geplant, dass diese Panels während des Betrachtungszeitraums zwei Mal zusammentreffen, um die Entwicklung der Situation beobachten zu können. Die erste Serie von Besprechungen mit den Expertinnen und Experten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich fand Ende 2004 und Anfang 2005 statt²⁴. Im Rahmen dieser Zusammenkünfte sollten die folgenden Fragen beantwortet werden:

- Reichen die verfügbaren Daten aus, um sich zur Situation bestimmter Migrantengruppen und zu deren Entwicklung äussern zu können? Zeichnen sich Probleme ab?
- Reichen die verfügbaren Daten aus, um entsprechende Massnahmen treffen zu können?
- Ist die angewandte Methode im Rahmen eines Überwachungssystems der zweiten Generation zweckmässig, oder müssen Bevölkerungserhebungen durchgeführt werden?

Die Studie bezog sich auf die folgenden drei Migrantengruppen:

1. Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara: Diese Gruppe umfasste 2004 zwischen 40'000 und 50'000 Personen^a, die aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz stammen. In der Schweiz bilden die Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara in Bezug auf HIV/Aids eine besonders gefährdete Bevölkerungsgruppe. 2008 belief sich ihr Anteil an der Gesamtzahl der nachgewiesenen Neuinfektionen im Anschluss an heterosexuelle Sexualkontakte auf 42%, wobei die Frauen besonders stark betroffen waren.
2. Migrantinnen und Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus: Diese bilden eine Bevölkerungsgruppe, die nicht durch ihre nationale Herkunft, sondern durch ihre prekäre Situation definiert ist. Die Mitglieder dieser Gruppe sind unter Umständen aufgrund ihrer mangelnden Integration und ihres eingeschränkten Zugangs zum Gesundheitssystem einem HIV/Aids-Risiko ausgesetzt. Ihre Zahl wird je nach Quelle auf 50'000 bis 300'000 Personen geschätzt²⁵⁻³⁰. Diese Bevölkerungsgruppe umfasst einen recht hohen Anteil von Migrantinnen und Migranten aus Lateinamerika.
3. Migrantinnen und Migranten aus dem Balkan: Diese bilden die grösste Gruppe von in der Schweiz lebenden Ausländerinnen und Ausländern (über 350'000 Personen mit ständigem Aufenthalt in der Schweiz und über 15'000 Asylsuchende im Jahr 2004). Ihre Verhaltensweisen und Bedürfnisse im Zusammenhang mit der Epidemie waren vor 2005 nicht evaluiert worden.

Wichtigste Feststellungen zu den untersuchten Bevölkerungsgruppen

Nach Abschluss der Sitzungen der Expertenpanels konnten ausgehend von den zusammengetragenen Informationen folgende Feststellungen aufgelistet werden:

- Aus den zusammengestellten Informationen geht hervor, dass die Situation der Migrantengruppen durch unablässige Veränderungen gekennzeichnet ist: rasche Zunahme der Zahl der Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara, sich wandelndes Profil der Asylsuchenden, Auswirkungen von politischen Entscheiden auf die Lebensbedingungen von bestimmten Migrantinnen und Migranten; Hinzukommen von Menschen weiterer Nationalitäten zu den Migrantinnen und Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus; Erreichen der sexuellen Reife von Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation, Eheschliessungen von in der Schweiz niedergelassenen Migrantinnen und Migranten mit im Ausland lebenden Landsleuten.
- Die beigezogenen Expertinnen und Experten sind gut über die Lebensbedingungen der drei Bevölkerungsgruppen, ihre Besonderheiten und ihre Gefährdung in Bezug auf HIV informiert. Allerdings sind sie nur in seltenen Fällen in der Lage, Informationen zu liefern, die aus systematisch

^a Rund 25'000 Personen mit ständigem Aufenthalt in der Schweiz; rund 16'000 Asylsuchende; einige tausend Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus.

erhobenen Daten stammen und auf einer eingehenden Untersuchung des Sexualverhaltens ihrer Patientinnen und Patienten/Klientinnen und Klienten beruhen.

- Die Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara werden als besonders gefährdete Bevölkerungsgruppe betrachtet. Trotz ihrer grossen Heterogenität (Sprache, ausländerrechtlicher Status, HIV-Prävalenz im Herkunftsland) wird diese Gruppe hinsichtlich der hohen Risiken, welche die betreffenden Migrantinnen und Migranten im Rahmen von Sexualkontakten eingehen, als homogen beschrieben. Die Beziehungen zwischen den Geschlechtern, die durch die untergeordnete Stellung der Frau gekennzeichnet sind, spielen in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle. Festgehalten wurden auch die ausgesprochen prekären Lebensbedingungen eines Teils der Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara sowie die Auswirkungen dieser Voraussetzungen auf ihre Fähigkeit, HIV-Infektionen vorzubeugen. Die am stärksten gefährdeten Untergruppen dieser Bevölkerungsgruppe sind Asylsuchende (die sich im Asylverfahren befinden oder deren Asylgesuch abgewiesen wurde), Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, unbegleitete Minderjährige und Personen, die sich prostituieren.
- Die Gruppe der Migrantinnen und Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus lässt sich in zwei Untergruppen unterteilen: eine Hauptgruppe (Migrantinnen und Migranten aus Lateinamerika), welche die Mehrheit bildet und den Expertinnen und Experten gut bekannt ist, sowie verschiedene zahlenmässig unbedeutende nationale Gruppen, die jedoch unter dem Gesichtspunkt der HIV-Prävention besorgniserregend sind, weil sie in prekären Verhältnissen leben und kaum Kontakt mit den Betreuungsstrukturen haben. Es herrscht ein breiter Konsens darüber, dass bei diesen Migrantinnen und Migranten ein Risikoverhalten besteht, das insbesondere mit den folgenden Elementen zusammenhängt: schwierige Verhältnisse unterschiedlichster Form, die für diese Bevölkerungsgruppe kennzeichnend sind, die Beziehungen zwischen den Geschlechtern, Prostitution und schliesslich bei einigen minoritären Untergruppen intravenöser Drogenkonsum.
- Die Migrantinnen und Migranten aus dem Balkan sind bislang von der HIV/Aids-Epidemie nur wenig betroffen, doch mit der sexuellen Reife der Jugendlichen der zweiten und dritten Generation könnte ihre Gefährdung zunehmen. Diese Bevölkerungsgruppe umfasst einige potenziell mehr gefährdete Untergruppen. Dies gilt insbesondere für die jüngeren Generationen, die zwischen zwei Wertesystemen aufwachsen, sowie für die albanischsprachigen Migrantinnen und Migranten, deren Werte und Gebräuche unter Umständen einem wirksamen HIV-Schutz entgegenstehen. Die Beziehungen zwischen den Geschlechtern (soziale Stellung der Frau im Vergleich zur Stellung des Mannes), das Stillschweigen in Bezug auf das Thema Sexualität (unter Paaren und in der Familie) und die Diskriminierung von HIV-positiven Personen (oder sogar der ganzen Familie solcher Personen) sind Probleme, die im Hinblick auf eine bessere Bewältigung der mit der HIV/Aids-Epidemie verbundenen Herausforderungen angegangen werden müssen.

Feststellungen zur Methode

Die Expertenpanels ermöglichten die Erhebung von qualitativen Informationen und funktionierten sehr gut als Warnsystem. Doch als Methode für das Verhaltensmonitoring bei Migrantinnen und Migranten erwiesen sie sich als unzureichend.

Die Methode des Expertenpanels erscheint als zweckmässig, um auf regionaler Ebene die Situation von Migrantengruppen ohne geregelten Aufenthaltsstatus zu evaluieren, deren Zusammensetzung von Region zu Region unterschiedlich ist, und um die Probleme (einschliesslich der erst im Entstehen begriffenen Probleme) zu erfassen, mit denen diese Migrantengruppen konfrontiert sind.

Bei den Migrantinnen und Migranten aus dem Balkan sollte es angesichts des Umfangs dieser Bevölkerungsgruppe möglich sein, ihre Verhaltensweisen im Rahmen der Studien zu überwachen, die periodisch in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt werden.

Bei den Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara ist für das Verhaltensmonitoring indessen ein anderer Ansatz erforderlich. Angesichts der Gefährdung dieser Bevölkerungsgruppe hat sich die Methode des Expertenpanels als ungenügend erwiesen. Das Ausmass der Risiken, denen diese Bevölkerungsgruppe ausgesetzt ist, liess sich mit dieser Methode nicht bestimmen. Mit Hilfe von Sentinella-Erhebungen im Rahmen von Einrichtungen, die von dieser Bevölkerungsgruppe in An-

spruch genommen werden, sollte es möglich sein, zumindest einen Teil der Lücken zu schliessen, auf die das Expertenpanel hingewiesen hat.

6.2 PILOTSTUDIE FÜR EINE SENTINELLA-ERHEBUNG ZUM VERHALTENSMONITORING BEI MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN, INSBESONDERE AUS AFRIKA SÜDLICH DER SAHARA

Im Zusammenhang mit der Weiterführung der im vorhergehenden Abschnitt erläuterten Expertenpanels wurde 2007 eine Studie lanciert, um die Machbarkeit eines Sentinella-Systems für das Verhaltensmonitoring abzuklären. Es sollte in einer Einrichtung realisiert werden, die von der Migrationsbevölkerung, insbesondere von Personen aus Afrika südlich der Sahara, häufig in Anspruch genommen wird³¹. Mit dieser Studie waren die folgenden Ziele verbunden:

- Erfassung des Sexualverhaltens im Zusammenhang mit HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) bei Frauen mit Migrationshintergrund – vor allem aus Afrika südlich der Sahara – in einer Poliklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe eines Universitätsspitals;
- Abklärung der Realisierbarkeit einer solchen Studie in einer "Sentinella"-Struktur und insbesondere Überprüfung der Angemessenheit der eingesetzten Mittel (logistische Kapazitäten, Wahl des Ortes, beteiligte Personen) sowie Durchführung des Projekts im Hinblick darauf, dass es im Rahmen des Monitorings der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids in regelmässigen Abständen erneut durchgeführt wird;
- Abklärung – auf Wunsch der Einrichtung, in der die Studie durchgeführt wird – der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Bereich der Beratung zu HIV und zu den anderen STI sowie ihrer Bereitschaft zu einer Sexualanamnese.

Die Studie wurde im Departement für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGO) des Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) in Lausanne realisiert. Diese Einrichtung wurde ausgewählt, weil das DGO von Frauen mit Migrationshintergrund aus zahlreichen Herkunftsländern aufgesucht wird, vor allem im Zusammenhang mit Fragen, die ihre Sexualität betreffen (Schwangerschaft, STI usw.).

Die Informationen wurden mit Hilfe eines anonymen, selbst auszufüllenden Fragebogens erhoben, der die gleichen Indikatoren zum Sexualverhalten enthielt wie die anderen Monitoringstudien. Der Fragebogen wurde in die Sprachen der wichtigsten ausländischen Gemeinschaften übersetzt, die Leistungen des DGO in Anspruch nehmen. Er wurde am Empfang, im Sekretariat und vom Pflegepersonal an alle Patientinnen abgegeben, die das Departement aufsuchten, und anschliessend direkt an das Forschungsteam zurückgesandt.

Die Rücklaufquote betrug 60,8%.

Über die Hälfte der befragten Patientinnen (51%) stammten aus dem Ausland. Der Anteil der Frauen aus afrikanischen Staaten südlich der Sahara an der Gesamtzahl der Befragten betrug 8%.

Die befragten Migrantinnen waren im Allgemeinen jünger als die an der Erhebung beteiligten Schweizerinnen. Drei Viertel der Teilnehmerinnen lebten mit einem Partner (Ehemann oder Freund) zusammen (Tabelle 6-1).

Tabelle 6-1 Pilot-Sentinella-Erhebung im DGO: soziodemografische Merkmale der Patientinnen (n=685)

Herkunftsregion	n	%	Durchschnittsalter	% lebt mit Partner	% keine nachobligatorische Ausbildung
Schweiz	336	48.6	35.6	72.6	7.5
EU (ohne osteuropäische Länder)	150	21.6	32.7	80.0	24.7
Osteuropäische Länder	37	5.9	31.4	81.5	51.3
Asien	13	1.9	28.1	76.9	16.6
Nordafrika und Naher Osten	43	6.5	31.3	79.5	36.3
Afrika südlich der Sahara	56	8.2	32.0	71.7	40.4
Lateinamerika	43	6.3	30.8	75.0	38.7
Andere	7	1.0	33.5	100	0.0

14,3% der Patientinnen hatten in den zwölf Monaten vor der Umfrage zwei oder mehr Partner. Bei den Frauen aus Afrika südlich der Sahara lag dieser Anteil etwas höher (16,7%), wobei in Bezug auf das Herkunftsland keine statistisch signifikanten Unterschiede festzustellen waren. 92,4% der Patientinnen lebten im Jahr vor der Umfrage in einer festen Partnerschaft. Von diesen Frauen hatten 53,3% beim Geschlechtsverkehr mit ihrem festen Partner nie ein Präservativ benutzt. Obwohl sie aus einer Region mit einer hohen HIV/Aids-Prävalenz stammen, gab die Hälfte der Patientinnen aus Afrika südlich der Sahara (49,9%) an, sich beim Geschlechtsverkehr mit ihrem festen Sexualpartner nie geschützt zu haben.

In den zwölf Monaten vor der Studie hatten 10,4% der Patientinnen einen oder mehrere Gelegenheitspartner. Es wurden zwar keine statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt, doch tendenziell hatten im betreffenden Zeitraum mehr Frauen aus Afrika südlich der Sahara und aus Lateinamerika mindestens einen Gelegenheitspartner (17,6% bzw. 15,3% gegenüber 10,3% bei den Schweizerinnen). Ein hoher Anteil der Patientinnen setzte sich dem Risiko einer Übertragung von HIV und anderen STI im Rahmen von Sexualkontakten mit Gelegenheitspartnern aus (keine signifikanten Unterschiede nach geografischer Herkunft): 64,1% benutzten nicht systematisch ein Präservativ. Dieser Anteil lag deutlich über dem Anteil, der im Rahmen der EPSS in der Gesamtbevölkerung verzeichnet worden war (35,2%).

Insgesamt gaben 13,3% der befragten Frauen an, bei ihrem letzten Sexualkontakt ein Präservativ verwendet zu haben. Bei den Patientinnen aus Afrika südlich der Sahara lag dieser Anteil bei 18,8%, wobei der Unterschied statistisch nicht signifikant ist.

3,9% der Frauen gaben an, schon einmal als Gegenleistung für einen Sexualkontakt ein Geschenk oder Geld angenommen zu haben. Bei den Patientinnen aus Afrika südlich der Sahara und aus Lateinamerika lag dieser Anteil höher (17,7% bzw. 13,7%).

Schliesslich hatten sich 71,8% der Frauen bereits einem HIV-Test unterzogen. Von den Patientinnen aus Afrika südlich der Sahara und aus Lateinamerika war ein höherer Anteil auf HIV getestet worden (87,2% bzw. 79,6%).

Aus einer Analyse der Studie unter dem Gesichtspunkt der Realisierbarkeit lassen sich die folgenden Erkenntnisse ziehen:

- Die Studie zeigt, dass ein Departement für Gynäkologie und Geburtshilfe eines Universitätsspitals durchaus eine geeignete Einrichtung ist, um die Zielgruppe zu kontaktieren (Frauen mit Migrationshintergrund und insbesondere Migrantinnen aus Afrika südlich der Sahara).
- Aus der Studie geht hervor, dass eine Erhebung zum Sexualverhalten bei den Patientinnen einer solchen Einrichtung auf grosse Akzeptanz stösst und dass diese unabhängig von ihrer geografischen Herkunft in ausreichender Zahl an einer solchen Erhebung teilnehmen (die Rück-

laufquote nach nationaler Herkunft entsprach der Verteilung der Patientinnen des Departements nach den Herkunftsländern).

- Die Studie bestätigt die Bereitschaft des Departements, erneut eine solche Studie durchzuführen.
- Aus der Studie ergeben sich Anregungen für verschiedene organisatorische Anpassungen, insbesondere die Notwendigkeit, die Studie in mindestens zwei Einrichtungen durchzuführen, damit eine zahlenmässig grössere Zielgruppe zur Verfügung steht, die innerhalb eines begrenzten Zeitraums befragt werden kann.

6.3 ANALYSE DER DATEN DER SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSBEFRAGUNG (2007)

Bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) handelt es sich um eine telefonische Erhebung, die periodisch bei in der Schweiz wohnhaften Personen ab 15 Jahren durchgeführt wird. Die letzte Erhebungswelle wurde 2007 realisiert. Diese umfasste zum ersten Mal ein Modul zur Sexualität, das sich ausschliesslich an Personen im Alter von 16 bis 74 Jahren richtete (für dieses Modul konnten 15'891 Personen berücksichtigt werden). Dieses Modul enthielt Fragen zur sexuellen Aktivität und zum Schutzverhalten in den zwölf Monaten vor der Umfrage sowie zur Vornahme eines HIV-Tests.

Die Analyse der Daten aus dieser Erhebung lieferte ergänzende Informationen zum Sexualverhalten von Migrantinnen und Migranten. In diesem Abschnitt des Berichts werden die Ergebnisse nach Herkunftsregion präsentiert. Der Schwerpunkt liegt zum einen auf Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara, aus Lateinamerika und aus dem Balkan und zum anderen auf den Schweizerinnen und Schweizern und den Staatsangehörigen der Mitgliedsländer der Europäischen Union und der EFTA^a.

Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Erhebung stammten 9,5% aus einem EU-Mitgliedsland, 1,5% aus einem Balkanland, 0,5% aus Lateinamerika (oder aus der Karibik) und 0,2% aus Afrika südlich der Sahara. 45,2% der Befragten waren Männer. Bei den befragten Personen aus der EU und aus dem Balkan waren die Männer in der Überzahl, während es sich bei den Befragten aus Lateinamerika mehrheitlich um Frauen handelte. Die befragten Personen aus Afrika südlich der Sahara, aus Lateinamerika und aus dem Balkan waren im Durchschnitt deutlich jünger als die Schweizerinnen und Schweizer und die Staatsangehörigen aus EU-Ländern. Der Anteil der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung war bei der ersten Gruppe höher als bei den Schweizerinnen und Schweizern (Tabelle 6-2).

Tabelle 6-2 SGB 2007: soziodemografische Merkmale nach Herkunftsregion

Herkunftsregion	n	%	% Männer	Durchschnittsalter [SA]	% keine nachobligatorische Ausbildung
Schweiz	13853	87.2	44.3	47.1 [15.7]	9.6
Europäische Union und EFTA	1509	9.5	52.0	43.6 [13.7]	19.7
Balkanstaaten	236	1.5	54.2	34.6 [11.7]	28.0
Osteuropa und Zentralasien	23	0.1	26.1	32.8 [9.6]	4.3
Afrika südlich der Sahara	36	0.2	47.2	35.0 [11.8]	38.9
Nordafrika	23	0.1	56.5	39.2 [10.1]	8.7
Lateinamerika und Karibik	75	0.5	34.7	35.4 [11.5]	18.7

^a In den Analysen werden die Staatsangehörigen der EFTA-Mitgliedstaaten den Staatsangehörigen der EU-Mitgliedstaaten zugerechnet.

Herkunftsregion	n	%	% Männer	Durchschnittsalter [SA]	% keine nachobligatorische Ausbildung
Naher Osten	48	0.3	62.5	35.3 [12.1]	37.5
Süd-, Südost- und Ostasien	45	0.3	42.2	35.5 [8.9]	26.7
USA, Kanada, Japan, Australien	35	0.2	51.4	41.6 [12.4]	0.0

Anmerkung Die acht fehlenden Antworten zur Nationalität sind in der Tabelle nicht aufgeführt (n = 15883).

Sexuelle Aktivität und Präventivverhalten

Alle Herkunftsregionen zusammengenommen hatten 7,1% der befragten Personen in den zwölf Monaten vor der Umfrage einen neuen festen Partner. Während die Migrantinnen und Migranten aus dem Balkan nahe bei diesem Wert – oder sogar darunter – lagen, wurde bei den Personen aus Afrika südlich der Sahara und aus Lateinamerika ein doppelt so hoher Anteil verzeichnet (Tabelle 6-3).

Diesbezüglich ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Tatsache, dass jemand einen festen Partner hat, auch mit dem Alter zusammenhängt und dass die Migrantinnen und Migranten durchschnittlich jünger sind als die Schweizerinnen und Schweizer. Dieser Vorbehalt ändert indessen nichts am Umstand, dass verhältnismässig mehr Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara eine neue feste Partnerschaft eingegangen sind als Schweizerinnen und Schweizer.

71,0% der Personen, die in den zwölf Monaten vor der Umfrage eine neue feste Partnerschaft eingegangen sind, haben Präservative verwendet – zumindest zu Beginn ihrer neuen Beziehung. Die Migrantinnen und Migranten aus dem Balkan, aus Lateinamerika und aus Afrika südlich der Sahara hatten verhältnismässig weniger geschützte Sexualkontakte als die Staatsangehörigen von europäischen Ländern und die Schweizerinnen und Schweizer. Doch dieses Ergebnis ist statistisch nicht signifikant (Tabelle 6-3).

Ein Drittel der Befragten (31,4%) gab an, im Verlauf ihres Lebens Gelegenheitspartner gehabt zu haben. In den zwölf Monaten vor der Umfrage war dies bei 8% der Befragten der Fall. Die Migrantinnen und Migranten aus dem Balkan und aus Afrika südlich der Sahara hatten weniger Gelegenheitspartner als EU-Staatsangehörige und Migrantinnen und Migranten aus Lateinamerika. Bei den letzteren scheint diese Art von Beziehung am häufigsten vorzukommen.

Tabelle 6-3 SGB 2007: Personen mit einem neuen festen Partner in den zwölf Monaten vor der Umfrage und Gebrauch von Präservativen zumindest zu Beginn der Beziehung, nach Herkunftsregion

Herkunftsregion	n	% hatte in den vorangegangenen zwölf Monaten einen neuen festen Partner	Davon Anteil der Personen, die zu Beginn der Beziehung Präservative verwendeten
Schweiz	12789	6.9	70.7%
Europäische Union und EFTA	1405	7.9	76.9%
Balkanstaaten	194	4.6	4/9
Osteuropa und Zentralasien	21	4.8	1/1
Afrika südlich der Sahara	31	16.1	3/5
Nordafrika	22	4.5	1/1
Lateinamerika und Karibik	67	13.4	5/9
Naher Osten	40	17.5	4/7
Süd-, Südost- und Ostasien	32	0.0	-
USA, Kanada, Japan, Australien	31	16.1	4/5

Anmerkungen Die Tabelle bezieht sich nur auf sexuell aktive Personen. Fehlende Antworten sind in der Tabelle nicht aufgeführt. Bei tiefen Bestandeszahlen sind die Anteile in Form von Bruchzahlen angegeben.

Was den Schutz bei Sexualkontakten betrifft, haben 70,2% der Personen, die in den zwölf Monaten vor der Umfrage Gelegenheitspartner hatten, gemäss ihren Angaben systematisch Präservative benutzt. Die befragten Personen aus Lateinamerika und aus dem Balkan haben weniger systematisch ein Präservativ verwendet als die Schweizerinnen und Schweizer und die Staatsangehörigen aus EU-Ländern. Bei den Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara (2) lässt sich das Ergebnis nicht analysiert werden, weil die Bestandeszahl zu gering ist (Tabelle 6-4).

Tabelle 6-4 SGB 2007: Anteil der Personen, die in den zwölf Monaten vor der Umfrage Gelegenheitspartner hatten, an den sexuell aktiven Personen und Präventivverhalten in diesen Situationen, nach Herkunftsregion

Herkunftsregion	n	% in den vorangegangenen zwölf Monaten	Davon Anteil der Personen, die immer ein Präservativ verwendet haben
Schweiz	12676	7.8	70.3%
Europäische Union und EFTA	1381	9.1	75.4%
Balkanstaaten	189	6.9	7/14
Osteuropa und Zentralasien	20	15.0	2/3
Afrika südlich der Sahara	31	6.5	2/2
Nordafrika	22	9.1	1/2
Lateinamerika und Karibik	65	12.3	4/9
Naher Osten	41	7.3	1/3
Süd-, Südost- und Ostasien	29	0	-
USA, Kanada, Japan, Australien	31	9.7	1/3

Anmerkungen Die Tabelle bezieht sich nur auf sexuell aktive Personen. Fehlende Antworten sind in der Tabelle nicht aufgeführt.
Bei tiefen Bestandeszahlen sind die Anteile in Form von Bruchzahlen angegeben.

Die Tabelle 6-5 bezieht sich nur auf Männer. Sie zeigt, dass Migranten aus Afrika südlich der Sahara verhältnismässig häufiger (aber tiefe Bestandeszahl) bisexuelle Aktivitäten angaben, die unter Umständen in Bezug auf die Epidemie eine 'Brückenfunktion' zwischen den Homosexuellen und den Heterosexuellen hatten.

Tabelle 6-5 SGB 2007: Art der Sexualpartner von Männern, nach Herkunftsregion

Herkunftsregion	n	Homosexuelle	Bisexuelle	Heterosexuelle
Schweiz	5697	0.6%	2.1%	97.2%
Europäische Union und EFTA	747	0.9%	4.2%	94.9%
Balkanstaaten	108			100.0%
Osteuropa und Zentralasien	6			6/6
Afrika südlich der Sahara	15		2/15	13/15
Nordafrika	13			13/13
Lateinamerika und Karibik	24	4/24		20/24
Naher Osten	25			25/25
Süd-, Südost- und Ostasien	14			14/14
USA, Kanada, Japan, Australien	16	1/16	1/16	14/16

Anmerkungen Die Tabelle bezieht sich nur auf sexuell aktive Personen. Fehlende Antworten sind in der Tabelle nicht aufgeführt.
Bei tiefen Bestandeszahlen sind die Anteile in Form von Bruchzahlen angegeben.

Ungefähr eine von fünf Personen (18,3%) hat bei ihrem letzten Sexualkontakt ein Präservativ verwendet. Bei den Migrantinnen und Migranten aus dem Balkan und aus Lateinamerika liegt der entsprechende Anteil nahe bei diesem Wert, während bei den Personen aus Afrika südlich der Sahara ein tieferer Anteil verzeichnet wurde (Tabelle 6-6). Die Verwendung von Präservativen beim letzten Sexualkontakt hängt auch vom Alter ab (häufigere Verwendung von Präservativen bei jüngeren Personen). Wird nur die Altersgruppe der 16- bis 45-Jährigen berücksichtigt, ist der Unterschied zwischen den Schweizerinnen und Schweizern und den Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara grösser.

Tabelle 6-6 SGB: Verwendung eines Präservativs beim letzten Sexualkontakt, nach Herkunftsregion

Herkunftsregion	n	% Präservativ verwendet
Schweiz	12669	18.0
Europäische Union und EFTA	1386	19.3
Balkanstaaten	192	21.9
Osteuropa und Zentralasien	20	45.0
Afrika südlich der Sahara	30	13.3
Nordafrika	22	36.4
Lateinamerika und Karibik	66	19.7
Naher Osten	39	15.4
Süd-, Südost- und Ostasien	31	19.4
USA, Kanada, Japan, Australien	30	26.7

Anmerkungen Die Tabelle bezieht sich nur auf sexuell aktive Personen. Fehlende Antworten sind in der Tabelle nicht aufgeführt.

HIV-Test

35,4% der in der Schweiz wohnhaften Personen wurden mindestens einmal auf HIV getestet (Tests, die nicht mit einer Blutspende zusammenhängen). Die befragten Personen aus Afrika südlich der Sahara und aus Lateinamerika scheinen sich am häufigsten einem HIV-Test unterzogen zu haben, während die Migrantinnen und Migranten aus dem Balkan offensichtlich am wenigsten auf HIV getestet wurden. 5,1% der in der Schweiz wohnhaften Personen haben sich in den zwölf Monaten vor der Umfrage einem HIV-Test unterzogen. Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara und aus Lateinamerika wurden in letzter Zeit im Verhältnis am häufigsten getestet und gehören zu jenen Personen, die im Durchschnitt am meisten Tests absolviert haben (Tabelle 6-7).

Tabelle 6-7 SGB 2007: Anteil der Personen, die sich bereits einem HIV-Test unterzogen haben, nach Herkunftsregion

Herkunftsregion	n=15705	% getestete Personen	% getestete Personen in den vorangegangenen zwölf Monaten	Durchschnittliche Anzahl Tests insgesamt
Schweiz	13700	34.7	4.9	0.7
Europäische Union und EFTA	1487	45.3	6.1	1.0
Balkanstaaten	235	17.9	1.7	0.2
Osteuropa und Zentralasien	23	47.8	13.0	1.4
Afrika südlich der Sahara	36	66.7	22.2	1.4
Nordafrika	23	52.2	13.0	0.7
Lateinamerika und Karibik	74	62.2	22.7	1.4

Herkunftsregion	n=15705	% getestete Personen	% getestete Personen in den vorangegangenen zwölf Monaten	Durchschnittliche Anzahl Tests insgesamt
Naher Osten	47	36.2	4.2	0.5
Süd-, Südost- und Ostasien	45	31.1	8.9	0.5
USA, Kanada, Japan, Australien	35	60.0	17.1	1.4

6.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Eine ganze Reihe von Informationen, die mittels verschiedener Techniken erhoben wurden, weist darauf hin, dass bei Personen aus Afrika südlich der Sahara ein Risikoverhalten besteht. Dies wird durch die Resultate der biologischen Überwachung bestätigt.
Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara scheinen sich im Rahmen von Sexualkontakten einem höheren Risiko auszusetzen. Tendenziell haben sie mehr neue Sexualpartner, doch zu Beginn einer neuen Beziehung schützt sich ein geringerer Anteil von ihnen als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Obwohl sich in dieser Bevölkerungsgruppe im Verhältnis mehr Personen bereits testen liessen, bleibt der Abdeckungsgrad angesichts der wahrscheinlich hohen HIV-Prävalenz in dieser Gruppe unzureichend.
Die Patientinnen aus Afrika südlich der Sahara, die das Departement für Gynäkologie und Geburtshilfe des CHUV aufgesucht haben, hatten sich verhältnismässig häufiger bereits prostituiert als die Frauen aus anderen Herkunftsregionen.
- Migrantinnen und Migranten aus dem Balkan sind zurzeit von der HIV-Epidemie kaum betroffen. Sie haben nicht mehr neue Sexualpartner als Schweizerinnen und Schweizer, schützen sich jedoch weniger (unabhängig vom Partnertyp). Zudem hat sich ein geringerer Anteil von ihnen bereits einem Test unterzogen.
- Migrantinnen und Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus bilden eine relativ junge Gruppe, deren schwierige Lebensbedingungen das Risiko erhöhen können, dass sie ungeschützten oder gar unerwünschten Geschlechtsverkehr akzeptieren müssen. Ein sehr bedeutender Teil dieser Gruppe sind Personen aus Lateinamerika, die tendenziell mehr neue Sexualpartner haben als der Rest der Bevölkerung, die sich weniger schützen (unabhängig vom Partnertyp) und bei denen ein höherer Anteil bereits einen Test vornehmen liess.
- Da einige nationale Gruppen relativ klein sind, erfordert das Verhaltensmonitoring bei den Migrantinnen und Migranten ein spezielles methodisches Vorgehen.
Mit Hilfe der Methode des Expertenpanels konnten qualitative Daten beschafft werden. Diese Methode eignet sich im Hinblick auf ein Warnsystem, reicht jedoch nicht aus, um die Weiterführung des Verhaltensmonitorings sicherzustellen.
- Aus der Machbarkeitsstudie für ein Sentinella-System geht hervor, dass dieser Ansatz:
 - in einem Spitalambulatorium für Gynäkologie und Geburtshilfe (Ort der von zahlreichen Migrantinnen ausgesucht wird) wirksam umgesetzt werden kann;
 - von der Zielgruppe gut akzeptiert wird;
 - in die täglichen Abläufe eines gynäkologisch-geburtshilflichen Ambulatoriums integriert werden kann;
 - in Bezug auf seine Wirksamkeit verbessert werden sollte, indem er auf eine zweite analoge Einrichtung erweitert wird (damit kann sowohl die Dauer der Studie verkürzt als auch die Zahl der Personen, die den Fragebogen beantworten, erhöht werden).

Diese Feststellungen zeigen, dass das Verhaltensmonitoring bei den Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara fortgesetzt werden muss.

7 PROSTITUTION

Das Verhaltensmonitoring im Zusammenhang mit der Prostitution sollte den verschiedenen Gruppen von Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern Rechnung tragen. Da es jedoch schwierig ist, systematisch und wiederholt Erhebungen in den einzelnen Segmenten dieser Gruppe durchzuführen, wurde eine alternative Monitoringstrategie verwendet.

Für den Zeitraum 2004-2008 umfassten die Aktivitäten des Verhaltensmonitorings zwei Teile:

1. eine Analyse der Situation der Prostitution in Europa und in der Schweiz anhand der Fachliteratur und gestützt auf Fokusgruppen mit Fachleuten, die Informationen zur Prostitution abgeben können^a (Polizei, Sozialfachleute, die im Bereich Sexarbeit tätig sind³²);
2. eine Sekundäranalyse der Daten zu den Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Prostitution, die aus den Erhebungen bei der Allgemeinbevölkerung (en 2007), bei den MSM (2007) und bei den drogeninjizierenden Personen (2006) stammen.

7.1 ANALYSE DER SITUATION DER PROSTITUTION IN EUROPA UND IN DER SCHWEIZ

Bei dieser Analyse ging es darum, Informationen zu verschiedenen Aspekten der Situation zu beschaffen:

- zahlenmässige Bedeutung der weiblichen Prostitution, Prostitutionsformen, Entwicklung der Situation;
- Vorkommen und Häufigkeit von Abhängigkeitsverhältnissen und Gewaltsituationen bei Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern;
- Prävalenz von HIV und anderen STI sowie Schutzverhalten;
- sich abzeichnende Probleme im Zusammenhang mit HIV/STI.

Zahlenmässige Bedeutung, Prostitutionsformen

Zur Zahl der in der Schweiz tätigen Sexarbeiterinnen und zur Entwicklung dieser Zahl liegen nur wenige Daten vor. Nicht alle Schätzungen gehen in die gleiche Richtung.

Die letzte Gesamteinschätzung (durch die Bundespolizei/Fedpol) geht auf das Jahr 1999 zurück; damals wurde die Zahl der in der Schweiz tätigen Sexarbeiterinnen auf 11'000 bis 12'000 geschätzt.

Nach den neuesten europäischen Schätzungen³³ variiert der Anteil der Personen, die sich prostituieren, in den europäischen Ländern zwischen 0,1 (Schweden) und 1,4% (Deutschland). Deutschland weist einen Extremwert auf, was wahrscheinlich auf die dortigen Rechtsvorschriften zurückzuführen ist: Die Prostitution ist als völlig legales Gewerbe anerkannt, und die Personen, die sie ausüben, gelten als Selbstständigerwerbende mit allen Rechten und Pflichten, die sich aus dieser Rechtsstellung ergeben. Die Schweiz bewegt sich sehr wahrscheinlich in der Grössenordnung ihrer Nachbarn Frankreich (0,2%) und Italien (0,4%), was einer Gesamtzahl zwischen 14'000 und 28'000 Personen entsprechen würde.

Die Personen, die im Rahmen der Fokusgruppen befragt wurden, konnten zwar keine genauen Angaben machen, wiesen jedoch übereinstimmend darauf hin, dass die Prostitution laufend zunimmt. Genf ist die einzige Stadt, zu der genaue Daten verfügbar sind. Diese belegen eine sehr starke Zunahme (Verdreifachung) der Zahl der Sexarbeiterinnen, die sich direkt dem Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommens zwischen der Schweiz und der Europäischen Union zuschreiben

^a Im Folgenden als "Expertinnen und Experten" bezeichnet.

lässt³⁴. Die in der Schweiz tätigen Sexarbeiterinnen stammen grösstenteils aus Osteuropa, Lateinamerika (vor allem Brasilien und Karibik), Afrika (Maghreb und Afrika südlich der Sahara) und Asien (Thailand). Das Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens für die Staatsangehörigen der Europäischen Union und der Beitritt mehrerer osteuropäischer Staaten zur Europäischen Union ermöglichte zahlreichen Frauen aus diesen Ländern, in die Schweiz zu kommen, um sich hier zu prostituieren. Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass vor allem viele Bulgarinnen, Rumäninnen, Ungarinnen und Tschechinnen eingereist sind. Je nach Region ist die Verteilung auf die verschiedenen Nationalitäten unterschiedlich.

In Europa und in der Schweiz ist eine Verlagerung von der Strassenprostitution zur Prostitution in geschlossenen Räumen festzustellen. Diese Verlagerung lässt sich durch die Massnahmen erklären, die auf lokaler Ebene getroffen wurden, um die mit der Strassenprostitution verbundenen Unannehmlichkeiten zu verringern (Lärm, Gefühl der Unsicherheit, Beeinträchtigung der öffentlichen Ordnung und Sittlichkeit usw.). Zur Verlagerung beigetragen haben auch die Kontrollen zur Erfassung der Personen, die sich illegal im Land aufhalten, sowie die Verbreitung der technischen Mittel, über die Sexarbeiterinnen und Freier zueinander Kontakt aufnehmen können (Internet, Mobiltelefone, Inserate in der Druckpresse usw.). Die Prostitution beschränkt sich nicht mehr fast ausschliesslich auf die Grossstädte und verbreitet sich ausserhalb der Agglomerationen, vor allem entlang der grossen Verkehrachsen in der Deutschschweiz. Dort ermöglicht es das Preisniveau (Immobilien, Mieten), grosse Betriebe (Clubs, Saunas) einzurichten, und offensichtlich finden dort auch weniger häufig Kontrollen statt.

Abhängigkeitsverhältnisse und Gewaltsituationen

Die Expertinnen und Experten erklären übereinstimmend, dass ein Teil der Sexarbeiterinnen in der Schweiz ihre Tätigkeit unter Zwang ausübt. Sie weisen zwar auf Situationen hin, die mit Menschenhandel vergleichbar sind, können allerdings nicht angeben, wie viele Sexarbeiterinnen zu derartigen Bedingungen beschäftigt sind. Situationen, in denen Frauen aufgrund der Organisation ihrer Arbeit, der geringen Bezahlung, die sie erhalten, oder aufgrund von finanziellen Verpflichtungen implizit zur Prostitution gedrängt werden, scheinen jedoch relativ häufig zu sein. Dies ist insbesondere bei den Cabaret-Tänzerinnen und den Hostessen in Animierbars der Fall. Es gilt auch für viele Sexarbeiterinnen, die dazu gedrängt werden, die Zahl ihrer Freier zu steigern, um ihren Arbeitsplatz in einem Salon zu bezahlen und zu behalten. Eine in Genf durchgeführte Studie³⁵ sowie die Berichte des Programms Apis zeigen, dass Gewaltsituationen gegenüber Sexarbeiterinnen nicht selten sind.

