



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Midterm-Check (MTC)

Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017

Synthesebericht zu den beiden Teilprojekten 1 und 2

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Christine Heuer, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

Bern, 20. Oktober 2014

Inhaltsverzeichnis

PROJEKT „MIDTERM-CHECK NPHS 2011–2017“	3
1. AUSGANGSLAGE	3
2. DAS NATIONALE PROGRAMM HIV UND ANDERE SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFESTIONEN (NPHS) 2011–2017.....	3
3. FRAGESTELLUNG	4
4. PROJEKTANLAGE UND METHODIK	4
RESULTATE	5
1. UNTERSCHIEDE UND GEMEINSAMKEITEN IN DEN TEILPROJEKTEN 1 UND 2	5
2. QUALITÄT, UMSETZUNGSSTAND UND AKTUELLER ZIELERREICHUNGSGRAD DES NPHS	5
3. KANN UND SOLL DAS PROGRAMM BIS ENDE 2019 VERLÄNGERT WERDEN?	5
4. NACHFOLGEPROGRAMM HIV&STI ODER SEXUAL HEALTH?.....	6
SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNEN	6
1. DAS NPHS IST VON GUTER QUALITÄT UND KANN BIS 2019 VERLÄNGERT WERDEN.	6
2. DIE ZIELERREICHUNG IST NACH DER ERSTEN HÄLFTE DER UMSETZUNG BEFRIEDIGEND.....	6
3. FÜR DIE ZWEITE HÄLFTE DER UMSETZUNG DES NPHS HABEN SICH EINE REIHE VON EMPFEHLUNGEN UND HINWEISE ERGEBEN, DIE VON DER EKSG PRIORISIERT UND VON BAG UND STAKEHOLDERN UMGESETZT WERDEN SOLLEN.....	7
4. SEXUAL HEALTH- ODER HIV&STI-PROGRAMM FÜR 2020+? – „UNBEDINGT“ VERSUS „SICHER NICHT“!	8
ANHÄNGE	9
ANHANG 1: BERICHT TEILPROJEKT 1	
ANHANG 2: BERICHT TEILPROJEKT 2	
ANHANG 3: GESAMTPFLICHTENHEFT DES PROJEKTS MIDTERM-CHECK NPHS 2011– 2017	

Projekt „Midterm-Check NPHS 2011–2017“

1. Ausgangslage

Zur Halbzeit (Ende Juni 2014) der Umsetzung des NPHS 2011–2017 hat die Leiterin des Direktionsbereichs Öffentliche Gesundheit (DOeG) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) entschieden, eine Zwischenbilanz zum Programm zu ziehen. Sie beauftragte die Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) des BAG mit der Durchführung des Projektes Midterm-Check NPHS 2011–2017 (MTC)¹. Die Ergebnisse dienen dazu, die Umsetzung des Programms in der zweiten Hälfte der Laufzeit zu steuern und die Zeit nach 2017 zu planen.

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

Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 basiert auf der gesetzlichen Grundlage des Epidemiengesetzes (SR 818.101) und agiert auf der Ebene der Krankheitsbekämpfung. Es ist eine nationale Strategie zur Prävention sowie zur Diagnose und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, wie zum Beispiel, Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien.

Das Programm beruht auf wissenschaftlicher Evidenz und wurde in einem partizipativen Prozess mit verschiedenen Stakeholdern² erarbeitet. Das BAG hat die Federführung bei der Steuerung und beim Management des Programms, arbeitet jedoch eng mit anderen Bundesstellen, mit den kantonalen Behörden und den Dachorganisationen von NGOs zusammen.

Das NPHS 2011–2017 hat vier Oberziele:

1. Die Menschen in der Schweiz sind aufgeklärt und fähig, ihre Rechte im Bereich der Sexualität wahrzunehmen.
2. Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sinkt.
3. HIV und andere STI werden in einem frühen Stadium erkannt und richtig behandelt.
4. Die HIV- und STI-Arbeit wirkt nachhaltig, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Bevölkerung getragen wird. (NPHS 2011–2017: Seiten 77-79)

Das NPHS 2011–2017 enthält einige Innovationen, von denen die wesentlichsten nachfolgend genannt werden:

- Das Programm integriert erstmals neben HIV auch andere sexuell übertragbare Infektionen (STI).
- Um die HIV- und STI-Arbeit zu strukturieren, bündelt das NPHS alle Interventionen in drei Achsen. Jede Interventionsachse richtet sich an bestimmte Bevölkerungsgruppen. Die Achseneinteilung erfolgt nach Kriterien der Prävalenz und der Vulnerabilität (Gefährdung): Achse 1: Gesamtbevölkerung; Achse 2: Menschen, die sich in einem Umfeld, in welchem die Erreger stark verbreitet sind, risikoreich verhalten; Achse 3: Menschen mit einer HIV- oder STI-Infektion und deren Partnerinnen und Partner.
- Diagnose und Therapie sind wichtige Elemente der Prävention, da je rascher die Behandlung einer STI oder von HIV beginnt, desto geringer das Risiko einer weiteren Verbreitung ist.

¹ Gesamtpflichtenheft und Projektbeschreibung: Anhang 3

² Bund, Kantone, Non-Profit-Organisationen, Profit-Organisationen, Forschungsinstitutionen und internationale Organisationen (NPHS 2011–2017: Seite 127)

- Es soll eine Third Generation Surveillance entwickelt werden, welche die nötige Evidenz erbringt.
(NPHS 2011–2017: Seite 8)

3. Fragestellung

Der MTC beantwortet folgende Fragen:

1. Wie beurteilen zentrale Akteure den Stand und die Qualität der bisherigen Umsetzung und den Zielerreichungsgrad des NPHS?
2. Wie schätzen die Akteure die „Lebensdauer“ des NPHS ein? Kann und soll es verlängert werden?
3. Wie beurteilen die Akteure die Notwendigkeit eines Nachfolgeprogramms HIV&STI und/oder die Machbarkeit und Sinnhaftigkeit der Integration von HIV&STI in ein Sexual Health Programm für die Schweiz?

4. Projektanlage und Methodik

Der MTC NPHS 2011–2017 beinhaltet zwei Teilprojekte (TP) und eine Synthese:

- Im TP1 nutzten das BAG und die operativen Stakeholder ein Programm Tool der EU Initiative „Quality Action“, den neuen Fragebogen und Diskussionsleitfaden „SCHIFF – A Tool for Improving the Quality of HIV-Prevention Programmes“³. Der Fragebogen wurde vom BAG für den MTC gekürzt und angepasst. Die am TP1 teilnehmenden Personen bereiteten in ihren Organisationen und in „desk-Arbeit“ einen Workshop vor. Dieser fand vom 2. – 4. Juli 2014 in Montezillon im Kanton Neuenburg mit 23 Vertreterinnen und Vertretern der Stakeholder sowie zwei begleitenden Experten der EU statt (Liste der Teilnehmenden siehe Bericht TP1, Anhang 1). Gearbeitet wurde vor allem in zwei Gruppen (regionale und nationale Stakeholder des NPHS), aber auch im Plenum.
- Im TP2 führte die Firma Public Health Promotion GmbH (Dr. med. Bertino Somaini unter Mitarbeit von Dr. med. Daniel Frey und Franz Wyss) semistrukturierte Interviews durch. Die zentralen Fragen des Leitfadens zu diesen Interviews waren die gleichen wie diejenigen im Fragebogen des TP1. Insgesamt 42 Expertinnen und Experten wurden in Einzel- und Gruppeninterviews befragt (Liste der Befragten und Leitfaden siehe Bericht TP2, Anhang 2).
- In einem Syntheseworkshop wurden die Ergebnisse der beiden TP gesichtet, diskutiert und als Synthesebericht an die Eidgenössische Kommission für Sexuelle Gesundheit (EKSG) und an die Auftraggeberin (DOeG, BAG) formuliert. Teilnehmende am Syntheseworkshop waren Vertreterinnen und Vertreter der zuständigen Kaskade des Direktionsbereiches DOeG, die Gesamtprojektleiterin und die Teilprojektleitenden.

Im TP1 wurden ausschliesslich, im TP2 nahezu ausschliesslich am Programm beteiligte Akteure befragt. Der MTC basiert somit auf einer Selbsteinschätzung der Programmbeteiligten und bildet die Innensicht des NPHS ab.

Da „SCHIFF- A Tool for Improving the Quality of HIV-Prevention Programmes“ im Jahr 2014 noch eine Entwurfversion war, in der Schweiz erstmals verwendet und auch gekürzt und angepasst wurde, handelt es sich beim MTC um ein Pilot-Projekt.

³ <http://www.qualityaction.eu/tools.php>

Resultate

1. Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Teilprojekten 1 und 2

In beiden Teilprojekten begrüßten die teilnehmenden Vertreterinnen und Vertreter der Stakeholder, dass das BAG die Initiative zum MTC ergriffen hat. Im TP1 erfolgte der Bewertungsprozess unter Anwendung/Erprobung des Programm-Tools „Schiff“. Viele der Interviewten im TP2 zeigten sich erfreut darüber, dass ihre Meinung durch externe Experten abgeholt wurde.

In beiden TP wurde der partizipative Prozess zur Programmentwicklung (2009/2010) positiv hervorgehoben: Die wichtigsten Stakeholder konnten sich mit Argumenten und Vorschlägen gut einbringen. Die Qualität des Programms als nationales Strategiedokument wurde als „gut“ beurteilt. Die Integration von STIs ins HIV-Programm wurde befürwortet, allerdings liege der Fokus noch zu stark auf HIV.

Unterschiede ergaben sich vor allem aus der unterschiedlichen Methodik der beiden TP: Im TP1 fand über 2 Tage ein Prozess mit Vertreterinnen und Vertretern der Stakeholder statt. Es wurde mehrmals in Gruppen gearbeitet und die Resultate im Plenum diskutiert. Das TP1 zeigte folglich auf, wo eine breit abgestützte Konsolidierung möglich ist. Im TP2 äusserten die Befragten im Rahmen der Einzel- und Gruppeninterviews Meinungen und Ansichten, welche als solche aufgenommen wurden und zum Teil direkter als im TP1 den Hintergrund und die Interessen der Interviewten spiegeln. Im TP2 gab es auch zu den Fragen zur Zusammenarbeit unter den Stakeholdern und zur Zukunft differenziertere und weiterführende Ergebnisse. Trotz unterschiedlicher Methoden ist die Übereinstimmung zwischen TP1 und TP2 bei der Beantwortung der 3 Fragen des MTC gross.

2. Qualität, Umsetzungsstand und aktueller Zielerreichungsgrad⁴ des NPHS

Vision, Oberziele, Modell der drei Interventionsachsen und die Ziele in den Interventionsachsen sind akzeptiert und wurden als „gut“ bewertet. Die Befragten erkannten keinen Bedarf für Anpassungen am Dokument NPHS. Die Strategie des NPHS stimme nach wie vor. Das Programm wurde als „sehr anspruchsvoll“ beurteilt, was hohe Anforderungen an die Leitung und Governance stelle, welche vom BAG erwartet wird.

Die Beteiligten des TP1 beurteilten den Zielerreichungsgrad mit 6.5 von 10 Punkten (Bandbreite 4–8 auf der 10er-Skala). Dabei machten sie darauf aufmerksam, dass verschiedene Ziele Daueraufgaben seien, welche nicht auf ein bestimmtes Datum hin erreicht werden können. Im TP2 beurteilten die Befragten die Umsetzung des Programms gesamthaft als „gut geglückt, aber noch stark verbesserungswürdig“ mit 6 von 10 Punkten.

In beiden TP ergaben sich aus der Frage nach Qualität, Umsetzungsstand und Zielerreichungsgrad eine Fülle von Anregungen und Hinweisen für die zweite Hälfte der Programmumsetzung. Diese sind im Kapitel „Schlussfolgerungen und Empfehlungen“ in Punkt 3 als „Empfehlungen“ aufgeführt.

3. Kann und soll das Programm bis Ende 2019 verlängert werden?

Die meisten Befragten der beiden TP sind für eine Verlängerung des Programms bis Ende 2019. Bedarf für Anpassungen am Strategiedokument sahen sie nicht. Für die Umsetzung des Programms seien aber Präzisierungen, Differenzierungen und Priorisierungen für die nächsten Jahre notwendig. Ebenso gelte es zu prüfen, ob mit der Inkraftsetzung des neuen

⁴ Untersucht wurden die vier Oberziele und die Ziele der drei Interventionsachsen.

Epidemiengesetzes (voraussichtlich Anfang 2016) und der zugehörigen Verordnungen gewisse Massnahmen (z.B. Datenaufbereitung, Koordination) erleichtert werden.

4. Nachfolgeprogramm HIV&STI oder Sexual Health?

Generell wurde erwartet, dass ab 2020 ein neues Programm zur Umsetzung verfügbar ist. Darin sollten das bisher Erreichte gestärkt und neue Aspekte besser integriert werden. Die Befragten empfahlen, ein neues Programm zu entwickeln, das leichter und situationsgerechter angepasst werden kann.

Unter den Befragten gab es engagierte Befürworterinnen und Befürworter für die Einbettung von HIV/STI-Prävention und -Bekämpfung in ein Sexual Health-Programm für die Schweiz: verschiedene wichtige Anliegen könnten in ein Gesamtprogramm integriert werden und es bestehe ein breiterer Rahmen für Interventionen.

Es gab aber auch klare Gegnerinnen und Gegner der Einbettung von HIV&STI in Sexual Health: zu unklar sei der Begriff Sexual Health, zu gross sei die Themenvielfalt unter diesem Begriff und zu schwierig die Abgrenzung von „was gehört dazu?“ und „was gehört nicht dazu?“.

Manche Akteure äusserten die Befürchtung, die Ausweitung auf Sexual Health könne die Finanzierung der (Präventions-)Aktivitäten bei HIV&STI in Zukunft behindern.

Bei den Stakeholdern des TP1 traten 16 für ein Sexual Health-Programm ein, vier waren dagegen. Im TP2 hielten sich pro und contra in etwa die Waage (12 vs. 15).

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

1. Das NPHS ist von guter Qualität und kann bis 2019 verlängert werden.

Das NPHS taugt als Strategiedokument: Vision, Oberziele, Modell der drei Interventionsachsen und die Ziele in den Interventionsachsen haben sich bewährt, sind akzeptiert und behalten ihre Gültigkeit.

2. Die Zielerreichung ist nach der ersten Hälfte der Umsetzung befriedigend.

Als Hauptmängel und Gründe für „befriedigend“ haben sich ergeben:

- Die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren ist zwar meistens gut, aber die Koordination muss verbessert werden, insbesondere mit den Kantonen, innerhalb der Verbände und zwischen den regionalen Akteuren.
- In der EKSG fehlt die Gesamtsicht über den Stand der Programmumsetzung.
- Das Potential von Monitoring&Evaluation wird nicht ausgeschöpft.
- Vom BAG werden mehr Engagement hinsichtlich Governance und Leadership erwartet (z.B. transparente Aufgabenteilung, Klärung von Parallelstrukturen, Einbindung der zentralen Akteure in die Umsetzung des Programms, Vermittlung von Daten, Evaluationen sowie einen Überblick über Programmaktivitäten und -fortschritte).
- Das KVG behindert die STI-Diagnostik (Franchise und Selbstbehalt).
- Sexualaufklärung in den Schulen ist in der öffentlichen Debatte der Deutschschweiz umstritten.
- Für MSM wird bei Subgruppen mit hohem Risiko zu wenig und bei der Migrationsbevölkerung generell zu wenig getan.

3. Für die zweite Hälfte der Umsetzung des NPHS haben sich eine Reihe von Empfehlungen und Hinweise ergeben, die von der EKSG priorisiert und von BAG und Stakeholdern umgesetzt werden sollen.

Leadership und Governance⁵

- a. Vom BAG und der EKSG wird mehr Leadership und Governance erwartet, insbesondere in der Koordination mit den Kantonen / der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) / wichtigen Stakeholdern und der Gesamtleitung der Programmumsetzung (TP2, Kap. 6, Empfehlung 1 / TP1, Kap. 3.4).

Reputation

- b. Die Reputation sollte verbessert werden, indem Respekt und Wertschätzung unter allen Stakeholdern gelebt, Transparenz im Einsatz der Ressourcen hergestellt, die Kommunikation gestärkt und die Bereitstellung von Dienstleistungen optimiert wird (TP2, Kap. 6, Empfehlung 2).

Evidenz

- c. Die Evidenz ist zu stärken indem das Potential von Monitoring&Evaluation besser genutzt wird um evidenzbasierte Entscheidungen treffen zu können. Dazu muss in Zusammenarbeit mit der EKSG geklärt werden, welche Daten wichtig und notwendig sind, wer über die Daten verfügt und wer sie aufbereitet (TP1, Kap. 3.9 / TP2, Kap. 6, Empfehlung 3).

Umsetzung und Prioritäten setzen

- d. Um das Ziel „Senkung der HIV- und anderen sexuell übertragbaren Infektionen“ zu erreichen müssen Prioritäten geklärt und Interventionen stärker auf Ziele zu spezifischen Zielgruppen fokussiert werden. Bei bestimmten Zielgruppen, z.B. bei MSM mit hohen Risiken oder bei der Migrationsbevölkerung müssen neue Akzente gesetzt werden (TP2, Kap. 6, Empfehlung 4).
- e. Früherkennung und Partnerinformation ist bei betroffenen Gruppen und Personen zu verbessern (TP2, Kap. 4, Empfehlung 4).
- f. Es braucht nicht nur für MSM einen Aktionsplan für die nächsten Jahre, sondern auch für andere Zielgruppen (z.B. Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit generalisierter Epidemie) (TP1, Kap. 3.9).
- g. Der Zugang zum Gesundheitssystem ist für alle Menschen, die in der Schweiz leben (auch für „Sans-Papiers“ und Gefängnisinsassen), möglich zu machen. Der präventive Nutzen der Behandlung von HIV&STI soll möglichst gut realisiert werden (TP1, Kap. 3.6.2 / 3.9).
- h. Systemhürden welche Diagnostik und Therapie von HIV&STI behindern (z.B. Franchise und Selbstbehalt zur HIV/STI-Testung) sollen abgebaut werden (TP1, Kap. 3.6 / 3.9).
- i. Sexuaufklärung ist wichtig für den Erfolg des NPHS. In der Suisse romande ist sie seit 20 Jahren Standard. Warum ist sie in der deutschen Schweiz nur punktuell verankert und so umstritten? Gibt es Unterschiede im Outcome? (TP1, Kap. 3.6).
- j. Die Sexuellen Rechte sollen in der Schweiz verankert werden (TP1, Kap. 3.6).
- k. Die Stakeholder wünschen mehr Qualitätssicherung (z.B. Sensibilisierung auf die Erkennung von Primoinfektionen (durch Ärzte, Spitäler, Teststellen)) (TP1, Kap. 3.9).
- l. Die Stakeholder sind sich einig, dass „wir Stakeholder“ im Umgang untereinander Hindernisse sein können (TP1, Kap. 3.6).

⁵ Diese Themenfelder wurden durch die Projektleitung TP2 priorisiert.

Zukünftige Herausforderungen

- m. Diagnose und Therapie von Hepatitis C soll in die Programmaktivitäten integriert werden (TP2, Kap. 4, Empfehlung 5).
- n. Die Definition und Konsensfindung bezüglich Sexual Health für ein allfälliges nationales Programm ist nötig und dringend (TP2, Kap. 6, Empfehlung 5).

Im TP1 einigten sich die Teilnehmenden für die zweite Hälfte der Laufzeit des NPHS 2011–2017 auf folgende drei Prioritäten: a) Monitoring, Evaluation und Qualitätssicherung, b) Finanzielle Aspekte (STI-Tests von der Franchise befreien und medizinische Versorgung für alle ermöglichen) c) Migration (Aktionsplan).

4. Sexual Health- oder HIV&STI-Programm für 2020+? – „Unbedingt“ versus „sicher nicht“!

Ein informierter Entscheid, ob es für die Schweiz ab 2020 ein Sexual Health-Programm oder ein Nachfolgeprogramm HIV&STI braucht, ist heute noch nicht möglich. Zuerst muss ein Fachkonsens erzielt werden, was „Sexual Health“ für die Schweiz meint, welche Themen und Handlungsfelder dazu gehören, wer dafür zuständig ist und wo die Grenzen zu ziehen sind. Diese Klärung muss 2015 erfolgen, damit 2016 dem Bundesrat mit dem Antrag auf Verlängerung des NPHS bis Ende 2019 auch die Ausrichtung des neuen Programms zum Entscheid vorgelegt werden kann. Die Programmentwicklung für ein Nachfolgeprogramm HIV&STI dauert erfahrungsgemäss ca. 2 Jahre. Soll ein Sexual Health-Programm für die Schweiz entwickelt werden, ist wegen des zwingenden Einbezugs der Kantone (sie sind für einzelne Themen und Handlungsfelder der sexuellen Gesundheit zuständig) mit 3 Jahren zu rechnen.