HIV/STI-Prävalenz, Präventivverhalten

Generell ist die HIV-Prävalenz unter den in Europa tätigen Sexarbeiterinnen sehr tief. Einige Segmente dieser Gruppe bilden jedoch eine Ausnahme: die Sexarbeiterinnen, die intravenös Drogen konsumieren, die transsexuellen Sexarbeiterinnen sowie jene aus Afrika südlich der Sahara. Weniger günstig ist die Situation in Bezug auf die Prävalenz der anderen STI: Sie scheint bei den Sexarbeiterinnen immer höher zu sein als in der Allgemeinbevölkerung. Zu den Sexarbeiterinnen, die in der Schweiz tätig sind, liegen keine statistischen Daten vor.

In Bezug auf das Schutzverhalten zeigen die Informationen, die zur Situation in Europa publiziert wurden, dass sich die meisten Sexarbeiterinnen gemäss eigenen Angaben schützen. Je nach Partnertyp und Art der Leistungen werden jedoch unterschiedliche Schutzpraktiken angewandt. Tendenziell wird bei penetrativem Geschlechtsverkehr (vaginal oder anal) mit zahlenden Partnern systematisch ein Präservativ benutzt. Weniger konsequent ist der Präservativgebrauch beim Oralverkehr. Bei Sexualkontakten mit nicht zahlenden Partnern verwendet nur ein geringer Anteil der Prostituierten Präservative. In einigen Segmenten der Gruppe der Sexarbeiterinnen ist das Schutzverhalten weniger konsequent. Dazu gehören die Sexarbeiterinnen, die intravenös Drogen konsumieren. Ihre Tätigkeit spielt sich hauptsächlich auf der Strasse ab (d. h. dort, wo die Arbeitsbedingungen besonders risikoreich sind), und die Zahl der Freier ist bei ihnen im Durchschnitt etwas höher als in den anderen Kategorien der weiblichen Sexarbeit. Auch bei den anderen auf der Strasse tätigen Sexarbeiterinnen und bei den transsexuellen Prostituierten ist das Schutzniveau unterdurchschnittlich.

Die Informationen, die zur Situation in der Schweiz vorliegen, entsprechen denen zu Europa. Eine Ausnahme bilden die Angaben zu den drogenabhängigen Frauen, deren Schutzniveau mit den Freiern eher hoch zu sein scheint. Die Informationen, die von den Freiern im Rahmen des Projekts "Don Juan" abgegeben wurden, weisen jedoch darauf hin, dass der Schutz nicht immer üblich ist. In Europa und in der Schweiz weist alles darauf hin, dass der finanzielle Druck, den die Freier ausüben, die Ursache dafür ist, dass weiterhin ungeschützte bezahlte Sexualkontakte vorkommen.

Aus Expertensicht zu erwartende Probleme

Der erwartete Anstieg der Zahl der Sexarbeiterinnen gibt Anlass zu Befürchtungen. Ein Preiszerfall infolge einer starken Konkurrenz könnte die Sexarbeiterinnen dazu zwingen, mehr zu arbeiten (und sich somit vermehrt einem Risiko auszusetzen) oder als Gegenleistung für eine bessere Bezahlung Leistungen anzubieten, die mit einem höheren Risiko verbunden sind. Er könnte auch dazu beitragen, die Gewalt zu verstärken, die im Sexgewerbe herrscht (Konflikte zwischen Sexarbeiterinnen, vor allem jedoch zwischen jenen, die den Markt organisieren). Zudem könnte der Preiszerfall die Tendenz zur Verlagerung des Sexgewerbes in Gebiete verstärken, in denen keine spezialisierte Sittenpolizei besteht und die weitab vom Einsatzgebiet der Stellen liegen, die gesundheitliche und soziale Unterstützung bieten. Der Anstieg der Zahl der Sexarbeiterinnen bedeutet schliesslich auch, dass im Sexgewerbe viele ausländische Frauen (die aufgrund ihrer Unkenntnis der lokalen Sprache und des Rechts-, Gesundheits- und Sozialsystems Probleme haben) und junge (oft unerfahrene) Frauen tätig werden.

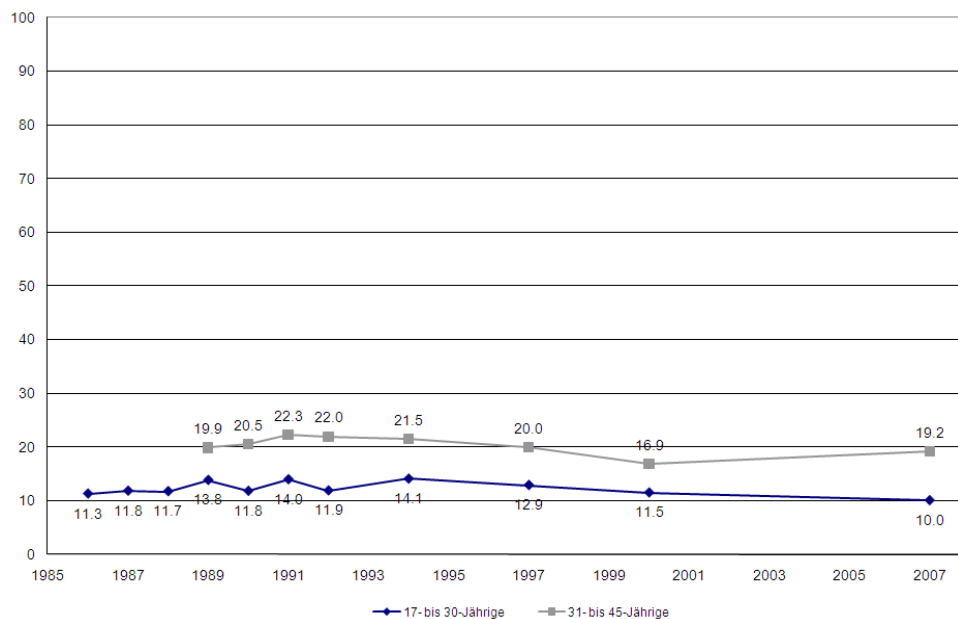
Die zunehmende Unsicherheit der Arbeitsverhältnisse der Sexarbeiterinnen, die sich aus dem Angebotszuwachs ergibt, könnte auf der Nachfrageseite zum Auftreten von "atypischen" Forderungen führen, die mit erhöhten Risiken für diese Frauen verbunden sind (ungeschützter Geschlechtsverkehr, entwürdigende Handlungen, vermehrte Geringschätzung und Gewalt usw.). Angesichts einer derartigen Entwicklung besteht natürlich die Gefahr, dass die besonders gefährdeten Sexarbeiterinnen (d. h. jene, die sich illegal in der Schweiz aufhalten und hier ohne Bewilligung arbeiten) den höchsten Preis bezahlen.

7.2 DATEN AUS ERHEBUNGEN ZU VERSCHIEDENEN BEVÖLKERUNGSGRUPPEN

Allgemeinbevölkerung: Freier von Sexarbeiterinnen (bezahlte Sexualkontakte)

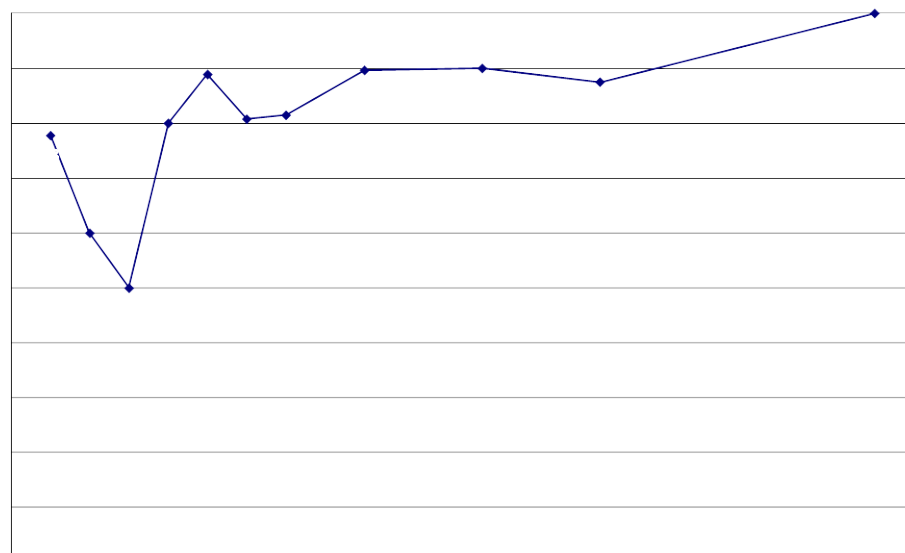
Im Rahmen der Periodischen Telefonbefragung der 17- bis 45-jährigen Allgemeinbevölkerung zur Evaluation der HIV/Aids-Prävention in der Schweiz (EPSS) werden seit 1987 Daten zu den Verhaltensweisen im Zusammenhang mit HIV erhoben. Abbildung 7-1 zeigt die Entwicklung des Anteils der heterosexuellen Männer, die in ihrem Leben Sexualkontakte mit Sexarbeiterinnen gehabt haben. Dieser Anteil ist bei den 17- bis 30-jährigen Männern zwischen 1987 (11,3%) und 2007 (10,0%) und bei den 31- bis 45-jährigen Männern stabil geblieben (1989: 19,9%; 2007: 19,2%). Vertiefte Analysen der EPSS-Daten haben bestätigt, dass die Zahl der Freier in diesem Zeitraum in etwa gleich geblieben ist³⁶.

Abbildung 7-1 Anteil der heterosexuellen Männer, die für einen Sexualkontakt bezahlt haben (im Verlauf ihres Lebens), 1987-2007



Der Anteil der Männer, die angaben, in den sechs Monaten vor der Umfrage für einen Sexualkontakt bezahlt zu haben, schwankte bei den 17- bis 30-Jährigen zwischen 1% und 2,8% (2007: 1%) und bei den 31- bis 45-Jährigen zwischen 1,1 und 2,5% (2007: 2,1%). Der Gebrauch von Präservativen bei solchen Sexualkontakten hat seit Anfang der 1990er-Jahre zugenommen (auf über 80%; Abbildung 7-2).

Abbildung 7-2 Anteil der heterosexuellen Männer (17- bis 45-Jährige), die bei Sexualkontakten mit Sexarbeiterinnen in den sechs Monaten vor der Umfrage systematisch Präservative benutzt haben, 1987-2007*



* 1986-1994: systematischer Gebrauch ("immer" in den vorangegangenen sechs Monaten), 1997-2007: beim letzten Sexualkontakt in den vorangegangenen sechs Monaten

Im Rahmen einer multivariaten Analyse der Daten aus der EPSS 2000 wurden die 17- bis 45-jährigen Männer, die Freier von Sexarbeiterinnen sind, mit den übrigen Männern dieser Alterskategorie verglichen. Aus diesem Vergleich ging hervor, dass die Freier von Sexarbeiterinnen durchschnittlich älter waren, häufiger in grossen Städten lebten, häufiger in keiner festen Beziehung lebten, mehr Sexualpartnerinnen hatten, mehr Angst vor einer HIV-Infektion hatten und systematischer Präservative verwendeten. Bei diesen Männern schien ein grösseres Risiko zu bestehen, dass sie sich eine STI zuziehen, doch dieser Zusammenhang war statistisch nicht signifikant³⁷.

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

Ausübung der Prostitution

2007 waren 3,3% der MSM, die an Gaysurvey teilnahmen, gemäss ihren Angaben in den zwölf Monaten vor der Umfrage für einen Sexualkontakt bezahlt worden (Sexarbeiter). 20% dieser Männer hatten im betreffenden Zeitraum nur einen Sexualkontakt dieser Art, während 34% über sechs solche Sexualkontakte hatten. Tabelle 7-1 zeigt einige Merkmale, durch die sich die Sexarbeiter von den anderen MSM unterscheiden. Die ersteren sind jünger, haben einen tieferen Bildungsstand und sind häufiger Ausländer. Bei diesen MSM besteht ein höheres Risiko (STI in den vorangegangenen zwölf Monaten, ungeschützte Sexualkontakte) als bei den MSM generell. In Bezug auf den Anteil der HIV-Positivität unterscheiden sie sich jedoch nicht von den übrigen MSM.

Tabelle 7-1 Merkmale, durch die sich Sexarbeiter von den anderen MSM unterscheiden

	Sexarbeiter n= 92	MSM n= 2688	p
Durchschnittsalter	30.2	35.9	<0.5
Ausländische Nationalität (%)	24.4	13.3	<0.5
Bildungsstand (% obligatorische Schule)	16.3	6.4	<0.5
Bisexuelle (%)	19.6	12.0	<0.5
Syphilis in den vorangegangenen zwölf Monaten (%)	6.5	1.1	<0.5
Gonorrhoe in den vorangegangenen zwölf Monaten (%)	7.6	3.5	<0.5
Übertragungsrisiko in den vorangegangenen zwölf Monaten* (%)	40.2	15.5	<0.5
HIV-Test in den vorangegangenen zwölf Monaten (%)	19.6	12.0	<0.5
% HIV-Positivität bei den getesteten Personen	8.7	7.9	NS

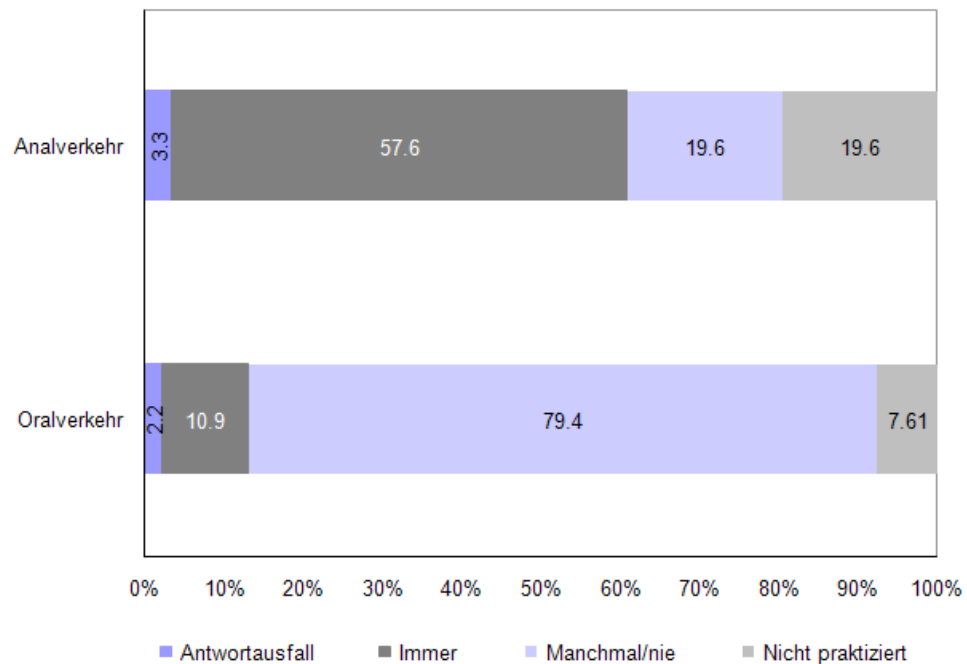
* Hatte mindestens einmal ungeschützten Analverkehr mit einem Partner mit unterschiedlichem oder unbekanntem HIV-Serostatus.

Bezahlte Sexualkontakte (Freier von Sexarbeitern)

Der Anteil der MSM, die angaben, in den zwölf Monaten vor der Umfrage für einen Sexualkontakt bezahlt zu haben, betrug 10,4%.

Der Präservativgebrauch beim Geschlechtsverkehr mit Sexarbeitern hängt von der Sexualpraktik ab: Beim Analverkehr ist er die Regel, während beim Oralverkehr nur sehr selten ein Präservativ verwendet wird (Abbildung 7-3).

Abbildung 7-3 Präservativgebrauch beim Geschlechtsverkehr mit Sexarbeitern, Gaysurvey 2007 (in % der MSM, die angaben, in den zwölf Monaten vor der Umfrage für einen Sexualkontakt bezahlt zu haben)



Drogeninjizierende Personen (IDU)

Ein nicht unbedeutender Teil der weiblichen IDU, die niederschwellige Einrichtungen mit Abgabe von Injektionsmaterial aufsuchen, gaben an, dass sie sich prostituieren (1993: 16,4% in den sechs Monaten vor der Umfrage; 2006: 19,8%, nicht signifikant [NS]). Bei diesen Sexualkontakten verwenden die weiblichen IDU in der Regel Präservative, mit leicht abnehmender Tendenz (1993: 90,0 % "Immer"; 2006: 81,4%, $p=0,03$).

Bei den männlichen IDU besteht eine andere Ausgangslage: Sie prostituieren sich weniger (1993: 1,8% in den sechs Monaten vor der Umfrage; 2006: 2,6%, NS), und sie scheinen sich deutlich weniger systematisch zu schützen (1993: 66,7%; 2006: 46,7%, NS, geringe Bestandeszahlen).

7.3 SCHLUSSFOLGERUNGEN

- In Bezug auf die weibliche Prostitution geht aus den Daten hervor, dass die Zahl der Sexarbeiterinnen wahrscheinlich zugenommen hat, nicht jedoch die Zahl der Freier.
- Es liegen keine direkten Daten zum Präventivverhalten von Sexarbeiterinnen vor, die keine Drogen injizieren. Die indirekten Daten, die bei Fachpersonen und Freiern erhoben wurden, weisen jedoch übereinstimmend darauf hin, dass in der Regel Präservative benutzt werden.
- Frauen, bei denen eine Vulnerabilität besteht, schützen sich wahrscheinlich weniger systematisch.
- Bei den MSM ist der Anteil der Freier von Sexarbeitern etwas höher als in der Allgemeinbevölkerung; in dieser Situation schützen sich viele beim Analverkehr mit Präservativen. Hingegen wird beim Oralverkehr in der Regel kein Präservativ benutzt.
- MSM, die sich prostituieren, setzen sich einem höheren Risiko von STI aus.
- Ein sehr hoher Anteil der weiblichen IDU, die sich prostituieren, schützt sich beim Kontakt mit Freiern; bei den männlichen IDU, die sich prostituieren, ist der Schutz weniger verbreitet.

8 MENSCHEN MIT HIV/AIDS

Dieses Kapitel beruht auf Daten, die aus drei Quellen stammen:

- aus der 1988 angelaufenen Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHKS), in die insgesamt über 15'000 HIV-positive oder aidskranke Patientinnen und Patienten eingeschlossen wurden und an der gegenwärtig über 7000 teilnehmen;
- aus der Erhebung 2007 von Gaysurvey bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM);
- aus der NSE-Erhebung bei den drogeninjizierenden Personen (IDU), die niederschwellige Einrichtungen aufsuchen, die im Bereich Schadensminderung tätig sind.

8.1 DIE MENSCHEN MIT HIV/AIDS IN DER SCHWEIZERISCHEN HIV-KOHORTENSTUDIE (SHKS)

Die Daten in diesem Abschnitt stammen aus der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHKS). Die HIV-positiven Personen ab dem Alter von 16 Jahren, die an dieser Studie teilnehmen, wurden grösstenteils in den Universitätsspitalern rekrutiert. Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer werden alle sechs Monate zu einer Kontrolle aufgeboten und zu verschiedenen Themen im Zusammenhang mit HIV/Aids befragt. Im April 2000 wurde ein neuer Fragebogen in die Studie aufgenommen. Er umfasst Fragen, die sich spezifisch auf das Präventivverhalten angesichts des Risikos einer HIV-Übertragung beim Geschlechtsverkehr mit dem festen Partner und mit einem oder mehreren Gelegenheitspartnern beziehen. Es sind die folgenden Informationen verfügbar: 1) Bestehen oder Nichtbestehen derartiger Beziehungen, 2) gegebenenfalls Praxis oder Verzicht auf penetrativen Geschlechtsverkehr und 3) in diesem Fall systematischer oder nicht systematischer Gebrauch von Präservativen mit diesen Partnern. Bei den Personen, die Geschlechtsverkehr mit einem festen Partner haben, ist auch der (von der befragten Person angegebene) Serostatus des Partners verfügbar: HIV-positiv, HIV-negativ oder unbekannt. Die Informationen zum Verhalten mit den Partnern beziehen sich jeweils auf die letzten sechs Monate vor der Konsultation. Die hier analysierten Informationen stammen aus der Sexualanamnese, die bei ersten Konsultation im jeweiligen Jahr bei den Befragten erhoben wurde. Ausserdem sind Angaben zur Virämie der Befragten verfügbar: Virämie über oder unter der Nachweisgrenze gemäss der letzten Virämie-Bestimmung (HIV-RNA) in den 180 Tagen vor der Konsultation.

Die Daten werden nach dem wahrscheinlichen Ursprung der Infektion geschichtet. Damit lassen sich die Befragten in vier Gruppen unterteilen: 1) heterosexueller Sexualkontakt, 2) intravenöser Drogenkonsum, 3) homosexueller Sexualkontakt, 4) andere, einschliesslich Bluttransfusion, perinatale Übertragung, andere Übertragung und unbekannte Übertragung. Die Situation der Personen der Gruppe "andere" ist somit sehr heterogen, was eine Interpretation erschwert. Sie wird deshalb in der Regel nicht diskutiert.

Diese Daten werden in den folgenden Absätzen für den Zeitraum 2001 bis 2008 analysiert; zu diesem Zeitraum liegen jeweils Informationen für das ganze Jahr vor.

8.1.1 Entwicklung der Bestandeszahlen

2008 waren 7356 Menschen mit HIV/Aids in die SHKS eingeschlossen (5125 Männer und 2231 Frauen). Zwischen 2001 und 2008 stieg die Gesamtzahl der Personen von 5391 auf 7356, was einer Erhöhung um 36,4% entspricht (Tabelle 8-1). Insgesamt erhöhte sich die Zahl der Männer und der Frauen in ähnlichem Umfang, d. h. um 37,1% beziehungsweise um 34,9%, und 2008 war die Verteilung nach Geschlecht (30,3% Frauen) praktisch identisch mit jener von 2001 (30,7%).

Die Entwicklung der Gruppen nach dem wahrscheinlichen Ursprung der Infektion war jedoch nicht einheitlich. Die stärkste Erhöhung erfolgte in der Gruppe "homosexueller Sexualkontakt" (Zunahme um 1067 Personen), gefolgt von den Männern der Gruppe "heterosexueller Sexualkontakt" (+566) und den Frauen dieser Gruppe (+367). In der Gruppe "andere" sind die absoluten Veränderungen bei beiden Geschlechtern ähnlich (Männer: +55; Frauen: +60), entsprechen jedoch einem Zuwachs um 44,7% bei den Männern und um 82,2% bei den Frauen. Die Gruppe "intravenöser Drogenkonsum" verringerte sich um 150 Personen, von denen zwei Drittel Männer waren (-101).

Tabelle 8-1 **Entwicklung der Zahl der Menschen mit HIV/Aids, die in die SHKS eingeschlossen sind, nach wahrscheinlichem Ursprung der Infektion und Geschlecht, 2001-2008**

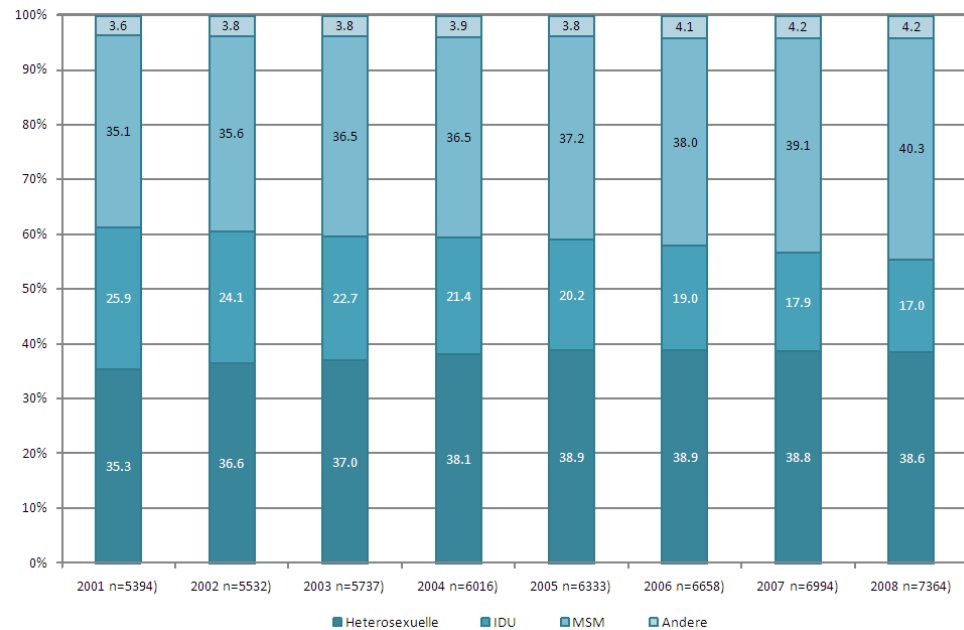
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% im Jahr 2008	Veränderung 2001-2008
Heterosexueller Sexualkontakt										
Männer	844	889	933	1005	1060	1118	1160	1211	42.7	367
Frauen	1062	1135	1191	1290	1402	1473	1552	1628	57.3	566
Total	1906	2024	2124	2295	2462	2591	2712	2839	100.0	933
Intravenöser Drogenkonsum										
Männer	880	823	823	808	801	794	781	779	62.4	-101
Frauen	519	509	480	479	477	471	473	470	37.6	-49
Total	1399	1332	1303	1287	1278	1265	1254	1249	100.0	-150
Homosexueller Sexualkontakt										
Männer	1890	1964	2087	2191	2348	2522	2726	2957	100.0	1067
Andere										
Männer	123	133	139	150	147	162	173	178	57.2	55
Frauen	73	76	79	87	92	111	122	133	42.8	60
Total	196	209	218	237	239	273	295	311	100.0	115
Insgesamt										
Männer	3737	3809	3982	4154	4356	4596	4840	5125	69.7	1388
Frauen	1654	1720	1750	1856	1971	2055	2147	2231	30.3	577
Total	5391	5529	5732	6010	6327	6651	6987	7356	100.0	1965

Anmerkungen: 45 Fälle von "Frauen" mit "homosexuellem Sexualkontakt" als wahrscheinlichem Ursprung der Infektion wurden in dieser Tabelle nicht berücksichtigt. "Andere" umfasst Bluttransfusionen, perinatale Übertragung und unbekannte Übertragung.
Datenquelle: SHKS

8.1.2 Soziodemografische Merkmale

Die Daten der SHKS für 2008 beziehen sich auf 7364 Personen, von denen 2239 (30,4%) Frauen sind. Das Durchschnittsalter der Männer lag bei 45,9 Jahren, jenes der Frauen bei 42,1 Jahren. Die Entwicklung der Verteilung nach Übertragungsgruppe seit 2001 ist in Abbildung 8-1 dargestellt.

Abbildung 8-1 Verteilung (%) der Personen, die von 2001 bis 2008 in die SHKS eingeschlossen waren



Quelle: Daten SHKS

Die Personen, die sich durch einen heterosexuellen Sexualkontakt infiziert hatten, machten 2008 38,6% des Totals aus (2001: 35,3%), während jene, bei denen die Übertragung durch homosexuellen Kontakt erfolgt war, 40,3% (35,1%) entsprachen. Der Anteil der Personen, die sich durch intravenösen Drogenkonsum infiziert hatten, ging von 25,9% im Jahr 2001 auf 17,0% im Jahr 2008 zurück.

8.1.3 Präventivverhalten

Mit dem festen Partner

2008 hatte jede zweite HIV-positive Person (49,6%) in den sechs Monaten vor der Konsultation penetrativen Geschlechtsverkehr mit einem festen Partner (Abbildung 8-2); bei den Frauen war der entsprechende Anteil etwas höher (54,6%) als bei den Männern (47,4%). Insgesamt blieb dieser Anteil seit 2001 mehr oder weniger stabil (47,9%). Bei den Heterosexuellen ist er etwas höher (54,3%) als bei den MSM (46,2%) und den IDU (47,0%).

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die angeben, mit diesem Partner systematisch ein Präservativ zu benutzen, lag für 2008 insgesamt bei 71,9% und ist gegenüber 2007 (77,0%) rückläufig. Dieser Rückgang ist bei den Männern (von 78,2% auf 73,6%) und bei den Frauen (von 74,6% auf 68,3%) sowie in allen Übertragungsgruppen festzustellen.

Berücksichtigt man den Serostatus des festen Partners, wird am häufigsten systematisch ein Präservativ verwendet, wenn der Partner HIV-negativ ist (2008: 84,0%; Abbildung 8-3). Der entsprechende Anteil lag bei jenen mit einem HIV-positiven Partner bei 44,9% und bei jenen, deren Partner einen unbekannten Serostatus aufwies, bei 61,1%.

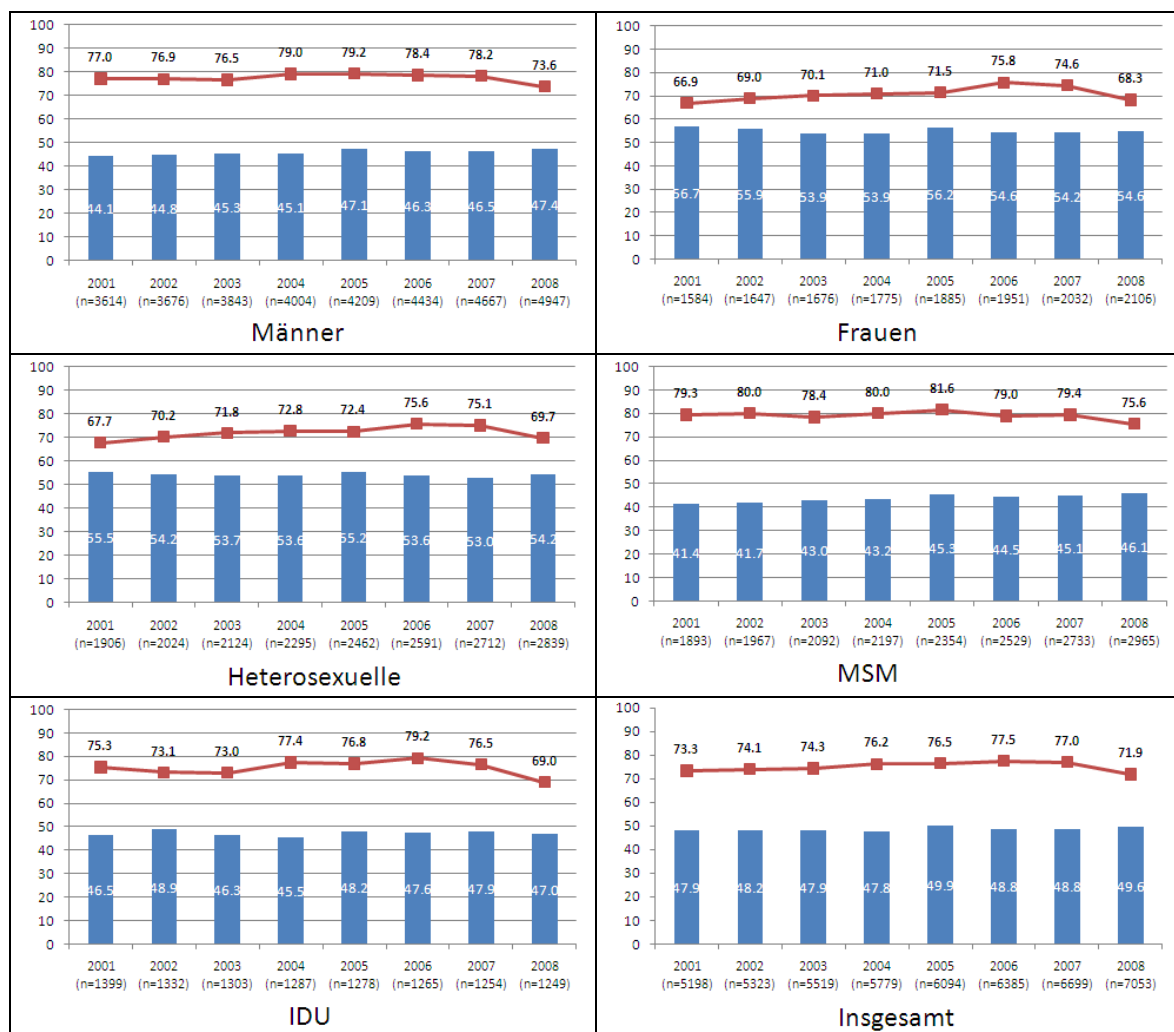
Mit Gelegenheitspartnern

2008 gaben insgesamt 22,4% der Patientinnen und Patienten an, in den sechs Monaten vor der Konsultation penetrativen Geschlechtsverkehr mit einem oder mehreren Gelegenheitspartnern gehabt zu haben (Abbildung 8-4). Bei den Männern war dieser Anteil viel höher (29,3%) als bei den Frauen (6,1%); er betrug 9,3% bei den Heterosexuellen, 9,4% bei den IDU und 39,9% bei den MSM. In allen

berücksichtigten Patientenkategorien blieb dieser Anteil in den letzten Jahren mehr oder weniger stabil oder erhöhte sich leicht.

Insgesamt erklärten 2008 vier von fünf Befragten (80,2%), mit diesen Partnern systematisch ein Präservativ zu benutzen; dieser Anteil ist gegenüber 2007 (85,2%) rückläufig. Dieser Rückgang ist bei den Männern viel ausgeprägter (2007: 85,6%; 2008: 80,3%) als bei den Frauen (2007: 80,5%; 2008: 78,1%). Bei einer Betrachtung nach Übertragungsgruppen konzentriert sich die Abnahme bei den MSM (2007: 85,6%; 2008: 79,3%).

Abbildung 8-2 Patientinnen und Patienten, die in den vorangegangenen sechs Monaten Geschlechtsverkehr mit einem festen Partner hatten; systematischer Präservativgebrauch im Rahmen dieser Beziehungen, nach Geschlecht und Übertragungsgruppe der Patientinnen und Patienten. Personen, die von 2001 bis 2008 in die SHKS eingeschlossen waren



Histogramme: Prozentsatz der Patientinnen und Patienten mit einem oder mehreren Gelegenheitspartnern

Ausgezogene Linien: Systematischer Präservativgebrauch mit diesen Partnern

Abbildung 8-3 Systematischer Präservativgebrauch (%) mit dem festen Partner, nach Serostatus dieses Partners. Personen, die von 2001 bis 2008 in die SHKS eingeschlossen waren

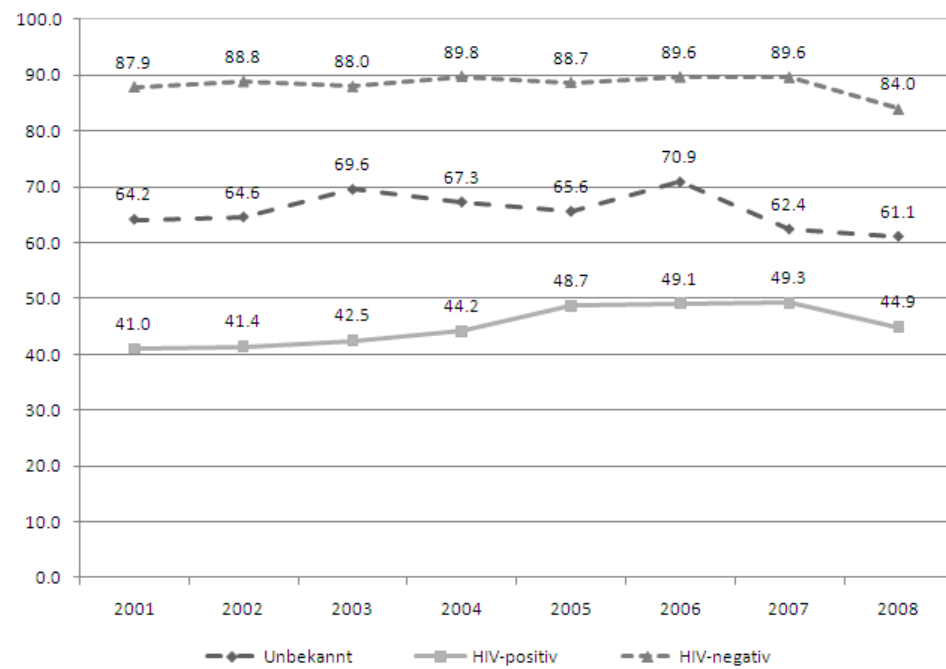
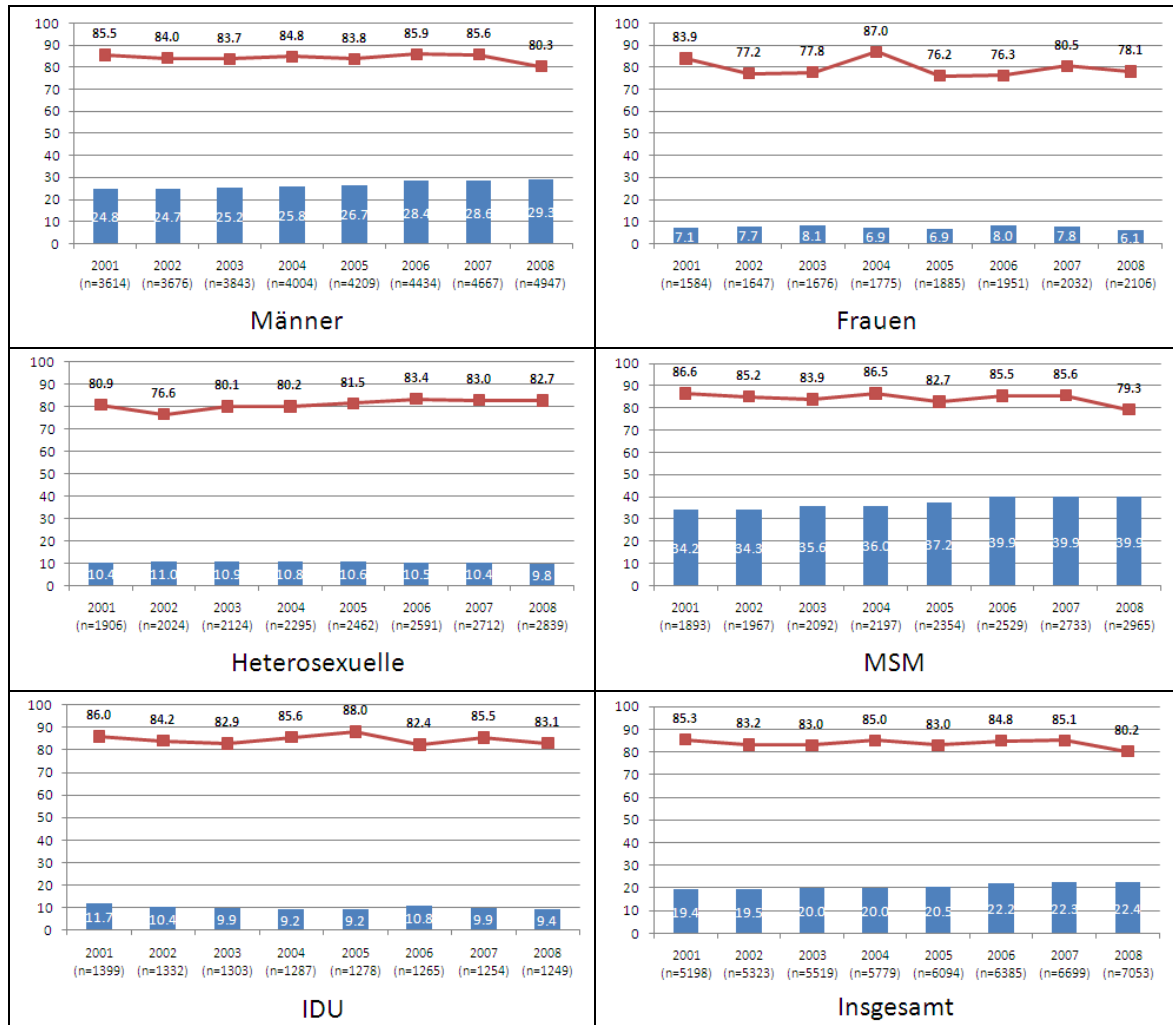


Abbildung 8-4 Patientinnen und Patienten, die in den vorangegangenen sechs Monaten Geschlechtsverkehr mit einem oder mehreren Gelegenheitspartnern hatten; systematischer Präservativgebrauch im Rahmen dieser Beziehungen, nach Geschlecht und Übertragungsgruppe der Patientinnen und Patienten. Personen, die von 2001 bis 2008 in die SHKS eingeschlossen waren



Histogramme: Prozentsatz der Patientinnen und Patienten mit einem oder mehreren Gelegenheitspartnern

Ausgezogene Linien: Systematischer Präservativgebrauch mit diesen Partnern

8.2 MSM

Das Kapitel zu den MSM hat gezeigt, dass die selbst berichtete HIV-Prävalenz 2007 zwischen 6% (Internetfragebogen) und 12% (Papierfragebogen) lag. Zudem wurde festgestellt, dass die HIV-Positivität einer der Faktoren ist, der sehr stark mit dem Verzicht auf Präservative beim letzten Sexualkontakt mit einem Gelegenheitspartner und mit dem Gesamtindikator für die Risikoexposition^a in Verbindung steht.