Anhänge

Anhang 1: Bericht Teilprojekt 1

Anhang 2: Bericht Teilprojekt 2

Anhang 3: Gesamtpflichtenheft des Projekts Midterm-Check NPHS 2011–2017



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

Midterm-Check Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017: Bericht über den Midterm-Check Workshop (Teilprojekt 1)

2.–4. Juli 2014, Montezillon

Bern, 3. September 2014

Bundesamt für Gesundheit
Matthias Gnädinger
Schwarztorstrasse 96, CH-3007 Bern
Postadresse: CH-3003 Bern
Tel. +41 58 463 87 40, Fax +41 31 324 46 48
Matthias.Gnaedinger@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

Inhalt

1	Hintergrund/ Fragestellung	3
2	Methoden zum Workshop (Teilprojekt 1)	3
3	Ergebnisse	4
3.1	Einschätzung der Hauptfragestellung zur Eröffnung des Workshops	4
3.2	Abschnitt A: Kenne die Epidemie – kenne die zu treffenden Massnahmen.....	5
3.3	Abschnitt B: Zielgruppen	5
3.4	Abschnitt C: Zentrale Stakeholder	6
3.5	Abschnitt D: Ressourcen.....	6
3.6	Abschnitt E: Hindernisse und Katalysatoren.....	7
3.6.1	Gesetzliche, politische sowie gesellschaftliche und kulturelle Hindernisse und Katalysatoren	7
3.6.2	Lösungsansätze zu sechs ausgewählten Hindernissen.....	8
3.7	Abschnitt F: Monitoring und Evaluation	9
3.8	Abschnitt G: Ziele des NPHS 2011–2017	9
3.9	Abschnitt H: Prioritäten.....	10
3.10	Definitive Einschätzung der Hauptfragestellung	11
4	Diskussion	12
	Anhang: Liste der am Workshop anwesenden Organisationsvertreter	13

1 Hintergrund/ Fragestellung

Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017 befindet sich in der Hälfte der Laufzeit und wird einem Midterm-Check unterzogen. Durch diesen soll das Programm hinsichtlich Qualität, Zielerreichung und Umsetzungsstand beurteilt werden. Die Resultate dienen dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), der Eidgenössischen Kommission für Sexuelle Gesundheit (EKSG) und den übrigen Stakeholdern, die Umsetzung in der zweiten Programmhälfte gegebenenfalls anzupassen und die Zeit nach 2017 zu planen. Der Midterm-Check soll auf folgende Hauptfragen Antwort geben:

1. *Wie beurteilen zentrale Akteure den Stand und die Qualität der bisherigen Umsetzung? Wie beurteilen sie den aktuellen Zielerreichungsgrad des NPHS 2011–2017?*
2. *Wie schätzen sie die „Lebensdauer“ des NPHS 2011–2017 ein? Kann und soll es verlängert werden?*
3. *Wie beurteilen sie die Notwendigkeit eines Nachfolgeprogramms HIV&STI und/oder die Machbarkeit und Sinnhaftigkeit der Integration von HIV&STI in ein Sexual Health-Programm für die Schweiz?*

Der Midterm-Check beinhaltet zwei Teilprojekte und eine Synthese. Kernelement des ersten Teilprojekts ist ein zweitägiger Workshop, an dem die Stakeholder mittels des Qualitätsverbesserungs-Instruments „Schiff“¹ des EU Projekts „Quality Action“ (Improving HIV Prevention in Europe) Qualität und Umsetzungsstand des NPHS 2011–2017 analysieren und die drei oben erwähnten Hauptfragen beurteilen. In Teilprojekt 2 befragen Experten die Mitglieder der EKSG und weitere Persönlichkeiten und Organisationsvertreter in ca. 25 semistrukturierten Interviews und liefern ebenfalls Antworten zu den drei Hauptfragen. Die Resultate des Stakeholder-Workshops werden Mitte August 2014 anlässlich eines Synthese-Workshops mit den Resultaten der Experteninterviews zusammengeführt.

2 Methoden zum Workshop (Teilprojekt 1)

Am Workshop zur Anwendung kam das von der EU-Initiative Quality Action entwickelte Instrument „Schiff – A Tool for Improving the Quality of HIV-Prevention Programmes“. „Schiff“ ist ein Fragebogen und Diskussionsleitfaden, um komplexere, aus mehreren Projekten bestehende HIV&STI-Programme zu erarbeiten oder, wie im Falle des Midterm-Checks, diese zwecks Qualitätsverbesserung einer Selbstbewertung zu unterziehen. Die von Quality Action ursprünglich erarbeitete Fassung von „Schiff“ wurde für den Midterm-Check in verschiedenen Abschnitten angepasst, um den Umsetzungsstand und Zielerreichungsgrad des NPHS 2011–2017 besser prüfen zu können. Das Instrument wurde dabei als Pilot angewandt und der Workshop von zwei Experten von Quality Action begleitet, welche in den Plenumsdiskussionen auch als Moderator fungierten (eine Person vom Luxemburgischen Roten Kreuz, eine Person von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Deutschland). Die Stakeholder wurden im Vorfeld vom BAG hinsichtlich regionaler Vertretung und Expertise im HIV&STI-Bereich ausgewählt und Mitte Mai für eine halbtägige Informationsveranstaltung nach Bern eingeladen. An dieser stellte die Projektleitung den Stakeholdern den Ablauf des Midterm-Checks genauer vor und führte in den Leitfaden „Schiff“ ein. Zwischen Mai und Juli erfüllten die Stakeholder zur Vorbereitung auf den Workshop einen Auftrag, indem sie sich Gedanken zu ihrer Organisation, ihren Zielgruppen in der HIV&STI-Arbeit und zur Zielerreichung des NPHS 2011–2017 machten. Dies taten sie mit Unterstützung ihrer Organisation, nicht individuell. Am Workshop wurde hauptsächlich in

¹ Für Details zu Quality Action und zum Qualitätsverbesserungs-Instrument „Schiff“ siehe Link: www.qualityaction.eu/programtool.php

zwei Gruppen gearbeitet: Die erste Gruppe beinhaltete regionale Stakeholder² mit einem städtischen oder kantonalen Aktionsradius, die zweite Gruppe beinhaltete nationale Stakeholder.³ Basierend auf ihren Einschätzungen aus dem Vorbereitungsauftrag beantworteten die Stakeholder zu Beginn des Workshops die Hauptfragestellung des Midterm-Checks. Anschliessend bearbeiteten die beiden Gruppen getrennt ausgewählte Kapitel aus „Schiff“ zur HIV-Epidemie (Abschnitt A), zu den Zielgruppen (Abschnitt B), den zentralen Stakeholdern (Abschnitt C) und zu personellen und finanziellen Ressourcen (Abschnitt D) und tauschten sich anschliessend im Plenum darüber aus. Ebenfalls diskutiert wurden Hindernisse und Katalysatoren der HIV&STI-Arbeit (Abschnitt E, gemischte Gruppen von regionalen und nationalen Stakeholdern), Monitoring und Evaluationsmechanismen der Stakeholder zu ihren jeweiligen Aktivitäten (Abschnitt F), die Ziele des NPHS 2011–2017 (Abschnitt G, gemischte Gruppen von regionalen und nationalen Stakeholdern) und Prioritäten für die zweite Hälfte der Laufzeit des nationalen Programms (Abschnitt H). Auch zu diesen Abschnitten tauschten die Stakeholder jeweils ihre Ergebnisse im Plenum aus. Zum Abschluss der Veranstaltung schätzten die Stakeholder die Hauptfragestellung des Midterm-Checks nochmals ein. Ebenfalls am Workshop anwesend war der Projektleiter des Teilprojekts 2, der anschliessend an die Plenumsdiskussionen jeweils seine Eindrücke und Resultate aus den Experteninterviews zur gleichen Thematik für die Stakeholder zusammenfasste. Der vorliegende Bericht resümiert die Resultate des Workshops, ohne auf diese Ergänzungen aus Teilprojekt 2 einzugehen.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Antworten zu den jeweiligen Fragen aufgeführt, basierend auf den Resultaten aus den Gruppenarbeiten und den anschliessenden Diskussionen im Plenum.

3.1 Einschätzung der Hauptfragestellung zur Eröffnung des Workshops

Frage 1: Die Mehrheit der Stakeholder beurteilt den aktuellen Zielerreichungsgrad des NPHS 2011–2017 auf einer Skala von eins (gering) bis zehn (hoch) als eher gut (Mittel: 6). Die tiefste Bewertung ist Fünf, die Höchste Sieben (Median: 6). Insgesamt sei das NPHS 2011–2017 auf kommunaler und regionaler Ebene zu wenig bekannt.

Frage 2: Zehn Stakeholder sind der Meinung, dass das NPHS 2011–2017 verlängert werden kann, zwölf sind eher dieser Meinung. Nur ein Stakeholder findet, das Programm könne nicht verlängert werden, weil er sich schon zu einem frühen Zeitpunkt ein Sexual Health-Programm wünscht.

Frage 3: 18 Stakeholder sprechen sich für ein künftiges Sexual Health-Programm aus, fünf Stakeholder (insbesondere regionale Aids-Hilfen) wollen ein Nachfolgeprogramm HIV&STI. Stakeholder, die sich für ein HIV&STI-Programm aussprechen befürchten einen Verlust ihrer auf den HIV/Aids-Aktivitäten beruhenden Identität und Kultur, falls das thematische Feld weiter geöffnet wird. Zudem befürchten sie Schwierigkeiten in der Finanzierung von Sexual Health-basierten Projekten. Mit HIV liessen sich politisch einfacher Mittel generieren. Dem halten Befürworter eines Sexual Health-Programms entgegen, dass auch für HIV immer weniger Mittel zur Verfügung stehen. Gemeinsam könne man wirkungsvoller gegenüber Entscheidungsträgern auftreten.

² Stadtmission Zürich, Lust und Frust (ZH), Ambulatorium Kanonengasse (ZH), Checkpoint Vaud, Dialogai, Groupe Sida Genève, Profa, Aids-Hilfe beider Basel, Aids Hilfe Bern, SALUTE SESSUALE Svizzera, Aids Hilfe Graubünden, Gesundheit Schwyz. Eine Liste mit den Namen der Organisationsvertreter ist dem Bericht als Anhang beigefügt.

³ BAG (durch 2 Personen vertreten), Aids-Hilfe Schweiz (3 Personen), SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz (3 Personen), EKSG, EKSG – Arbeitsgruppe 4/Surveillance, Positivrat

3.2 Abschnitt A: Kenne die Epidemie – kenne die zu treffenden Massnahmen

Frage: Wo geschehen die nächsten 100 HIV-Infektionen?

Diese Frage beantworten regionale und nationale Stakeholder beinahe im Konsens: Beide schätzen die Anzahl Infektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) am höchsten ein, nämlich 45 (regional [r]) respektive 40 (national [n]). Bei MigrantInnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie schätzen beide Gruppen am zweitmeisten Infektionen (23r/25n), gefolgt von Infektionen in der Gesamtbevölkerung (18r/20n). Bei SexworkerInnen schätzen regionale Stakeholder sieben Infektionen, nationale Stakeholder vermuten hier zehn Infektionen. Die nationale Gruppe schätzt für intravenöse Drogenkonsumenten und Gefängnisinsassen zusammen fünf Infektionen, regionale Stakeholder schätzen vier Infektionen bei intravenösen Drogenkonsumenten und drei bei Gefängnisinsassen.

Ein Stakeholder merkt als Feedback für das Schiff-Tool an, dass bei Abschnitt A zusätzlich folgende Fragestellungen interessant wären: Wie viele Personen erwerben die Infektion in einer festen Partnerschaft? Wie sieht die Altersverteilung bei Männern/Frauen aus?

Resultat der Gruppenarbeit: Übereinstimmung der Erwartung der nächsten 100 HIV-Infektionen

Zielgruppe	Nationale Stakeholder	Regionale Stakeholder
MSM	40	45
MigrantInnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie	25	23
Gesamtbevölkerung	20	18
SexworkerInnen	10	7
Intravenöse Drogenkonsumenten	Insgesamt 5	4
Gefängnisinsassen		3

3.3 Abschnitt B: Zielgruppen

Frage 1: Sind die richtigen Zielgruppen identifiziert worden (Gesamtbevölkerung, MSM, MigrantInnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie, IDU, SexworkerInnen, Gefängnisinsassen, Personen mit HIV und/oder STI und deren (Sexual-)PartnerInnen)?

Diese Frage beantworten beide Stakeholdergruppen mit „ja, aber...“: Die im NPHS 2011–2017 aufgeführten Zielgruppen sind die richtigen, es fehlt aber an einer Differenzierung in den einzelnen Zielgruppen. So sollen zum Beispiel in der Gesamtbevölkerung Jugendliche, Freier und Reisende in Endemiegebiete (auch Sextourismus) speziell angesprochen werden, ebenso braucht es angepasste Präventionsbotschaften für die verschiedenen Subgruppen der MSM. Aus der Gruppe der nationalen Stakeholder wird die Idee formuliert, für alle Zielgruppen einen Aktionsplan zu entwerfen, wie er in der Form des Urgent Action Plan bei MSM schon existiert. Auch wird das Fehlen von HIV-spezialisierten Patientenorganisationen bemängelt. Regionale Stakeholder erinnern, dass Transmenschen mittlerweile als eigenständige Zielgruppe betrachtet werden, im NPHS 2011–2017 jedoch nur am Rande erwähnt sind.

Frage 2: In welchem Masse beteiligen sich Vertreter der Zielgruppen an Präventionsmassnahmen?

Partizipation der Zielgruppen in der Präventionsarbeit wird von den Stakeholdern generell als wünschenswert angesehen, sei aber erstens nicht immer machbar, und zweitens nicht immer sinnvoll. Vor allem regionale Stakeholder betonen, dass eine Partizipation der Zielgruppen nicht für alle Zielgruppen Sinn mache und sehr kontextabhängig sei. Zum Beispiel sei der Einbezug von bildungsfernen Sexworkerinnen, die für drei Monate in die Schweiz kommen, kaum machbar. Bei Gefängnisinsassen, MigrantInnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie, IDU und SexworkerInnen wird der Partizipationsgrad als gering betrachtet, bei MSM als durchschnittlich. Bei Personen mit HIV und/oder STI und deren (Sexual-)PartnerInnen wird der Partizipationsgrad ebenfalls als durchschnittlich betrachtet. Das GIPA-Prinzip (Greater Involvement of People living with HIV and

AIDS) wird jedoch immer noch ungenügend umgesetzt, die Betroffenen werden zu wenig in die Präventionsarbeit eingebunden. Bei der Gesamtbevölkerung wird die Partizipation als eher hoch wahrgenommen. Ein Stakeholder betont zudem, dass unter „Partizipation“ einerseits die Mobilisierung und Beteiligung der Zielgruppen an der Präventionsarbeit verstanden werden kann, andererseits aber auch die Beteiligung von Zielgruppenvertretern in den Verwaltungsstrukturen der Organisationen. Letzteres sei in Präventionsprojekten zu den meisten Zielgruppen weit verbreitet und akzeptiert.

3.4 Abschnitt C: Zentrale Stakeholder

Frage 1: In welchem Masse sprechen sich die Stakeholder miteinander ab und/oder arbeiten zusammen, insbesondere die Stakeholder, die mit derselben Zielgruppe arbeiten?

Regionale Stakeholder stufen die Kooperation mit anderen regionalen Stakeholdern als mittelmässig, jene mit nationalen Partnern und Stakeholdern als eher gering ein. Durch die lokal verschiedenen Stakeholdern *sur place* gibt es auch verschiedene gelebte Kulturen und auch mehr Differenzen, was nicht unbedingt als negativ empfunden wird. Zudem seien regionale Stakeholder oft stark an die Wünsche der Geldgeber gebunden und deswegen nicht immer flexibel. Nationale Stakeholder stufen die Kooperation unter den verschiedenen Stakeholdern als eher positiv ein. Auf der operativen Ebene wird die Zusammenarbeit und der Austausch unter den Hauptakteuren (BAG, AHS, SGS) als gut betrachtet. Auf der strategischen Ebene gibt es in allen Achsen Verbesserungspotential. Die Zusammenarbeit mit den Kantonen sei oft schwierig, viele Kantone setzen andere Prioritäten als die im NPHS 2011–2017 vereinbarten. In der Theorie erlaubt das nationale Programm eine stärkere top-down Koordination zwischen dem BAG und den Kantonen. Ein Stakeholder meint dazu, dass die Zusammenarbeit mit den Kantonen vermehrt durch die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) forciert werden soll. Die strategische Zusammenarbeit mit der EKSG, der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHKS) und der FMH wird von den nationalen Hauptakteuren als mittelmässig empfunden.

Frage 2: Sind alle Zielgruppen durch Stakeholder abgedeckt? Sind einzelne Zielgruppen zu wenig abgedeckt?

Regionale Stakeholder beantworten die Frage, ob alle Zielgruppen durch Stakeholder abgedeckt sind sehr kontextabhängig: Einerseits spielen gewachsene Strukturen in der Abdeckung eine wichtige Rolle, andererseits wird eine zusätzliche Abdeckung oft durch fehlende Mittel blockiert. Verschiedene regionale Stakeholder haben zudem den Eindruck, dass einzelne Zielgruppen zu wenig abgedeckt sind – vor allem MigrantInnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie und SexworkerInnen, wobei hier regionale Differenzen bestehen. Nationale Stakeholder beantworten die Frage, ob alle Zielgruppen durch Stakeholder abgedeckt sind, mit ja. Der Grad der Abdeckung ist aber vor allem bei MigrantInnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie, IDU, SexworkerInnen und Personen mit HIV und/oder STI und deren (Sexual-)PartnerInnen verbesserungswürdig. Speziell bei Letzteren brauche es eine Patientenorganisation.

3.5 Abschnitt D: Ressourcen

Frage 1: Wie verwenden Sie ein zusätzliches Budget von CHF 1 Million?

In den Antworten sind keine offensichtlichen Prioritätsunterschiede zwischen nationalen und regionalen Stakeholdern auszumachen: Ein zusätzliches Budget von einer Million Franken würde von manchen nationalen wie regionalen Stakeholdern für die Finanzierung von Test und Behandlung bei vulnerablen Gruppen (z. B. Sans papiers) verwendet. Regionale wie nationale Stakeholder würden auch zusätzliche Mittel für Forschungsprogramme (z. B. zu Sexual Health, Innovationsfonds) sowie auch für den gegenseitigen Transfer von Wissen, Erfahrungen und Erkenntnissen zwischen Wissenschaft und Praxis sprechen. Weitere Ideen sind die Unterstützung von Patientenorganisationen von HIV-positiven Menschen, Weiterbildung von Fachleuten, Programme für MigrantInnen aus

Ländern mit einer generalisierten Epidemie und die Förderung der Zusammenarbeit unter den Stakeholdern.

Frage 2: Wie verwenden Sie zehn zusätzliche Stellen?

Zehn zusätzliche Stellen würden von verschiedenen nationalen und regionalen Stakeholdern für Lobbying und Advocacy verwendet. Auch die Qualitätssicherung und Evaluation von Projekten und Programmen stufen sowohl regionale als auch nationale Stakeholder als prioritär ein. Weitere Stellen würden regionale und nationale Stakeholder für Programme bei MigrantInnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie schaffen (Förderung der Selbstorganisation, Präventionsarbeit). Weiter wird von regionalen Stakeholdern genannt: Ausbildung regionaler „Front-MitarbeiterInnen“, internationale Vernetzung, politische Arbeit zum Thema „Verbot der Prostitution“. Nationale Stakeholder würden zusätzliche Stellen für die Vorbereitung eines Sexual Health-Programms und dessen Umsetzung investieren.