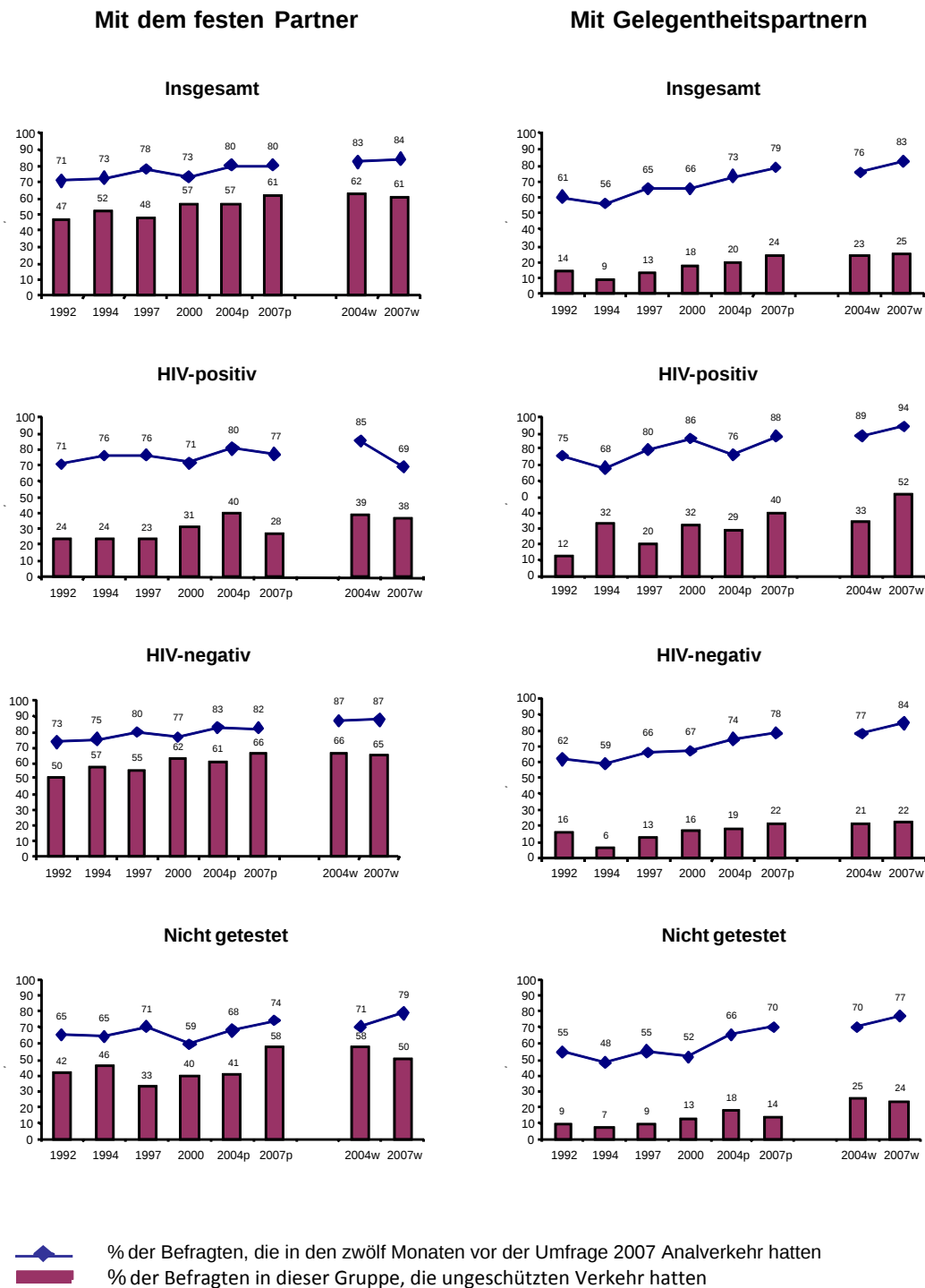
In Abbildung 8-5 ist für die Jahre 1992 bis 2007 die Entwicklung des Präservativgebrauchs mit dem festen Partner und mit Gelegenheitspartnern bei HIV-positiven, HIV-negativen und nicht getesteten Befragten dargestellt. Dieser Grafik lässt sich Folgendes entnehmen:

^a In den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens ein ungeschützter Sexualkontakt mit einem Partner mit unterschiedlichem oder unbekanntem Serostatus.

- **Mit dem festen Partner:** eine Zunahme des Analverkehrs in allen drei Gruppen, mit einem leicht tieferen Anteil von Personen, die Analverkehr praktizieren, bei den Menschen mit HIV/Aids. Die HIV-negativen und nicht getesteten Personen verzichten mit diesem Partnertyp mehrheitlich und zunehmend auf Schutz, während bei den Menschen mit HIV/Aids nur eine Minderheit kein Präservativ verwendet.
- **Mit den Gelegenheitspartnern** ist die Situation völlig anders. In allen drei Gruppen ist eine Zunahme des Analverkehrs festzustellen, wobei der höchste Anteil an Personen mit Analverkehr bei den Menschen mit HIV/Aids zu verzeichnen ist. In dieser Gruppe nimmt auch der Verzicht auf Schutz am deutlichsten zu und hat den höchsten Stand erreicht (je nach Typ des Fragebogens (Papier oder Internet) zwischen 40 und 52%).

Diese Situation ist besorgniserregend, vor allem, weil es wahrscheinlich schwierig ist, im Rahmen von Gelegenheitskontakten über den eigenen Serostatus zu sprechen und das Verhalten entsprechend anzupassen.

Abbildung 8-5 MSM: Analverkehr und Verzicht auf Präservative mit dem festen Partner und mit Gelegenheitspartnern, 1992-2007, nach Serostatus

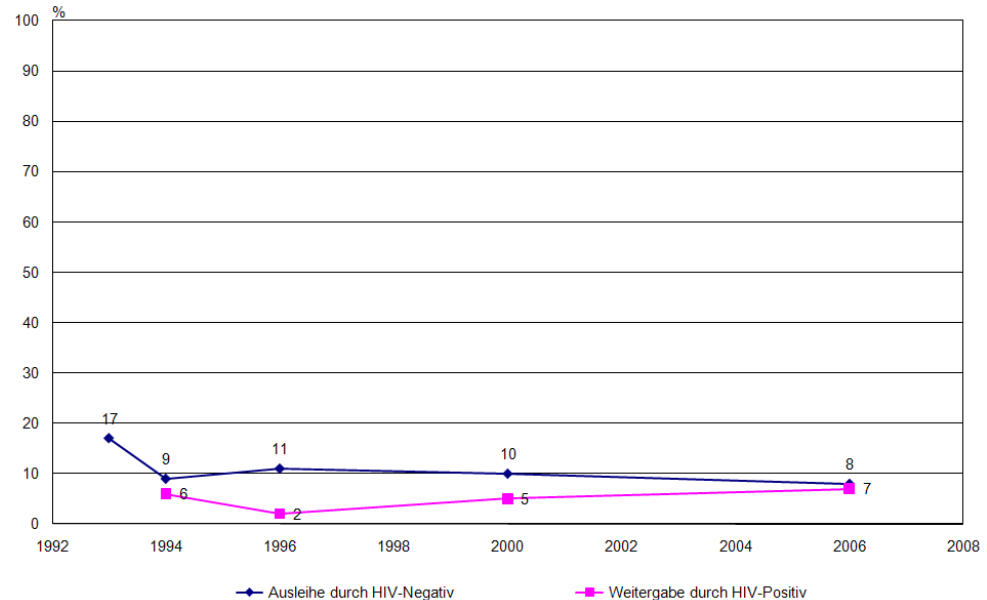


8.3 IDU

Im Kapitel zu den IDU wurde festgestellt, dass nur eine Minderheit Spritzen verwendet, die bereits von einer anderen Person benutzt wurden. Abbildung 8-6 zeigt, wie sich zwei "spiegelbildliche" Risikopraktiken im Verlauf der Zeit entwickelt haben: das Ausleihen einer bereits gebrauchten Spritze durch eine HIV-negative Person und die Weitergabe einer bereits gebrauchten Spritze durch eine HIV-positive Person. Dabei ist zu beobachten, dass HIV-positive Personen angesichts des Risikos einer

Übertragung von Infektionskrankheiten vorsichtiger sind als HIV-negative Personen angesichts des Risikos, sich eine Infektion zuzuziehen.

Abbildung 8-6 IDU: Entwicklung der Injektionen mit einer bereits gebrauchten Spritze bei den HIV-negativen Personen und der Weitergabe einer gebrauchten Spritze durch HIV-positive Personen in den vorangegangenen sechs Monaten, 1993 bis 2006



8.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Die Zahl der Personen, die in die SHKS eingeschlossen sind, ist bis 2008 auf 7356 gestiegen; 30,3% dieser Personen sind Frauen, und 40,2% sind Männer, die sich bei einem homosexuellen Sexualkontakt infiziert haben.
- 2008 hatten fast drei Viertel der Personen, die an der SHKS teilnehmen, in den vorangegangenen sechs Monaten penetrativen Geschlechtsverkehr mit einem festen Partner; dieser Anteil hat gegenüber 2007 abgenommen. Der Rückgang lässt sich bei den Männern und bei den Frauen, in allen Übertragungsgruppen und unabhängig vom Status des Partners feststellen. Bei diesen Personen ist der Anteil jener, die systematisch ein Präservativ benutzen, 2008 auf 71,9% gesunken (2007: 77,0%). 2008 wurde in 84% der Beziehungen, in denen der feste Partner seronegativ war, systematisch ein Präservativ verwendet.
- Der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der SHKS, die in den vorangegangenen sechs Monaten penetrativen Geschlechtsverkehr mit Gelegenheitspartnern hatten, ist insgesamt stabil geblieben und lag 2008 bei 22,4%. Auch in dieser Gruppe hat der Anteil der Personen abgenommen, die unter diesen Umständen systematisch ein Präservativ verwenden: Er lag 2008 insgesamt bei 80,2% (2007: 85,1%). Der Rückgang erfolgte hauptsächlich bei den Männern und insbesondere bei jenen Männern, die sich bei einem homosexuellen Sexualkontakt infiziert hatten.
- Die Daten von Gaysurvey 2007 weisen bei den HIV-positiven Befragten ebenfalls darauf hin, dass die Häufigkeit von ungeschütztem Analverkehr mit Gelegenheitspartnern (nicht jedoch mit dem festen Partner) zugenommen hat.
- Bei den IDU gaben 2006 7% der HIV-positiven Personen an, in den vorangegangenen sechs Monaten eine gebrauchte Spritze weitergegeben zu haben.

9 ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

Das Monitoring der Verhaltensweisen und Einstellungen in Bezug auf HIV/Aids in der Allgemeinbevölkerung ist eine der Komponenten des Überwachungssystems, das für die Steuerung des Nationalen HIV/Aids-Programms (NHAP) aufgebaut wurde. Mit diesem Monitoring werden die notwendigen Informationen für eine Gesamtsicht unter zwei verschiedenen Gesichtspunkten beschafft. Zum einen soll im Hinblick auf die Entwicklung der Risiken verfolgt werden, wie sich die Schlüsselparameter der Prävention in den Risikobereichen entwickeln. Zum anderen soll auch ihre geografische und soziale Verteilung überprüft werden, damit allfällige Ungleichheiten erkannt werden. Das derart gestaltete Monitoring liefert die erforderlichen Informationen für die Steuerung des NHAP und für möglicherweise notwendige Anpassungen.

Im vorliegenden Kapitel werden der Stand und die Entwicklung der untersuchten Indikatoren anhand von zahlreichen Grafiken veranschaulicht. Die entsprechenden Tabellen sind im Anhang aufgeführt. Für die wichtigsten Indikatoren sind jeweils in einer ersten Grafik die Anteile der Befragten nach Alters- (17-20 Jahre, 21-30 Jahre, 31-45 Jahre) und Geschlechtskategorien dargestellt; dabei handelt es sich um die beiden Hauptdimensionen, die in diesem Monitoring berücksichtigt werden. Diese Kategorien bieten Informationen zu den Unterschieden, die zwischen diesen Bevölkerungsgruppen bestehen.

In einer zweiten Grafik werden die Informationen jeweils unter dem Gesichtspunkt des Zugangs dargestellt, indem zusätzlich zum Geschlecht zwei Indikatoren für das soziale Gefälle herangezogen werden: der Bildungsstand in drei Kategorien^a und die (schweizerische oder ausländische) Nationalität. Eine dritte Grafik bietet jeweils Angaben zur räumlichen Verteilung, indem die Befragten nach Sprachregion und nach Grösse der Gemeinde aufgeschlüsselt werden. Für diese beiden Gruppen von Schichtungskriterien und bei Nichtberücksichtigung der geringfügigen Abweichungen, die vor allem in den Altersverteilungen bestehen, ist allgemein – und idealerweise – zu erwarten, dass sich keine Unterschiede feststellen lassen, was auf eine egalitäre Situation hinweist.

Zu Beginn dieses Kapitels über die Situation der Allgemeinbevölkerung werden zunächst die Organisation des Monitorings und danach die Informationen zur sexuellen Aktivität, zu den Partnern und zum Schutzverhalten präsentiert. In einem weiteren Abschnitt werden Indikatoren der sexuellen Neigung untersucht. Der nächste Abschnitt bezieht sich auf das Präservativ als Produkt: Untersucht werden die Determinanten für den Kauf sowie Probleme bei der Benutzung. Anschliessend wird auf die individuelle Beratung im Rahmen eines Arztbesuchs und den HIV-Test eingegangen. Das Kapitel schliesst mit einer Beschreibung des Präventionsumfelds, die sich auf die folgenden Aspekte bezieht: Häufigkeit der Befürchtung, sich Aids zuzuziehen, eine oder mehrere HIV-positive oder aidskranke Personen im persönlichen Umfeld, Informationsstand bezüglich verfügbarer Aids-Therapien – und daraus abgeleitete Folgen –, sowie Vorstellungen bezüglich der Bereitschaft von HIV-positiven Personen, keine anderen Personen anzustecken.

9.1 INSTRUMENTARIUM FÜR DAS MONITORING IN DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

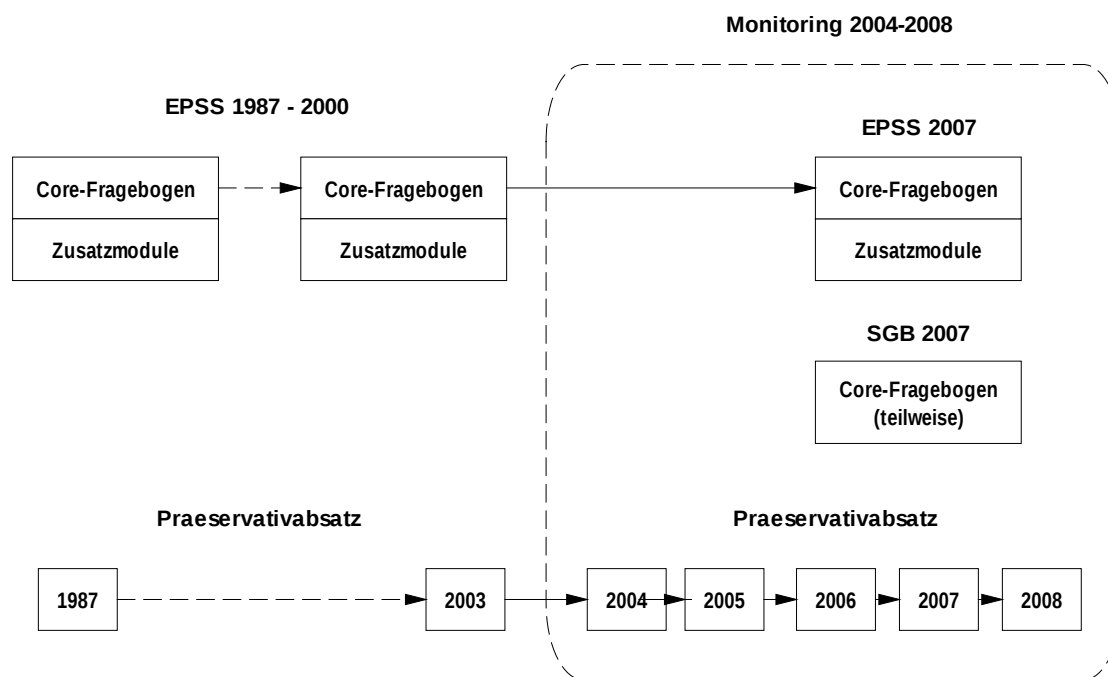
Dieses Monitoring beruht seit 1987 zum einen auf der Periodischen Telefonbefragung zur HIV/Aids-Prävention in der Schweiz (EPSS)^b und zum anderen auf der jährlichen Erfassung des Präservativabsatzes (Abbildung 9-1). Zusätzlich wurde 2007 ein Modul zur Sexualität in die Schweizer-

^a Dazu wurden die International Standard Categories of Education (ISCED) herangezogen (http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=178740&set=49D45CE7_1_329&database=ged&gp=0).

^b 2007 wurden die Telefoninterviews der EPSS und der SGB vom Meinungsforschungsinstitut MIS Trend in Lausanne durchgeführt.

rische Gesundheitsbefragung (SGB) aufgenommen, um das Monitoring in der Allgemeinbevölkerung zu einer ständigen Einrichtung zu machen.

Abbildung 9-1 Instrumentarium für das Monitoring in der Allgemeinbevölkerung



Dispositif_Population_Generale_D(v090.cht 09/06/10 - 14:38

Anmerkungen EPSS: Periodische Telefonbefragung zur HIV/Aids-Prävention in der Schweiz. SGB: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Die EPSS ist eine regelmässig wiederholte Querschnitterhebung mit Telefoninterviews bei der in der Schweiz wohnhaften Allgemeinbevölkerung; befragt werden 17- bis 45-Jährige^a, die im Telefonbuch eingetragen sind und eine der drei Amtssprachen sprechen (das – italienischsprachige – Tessin ist erst seit 1991 eingeschlossen). Aufgrund der Rekrutierungsmethode sind keine genauen Angaben zu den Teilnahmequoten verfügbar. Hingegen lässt sich die Verweigerungsquote auf etwa 30-35% schätzen. Nachdem sich die Personen zur Teilnahme am Interview bereit erklärt haben, kommt es nur noch sehr selten zu Interviewabbrüchen (rund 1/1000), und die Antwortverweigerungen liegen unter 5%, selbst bei den heiklen Fragen. Die Erhebung umfasst einen 'Core-Fragebogen' mit den Indikatoren, die im Wesentlichen seit 1987 verfolgt werden, und – teilweise wiederholt eingesetzte – Zusatzmodule zu spezifischen Themen.

Die Jahresstatistik des Präservativabsatzes wird anhand der Daten erstellt, die von den wichtigsten Lieferanten bereitgestellt werden, und ist in diesem Bericht nicht enthalten.

^a In den Erhebungen vom Januar 1987 und Oktober 1987 und 1988 wurden nur Personen im Alter von 17 bis 30 Jahren befragt.

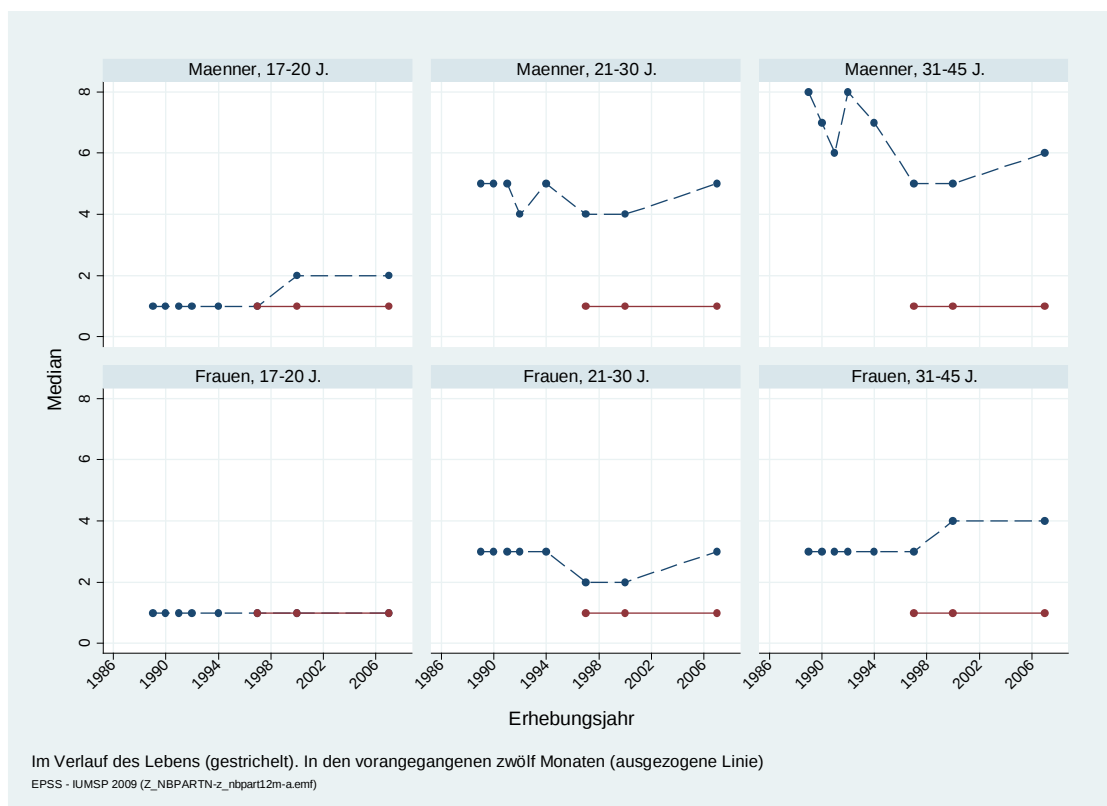
9.2 SEXUALPARTNER UND SCHUTZ DURCH PRÄSERVATIVE

In diesem Abschnitt werden der Grad der sexuellen Aktivität in der Bevölkerung sowie diesbezügliche Facetten wie der Anteil der sexuell aktiven Personen und die Zahl der Sexualpartner im Verlauf des Lebens und in den vorangegangenen zwölf Monaten untersucht. Anschliessend wird die Häufigkeit, mit der neue feste und gelegentliche Partnerschaften eingegangen werden, und der Schutz durch Präservative in dieser Situation analysiert. Der Abschnitt schliesst mit einem Überblick über den Präservativgebrauch im Verlauf des Lebens und beim letzten Sexualkontakt.

9.2.1 Sexuelle Aktivität

Die sexuelle Aktivität der Bevölkerung hat sich in der letzten Zeit nicht verändert. 2007 lag der Anteil der sexuell aktiven Personen (die im Verlauf ihres Lebens mindestens einen Sexualkontakt hatten) ähnlich wie in den Vorjahren bei den 17- bis 20-Jährigen bei 73,1%, bei den 21- bis 30-Jährigen bei 95,3% und bei den 31- bis 45-Jährigen bei 98,0% (ohne Abbildungen). Abbildung 9-2 zeigt die Entwicklung des Medianwerts der Gesamtzahl der Partner im Verlauf des Lebens nach Alters- und Geschlechtskategorien (ohne andere Abbildungen). Bei einigen dieser Kategorien hat dieser Medianwert zwischen 2000 und 2007 zugenommen (bei den anderen Kategorien war dieser Anstieg zwischen 1997 und 2000 erfolgt). Der Medianwert der Partnerzahl in den vorangegangenen zwölf Monaten liegt seit 1997 bei 1,0 und ist bei den Männern und Frauen sowie innerhalb der Alterskategorien identisch.

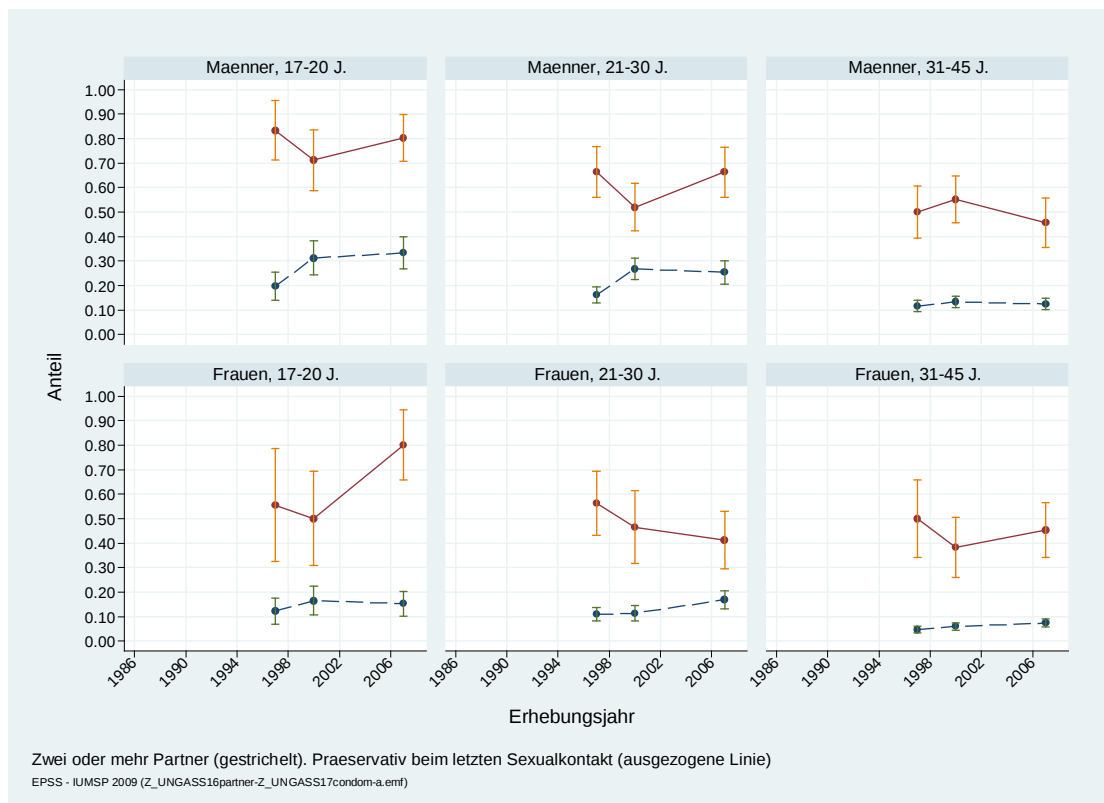
Abbildung 9-2 Gesamtzahl der Partner (Median) im Verlauf des Lebens und in den vorangegangenen zwölf Monaten, nach Geschlecht und Alter



Basis: alle Befragten

Die Folgearbeiten zur Verpflichtungserklärung der UNO zu HIV/Aids enthalten mehrere zentrale Indikatoren für eine risikoreiche Sexualität, unter anderem zwei oder mehr Sexualpartner in den vorangegangenen zwölf Monaten sowie Verzicht auf ein Präservativ beim letzten Sexualkontakt^a. In Abbildung 9-3 ist die Entwicklung dieser beiden Indikatoren seit 1997 dargestellt. 2007 hatten insgesamt 14,4% der Befragten zwei oder mehr Partner, was einer leichten Zunahme seit dem Jahr 2000 (11,8%) entspricht. Abgesehen vom Altersgefälle – die jüngeren Personen hatten häufiger eine Mehrfachbeziehung und schützten sich besser – zeigen sich in den anderen Analysekatoren, Region und Bildungsstand, keine klaren Trends (ohne Abbildungen).

Abbildung 9-3 Personen, die in den vorangegangenen zwölf Monaten zwei oder mehr Partner hatten^a; Präservativgebrauch beim letzten Sexualkontakt dieser Personen. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter



^a Basis: alle Befragten

9.2.2 Feste und gelegentliche Partner

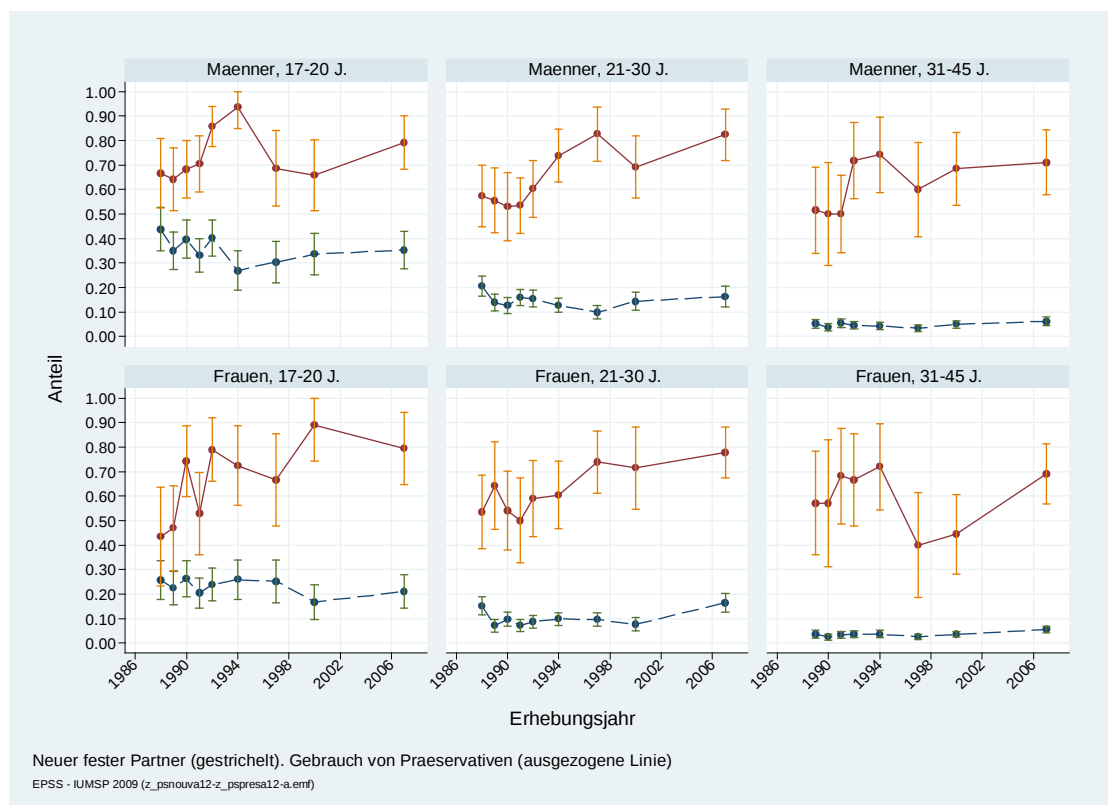
Das Eingehen einer Beziehung mit einem neuen festen Partner ist eine Situation, in der die Frage nach dem Gebrauch von Präservativen gestellt werden muss, zumindest zu Beginn der Beziehung. Abbildung 9-4 zeigt den Anteil der Befragten, die im Verlauf des Jahres eine neue feste Partnerschaft eingegangen sind. Es ist das erwartete Altersgefälle zu beobachten – eine höhere Häufigkeit bei den Jüngeren, vor allem bei den 17- bis 20-jährigen Männern. Hingegen zeichnet sich kein klarer Trend ab, der auf eine mögliche Veränderung der Situation hinweisen würde. In den Verteilungen dieses Merkmals nach Bildungsstand und Region lassen sich keine grösseren Unterschiede feststellen (Abbildung 14-1 im Anhang).

^a "Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators, 2010 Reporting", S. 57-58.

Die Benutzung von Präservativen, zumindest zu Beginn der neuen festen Beziehung, war 2007 in allen Alters- und Geschlechtskategorien verbreitet und erreichte einen hohen Anteil zwischen 60 und 80% (Abbildung 9-4). Bei den 31- bis 45-jährigen Frauen hat der Präservativgebrauch wieder zugenommen, nachdem er in den Jahren 1997-2000 eingebrochen war.

Was die sprachregionalen Unterschiede anbelangt (Abbildung 14-1 im Anhang), wird das Bild durch die kleinen Stichproben, die breite Vertrauensintervalle zur Folge haben, etwas verdunkelt. Das Schutzniveau scheint jedoch überall hoch zu sein, vielleicht mit Ausnahme der Frauen im Tessin, wo sich die Benutzungshäufigkeit 2007 in der Grössenordnung von 50% bewegte und somit signifikant unter den 75-85% lag, die in der Deutsch- und Westschweiz zu verzeichnen waren.

Abbildung 9-4 Neuer fester Partner im Verlauf des Jahres^a und zumindest zu Beginn Gebrauch von Präservativen mit diesem Partner. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter



^a Basis: sexuell aktive Befragte

Auch Personen, die Gelegenheitspartner haben, befinden sich in einer Situation, in der es notwendig ist, sich mit Präservativen zu schützen. Der Anteil der Personen, die in den vorangegangenen sechs Monaten Gelegenheitspartner hatten, ist bei den 17- bis 20-jährigen Männern am höchsten (2007 lag er bei 33,8%). Seit der Erhebung 2000 hat er sich nicht signifikant verändert (Abbildung 9-5; Abbildung 14-2 im Anhang). In Bezug auf die soziale und geografische Verteilung sind keine grossen Unterschiede festzustellen.

Abbildung 9-5 Befragte mit mindestens einem Gelegenheitspartner in den vorangegangenen sechs Monaten^a und systematischer Gebrauch von Präservativen mit diesen Gelegenheitspartnern. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter



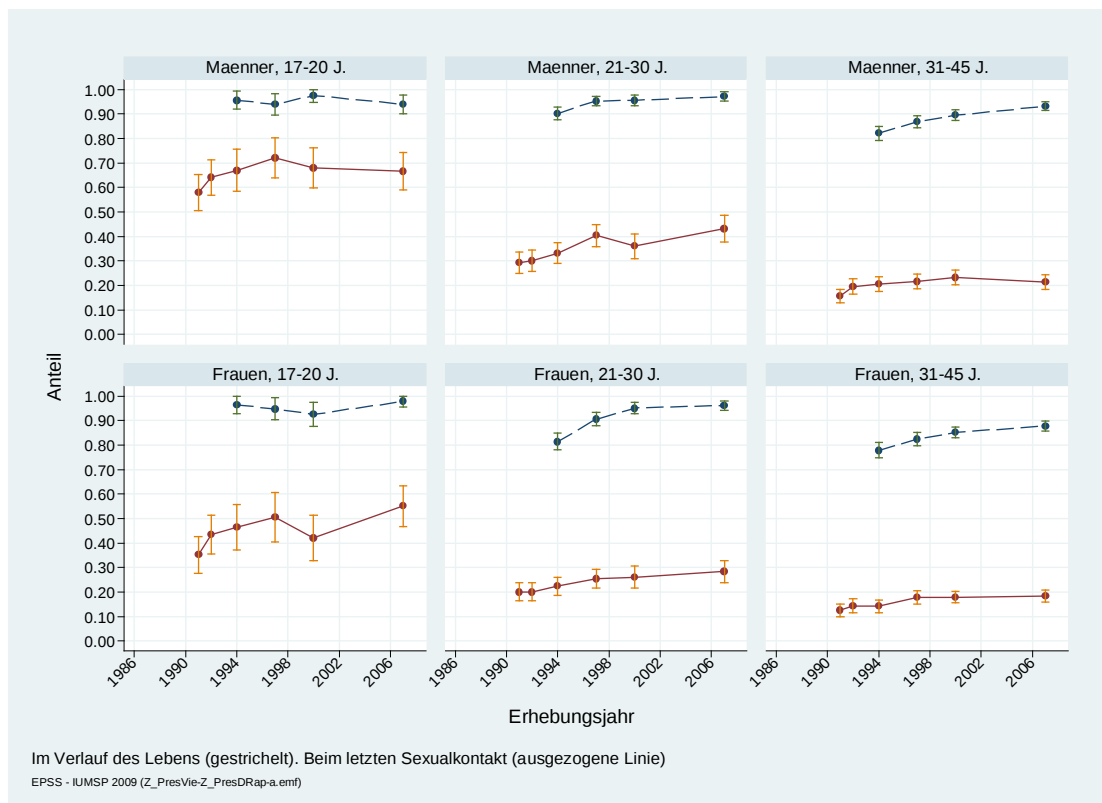
^a Basis: sexuell aktive Befragte

9.2.3 Präservativgebrauch im Verlauf des Lebens und beim letzten Sexualkontakt

Es werden auch zwei allgemeine Indikatoren für den Gebrauch von Präservativen verfolgt: der Anteil der Personen, die im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal ein Präservativ benutzt haben, und der Anteil jener, die bei ihrem letzten Sexualkontakt eines verwendet haben (unabhängig vom Partnertyp). Der Gebrauch mindestens einmal im Leben ist ein kumulativer Indikator, der die erwartete Erhöhung im Verlauf der Zeit aufweist (Abbildung 9-6 sowie Abbildung 14-3 im Anhang). Insgesamt haben über 90% der Befragten schon einmal ein Präservativ benutzt. In Bezug auf die sozialen Unterschiede ist der Gebrauch von Präservativen bei Frauen mit tiefem Bildungsstand und bei Ausländerinnen weniger verbreitet.