3.6 Abschnitt E: Hindernisse und Katalysatoren

Zum Abschnitt E beantworten die Stakeholder vier Fragen zu gesetzlichen, politischen und kulturellen Hindernissen und Katalysatoren und erarbeiten anschliessend Lösungen zu sechs von ihnen im Plenum ausgewählten Hindernissen. Die vier Fragen sind folgende:

- 1. In welchem Masse schränken Hindernisse auf gesetzlicher Ebene Ihre Fähigkeit ein, in HIV/STI-Präventionsinitiativen mit den Zielgruppen zu arbeiten? In welchem Masse fördern Katalysatoren auf gesetzlicher Ebene Ihre Fähigkeit, in HIV/STI-Präventionsinitiativen mit den Zielgruppen zu arbeiten?*
- 2. In welchem Masse schränken Hindernisse auf politischer Ebene Ihre Fähigkeit ein, in HIV/STI-Präventionsinitiativen mit den Zielgruppen zu arbeiten? In welchem Masse fördern Katalysatoren auf politischer Ebene Ihre Fähigkeit, in HIV/STI-Präventionsinitiativen mit den Zielgruppen zu arbeiten?*
- 3. In welchem Masse schränken Hindernisse auf gesellschaftlicher, kultureller, sprachlicher und/oder religiöser Ebene Ihre Fähigkeit ein, in HIV/STI-Präventionsinitiativen mit den Zielgruppen zu arbeiten? In welchem Masse fördern Katalysatoren auf gesellschaftlicher, kultureller, sprachlicher und/oder religiöser Ebene Ihre Fähigkeit, in HIV/STI-Präventionsinitiativen mit den Zielgruppen zu arbeiten?*
- 4. In welchem Masse schränken Hindernisse – einschliesslich der in den Fragen eins bis drei oben aufgeführten Hindernisse – Ihre Fähigkeit ein, in HIV/STI-Präventionsinitiativen mit der Gesamtbevölkerung zu arbeiten? In welchem Masse fördern Katalysatoren – einschliesslich der in den Fragen 1 bis 3 oben aufgeführten Katalysatoren – Ihre Fähigkeit, in HIV/STI-Präventionsinitiativen mit der Gesamtbevölkerung zu arbeiten?*

3.6.1 Gesetzliche, politische sowie gesellschaftliche und kulturelle Hindernisse und Katalysatoren

Gesetzliche Hindernisse und Katalysatoren werden von den Stakeholdern auf eine nationale und eine kantonale Ebene heruntergebrochen: Als Hindernisse auf nationaler Ebene werden die Abwesenheit eines Antidiskriminierungsgesetzes sowie eines Präventionsgesetzes genannt, ebenso der Fakt, dass sexuelle Rechte nicht verankert sind. Als weiteres Hindernis erwähnen die Stakeholder das Krankenversicherungsgesetz (Franchise und Selbstbehalt als Hürde zur HIV/STI-Testung).

Die kantonalen Hindernisse (und Katalysatoren) sind je nach kantonaler Gesetzgebung mannigfaltig und werden von den Stakeholdern nicht einzeln aufgeführt. Als Katalysatoren auf nationaler Ebene nennen die Stakeholder die Schweizer Gesetzgebung in der Drogenpolitik (Viersäulenpolitik), das Epidemien-gesetz sowie der Fakt, dass Sexarbeit erlaubt ist.

Bei den Hindernissen und Katalysatoren auf *politischer* Ebene überwiegen die Hindernisse nach

Meinung aller Stakeholder bei weitem: Ihrer Ansicht nach fehlt der politische Wille zur Sexuaufklärung. Sexarbeit ist politisch überreguliert, was zu einer Verlagerung des Milieus in die Illegalität beiträgt. Präventionsarbeit im Gefängnis ist je nach Kanton nicht vorhanden bis gut, auch Massnahmen zu Harm-Reduction sind je nach Kanton inexistent bis gut. Als Katalysator wird von den Stakeholdern der punktuell vorhandene politische Wille und die damit einhergehende Mittelsprechung genannt.

Hindernisse auf *gesellschaftlicher, kultureller, sprachlicher und/oder religiöser* Ebene werden von den Stakeholdern in der Präventionsarbeit bei MSM (ohne MSM-Migranten) als gering empfunden. Bei Jugendlichen, SexworkerInnen und MigrantInnen (inklusive MSM-Migranten) werden hingegen hohe Hindernisse in Form von konservativen politischen Kräften und Religionseinflüssen festgestellt. Als Katalysatoren nennen die Stakeholder die relativ einfache Erreichbarkeit der Zielgruppen durch soziale Medien wie Facebook, Datingplattformen oder via Apps.

Als Hindernisse auf *gesamtschweizerischer* Ebene nennen die Stakeholder zuerst gesellschaftliche Indifferenz: Prävention wird von der Mehrheit der Bevölkerung bejaht, Gesundheitsförderung hingegen wird als *nice to have* betrachtet. Gleichzeitig wird der politische Wille zur Prävention und Gesundheitsförderung vom rechtskonservativen Spektrum der Politik bekämpft. Die Kombination dieser Faktoren erzeugt Druck auf die Themenbereiche der Sexuellen Gesundheit (vergleiche beispielsweise die Initiative gegen die schulische Sexuaufklärung). Als Gegengewicht zu dieser Entwicklung nennen die Stakeholder folgende Katalysatoren: Aktives Lobbying im Bereich Sexuelle Gesundheit, auch unter Berufung auf internationale Standards und Guidelines. NGO's können auf lokaler und nationaler Ebene eine Allianz zur Unterstützung von sexuellen Rechten bilden und aktiver und selbstbewusster auftreten.

3.6.2 Lösungsansätze zu sechs ausgewählten Hindernissen

Durch Abstimmung im Plenum wurden von den Stakeholdern sechs Hindernisse ausgewählt, zu denen sie Lösungsansätze ausarbeiteten. Sechs etwa gleich grosse Gruppen arbeiteten jeweils an Lösungsansätzen zu einem Hindernis. Die Stakeholder waren frei in der Gruppenwahl, es gab kein Gruppenzuteilungsverfahren.

1. Krankenversicherungsgesetz als finanzielle Hürde (Franchise und Selbstbehalt)

Eine Franchise von CHF 300 (+10 Prozent Selbstbehalt) ist eine finanzielle Hürde für die ärmere Hälfte der Schweizer Bevölkerung. Bei einer Franchise von CHF 2'500 (+10 Prozent Selbstbehalt) sind hohe Kosten für indizierte STI-Tests eine Hürde für die ärmere Hälfte der Bevölkerung. Die Wahlfranchisen und der Rabatt sollten abgeschafft und diagnostische Tests für STI von der Franchise ausgenommen werden. Für Letzteres kann im Parlament eine Motion eingereicht werden.

Eine Studie mit sexuell aktiven Personen soll prüfen, ob sich regelmässige Testung auf STI lohnt (ab wie vielen Partnern/Kontakten).

Zudem soll sichergestellt werden, dass auch Personen ohne Krankenversicherung Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten.

2. Politischer Wille für Sexuaufklärung fehlt

SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz soll in diesem Themenbereich den Lead für die gesamtschweizerische Lobbyarbeit übernehmen. Dazu braucht es eine gesamtschweizerische Bestandesaufnahme und die Entwicklung eines Argumentariums zu Händen der Politik und Entscheidungsträger. Regionale Stakeholder organisieren sich und bilden eine Koalition mit relevanten Akteuren.

3. Fehlen eines Präventionsgesetzes, sexuelle Rechte nicht verankert

Für ein Präventionsgesetz kann ein neuer Vorstoss (Volksinitiative) unternommen werden. Als Alternative können entsprechende kantonale Gesetze und Verordnungen angestrebt werden. Auf gesetzlicher Ebene kann der Versuch unternommen werden, sexuelle Rechte in der Bundesverfassung und in geeigneten nationalen Programmen zu verankern. Dies kann durch Volksinitiativen, Motionen oder parlamentarische Initiativen geschehen. Auch kantonale Gesetze

können entsprechend angepasst werden. Auf institutioneller Ebene besteht die Möglichkeit, sexuelle Rechte in Statuten, Leitbildern, Visionen, Mission Statements etc. zu verankern.

4. Restriktive Migrationspolitik

Auch Sans Papiers sollen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben (z.B. Fonds, Subventionen → siehe Genf als Modell).

5. „Wir“ als Hindernis

Institutionell gibt es verschiedene Sichtweisen, Finanzierungsmodelle sowie spannungsgeladene Verhältnisse zwischen Personen und Institutionen, urbanen Zentren und Regionen etc. Dies führt zu Konflikten und ist manchmal ein Hindernis, um Präventionsprogramme effektiv auf Zielgruppen auszurichten. Dieser Realität gilt es Rechnung zu tragen, gegenseitige Rücksicht ist angebracht.

6. Angriffe auf das Solidaritätsprinzip

Die Argumente der Gegner des Solidaritätsprinzips sollen aufgenommen und mit ihnen ein Dialog geführt werden. Ein gutes Argument für das Solidaritätsprinzip ist der individuelle Gewinn für alle.

Die Lösungsansätze wurden im Plenum den anderen Stakeholdern präsentiert, ohne anschließende vertiefte Plenumsdiskussion.

3.7 Abschnitt F: Monitoring und Evaluation

Frage: Sind Mechanismen vorhanden, die sicherstellen, dass wichtige Daten aus Ihren Monitoring-, Evaluations- und Forschungsaktivitäten aktiv zur Verbesserung des Präventionsprogrammes verwendet werden?

Nationale Stakeholder nutzen Daten aus ihren Monitoring- und Evaluationsaktivitäten aktiv und verwenden diese in überwiegender Masse für die Verbesserung ihrer Programme. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist in der Schweiz die Datenerhebung mit einem First- und Second Generation Surveillance-System gut. Der Ausbau der Verhaltenssurveillance (z. B. bei SexworkerInnen) ist natürlich erwünscht, aber eine Kostenfrage. In den Kantonen ist die Evaluationskultur eher schwach ausgeprägt.

Regionale Stakeholder betonen, dass Monitoring und Evaluation auch Ressourcen braucht. Oft sind Mechanismen zur Datenerhebung und Datenverwendung vorhanden, diese werden aber aufgrund fehlender personeller und finanzieller Ressourcen nicht immer genutzt. Oder, wie es ein Stakeholder auf den Punkt bringt: Je mehr Evaluation, desto weniger Geld für die Programmumsetzung – und unter Umständen Einstellung eines Programms.

3.8 Abschnitt G: Ziele des NPHS 2011–2017

Zum Abschnitt G überprüfen die Stakeholder die Vision, die Oberziele, das Interventionsachsen-Konzept und die Ziele des NPHS 2011–2017 auf ihre Gültigkeit und diskutieren, ob und welche Anpassungen nötig sind. Für die Oberziele und Ziele beurteilen sie zusätzlich den Erreichungsgrad.

Vision

Ein Teil der Stakeholder plädiert dafür, Hepatitis C in der Vision zu erwähnen. Nach einer Plenumsdiskussion sind sich die Stakeholder einig, dass Hepatitis C im Programm zwar seinen Platz hat, aber eine Erwähnung auf Ebene der Vision zu spezifisch ist. Die Vision wird für die zweite Hälfte der Laufzeit des NPHS 2011–2017 von allen Stakeholdern als nach wie vor gültig befunden.

Oberziele

Ein Teil der Stakeholder findet, das Thema Solidarität solle explizit in den Oberzielen erwähnt werden. Ebenso sollen Massnahmen gegen Diskriminierung in den Oberzielen festgeschrieben werden. In der

Plenumsdiskussion zeigt sich, dass Solidarität und Nichtdiskriminierung schon während der Programmentwicklung ein wichtiges Anliegen vieler Stakeholder war, die Thematik wurde entsprechend breit im Programm abgestützt.⁴ Die Oberziele werden für die zweite Hälfte der Laufzeit des NPHS 2011–2017 von allen Stakeholdern als nach wie vor gültig befunden. Der Zielerreichungsgrad wird von den Stakeholdern auf einer Skala von eins (gering) bis zehn (hoch) als eher gut (Mittel: 6) eingeschätzt. Bei der Gelegenheit wird betont, dass die Zielerreichung eine Daueraufgabe sei und nicht bei allen Zielgruppen gleich ausfalle.

Das Interventionsachsen-Konzept

Manche Stakeholder empfinden das Konzept der drei Interventionsachsen als zu vereinfachend: Nicht alle Zielgruppen können klar einer Achse zugeteilt werden, und es komme vor, dass Subgruppen falsch klassifiziert sind. So sind zum Beispiel Freier in Achse 1 aufgeführt statt wie von manchen Stakeholdern empfunden in Achse 2. Auch während der Programmentwicklung war diese Klassifizierung zuerst umstritten. Im Entwicklungsprozess haben Diskussionen jedoch ergeben, dass Freier keine erhöhte Prävalenz aufweisen und auch nicht als vulnerabel gelten. Sie wurden deshalb in Achse 1 eingeteilt, aber als Gruppe erwähnt, die es mit speziellen Präventionsbotschaften anzusprechen gilt.

Eine Ergänzung des Konzepts mit allen Subgruppen wird von den Stakeholdern als zu schwerfällig empfunden. Nach Meinung einiger Stakeholder macht es für ihre tägliche Präventionsarbeit Sinn, gewisse Massnahmen achsenübergreifend zu implementieren. Einig sind sich die Stakeholder, dass Transmenschen in der Achse 2 fehlen.

Das Konzept der Interventionsachsen wird für die zweite Hälfte der Laufzeit des NPHS 2011–2017 von allen Stakeholdern als nach wie vor gültig befunden.

Ziele in den Interventionsachsen

Die Ziele werden für die zweite Hälfte der Laufzeit des NPHS 2011–2017 von allen Stakeholdern als nach wie vor gültig befunden. Der Zielerreichungsgrad wird von den Stakeholdern auf einer Skala von eins (gering) bis zehn (hoch) als eher gut eingeschätzt: Eine Gruppe bewertet die Zielerreichung in der Achse 1 mit sieben von zehn (7/10), in der Achse 2 mit 6/10 und in der Achse 3 mit 7/10. Eine weitere Gruppe bewertet die Zielerreichung in der Achse 1 mit 7/10, in der Achse 2 mit 5/10 und in der Achse 3 mit 6/10. Die dritte Gruppe bewertet die Zielerreichung achsenübergreifend mit 7/10. Auch hier betonen die Stakeholder, dass die Zielerreichung eine Daueraufgabe sei und nicht als abschliessend betrachtet werden kann.

3.9 Abschnitt H: Prioritäten

Zum Abschnitt H einigen sich die VertreterInnen aus der selben Organisation (oder aus ähnlichen/vergleichbaren Organisationen) auf drei Prioritäten für die zweite Hälfte der Laufzeit des NPHS 2011–2017. Gleichzeitig machen sie sich Gedanken zu möglichen Prioritäten für andere Stakeholder. Anschliessend werden die Prioritäten von den Moderatoren zu Themengebieten gebündelt. Insgesamt kommen Prioritäten zu folgenden Themengebieten zusammen:

- Sexualaufklärung
- Migration
- Sexuelle Gesundheit
- Governance
- Monitoring, Evaluation und Qualitätssicherung
- Datenerhebung

⁴ Engagement gegen die Diskriminierung und Stigmatisierung HIV- und/oder STI-Betroffener und vulnerabler Menschen ist ein Ziel mit entsprechender Massnahmenformulierung in den Unterstützungsaufgaben und findet seinen direkten Bezug im ersten und im vierten Oberziel. In der Präambel zu den Zielen des Programms ist das Gebot der Nichtdiskriminierung ebenfalls aufgeführt, indirekt auch in der Vision des Programms.

- Solidarität
- Finanzielle Aspekte

Per Abstimmung einigen sich die Stakeholder im Plenum auf folgende drei Prioritäten für die zweite Hälfte der Laufzeit des NPHS 2011–2017: a) Monitoring, Evaluation und Qualitätssicherung, b) Finanzielle Aspekte und c) Migration.

Monitoring, Evaluation, Qualitätssicherung

Viele Stakeholder stufen Monitoring und Qualitätssicherung für sich als prioritär ein und wünschen sich entsprechende Massnahmen auch für andere Stakeholder. Konstanz und Kontinuität bei gut funktionierenden Projekten soll so sichergestellt oder der Schritt zum Kompetenzzentrum für gewisse Themenbereiche vollzogen werden. Als konkreter Vorschlag wird auch die Sensibilisierung auf die Erkennung von Primoinfektionen (durch Ärzte, Spitäler, Teststellen) genannt. Eine gute Kommunikation unter den Stakeholdern soll zudem zur Qualitätssicherung in der HIV&STI-Arbeit in der Schweiz beitragen.

Finanzielle Aspekte

Die Stakeholder wollen gemeinsam politischen Druck erzeugen, um STI-Tests von der Franchise zu befreien und erwarten vom BAG Unterstützung.

Zudem sollen Bemühungen unternommen werden, medizinische Versorgung für alle zu ermöglichen – auch für jene, die es sich aufgrund ihrer Prekarität und/oder ihres Aufenthaltsstatus nicht leisten können.

Migration

Ein Aktionsplan zu Prävention bei MigrantInnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie soll in der zweiten Hälfte der Laufzeit des NPHS 2011–2017 realisiert werden. Dazu braucht es detaillierte Zahlen zur epidemiologischen Situation (HIV/STI) bei dieser Zielgruppe. Der Aktionsplan soll darauf fokussieren, MigrantInnen den niederschweligen Zugang zu Test und Behandlung zu ermöglichen. Präventionsaktivitäten sollen zudem stärker auf die Schnittmenge Migration und Sexarbeit gerichtet werden, da viele in der Sexarbeit tätige Personen einen Migrationshintergrund haben.

3.10 Definitive Einschätzung der Hauptfragestellung

Zum Abschluss des Workshops schätzten die Stakeholder die Hauptfragestellung des Midterm-Checks definitiv ein:

Frage 1: Die überwiegende Mehrheit der Stakeholder beurteilen den aktuellen Zielerreichungsgrad des NPHS 2011–2017 auf einer Skala von eins (gering) bis zehn (hoch) als eher gut (Mittel: 6.5). Die tiefste Bewertung ist Vier, die Höchste Acht (Median: 7). Die Bewertung liegt im Vergleich zur Einschätzung am Anfang des Workshops um einen halben Punkt höher, streut aber breiter.

Frage 2: 15 Stakeholder sind der Meinung, dass das NPHS 2011–2017 verlängert werden kann. Fünf sind eher dieser Meinung, eine Person ist eher nicht dieser Meinung. Im Vergleich zur Einschätzung am Anfang des Workshops hat sich der Anteil der Stakeholder erhöht, die der Ansicht sind, das Programm könne verlängert werden. Kein Stakeholder spricht sich mehr klar gegen eine Verlängerung des Programms aus.

Frage 3: 16 Stakeholder sprechen sich für ein künftiges Sexual Health-Programm aus, vier regionale Aids-Hilfen wollen ein Nachfolgeprogramm HIV&STI. Anteilsmässig entsprechen die Voten in etwa denjenigen der Einschätzung am Anfang des Workshops.

4 Diskussion

Am Workshop beurteilen die Stakeholder der HIV&STI-Arbeit Schweiz das NPHS 2011–2017 hinsichtlich Qualität und Umsetzungsstand. Sie reflektieren ihre bisherige Arbeit, machen sich Gedanken zur zweiten Programmhälfte und die Zeit nach 2017 (Programmende). Sie bewerten das NPHS 2011–2017 und den momentanen Umsetzungsstand als überwiegend positiv. Die im Programm aufgeführten Zielgruppen sind die richtigen, wobei eine Differenzierung in den einzelnen Zielgruppen es ermöglichen würde, Subgruppen besser mit angepassten Präventionsbotschaften zu erreichen. In der Achse 2 fehlt im NPHS 2011–2017 die Zielgruppe der Transmenschen. Nach Meinung der Stakeholder macht es Sinn, für alle Zielgruppen einen Aktionsplan zu entwerfen, wie er in der Form des Urgent Action Plan bei MSM schon existiert.

Partizipation der Zielgruppen in der Präventionsarbeit wird von vielen Stakeholdern generell als sinnvoll angesehen, sei aber nicht immer machbar. Der Einbezug ist kontextabhängig und macht ihrer Meinung nach nicht für alle Zielgruppen gleich viel Sinn. Die Abdeckung der Zielgruppen auf nationaler Ebene ist gut, regionale Stakeholder ziehen eine gemischte Bilanz: Die Abdeckung wird je nach Kontext als ungenügend angesehen, die Möglichkeiten zur Optimierung sind aufgrund lokal gewachsener Strukturen und fehlender Mittel nicht einfach.

Die Zusammenarbeit der Stakeholder in der HIV&STI-Arbeit wird von regionalen und nationalen Stakeholdern unterschiedlich bewertet: Regionale Stakeholder stufen die Kooperation mit anderen regionalen Stakeholdern als mittelmässig, jene mit nationalen Stakeholdern als eher gering ein. Nationale Stakeholder stufen die Kooperation unter den verschiedenen Stakeholdern generell als eher positiv ein.

Die Stakeholder anerkennen die Wichtigkeit von Monitoring und Evaluation ihrer Aktivitäten. Datenerhebung und Datenverwendung werden in unterschiedlichem Masse betrieben, finanzielle Hindernisse hemmen manche Stakeholder, dies vertieft zu tun.

Die Stakeholder diskutieren am Workshop Hindernisse auf gesetzlicher, politischer, gesellschaftlicher und kultureller Ebene in der HIV&STI-Arbeit. Sie nennen auch Katalysatoren wie die Schweizer Gesetzgebung in der Drogenpolitik (Viersäulenpolitik) oder das Epidemiengesetz. Sie formulieren Lösungsansätze, unter anderem zu erkannten Problemen im Krankenversicherungsgesetz, dem Bereich der Sexualaufklärung, zur Migrationspolitik und zu den sexuellen Rechten und betonen, dass aktives Lobbying im Bereich Sexuelle Gesundheit, auch unter Berufung auf internationale Standards und Guidelines, politische Auseinandersetzungen zu ihren Gunsten entscheiden können.

Vision, Oberziele, das Modell der drei Interventionsachsen und die Ziele in den Interventionsachsen werden von allen Stakeholdern für die zweite Hälfte der Laufzeit des NPHS 2011–2017 als nach wie vor gültig befunden. Nach der Hälfte der Laufzeit des Programms beurteilen sie dessen Zielerreichungsgrad als eher gut und sind der Meinung, dass das Programm bis 2020 in Kraft bleiben kann. Die Mehrheit der am Workshop anwesenden Stakeholder (vier Fünftel) sprechen sich für ein künftiges Sexual Health-Programm aus.

Anhang: Liste der am Workshop anwesenden Organisationsvertreter

Regionale Stakeholder		
Organisation	Person	Funktion
Aids-Hilfe beider Basel	Daniel Stolz	Geschäftsleiter
Aids Hilfe Bern	Bea Aebersold	Geschäftsleiterin
Aids Hilfe Graubünden	Lisa Janisch	Geschäftsleiterin
Ambulatorium Kanonengasse (ZH)	Ulrike Wuschek	Gynäkologin / MPH
Checkpoint Vaud	Jean-Philippe Cand	Chef de service
Dialogai/GE	Vincent Jobin	Chargé de projets santé
Gesundheit Schwyz	Heidi Rast	Fachperson sexuelle Gesundheit
Lust und Frust (ZH)	Marina Costa	Geschäftsleiterin
Groupe Sida Genève	David Perrot	Directeur
Profa	Anne Descuves	Cheffe de service
SALUTE SESSUALE Svizzera	Stefania Maddalena	Collaboratrice SALUTE SESSUALE Svizzera italiana
Stadtmission Zürich	Regula Rother	Geschäftsleiterin

Nationale Stakeholder		
Organisation	Person	Funktion
Aids-Hilfe Schweiz	Daniel Seiler	Geschäftsführer
Aids-Hilfe Schweiz	Andreas Lehner	Leiter Programm MSM
Aids-Hilfe Schweiz	Barbara Schweizer	Leiterin Programm Migration
Bundesamt für Gesundheit	Roger Staub	Co-Leiter Sektion Prävention und Promotion
Bundesamt für Gesundheit	Sirkka Mullis	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Eidgenössische Kommission für Sexuelle Gesundheit	Jürg Böni	Head Diagnostics & Development, Institute of Medical Virology, Universität Zürich
Eidgenössische Kommission für Sexuelle Gesundheit: Arbeitsgruppe 4/ Surveillance	Kathrin Frey	Projektleiterin Institut für Politikwissenschaften, Universität Zürich
Positivrat	Romy Mathys	Soziokulturelle Animatorin FH
SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz	Anita Cotting	Ehemalige Geschäftsleiterin
SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz	Hugues Balthasar	Vorstand SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz
SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz	Rainer Kamber	Stv. Geschäftsführer

Midterm-Check Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017: Bericht zu den Leitfadeninterviews (Teilprojekt 2)

Public Health Promotion GmbH
3076 Worb
Dr. med. Bertino Somaini

mit Unterstützung von
Franz Wyss und Dr. med. Daniel Frey



Worb 15.10.2014

Bertino Somaini

Tel. 031 839 37 30

Email: bsomaini@publichealthpromotion.com

Inhaltsverzeichnis

1. ZUSAMMENFASSUNG	3
2. VORGEHENSWEISE FÜR DIE INTERVIEWS	4
3. BEURTEILUNG PLANUNG (DOKUMENT NPHS)	6
4. BEURTEILUNG DER UMSETZUNG – AKTUELLER ZIELERREICHUNGSGRAD	7
4.1. GENERELLER EINDRUCK	7
4.2. PRÄVENTION IN DER GESAMTBEVÖLKERUNG	9
4.3. PRÄVENTION BEI PERSONEN MIT ERHÖHTEM EXPOSITIONSRISIKO	11
4.4. DIAGNOSE / THERAPIE / BERATUNG INFIZIERTER PERSONEN UND DEREN PARTNER / PARTNERINNEN	15
4.5. WEITERE HINWEISE	17
5. WEITERFÜHRUNG UND ZUKÜNFTIGE NEUAUSRICHTUNG DES PROGRAMMS	23
6. EMPFEHLUNGEN	25
7. DANK	29
8. ANHÄNGE	30
Interviewten Personen	30
Namen der Experten	36
FRAGEBOGEN	

1. Zusammenfassung

Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011-2017 befindet sich in der Hälfte der Laufzeit und wird einem Midterm-Check unterzogen.

Im Teilprojekt 2 des Mid-Term Check für das NPHS 2011-2017 wurden total 42 Fachpersonen befragt, die alle einen Bezug zum Programm haben.

Generell wird das NPHS als gute Basis für Interventionen beurteilt und eine Verlängerung für weitere 4 Jahre befürwortet.

Die Umsetzung des Programms gilt als recht anspruchsvoll. Positiv gewürdigt wurde, dass verschiedene Aktivitäten in allen vorgegebenen Achsen (Bevölkerung, Zielgruppen und betroffene Personen) stattfinden.

Bei der Umsetzung des Programms soll mehr Wert auf die Gesamtsteuerung gelegt werden (Governance und Leadership). Zusätzlich soll für die nächsten Jahre ein Fokus auf Gruppen gerichtet werden, die noch immer hohe Risiken eingehen oder solchen ausgesetzt sind. Dies betrifft besonders MSM mit hohem Risikoverhalten und spezifische Gruppen von Migranten und Migrantinnen. Die Datenlage gilt es zu verbessern, damit verstärkt Aussagen über den Fortschritt gemacht werden können. Aus Public Health Sicht soll der Zugang zu Testmöglichkeiten für HIV und STI generell verbessert werden (finanzielle Hürden abbauen).

Zur Gestaltung eines zukünftigen Programmes zu Sexual Health sind bei den befragten Personen die Meinungen sehr geteilt. Hier ist ein Konsensfindungsprozess nötig, bevor die Planung für ein zukünftiges Programm ab 2020 an die Hand genommen wird.

2. Vorgehensweise für die Interviews

Das Teilprojekt 2 ist ein Teil der Mid-Term Analyse des Nationalen Programms für HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten (NPHS) 2011-2017. Dieses Programm befindet sich in der Hälfte der Laufzeit.

Der Midterm-Check soll auf folgende Hauptfragen Antwort geben:

- 1. Wie beurteilen zentrale Akteure den Stand und die Qualität der bisherigen Umsetzung? Wie beurteilen sie den aktuellen Zielerreichungsgrad des NPHS?*
- 2. Wie schätzen sie die „Lebensdauer“ des NPHS ein? Kann und soll es verlängert werden?*
- 3. Wie beurteilen sie die Notwendigkeit eines Nachfolgeprogramms HIV&STI und/oder die Machbarkeit und Sinnhaftigkeit der Integration von HIV&STI in ein Sexual Health Programm für die Schweiz?*

Der Midterm-Check hat zwei Teilprojekte. Das Teilprojekt 1 beinhaltet einen Stakeholder-Workshop zur Diskussion und Beurteilung der Hauptfragen. Im Teilprojekt 2 wurden ausgewählte Fachpersonen zum NPHS befragt. Dieser Teil erlaubte es, vertieft ausgewählte Punkte in Interviews anzugehen.

Zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit wurden Experten für ein Interview ausgewählt. Befragt wurden Personen der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG), weitere wichtige Stakeholder (wie Universitätskliniken, Schweizerische HIV-Kohortenstudie (SHKS), Aids-Hilfe Schweiz, Sexuelle Gesundheit Schweiz, die Checkpoints) und das BAG. Das BAG informierte diese Personen mit einem Brief über die vorgesehenen Interviews. Das Interview-Team (bestehend aus Dr. med. Daniel Frey, Franz Wyss, Dr. med. Bertino Somaini) vereinbarte einen Termin für das Interview. Die meisten kontaktierten Personen waren mit einem Interview einverstanden. Bei 3 Personen konnte kein Interview durchgeführt werden (Zeitmangel, Abwesenheit oder krankheitsbedingt). Zweimal wurde eine andere Person vermittelt, die näher an der Thematik war. Für das Interview lag ein semistrukturierter Fragebogen vor, der zusammen mit dem BAG entwickelt wurde (Anhang 3). Der Fragebogen diente als Leitfaden für eine Struktur des Gespräches, um dem Interview eine möglichst einheitliche Form zu geben. Gewisse Fragen wurden an den europäischen Schiff-Fragebogen angepasst. Bei verschiedenen Fragen wurde eine Skala zur Beurteilung (von 1-10) eingesetzt. Der Wert 1 entspricht einer „tiefen“ und der Wert 10 einer „hohen“ Zustimmung. Die Skaleneinteilung ermöglichte eine grobe Gruppierung der Antworten nach den Kriterien „Dissens“ oder „Konsens bezüglich mehrheitlich positiver oder negativer Einschätzung“ oder „mittlere Zufriedenheit“. Dies erlaubt es, Prioritäten hinsichtlich Handlungsbedarf zu setzen. Ausserdem erlaubten es die Skalenwerte, bei gewissen Beurteilungen nach einer Begründung zu fragen. So konnten verschiedene wertvolle Hinweise erfasst werden. Der Schwerpunkt der Fragen wurde vom BAG aus den drei Achsen (Gesamtbevölkerung, Zielgruppen, Betroffene) auf folgende 3 Bereiche festgelegt:

1. Prävention in der Gesamtbevölkerung
2. Prävention bei und mit Zielgruppen
3. Diagnose und Therapie bei HIV- und STI-Patienten

Der Fragebogen richtete sich vorwiegend auf die Hauptfrage „aktuelle Zielerreichung“. Die Antworten wurden anhand der oben erwähnten 3 Bereiche gruppiert und sind in diesen Bericht eingeflossen.

Die Interviews wurden vom Mai bis anfangs Juli 2014 durchgeführt. Wichtige zusätzliche Aspekte und kritische Bemerkungen zu den einzelnen Fragen wurden von den Interviewern in Textform aufgenommen und sind wesentlich zur Konkretisierung von Anliegen. Alle ausgefüllten Fragebogen gingen an die Leitung des Teilprojektes 2 (Bertino Somaini).

Insgesamt konnten 42 Personen (16 Frauen/26 Männer) interviewt werden. Die Liste der interviewten Personen befindet sich im Anhang. Viele dieser Personen haben mehrere Funktionen inne. Es sind insgesamt 26 Interviews geführt worden, 11 davon in Gruppen von 2-4 Personen. Die Skalenbewertung wurde dann auf die Anzahl befragter Personen aufgerechnet. Diskrepanzen in einer Interviewgruppe wurden speziell erfasst. Nicht immer wurden alle Fragen beantwortet. Der Fragebogen erwies sich als eher zu lang und hatte auch gewisse Redundanzen. Aus zeitlichen Gründen konnte keine Testung des Fragebogens durchgeführt werden. Daher war eine gute Begleitung und Instruktion durch die Interviewer wichtig. Ein Interview dauerte zwischen 70 Minuten (Einzelinterview) und 120 Minuten (bei mehreren Beteiligten).

Das Kapitel 3 ist eine summarische Zusammenfassung der Meinung der befragten Personen zum Planungsdokument NPHS 2011 – 2017. Die Kapitel 4 und 5 beinhalten die Aussagen der interviewten Personen. Statements finden sich jeweils im Abschnitt: „*Wichtige Hinweise/Bemerkungen/Empfehlungen aus den Interviews*“. Die Aufzählungen haben einen nicht gewichteten Charakter und dienen dazu, das Meinungsspektrum möglichst gut abzubilden, um so keine wichtigen Informationen zu verlieren. Die Aussagen sind unterteilt in „Strategisch“, „Strukturell und Qualität“ und „Inhaltlich“. Der Gesprächs- bzw. Diskussionsverlauf der einzelnen Interviews wurde summarisch erfasst und in jedem Kapitel kurz dargestellt.

Die drei Experten, welche die Interviews durchgeführt haben, haben aus ihrer Sicht dann die Empfehlungen (Kapitel 6) formuliert, basierend auf den Aussagen in den Interviews.

Der Bericht wurde auch von den beiden andern Experten durchgesehen, ergänzt und korrigiert.

3. Beurteilung Planung (Dokument NPHS)

Die interviewten Personen wurden kurz über die Qualität des bestehenden Dokumentes (NPHS) befragt.

Die Planung und Entwicklung des neuen Programmes NPHS 2011-2017 werden als guter Prozess beurteilt. Die wichtigsten Stakeholder konnten sich gut mit Argumenten und Vorschlägen einbringen. In gemeinsamen Diskussionen konnten Konsenslösungen gefunden werden. Die Bewertung bewegt sich hier um den Score 8 (recht hohe Zustimmung) herum.

Das Programm NPHS ist recht breit angelegt. Erstmals wurden nebst HIV auch andere sexuell übertragbare Krankheiten in das Programm integriert. Von einzelnen Experten wird diese Integration noch als unvollständig beurteilt. Wiederholt wird darauf hingewiesen, dass der Fokus im Dokument noch zu stark auf HIV liegt und dabei die andern sexuell übertragbaren Krankheiten zu wenig präzise bearbeitet wurden.

Generell werden die Vision, die Oberziele, die 3 Interventionsachsen und die Ziele als gut bewertet (Durchschnittsscore bei etwa 7,5). Das Programm wird allgemein als ambitiös beurteilt. Dies führt zu hohen Ansprüchen hinsichtlich Leitung und Governance. Diese Aufgaben werden vom BAG erwartet und teilweise recht kritisch beurteilt. Ein grosser Bedarf für textliche Anpassungen des heutigen Programmes wird nicht gesehen. Besonders geschätzt und im Alltag angewendet wird die Zusammenfassung. Einzelne Experten würden es begrüßen, wenn der Haupttext der „Langfassung“ etwas knapper und konziser wäre und sich mehr auf die Eckpunkte des Programms beziehen würde und die mehr fachlichen Aspekte in den Anhang kämen.

Die meisten Hinweise und Ergänzungen betreffen die Umsetzung. Das vorliegende Dokument gibt eine gute Grundlage für nötige Anpassungen.

Hinweise, falls eine inhaltliche Anpassung des Dokumentes nötig ist:

- Neue Erkenntnisse und relevante Daten verfügbar machen
- STI besser integrieren
- Hepatitis C ausführlicher und aufdatiert einfügen
- Kontradiktionen zwischen vier Oberzielen und Zielen klären
- Begriff und Inhalte der „Sexuellen Gesundheit“, die inhaltlich bis 2017 angegangen werden, klären und einheitliches Verständnis unter verschiedenen Stakeholdern schaffen
- Ressourcen nicht nur auf Finanzen beschränken
- Matrix zu stark auf HIV bezogen
- Wichtig ist es auch, die Praxiserfahrungen von Fachstellen, die direkt mit Betroffenen zu tun haben, bei Anpassungen angemessen zu berücksichtigen

4. Beurteilung der Umsetzung – aktueller Zielerreichungsgrad

Das Kapitel 4 gibt die Aussagen wieder zur Fragestellung 1: *Wie beurteilen die Stakeholder den aktuellen Zielerreichungsgrad des NPHS 2011–2017*

4.1. Genereller Eindruck

Die Umsetzung wird von den Befragten gesamthaft als gut geglückt, aber noch stark verbesserungswürdig beurteilt. In der 10'er Skala bewegt sich der Mittelwert etwa bei 6.

Eine teilweise grosse Diskrepanz in einzelnen Aspekten der Befragung ist wohl abhängig nicht nur vom institutionellen, sondern auch vom fachlichen Hintergrund der befragten Personen und deren direktem Bezug zur jeweiligen Fragestellung. Erwähnt wurde öfters, dass den Befragten ein Gesamtüberblick fehlt und somit auch keine generelle Beurteilung abgegeben werden kann. Sehr häufig wird als Mangel angesehen, dass Daten, Evaluationen und Überblicke über Programmaktivitäten und Fortschritte fehlen, die auch den Mitgliedern der Kommission und den Arbeitsgruppen ein Gesamtbild vermitteln können. Die EKSG muss einen Gesamtüberblick haben, um strategische Hinweise zu geben. Zusätzlich wird klar gemacht, dass es Aufgabe des BAG in Zusammenarbeit mit der EKSG ist, den wichtigen Stakeholdern jeweils einen Gesamtüberblick über die Fortschritte zu kommunizieren. Leadership und Governance-Aufgaben werden für die nächsten Jahre zentral. Das BAG sollte sich in dieser Hinsicht wesentlich stärker engagieren.

Wichtige Hinweise/Bemerkungen/Empfehlungen aus den Interviews

Strategisch

- Man macht das Richtige, unklar bleibt jedoch die Zielerreichung (wie „gemessen“).
- Gut, dass weitere STI ins Programm aufgenommen sind - muss ausgebaut werden.
- Einstellung oder Abbruch von Aktivitäten, die keinen Erfolg bringen.
- Ziele sind wohl kaum erreichbar – Ursachen und Konsequenzen dafür klären wie:
 - Zu hoch gesteckt und anpassen
 - Nicht erreichbar, weil Umfeld schwierig ist (was genau ist schwierig?)
 - Nicht machbar in der vorgesehenen Zeit
 - Umsetzung ungenügend
- Genauer klären, wohin die Investitionen in den nächsten 2-3 Jahren im Hinblick auf eine bessere Umsetzung fließen müssen.
- Erfolgreiche Aktivitäten weiterführen und Qualität halten.
- Das Scheitern des Präventionsgesetzes wird als ungünstiges Signal empfunden und von gewissen Akteuren als Behinderung ihrer Tätigkeit geltend gemacht.

Strukturell / Qualität

- Recht gute Umsetzung in einem schwierigen Umfeld
- Zusammenarbeit zwischen Achsen besser organisieren.
- Zuständigkeiten für Umsetzung genau erklären (in Aktionsplänen).
- Glaubwürdige und gute Koordination dringend nötig: Leadership und Governance müssen verstärkt werden.
- Klare Trennung zwischen strategischen und operativen Zuständigkeiten.

- Daten verfügbar machen, um Gesamtsicht beurteilen zu können.
- Kriterien verfügbar machen, nach denen entschieden wird und die finanzielle Zuteilung erfolgt.
- Regelmässig neue Erkenntnisse einbeziehen und diese auch an die Akteure kommunizieren; diese nicht nur über öffentliche Medien verfügbar machen, sondern auf nutzerfreundlicher Webseite.
- Bessere Datenlage zu risikoreichem Verhalten; Einstellungen und wahrgenommene Schwere der Krankheit erfassen.
- Akteure ziehen nicht alle am gleichen „Strick“, hier muss mit Leadership und guter Kommunikation auf den Umsetzungsprozess eingewirkt werden.
- Ungenügende Koordination mit andern Ämtern auf Bundesebene und kantonaler Ebene (z.B. Migration, DEZA und weitere).
- Generell die Datenlage verbessern.
- Die drei Achsen sind gut in der Planung, aber in der Umsetzung noch mangelhaft vernetzt.

Inhaltlich

- Aktivitäten zu HIV laufen recht gut, bei anderen STI wird zu wenig gemacht.
- Abklären, ob Fokus auf Zielgruppen noch gut ist oder Fokus auf Probleme, bzw. Infektionen besser wäre.
- Kosten für Tests und medizinische Leistungen sind teilweise eine hohe Barriere bei der Durchführung der nötigen Public Health Massnahmen.
- Diese Finanzierungsproblematik bei medizinischen Leistungen muss vom BAG gelöst werden (das BAG ist für Public Health und gleichzeitig für das KVG zuständig!).
- Es ist positiv, dass auf allen Achsen etwas umgesetzt wird.
- BAG äussert sich oft negativ gegenüber der Medizin und der Forschung (unklar warum?). Dies wirkt sich auch negativ auf das Programm und dessen Umsetzung aus.
- Achse 1 wird stark betont.
- Bei Achse 2 sind die gut integrierten MSM ausreichend informiert und gut organisiert. Hier wird sehr viel gemacht. Weniger gut ist die Situation bei MSM die nicht integriert sind. Hier ist die Zielsetzung unklar. Mangelhaft ist die Situation bei Migranten und Migrantinnen und Sexworkerinnen.
- Bei Achse 3 könnte man noch viel dazu lernen. Der Wissenstransfer wird recht unterschiedlich beurteilt. Die Umsetzung in Achse 3 wird generell aber als sehr gut bezeichnet; allerdings trifft dies v.a. für HIV zu, weniger für andere STI.

4.2. Prävention in der Gesamtbevölkerung

Bei praktisch allen befragten Personen wird die Prävention in der Gesamtbevölkerung im Wesentlichen mit der HIV-Aids-Kampagne in Verbindung gebracht. Lobend wird erwähnt, dass diese Kampagne seit nun schon bald 30 Jahren regelmässig durchgeführt wird und Beachtung findet. Einige wenige Interviews wurden vor der neuen Phase der Kampagne „Love Live“ anfangs Mai 2014 durchgeführt. Da wurde teilweise bemängelt, dass die Sichtbarkeit relativ gering sei. Für die Zielerreichung bei der Gesamtbevölkerung resultierte ein Score von 6,4 (eine mittlere Zufriedenheit).