Die Situation bezüglich des Präservativgebrauchs beim letzten Sexualkontakt (Abbildung 9-6 sowie Abbildung 14-3 im Anhang) hat sich seit dem Jahr 2000 nicht verändert; es lässt sich ein Alters- (mit dem Alter rückläufige Anteile) und ein Geschlechtsgefälle (weniger Frauen geben an, ein Präservativ gebraucht zu haben) feststellen. Das einzige geografische oder soziale Gefälle betrifft die grössere Häufigkeit des Präservativgebrauchs bei den Männern mit dem tiefsten Bildungsstand; diese Situation besteht seit 1997.

Abbildung 9-6 Gebrauch von Präservativen: mindestens einmal im Verlauf des Lebens; beim letzten Sexualkontakt. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter



Basis: sexuell aktive Befragte

9.3 SEXUELLE NEIGUNG ANHAND DES GESCHLECHTS DER PARTNER

Informationen zum Geschlecht der Sexualpartner^a werden in der EPSS seit 1997 durch eine Frage erhoben^b, die jenen Befragten gestellt wird, die angeben, im Verlauf ihres Lebens mindestens einen Partner gehabt zu haben; diese Frage wurde in das Modul Aids der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) von 2007 aufgenommen. Diese Daten werden hier aufgeführt, damit für die Prävention Schätzungen der relativen und absoluten Bestandeszahlen zur Verfügung stehen.

9.3.1 Geschätzte Zahl der betroffenen Personen

In Tabelle 9-1 ist anhand der EPSS-Erhebungen für den Zeitraum 1997-2007 die Entwicklung der Anteile der befragten Männer und Frauen zusammengefasst, die angeben, im Verlauf ihres Lebens

^a Diese Angaben betreffen somit das Sexualverhalten. Die Zusammenhänge mit der sexuellen Präferenz oder der sexuellen Identität müssen noch bestimmt werden.

^b Die Frage betrifft die Gesamtheit der Partner, die die Befragten im Verlauf ihres Lebens hatten, und bietet die folgenden nummerierten Antwortmöglichkeiten (in der Reihenfolge, die den Frauen vorgelegt wird): "1. nur mit Männern", "2. hauptsächlich mit Männern, aber auch mit mindestens einer Frau", "3. sowohl mit Männern als auch mit Frauen", "4. hauptsächlich mit Frauen, aber auch mit mindestens einem Mann", "5. nur mit Frauen". Die Antwortmöglichkeiten mit der entsprechenden Nummer werden den Befragten in einer Reihenfolge vorgelesen, bei der die heterosexuelle Merkmalsausprägung an erster Stelle steht; die Befragten werden aufgefordert, als Antwort nur die Nummer anzugeben.

ausschliesslich andersgeschlechtliche Partner oder mindestens einen gleichgeschlechtlichen Partner gehabt zu haben. Für 2007 ist auch die Schätzung aufgeführt, die auf der SGB 2007 beruht. Es ist festzustellen, dass diese Anteile über den Betrachtungszeitraum sehr stabil bleiben. Für 2007 sind die Anteile der Befragten, die mindestens einen gleichgeschlechtlichen Partner gehabt haben, bei den Männern und den Frauen identisch: 3,2% in der EPSS. Diese Anteile stimmen weitgehend mit jenen der SGB überein.

Tabelle 9-1 Geschlecht der Sexualpartner der Befragten (in % der Gesamtheit der 17- bis 45-jährigen Befragten nach Jahr und Geschlecht)

Geschlecht der Partner ^a	Männer			Frauen				
	EPSS			SGB	EPSS			SGB
	1997 n=1461	2000 n=1440	2007 n=1441	2007 n=4292	1997 n=1404	2000 n=1426	2007 n=1433	2007 n=3773
Nie einen Partner gehabt^b	7.5	6.0	11.2	7.3	6.2	5.0	8.6	8.6
Antwortausfall zur Frage nach dem Geschlecht	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.6
Mindestens ein gleichgeschlechtlicher	3.6	3.4	3.2	3.2	2.8	2.0	3.2	3.3
Nur andersgeschlechtliche	88.9	90.6	85.6	88.7	91.0	93.0	88.3	87.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Anmerkungen

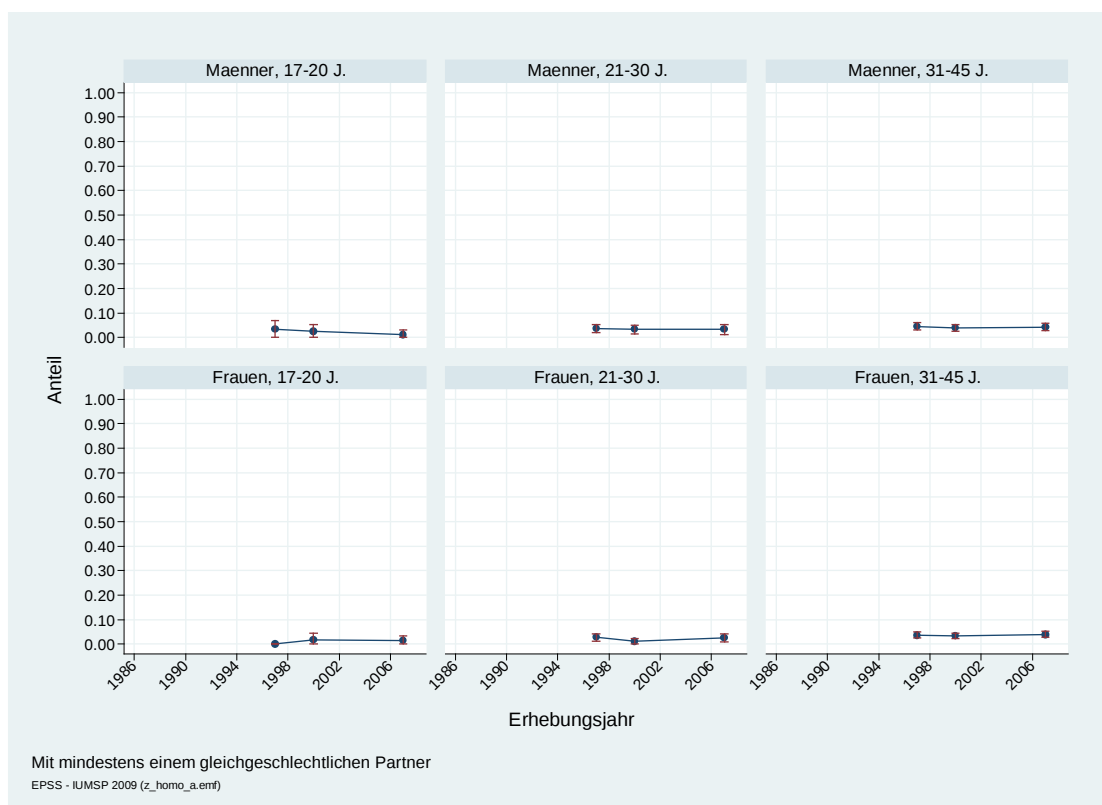
^a Die Frage bezog sich auf alle Partner der befragten Person im Verlauf des Lebens.

^b Enthält die Antwortausfälle auf die Frage nach der Gesamtzahl der Partner im Verlauf des Lebens.

Fett: Daten 2007. Gewichtete Daten

Abbildung 9-7 veranschaulicht diese Stabilität innerhalb der Alters- und Geschlechtskategorien; sie zeigt auch, dass für beide Geschlechter ein gewisses Altersgefälle besteht. Einige weitere Unterschiede zeigen sich, wenn die Situation anhand der geografischen und sozio-demografischen Kategorien untersucht wird (Abbildung 14-4 im Anhang): Bei den Männern und bei den Frauen ist vor allem ein leichtes Bildungsgefälle sowie bei den Männern eine Konzentration in den grossen Gemeinden zu beobachten.

Abbildung 9-7 Anteil der Befragten mit mindestens einem gleichgeschlechtlichen Partner. Nach Geschlecht und Alter



Basis: alle Befragten

Gestützt auf die obigen Informationen – Stabilität der Gesamtanteile nach Alter und Geschlecht sowie Übereinstimmung zwischen den Daten, die 2007 mit der EPSS und mit der SGB erhoben wurden – lassen sich die Bestandeszahlen der betroffenen Gruppen für 2007 schätzen, indem die Daten der SGB herangezogen werden (Tabelle 9-2). Denn diese Erhebung verwendet ein Gewichtungssystem, das die erforderlichen Entzerrungen der Stichprobe einbezieht^a und die Bestandeszahlen in der Bevölkerung direkt angibt. Zu diesen Daten liessen sich zahlreichen Bemerkungen anbringen. Hier soll nur darauf hingewiesen werden, dass man in Bezug auf die Zahl der Personen, die gleichgeschlechtliche Partner gehabt haben, tiefe Schätzwerte erhält, weil sehr wahrscheinlich eine Angabeverzerrung besteht; hinzu kommt höchstwahrscheinlich ein Problem bezüglich der Gültigkeit der Frage, die im Kontext "penetrativer Geschlechtsverkehr" gestellt wird und somit ebenfalls bewirkt, dass sich eine Dunkelziffer ergibt. Die aufgeführten Bestandeszahlen stellen somit sehr wahrscheinlich Untergrenzen dar.

Ohne detailliert auf diese Tabelle einzugehen, lassen sich einige Punkte erwähnen, die in Bezug auf die Kategorie "gleichgeschlechtlich" auffallen. Die Bestandeszahlen der Männer und der Frauen kommen sich sehr nahe, aber die Verteilung auf die einzelnen Komponenten ist sehr unterschiedlich. Die Veränderungen in dieser Altersverteilung weisen zusätzlich auf Alters-, Kohorten- und Periodeneffekte hin. Schliesslich variieren die betreffenden Bestandeszahlen erheblich je nach Inklusivität der Kriterien, die für die Bildung der Kategorie "gleichgeschlechtlich" herangezogen werden.

^a Eric Graf / METH, 28 août 2008. Note explicative sur les pondérations. Enquête Suisse sur la Santé 2007. (ESS07_Notes_ponderations.pdf).

Tabelle 9-2 Anzahl Personen (in Tausend) in Bezug auf die Geschlechtskategorien der Sexualpartner, Schweiz 2007, nach Geschlecht und Alterskategorie

Geschlecht der Partner ^a	17-20 Jahre		21-30 Jahre		31-45 Jahre		46-64 Jahre		65-74 Jahre		Insgesamt	
MÄNNER												
Nie einen Partner gehabt ^b	55.5		26.0		22.1		30.1		14.2		147.8	
Antwortausfall zur Frage nach dem Geschlecht	0.9		0.2		10.6		10.8		3.1		25.6	
Nur gleichgeschlechtliche	1.2	52.3%	5.4	38.7%	5.5	19.5%	3.6	16.2%	1.2	35.8%	17.0	24.1%
Hauptsächlich gleichgeschlechtliche	0.4	17.1%	2.4	16.9%	5.9	20.9%	2.5	11.2%	0.2	6.8%	11.4	16.2%
Ebenso gleich- wie andersgeschlechtliche	0.0	0.0%	1.1	7.9%	1.5	5.2%	2.0	9.0%	0.7	20.3%	5.3	7.5%
Hauptsächlich andersgeschlechtliche	0.7	30.5%	5.1	36.5%	15.4	54.4%	14.2	63.6%	1.2	37.1%	36.6	52.2%
Nur andersgeschlechtliche	150.4		358.0		746.5		795.0		250.0		2300.0	
Total	209.0		398.3		807.5		858.3		270.7		2543.7	
Subtotal "gleichgeschlechtliche" (1-4) (in Tausend)	2.3	100.0%	14.1	100.0%	28.2	100.0%	22.4	100.0%	3.3	100.0%	70.3	100.0%
% "gleichgeschlechtliche" (1-4)	1.1%		3.5%		3.5%		2.6%		1.2%		2.8%	
% Nur andersgeschlechtliche	72.0%		89.9%		92.5%		92.6%		92.4%		90.4%	
FRAUEN												
Nie einen Partner gehabt ^b	72.0		27.7		22.4		39.7		28.2		190.0	
Antwortausfall zur Frage nach dem Geschlecht	0.0		1.4		7.0		7.5		4.6		20.5	
Nur gleichgeschlechtliche	0.8	30.9%	1.3	7.2%	0.9	3.5%	0.3	1.3%	0.0	0.0%	3.3	4.7%
Hauptsächlich gleichgeschlechtliche	0.5	20.6%	0.6	3.2%	3.0	11.3%	2.1	9.6%	0.5	34.2%	6.6	9.5%
Ebenso gleich- wie andersgeschlechtliche	0.5	20.0%	0.6	3.6%	2.7	10.1%	1.1	5.0%	0.0	0.0%	4.9	7.0%
Hauptsächlich andersgeschlechtliche	0.7	28.5%	15.4	86.1%	19.8	75.1%	18.4	84.1%	0.9	65.8%	55.2	78.8%
Nur andersgeschlechtliche	120.8		354.9		767.9		817.8		275.8		2337.2	
Total	195.4		401.8		823.7		886.9		309.9		2617.7	
Subtotal "gleichgeschlechtliche" (1-4) (in Tausend)	2.6	100.0%	17.8	100.0%	26.4	100.0%	21.9	100.0%	1.3	100.0%	70.0	100.0%
% "gleichgeschlechtliche" (1-4)	1.3%		4.4%		3.2%		2.5%		0.4%		2.7%	
% Nur andersgeschlechtliche	61.8%		88.3%		93.2%		92.2%		89.0%		89.3%	

Anmerkungen

^a Die Frage bezog sich auf alle Partner der befragten Person im Verlauf des Lebens.^b Enthält die Antwortausfälle auf die Frage nach der Gesamtzahl der Partner im Verlauf des Lebens.

Kursiv gedruckte Prozentsätze: Verteilung innerhalb der Kategorie "gleichgeschlechtlich". Gewichtete Daten der SGB 2007

9.3.2 Vergleich der MSM-Stichproben der SGB und von Gaysurvey

In Tabelle 9-3 werden zwei Stichproben der MSM in der Schweiz anhand von zwei Erhebungen verglichen, die 2007 durchgeführt wurden: Gaysurvey und SGB. Mit einem Medianalter von 35 Jahren ist die Gruppe, die mit Gaysurvey erreicht wird, jünger als die Teilnehmer der SGB (39 Jahre). Eine Schichtung nach Altersgruppen zeigt, dass sich an den beiden Erhebungen überwiegend über 40-Jährige beteiligen. Hingegen ist der Anteil der unter 30-Jährigen bei Gaysurvey mit 30,9% viel höher als in der SGB (16,3%).

Der Bildungsstand der Befragten von Gaysurvey ist tiefer als in der SGB (62,9% beziehungsweise 75,7%).

Mit einem Medianwert von fünf Partnern in den vorangegangenen zwölf Monaten haben die Befragten von Gaysurvey eine viel grössere Zahl von Gelegenheitspartnern als die Befragten der SGB, die einen Partner angeben. Zudem schützt sich ein höherer Anteil der Befragten der SGB im Kontakt mit ihrem Gelegenheitspartner systematisch.

Um die Unterschiede zwischen den für die beiden Erhebungen erhaltenen Anteilen zu vergleichen, wurden anhand der soziodemografischen Merkmale lineare und logistische Regressionen zu den Merkmalen durchgeführt, die mit der Prävention zusammenhängen (Tabelle 14-1 im Anhang).

Tabelle 9-3 Vergleich der MSM-Stichproben der SGB und von Gaysurvey für das Jahr 2007

	Gaysurvey 2007 n=2925		SGB n=213	
Soziodemografische Merkmale				
Alter				
Min.-max. Alter	15-81		18-74	
Medianalter	35		39	
Durchschnittsalter	36.1		41.6	
Altersgruppe				
<20	171	5.8	7	3.3
20-29	888	30.4	35	16.3
30-39	773	26.4	67	31.5
>40	1072	36.6	104	48.9
Antwortausfall	21	0.7	-	-
Bildungsstand				
Primarstufe, Sekundarstufe I	197	6.7	5	2.3
Berufslehre, Berufsfachschule	904	30.9	90	42.4
Schule ohne/mit Maturität	403	13.8	14	6.5
Höhere Fachschule	749	25.6	22	10.5
Universität, technische Hochschule	665	22.7	82	38.4
Antwortausfall	7	0.2	0	-
Nationalität				
Schweiz	2479	84.8	147	69.2
Ausland	391	13.4	66	30.8
Antwortausfall	55	1.9	0	-
Merkmale in Zusammenhang mit der Prävention				
Anzahl Partner in den vorangegangenen zwölf Monaten				
Mittelwert	13.5		3.6	
Median	5.0		1.0	

	Gaysurvey 2007 n=2925		SGB n=213	
Gelegenheitspartner in den vorangegangenen zwölf Monaten	2094	71.6	83	39.0
Präservativgebrauch mit dem oder den Gelegenheitspartnern	*n=1701			
Immer	1256	73.8	69	82.2
Manchmal/nie	416	24.5	14	17.5
Antwortausfall	29	1.7	0	0.3

* Befragte, die mit den Gelegenheitspartnern Analverkehr hatten

In Bezug auf die sexuelle Aktivität (Anzahl Partner sowie Gelegenheitspartner in den vorangegangenen zwölf Monaten) lässt sich der festgestellte Unterschied auf die Quelldaten zurückführen. Der Vergleich zeigt, dass unter den Teilnehmern von Gaysurvey Personen mit erhöhtem Risiko leicht übervertreten sind. Es ist somit angebracht, die MSM weiterhin mit Hilfe dieses Fragebogens zu untersuchen, damit die Prävention gezielt und wirksam angepasst werden kann.

Bei den Befragten, die mit Gelegenheitspartnern Präservative benutzt haben, ergeben die Daten von GS07 und der SGB07 unterschiedliche Anteile. Dies ist nicht auf die Quelle der entsprechenden Daten, sondern auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Befragten in den beiden Erhebungen nicht die gleiche Verteilung nach Nationalität und nach Bildungsstand aufweisen.

Obwohl die Befragten von Gaysurvey eine höhere Zahl von Partnern und mehr Gelegenheitspartner angeben, entspricht ihr Schutzniveau jenem der Allgemeinbevölkerung, das durch die SGB erfasst wurde.

9.4 DAS PRÄSERVATIV ALS PRODUKT, DETERMINANTEN FÜR DEN KAUF^a, PROBLEME BEI DER BENUTZUNG

Die Analyse der Determinanten für den letzten Präservativkauf beruht auf den Daten der Erhebungswelle 2007 der EPSS, die mehrere Fragen zu diesem Thema enthielt. Ein Drittel der Befragten (33,3% insgesamt, 41,0% der Männer und 25,7% der Frauen) haben in den vorangegangenen zwölf Monaten Präservative gekauft. In Interviews wurde diesen Personen eine Serie von acht möglichen Gründen ("Determinanten") für den Kauf vorgelegt, und sie wurden aufgefordert, deren Wichtigkeit auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht wichtig) bis 10 (sehr wichtig) einzustufen. Die mittleren Scores, die für jede Determinante erreicht wurden, sind in Tabelle 9-4 aufgeführt; in Abbildung 9-8 sind diese Ergebnisse nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselt.

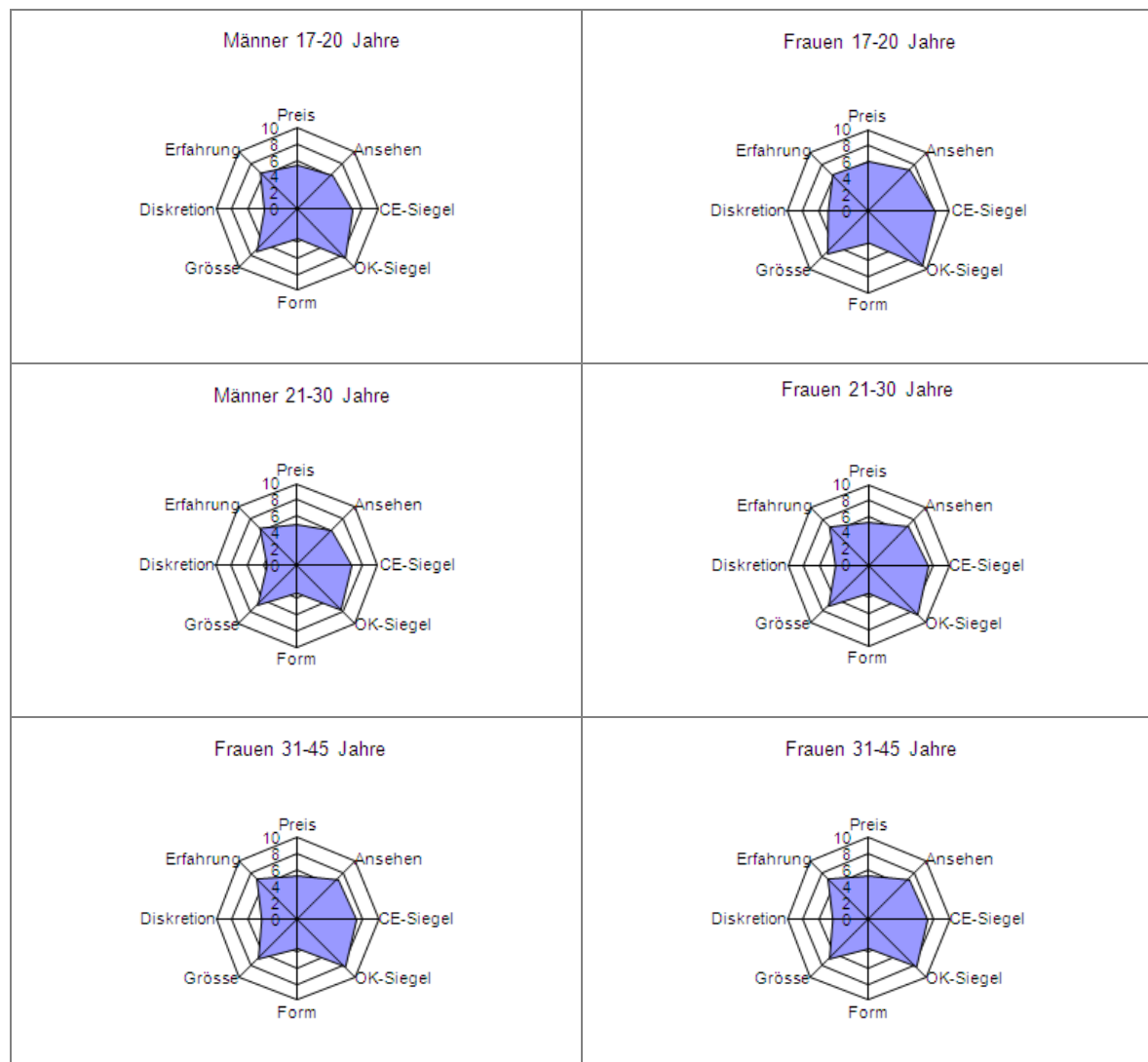
Als wichtigstes Element wurde die bestätigte Qualität des Produkts genannt: das Vorhandensein der Gütesiegel "OK" und "CE". Das "OK"-Label des Vereins Gütesiegel für Präservative steht in allen Alters- und Geschlechtskategorien an erster Stelle. In Bezug auf die äusserlichen Merkmale des Produkts sind die Resultate uneinheitlich: Die passende Grösse wird als zweitwichtigstes Element eingestuft, während die Form den tiefsten Score erzielt. Bei den Männern messen die jüngsten der Grösse und dem Preis mehr Bedeutung zu.

^a Dieser Abschnitt wurde teilweise vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung, Bern, finanziert; Projektnummer 3346C0-104210, "Case study analysis of the Swiss public-private partnership established to ensure promotion of high quality condoms for HIV prevention".

Tabelle 9-4 Determinanten für den letzten Kauf von Präservativen. Gesamttabelle

	Mittelwert	n	Std. Deviation
Vorhandenes OK-Gütesiegel	8.0	940	2.922
Vorhandenes CE-Gütesiegel	6.8	888	3.524
Eine passende Grösse	6.8	949	3.104
Meine frühere Erfahrung mit dem Produkt	6.6	944	3.153
Das Ansehen der Marke	6.5	946	3.125
Ein erschwinglicher Preis	5.1	954	3.121
Die Diskretion beim Kauf	4.0	952	2.914
Eine besondere Präservativform	3.4	947	2.677

Anmerkung: Mittlere Scores auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht wichtig) bis 10 (sehr wichtig). Basis: Befragte, die in den vorangegangenen zwölf Monaten Präservative gekauft haben

Abbildung 9-8 Determinanten für den Kauf von Präservativen, mittlere Scores nach Alter und Geschlecht

Anmerkungen: Mittlere Scores auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht wichtig) bis 10 (sehr wichtig). Kurzbezeichnung der Determinanten: Die vollständigen Bezeichnungen sind in Tabelle 9-4 aufgeführt. Basis: Befragte, die in den vorangegangenen zwölf Monaten Präservative gekauft haben

Für die Verfolgung der Probleme, die bei der Benutzung von Präservativen aufgetreten sind, werden seit 1997 zwei Indikatoren verwendet: das Verrutschen beziehungsweise das Reißen des Präservativs, das beim letzten Sexualkontakt verwendet wurde (Tabelle 9-5). Die Daten blieben über den gesamten Betrachtungszeitraum sehr stabil, auch innerhalb der einzelnen Kategorien (ohne Abbildungen). Die berechnete Gesamtrate von 2,4% für das Verrutschen und von 2,1% für das Reißen kann somit als sehr gute Schätzung der tatsächlichen Problemraten^a in der Allgemeinbevölkerung betrachtet werden.

Tabelle 9-5 Häufigkeit (%) des Verrutschens oder Reissens des Präservativs beim letzten Sexualkontakt

	1997 (n=723)	2000 (n=675)	2007 (n=777)	Ensemble (n=2175)
Verrutschen	2.1	2.8	2.4	2.4
Vertrauensintervall	1.2 ; 3.4	1.7 ; 4.4	1.5 ; 3.8	1.8 ; 3.2
Reissen	3.0	1.2	2.1	2.1
Vertrauensintervall	1.9 ; 4.6	.5 ; 2.3	1.2 ; 3.3	1.5 ; 2.8

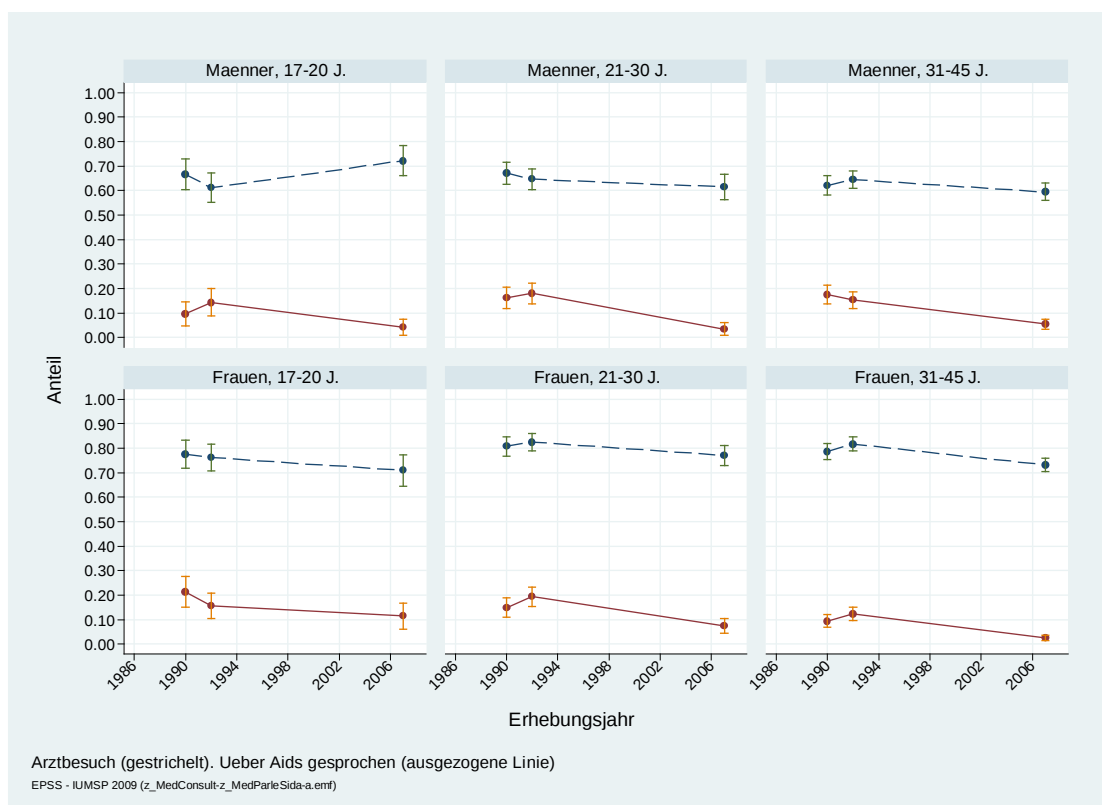
Anmerkungen: Basis: Befragte, die bei ihrem letzten Sexualkontakt ein Präservativ verwendet haben. Die Antwortausfälle, die in der Tabelle nicht enthalten sind, liegen bei über 4%. 95%-Vertrauensintervalle, berechnet für eine Poisson-Variable.
Daten EPSS - IUMSP 2009

9.5 INDIVIDUELLE BERATUNG IN DER ARZTPRAXIS IN BEZUG AUF DIE HIV/AIDS-PRÄVENTION

Die Erhebungen 1990, 1992 und 2007 enthielten Fragen zu den Arztbesuchen und zur allfälligen Besprechung von Problemen im Zusammenhang mit Aids in diesem Rahmen. 2007 haben 68,4% der Befragten im Verlauf des Erhebungsjahres eine Arztpraxis aufgesucht. Zwischen den einzelnen Kategorien bestehen keine grossen Unterschiede (Abbildung 9-9 sowie Abbildung 14-5 im Anhang). Von diesen Personen haben 2007 nur 4,8% dieses Thema mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt besprochen, während es 1992 noch 15,1% waren. Dieser Rückgang lässt sich in allen Analysekatégorien feststellen.

^a Diese Problemraten stellen keine Schätzung der Versagensrate von Präservativen dar. Denn sie umfassen alle Situationen, in denen das Präservativ verrutscht oder gerissen ist: vor oder nach der Penetration, vor oder nach der Ejakulation usw. Nur einige dieser Situationen beinhalten ein potenzielles Risiko einer HIV-Übertragung.

Abbildung 9-9 Arztbesuch im Verlauf des Jahres; Besprechung des Themas Aids bei diesem Besuch. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter



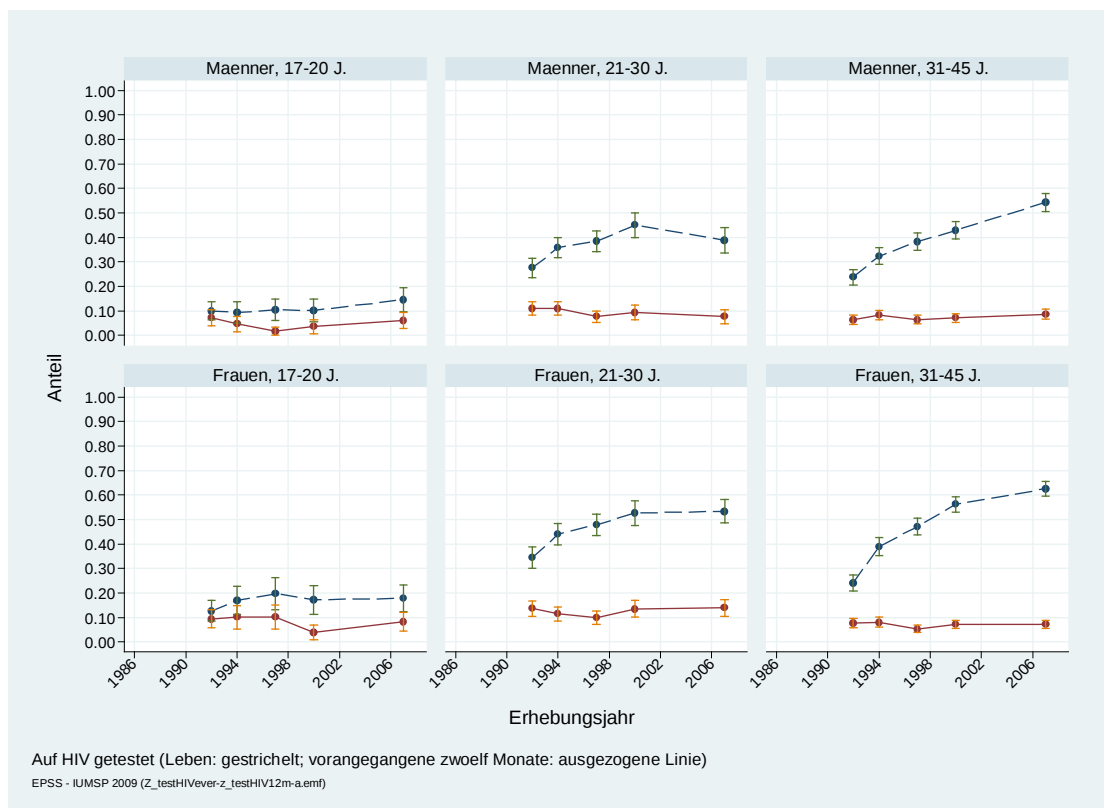
9.6 HIV-TEST

Der Anteil der Personen, die in ihrem Leben mindestens einen HIV-Test vornehmen liessen (ausserhalb der Blutspende), nimmt im Verlauf der Zeit zu. Dieser kumulative Indikator lag 2007 bei den 31- bis 45-jährigen Männern bei 53% und bei den Frauen dieser Altersgruppe bei 62% (Abbildung 9-10). Werden auch die Tests berücksichtigt, die (im Verlauf des Lebens) im Zusammenhang mit dem Blutspenden durchgeführt werden, belaufen sich diese Anteile auf 80% beziehungsweise 72%.

In Abbildung 9-10 sowie Abbildung 14-6 im Anhang ist auch der Anteil der Befragten dargestellt, die sich kürzlich, d. h. in den vorangegangenen zwölf Monaten, einem HIV-Test unterzogen haben. Die Anteile blieben im Betrachtungszeitraum stabil, und zwischen den sozialen und geografischen Kategorien bestehen keine grossen Unterschiede.

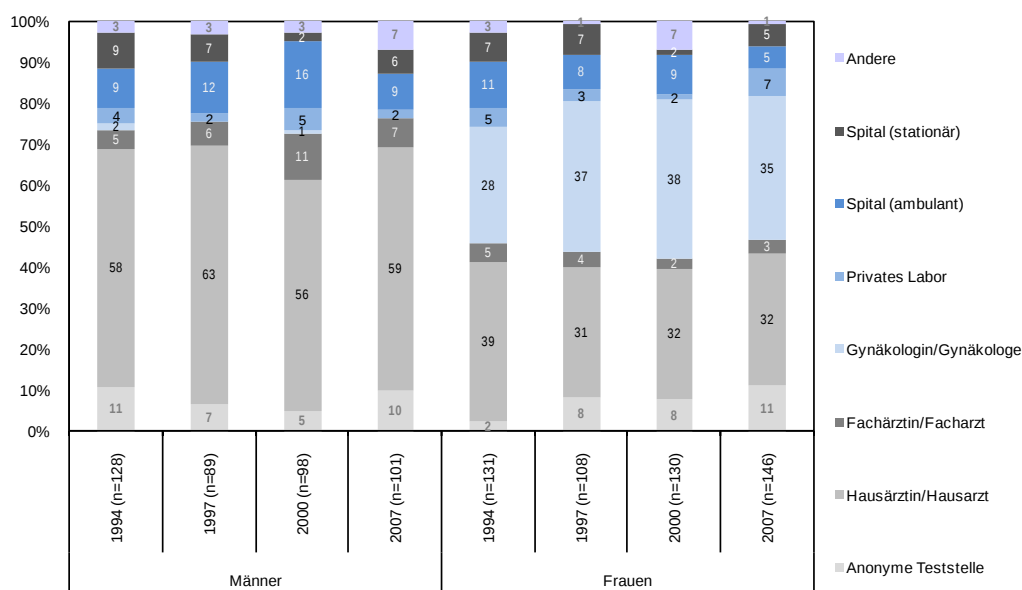
Für jene, die in den vorangegangenen zwölf Monaten einen HIV-Test vornehmen liessen, ist in Abbildung 9-11 der Ort angegeben, an dem der Test durchgeführt wurde. 2007 erwähnte ungefähr jede sechste befragte Person eine anonyme Teststelle. Die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte wurden von etwas über zwei Drittel der Befragten angegeben. Dabei handelt es sich bei den Männern vor allem um die Hausärztin oder den Hausarzt, bei den Frauen zu gleichen Teilen um den Hausarzt oder die Gynäkologin. Bei 11% der Frauen und 15% der Männer wurde der Test im ambulanten oder stationären Bereich eines Spitals durchgeführt. Unter Berücksichtigung der kleinen Gruppen hat sich diese Verteilung im Verlauf des Betrachtungszeitraums nicht stark verändert.

Abbildung 9-10 Personen, die im Verlauf ihres Lebens beziehungsweise in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens einen HIV-Test vornehmen liessen (ausserhalb der Blutspende). Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter



Anmerkung: Die Basis für jeden Indikator bilden alle Befragten der jeweiligen Kategorie.

Abbildung 9-11 Ort, an dem der letzte HIV-Test durchgeführt wurde



Basis: Befragte, die in den vorangegangenen zwölf Monaten einen Test vornehmen liessen

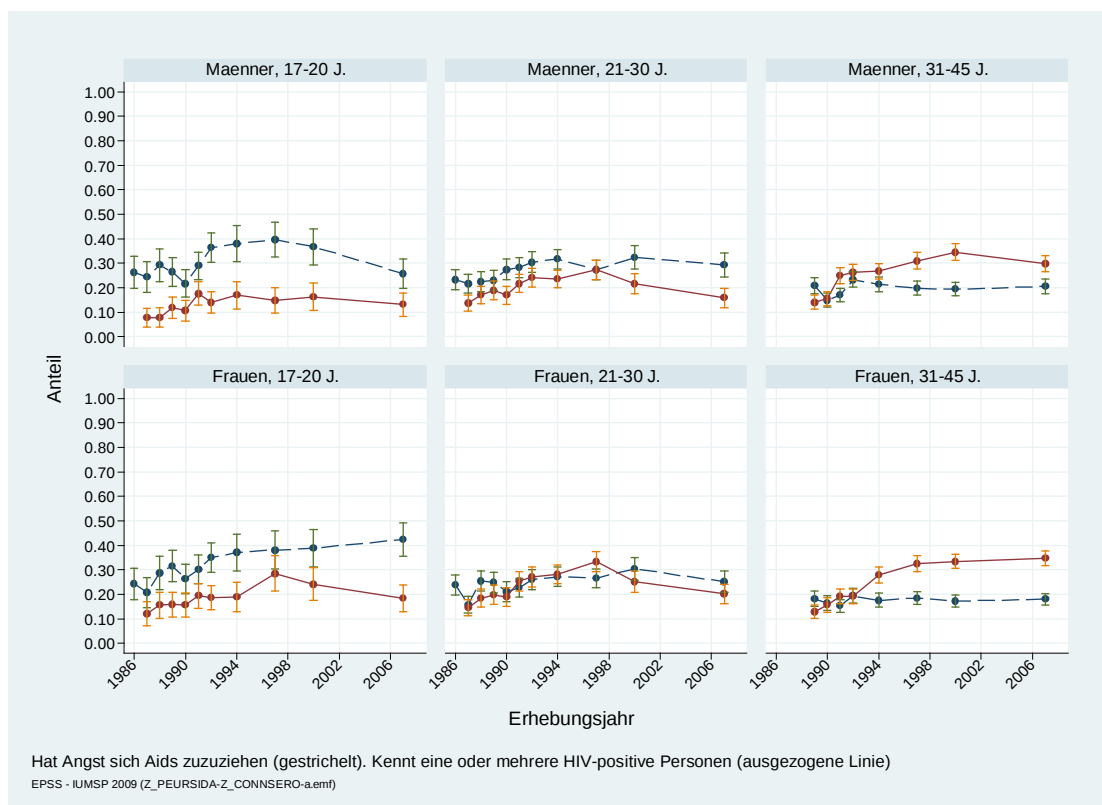
9.7 ENTWICKLUNG DES UMFELDS

Das Umfeld der Prävention in der Allgemeinbevölkerung wird durch mehrere Fragen zu den Einstellungen und zum Wissensstand untersucht, die sich auf die folgenden Aspekte beziehen: Nähe der Krankheit (kennt eine mit HIV infizierte Person, hat Angst, sich mit Aids anzustecken), Wissen um die Verfügbarkeit von HIV/Aids-Therapien und daraus abgeleitete Auswirkungen auf das Präventivverhalten.

9.7.1 Nähe der Krankheit

2007 lag der Anteil der Befragten, die eine oder mehrere HIV-positive oder aidskranke Personen kennen, insgesamt bei 25,7%; seit dem Jahr 2000 ergab sich keine merkliche Veränderung (28,3%). Der Anteil der Befragten, die manchmal Angst haben, sich Aids zuzuziehen, belief sich 2007 auf 21,5% und hat sich seit dem Jahr 2000 nicht verändert (20,9%; Abbildung 9-12). Diesbezüglich besteht ein leichtes Altersgefälle: Bei den Jüngsten ist dieser Anteil am höchsten, während er bei den 31- bis 45-Jährigen am tiefsten ist. Werden die sozialen Merkmale betrachtet, ist diese Angst bei den Personen mit dem tiefsten Bildungsstand am stärksten verbreitet (Abbildung 14-7 im Anhang). Auch bei Personen, die nicht schweizerischer Nationalität sind, ist sie häufiger festzustellen. Was die regionale Verteilung anbelangt, ist diese Angst in der Deutschschweiz weniger häufig als in der Westschweiz oder im Tessin.

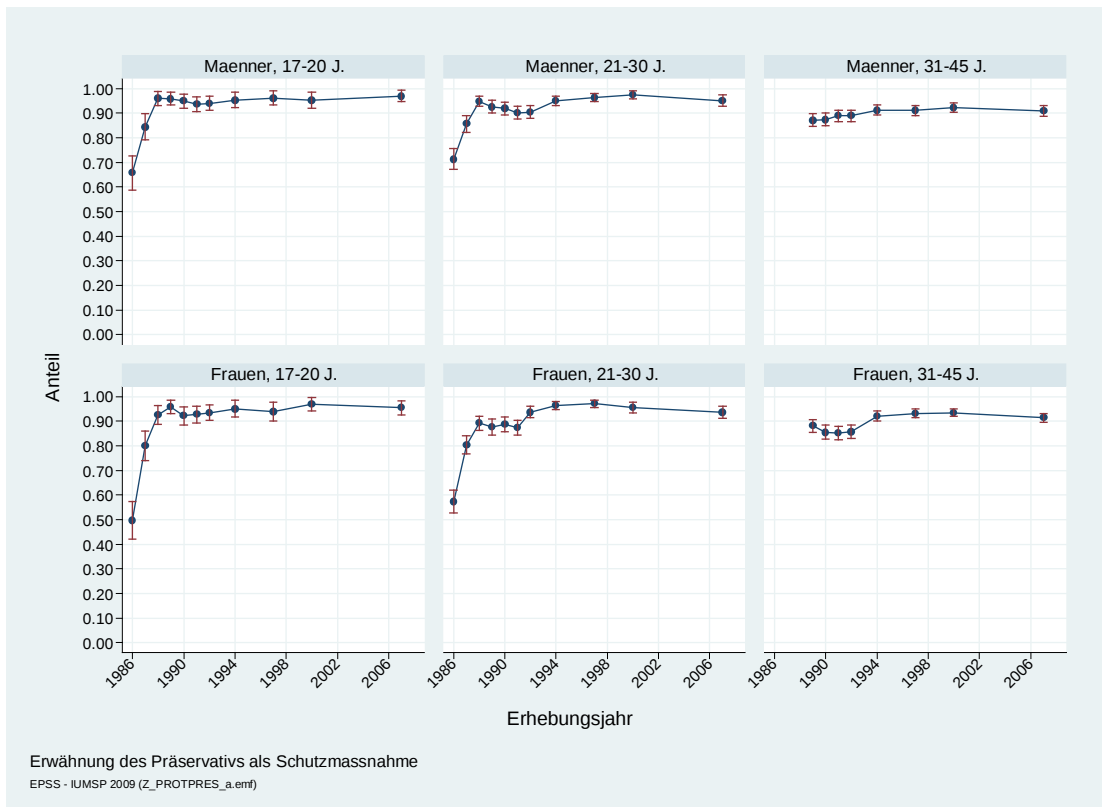
Abbildung 9-12 Angst, sich Aids zuzuziehen; mindestens eine HIV-positive Person im Bekanntenkreis. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter



9.7.2 Wissensstand bezüglich der Schutzmassnahmen

Das Präservativ ist jene Schutzmassnahme gegen HIV/Aids, die von der überwiegenden Mehrheit der Befragten (2007: 92,5%) spontan genannt wird (Abbildung 9-13) und die in allen sozialen und geografischen Kategorien gleichermaßen erwähnt wird (ohne Abbildungen), wenn das Thema in den Erhebungen angesprochen wird. Dies gilt seit Ende der 1980er-Jahre.

Abbildung 9-13 Spontane Erwähnung des Präservativs als Schutzmassnahme gegen HIV/Aids. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter



9.7.3 Wissen um die Verfügbarkeit der antiretroviralen Therapie und Einstellungen bezüglich der möglichen Auswirkungen auf die Prävention

2007 lag der Anteil der Befragten, die schon von der Verfügbarkeit von Therapien "gegen HIV/Aids" gehört hatten, bei 34,3%; gegenüber dem Jahr 2000 (35,0%) wurde keine Veränderung verzeichnet. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen waren die entsprechenden Anteile bei den älteren Personen höher (Abbildung 9-14).

Bei der Analyse zeigen sich in zwei Dimensionen deutliche Abweichungen. Zum einen besteht ein starkes Gefälle in der Grössenordnung von 25 Prozentpunkten zwischen Personen mit tiefem und mit hohem Bildungsstand (Abbildung 14-8 im Anhang). Der zweite, noch stärkere Unterschied betrifft die Abdeckung: 2007 betrug der Anteil der Personen, die von diesen Therapien gehört hatten, in der Deutschschweiz 22,0% (im Tessin 24,4%), in der Westschweiz jedoch 75,4%. Diese Abweichung, die sich zwischen 2000 und 2007 verstärkt hat, ist teilweise auf den höheren Anteil an Universitäten in der Westschweiz zurückzuführen, lässt sich damit aber nicht vollständig erklären. Beim derzeitigen Stand der Analyse können wir nur die Feststellung machen, aber keine Erklärung dafür anbieten.

Ein sehr hoher Anteil der Personen, die über die Verfügbarkeit dieser Therapien informiert sind, verfügte 2007 über korrekte Kenntnisse. In allen für die Analyse berücksichtigten Kategorien (ohne Abbildungen) wissen fast alle Befragten (90% oder mehr), dass diese Therapien ein längeres Überleben

ermöglichen, und weniger als 10% sind der Meinung, dass sich Aids mit diesen Therapien endgültig heilen lässt oder dass die Infektion von einer erkrankten Person nicht mehr übertragen wird.

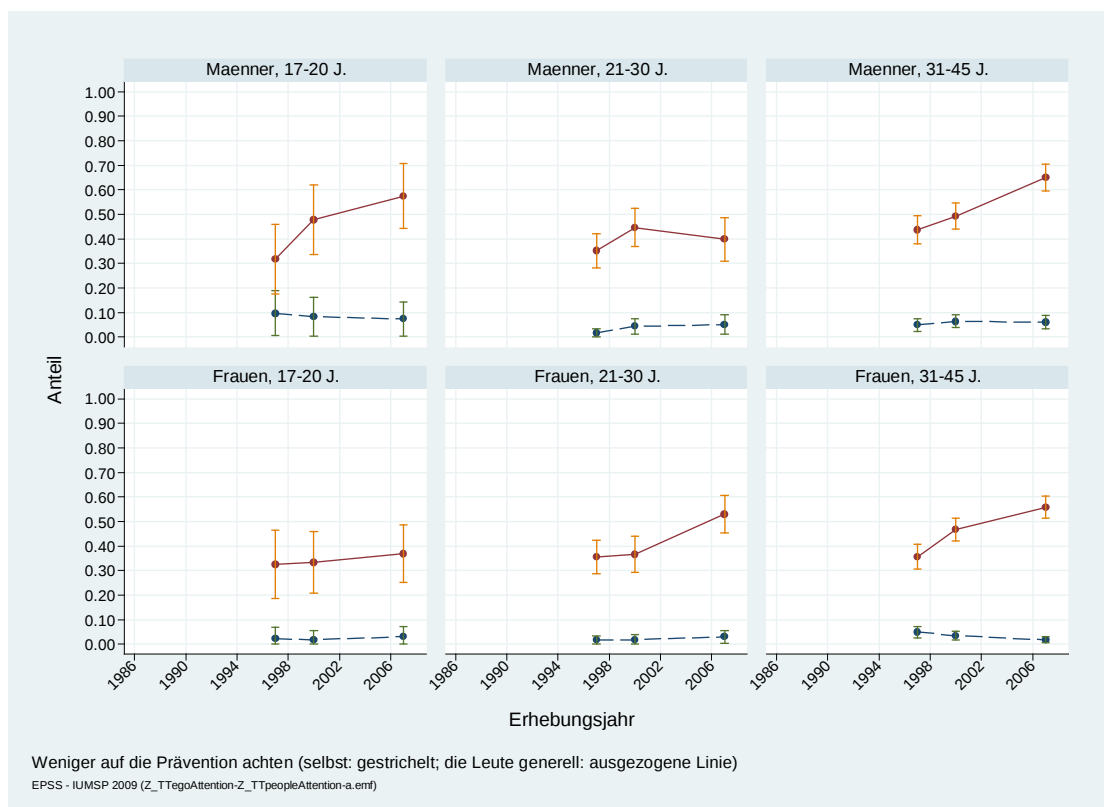
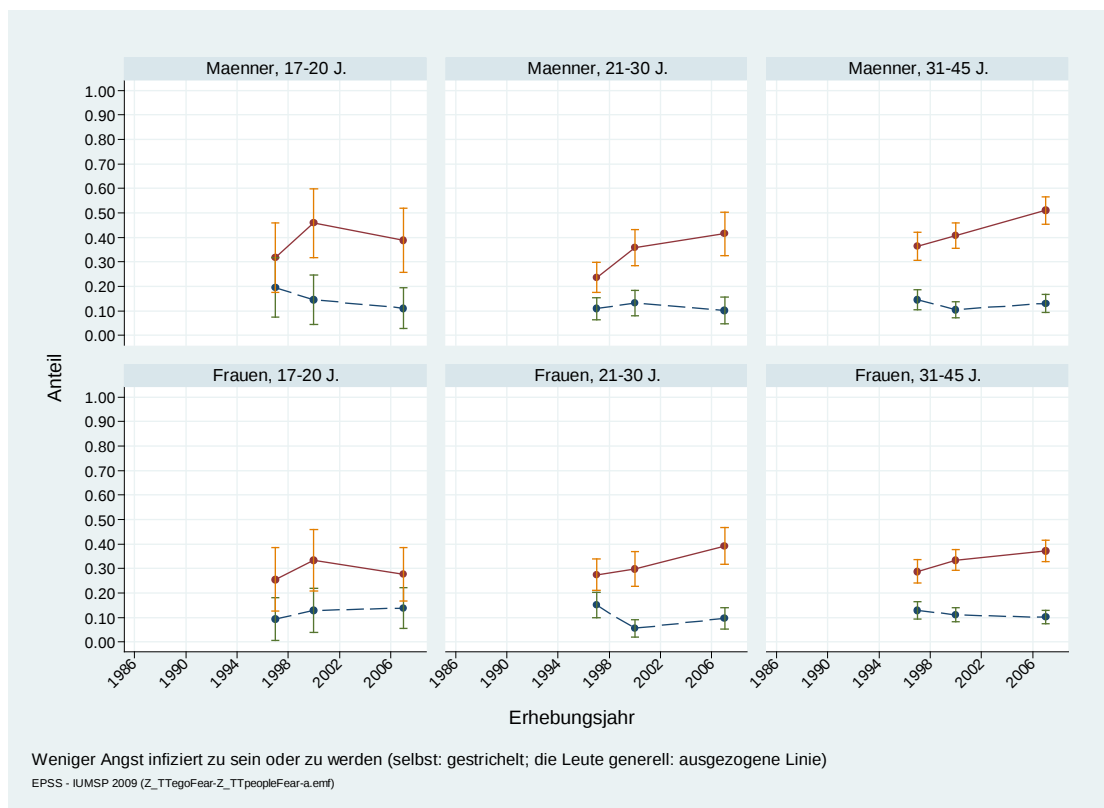
Abbildung 9-14 Wissen um die Verfügbarkeit von HIV/Aids-Therapien. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter



Für die Untersuchung der Auswirkungen dieses Wissens um die Therapien werden Fragenpaare benutzt, die jenen Personen vorgelegt werden, die über die Verfügbarkeit von Behandlungen informiert sind. Eine dieser Fragen bezieht sich auf die Auswirkungen auf die befragte Person selbst, die andere auf "die Leute generell" aus Sicht der befragten Person. Die Daten, die für die Jahre 1997, 2000 und 2007 vorliegen, betreffen die Beachtung, die der Prävention geschenkt wird, sowie die Angst, mit HIV infiziert zu sein oder zu werden (Abbildung 9-15 sowie Abbildung 14-9 im Anhang). Ein sehr kleiner Bruchteil (unter 5%) der Befragten gibt an, persönlich weniger auf die Prävention zu achten; ein etwas höherer Anteil (fast 10%) erklärt, weniger Angst zu haben, infiziert zu sein oder zu werden. Diese Anteile sind seit 1997 stabil oder gar rückläufig und in allen für die Analyse berücksichtigten Kategorien ähnlich (Abbildung 14-9 und Abbildung 14-10 im Anhang).

Ganz anders sieht die Situation aus, wenn die Formulierung dieser Fragen nicht mehr die befragte Person selbst, sondern deren Meinung bezüglich der "Leute allgemein" betrifft. In den meisten Analysekatégorien, und insbesondere bei den Männern, ist ein zunehmender Anteil der Befragten der Ansicht, dass die Leute generell weniger Angst haben, mit HIV infiziert zu werden, und weniger auf die Prävention achten. Bei den Männern in der Westschweiz und im Tessin sowie bei den Männern, die in Ballungszentren leben, ist diese Entwicklung besonders ausgeprägt. Bei den Frauen ist sie vor allem in der Westschweiz und bei Frauen mit einer höheren Bildung festzustellen.

Abbildung 9-15 Auswirkungen der Verfügbarkeit von Therapien gegen HIV/Aids auf sich selbst und Meinung zu den entsprechenden Auswirkungen auf "die Leute generell": "Weniger auf die Prävention achten"; "Weniger Angst haben, mit HIV infiziert zu sein oder zu werden". Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter



Anmerkungen: Befragte, die "völlig einverstanden" oder "eher einverstanden" sind. Basis: Befragte, die über die Verfügbarkeit von Therapien informiert sind

9.7.4 Einstellungen gegenüber HIV-positiven Personen

Der Anteil der Personen, die der Ansicht sind, dass gut informierte HIV-positive Personen Vorsichtsmassnahmen treffen, um andere nicht zu infizieren, blieb im Zeitraum 1994-2007^a insgesamt auf einem hohen Niveau von 80 bis 85% stabil (ohne Abbildungen). Was die regionalen und sozialen Unterschiede anbelangt, ist dieser Anteil im Tessin sowie bei den Männern und Frauen ausländischer Nationalität etwas tiefer.

^a Die Frage wird erst seit 1994 gestellt.

10 JUGENDLICHE IM ALTER VON 17 BIS 20 JAHREN

Während die wichtigsten Indikatoren zur Sexualität der 17- bis 20-Jährigen im Kapitel "Allgemeinbevölkerung" zu finden sind, enthält das Kapitel "Jugendliche im Alter von 17 bis 20 Jahren" Informationen zum Sexualunterricht, zum Eintritt ins Sexualleben und zur Empfängnisverhütung. Die Daten zum Sexualunterricht und zum Eintritt ins Sexualleben stammen aus der Periodischen Telefonbefragung der 17- bis 45-jährigen Allgemeinbevölkerung zur Evaluation der HIV/Aids-Prävention in der Schweiz (EPSS). Jene zu den angewandten Verhütungsmethoden wurden 2007 im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) erhoben. Zudem wurden sie durch Daten aus der internationalen Erhebung *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) ergänzt, die bei 14- und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern durchgeführt wurde³⁸.

10.1 SEXUALUNTERRICHT IN DER SCHULE

Zum zweiten Mal (nach einem ersten Mal im Jahr 2000) enthielt die EPSS ein Modul zur Dokumentation der Informationen, die die Befragten während ihrer (obligatorischen und nachobligatorischen) Schulzeit zu HIV/Aids und Sexualität generell erhalten hatten. Dieses Modul, das nur für die 17- bis 20-Jährigen bestimmt war, wurde von 335 Personen beantwortet.

Eine überwiegende Mehrheit der Jugendlichen hat im Verlauf der Schulzeit Informationen zu HIV/Aids oder Sexualität (generell) erhalten. Die Situation hat sich seit dem Jahr 2000 nicht verändert. In Bezug auf die Abdeckung sind 2007 zwischen den einzelnen Sprachregionen keine signifikanten Unterschiede festzustellen (Tabelle 10-1).

Tabelle 10-1 EPSS 2000 und 2007: Anteil der 17- bis 20-jährigen Jugendlichen, die in der Schule über HIV/Aids oder "Sexualität generell" gesprochen haben, nach Sprachregion

	2000				2007			
	CH	D-CH	I-CH	F-CH	CH	D-CH	I-CH	F-CH
% der Befragten, die über HIV/Aids oder Sexualität generell gesprochen haben	n=318	n=223	n=14	n=81	n=335	n=229	n=22	n=84
Ein- oder mehrmals	91.3	88.8	100	96.3	90.4	90.0	81.8	94.1
Nie	8.5	10.8	0.0	3.7	6.6	7.4	13.6	3.6
Erinnert sich nicht, weiss nicht	0.3	0.4	0.0	0.0	3.0	2.6	4.5	2.4

Der Sexualunterricht bietet Gelegenheit, ein breites Spektrum von Themen anzusprechen. Einige dieser Themen sind im Hinblick auf die Prävention von HIV/Aids und anderen STI besonders wichtig. Mit der Erhebung lässt sich erfassen, auf welche Themen im Rahmen der Schule eingegangen wurde. Aufgrund der Art und Weise, wie die Frage gestellt wird, werden jedoch bei einigen dieser Themen keine Angaben dazu vermittelt, wie das Thema behandelt wurde (zum Beispiel den Partner gut auswählen, Treue zu einem einzigen Partner usw.; Tabelle 10-2).

Der Anteil der Jugendlichen, die Gelegenheit hatten, die verschiedene Themen im Zusammenhang mit Sexualität und HIV zu diskutieren, hat 2007 bei den meisten dieser Themen zugenommen. So erreicht der Ratschlag, Präservative zu benutzen, derzeit über neun von zehn Jugendlichen, und über acht von

zehn geben an, dass sie in der Schule das Thema Pille danach besprochen haben (gegenüber sechs von zehn im Jahr 2000). Ein ähnlich hoher Anteil der Jugendlichen hat Informationen zu den Anlauf- und Beratungsstellen erhalten, die bei Fragen zur Sexualität zur Verfügung stehen. Obwohl bezüglich der Themen STI, HIV-Test und Homosexualität ein geringfügiger Anstieg zu verzeichnen ist, wurden sie nur mit etwa sieben – oder gar nur sechs – von zehn Jugendlichen angesprochen.

Zudem sind in Bezug auf die Behandlung dieser Themen sprachregionale Unterschiede festzustellen: Ein signifikant höherer Anteil von jungen Westschweizerinnen und Westschweizern erklärt, das Thema HIV-Test in der Klasse behandelt und Informationen zu den Anlauf- und Beratungsstellen erhalten zu haben (Tabelle 10-2).

Drei Themen (Treue, Vermeidung häufiger Partnerwechsel, Enthaltbarkeit vor der Ehe) verzeichnen eine umgekehrte Entwicklung und werden 2007 weniger häufig erwähnt als 2000. Diese Argumente beinhalten eine relativ ausgeprägte moralische Dimension und entsprechen, falls sie in Form von Ratschlägen oder Empfehlungen präsentiert werden, nicht unbedingt den Bedürfnissen Jugendlicher beim Eintritt ins Sexualleben (Tabelle 10-2).

Tabelle 10-2 EPSS 2000 und 2007: Anteil der 17- bis 20-jährigen Jugendlichen – unter jenen, die in der Schule über HIV oder Sexualität gesprochen haben –, die die folgenden Themen behandelt haben^a, nach Sprachregion

	2000	2007			
	CH n=304	CH n=320	D-CH n=218	I-CH n=20	F-CH n=82
Präservativgebrauch	89.1	92.1	89.9	100.0	96.3
Schwangerschaft und Geburt	82.2	88.7	90.4	80.0	86.6
Pille danach	63.4	82.9	82.1	85.0	85.2
Verfügbare Anlauf-/Beratungsstellen*	80.3	79.7	74.9	81.0	90.2
Geschlechtsverkehr*	78.9	78.4	73.9	85.7	89.0
Schwangerschaftsabbruch	67.1	71.4	73.4	70.0	67.1
Andere STI	66.1	70.7	69.4	65.0	75.6
HIV-Test*	63.5	68.9	66.1	57.1	79.3
Sexueller Missbrauch	63.2	67.5	65.6	52.4	75.6
Sich vor dem Geschlechtsverkehr gut kennenlernen	56.1	64.5	60.9	71.4	72.8
Homosexualität	52.0	58.4	59.6	50.0	57.3
Den Partner gut auswählen	43.1	47.0	40.6	45.0	63.4
Häufige Partnerwechsel vermeiden	44.9	41.6	38.4	42.9	50.0
Treue zu einem einzigen Partner*	48.8	39.8	34.9	40.0	53.7
Pornografie*	22.0	38.8	34.7	19.0	54.9
Prostitution	34.9	37.8	37.0	30.0	42.0
Enthaltbarkeit vor der Ehe*	34.5	29.9	35.2	20.0	18.5

* $p < 0,05$ (signifikante sprachregionale Unterschiede, 2007)

Insgesamt geben vier von fünf Jugendlichen im Alter von 17 bis 20 Jahren an, dass die in der Schule erhaltenen Informationen ihre Fragen bezüglich Sexualität und HIV/Aids vollständig oder fast vollständig beantwortet haben. Diese Situation hat sich zwischen 2000 und 2007 nicht verändert, und zwischen den Sprachregionen sind keine Unterschiede festzustellen (Tabelle 10-3).

^a Geordnet nach der Antworthäufigkeit im Jahr 2007.

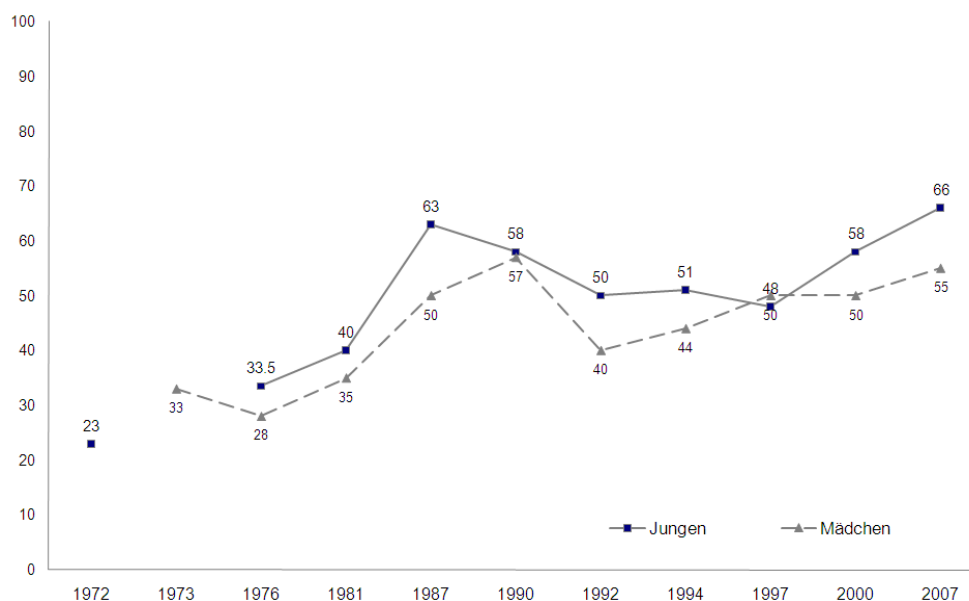
Tabelle 10-3 EPSS 2007: Zufriedenheit der 17- bis 20-jährigen Jugendlichen mit den Informationen, die sie in der Schule bezüglich HIV und Sexualität erhalten haben. Vergleich mit der Situation im Jahr 2000

	2000				2007			
	CH n=304	D-CH n=210	I-CH n=14	F-CH n=80	CH n=320	D-CH n=218	I-CH n=21	F-CH n=81
Keine Meinung, erinnert sich nicht	1.3	1.9	0.0	0.0	0.9	0.9	4.8	0.0
Vollständig oder fast vollständig	75.8	75.2	64.3	80.0	78.3	79.4	76.2	76.6
Nur teilweise	16.9	16.2	35.7	15.0	17.4	17.0	19.0	18.3
Nicht oder überhaupt nicht	5.9	6.7	0.0	5.1	3.5	2.8	0.0	6.1

10.2 EINTRITT INS SEXUALLEBEN

Seit 1997 verzeichnet der Anteil der Jugendlichen, die in einem bestimmten Alter sexuell aktiv sind (hier mit 17 Jahren), eine steigende Tendenz. 2007 waren 65,9% der Jungen und 54,9% der Mädchen in diesem Alter sexuell aktiv (Abbildung 10-1). Über den gesamten Betrachtungszeitraum nehmen die jungen Frauen das Sexualleben tendenziell etwas später auf als die jungen Männer.

Abbildung 10-1 Anteil der 17- bis 20-jährigen Jugendlichen, die im Alter von 17 Jahren sexuell aktiv sind



Anmerkung: Die Daten zu den Jahren 1972, 1973, 1976 und 1981 wurden verschiedenen in der Schweiz durchgeführten Studien entnommen. Ab 1987 stammen die Daten ausschliesslich aus der Periodischen Telefonbefragung der 17- bis 45-jährigen Allgemeinbevölkerung zur Evaluation der HIV/Aids-Prävention in der Schweiz (EPSS, 17- bis 20-Jährige).

10.3 EMPFÄNGNISVERHÜTUNG

Die Daten zur Empfängnisverhütung wurden mit dem Teil "selbst ausgefüllter Fragebogen" der SGB erhoben^a.

Zwei Drittel (66,1%) der 17- bis 20-jährigen Jugendlichen, die sowohl die am Telefon gestellten Fragen als auch den schriftlichen Fragebogen beantwortet haben, sind sexuell aktiv, 32,9% sind es nicht, und 1,0% verweigerte die Antwort.

Von den 327 sexuell aktiven Jugendlichen (51,7% Männer, 48,3% Frauen) erklärten 85,6%, dass sie ein Verhütungsmittel benutzen, 12,2% verwenden keines, und 2,1% beantworteten die Frage nicht. Ein höherer Anteil der Frauen als der Männer verwendet ein Verhütungsmittel (90,5% gegenüber 80,4%).

Bei den jungen Männern ist das Präservativ das am häufigsten verwendete Verhütungsmittel, während die jungen Frauen mehrheitlich die Pille benutzen. In einer Reihe von Situationen wird wahrscheinlich ein zweifacher Schutz praktiziert (Tabelle 10-4).

Tabelle 10-4 SGB: Verwendete Verhütungsmittel bei den 17- bis 20-jährigen Jugendlichen, die angeben, Verhütungsmittel zu benutzen, nach Geschlecht

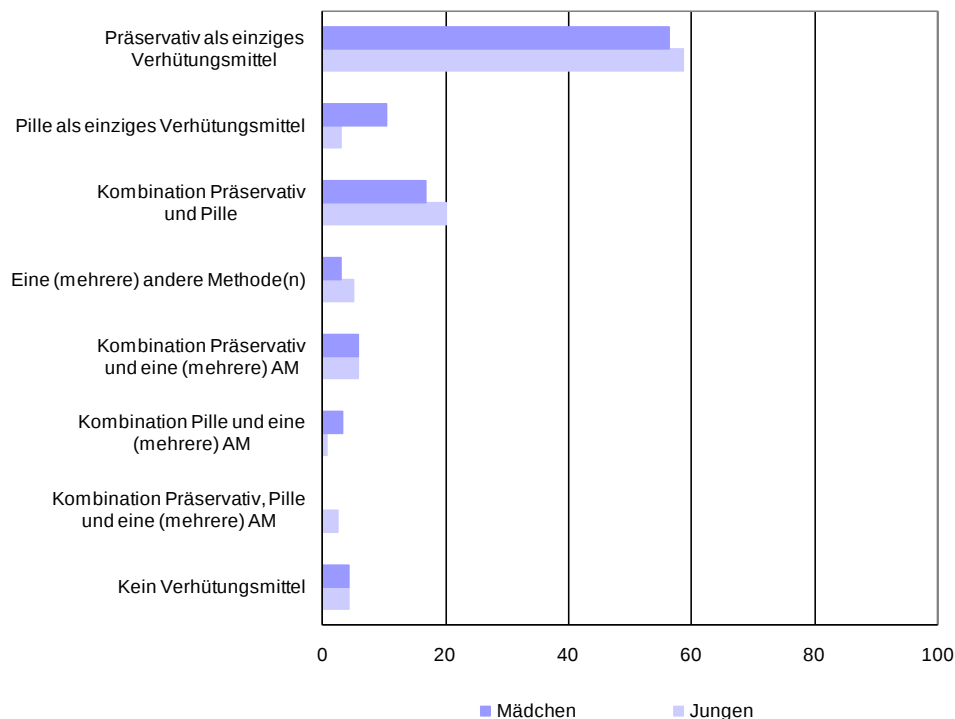
	Männer (n=158)		Frauen (n=169)	
	Selbst	Partner	Selbst	Partner
Präservativ	82.5			64.8
Pille		56.1	67.2	
Natürliche Empfängnisverhütung			2.3	
Spirale		1.8	0.8	
Dreimonatsspritze		1.8	0.8	
Kondom für Frauen		0.8	0.8	
Diaphragma		0.9		
Portiokappe			0.8	
Sterilisation/Unterbindung	0.9			
Anderes Mittel	0.9	3.5	7.8	

Anmerkung: Die Antwortausfallquote bei dieser Frage liegt bei 12%; mehrere Antworten möglich

Auch die Erhebung HBSC bietet Informationen zur Art der Verhütung, die in der Schweiz von den sexuell aktiven Schülerinnen und Schülern im Alter von 14 und 15 Jahren verwendet wird. Abbildung 10-2 zeigt, dass neun von zehn Jungen und fast acht von zehn sexuell aktiven Mädchen Präservative allein oder in Kombination mit einer anderen Verhütungsmethode benutzt haben.

^a In der SGB beantworteten 495 Jugendliche im Alter von 17 bis 20 Jahren sowohl die am Telefon gestellten Fragen als auch den Fragebogen, den sie selbst ausfüllten. Bei der Zusammenführung der beiden Dateien wurde festgestellt, dass 47 Personen (9,5% des Totals) erklärt hatten, noch nie Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, jedoch gleichzeitig eine Form von Empfängnisverhütung erwähnten. Im Rahmen der telefonischen Befragung hätte die Benutzung eines Filters dazu geführt, dass den Personen, die gemäss ihren Angaben nicht sexuell aktiv sind, keine Fragen zur Empfängnisverhütung gestellt werden. Daher wurden diese 47 Personen für die Analyse nicht berücksichtigt.

Abbildung 10-2 Kombinationen von Verhütungsmethoden beim letzten Sexualkontakt bei sexuell aktiven Schülerinnen und Schülern im Alter von 14 und 15 Jahren, nach Geschlecht, HBSC 2006³⁸



Anmerkungen: AM = Alternativmethoden. Die Daten der 14- und 15-jährigen Schülerinnen und Schüler wurden zusammengeführt. Fallzahl: Jungen n=278; Mädchen n=238. Unter "andere Methoden" haben wir die folgenden Mittel zusammengefasst: Spermienabtötende Sprays, Gels, Vaginalsuppositorien / Koitus interruptus / natürliche Verhütungsmethoden (z. B. Kalendermethode, Temperaturkurve, Urintests PERSONA) sowie weitere nicht spezifizierte Methoden.

10.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Eine überwiegende Mehrheit der Jugendlichen hatte im Verlauf der Schulzeit Gelegenheit, über Sexualität und/oder HIV/Aids zu sprechen. Diese Situation hat sich zwischen 2000 und 2007 nicht verändert. Die Abdeckung ist in allen Sprachregionen ähnlich.
- Zwischen 2000 und 2007 hat der Anteil der Jugendlichen zugenommen, die jene sexualpädagogischen Themen besprochen haben, die besonders eng mit HIV/Aids zusammenhängen. Der Abdeckungsgrad ist je nach Thema unterschiedlich. 2007 gaben über neun von zehn Jugendlichen an, während ihrer Schulzeit Ratschläge zum Gebrauch von Präservativen erhalten zu haben. Mit über acht von zehn wurde das Thema Pille danach angesprochen, und ebenso viele haben Informationen zu den Anlauf- und Beratungsstellen erhalten, die bei Fragen zur Sexualität zur Verfügung stehen. Mit weniger als sieben von zehn wurde jedoch der HIV-Test besprochen, und weniger als sechs von zehn haben sich mit dem Thema Homosexualität auseinandergesetzt. Zwischen den Sprachregionen wurden gewisse Unterschiede in Bezug auf die Abdeckung einzelner Themen beobachtet (HIV-Test, verfügbare Anlauf- und Beratungsstellen).
- Drei von vier Schülerinnen und Schüler sind mit den Informationen zufrieden, die sie im Rahmen der Schule erhalten haben.

- 2007 verzeichnete der Anteil der Jugendlichen, die in einem bestimmten Alter sexuell aktiv sind, weiterhin eine steigende Tendenz. Im Alter von 17 Jahren sind etwa zwei Drittel der Jungen sexuell aktiv, bei den Mädchen hingegen nur rund jedes zweite.
- Acht von zehn 17- bis 20-Jährigen geben an, ein Verhütungsmittel zu verwenden: Die meisten Männer benutzen ein Präservativ, die meisten Frauen die Pille.

11 SEXUALVERHALTEN IM KONTEXT VON HIV/AIDS: ENTWICKLUNG MIT DEM ALTER

11.1 EINLEITUNG

Mit den seit 1987 bereitgestellten Instrumenten konnten zunächst (bis 1988) verschiedene Aspekte des Sexuallebens der 17- bis 30-Jährigen und danach der 17- bis 45-Jährigen dokumentiert werden. Da 2007 eine Reihe von Fragen in die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) aufgenommen wurden, die zuvor nur in der EPSS vorgesehen waren, lassen sich diese Aspekte nun auch bei den Personen im Alter von 46 bis 74 Jahren dokumentieren.

In diesem Kapitel werden verschiedene Informationen zum Sexualverhalten, die im Rahmen der SGB 2007 erhoben wurden, sowie die Analysen nach Alter der Befragten präsentiert. In Abstimmung auf die anderen Teile des Berichts werden die Daten zu den 16-jährigen Personen nicht aufgeführt, obwohl sie in der SGB enthalten sind. Die Vergleiche beziehen sich somit auf eine Stichprobe von 15'715 Personen, die in vier Altersgruppen unterteilt wurden:

- 17-30 Jahre (2617 Personen)
- 31-45 Jahre (5107 Personen)
- 46-60 Jahre (4296 Personen)
- 61-74 Jahre (3695 Personen)

11.2 SEXUELLE AKTIVITÄT

Von den 15'715 Befragten sind 94% sexuell aktiv, 4,1% sind nicht sexuell aktiv, und 1,9% wollten diese Frage nicht beantworten.