Die neue laufende Kampagne (seit Juni 2014) wurde auch bei den interviewten Personen recht unterschiedlich beurteilt. Generell wird die Kampagne als „sehr gut gemacht“ beurteilt. Die Kampagne schafft es in die Medien und folglich auch in das Bewusstsein der Bevölkerung. Eher kritisch wird bemerkt, dass trotz dieser Aufmerksamkeit in der Bevölkerung eigentlich kein Diskurs mit dieser Kampagne angeregt wird. Es bleibt auch eher unklar, was genau mit dieser Phase der Kampagne bei der Bevölkerung bewirkt werden soll. Generell ist kaum ersichtlich, was die laufende Kampagne mit Prävention zu tun hat. Es besteht teilweise der Eindruck, dass ein gewisser Lebensstil vermittelt werden soll. Vereinzelt wird bemängelt, dass die EKSG hier in keiner Weise einbezogen ist. Auf jeden Fall sollte auch die Kampagne beziehungsweise jede Welle ein klares Ziel haben.

Für das Thema HIV kann wohl auf eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung aufgebaut werden. Allerdings wird gerade von Fachleuten auf AIDS-Stellen betont, dass teilweise eine gewisse Übersättigung mit dem Thema HIV festzustellen ist. HIV hat sein Gesicht stark geändert infolge des medizinischen Fortschrittes; es ist keine lebensbedrohliche Krankheit mehr. AIDS gibt es nicht mehr in der Schweiz. „AIDS-Hilfe“ ist deshalb ein überholter Name und sollte geändert werden. HIV- Infizierte haben eine „normale“ Lebenserwartung. Dies ändert die Einstellung und das Verhalten. In wie weit diese Einstellungsänderung auch für andere sexuell übertragbare Krankheiten zutrifft, scheint unbekannt zu sein. Das Wissen um die Risiken, die Verhaltensregeln, die diagnostischen Möglichkeiten und Behandlungen werden als relativ schlecht eingeschätzt. Auch die ärztliche Kompetenz wird hier z.T. bemängelt (Frauenärzte und Allgemeinärzte). Noch weniger klar ist, wie es um die Akzeptanz steht, wenn man das Thema auf die gesamte sexuelle Gesundheit ausweiten wird. Hier müsste die Frage der Akzeptanz in der Bevölkerung wohl noch gezielter angegangen werden (siehe hinten). Die Sexualerziehung in der Schule wird generell begrüsst (Score 7,9).

Wichtige Hinweise/Bemerkungen/Empfehlungen aus den Interviews

Strategisch

- Genau erklären, welche Ziele für die Gesamtbevölkerung heute und in den nächsten 3-4 Jahren noch relevant sind.
- Kampagne ganz gezielt auf Ziele ausrichten. Strategie dazu in der EKSG klären.
- Was muss die Bevölkerung heute und in nächster Zukunft wissen oder realisieren hinsichtlich dieses Themas? Steht die Prävention von HIV und STI weiterhin im Vordergrund?
- Ausrichtung auf sexuelle Gesundheit muss vertieft diskutiert und geklärt werden, bevor Aktivitäten dazu begonnen werden (Diskussion in EKSG nötig).
- Welchen Stellenwert hat die Früherkennung für die Gesamtbevölkerung? Klare Strategie wichtig.
- Gut, dass in der Schweiz eine längerfristig angelegte Kampagne immer noch durchgeführt wird. Zielausrichtung dafür aber besser klären.

- Stimmen Aufwand und Ertrag bei Kampagne?
- Kampagne zu wenig in die Strategie eingebunden. Diese strategische Diskussion sollte in der EKSG geführt werden.

Strukturell / Qualität

- Wer hat bei den Schulen eine Koordinationsaufgabe?
- Sensibilisierung der Bevölkerung bezüglich HIV und Aids ist recht gut und es besteht auch eine gute Akzeptanz für ein HIV-Programm (unklar noch bei anderen STI).
- Verbessern der Information zu weiteren STI (ausser HIV).

Inhaltlich

- Sexualerziehung besser thematisieren (Nutzen aufzeigen).
- Widerstand bei Sexualerziehung durch neoreligiöse Gruppen (offenbar teilweise attraktiv für Jugendliche) und durch gewisse andere Gruppierungen.
- Jugendliche wieder besser informieren (über Fakten und Prävention).
- Sehr unterschiedliche Ansätze zur Sexualerziehung in Schulen. Scheint in der Westschweiz besser zu klappen als in anderen Regionen, wo eher nach dem Zufallsprinzip gehandelt wird. Widerstand aus konservativen Kreisen gegen Sexualerziehung wirkt sich negativ aus.
- Rechte und Werte zur sexuellen Gesundheit sind zu wenig berücksichtigt.
- Unklar, was die jeweilige Welle der Kampagne bewirken soll oder muss – welche Botschaft wird „gesendet“ und welche Botschaft kommt an?
- Angst wegen HIV ist kaum noch vorhanden, dies erschwert die Prävention. Kampagne sollte hier wieder aktiv werden: eher mehr Fakten und Probleme darstellen: Das Kondom ist von der Bildfläche verschwunden.
- Andere STI stärker einbinden.
- Bei Kampagne mit STI etwas stark auf Symptome fokussiert – Botschaft sehr eng (wenn es brennt..). Missverständnisse – auch Harnwegsinfekte werden so als STI „beurteilt“.
- Neue Kampagne (Juni 2014) wird sehr unterschiedlich beurteilt: Die Meinungen gehen stark auseinander: Von „sehr gut, dass Sexual Health angegangen wird“ bis hin zu „völlig unklaren Botschaften“; keine erkennbare Zielsetzung, sondern nur „Beitrag zur weiteren Sexualisierung“. Es scheint öfters unklar zu sein, welche Botschaft mit dieser Kampagne der Bevölkerung vermittelt werden soll.
- Kampagne führt dazu, dass in der Beratung gute (auch medizinische) Fragen gestellt werden. Transfer von „STOP“ zu „LOVE“ ist gut.
- Gut, wenn Kampagne eine Diskussion auslöst, aber wenn es nur um Provokation geht und kein vertiefter Diskurs stattfindet (was mit den neuen Kampagnen geschehen ist), dann entsteht kein Mehrwert.
- Aspekte von „Reisen und Infektionsrisiko für HIV und STI“ werden zu wenig thematisiert. Dies sollte in der Reiseberatung und Reisemedizin zum Standard gehören.
- Es wird zu wenig geimpft, wo dies möglich wäre.
- Problematisches Freierverhalten wird aus Zürich („Epizentrum“ des Sexgewerbes) gemeldet. Sexworkerinnen sind in hohem Masse mit STI infiziert, Freier verlangten oft Sex ohne Kondom. Das Präventionsprogramm „Don Juan“, das sich an Freier richtete, werde leider nicht mehr unterstützt.

4.3. Prävention bei Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko

Die im Programm erwähnten Zielgruppen werden gesamthaft gesehen als adäquat beurteilt. Die Aufzählung ist nachvollziehbar und für die Praxis relevant. Positiv wird beurteilt, dass bei diesen Zielgruppen viele Aktivitäten laufen.

Allerdings ist die Gewichtung etwas aus der Balance. Speziell bei der Gruppe MSM haben in den letzten Jahren die Präventionsmassnahmen an Sichtbarkeit gewonnen. Darunter scheinen aber andere wichtige Gruppen wie Migranten und Sexworkerinnen eher in den Hintergrund gerückt zu sein. Hier wird ein Nachholbedarf geortet. Besonders bei der Migrantenpopulation ist vermutlich bei gewissen Subgruppen eine doch recht hohe Prävalenz an HIV und STI zu erwarten. Allerdings fehlen dazu gute Daten. Diese Lücke sollte unbedingt geschlossen werden. Der Score Wert beträgt für die Zielerreichung bei Personen mit einem erhöhten Expositionsrisiko 7,0.

Von einigen Spezialisten, die sich im Bereich MSM gut auskennen, wird darauf hingewiesen, dass es unterschiedliche Gruppen gibt. Im Vordergrund stehen heute weniger die gut ausgebildeten Männer, sondern eher vernachlässigte Gruppen. Hier muss eine bessere Differenzierung stattfinden. So bereitet eine Gruppe mit ausgeprägtem Risikoverhalten den Fachpersonen zunehmend Sorge: „Wenige stecken Viele an“. Es scheint so, dass die HIV-Situation zwar recht stabil ist in der MSM-Bevölkerung, hingegen nehmen die STI deutlich zu. Dies wird als möglicher Hinweis für zunehmendes Risikoverhalten gesehen. Auch das Thema Suchtverhalten (Drogen und Alkohol) in Kombination mit Sexualverhalten sollte verstärkt und differenzierter angegangen werden. Infektionen erfolgen im Drogenumfeld kaum mehr über Sprizentausch, aber immer noch recht häufig über Sexualekontakte. Leider fehlen auch dazu Daten. Zu diesen verschiedenen Punkten sind wichtige Angaben wohl bei den Checkpoints verfügbar. Bei den MSM wird viel gemacht. Trotzdem scheint man gewisse sehr wichtige Subgruppen kaum zu erreichen. Es sind daher Anpassungen nötig für die nächsten Jahre und allenfalls auch neue Strategien für diese Zielgruppe.

Die Verankerung der Prävention wird von den Befragten regional und kantonale unterschiedlich wahrgenommen. Die Aktivitäten sollten besser koordiniert und die Prioritäten unter den Kantonen und mit einzelnen Städten besser abgestimmt werden. Hierzu müsste eine nationale Koordination zwischen Bund, Kantonen, Grossstädten und wichtigen NGO's stattfinden.

Wichtige Hinweise/Bemerkungen/Empfehlungen aus den Interviews

Strukturell / Qualität

- Datenlage ist generell zu verbessern: bei MSM relativ gut, bei andern Gruppen mangelhaft (z.B. Migration).
- Bessere Angleichung der Angebote zur Prävention in den Kantonen.

Inhaltlich

- Die Zielgruppen sind gut gewählt und relevant in der Praxis.
- Der Fokus auf unterschiedliche Zielgruppen und die Aktivitäten werden bemängelt. Unklar, nach welchen Prinzipien dies geschieht. (MSM grosser Schwerpunkt – Rest eher im Hintergrund).
- Zuwenig Investitionen bei Migrationsbevölkerung und Sexworkerinnen.

- Gezielter das Risikoverhalten angehen, das innerhalb gewisser Zielgruppen stark variiert (z.B. MSM oder Migranten).

a) MSM

Strukturell / Qualität

- Datenerfassung besser auf Sexualverhalten und auf Umsetzung Prävention ausrichten.
- Checkpoints wurden ohne genaue Abklärungen mit regionalen Akteuren aufgebaut. Der Nutzen und die Aufgabe der Checkpoints gibt zu verschiedenen Diskussionen Anlass, ebenso deren Finanzierung. Welche Aufgaben werden durch diese Stellen übernommen? Welche Abgrenzung (Interventionen, Leistungen) gibt es bei Checkpoints? Welche Daten werden erfasst? Welche Angebote werden in Zusammenarbeit mit andern Stellen sichergestellt? Gibt es eine Beurteilung und Evaluation der Aktivitäten der Checkpoints?

Inhaltlich

- Viele Aktivitäten und eine grosse Anstrengung werden hier gemacht, trotzdem ist kaum eine Reduktion von HIV und eher eine Zunahme bei anderen STI zu beobachten. Mögliche Gründe sollten diskutiert werden.
- Untergruppen mit ausgeprägtem Risikoverhalten werden zu einem wichtigen Präventionsthema.
- Hinweise sind vorhanden, dass sehr risikoreiches Verhalten in Grossstädten zunimmt.
- Gute Aktivitäten wurden begonnen (Break the Chain), aber diese nicht konsequent weitergeführt und auch kaum evaluiert.
- Risikoverhalten unter Einfluss von Substanzen (Drogen und Alkohol) ist ein wichtiges Thema. Die Prävention ist zu wenig aktiv.
- Die Checkpoints kennen dieses zunehmend ausgeprägte Risikoverhalten, kommen aber hier an die Grenzen. Wie vorgehen?
- Spontaner Sex im Ausland ohne Prävention.
- Vermehrte Früherkennung bei MSM ist eine wichtige Aufgabe.
- Bei MSM läuft viel; aber Aktivitäten zu „homogen“ statt gezielte Diversifikation: Verschiedene Untergruppen bezüglich des Verhaltens – verschiedene Herkunft und soziale Gruppen. Aktivitäten besser auf solche Aspekte fokussieren.
- Eindruck bezüglich MSM: Schutz vor Infektionen nimmt ab, Infektionen nehmen wieder zu.
- Gewisse MSM kommen regelmässig zu einem Checkup (in den Checkpoints); es sind „Dauerpatienten“ hier wird wenig Einfluss auf das Verhalten geortet.
- MSM-Gruppierungen und Aids-Hilfen müssen sich mit diesem offenbar brisanter gewordenen Thema „risikoreiches Verhalten“ auseinandersetzen. Welche zusätzlichen Aktivitäten sind nötig, was macht man, wenn der Präventionserfolg bei einzelnen Personen ausbleibt?
- Warum haben MSM immer noch ungeschützte Sexualkontakte? Welche Faktoren beeinflussen dies?
- Sexual-risk-assessment muss regelmässig und immer wieder durchgeführt werden (bei allen Zielgruppen).
- Neue Ansätze mit Kombinationen: Kondom, Medikamente (PrEP, PEP) etc. sind zu überlegen.

- Bei einzelnen Personen herrscht das Gefühl vor: Bei MSM steht das sexuelle Wohlbefinden so zentral im Vordergrund, dass die Prävention stark in den Hintergrund gerückt wird. Sexuelle Freiheiten, Sexuelles Wohlbefinden versus Eigenverantwortung.

b) Migranten

Strukturell / Qualität

- Daten und Evaluationen sind nötig zu dieser Zielgruppe.
- Bessere Vernetzung der wichtigen Akteure zum Thema Migration ist dringend nötig.

Inhaltlich

- Welcher Anteil von HIV/STI ist durch Migration in die Schweiz „eingeschleppt“?
- Wie viele Migranten infizieren sich in der Schweiz und über welche Wege?
- Wie ist die Überlappung zwischen: Migration und MSM, Migration und Sexworkerinnen, Daten? Welche Konsequenzen hat dies?
- Der Zugang zum Gesundheitssystem ist bei dieser Gruppe eher eingeschränkt (kommen oft zu spät, finanzielle Hindernisse). Dies trifft besonders auf die Gruppe von „Sans-Papiers“ zu. Es wird davon ausgegangen, dass die meisten jedoch im Verlaufe eines Jahres einen Arzt sehen. Hier ist Handlungsbedarf für Prävention und Diagnose gegeben.
- Mehr Input erwartet vom BAG zum Thema Migration.
- Stärker auf Lebensentwürfe bei Migranten eingehen.
- Migranten sind unterversorgt bezüglich Infektionskrankheiten und Früherkennung. Unklar, in welche Zuständigkeit dies fällt (Bund? Kanton? Migrationsämter oder Gesundheitsämter?).

c) Sexworker/-innen

Strukturell / Qualität

- Eine Übersicht über die Situation in der Schweiz und in den Städten fehlt.
- Unklare Zuständigkeiten in gewissen Regionen, zum Teil überlappende und unkoordinierte Angebote.

Inhaltlich

- Zuwenig als Schwerpunkt wahrgenommen.
- Unbekannte Situation in der Schweiz: Frauen aus welchen Ländern sind in der Schweiz?
- HIV- und andere STI-Infektionen – welche Rate? Hohe Infektionsrate in dieser Gruppe in Zürich.
- Anteil männlicher Sexworker (und deren Infektionsrate) ist unbekannt.
- Relativ grosser Personenwechsel bei der Zielgruppe, dies erschwert die Prävention.

d) Injizierend Drogen Konsumierende

Inhaltlich

- Betreffend HIV ist hier heute kaum ein grösseres Problem auszumachen (historisch war es sehr relevant).

- Immerhin besteht noch eine hohe HIV Rate bei älteren Drogenkonsumenten. Hier ist weiterhin eine fundierte Beratung und Betreuung nötig. Viele dieser Drogenabhängigen (auch ehemalige) werden jedoch im psychiatrischen System betreut. Daher Koordination zwischen Infektionsspezialisten und Psychiatrie dringend angezeigt.
- Andere Drogen sind wichtiger bezüglich Sexualverhalten.

e) Gefängnisinsassen

Strukturell / Qualität

- Unklare Situationen in der Schweiz.
- Überblick, was geschieht und wo Prävention und Behandlung bei HIV und STI in den einzelnen Gefängnissen durchgeführt wird und wie?
- Bessere Koordination mit Gefängnisärzten und Gefängnisdirektoren ist nötig.
- Das System „Gefängnis“ ist im Justizdepartement und nicht im Gesundheitsamt angegliedert, dies ergibt Schwierigkeiten bei der Koordination.

Inhaltlich

- Unklar, warum gewisse Massnahmen nicht umgesetzt werden können.

f) Weitere Hinweise zu Zielgruppen

- Wissen, Einstellung und Verhalten bei Jugendlichen besser klären.
- Jugendliche besser ins Programm integrieren.
- Freier sind weiterhin ein Thema, das gezielt angegangen werden muss.

4.4. Diagnose / Therapie / Beratung infizierter Personen und deren Partner / Partnerinnen

Die Therapie und Beratung bei HIV wird für die Schweiz als sehr gut beurteilt. Für die Zielerreichung im Bereich Diagnose / Therapie und Beratung wurde ein Durchschnittsscore von 7,5 (gute Zufriedenheit) erreicht. Gegenüber den meisten anderen Staaten kann die Schweiz hervorragende Ergebnisse vorweisen. Dies ist wohl dem guten und regelmässigen Wissenstransfer und dem Engagement der involvierten Spezialisten zu verdanken. Diesen etablierten Erfahrungsaustausch zwischen den einzelnen Kliniken und Fachleuten gilt es zu erhalten und zu fördern. Einige Experten stellen fest, dass der wichtigste Beitrag zur Prävention die Vermeidung von Neuinfektionen und damit die Unterbrechung der Infektionskette sei. Dies werde nicht von allen Stakeholdern gleichermaßen begriffen.

Bei den anderen STI sieht es weniger erfolgsversprechend aus. Einige befragte Personen weisen darauf hin, dass diese STI nun ein Teil des Programmes sind, und dieser Aspekt kann bei der Verbesserung sehr hilfreich sein.

Die Partnerinformation beginnt sich ebenfalls langsam zu etablieren, allerdings ist diese in der Beratung noch nicht ein Standard. Dieser Zustand muss unbedingt verbessert werden. Auch fehlen dafür geeignete Daten, wie die Partnerinformation durchgeführt wird und sich diese auswirkt. Mehrere interviewte Personen halten den im NPHS postulierten Ansatz der Freiwilligkeit und der Eigenverantwortung der Infizierten in diesem Zusammenhang für unzureichend.

Generell wird darauf hingewiesen, dass die Früherfassung und Früherkennung noch verbessert werden muss. Noch immer werden relativ viele HIV-Infektionen nicht oder zu spät diagnostiziert. Dies hat Auswirkungen auf die Behandlung, aber auch auf die Verbreitung von HIV.

Für die meisten Befragten ist die Früherkennung bei STI noch zu wenig etabliert. Hier ist die Wahrnehmung von Symptomen entscheidend, daher wird die Diagnostik auch stark von Patienten gesteuert. Unklar ist die Situation bei Migranten. Ein stärkeres Engagement des Bundes und auch der kantonalen Stellen für Migration wird erwartet.

Mangelhaft ist auch die Unterstützung von Personen, die ein hohes Risiko an den Tag legen. Einzelne Ärzte weisen darauf hin, dass diese Personen sich zwar öfters in Beratungsstellen melden (mit neuen STI-„Infektionen“), aber entsprechende präventiv wirksame Massnahmen sich nicht etabliert haben. Bei gewissen psychisch labilen Personen sind spezifische Betreuungsangebote nötig.

Der positive Eindruck zur Behandlung gilt für das „etablierte HIV-System“, nicht jedoch für alle Allgemeinärzte. Dort besteht noch ein grösserer Handlungsbedarf. Allerdings sehen die meisten Hausärzte relativ selten solche Situationen. Unterlagen zur Information sind zwar vorhanden, diese gelangen jedoch nicht über die geeigneten Kanäle an die Ärzte, um dann die Informationen verfügbar zu haben, wenn der Arzt diese benötigt. Hier könnte ein besseres Internetangebot Hilfe bieten.