Mit zunehmendem Alter der Befragten nimmt sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die durchschnittliche Zahl der Sexualpartner in den zwölf Monaten vor der Umfrage allmählich ab. Unabhängig von der Altersgruppe ist dieser Mittelwert bei den Männern immer höher als bei den Frauen. Der Medianwert der Zahl der Sexualpartner variiert hingegen nicht nach dem Alter der Befragten. Zudem ist er bei beiden Geschlechtern identisch (Tabelle 11-1).

Tabelle 11-1 SGB: Anzahl Sexualpartner der sexuell aktiven Personen in den zwölf Monaten vor der Umfrage, nach Alter und Geschlecht

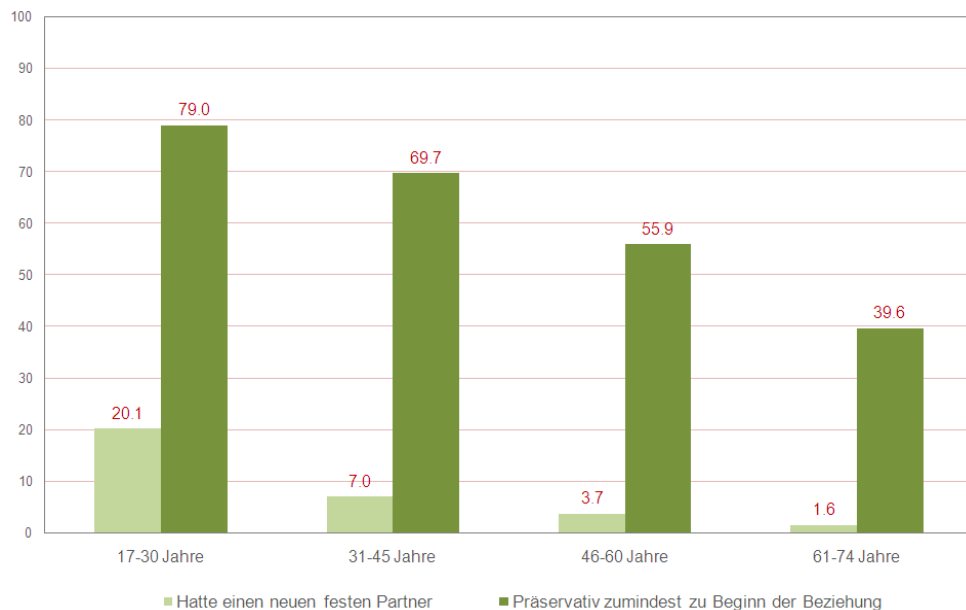
		17-30 Jahre n=2262	31-45 Jahre n=4890	46-60 Jahre n=4002	61-74 Jahre n=3291
Insgesamt	Mittelwert	1.72	1.23	1.08*	0.78
	Median	1	1	1	1
	Streuungsbreite	0 - 50	0 - 48	0 - 48	0 - 70
Männer	Mittelwert	2.19	1.42	1.29	1.02
	Median	1	1	1	1
	Streuungsbreite	0 - 50	0 - 48	0 - 48	0 - 70
Frauen	Mittelwert	1.30	1.08	0.90*	0.60
	Median	1	1	1	1
	Streuungsbreite	0 - 11	0 - 20	0 - 12	0 - 15

* Ein Ausreisser, der 520 Partner angegeben hatte, wurde von der Berechnung ausgeschlossen

11.3 NEUER FESTER PARTNER UND SCHUTZVERHALTEN

Der Anteil der Personen, die im Jahr vor der Umfrage eine neue feste Beziehung eingegangen sind, nimmt mit zunehmenden Alter der Befragten ab (Abbildung 11-1). In der Gruppe der 17- bis 30-Jährigen befindet sich jede fünfte Person in dieser Situation, bei den 61- bis 74-Jährigen hingegen weniger als jede sechzigste (1,6%).

Abbildung 11-1 SGB: Prozentualer Anteil der Personen mit einem neuen festen Partner in den zwölf Monaten vor der Umfrage und Präservativgebrauch zumindest zu Beginn der Beziehung, nach Alter (n=14'772)



Das Eingehen einer neuen festen Beziehung ist bei den Männern etwas häufiger als bei den Frauen. Mit dem Alter lässt sich eine Abnahme des Anteils der Personen mit einer neuen Beziehung feststellen, die bei den Frauen stärker ausgeprägt ist als bei den Männern (Abbildung 11-2).

Die gleiche Entwicklung ist in Bezug auf das Schutzverhalten – zumindest zu Beginn der Beziehung – mit diesen neuen festen Partnern festzustellen. Während sich bei den 17- bis 30-Jährigen fast vier von fünf Personen (79%) schützen, nimmt dieser Anteil allmählich ab und liegt bei den 61- bis 74-Jährigen nur noch bei zwei von fünf Personen (39,6%).

Bis zum Alter von 45 Jahren sind die Anteile der Personen, die sich bei Sexualkontakten mit ihrem neuen festen Partner schützen, bei den Männern und den Frauen recht ähnlich. Danach lässt sich eine zunehmende Abweichung beobachten: In der Gruppe der 61- bis 74-Jährigen ist der Anteil der Frauen, die sich schützen, nur noch halb so gross wie jener der Männer (21,4% beziehungsweise 46,2%).

Abbildung 11-2 SGB: Anteil der Personen mit einem neuen festen Partner in den zwölf Monaten vor der Umfrage und Präservativgebrauch zumindest zu Beginn der Beziehung, nach Alter und Geschlecht (n=14'772)



11.4 GELEGENHEITSPARTNER UND SCHUTZVERHALTEN

Der Anteil der Personen mit einem oder mehreren Gelegenheitspartnern in den zwölf Monaten vor der Umfrage nimmt mit zunehmendem Alter der Befragten allmählich ab. Er verringert sich von einer von fünf Personen (19,4%) in der Gruppe der 17- bis 30-Jährigen auf eine von vierzig Personen (2,6%) bei den 61- bis 74-Jährigen (Abbildung 11-3).

Abbildung 11-3 SGB: Anteil der Personen mit Gelegenheitspartnern in den zwölf Monaten vor der Umfrage und Präservativgebrauch, nach Alter (n=14'772)

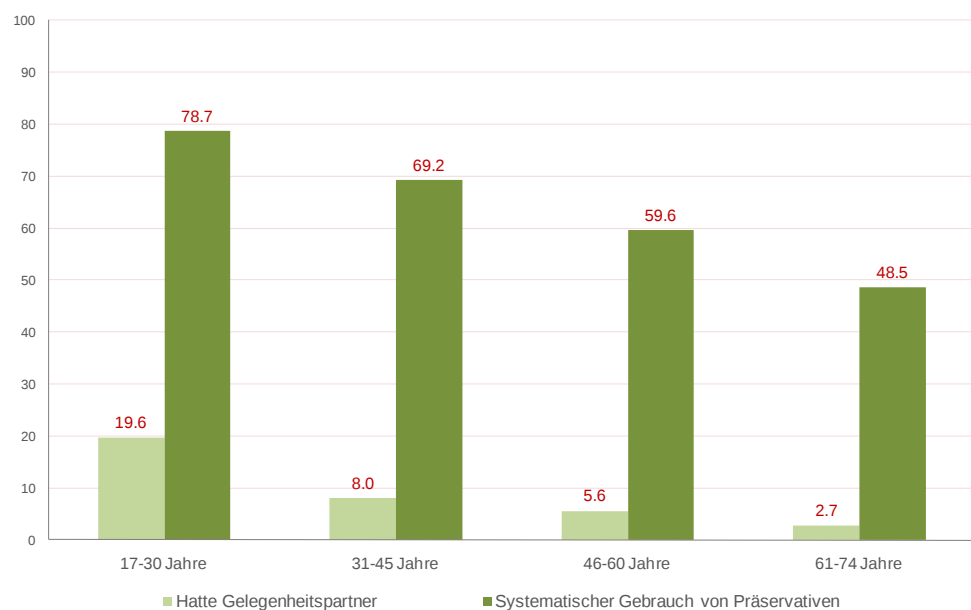
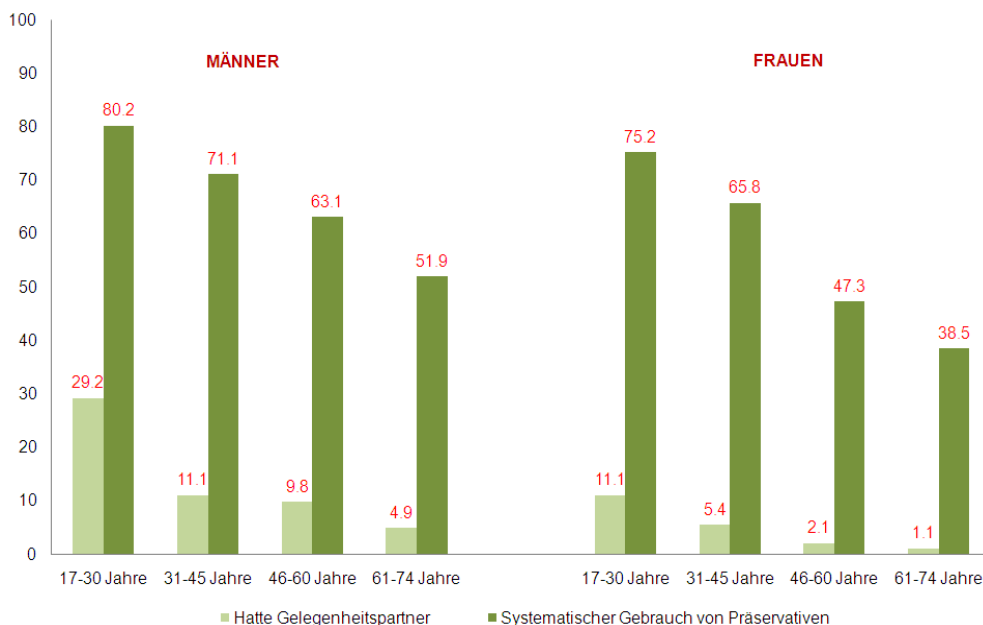


Abbildung 11-4 zeigt, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ein allmählicher Rückgang des Anteils der Personen festzustellen ist, die Geschlechtsverkehr mit Gelegenheitspartnern hatten. Allerdings ist der Anteil der Männer, die im Jahr vor der Umfrage Gelegenheitspartner hatten, jeweils höher als jener der gleichaltrigen Frauen. Ab dem Alter von 46 Jahren ist der Anteil der Männer, die derartige Erfahrungen gehabt haben, viermal so hoch wie jener der Frauen.

Abbildung 11-4 SGB: Anteil der Personen mit Gelegenheitspartnern in den zwölf Monaten vor der Umfrage und Präservativgebrauch, nach Alter und Geschlecht (n=14429)



Bei den Personen, die angegeben haben, in den zwölf Monaten vor der Umfrage Gelegenheitspartner gehabt zu haben, sind der Median und der Mittelwert der Zahl der Gelegenheitspartner bei den Männern jeweils höher als bei den Frauen. Die durchschnittliche Zahl der Gelegenheitspartner bei den Personen, die in den vorangegangenen zwölf Monaten Gelegenheitspartner hatten, bleibt jedoch bei den Männern wie auch bei den Frauen unabhängig vom Alter konstant (Abbildung 11-2).

Tabelle 11-2 SGB: Mittelwert und Median der Zahl der Gelegenheitspartner in den zwölf Monaten vor der Umfrage bei den Personen mit Gelegenheitspartnern, nach Alter

		17-30 Jahre n=445	31-45 Jahre n=392	46-60 Jahre n=221	61-74 Jahre n=89
Insgesamt	Mittelwert	2.71	2.55	2.72	1.97
	Median	2	1	1	1
	Streuungsbreite	1-35	1-30	1-25	1-20
Männer	Mittelwert	3.15	3.02	3.02	2.07
	Median	2	2	2	2
	Streuungsbreite	1-35	1-30	1-25	1-20
Frauen	Mittelwert	1.66	1.71	1.52*	1.65
	Median	1	1	1	1
	Streuungsbreite	1-8	1-15	1-5	1-12

* Ein Ausreisser, der 519 Partner angegeben hatte, wurde bei der Berechnung des Mittelwerts nicht berücksichtigt

In Bezug auf das Schutzverhalten weisen die mit der SGB 2007 erhobenen Daten darauf hin, dass der Gebrauch von Präservativen mit Gelegenheitspartnern mit zunehmendem Alter der Befragten rückläufig ist: Während sich vier Fünftel (78,7%) der 17- bis 30-Jährigen beim Geschlechtsverkehr mit Gelegenheitspartnern schützen, sinkt dieser Anteil bei den 61- bis 74-Jährigen auf unter die Hälfte (48,5%). Abbildung 11-4 zeigt, dass diese Tendenz unabhängig vom Geschlecht der Befragten besteht. Hingegen schützen sich Frauen weniger als gleichaltrige Männer, wobei die Abweichungen im höheren Lebensalter besonders ausgeprägt sind (systematischer Präservativgebrauch bei 47,3% der 46- bis 60-jährigen Frauen und bei 38,5% der 61- bis 74-Jährigen gegenüber 63,1% beziehungsweise 51,9% bei den Männern der gleichen Altersgruppen).

11.5 PRÄSERVATIV BEIM LETZTEN SEXUALKONTAKT

In Bezug auf den Schutz beim letzten Sexualkontakt ist eine ähnliche Tendenz zu verzeichnen wie mit den neuen festen Partnern und den Gelegenheitspartnern: Die Benutzung des Präservativs nimmt mit zunehmendem Alter der Befragten ab (Tabelle 11-3). Dieser Schutz ist im Übrigen bei den Frauen unabhängig von der Altersgruppe weniger häufig als bei den Männern.

Tabelle 11-3 SGB: Anteil der Befragten, die beim letzten Sexualkontakt ein Präservativ benutzt haben, nach Alter (n=14'772)

	17-30 Jahre	31-45 Jahre	46-60 Jahre	61-74 Jahre
Insgesamt	38.8	21.5	11.2	5.6
Männer	45.5	23.4	12.9	7.5
Frauen	32.8	19.8	9.8	4.2

11.6 HIV-TEST IM VERLAUF DES LEBENS UND IN DEN ZWÖLF MONATEN VOR DER UMFRAGE

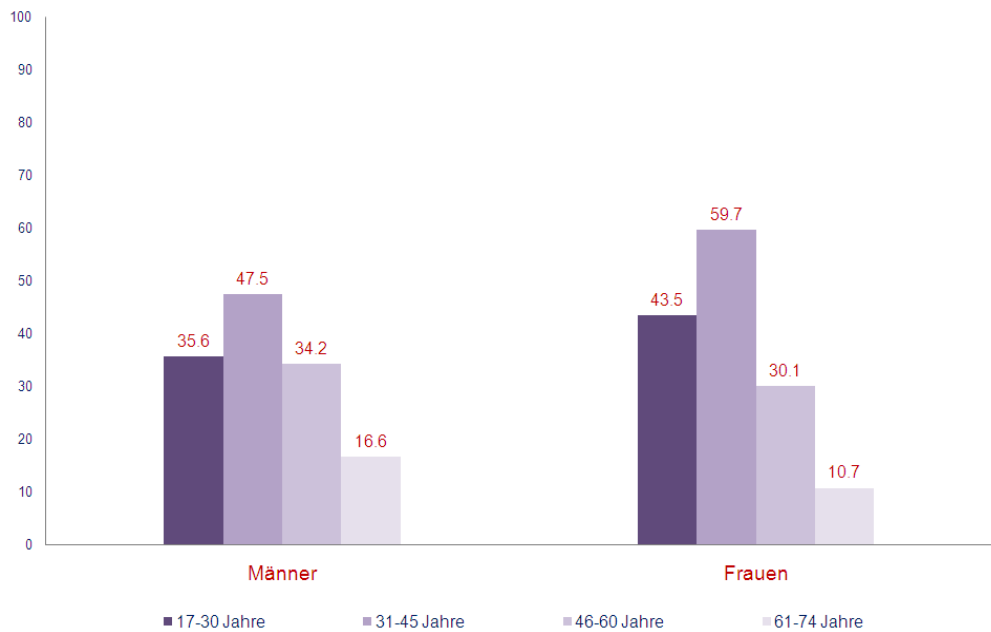
Die Werte zu den Personen, die bereits auf HIV getestet wurden, hängen vor allem vom Alter der Personen und von der Geschichte der Epidemie ab. In diesem Bericht beschränkt sich die Analyse auf die Situation der verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2007.

Der Anteil der Personen, die sich bereits einem HIV-Test unterzogen haben^a, weist bei den Männern und bei den Frauen eine ähnliche Veränderung entsprechend der Altersgruppe auf. Dieser Anteil nimmt mit dem Alter und erreicht seinen Höchststand in der Gruppe der 31- bis 45-Jährigen. Danach geht er allmählich wieder zurück und erreicht bei den 61- bis 74-Jährigen den tiefsten Stand.

Aufgrund der Schwangerschaften haben im Alter von 17-30 und 31-45 Jahren im Verhältnis mehr Frauen einen Test vornehmen lassen, während die Situation für die Altersgruppen der 45- bis 60-Jährigen und der 61- bis 74-Jährigen umgekehrt ist (Abbildung 11-5).

^a Freiwilliger Test, ausserhalb der Blutspende.

Abbildung 11-5 SGB: Anteil der Personen, die sich bereits einem HIV-Test unterzogen haben (ausserhalb der Blutspende, nach Alter und Geschlecht (n=15'715)



Innerhalb der Gruppe der 17- bis 30-jährigen findet sich der höchste Anteil an Personen, die kürzlich einen HIV-Test durchführen liessen (weniger als zwei Jahre vor der Erhebung). Dieser Anteil geht anschliessend mit zunehmendem Alter der Befragten allmählich und deutlich zurück (Abbildung 11-6).

Abbildung 11-6 SGB: Seit dem letzten HIV-Test verstrichene Zeit (n=15'715)



Anmerkung: Freiwilliger HIV-Test, ausserhalb der Blutspende.

Mehrfachbeziehungen, Schutz beim letzten Sexuallkontakt und HIV-Test

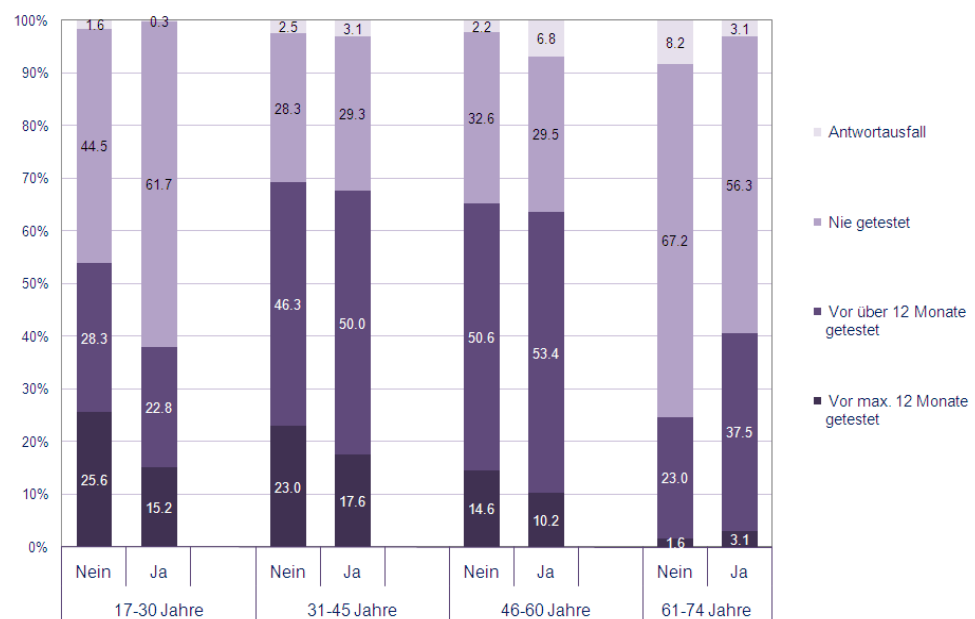
Die Folgearbeiten zur Verpflichtungserklärung der UNO zu HIV/Aids enthalten mehrere zentrale Indikatoren für eine risikoreiche Sexualität, unter anderem zwei oder mehr Sexualpartner in den vorangegangenen zwölf Monaten (hier als Mehrfachbeziehung bezeichnet) sowie Verzicht auf ein Präservativ beim letzten Sexuallkontakt.

Insgesamt hatten 9,4% der Befragten in den vorangegangenen zwölf Monaten zwei oder mehr Partner. Der Anteil der Personen mit Mehrfachbeziehung in den einzelnen Altersgruppen nimmt mit zunehmendem Alter ab: Bei den 17- bis 30-Jährigen beträgt er 23,8%, bei den 31- bis 45-Jährigen 9,8%, bei den 46- bis 60-Jährigen 6,2% und bei den 61- bis 74-Jährigen 2,5%.

Die Hälfte dieser Personen mit Mehrfachbeziehung (49,8%) haben bei ihrem letzten Sexuallkontakt kein Präservativ benutzt. Dieser Verzicht auf einen Schutz nimmt mit dem Alter zu: Bei den 17- bis 30-Jährigen liegt der entsprechende Anteil bei 40,8%, bei den 31- bis 45-Jährigen bei 48,8%, bei den 46- bis 60-Jährigen bei 66,9% und bei den 61- bis 74-Jährigen bei 65,6%.

An sich wäre zu erwarten, dass sich tendenziell mehr Personen mit Mehrfachbeziehung, die sich bei ihrem letzten Sexuallkontakt nicht geschützt haben, in den vorangegangenen zwölf Monaten testen liessen (nur Tests ausserhalb der Blutspende). Doch ein Zusammenhang zwischen fehlendem Schutz beim letzten Sexuallkontakt und Test in den vorangegangenen zwölf Monaten liess sich nur für die Gruppe der 17- bis 30-Jährigen feststellen (Abbildung 11-7)^a.

Abbildung 11-7 SGB: Anteil der Personen mit Mehrfachbeziehung, die beim letzten Sexuallkontakt ein/kein Präservativ benutzt haben, nach Situation bezüglich des HIV-Tests (n=1481)



Anmerkungen: Nein / Ja = Verzicht auf / Gebrauch des Präservativs beim letzten Sexuallkontakt. Mehrfachbeziehung = zwei oder mehr Partner in den zwölf Monaten vor der Umfrage. Freiwillige HIV-Tests, nur ausserhalb der Blutspende

^a Anhand der SGB lässt sich der Zeitraum, der zwischen dem letzten Test anlässlich einer Blutspende und dem Interview liegt, nicht berechnen, da im Gegensatz zu den freiwilligen Tests kein genaues Datum verfügbar ist. Die Erhebung erstreckte sich über das gesamte Jahr 2007. Daher bietet die Berücksichtigung der Tests (Blutspenden) von 2006 und 2007 einen groben Anhaltspunkt für die kürzlich getesteten Personen mit Mehrfachbeziehung. Diese Zahlen sollten zu den Werten in Abbildung 11-7 hinzugefügt werden; sie stellen Obergrenzen dar. Bei den 17- bis 30-jährigen Personen mit Mehrfachbeziehung, die beim letzten Sexuallkontakt kein Präservativ benutzt haben, ergäben sich so 32,3% kürzlich Getestete, und von jenen, die ein Präservativ verwendet haben, hätten sich 24,7% vor Kurzem einem Test unterzogen; die entsprechenden Anteile bei den 31- bis 45-jährigen Personen mit Mehrfachbeziehung betragen 35,3% und 23,5%, bei den 46- bis 60-Jährigen 16,9% und 15,9% und bei den 61- bis 74-Jährigen 11,4% und 6,2%.

11.7 SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Der Anteil der Befragten, die neue Sexualpartnerschaften eingehen, nimmt mit dem Alter ab. Hingegen nimmt der Prozentsatz der Personen, die sich mit ihren neuen Partnern nicht schützen, tendenziell zu. Während im Verhältnis weniger Frauen als gleichaltrige Männer neue Sexualpartnerschaften eingehen, ist auch der Anteil der Frauen, die sich schützen, kleiner.
- Mit zunehmendem Alter verringert sich der Anteil der Personen, die kürzlich einen HIV-Test vornehmen liessen. Bei den Personen mit Mehrfachbeziehung (zwei oder mehr Partner in den vorangegangenen zwölf Monaten) lässt sich nur in der Altersgruppe der 17- bis 30-Jährigen ein Zusammenhang zwischen dem Verzicht auf ein Präservativ beim letzten Sexualkontakt und einem kürzlich durchgeführten freiwilligen Test feststellen.

12 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Insgesamt ist die Situation im Bereich HIV/Aids relativ stabil, und mit Ausnahme der Gruppe der MSM scheint die Prävention angemessen zu sein.

12.1 MÄNNER, DIE SEX MIT MÄNNERN HABEN (MSM)

Trotz der Anstrengungen, die im Bereich der Prävention unternommen wurden, verbessert sich die Situation bei den MSM seit mehreren Jahren kaum. Die Verhaltensweisen, die mit einer Risikoexposition verbunden sind, nehmen weiter zu. Nachdem bis Ende 2008 bei den Neuinfektionen kein Rückgang festzustellen war, scheint sich für 2009 eine günstigere Entwicklung abzuzeichnen. Die anderen STI sind weiterhin sehr häufig. Das Verhalten der jungen MSM, die sich zuvor etwas besser geschützt hatten, gleicht sich dem der älteren Personen an. In Verbindung mit dem sozialen Gefälle, das in Bezug auf die Risikoexposition zu beobachten ist, gibt diese Tatsache Anlass zu Besorgnis. In dieser Gruppe sind Verhaltensweisen verbreitet, mit denen versucht wird, das Risiko zu verringern^a, obwohl die Wirksamkeit dieser Strategien noch nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist.

In Bezug auf mehrere Indikatoren (Analverkehr mit Gelegenheitspartnern, Verzicht auf Präservative, Gesamtindikator für die Risikoexposition) gehen die HIV-positiven MSM das höchste Risiko einer HIV-Übertragung ein. Bei einem nicht unbedeutenden Teil von ihnen besteht eine nachweisbare Virämie. Die Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen hat Kriterien für den Verzicht auf Präservative innerhalb einer serodifferenten Partnerschaft erarbeitet, wenn der HIV-positive Partner unter antiretroviraler Therapie steht und eine Virämie unter der Nachweisgrenze aufweist. Bei der Anwendung dieser Kriterien auf das Kollektiv von Gaysurvey ist festzustellen, dass der Anteil der Personen, die diese Kriterien vollständig erfüllen, in der Gruppe der MSM sehr klein ist, dass jedoch 19% der HIV-positiven Personen, die die einzelnen Kriterien erfüllen, in einer serodifferenten Partnerschaft leben, in der nur das Kriterium der sexuellen Ausschliesslichkeit noch nicht erfüllt ist.

- In einer solchen Situation ist es schwierig, vorrangige Handlungsbereiche festzulegen. Vielmehr sollte auf alle Faktoren eingewirkt werden, die den Trend umkehren können.
- Es bleibt sehr wichtig, auf das Verhalten einzuwirken und den Gebrauch von Präservativen weiterhin zu fördern. Besonderes Gewicht sollte auf die Intervention bei den jungen MSM an den Orten und in den Medien gelegt werden, die von ihnen genutzt werden. Zugleich sollte aber auch schon früher im Rahmen des Sexualunterrichts gehandelt werden: Dieser sollte systematisch einen nicht stigmatisierenden Rahmen zur Information über die Homosexualität bieten und auf Unterstützungsangebote hinweisen.
- Einwirken auf die Erkennung von HIV und der anderen STI durch die Erhöhung der Zahl der regelmässig getesteten Personen sowie durch die Förderung der Postexpositionsprophylaxe und frühzeitiger Tests im Fall einer Exposition.
- Einwirken auf die Vorstellungen: Zum Beispiel sollte versucht werden, der Verharmlosung der HIV-Infektion und der Therapie entgegenzuwirken, oder es sollte in Erinnerung gerufen werden, dass aufgrund der hohen HIV-Prävalenz – wahrscheinlich vor allem an den Treffpunkten der MSM – jede Missachtung der Präven-

^a Dabei handelt es sich insbesondere um das Dipping (Zurückziehen des Glieds vor der Ejakulation), die strategische Positionswahl (Wahl der aktiven oder passiven Position je nach Serostatus; diese Strategie basiert auf der Tatsache, dass das Risiko einer HIV-Übertragung für den aktiven Partner geringer ist als für den passiven Partner) und das Serosorting, d. h. die Auswahl des Partners anhand seines Serostatus.

tion sehr riskant ist. Auch sollte daran erinnert werden, dass eine Paarbeziehung an sich kein geschützter Ort ist.

- Die Ärztinnen und Ärzte sollten dafür sensibilisiert werden, dass die meisten Tests bei MSM in einer Arztpraxis durchgeführt werden und somit Gelegenheit für eine Beratung hinsichtlich der Prävention bieten können.

12.2 DROGENINJIZIERENDE PERSONEN (IDU)

Bei den IDU ist die Situation in Bezug auf HIV erfreulicher: Es treten weiterhin nur wenige neue Fälle auf, und der gemeinsame Spritzengebrauch befindet sich stabil auf einem tiefen Niveau. Die Versorgung mit Injektionsmaterial scheint gut zu sein. Trotzdem bestehen weiterhin Probleme: Wie die hohe Prävalenz von Abszessen zeigt, ist die Injektionshygiene noch unzureichend, und im Freiheitsentzug werden weiterhin nicht zu unterschätzende Risiken eingegangen. In Bezug auf die Versorgung mit Injektionsmaterial oder Desinfektionsmitteln liegen jedoch zu dieser Art von Einrichtungen keine Angaben vor.

- Daher sollte das Angebot an Injektionsmaterial im Freiheitsentzug ausgebaut und überwacht werden, allenfalls in Verbindung mit Erhebungen zu den Verhaltensweisen.

Am meisten Anlass zu Besorgnis gibt das HCV: Die selbst berichtete Prävalenz ist sehr hoch, und da der gemeinsame Gebrauch von Spritzen und Material zur Vorbereitung der Injektion weiterhin verbreitet ist, muss mit einer weiteren Zirkulation des Virus und vor allem mit einer erheblichen Krankheitslast gerechnet werden. Die Fachleute weisen darauf hin, dass der Zugang zur Behandlung noch ungenügend ist.

- Es ginge darum, HCV und HBV wie die STI in die Strategie zur Bekämpfung von HIV/Aids einzubeziehen oder in Bezug auf HCV kontinuierliche Public-Health-Massnahmen vorzusehen und entsprechende Ziele im Bereich Prävention, Erkennung, Zugang zur Behandlung usw. festzulegen.
- Da die HCV-Infektion in einer Drogenkarriere oft schon früh auftritt, sollte die Prävention – auch ausserhalb der niederschweligen Einrichtungen (Freiheitsentzug, Partys) – intensiviert werden. Zudem sollten die Injektionshygiene und der Verzicht auf den gemeinsamen Gebrauch von jeglichem Material (Material zur Vorbereitung der Injektion, Röhrchen, Pfeifen, Tätowiermaterial usw.) noch vermehrt thematisiert werden.

12.3 MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN

Die Zahl der Neuinfektionen bei Personen aus Afrika südlich der Sahara ist noch sehr hoch, vor allem angesichts der Tatsache, dass in der Schweiz nur eine kleine Gruppe aus dieser Region lebt. Eine ganze Reihe von übereinstimmenden Informationen belegt, dass in dieser Gruppe ein Risikoverhalten besteht. Möglicherweise ist der Zugang zur Prävention unzureichend. Da für den Zugang zum Test dasselbe gilt, ist der Anteil der untersuchten Personen angesichts der wahrscheinlich hohen HIV-Prävalenz in dieser Gruppe noch unzureichend.

In Bezug auf die anderen Migrantengruppen weisen die verfügbaren Daten nicht darauf hin, dass grössere Gruppen mit Präventionslücken bestehen. Eine mögliche Ausnahme bilden die Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus.

- Bei den Migrantinnen und Migranten generell, vor allem jedoch bei jenen aus Afrika südlich der Sahara, muss die Prävention noch ausgebaut werden. Dies gilt insbesondere für die Kantone, in denen viele Personen aus dieser Region leben (hauptsächlich die Westschweizer Kantone).

- Die Gesundheitsfachpersonen, die an den Kontaktstellen mit diesen Gruppen zu tun haben, sollten dafür sensibilisiert werden, systematisch eine Beratung zum Thema Prävention und HIV-Test anzubieten, um den Zugang zu einer frühzeitigen Behandlung sicherzustellen.

12.4 PROSTITUTION

Die verfügbaren Daten, die hauptsächlich bei den Freiern erhoben wurden, weisen darauf hin, dass die Situation stabil ist und dass der Gebrauch von Präservativen weit verbreitet ist. Die einzige Ausnahme bilden die Sexarbeiter, deren Freier MSM sind. Da sich die Situation jedoch ändern kann, muss sie genau überwacht werden (siehe Empfehlungen zum System).

12.5 MENSCHEN MIT HIV/AIDS

Die Mehrheit der Menschen mit HIV/Aids benutzt bei Sexualkontakten ein Präservativ. Ein erheblicher – und zunehmender – Anteil der MSM hat jedoch mit ihren Gelegenheitspartnern ungeschützten Geschlechtsverkehr.

12.6 ALLGEMEINBEVÖLKERUNG UND JUGENDLICHE

In der Allgemeinbevölkerung und insbesondere bei den Jugendlichen werden in Bezug auf die Benutzung von Präservativen mit Gelegenheitspartnern weiterhin erfreuliche Werte verzeichnet. Im höheren Lebensalter (46- bis 74-Jährige) ist jedoch ein deutlicher Rückgang des Präservativgebrauchs in Risikosituationen (neue Partner und Gelegenheitspartner) zu beobachten. Auch der HIV-Test ist in diesen Altersgruppen weniger verbreitet, einschliesslich bei Personen mit Risikoverhalten.

Fast alle Jugendlichen erhalten in der Schule Sexualunterricht und Informationen zur HIV/Aids-Prävention. Einige Themen, wie zum Beispiel die Homosexualität, werden jedoch noch zu wenig systematisch behandelt.

- Die Präventionskampagnen müssen weitergeführt werden, damit das Thema weiterhin eine ausreichende Beachtung erhält.
- Die Ärztinnen und Ärzte sollten ihren Patientinnen und Patienten während der gesamten Dauer des aktiven Sexuallebens systematischer eine Sexualanamnese, eine Beratung zu HIV und den STI sowie den HIV-Test anbieten.

12.7 SOZIALE UNGLEICHHEITEN

Insgesamt haben die Analysen nach Bildungsstand und Sprachregion keine grosse Zahl von Ungleichheiten ergeben. Dort, wo Ungleichheiten bestehen, beziehen sie sich vor allem auf den Informationsstand (weniger gut bei den Personen mit tieferem Bildungsstand). Bei den MSM ist ein soziales Gefälle in Bezug auf das Schutzverhalten festzustellen (dieses ist bei ausländischen Personen sowie bei Personen mit tieferem Bildungsstand weniger gut).

12.8 ÜBERWACHUNGSSYSTEM

Mit dem bestehenden Überwachungssystem lässt sich die Situation bei den MSM, den IDU, der Allgemeinbevölkerung und den Jugendlichen sowie bei den Menschen mit HIV/Aids insgesamt angemessen verfolgen. Allerdings bestehen noch immer einige Lücken.

Die Informationen, die mit dem System bereitgestellt werden, gelangen zu den wichtigsten Akteuren und werden genutzt.

- Das System muss beibehalten werden, es entspricht den Anforderungen der WHO/UNAIDS (siehe Tabelle 14-2 im Anhang).
- Das Verhaltensmonitoring bei den Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara ist wichtig. Die Pilot-Sentinella-Studie bei Frauen, die die gynäkologischen Polikliniken aufsuchen, scheint eine befriedigende Lösung zu sein, sofern sie auf mehrere Polikliniken ausgedehnt wird, damit eine ausreichende Stichprobe von Patientinnen zur Verfügung steht.
- Den Daten aus dem HIV-Meldesystem, die jeweils im Bulletin des BAG veröffentlicht werden, lässt sich nicht entnehmen, ob es sich bei den neuen Fällen, die bei Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara verzeichnet werden, um frische Infektionen handelt; dieser Aspekt muss regelmässig untersucht werden.
- Die Überwachung der Situation der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter könnte verbessert werden, indem eine permanente Gruppe von Expertinnen und Experten aus der Praxis aufgebaut würde, die mindestens einmal pro Jahr eine Standortbestimmung in der Praxis vornehmen und bei Bedarf auch Warnungen herausgeben können. Eine bessere Nutzung des HIV-Überwachungssystems – Verfolgung der Zahl der Fälle mit heterosexueller Übertragung, in denen die Prostitution als Übertragungsgrund angegeben wird – könnten ebenfalls von Nutzen sein.
- Im Freiheitsentzug sollte ein System für das Monitoring des Angebots an Präventionsmaterial eingerichtet werden.

13 BIBLIOGRAFIE

- 1 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H, et al. Evaluation der HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz: Siebter Synthesebericht 1999-2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 90b). Available at URL: www.iumsp.ch.
- 2 UNAIDS/WHO - Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines for second generation HIV surveillance. Geneva: UNAIDS/WHO; 2000.
- 3 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G. Ein Überwachungssystem der zweiten Generation für eine bessere Überwachung von HIV/Aids in der Schweiz. BAG Bulletin 2006;15:277-81.
- 4 Dubois-Arber F. Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse: rapport de l'étude homosexuels, novembre 1987. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1988. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 23.6).
- 5 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F. Les hommes aimant d'autres hommes: étude 1994. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120.5).
- 6 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz: Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- 7 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A. Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992-2000. AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV 2006;18(1):35-43. Available at: URL: <http://www.scopus.com/scopus/inward/record.url?eid=2-s2.0-31544464976&partnerID=40&rel=R8.0.0>.
- 8 Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Surveillance des comportements face au VIH/sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Suisse, 1992-2004 [Surveillance of HIV/AIDS-related behaviors among men who have sex with men Switzerland, 1992-2004]. Int J Pub Health 2007;52(1):27-38. Available at: URL: PM:17966817.
- 9 Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Les comportements face au VIH/sida des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes : résultats de Gaysurvey 2007. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2008. (Raisons de santé, 140).
- 10 Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de GAYSURVEY 04 [Increase in HIV risk exposure among men who have sex with men: Preliminary results from the GAYSURVEY 04]. Bulletin OFSP 2005;48:891-5.
- 11 Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. [Surveillance of HIV/AIDS-related behaviors among men who have sex with men: Switzerland, 1992-2004]. Int J Pub Health 2007;52(1):27-38. Available at: URL: PM:17966817.
- 12 Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. First anal intercourse among men who have sex with men in Switzerland. Arch Sex Behav 2009;in press

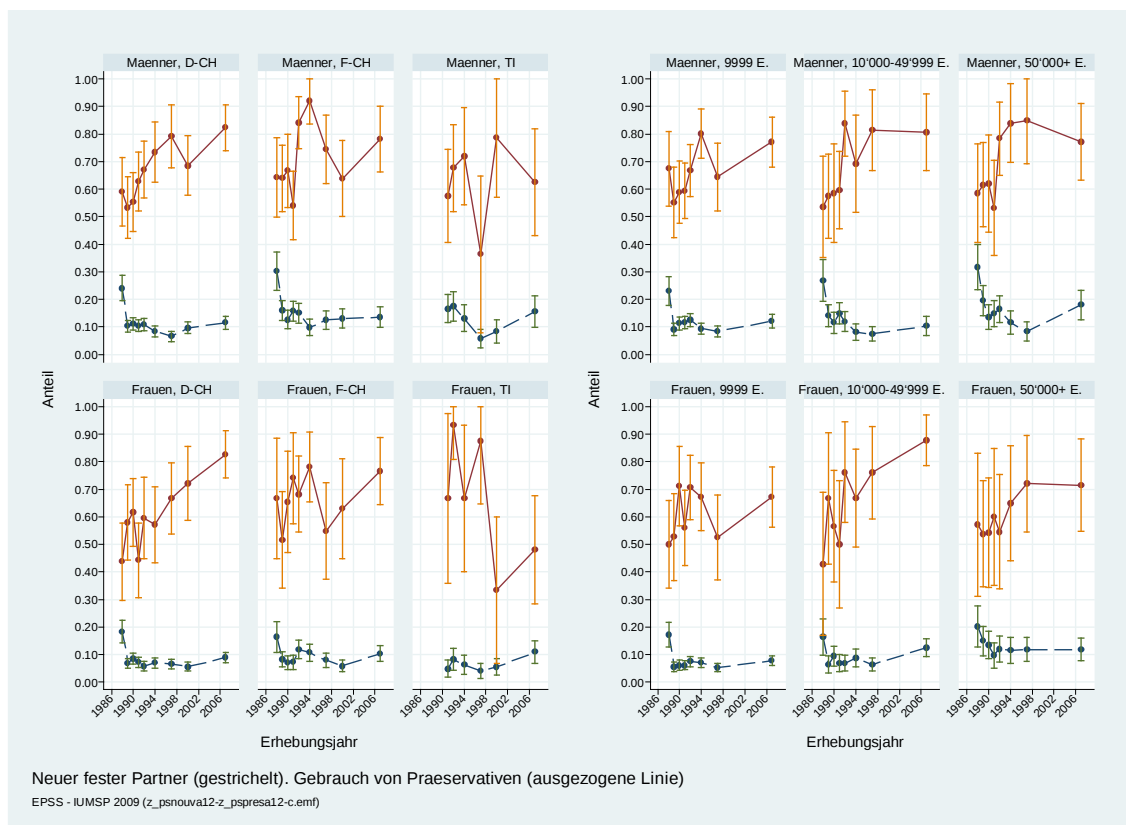
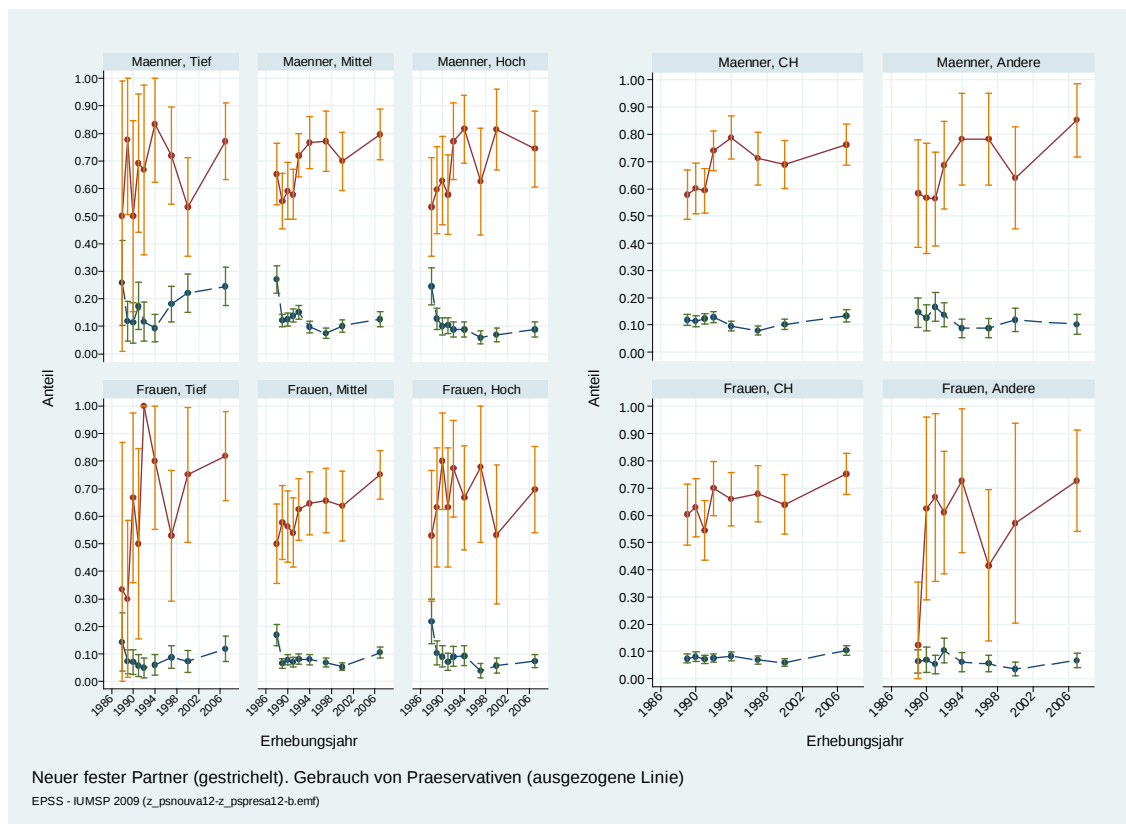
- 13 Evaluation des effets de la campagne de prévention "Mission: possible" de l'aide suisse contre le Sida (2008). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2008. (Raisons de santé 142).
- 14 Taéron C. Prévention gay: "Vous avez un nouveau message". Le Journal de la Démocratie sanitaire 2002;(150-151):12-4.
- 15 Meyer L, Kamber R. Nouvelles stratégies de prévention. Swiss Aids News 2008;Avril 2008(2):8-10.
- 16 Ware J.E, Sherbourne C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): I. conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30(6):473-83.
- 17 McHorney C.A., Ware J.E, Raczek A.E. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): II. psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993;31(3):247-63.
- 18 Bundesamt für Gesundheit (BAG). HIV/Aids in der Schweiz am 31.12.2007. BAG Bulletin 2008;6:85-7.
- 19 Zobel F, Dubois-Arber F. Pour un système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse: situation et évolution des comportements à risques chez les consommateurs de drogue. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2006. (Raisons de santé, 123).
- 20 Balthasar H, Huissoud T, Zobel F, Arnaud S, Samitca S, Jeannin A, et al. Evolution de la consommation et des pratiques à risques de transmission du VIH et du VHC chez les consommateurs de drogue par injection en Suisse, 1993-2006. Bulletin OFSP 2007;45:804-9.
- 21 Dubois-Arber F, Balthasar H, Huissoud T, Zobel F, Arnaud S, Samitca S, et al. Trends in drug consumption and risk of transmission of HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in Switzerland, 1993-2006. Euro Surveill 2008;13(21):1-6.
www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18881
- 22 Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2006;33:244-7.
- 23 Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Indicateurs de résultats du PROMEDRO III, situation en 2008. Rapport final. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2009. (Raisons de santé 147).
- 24 Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Kessler Bodiand C, Blöchliger C, Callensten B. Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA en Suisse: comportements des migrants par rapport au VIH/sida en 2005. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2006. (Raisons de santé, 117).
- 25 Heiniger M, Haug W. Statistics on foreign population in Switzerland. In: Delaunay D, Tapinos G, editors. La mesure de la migration clandestine en Europe (Volume 2: rapport des experts). Luxembourg: Office des publications officielles des communautés européennes; 1998. p. 151-5. (eurostat 3/1998/E/n° 7).
- 26 Efionayi-Mäder D, Cattacin S. Illegal in der Schweiz: Eine Übersicht zum Wissensstand (Kurzbericht zuhanden der Staatspolitischen Kommission des Nationalrats). Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien; 2001. (Discussion paper 9/2001).
- 27 Piguet E, Cattacin S. Effectif des personnes sans autorisation de séjour en Suisse. Neuchâtel: Forum suisse pour l'études des migrations; 2001. (Communiqué de presse).

- 28 Piguet E, Losa S. Travailleurs de l'ombre? Demande de main d'oeuvre du domaine de l'asile et ampleur de l'emploi d'étrangers non déclarés en Suisse. Zurich: Seismo; 2002.
- 29 Longchamp C, Aebersold C, Rousselot B, Ratelband-Pally S. Sans-papiers en Suisse : c'est le marché de l'emploi qui est déterminant, non pas la politique d'asile; rapport final sur mandat de l'Office fédéral des migrations. Berne: gfs.bern; 2005.
- 30 Valli M. Les migrants sans permis de séjour à Lausanne. Lausanne: Direction de la sécurité sociale et de l'environnement, Ville de Lausanne; 2003.
- 31 Jiekak Dommange S, Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Renteria SA, Hohlfeld P, Dubois-Arber F. Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse 2004-2008: étude de faisabilité pour une enquête 'Sentinelle' auprès des femmes migrantes d'origine subsaharienne en particulier. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2009. (Raisons de santé, 149).
- 32 Meystre-Agustoni G, Voellinger R, Balthasar H, Dubois-Arber F. Comportements par rapport au VIH/sida et aux autres infections sexuellement transmissibles dans l'univers de la prostitution féminine. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2008. (Raisons de santé 139).
- 33 Vandepitte J, Lyerla R, Dallabetta G, Crabbe F, Alary M, Buve A. Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world. *Sex Transm Dis* 2006;82(Suppl 3):iii18-iii25. Available at: URL: PM:16735288.
- 34 Moradi A, Pifferini O. Prostitution et bilatérales: le marché du sexe à Genève face à la libre circulation des personnes en Europe [Mémoire de licence ès science politique]. Genève: Université de Genève; 2006.
- 35 Földhàzi A, Chimienti M, avec la collaboration de Géraldine Bugnon Laurence Favre et Emilie Rosenstein. Marché du sexe et violences à Genève. Genève: Université de Genève, Département de sociologie; 2007. (Sociograph n° 2).
- 36 Jeannin A, Rousson V, Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F. Evolution of lifetime recourse to prostitution among men in the general population of Switzerland, 1987 - 2000. *Sex Transm Infect* 2008;[Epub ahead of print]. Available at: URL: <http://sti.bmj.com/cgi/content/abstract/sti.2008.030031v1>.
- 37 Dubois-Arber F, Balthasar H, Jeannin A, Meystre-Agustoni G. Sexual behaviour and characteristics of clients of female sex workers in Switzerland [Abstract]. *Int J STD AIDS* 2006;17(Suppl 1):32.
- 38 Kuntsche S, Windlin B. Enquête HBSC 2006: la sexualité chez les jeunes. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 2009. (Feuille-info). Available at URL: www.sfa-ispa.ch.

14 ANHÄNGE

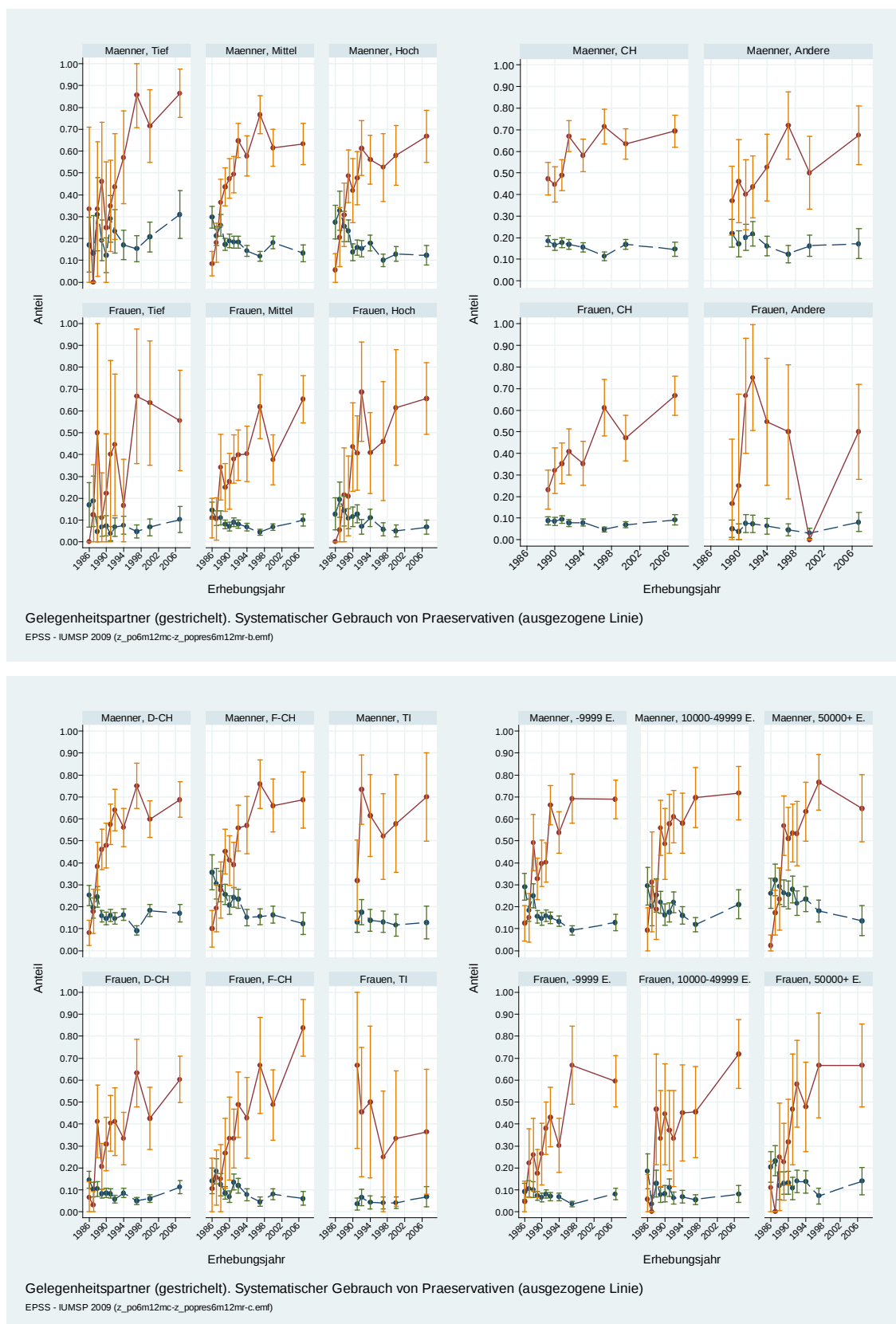
14.1 ANHANG ZUM KAPITEL ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

Abbildung 14-1 Neuer fester Partner im Verlauf des Jahres^a und zumindest zu Beginn Gebrauch von Präservativen mit diesem Partner. Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde



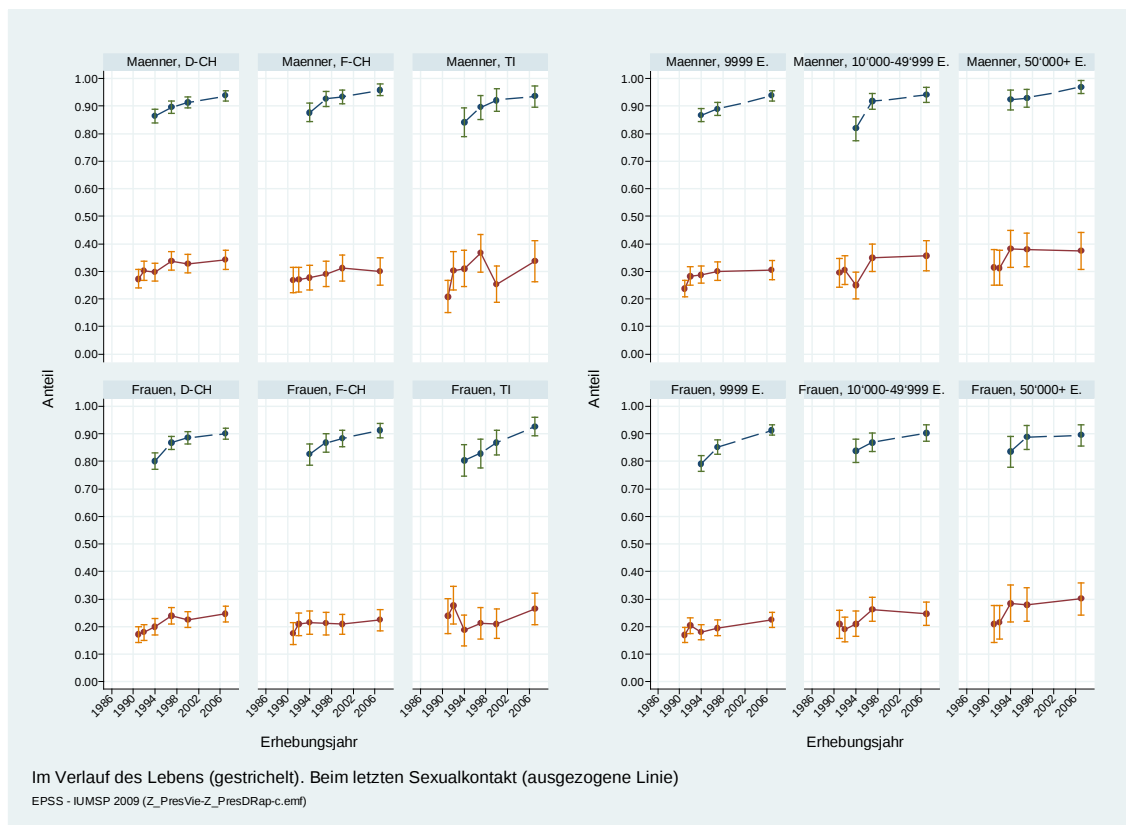
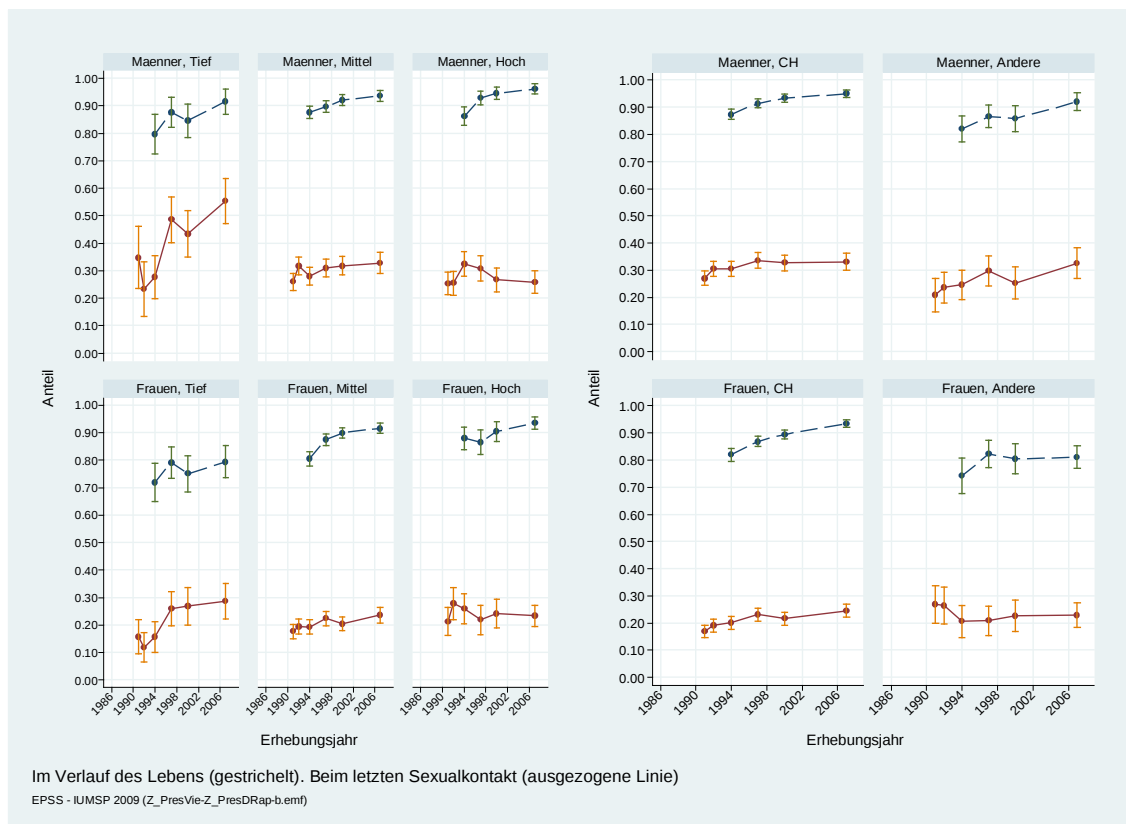
^a Basis: sexuell aktive Befragte

Abbildung 14-2 Anteil der Befragten mit mindestens einem Gelegenheitspartner in den vorangegangenen sechs Monaten und systematischer Gebrauch von Präservativen mit diesen. Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde



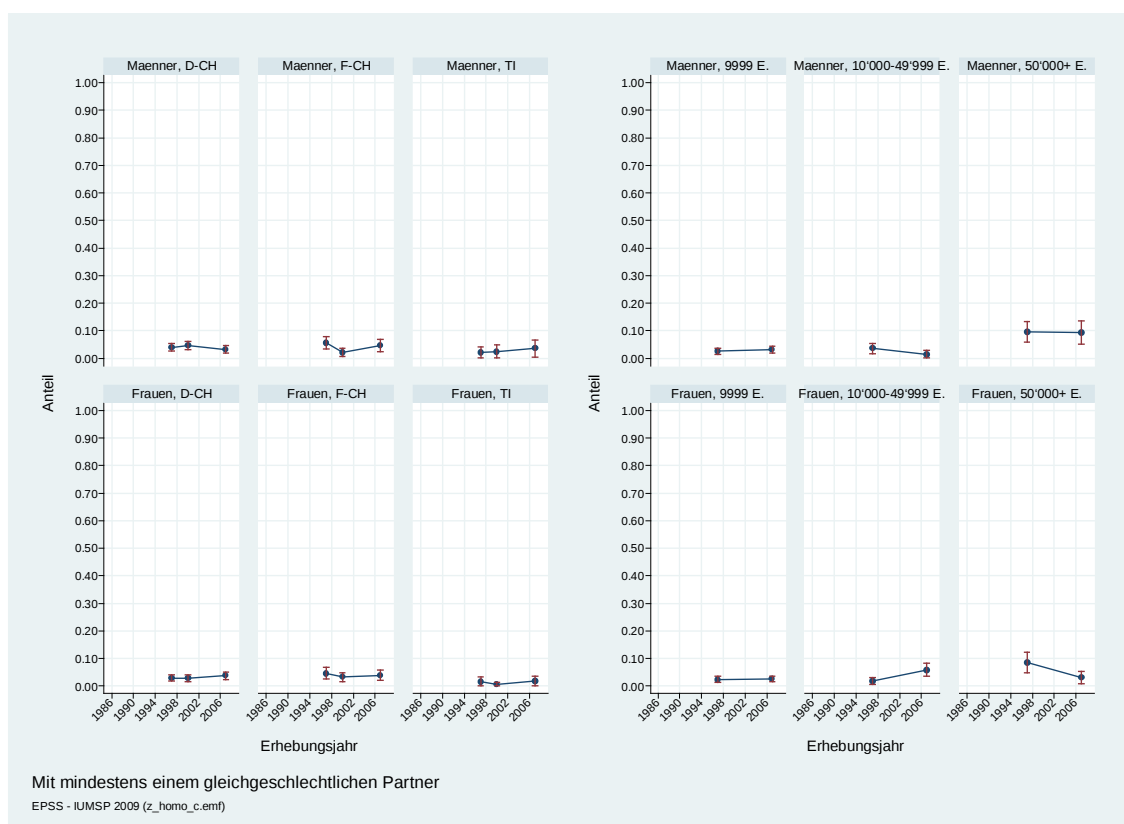
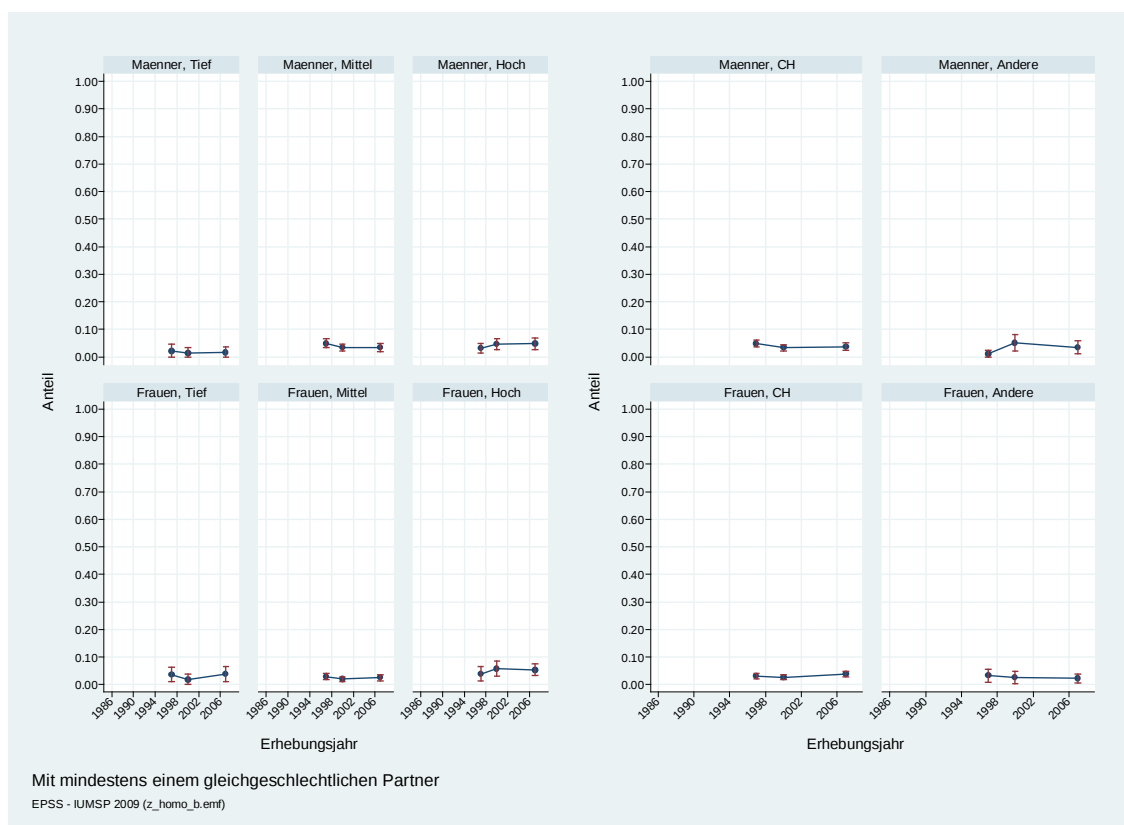
^a Basis: sexuell aktive Befragte

Abbildung 14-3 Gebrauch von Präservativen: mindestens einmal im Verlauf des Lebens; beim letzten Sexualkontakt. Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde



Basis: sexuell aktive Befragte

**Abbildung 14-4 Anteil der Befragten mit mindestens einem gleichgeschlechtlichen Partner.
Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde**



Basis: alle Befragten

Tabelle 14-1 Wert der Koeffizienten der linearen und logistischen Regressionen

Unabhängige Variablen	Abhängige Variablen		
	Anzahl Partner vorang. 12 Mte.	Gelegenheitspartner vorang. 12 Mte.	Präservativgebrauch mit dem oder den Gelegenheitspartnern vorang. 12 Mte.
Datenquelle GS07 oder SGB07	-11.479	-0.902	n.s.
Alter	n.s.	n.s.	n.s.
Bildungsstand	n.s.	-0.090	-0.176
Nationalität	n.s.	n.s.	0.415
Konstante	n.s.	n.s.	-2.758

n.s.: nicht signifikanter Unterschied ($p > 0,05$)

Abbildung 14-5 Arztbesuch im Verlauf des Jahres; Besprechung des Themas Aids bei diesem Besuch. Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde

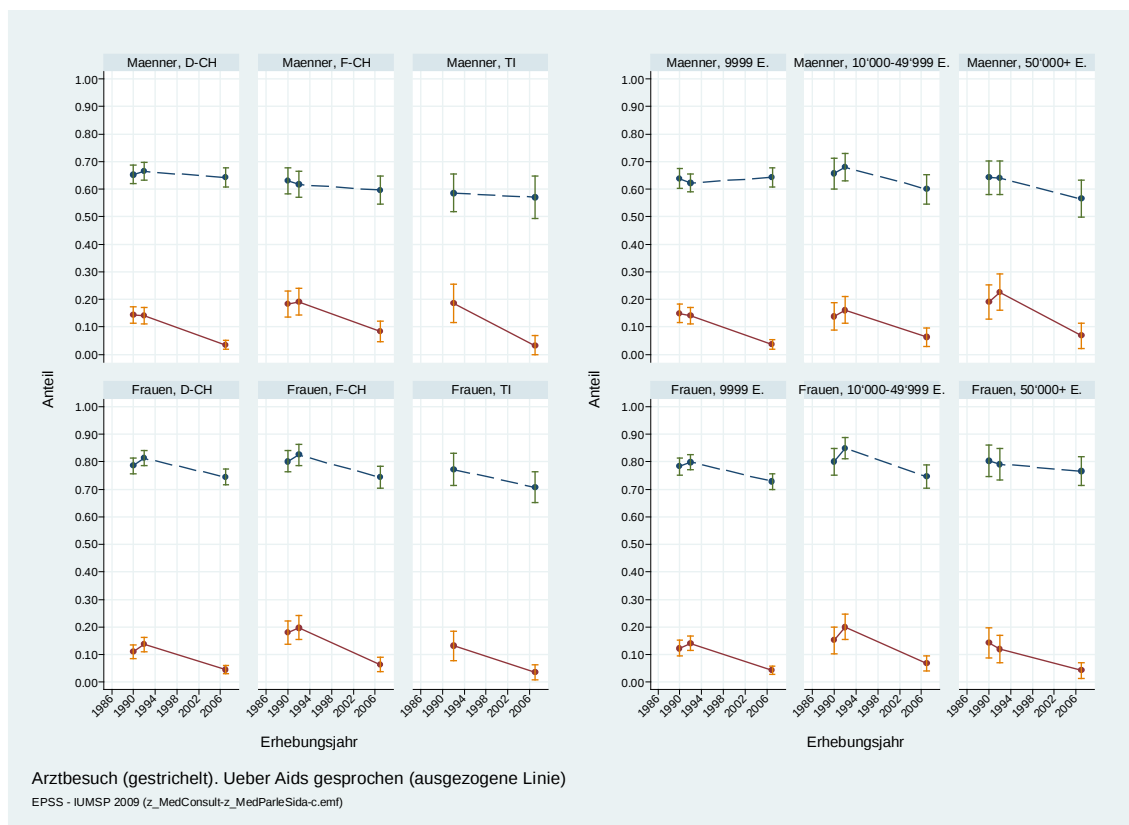
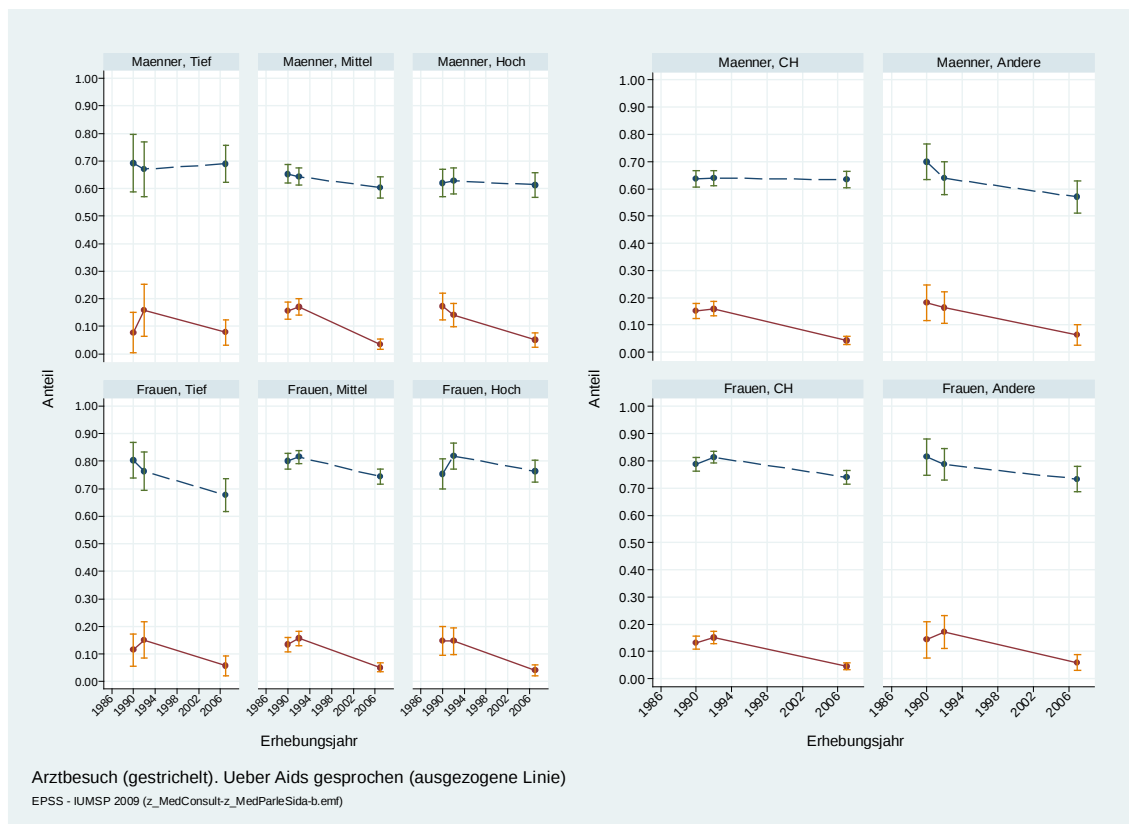
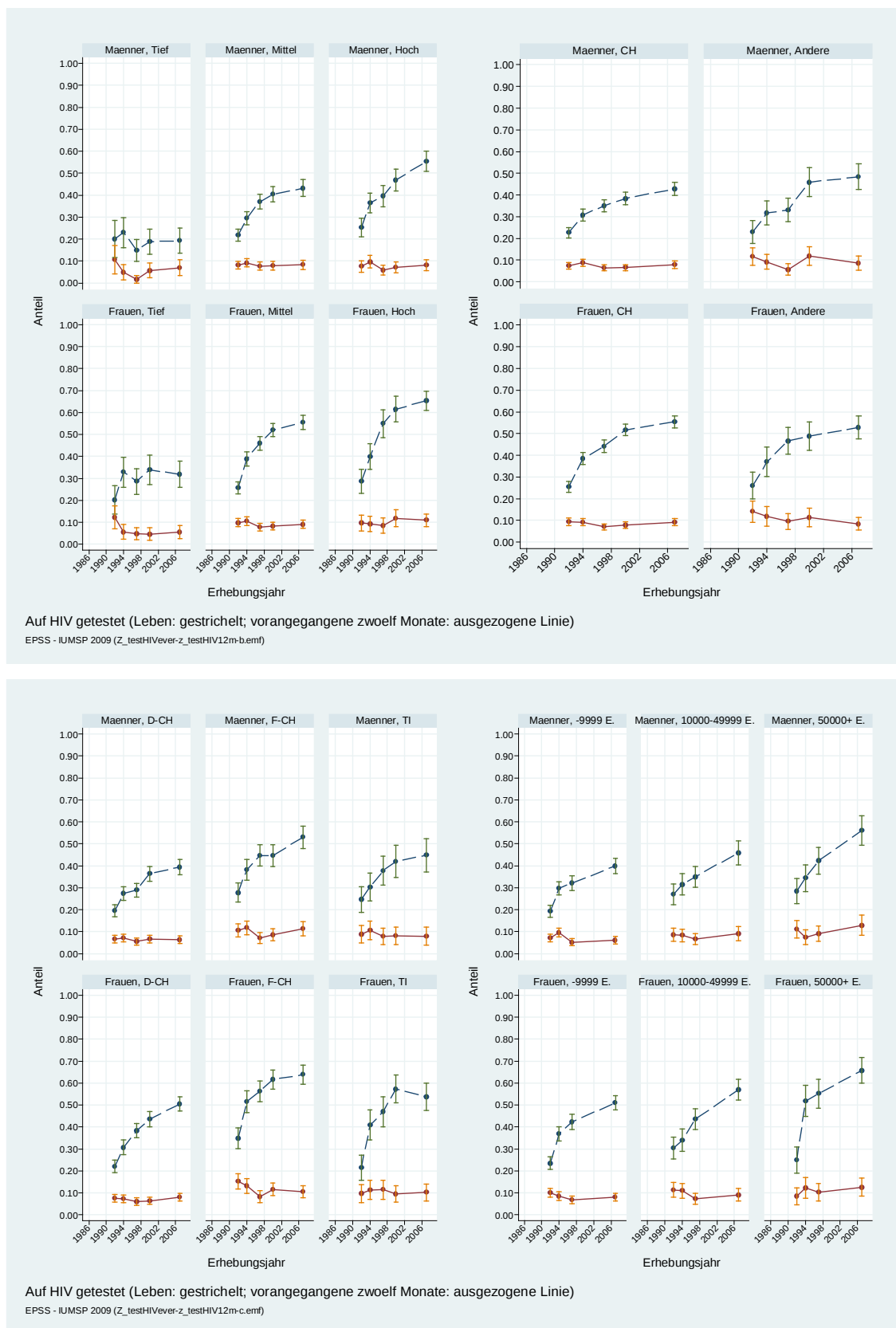


Abbildung 14-6 Personen, die im Verlauf ihres Lebens beziehungsweise in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens einen HIV-Test vornehmen liessen (ausserhalb der Blutspende). Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde



Anmerkung: Die Basis für jeden Indikator bilden alle Befragten der jeweiligen Kategorie.