Allgemein wird darauf hingewiesen, dass im Gesundheits-System in der Schweiz bei gewissen Personen die Finanzierung von medizinischen Leistungen ein grösseres Problem darstellt. So hindert die Franchise oder die fehlende Leistungspflicht der Krankenversicherung für bestimmte Tests (beispielsweise jüngere Personen) daran, solche Tests durchzuführen. Bei bestimmten Personen (Sans Papiers, Migranten) ist das

Fehlen einer Krankenversicherung oder sind dessen Bestimmungen zur Leistungspflicht ein beträchtlicher Hinderungsgrund für eine adäquate, längerdauernde Betreuung und Behandlung. Diese Problematik sollte unbedingt angegangen werden, da dies auch von Public Health Relevanz ist.

Wichtige Hinweise/Bemerkungen/Empfehlungen aus den Interviews

Strukturell / Qualität

- Datenlage ungenügend: für HIV verbessert (Neuinfektionen erfasst), für andere STI unbedingt ausbauen.
- Einbindung Checkpoints ins existierende System. Qualitätskontrollen bei Checkpoints?
- Zusammenarbeit mit Kohorte verbessern.
- Wissenstransfer dringend verbessern und Daten besser verfügbar machen.
- Testung und Behandlung und Partnerinformation sollten kostenlos sein, da dies zum Nutzen der Gesamtbevölkerung ist und ein Public Health Problem darstellt (HIV, STI).
- Unklar, welche Beratungsstellen welche finanzielle Unterstützungen erhalten und wofür. Wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Checkpoints und klinischen Stellen in der gleichen Stadt?
- Checkpoints sind – gemäss Angaben der Leitung dieser Stellen – attraktiver, da alles aus einer Hand angeboten wird.

Inhaltlich

- Betreffend Diagnose und Therapie herrscht ein guter Konsens in der Schweiz. Es sind gute Unterlagen und Guidelines vorhanden.
- Früherkennung ist noch ein Problem, dies auch bei HIV.
- Behandlung und Betreuung von HIV-Patienten ist gut, sofern dies im etablierten System geschieht (offenbar weitere HIV Behandlungen bei Hausärzten). Bei anderen STI sind Diagnosen und Therapie immer noch teilweise problematisch: Rechtzeitige Diagnose (ist stark patientenabhängig) und adäquate Behandlung ist zentral (einzelne Medikamente in der Schweiz nicht rechtzeitig erhältlich – wie ein wirksames, aber teures Medikament gegen Hepatitis C war in der Schweiz bisher nicht und ist in Zukunft nur begrenzt kassenpflichtig zugelassen).
- BIG 5 wird zu wenig umgesetzt – teilweise nicht bekannt bei Ärzten (speziell Urologen und Gynäkologen).
- Die Kosten für Tests (BIG 5) sind viel zu hoch, besonders wenn ein Screening bei gewissen Gruppen durchgeführt werden muss (wäre aber eine Public Health Massnahme).
- Partnerinformation und Testung noch zu wenig etabliert. Breitere Ausdehnungen nötig. Auch die Kosten spielen eine Rolle (Partnerinformation ist aufwendig).
- Oft ist es unklar für Patienten selbst, welche Tests gemacht wurden.
- Angebote für Diagnose und Therapie sind genügend vorhanden, eher die richtige Nutzung ist das Problem.
- Migranten und Sans-Papiers sind ein Problem: sie kommen spät für eine Diagnose und die Therapien sind manchmal ungenügend. Die Probleme dieser Gruppen sollen systematisch angegangen werden, insbesondere auch jene der Finanzierung der Leistungen (inklusive Tests).
- Screening und Diagnostik gut in der Schwangerschaft: keine HIV-Infektionen mehr bei Kindern – warum ist dies nicht bei anderen Gruppen auch so möglich?

Ärzterschaft informieren:

Strukturell / Qualität

- Die Spezialisten sind gut informiert, bei den Hausärzten, Gynäkologen und Urologen ist ein Nachholbedarf vorhanden.
- Unterlagen sind genügend vorhanden, es geht eher um die Kenntnisse der nötigen Informationen. Kanäle zu Ärzten sind vorhanden, aber deren Nutzung und Wirkung ist unklar.
- Bei den meisten Hausärzten sind HIV und andere STI eher eine seltene Diagnose, daher müssen andere Kanäle genutzt werden, die ad hoc die Informationen liefern (z.B. Internet).
- Prüfen, wie die Ärzte besser in die Aktivitäten und Projekte eingebunden werden können (z.B. Break the Chain)?
- Einbindung der Ärzte als Stakeholder ist zentral, damit unterstützen diese auch das ganze Programm (wie FMH / Fachgesellschaften und andere Organisationen).

Inhaltlich

- Daten bei HIV-Patienten und Primo-Infektionen zeigen: 70% haben Symptome, 50% gehen zum Arzt, nur bei 10% wird eine richtige und schnelle Diagnose gestellt. Dies ist zu verbessern.
- BIG 5 eher noch zu wenig bekannt.
- Nötige Information bei gewissen Ärzten – aber was wird genau vermittelt:
 - a) Krankheit und deren Problematik
 - b) Verhalten und deren Problematik
 - c) Gruppenzugehörigkeit und deren Probleme (MSM, Lesben ...)

4.5. Weitere Hinweise

1) Datenerhebung / Monitoring / Evaluation

Praktisch alle befragten Personen finden Daten und Wissenstransfer entscheidend für die Umsetzung und Verbesserung des Programms und für die Messung der Fortschritte. Die Zuverlässigkeit und Nützlichkeit der verfügbaren Daten wurden mit einem Score von 5,5 (mittlere Zufriedenheit) bewertet.

Generell gesehen scheint der Wissenstransfer über den aktuellen Stand des Programms und für die Zielerreichung ungenügend zu sein. Viele befragten Personen meinen, sie haben oft nur Kenntnisse aus dem eigenen Fachbereich. Eine entsprechende Vernetzung zu andern Daten oder einem anderen Kontext fehlt.

Der Ausbau der Datenerfassung, die Verbindung von bestehenden Daten und Datenquellen und der Wissenstransfer sind daher zentrale Anliegen.

Als Mangel wurden speziell folgende Punkte angegeben:

- a) Es fehlt eine Übersicht über bestehende Datenquellen und Daten, die für das Programm und dessen Beurteilung wichtig sind oder sein können.
- b) Eine Liste, welche Daten regelmässig in die Beurteilung einfließen, soll zur Verfügung gestellt werden.
- c) Die Zuständigkeiten für die Auswertung sollten klar gemacht werden, speziell für das Monitoring.

- d) Wirkungsdaten fehlen – mehr Evaluation dazu nötig. Es müssen Wirkungen definiert werden (EKSG, BAG), die dann akzeptiert werden als „Indikatoren“. Dazu sind mehr Verhaltensbeurteilungen nötig.
- e) Eine Übersicht über Stellen und Institutionen, die Daten verfügbar haben, um wichtige Aspekte des NPHS zu untermauern, muss vorliegen (Bundesamt für Statistik, BAG, Kantone, statistische Ämter, Kohorte, Checkpoints etc.).
- f) Welcher Prozess ist seitens BAG/EKSG vorhanden, um die Daten den verschiedenen Stellen verfügbar zu machen?
- g) Gibt es ein Datenmanagement in der Schweiz, welches für die Zusammenführung und Beurteilung der Daten zuständig ist (z.B. EKSG oder die Arbeitsgruppe Surveillance)?

Für die 3 befragten Ebenen (Gesamtbevölkerung, Prävention bei Zielgruppen, Diagnose und Therapie) besteht ein Mangel an Daten (speziell Monitoring), um eine geeignete Zielbeurteilung vornehmen zu können.

Zu den einzelnen Zielen müssen klare Indikatoren festgelegt werden, die es auch zu beurteilen gilt. Das Monitoring kann dazu gute Hinweise geben, ob die Richtung stimmt und die Ziele auch erreicht werden können. Für viele Personen ist eine Beschränkung auf „Meinungsäusserungen“ zur Zielerreichung ungenügend. Das Monitoring muss ergänzt werden durch ganz bestimmte Evaluationen, die eine Vertiefung bringen, um Programmelemente zu verbessern.

Befragte Experten der Kohorte erwähnen, dass im Datenpool der Kohorte viele Angaben vorhanden sind, die eigentlich noch zu wenig ausgewertet werden. Hier besteht ein gewisser Mangel an Innovationen und gezielten Projekten. Es wird vorgeschlagen, dass vom BAG und der EKSG ein Forschungs-Innovationspool errichtet wird, um junge Forscher oder Forschergruppen anzusprechen. Gesuche mit Public Health Aspekten, um meistens bereits bestehende Daten auszuwerten, sollen gefördert werden. Ein solcher Innovationspool könnte der EKSG zugeordnet werden, die auch die nötigen Entscheide treffen kann.

Folgende Datenquellen könnten auch besser zur Beurteilung des Programms genutzt werden:

- Statistiken und Angaben von Migrationsämtern (Übersicht über Migranten, deren Herkunft, Alter und Geschlecht etc.)
- Ämter für Statistik (Bevölkerungsdaten, Verhaltensdaten, nationale und kantonale Befragungen)
- Weitere nationale und kantonale Ämter (Beurteilungen von Projekten / Programmen und Daten aus der Schulgesundheit)
- HIV-Kohortenstudie (eine grosse Zahl von HIV-Positiven sind hier mit vielen Daten eingeschlossen)
- Medizinische Stellen und Ärzte (Daten zu HIV, andere STI und weitere)
- Krankenversicherungen (Daten zu Therapien)
- Organisationen, die im Bereich HIV / STI tätig sind (Checkpoints, „Test-in“ und BERDA Beratungsstellen, Aidshilfen, Labordaten etc.)

Zusätzlich wird auf die Verbesserung des Meldewesens aufmerksam gemacht. Es geht weniger darum, neue Daten zu erfassen, als darum das vorhandene System zu verbessern. So könnte die Labormeldung (die den behandelnden Arzt nun praktisch immer elektronisch erreicht) direkt ergänzt werden durch eine Meldung zu anderen Aspekten bei dieser Krankheit. Das heutige System wird als ziemlich veraltet angesehen, weil es für den Arzt kaum Anreize gibt, eine Meldung zu erstatten.

Feedbacks über den Sinn von Meldungen oder andere Anreize, die das Melden vereinfachen oder fördern, fehlen fast vollständig.

Wichtige Hinweise/Bemerkungen/Empfehlungen aus den Interviews:

- Aus der Kohorte könnten Verlaufsbeobachtungen relativ einfach analysiert werden (bezüglich HIV und STI).
- Eine Risikobeurteilung über bestimmte Gruppen (speziell MSM) könnte über Daten von Checkpoints besser erfasst werden.
- Datenerhebung und Datenanalysen werden oft vernachlässigt, wenn die Finanzen dafür fehlen.

2) Unterstützungsaufgaben

Es wurden Fragen gestellt zu folgenden im Programm erwähnten Unterstützungsaufgaben:

Solidarität, Governance, Evidenz und Forschung. Die Notwendigkeit dieser vier Bereiche hat einen durchschnittlichen Score von 9,0 (sehr hohe Zustimmung).

a) Solidarität und Verhinderung von Diskriminierung

Dieser Aspekt wird von allen Befragten als sehr wichtig beurteilt. Es gibt gut etablierte Prozesse, die allerdings noch besser bekannt gemacht werden müssen. So ist die AHS die zuständige Instanz für individuelle Aspekte und die EKSG nimmt sich eher der strukturellen Anliegen an. Es wäre relativ einfach, alle HIV-positiven Menschen im Rahmen der medizinischen Betreuung auf die Unterstützung der AHS hinzuweisen sofern ein Diskriminierungsgefühl vorhanden ist. In der EKSG sind versicherungs-technische Probleme (z.B. Abschluss von Lebensversicherungen bei HIV-positiven Personen, Verbesserungen in der Krankenversicherung) besprochen worden und einzelne Mitglieder haben sich für bessere Lösungen eingesetzt. Die betreffenden Vorschläge wurden aber im BAG offenbar nicht mit dem nötigen Nachdruck weiter getragen.

b) Governance

Von zahlreichen Befragten wird Governance als eine zentrale Aufgabe angesehen. Die Programmentwicklung wurde als gutes Beispiel für die Entwicklung eines Gesamtblickes erwähnt. Nur über eine gute Governance (Leadership und Gesamtmanagement) kann eine optimale Umsetzung erreicht werden. Das Programm wird allgemein als sehr anspruchsvoll in der Umsetzung angesehen. Einzelne befragte Personen erwähnen: Bei einem mangelhaften Gesamtmanagement (Governance), besteht eine grosse Gefahr, dass sich der Fokus auf Einzelaspekte richtet und sich daraus eine Eigendynamik entwickelt. Das Gesamte wird aus den Augen verloren. Die Aufteilung in verschiedene Achsen und Ziele ist mit der Gefahr verbunden, dass nur noch einzelne Ziele im Vordergrund stehen (speziell für gewisse Organisationen).

Unklar ist bei Einzelnen, weshalb Aufgaben an wen „delegiert“ werden (z.B. warum Achse 1 an „Sexuelle Gesundheit“?). Es muss in Betracht gezogen werden, dass solche Modifikationen von Delegationen einen zusätzlichen Transfer-Aufwand nach sich ziehen.

Auf eine saubere Trennung der strategischen von der operativen Ebene ist zu achten.

Bilaterale Koordinationen werden vom BAG mit gewissen Partnern als gut organisiert wahrgenommen (z.B. Aids Hilfe und Sexuelle Gesundheit). Unklar aber ist für die Meisten, wie die Koordination mit den Kantonen abläuft.

Ein grosses und wichtiges Anliegen ist es, die zentralen Akteure in die Umsetzung des gesamten Programms einzubinden. Im Programm wird klar gemacht: „Das NPHS ist ein gemeinsames Werk von Bund, Kantonen und den wichtigsten Akteuren für HIV- und STI-Arbeit“ (Seite 112 deutschsprachiges Programm). Das Gesamtmanagement liegt in den Händen des Bundes (BAG). Die EKSG unterstützt dabei den Bund. Eine gewisse Unzufriedenheit in der Zusammenarbeit mit dem BAG behindert mögliche Synergien. Es muss eine Struktur mit Kommunikationswegen angelegt sein, um die wichtigsten Akteure in die Umsetzung einzubinden, Konflikte zu klären, sich gegenseitig auf dem Laufenden zu halten und Erfahrungen auszutauschen.

c) Evidenz

Diese wichtige Aufgabe sollte verstärkt wahrgenommen werden. Öfters erwähnt wird, dass sich die Arbeitsgruppe der EKSG (Surveillance) diesem Thema widmen und Rahmenbedingungen festlegen soll. Es gilt darzustellen, wie die Evidenzlage zu den einzelnen Aspekten und Prioritäten im Programm aussieht.

d) Forschung

Die Schweiz wird eines der wenigen Länder wahrgenommen, wo ein kohärentes nationales Programm gegen HIV verfügbar ist und auch vieles davon umgesetzt wird. Zusätzlich steht eine nationale HIV-Kohorte zur Verfügung. Daher kommt auch der Forschung eine wichtige Aufgabe zu. Auf nationaler Ebene sollte hier noch vermehrt investiert werden. Die Finanzierung der HIV-Kohorte ist zunehmend unsicherer geworden. Für das Programm sind Daten aber entscheidend. Die Vernetzung solcher wichtiger Datenquellen kann für die Schweiz eine Vorreiterrolle bedeuten. In früheren Jahren gab es einmal ein Koordinations-Gremium, das sich speziell mit wichtigen Forschungsfragen auseinandersetzte. Das wäre vielleicht für die Zukunft wieder eine Möglichkeit, wichtige Forschungsthemen in Zusammenarbeit mit der HIV Kohorte für die Schweiz zu definieren, bevor einzelne Projekte in Angriff genommen werden. Die einmalige Situation – nationales Programm/nationale HIV-Kohorte und nationale Evaluation seit bald 30 Jahren muss besser genutzt und gezielter finanziert werden.

3) Ressourcen

Von etwa 80% der Interviewten werden die verfügbaren Ressourcen für das Programm als genügend beurteilt. Im Bereich „andere STI“ wird noch ein Mangel festgestellt.

Allerdings hat niemand der Befragten hier einen guten Einblick oder Überblick. Es fehlt an Transparenz.

Das Problem wird weniger in den Ressourcen selbst als in einem zu optimierenden Einsatz dieser Ressourcen und in der besseren Umsetzung gesehen. Wofür und wie werden die bestehenden Ressourcen eingesetzt? Ist dieser Mittel- und Personaleinsatz zielführend?

Welches Qualitäts-System ist im Hintergrund? Kann die Qualität der Umsetzung gut genug beurteilt werden? Hier kann die Teilnahme am EU Projekt „Quality Action“ hilfreich sein.

Es herrscht bei verschiedenen Befragten der Eindruck, dass die Interessensvertretungen der vorhandenen Akteure eine entscheidende Rolle bei der Ressourcenverteilung spielen. Eine Umlagerung würde daher automatisch zu einem Verteilungskampf führen. Um diese Situation zu verbessern, sind unbedingt wichtige Grundlagen für Entscheide zum „richtigen Ressourceneinsatz“ nötig. Dabei spielen gute Datengrundlagen (wie Monitoring und Evaluation) und der nötige Wissenstransfer eine wichtige Rolle. Dieser Punkt ist ein entscheidender Faktor von Governance und muss vom BAG mit Unterstützung der EKSG vermehrt wahrgenommen werden. Gewisse Parallelstrukturen sind zu überprüfen (z.B. Aufgaben von checkpoints und Aufgaben der Kohorte und der HIV Sprechstunde in gewissen Städten).

Neue Herausforderungen gilt es gezielt anzugehen und dafür vermehrt Ressourcen verfügbar zu machen (z.B. Migration).

Mit Transparenz und einer besseren Koordination kann der Einsatz von Ressourcen sicher optimiert werden.

4) Hindernisse in der Umsetzung

In der Schweiz besteht generell ein grosses Verständnis für das Anliegen der HIV- und Aidsprävention. Die Akzeptanz in der Bevölkerung ist gut. Auch mit Bezug auf Gesetzgebung, Policy sowie religiöse und kulturell-soziale Aspekte sind wenige Hindernisse auszumachen. Zur Zeit wird aber festgestellt, dass eher eine Tendenz zur Verstärkung einer konservativen Politik beobachtet wird. Zusätzlich äussern sich neoreligiöse Gruppen (haben guten Zulauf bei Jugendlichen) vermehrt lautstark.

Hier dürften gewisse erreichte Anliegen wieder gefährdet werden (z.B. Präventionsbotschaften, Sexualerziehung). Auch im Bereich der Migration ist die momentane politische Situation der Prävention eher nicht förderlich.

Die positive Grundstimmung für das Anliegen der HIV-Prävention soll jedoch auch für die nächsten Phasen des Programmes genutzt werden.

Folgende Hindernisse wurden speziell erwähnt:

Strategisch

- Das Fehlen eines Präventionsgesetzes.
- Abdeckung von medizinischen Leistungen, die aus Public Health Sicht entscheidend sind: Nötig wäre eine Finanzierung durch das KVG oder durch andere mögliche Quellen.

Strukturell / Qualität

- Aufwendige Vorgehensweise für Partnerinformationen und Screeningmassnahmen.

Inhaltlich

- Eine zunehmend unklare, überkritische Einstellung gegenüber bestimmten medizinischen Aktivitäten oder Akteuren (wie Impfungen, Therapien oder Forschung).
- Generell gilt eher: Religion ist fast immer „problematisch“ und selten unterstützend bei „Sexual Health“!
- Mediale Hervorhebung von „negativen“ Aspekten und Widerständen.

5) Sexualerziehung

Strategisch

- Die Sexualerziehung wird als wichtig angesehen.

Strukturell

- Das Bildungssystem ist jedoch an diesem Thema wenig interessiert. Der Bund hat dazu kaum Kompetenzen. Wird gut gemacht in der Westschweiz, in der Deutschschweiz eher nach dem Zufallsprinzip.
- Zuständigkeiten sind zu klären mit den Kantonen. Das BAG sollte unterstützend und fördernd einwirken. Unklar ist, ob das revidierte Epidemienengesetz dem Bund dazu eine stärkere Möglichkeit gibt.
- Kann für die Sexualerziehung eine gewisse Verbindlichkeit hergestellt werden und wer ist dafür zuständig? (EDK?).

Inhaltlich

- Das Anliegen der Sexualerziehung besser thematisieren und in das bestehende Programm integrieren.

5. Weiterführung und zukünftige Neuausrichtung des Programms

Das Kapitel 5 beinhaltet die Fragestellungen 2 und 3 des Midterm Check. Es fasst die Aussagen der interviewten Personen zusammen.

- *Wie schätzen die Stakeholder die „Lebensdauer“ des NPHS 2011–2017 ein: Kann es bis 2020 in Kraft bleiben?*

Die meisten befragten Personen befürworten eine Weiterführung des heutigen Programms für etwa 3-4 Jahre (2017-2020). Es soll für diesen Zeitraum kein grosser Aufwand betrieben werden, um textliche Änderungen vorzunehmen. Es müssen aber unbedingt die nötigen Anpassungen in der Umsetzung vorgenommen werden. Es gilt zu prüfen, ob mit dem neuen Epidemien-gesetz gewisse Aspekte einfacher durchgeführt werden können, wie Datenaufarbeitung und Koordination.