Abbildung 14-7 Angst, sich Aids zuzuziehen; mindestens eine HIV-positive Person im Bekanntenkreis. Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde

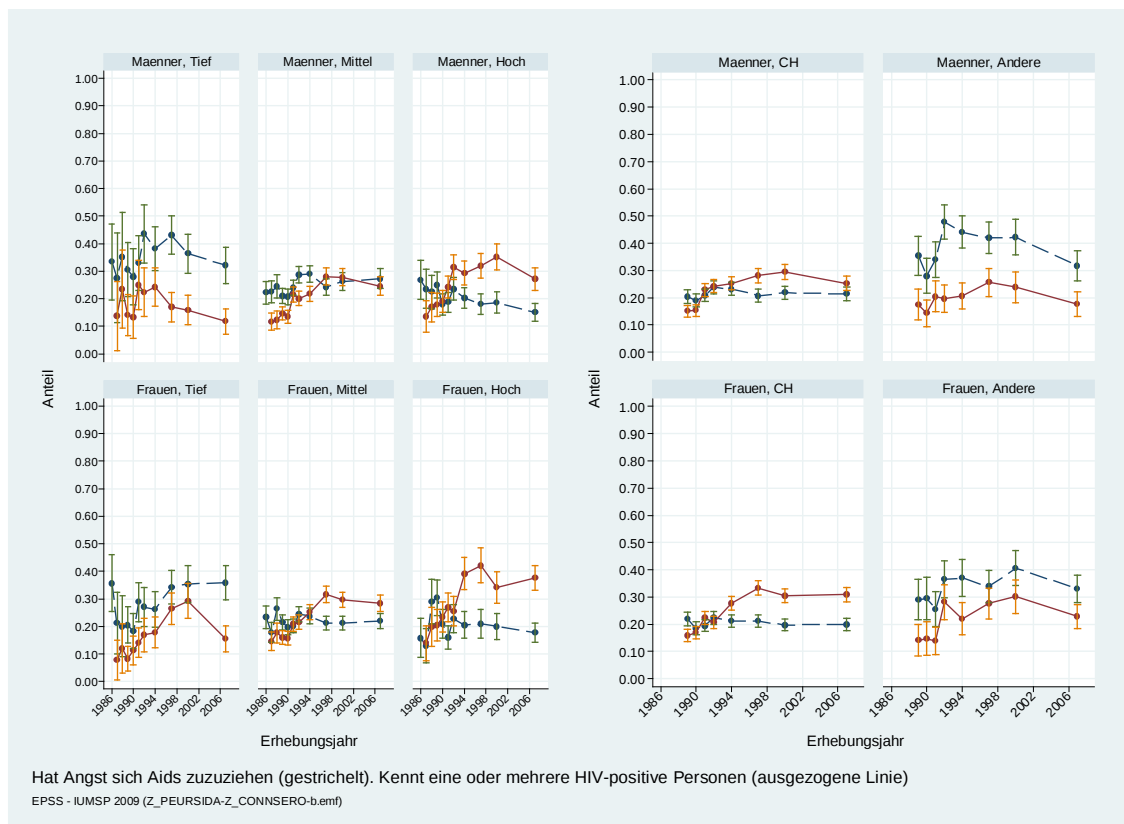


Abbildung 14-8 Wissen um die Verfügbarkeit von HIV/Aids-Therapien. Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde

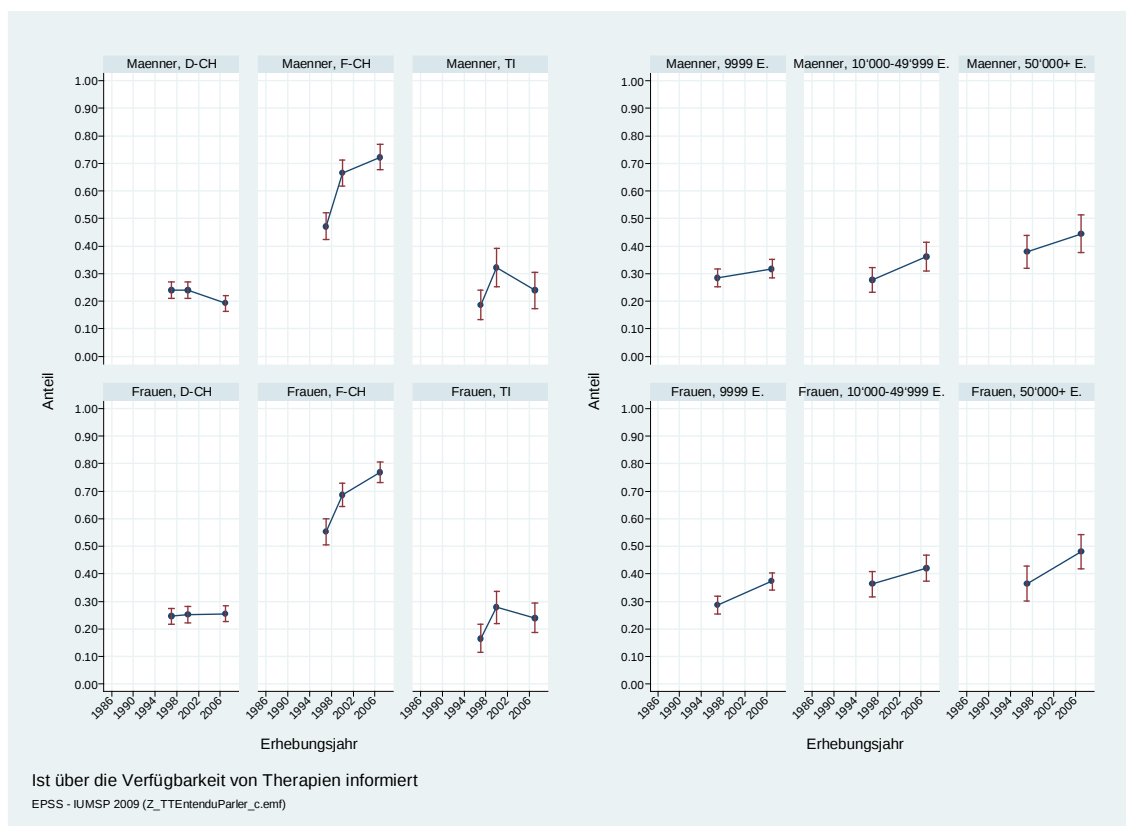
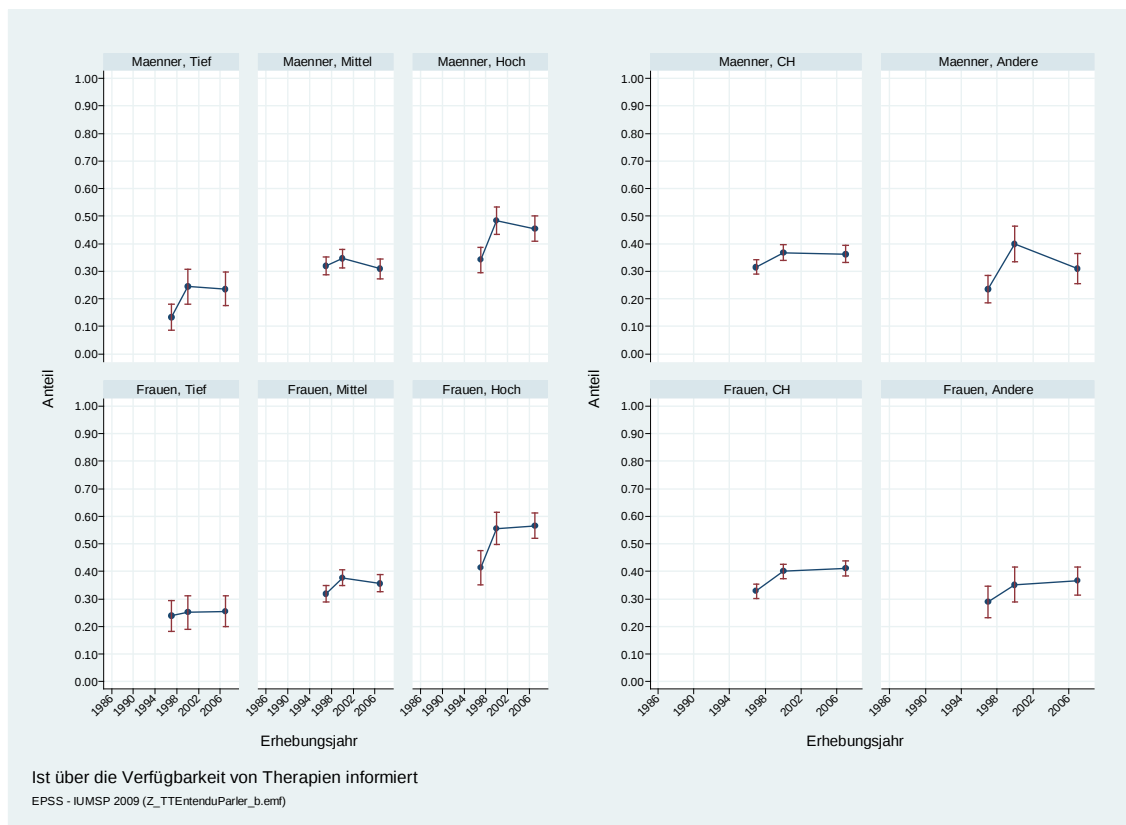


Abbildung 14-9 Weniger Angst aufgrund der Verfügbarkeit von Therapien gegen HIV/Aids: befragte Person selbst und "die Leute generell". Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde.

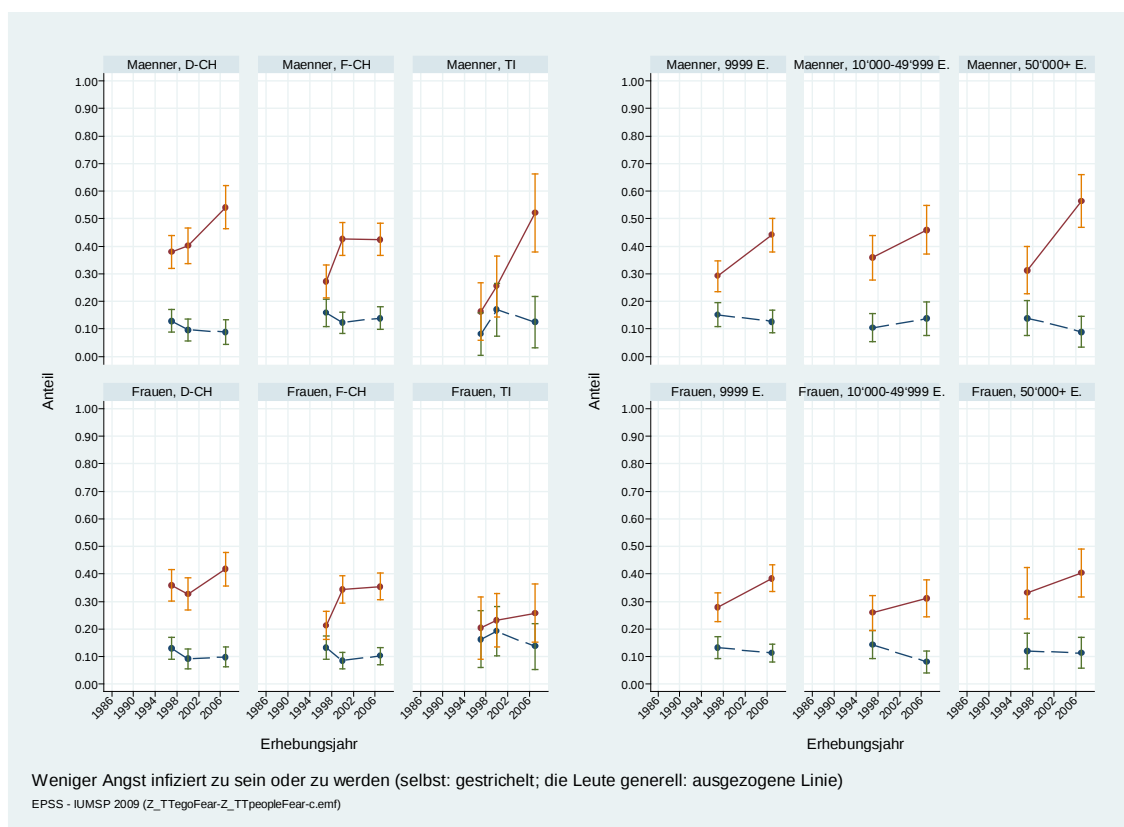
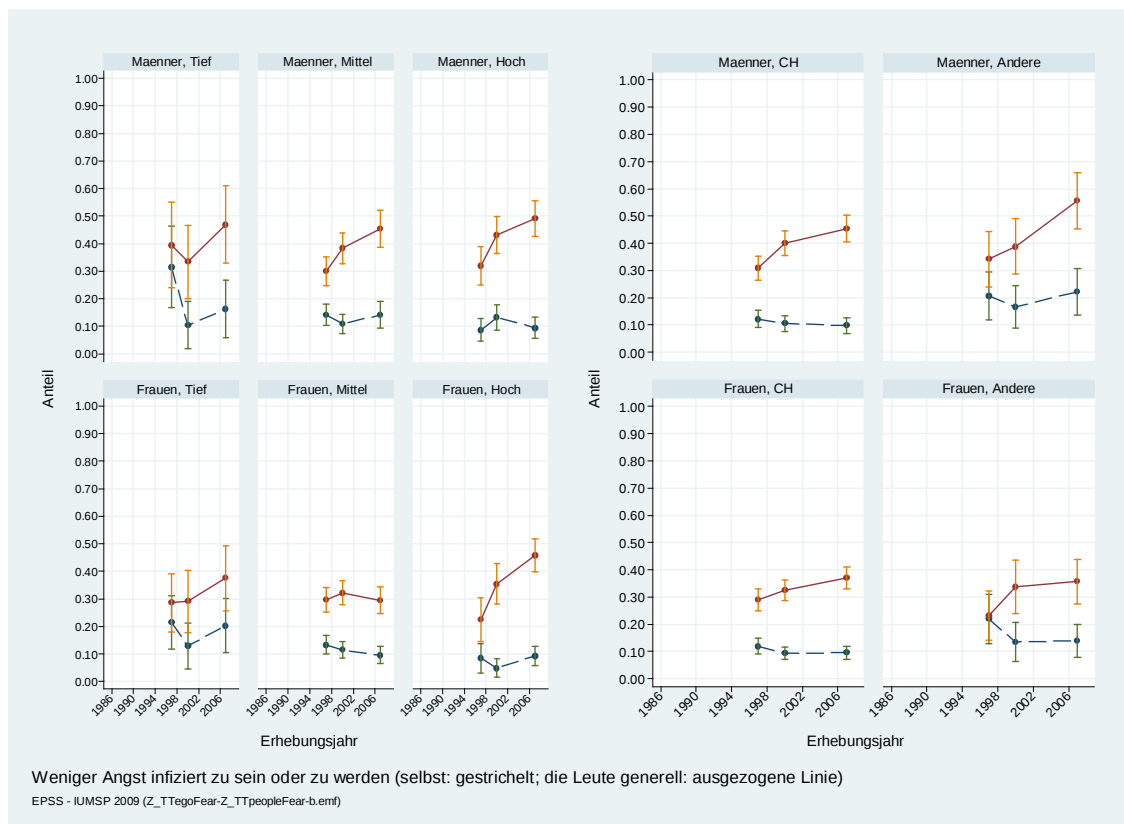
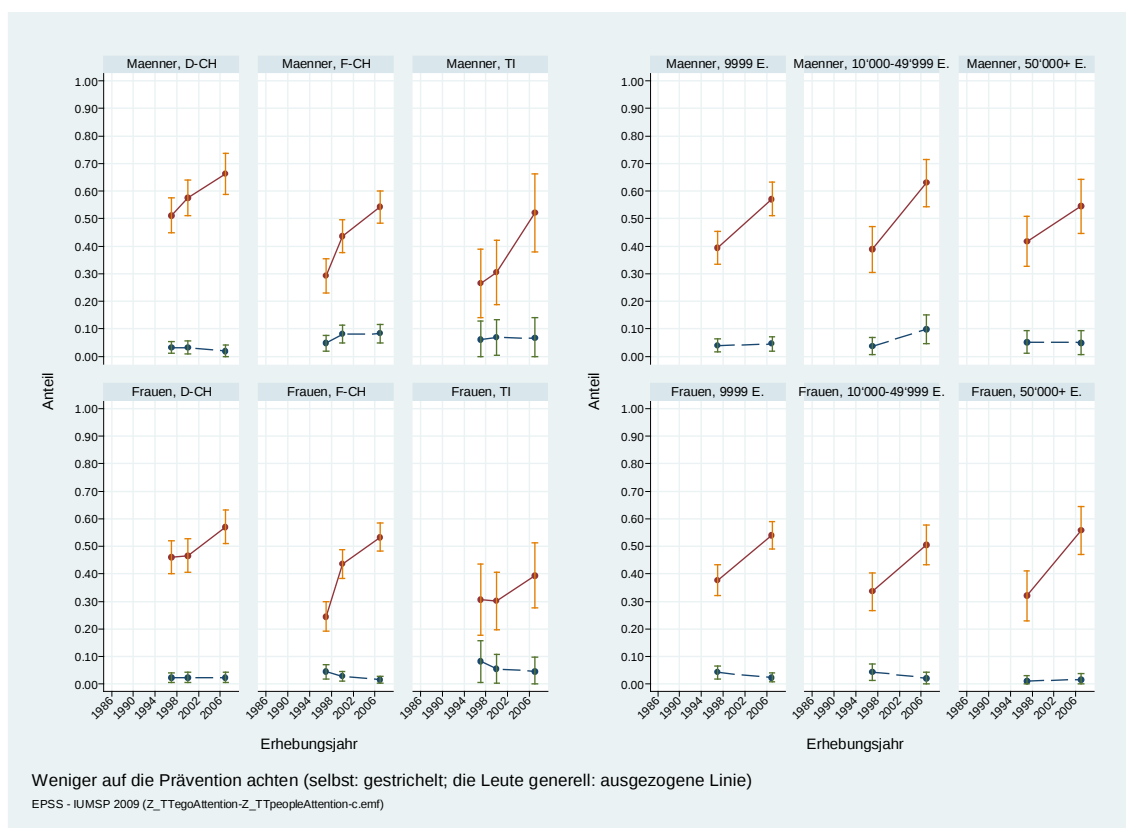
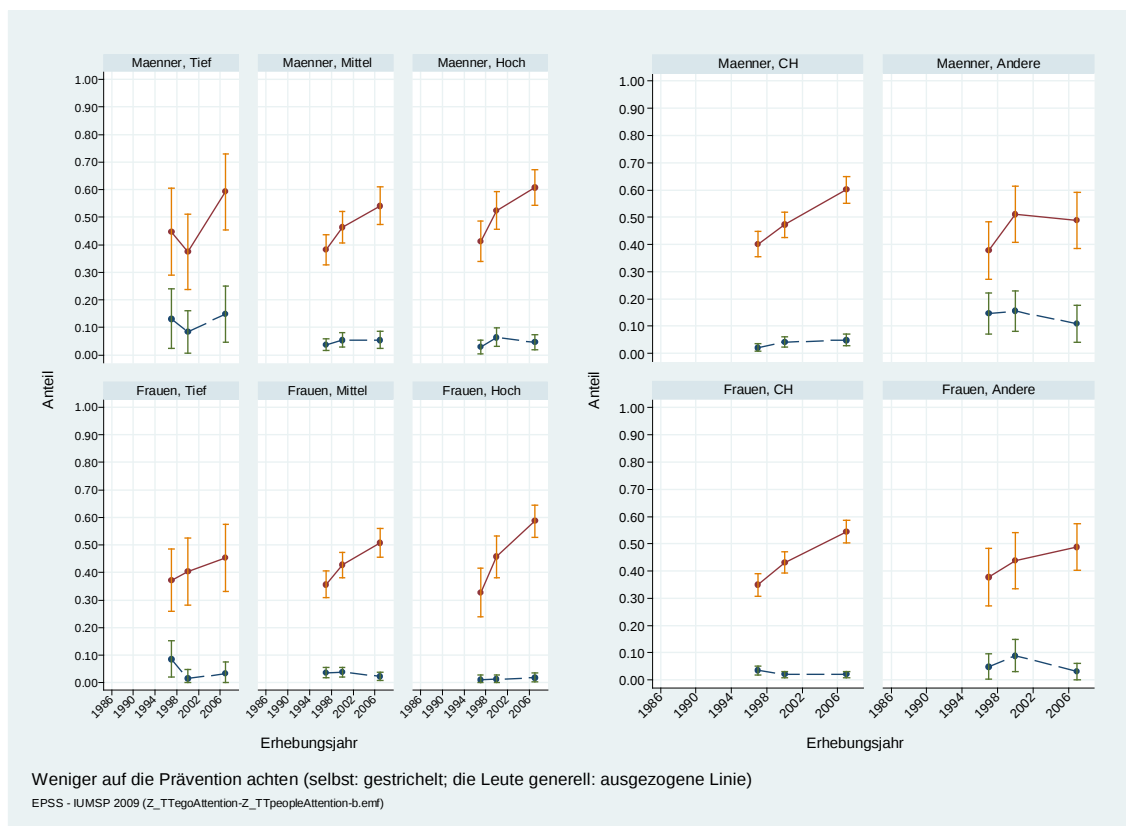


Abbildung 14-10 Weniger auf die Prävention achten aufgrund der Verfügbarkeit von Therapien gegen HIV/Aids: befragte Person selbst und "die Leute generell". Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde



14.2 ANHANG ZUM KAPITEL SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Tabelle 14-2 **Kompatibilität des Instrumentariums für das Verhaltensmonitoring mit den Empfehlungen von UNAIDS für die Überwachung der zweiten Generation in Ländern mit einer konzentrierten Epidemie**

Empfehlungen UNAIDS	Situation mit dem bestehenden Instrumentarium
<i>Überwachung der STI und der anderen biologischen Risikomarker</i>	Umgesetzt
<i>Meldung der Fälle von HIV-Infektion und Aids</i>	Umgesetzt
<i>HIV-Kontrolle der Blutspenden</i>	Umgesetzt
<i>HIV-Überwachung und Verhaltensmonitoring in den Gruppen mit Risikoverhalten</i>	Umgesetzt (im Meldesystem mit den Übertragungsgruppen und in den Erhebungen durch eigene Angaben der MSM und der Drogenkonsumierenden)
<i>HIV-Überwachung und Verhaltensmonitoring in den Gruppen mit Brückenfunktion</i>	Teilweise umgesetzt (Verhaltensmonitoring bei den Drogenkonsumierenden, deren Partner keine Drogen konsumieren, den Bisexuellen und den Freiern sowie – unvollständig – im Meldesystem mit der Kategorisierung der Fälle von heterosexueller Übertragung)
<i>Querschnitterhebung zum Verhalten in der Allgemeinbevölkerung</i>	Umgesetzt
<i>Sentinella-Überwachung von HIV in der Allgemeinbevölkerung, städtische Gebiete</i>	Nicht umgesetzt: das Meldesystem ermöglicht eine Unterscheidung nach Kanton ^a

^a In Anbetracht der Grösse des Landes unseres Erachtens ausreichend.

LISTE DER TABELLEN

Tabelle 1-1	Komponenten des Instrumentariums für das Verhaltensmonitoring (2004-2008)	7
Tabelle 2-1	Komponenten des Instrumentariums für das Verhaltensmonitoring (2004-2008)	14
Tabelle 4-1	"Welche Strategie für den Umgang mit dem Risiko einer HIV-Infektion in einer festen Beziehung trifft am ehesten auf Sie zu?"	21
Tabelle 4-2	HIV-Serostatus der festen Paare und Anteil der Befragten, die angeben, in den vorangegangenen zwölf Monaten Analverkehr ohne Präservativ gehabt zu haben	21
Tabelle 4-3	Die wichtigsten Faktoren, die mit dem Verzicht auf Präservative in Verbindung stehen*	24
Tabelle 4-4	Erwähnung von mindestens einem ungeschützten Sexualkontakt mit einem Partner mit unterschiedlichem oder unbekanntem HIV-Serostatus in den vorangegangenen zwölf Monaten	25
Tabelle 4-5	Logistische Regressionsanalyse: Faktoren ^a , die mit der Risikoexposition in Verbindung stehen ^b	25
Tabelle 4-6	Von der Anwendung der Kriterien in der Erklärung der EKAF betroffene Gruppen unter den Befragten von Gaysurvey 2007	28
Tabelle 4-7	Durchgemachte STI ausser HIV/Aids und Hepatitiden	29
Tabelle 4-8	Verteilung des Indexes für psychische Belastung bei den MSM und in der männlichen Allgemeinbevölkerung	30
Tabelle 5-1	Schätzungen zum Versorgungsgrad: Anzahl verfügbare Spritzen und Spritzenbedarf der IDU	35
Tabelle 5-2	Konsum von Heroin und/oder Kokain im Verlauf des Lebens / im vorangegangenen Monat (%), 1993-2006	36
Tabelle 5-3	Intravenöser Konsum, Exposition gegenüber dem Risiko einer HIV- und HCV-Übertragung (%), NSE, 1993-2006	37
Tabelle 5-4	Sexualpartner und Präservativgebrauch (%), NSE, 1993-2006	39
Tabelle 5-5	HIV, Hepatitis C, Überdosen und Abszesse, Prävalenz in %, NSE, 1993-2008	40
Tabelle 6-1	Pilot-Sentinella-Erhebung im DGO: soziodemografische Merkmale £ der Patientinnen (n=685)	47
Tabelle 6-2	SGB 2007: soziodemografische Merkmale nach Herkunftsregion	48
Tabelle 6-3	SGB 2007: Personen mit einem neuen festen Partner in den zwölf Monaten vor der Umfrage und Gebrauch von Präservativen zumindest zu Beginn der Beziehung, nach Herkunftsregion	49
Tabelle 6-4	SGB 2007: Anteil der Personen, die in den zwölf Monaten vor der Umfrage Gelegenheitspartner hatten, an den sexuell aktiven Personen und Präventiv-verhalten in diesen Situationen, nach Herkunftsregion	50
Tabelle 6-5	SGB 2007: Art der Sexualpartner von Männern, nach Herkunftsregion	50
Tabelle 6-6	SGB: Verwendung eines Präservativs beim letzten Sexualkontakt, nach Herkunftsregion	51
Tabelle 6-7	SGB 2007: Anteil der Personen, die sich bereits einem HIV-Test unterzogen haben, nach Herkunftsregion	51
Tabelle 7-1	Merkmale, durch die sich Sexarbeiter von den anderen MSM unterscheiden	57

Tabelle 8-1	Entwicklung der Zahl der Menschen mit HIV/Aids, die in die SHKS eingeschlossen sind, nach wahrscheinlichem Ursprung der Infektion und Geschlecht, 2001-2008	60
Tabelle 9-1	Geschlecht der Sexualpartner der Befragten (in % der Gesamtheit der 17- bis 45-jährigen Befragten nach Jahr und Geschlecht)	76
Tabelle 9-2	Anzahl Personen (in Tausend) in Bezug auf die Geschlechtskategorien der Sexualpartner, Schweiz 2007, nach Geschlecht und Alterskategorie	78
Tabelle 9-3	Vergleich der MSM-Stichproben der SGB und von Gaysurvey für das Jahr 2007	79
Tabelle 9-4	Determinanten für den letzten Kauf von Präservativen. Gesamttabelle	81
Tabelle 9-5	Häufigkeit (%) des Verrutschens oder Reissens des Präservativs beim letzten Sexualkontakt	82
Tabelle 10-1	EPSS 2000 und 2007: Anteil der 17- bis 20-jährigen Jugendlichen, die in der Schule über HIV/Aids oder "Sexualität generell" gesprochen haben, nach Sprachregion	91
Tabelle 10-2	EPSS 2000 und 2007: Anteil der 17- bis 20-jährigen Jugendlichen – unter jenen, die in der Schule über HIV oder Sexualität gesprochen haben –, die die folgenden Themen behandelt haben, nach Sprachregion	92
Tabelle 10-3	EPSS 2007: Zufriedenheit der 17- bis 20-jährigen Jugendlichen mit den Informationen, die sie in der Schule bezüglich HIV und Sexualität erhalten haben. Vergleich mit der Situation im Jahr 2000	93
Tabelle 10-4	SGB: Verwendete Verhütungsmittel bei den 17- bis 20-jährigen Jugendlichen, die angeben, Verhütungsmittel zu benutzen, nach Geschlecht	94
Tabelle 11-1	SGB: Anzahl Sexualpartner der sexuell aktiven Personen in den zwölf Monaten vor der Umfrage, nach Alter und Geschlecht	97
Tabelle 11-2	SGB: Mittelwert und Median der Zahl der Gelegenheitspartner in den zwölf Monaten vor der Umfrage bei den Personen mit Gelegenheitspartnern, nach Alter	100
Tabelle 11-3	SGB: Anteil der Befragten, die beim letzten Sexualkontakt ein Präservativ benutzt haben, nach Alter (n = 14'772)	101
Tabelle 14-1	Wert der Koeffizienten der linearen und logistischen Regressionen	117
Tabelle 14-2	Kompatibilität des Instrumentariums für das Verhaltensmonitoring mit den Empfehlungen von UNAIDS für die Überwachung der zweiten Generation in Ländern mit einer konzentrierten Epidemie	124

LISTE DER ABBILDUNGEN

Abbildung 3-1	Neue HIV-Fälle nach Übertragungsweg, 1988-2008	15
Abbildung 4-1	Instrumentarium für das MSM-Monitoring	17
Abbildung 4-2	Anteil der Befragten, die in den vorangegangenen zwölf Monaten mit ihrem festen Partner Analverkehr hatten, und Anteil der Befragten in dieser Gruppe, die ungeschützten Verkehr hatten (in %)	20
Abbildung 4-3	Anteil der Befragten, die in den vorangegangenen zwölf Monaten mit einem oder mehreren Gelegenheitspartnern Analverkehr hatten (in %), und Anteil der Befragten in dieser Gruppe, die ungeschützten Verkehr hatten	23
Abbildung 4-4	Anteil der Befragten, die sich dem HIV-Test unterzogen haben (im Verlauf des Lebens, in den vorangegangenen 18 Monaten ^a) und Anteil der Befragten, die die Diagnose HIV-positiv erhalten haben, nach Jahr und Erhebungsform (p: Papierversion, w: Internetversion)	26
Abbildung 5-1	Schätzung der Gesamtzahl der Spritzen, die zwischen 2003 und 2007 in der Schweiz monatlich an die drogeninjizierenden Personen abgegeben wurden: NSE, Apotheken ^a und Programm zur heroingestützten Behandlung(HeGeBe)	34
Abbildung 5-2	Einkommensquellen der IDU (% der IDU, die diese Einkommensquelle in den vorangegangenen zwölf Monaten angeben*), 1993-2006	36
Abbildung 6-1	Instrumentarium für das Monitoring in einzelnen Migrantengruppen	43
Abbildung 7-1	Anteil der heterosexuellen Männer, die für einen Sexualkontakt bezahlt haben (im Verlauf ihres Lebens), 1987-2007	56
Abbildung 7-2	Anteil der heterosexuellen Männer (17- bis 45-Jährige), die bei Sexualkontakten mit Sexarbeiterinnen in den sechs Monaten vor der Umfrage systematisch Präservative benutzt haben, 1987-2007*	56
Abbildung 7-3	Präservativgebrauch beim Geschlechtsverkehr mit Sexarbeitern, Gaysurvey 2007 (in % der Personen, die angaben, Präservative zu benutzen)	58
Abbildung 8-1	Verteilung (%) der Personen, die von 2001 bis 2008 in die SHKS eingeschlossen waren	61
Abbildung 8-2	Patientinnen und Patienten, die in den vorangegangenen sechs Monaten Geschlechtsverkehr mit einem festen Partner hatten; systematischer Präservativgebrauch im Rahmen dieser Beziehungen, nach Geschlecht und Übertragungsgruppe der Patientinnen und Patienten. Personen, die von 2001 bis 2008 in die SHKS eingeschlossen waren	62
Abbildung 8-3	Systematischer Präservativgebrauch (%) mit dem festen Partner, nach Serostatus dieses Partners. Personen, die von 2001 bis 2008 in die SHKS eingeschlossen waren	63
Abbildung 8-4	Patientinnen und Patienten, die in den vorangegangenen sechs Monaten Geschlechtsverkehr mit einem oder mehreren Gelegenheitspartnern hatten; systematischer Präservativgebrauch im Rahmen dieser Beziehungen, nach Geschlecht und Übertragungsgruppe der Patientinnen und Patienten. Personen, die von 2001 bis 2008 in die SHKS eingeschlossen waren	64
Abbildung 8-5	MSM: Analverkehr und Verzicht auf Präservative mit dem festen Partner und mit Gelegenheitspartnern, 1992-2007, nach Serostatus	66
Abbildung 8-6	IDU: Entwicklung der Injektionen mit einer bereits gebrauchten Spritze bei den HIV-negativen Personen und der Weitergabe einer gebrauchten Spritze durch HIV-positive Personen in den vorangegangenen sechs Monaten, 1993 bis 2006	67

Abbildung 9-1	Instrumentarium für das Monitoring in der Allgemeinbevölkerung	70
Abbildung 9-2	Gesamtzahl der Partner (Median) im Verlauf des Lebens und in den vorangegangenen zwölf Monaten, nach Geschlecht und Alter	71
Abbildung 9-3	Personen, die in den vorangegangenen zwölf Monaten zwei oder mehr Partner hatten ^a ; Präservativgebrauch beim letzten Sexualkontakt dieser Personen. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter	72
Abbildung 9-4	Neuer fester Partner im Verlauf des Jahres ^a und zumindest zu Beginn Gebrauch von Präservativen mit diesem Partner. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter	73
Abbildung 9-5	Befragte mit mindestens einem Gelegenheitspartner in den vorangegangenen sechs Monaten ^a und systematischer Gebrauch von Präservativen mit diesen Gelegenheitspartnern. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter	74
Abbildung 9-6	Gebrauch von Präservativen: mindestens einmal im Verlauf des Lebens; beim letzten Sexualkontakt. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter	75
Abbildung 9-7	Anteil der Befragten mit mindestens einem gleichgeschlechtlichen Partner. Nach Geschlecht und Alter	77
Abbildung 9-8	Determinanten für den Kauf von Präservativen, mittlere Scores nach Alter und Geschlecht	81
Abbildung 9-9	Arztbesuch im Verlauf des Jahres; Besprechung des Themas Aids bei diesem Besuch. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter	83
Abbildung 9-10	Personen, die im Verlauf ihres Lebens beziehungsweise in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens einen HIV-Test vornehmen liessen (ausserhalb der Blutspende). Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter	84
Abbildung 9-11	Ort, an dem der letzte HIV-Test durchgeführt wurde	84
Abbildung 9-12	Angst, sich Aids zuzuziehen; mindestens eine HIV-positive Person im Bekanntenkreis. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter	85
Abbildung 9-13	Spontane Erwähnung des Präservativs als Schutzmassnahme gegen HIV/Aids. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter	86
Abbildung 9-14	Wissen um die Verfügbarkeit von HIV/Aids-Therapien. Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter	87
Abbildung 9-15	Auswirkungen der Verfügbarkeit von Therapien gegen HIV/Aids auf sich selbst und Meinung zu den entsprechenden Auswirkungen auf "die Leute generell": "Weniger auf die Prävention achten"; "Weniger Angst haben, mit HIV infiziert zu sein oder zu werden". Anteil der Befragten, nach Geschlecht und Alter	88
Abbildung 10-1	Anteil der 17- bis 20-jährigen Jugendlichen, die im Alter von 17 Jahren sexuell aktiv sind	93
Abbildung 10-2	Kombinationen von Verhütungsmethoden beim letzten Sexualkontakt bei sexuell aktiven Schülerinnen und Schülern im Alter von 14 und 15 Jahren, nach Geschlecht, HBSC 2006 ³⁸	95
Abbildung 11-1	SGB: Prozentualer Anteil der Personen mit einem neuen festen Partner in den zwölf Monaten vor der Umfrage und Präservativgebrauch zumindest zu Beginn der Beziehung, nach Alter (n = 14'772)	98
Abbildung 11-2	SGB: Anteil der Personen mit einem neuen festen Partner in den zwölf Monaten vor der Umfrage und Präservativgebrauch zumindest zu Beginn der Beziehung, nach Alter und Geschlecht (n = 14'772)	99

Abbildung 11-3	SGB: Anteil der Personen mit Gelegenheitspartnern in den zwölf Monaten vor der Umfrage und Präservativgebrauch, nach Alter (n = 14'772)	99
Abbildung 11-4	SGB: Anteil der Personen mit Gelegenheitspartnern in den zwölf Monaten vor der Umfrage und Präservativgebrauch, nach Alter und Geschlecht (n = 14429)	100
Abbildung 11-5	SGB: Anteil der Personen, die sich bereits einem HIV-Test unterzogen haben (ausserhalb der Blutspende, nach Alter und Geschlecht (n = 15'715)	102
Abbildung 11-6	SGB: Seit dem letzten HIV-Test verstrichene Zeit (n = 15'715)	102
Abbildung 11-7	SGB: Anteil der Personen mit Mehrfachbeziehung, die beim letzten Sexualkontakt ein/kein Präservativ benutzt haben, nach Situation bezüglich des HIV-Tests (n = 1481)	103
Abbildung 14-1	Neuer fester Partner im Verlauf des Jahres ^a und zumindest zu Beginn Gebrauch von Präservativen mit diesem Partner. Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde	113
Abbildung 14-2	Anteil der Befragten mit mindestens einem Gelegenheitspartner in den vorangegangenen sechs Monaten und systematischer Gebrauch von Präservativen mit diesen. Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde	114
Abbildung 14-3	Gebrauch von Präservativen: mindestens einmal im Verlauf des Lebens; beim letzten Sexualkontakt. Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde	115
Abbildung 14-4	Anteil der Befragten mit mindestens einem gleichgeschlechtlichen Partner. Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde	116
Abbildung 14-5	Arztbesuch im Verlauf des Jahres; Besprechung des Themas Aids bei diesem Besuch. Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde	118
Abbildung 14-6	Personen, die im Verlauf ihres Lebens beziehungsweise in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens einen HIV-Test vornehmen liessen (ausserhalb der Blutspende). Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde	119
Abbildung 14-7	Angst, sich Aids zuzuziehen; mindestens eine HIV-positive Person im Bekanntenkreis. Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde	120
Abbildung 14-8	Wissen um die Verfügbarkeit von HIV/Aids-Therapien. Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde	121
Abbildung 14-9	Weniger Angst aufgrund der Verfügbarkeit von Therapien gegen HIV/Aids: befragte Person selbst und "die Leute generell". Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde.	122
Abbildung 14-10	Weniger auf die Prävention achten aufgrund der Verfügbarkeit von Therapien gegen HIV/Aids: befragte Person selbst und "die Leute generell". Nach Bildungsstand, Nationalität, Region und Grösse der Gemeinde	123