Eine funktionierende nationale Koordination ist ein schwieriges Unterfangen. Die wichtigsten Stakeholder sind in der EKSG vertreten. Für das laufende Programm ist zu klären, welche Koordination einen Mehrwert ergibt. Ein zentrales Anliegen der Befragten ist die Koordination mit den Kantonen. Die EKSG und das BAG sollten sich dieser Aufgabe annehmen.

Wichtig sind Anpassungen bei jener Gruppe von MSM, die hohe Risiken eingehen und bei der Zielgruppe Migranten.

Zukünftige Neuausrichtung

- *Was braucht die Schweiz in der Zukunft: Ein Nachfolgeprogramm HIV&STI oder die Integration von HIV&STI in ein Sexual Health Programm?*

Generell wird erwartet, dass ab 2020 ein neues Programm zur Umsetzung verfügbar ist. Das bisher Erreichte muss weiterhin gestärkt werden und neue Aspekte müssen besser integriert werden.

Die Befragten wünschen ab 2020 ein neues Programm, das leichter und situationsgerechter angepasst werden kann (neue Erkenntnisse sollen leicht einfügbar sein).

Inwieweit das neue Programm ab 2020 auf Sexual Health fokussieren soll, muss in nächster Zeit geklärt werden.

Zum Thema „sexuelle Gesundheit“ fehlen vielen Befragten heute wichtige Grundlagen. So ist unklar, welche Themen „Sexuelle Gesundheit“ beinhaltet und welche nicht. Folgende Fragestellungen wurden im Interview erwähnt: Wie sollen ganz konkrete Themen (wie Sexualerziehung in der Schule, Familienplanung) in verschiedenen Regionen der Schweiz umgesetzt werden? Welche konkreten Anliegen aus der Bevölkerung sollten über das Thema „Sexual Health“ einbezogen werden? Welche Erfahrungen aus anderen Ländern stehen zur Verfügung, wie ist die politische Akzeptanz und welche Auswirkungen haben Massnahmen gehabt? Was würde ein Programm für „Sexual Health“ für HIV und STI bedeuten (Nutzen und Gefahren)? Wie sieht es mit der Finanzierung eines solchen Programmes längerfristig aus? Welche Legitimität haben der Bund und die Kantone beim Thema „Sexual Health“?

Es ist für die meisten Interviewpartner wichtig, dass solche Fragen zunächst geklärt werden, bevor eine allfällige Programmausweitung zu Sexual Health ins Auge gefasst wird.

Es gibt klare Befürworter und klare Gegner einer zukünftigen Ausrichtung auf Sexual Health. Die Frage: „Ein Nachfolgeprogramm sollte auch Sexual Health aufbauen und dabei HIV/STI einbeziehen“ erhielt ein Score von 5,0 (mittlere Zufriedenheit). Allerdings waren 15 Fachpersonen ganz dagegen (Score 1 oder 2 – keine Zustimmung) und 12 sehr dafür (Score 8-10 – hohe Zustimmung). Die Befürworter betonen mehr das Grundprinzip, dass verschiedene wichtige Anliegen in ein Gesamtprogramm integriert werden können und ein breiterer Rahmen für Interventionen besteht. Die Gegner erwähnen, dass sich unter dem Begriff „Sexual Health“ viele Ideen und Ansichten verbergen und das ganze Programm dann zu gross, zu breit und kaum mehr umsetzbar wird. Wichtig wäre es für ein zukünftiges Programm „Sexual Health“, frühzeitig die Grenzen zu bezeichnen: Sexual Health beinhaltet verschiedene Themen: HIV und STI (heutiges Programm), Schwangerschafts-Beratung, Schwangerschaftsabbruch, Fertilität, dann aber auch sexuelle Gewalt und viele andere Aspekte.

Je mehr Themen man einschliesst, desto komplexer wird ein Programm bei der Durchführung. Schon das heutige Programm HIV und STI ist recht anspruchsvoll.

Zudem wird bei manchen Akteuren im Bereich HIV/STI befürchtet, eine solche Ausweitung der Thematik könnte die Finanzierung wichtiger Aktivitäten in HIV/STI-Bereich in Zukunft behindern. Weiter muss beachtet werden, dass dem Bund mit Bezug auf sexuelle Gesundheit nebst den fachlichen Kompetenzen auch die nötigen gesetzlichen Grundlagen fehlen. Inwieweit dies in den Zuständigkeitsbereich der Kantone fällt, gilt es zu klären.

Die Klärung über die Zukunft des Programmes muss in absehbarer Zeit mit den Stakeholdern unternommen werden. Dafür ist die EKSG das geeignete Gremium. Vor einer solchen Klärung (und Entscheid des Bundesrates) sollen noch keine grossen Aufträge zur Gestaltung des Programms erteilt werden.

6. Empfehlungen

Die Empfehlungen basieren auf Hinweisen und Anregungen aus den Interviews und auf deren Beurteilung durch die Experten, welche die Befragungen durchgeführt haben.

Folgende Ausgangslage ist dabei zu beachten:

Die Schweiz ist einzigartig, weil folgende Voraussetzungen für Prävention und Therapie von HIV/Aids bestehen:

1. Seit 30 Jahren gibt es eine HIV/Aids-Strategie mit ununterbrochenen Aktivitäten.
2. Seit 30 Jahren wird eine HIV-Kohorte geführt, in der die Mehrzahl der HIV-positiven Personen in der Schweiz aufgenommen sind.
3. Seit 30 Jahren werden die Umsetzungen von Aktivitäten im HIV-Bereich mit Monitoring und Evaluationen beurteilt.

Diese Grundlagen und jahrelange wertvolle Erfahrungen bilden eine günstige Ausgangslage für zukünftige Ausrichtungen und mögliche Schwerpunkte.

Was vor Jahren noch relativ einfach war, die verschiedenen Bereiche gut zu vernetzen, ist heute eine aufwendige, aber zentrale Aufgabe. Die Komplexität hat mit neuen Akteuren und zusätzlichen Aufgaben zugenommen. Die 3 Experten (Interviewer) versuchen die zentralen Herausforderungen in folgenden 5 Aspekten abzubilden:

- 1) Leadership und Governance
- 2) Reputation
- 3) Evidenz verbessern
- 4) Prioritäre zielgerechtere Interventionen
- 5) Neue zukünftige Herausforderung

1) Leadership und Governance stärken	
<i>Leadership bedeutet, die richtigen Interventionen zu wählen (in Zusammenarbeit mit den Stakeholdern) und dafür zu sorgen, dass diese gut durchgeführt werden. Governance beinhaltet Lenken und Koordinieren sowohl der strukturellen wie funktionalen Aspekte eines Programms.</i>	
Empfehlung	Zuständigkeiten
Leadership aktiver angehen für das gesamte Programm	BAG/EKSG
Koordination mit Kantonen	BAG
Bessere Koordination zwischen wichtigen Stakeholdern	BAG/EKSG
Nutzen und stärken bestehender Strukturen	BAG/EKSG/Ärztenschaft/AHS/ Verein Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGS)
Festlegen der Prioritäten für Zeitraum 2015-2020	EKSG/BAG
Zuständigkeiten für Prioritäten und Umsetzung festlegen	BAG/EKSG
Klärung der Rolle, Zuständigkeiten und Arbeitsweise der EKSG	EKSG/BAG
Diskussion und Klärung über Sexual Health und deren Relevanz für ein Programm ab 2020	EKSG/BAG

Informationsaustausch und Diskussion mit anderen Ressorts auf nationaler und kantonaler Ebene (Aussenpolitik, Entwicklungshilfe, Migration, Soziales, Polizei, Justiz und Strafvollzug) ausbauen und systematisieren	BAG/Kantone
Kritische Äusserungen und Konfliktsituationen gezielt angehen	EKSG/BAG
Zusammenarbeit stärken mit Stellen, die in ähnlichen Bereichen arbeiten und Klärung von Parallelstrukturen	Checkpoints/SHKS/Kliniken/AHS/BAG/ SGS und andere

2) Reputation verbessern	
<i>Die kollektive Wahrnehmung einer Institution oder Organisation ist abhängig von verschiedenen Faktoren. Besonders fallen ins Gewicht: Respekt und Wertschätzung, Transparenz, Kommunikationsverhalten, Dienstleistungen und Qualität.</i>	
Empfehlung	Zuständigkeiten
Respekt und Wertschätzung zwischen und mit den Stakeholdern und Fachpersonen verbessern	BAG/EKSG/AHS/SGS/SHKS, Spitäler und Ärzte, Fachgesellschaften, Kantone
Beziehung verbessern mit den Stakeholdern	BAG/EKSG
Transparenz verbessern (finanzielle Transparenz und Entscheidungsfindungsprozess)	BAG/EKSG
Offenen Dialog pflegen (speziell Potential für Konflikte angehen)	BAG/EKSG/AHS/SGS/Kantone
Kommunikation stärken: wichtige Anliegen geeignet kommunizieren, bis diese verstanden sind	BAG/EKSG
Dienstleistungen anbieten und verbessern wie: thematische Webseite für Stakeholder, Unterlagen für Präsentationen aufarbeiten	BAG
Verantwortung für das gesamte Programm breiter anlegen	BAG/EKSG
Meinungen untermauern mit Fakten und Evidenz	AHS/SGS
Zusammenstellung über IST-Zustände in Kantonen erstellen (HIV, STI, Sexualerziehung)	BAG/Kantone
Internationale Beziehungen und Wissenstransfer verbessern	BAG/EKSG

3) Evidenz stärken	
<i>Bei den ausgewählten prioritären Feldern sind die Datenlage und die Evidenz von Wirkungsmechanismen zu verbessern und die entsprechenden Daten auch den Stakeholdern verfügbar zu machen.</i>	
Empfehlung	Zuständigkeiten
Prioritäten setzen bis 2020 und dazugehörige Indikatoren klären	BAG/EKSG
Liste erstellen über verfügbare und nötige Fakten und Daten entsprechend den Prioritäten (für Monitoring und Evaluation)	EKSG/BAG
Zusammenstellung des IST-Zustandes und Beurteilung der Fortschritte	BAG
Aufdatieren der Stakeholder mit neuen Erkenntnissen und Fortschritten im Programm	BAG
Daten zur Verfügung stellen für die Auswertung	HIV-Kohorte / Checkpoints / medizinische Kliniken/ Ärzte / AHS und weitere
Gezielte Evaluationen durchführen	BAG
Rolle und Finanzierung der HIV Kohorte auf nationaler Ebene klären. Koordination mit Kohorte verbessern zur Auswertung von verfügbaren Daten. Innovative Forschung fördern und koordinieren	HIV-Kohorte/BAG/EKSG

4) Prioritäten klären und Interventionen stärker auf Ziele fokussieren	
<i>Für die festgelegten Prioritäten sind die wichtigsten zielorientierten Interventionen zu bezeichnen und diese auch umzusetzen. Als Oberziel gilt weiterhin: Infektionen mit HIV und STI zu verringern. Daran sollten sich die Interventionen in Zukunft messen.</i>	
Empfehlung	Zuständigkeiten
Neue Ansätze für MSM mit hohem Risiko klären	EKSG
Vorgehen der Zuständigkeiten bezüglich Migranten klären und Interventionen für Migranten (betreffend HIV/STI) entwickeln	BAG/EKSG und andere zuständige Stellen
Für bestimmte Zielgruppen einen Aktionsplan erstellen - Migranten, Sexworkerinnen - MSM mit hoher Risikobereitschaft	BAG und entsprechende Stakeholder
Sexualerziehung (Aspekte der Prävention) fördern	EKSG/Kantone/BAG
Diagnose und Therapie von Hepatitis C integrieren	EKSG
Finanzielle Hindernisse für den Zugang zum Gesundheitssystem betreffend HIV/STI vermindern, da diese von grosser Public Health Relevanz sind (HIV/STI-Tests, Zugang für gewisse Migrantengruppen)	BAG

Früherkennung und Partnerinformation bei betroffenen Gruppen und Personen verbessern	Medizinische Kliniken/ Ärzte/Checkpoints/EKSG
--	--

5) Zukünftige Herausforderung: Konsensfindung bezüglich Sexual Health	
<i>Es besteht eine Übereinstimmung, dass das vorliegende Programm weitergeführt werden kann. Ab 2020 soll ein neues Programm vorliegen, das den Entwicklungen Rechnung trägt. Besonders geht es darum, das Thema „Sexual Health“ in geeigneter Form einzubauen oder aufzunehmen. Diesbezüglich gehen die Meinungen der verschiedenen Stakeholder beträchtlich auseinander. Ein Konsensfindungsprozess muss 2015 beginnen.</i>	
Empfehlung	Zuständigkeiten
Begrifflichkeiten und Definitionen zu „Sexual Health“ klären	SGS/AHS/BAG
Bereiche und Themen von Sexual Health, die für ein nationales Programm relevant sind	EKSG/BAG
Vor- und Nachteile klären für ein Sexual Health Programm (Einbezug von internationaler Erfahrung)	EKSG/BAG
Klärung der politischen Machbarkeit eines Sexual Health Programms	BAG/EDI/Kantone
Erstellen eines nationalen Programms gemäss Vorgaben (politische Machbarkeit für die Zeit ab 2020 geklärt)	BAG/EKSG
Zusammensetzung und Arbeitsweise der EKSG überprüfen und auf neue Legislaturperiode anpassen	BAG

7. Dank

Wir danken allen befragten Personen, dass sie sich zur Verfügung gestellt haben. Die verschiedenen Hinweise und Anregungen aus den Gesprächen sind wichtig für Vorschläge zur Verbesserung im Programm.

Diese Befragung konnte Dank der Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit durchgeführt werden. Diese Bereitschaft des Bundes zu einer Beurteilung wurde von den meisten befragten Personen sehr geschätzt. Die interessanten, lehrreichen Gespräche, konnten so in einer offenen, kritisch konstruktiven Atmosphäre erfolgen.

8. Anhänge

Interviewte Personen

Herr
Prof. Dr. med. Rainer Weber (*1)
Mitglied Schweiz. HIV-Kohortenstudie
Klinikdirektor
Klinik für Infektionskrankheiten & Spitalhygiene
Universitätsspital Zürich
8091 Zürich

Herr
Dr. med. Jan Fehr (*1)
Mitglied EKSG
Oberarzt
Klinik für Infektionskrankheiten & Spitalhygiene
Universitätsspital Zürich
8091 Zürich

Herr
Prof. Dr. med. Pietro Vernazza
Präsident EKSG
Chefarzt Infektiologie / Spitalhygiene
Kantonsspital St. Gallen
9007 St. Gallen

Herr
Prof. Dr. med. Hansjakob Furrer
Mitglied AG Therapie und Klinik und Vorstand Schweiz. HIV-Kohortenstudie
Chefarzt Universitätsklinik für Infektiologie
Inselsspital
3010 Bern

Herr
Prof. Dr. med. Manuel Battegay
Chefarzt Infektiologie
Präsident EACS, Europ. Aids Clinical Society
Universitätsspital Basel
4031 Basel

Monsieur
PD Dr. Matthias Cavassini (*2)
Mitglied AG Therapie und Klinik
Responsable des consultations ambulatoires VIH, CHUV
Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV
1011 Lausanne

Monsieur
Prof. Dr. med. Amalio Telenti (*2)
Membre CFSS
Directeur Micorbiologie CHUV
Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV
1011 Lausanne

Madame
PD Dr. med. Alexandra Calmy (*3)
Membre CFSS
Directrice Unité VIH-Sida HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève
1211 Genève 14

Monsieur
Prof. Dr. med. Bernard Hirschel (*3)
Président CCER GE
Mitglied AG Forschung
1211 Genève 14

Sig.
Prof. Dr. med. Enos Bernasconi (*4)
Mitglied AG Therapie und Klinik, HIV-Kohortenstudie
Viceprimario Malattie infettive
Ospedale Civico
6903 Lugano

Sig.ra
Dr. Gladys Martinetti (*4)
Mitglied EKSG
Leitung EOLAB
Servizio di Microbiologia
6501 Bellinzona

Herr
Prof. Dr. Daniel Kübler (*5)
Lehrstuhl für Demokratieforschung und Public Governance
Mitglied EKSG
Institut für Politikwissenschaften, Universität Zürich
8001 Zürich

Frau
Dr. Kathrin Frey (*5)
Mitglied AG Surveillance
Wissenschaftliche Assistentin
Institut für Politikwissenschaften, Universität Zürich
8001 Zürich

Herr
Prof. Dr. Daniel Gredig
Professor für Soziale Arbeit, FHNW
Mitglied AG Forschung
Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz
4600 Olten

Frau
Prof. Dr. MD FFPH Nicola Low
Mitglied EKSG
Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern
3012 Bern

Herr
Dr. med. vet. Jürg Böni
Mitglied EKSG
Leiter Abteilung Diagnostik und Entwicklung
Nationales Zentrum für Retroviren, Universität Zürich
8057 Zürich

Monsieur
David Perrot
Directeur Groupe Sida Genève
1202 Genève

Madame
Prof. Dr. med. Françoise Dubois-Arber (*6)
Directrice UEPP, IUMSP-UNIL
Institut universitaire de médecine sociale et préventive
1010 Lausanne

Madame
Dr. phil. MER PD Brenda Spencer (*6)
Membre CFSS
Institut universitaire de médecine sociale et préventive
1010 Lausanne

Frau
Barbara Weil (*7)
Leitung Bereich Gesundheitsförderung und Prävention
FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
3000 Bern 15

Herr
Dr.med. Daniel Oertle (*7)
Mitglied EKSG
Praxis Innere Medizin FMH
8047 Zürich

Herr
Dr. med. Markus Herold (*7)
Ständiger Gast EKSG
Praxis Infektiologie und Innere Medizin FMH
6004 Luzern

Herr
Dr. med. Chung-Yol Lee
Kantonsarzt FR
1700 Fribourg

Herr
Dr. med. Svend Capol
Mitglied EKSG
Kantonsarzt SZ
6431 Schwyz

Frau
Andrea Bühlmann (*8)
Kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdirektion Zürich
Kommission HIV und andere übertragbare Krankheiten
8090 Zürich

Frau
Dr. med. Bettina Bally (*8)
Kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdirektion Zürich
Kommission HIV und andere übertragbare Krankheiten
8090 Zürich

Herr
Daniel Seiler
Mitglied AG Sexuelle Gesundheit
Geschäftsführer Aids-Hilfe Schweiz
8031 Zürich

Frau
Sabine Greschek (*9)
Leiterin Bereich Prävention und Migration
Zürcher Aids-Hilfe
8004 Zürich

Herr
Marijn Pulles (*9)
Leiter Bereich Prävention, Don Juan und Test-In
Zürcher Aids-Hilfe
8004 Zürich

Herr
Hans Peter Waltisberg (*9)
Bereich MSM Checkpoint
Zürcher Aids-Hilfe
8004 Zürich

Madame
Anita Cotting (*10)
Ehemalige Geschäftsleiterin SEXUELLE GESUNDHEIT
Fondation SANTE SEXUELLE Suisse
1001 Lausanne

Madame
Françoise Méan (*10)
Membre CFSS
Ancien membre du Conseil de fondation Santé sexuelle Suisse
Fondation SANTE SEXUELLE Suisse
1814 La Tour-de-Peilz

Frau
Dr. med. Yvonne Gilli (*10)
Nationalrätin,
Präsidentin Fondation SANTE SEXUELLE Suisse
9500 Wil

Frau
Barbara Berger (*10)
Geschäftsleiterin
Fondation SANTE SEXUELLE Suisse
3011 Bern

Herr
David Haerry
Mitglied EKSG
Positivrat
8031 Zürich

Herr
Dr. med. Philip Bruggmann
Leiter Checkpoint Zürich
Arud, Zentren für Suchtmedizin
8005 Zürich

Herr
Dr. med. Claude Scheidegger
Prakt. Arzt und Leitung Checkpoint
Zentrum für Suchtmedizin
4057 Basel

Frau
Prof. Dr. phil. Sibylle Nideröst
Mitglied EKSG
Leiterin Institut Integration und Partizipation
Fachhochschule Nordwestschweiz
4600 Olten

Frau
Dr. theol. Andrea Arz de Falco (*11)
Vizedirektorin Bundesamt für Gesundheit
Leiterin Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
3003 Bern

Monsieur
Luciano Ruggia (*11)
Sekretär EKSG
Office fédéral de la santé publique
3003 Berne

Herr
Dr. med. Daniel Koch (*11)
Leiter Abteilung Übertragbare Krankheiten
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Herr
Herbert Brunold (*11)
Leiter Fachstelle Evaluation und Forschung
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Total 42 Personen befragt.
Personen mit Hinweis ^{*Zahl} wurden gemeinsam innerhalb der nummerierten Gruppe interviewt

Namen der Experten

Dr. med. Daniel Frey

Daniel Frey ist Kinderarzt und war bis zu seiner Pensionierung (Herbst 2013) Direktor der Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich. Seit 2013 ist er Präsident des Schweizerischen Komitees für UNICEF. Er ist u.a. Mitglied des Zentralvorstandes von Public Health Schweiz.

Franz Wyss

Franz Wyss war bis Ende 2009 Zentralsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Er ist heute Präsident des Interverbandes für Rettungswesen und Mitglied des Stiftungsrates von „Selbsthilfe Schweiz“ sowie der Strategieguppe „Infektionskrankheiten“ des BAG. Von 2000 bis 2007 war er als Vertreter der Kantone Mitglied der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF).

Dr. med. Bertino Somaini

Bertino Somaini ist Präventivmediziner und war bis 1993 Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheit. Bis 2008 war er Direktor bei Gesundheitsförderung Schweiz. Jetzt betreibt er ein eigenes Beratungsbüro für Public Health (Public Health Promotion GmbH).

Alle drei Experten waren während ihrer beruflichen Tätigkeit mit verschiedenen der befragten Personen in Kontakt. Dies erleichterte teilweise den Zugang zu den befragten Personen, hatte jedoch keinen Einfluss auf den Interviewinhalt.

Fragebogen (d)

Worb 15.10.2014

Fragebogen Midterm Check NPHS 2014

Der folgende Raster gibt einmal die Fragen und Themen vor.
Der Fragebogen wird so gestaltet, dass ein Ausfüllen leicht möglich ist und auch eine Beurteilung der Antworten zulässt.

Es gibt geschlossene Fragen mit einer Skala.
Die Skala ist immer gleich gestaltet: = 1(links=tief) und 10 (rechts=hoch). Somit kann diese Bewertung für alle Fragen genutzt werden.

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Zu jeder dieser Frage kann auch noch eine Bemerkung/Ergänzung angefügt werden.

Datum:

Namen der befragten Personen

Name:

.....

1. Allgemeiner Eindruck des NPHS

(hier nur Beurteilung mit Skala verwenden – da nur allgemeiner Eindruck)

a) Verständlichkeit

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

b) Umsetzbarkeit in der Praxis

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

c) Nützlichkeit / Notwendigkeit für die Schweiz

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

d) Nutzen für eigenen Arbeitsbereich

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

2. Welche Kapitel des NPHS Programms (Dokument zeigen) sind für Ihre Arbeit relevant / wichtig?

(hier NUR Beurteilung mit Skala verwenden – da nur allgemeiner Eindruck)

a) Zusammenfassung (Kapitel 1)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

b) Prävention von HIV/STI – Weiterführen bewährter Arbeit und neue Akzente (Kapitel 2)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

c) HIV und andere STI (Prävention, Diagnostik, Therapie) (Kapitel 3)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

d) Meldesystem und Epidemiologie (Kapitel 4)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

e) Verhaltens-Surveillance (Kapitel 5)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

f) Bestehende Ansteckungsgefahr (Kapitel 6)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

g) Neue Herausforderungen Prävention (Kapitel 7)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

h) Notwendige Ressourcen (Kapitel 8)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

i) Vision des NPHS (Kapitel 9)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

j) Vier Oberziele (Kapitel 10)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

k) Drei Interventionsachsen (Kapitel 11)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

l) Ziele des NPHS Grundlagen (Kapitel 12)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

m) Ziele nach Interventionsachsen (Kapitel 13)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

n) Unterstützungsaufgaben (Kapitel 14)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

o) Anhänge

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

p) Glossar, Abkürzungen Referenzen

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

3. Wie beurteilen Sie generell die Qualität der bisherigen Umsetzung des NPHS?

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

In einer ersten Phase wurde vom BAG Wert auf eine Umsetzung folgender drei Aspekte gelegt:

- ⇒ Prävention für Gesamtbevölkerung
- ⇒ Prävention bei Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko
- ⇒ Diagnose / Therapie, Beratung infizierter Personen und deren Partner/Partnerinnen

4. Wie beurteilen Sie generell die Qualität der Umsetzung im Bereich „Prävention in der Gesamtbevölkerung“ (Feld A)?

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

5. Wie beurteilen Sie generell die Qualität der Umsetzung im Bereich „Prävention bei Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko“ (Feld B)?

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

6. Wie beurteilen Sie generell die Qualität der Umsetzung im Bereich der „Diagnose/Therapie/Beratung infizierter Personen und deren Partner/Partnerinnen“ (Feld C)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

7. Haben Sie spezifische Ergänzungen zu den anderen Bereichen auf der Interventions-Matrix?

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

8. Wie beurteilen Sie den aktuellen Zielerreichungsgrad generell des NPHS?

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

9. Wie beurteilen Sie den aktuellen Zielerreichungsgrad im Bereich „Prävention in der Gesamtbevölkerung“

⇒ Die Bevölkerung ist informiert über HIV und andere STI.

⇒ Der Zugang zu Impfangeboten, sowie zu Präventionsmitteln ist für alle gewährleistet.

A) generell

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

B) Wie beurteilen Sie die Umsetzung der grundlegenden Massnahmen:

B1) Verhüten (was einfach und effizient verfügbar ist)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

B2) Impfen (wo Impfungen bestehen und empfohlen sind)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

B3) Früh erkennen

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

B4) Rechtzeitig und richtig behandeln

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

C) Wie beurteilen Sie die bisherige Vorgehensweise:

C1) Sensibilisierung via LOVE LIFE-Kampagne

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

C2) Beratungsstellen unterstützen

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

C3) Ärzteschaft informieren

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

A) Wie beurteilen Sie die Zielrichtung zur Sexualerziehung:

In Zusammenarbeit mit den Kantonen wird darauf hingewirkt, dass im Rahmen der Gesundheitsförderung eine stufengerechte Sexualerziehung in die Lehrpläne der obligatorischen und nachobligatorischen Schule integriert wird.

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

10. Wie beurteilen Sie den aktuellen Zielerreichungsgrad im Bereich „Prävention bei Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko“ (Feld B)?

⇒ *Spezifische Konzepte zur Information und zur Verhältnisprävention in den einzelnen Zielgruppen vermindern das Ansteckungsrisiko.*

⇒ *Der Bund und die Kantone erachten die zielgruppenspezifische Prävention in der Interventionsachse 2 als prioritär.*

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Wie beurteilen Sie den Zielerreichungsgrad bei folgenden Zielgruppen (einzeln abfragen und bewerten) ?

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

MigrantInnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

SexworkerInnen

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Injizierend Drogen Konsumierende (IDU)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Gefängnisinsassen

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erklären Sie kurz: Was wird zu wenig, genug oder zu viel gemacht (bei jeweiliger Zielgruppe)?

Erläuterungen / Bemerkungen:

11. Wie beurteilen Sie den aktuellen Zielerreichungsgrad im Bereich der „Diagnose/Therapie/Beratung infizierter Personen und deren Partner/Partnerinnen“ (Feld C)?

⇒ *Infizierte werden rechtzeitig, richtig und umfassend behandelt, ihre PartnerInnen – wenn nötig – in die Behandlung einbezogen.*

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Wie beurteilen Sie den Zielerreichungsgrad bei folgenden Zielgruppen (einzeln abfragen und bewerten):

Personen mit einer heilbaren STI werden so früh als möglich erfolgreich therapiert.

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

- **PartnerInnen von STI-Infizierten werden bei einer realen Risikoexposition oder bei Vorliegen von positiven Testresultaten rasch (sofern möglich gemeinsam mit der infizierten Person) behandelt.**

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Personen mit einer HIV-Diagnose oder einer STI-Diagnose erhalten die Empfehlung für weitergehende Tests gemäss Testkonzept und ihrer individuellen Risikoexposition.

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

HIV-PatientInnen erhalten professionelle Unterstützung und Begleitung, um ihre Lebensqualität so gut als möglich zu erhalten.

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

12. Stimmt das Verhältnis zwischen den 3 Interventionsachsen?

12a) Planung?

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

12b) Umsetzung?

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

13. Haben Sie spezifische Ergänzungen zum Zielerreichungsgrad anderen Feldern auf der Interventions-Matrix?

Matrix zeigen (grafische Darstellung) und allfällige Bemerkungen im Textfeld notieren.

Ergänzung:	Ja		Nein	
------------	----	--	------	--

Erläuterungen / Bemerkungen:

14. Unterstützungsaufgaben

Wie wichtig finden Sie die aufgelisteten Unterstützungsaufgaben?

Engagement gegen Diskriminierung als wichtige Querschnittsaufgabe des Programms

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Governance (z.B. Koordination Prävention von HIV mit STI)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Evidenz herstellen

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Forschungslücken schliessen

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

Noch einige mehr generelle Fragen zum Programm

15. Bewerten Sie gesamthaft die Zuverlässigkeit und Nützlichkeit der verfügbaren Daten über die Umsetzung und Wirkung des Programms.

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

16. Wäre es wünschenswert, die Vertreter folgender Zielgruppen stärker zu involvieren, weniger zu involvieren oder im gleichen Masse?

Bevölkerung

Stärker		Gleich		Weniger stark	
---------	--	--------	--	---------------	--

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

Stärker		Gleich		Weniger stark	
---------	--	--------	--	---------------	--

Migrantinnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie

Stärker		Gleich		Weniger stark	
---------	--	--------	--	---------------	--

SexworkerInnen									
Stärker		Gleich		Weniger stark					
Injizierend Drogen Konsumierende (IDU)									
Stärker		Gleich		Weniger stark					
Gefängnisinsassen									
Stärker		Gleich		Weniger stark					
Erläuterungen / Bemerkungen:									

17. Wie ausgeprägt ist die Koordination oder Zusammenarbeit der Stakeholder untereinander, speziell wenn diese die mit der gleichen Zielgruppe arbeiten?									
<i>Mit Stakeholder sind hier Organisationen gemeint, die zur Zielerreichung einen wesentlichen Beitrag leisten müssen (wie BAG, Kantone, NGO's).</i>									
1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)
Erläuterungen / Bemerkungen:									

18. Besteht der richtige Mix von Stakeholdern, um dieses NHPS Programm wirksam umzusetzen?									
				Ja			Nein		
Wenn nein, welche Änderungen wären nötig?									

Erläuterungen / Bemerkungen:

19. Sind Ressourcen vorhanden, um die Qualität der Prävention zu verbessern und zu beurteilen?

	Ja		Nein	
--	----	--	------	--

Ressourcen	Beurteilung Qualität?		Verbesserung Qualität?	
Finanzielle Ressourcen	Ja	Nein	Ja	Nein
Humane Ressourcen	Ja	Nein	Ja	Nein
Technische Ressourcen	Ja	Nein	Ja	Nein

Erläuterungen / Bemerkungen:

Die beiden nächsten Fragen sollen Hinweise geben, welche gesellschaftlichen Umstände die Präventionsarbeit erleichtern oder erschweren.

20. Präventionsarbeit kann erschwert werden durch bestehenden gesetzlichen Regelungen, politische Hindernisse, sprachliche Barrieren und anderes mehr. Beurteilen Sie bei den folgenden Aspekten, wie ausgeprägt diese Barrieren sind:

Gesetzliche (legal)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Policy Entwicklung

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Politische Rahmenbedingungen

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Sozial / kulturell

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Sprachlich

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Religion

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

21. Präventionsarbeit kann erleichtert werden durch Regelungen, politische Rahmenbedingungen, sozio-kulturelle Aspekte und anderes mehr. Beurteilen Sie bei den folgenden Faktoren, wie ausgeprägt diese für die Präventionsarbeit unterstützend sind:

Gesetzliche (legal)

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Policy Entwicklung

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Politische Rahmenbedingungen

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Sozial / kulturell

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Sprachlich

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Religion

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

22. Sind Mechanismen vorhanden, damit geeignete Daten von den verschiedenen Erhebungen (Monitoring und Evaluation, Forschung) aktiv genutzt werden können, um Projekte/Programme zu verbessern?

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

23. In welchem Ausmass fokussieren die Aktivitäten, die heute durchgeführt werden, auf die Ziele des Programms?

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Erläuterungen / Bemerkungen:

24. Was wäre für Sie die höchste Priorität, um die Qualität des Programms zu verbessern?

Erläuterungen / Bemerkungen:

25. Wenn Sie alle Antworten, die Sie gegeben haben, sich nochmals überlegen: Was wäre aus Ihrer Sicht das übergeordnete Ziel des ganzen Programms?

Erläuterungen / Bemerkungen:

26. Zwei kritische Fragen zur aktuellen Situation:

a) Welche Gruppe wird in der Schweiz nach Ihrer Erwartung in den folgenden Monaten als erste die Zahl von 100 neuen HIV-Infektionen erreichen? (Hier ist eine ganz bestimmte Gruppe zu nennen.)

Betroffene Zielgruppe:

Erläuterungen / Bemerkungen:

b) Wie könnte das Programm diese neuen Infektionen bei dieser Gruppe verhindern?

Erläuterungen / Bemerkungen:

27. Wie schätzen Sie die „Lebensdauer“ des NPHS ein?

Das NPHS ist angelegt bis 2017.

Bis wann könnte dieses Programm in der heutigen Form (2011-2017) dauern ohne grössere Probleme?

Jahr nennen:

Erläuterungen / Bemerkungen:

28. Soll das NHPS verlängert werden?

Soll das heutige NHPS verlängert werden?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, wie viele Jahre?

Anzahl Jahre:	
---------------	--

Wenn ja, müsste unbedingt etwas bald korrigiert bzw. umgesteuert werden?

Nötige Anpassungen:

Können Sie sich vorstellen, das NHPS um 4 Jahre zu verlängern und bis dann ein weiterführendes Programm auszuarbeiten?

Ja	Nein
----	------

Wenn ja, wer sollte diese Arbeit tun?

Erläuterungen / Bemerkungen:

29. Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit eines Nachfolgeprogramms HIV&STI in ein Sexual Health Programm für die Schweiz?

Sinnhaftigkeit der Integration von HIV&STI in ein Sexual Health Programm für die Schweiz?

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Ein Nachfolgeprogramm sollte sich nur auf HIV/STI beschränken.

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Ein Nachfolgeprogramm sollte HIV/STI hauptsächlich behandeln, aber Sexual Health miteinbeziehen.

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Ein Nachfolgeprogramm sollte auf Sexual Health aufbauen und dabei HIV/STI einbeziehen.

1 (tief)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (hoch)

Ein Nachfolgeprogramm sollte (eigener Vorschlag) ...

Vorschlag:

Erläuterungen / Bemerkungen:

30. Haben Sie zum Schluss noch etwas anzufügen, das Ihnen für das Programm wichtig ist?

Ja		Nein	
----	--	------	--

Erläuterung:



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik

**Nationales Programm HIV und andere sexuell
übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017:
Midterm-Check
Gesamtpflichtenheft**

Christine Heuer

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

6. Mai 2014

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage.....	3
2	Das NPHS 2011–2017.....	3
3	Angaben zum Midterm-Check	4
3.1.	Gegenstand	4
3.2.	Ziel und Zweck.....	4
3.3.	Fragestellungen	5
3.4.	Projektanlage und Methodik	5
3.5.	Erwartete Produkte	6
3.6.	Organisation.....	6
3.7.	Zeitraumen.....	7
3.8.	Kostenrahmen externes Mandat	8
4	Valorisierung der Resultate.....	8
5	Unterlagen.....	8
6	Kontaktperson.....	8

1 Ausgangslage

HIV ist nach wie vor ein wichtiges Thema der öffentlichen Gesundheit: In der Schweiz lebten gemäss Schätzungen im Jahr 2009 mindestens 20'000 Menschen mit HIV/Aids. Die Zahl steigt stetig, da es seit Beginn der Epidemie und in allen betroffenen Gruppen immer mehr Neudiagnosen als Todesfälle gab (NPHS 2012: 26). Im Jahr 2013 wurden hochgerechnet 660 Menschen positiv auf den Erreger getestet, was verglichen mit dem Vorjahr eine stabile Entwicklung bedeutet. Bis 2011 war die Neuzahl der Diagnosen rückläufig, 2012 gab es eine Zunahme sowohl bei den Männern, die Sex mit Männern haben, wie auch bei Heterosexuellen. Von einer echten Trendwende kann jedoch noch nicht gesprochen werden. Die Anzahl anderer sexuell übertragbaren Diagnosen nimmt weiterhin zu oder ist stabil. (BAG Bulletin 47/13: 854)

Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 (NPHS) schliesst an 25 Jahre erfolgreiche Präventionsarbeit an und führt diese unter Berücksichtigung der neusten Erkenntnisse fort. Erstmals werden nebst HIV auch andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) integriert. Das wichtigste Ziel des NPHS 2011–2017 ist, die Anzahl Neuinfektionen von HIV und anderen STI deutlich zu senken und gesundheits-schädigende Spätfolgen zu vermeiden. In den nächsten Jahren wird ein kultureller Wandel angestrebt. Nach einer positiven Diagnose soll die freiwillige Partnerinformation „aus Einsicht“ selbstverständlich werden.¹

Das NPHS 2011–2017 befindet sich gegenwärtig in der Halbzeit. Dies nimmt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zum Anlass, eine Zwischenbilanz vorzunehmen und Grundlagen zur Planung der Zeit nach 2017 zu erhalten. Die Direktionsbereichsleitung Öffentliche Gesundheit hat am 6. März 2014 den Auftrag zum Midterm-Check NPHS 2011–2017 erteilt.

2 Das NPHS 2011–2017

Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 strebt an, die sexuelle Gesundheit der Schweizer Bevölkerung zu verbessern. Es basiert auf der gesetzlichen Grundlage des Epidemien-gesetzes und agiert auf der Ebene der Krankheitsbekämpfung. Das NPHS ist eine Nationale Strategie zur Prävention sowie zur Diagnose und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, wie zum Beispiel, Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien.

Das Programm beruht auf wissenschaftlicher Evidenz und wurde in einem partizipativen Prozess mit verschiedenen Stakeholdern² erarbeitet. Es setzt die inhaltlichen Leitlinien der HIV- und STI-Arbeit für die Jahre 2011–2017 in der Schweiz und stellt somit die „unité de doctrine“ für alle auf dem Gebiet von HIV und STI tätigen Organisationen dar. (NPHS 2012: 7)

Das BAG hat den Lead in der Steuerung und im Management des Programms, arbeitet jedoch eng mit anderen Bundesstellen, mit den kantonalen Behörden und den Dachorganisationen von NGOs zusammen³.

Das NPHS 2011–2017 hat vier Oberziele:

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

¹ http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/12491/index.html?lang=de

² Bund, Kantone, Non-Profit-Organisationen, Profit-Organisationen, Forschungsinstitutionen und internationale Organisationen (Auflistung siehe NPHS 2012: 127)

³ http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/index.html?lang=de

2. Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sinkt.
3. HIV und andere STI werden in einem frühen Stadium erkannt und richtig behandelt.
4. Die HIV- und STI-Arbeit wirkt nachhaltig, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Bevölkerung getragen wird.

Das NPHS 2011–2017 enthält einige Innovationen, von denen die wesentlichsten nachfolgend genannt werden:

- Das Programm integriert erstmals neben HIV auch andere sexuell übertragbare Infektionen (STI).
- Um die HIV- und STI-Arbeit zu strukturieren, bündelt das NPHS alle Interventionen in drei Achsen. Jede Interventionsachse richtet sich an bestimmte Bevölkerungsgruppen. Die Achseneinteilung erfolgt nach Kriterien der Prävalenz und der Vulnerabilität (Gefährdung): Achse 1: Gesamtbevölkerung; Achse 2: Menschen, die sich in einem Umfeld, in welchem die Erreger stark verbreitet sind, risikoreich verhalten; Achse 3: Menschen mit einer HIV- oder STI-Infektion und deren Partnerinnen und Partner.
- Diagnose und Therapie sind wichtige Elemente der Prävention, da je rascher die Behandlung einer STI oder von HIV beginnt, desto geringer das Risiko einer weiteren Verbreitung ist.
- Es soll eine Third Generation Surveillance entwickelt werden, welche die nötige Evidenz erbringt. (NPHS 2010: 8, 83)

3 Angaben zum Midterm-Check

3.1. Gegenstand

Gegenstand des Midterm-Checks ist die Umsetzung und Zielerreichung des NPHS 2011–2017 in seiner Halbzeit.

3.2. Ziel und Zweck

Der Midterm-Check soll einerseits Aussagen darüber machen, wie weit und in welcher Qualität das NPHS 2011–2017 bisher umgesetzt wurde und andererseits welches der aktuelle Stand der Zielerreichung ist.

Die Resultate dienen dem BAG, der eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) und den Stakeholdern, die Umsetzung in der zweiten Programmhälfte gegebenenfalls anzupassen und die Zeit nach 2017 zu planen.

Zusammenfassung in Tabellenform:

Ziele (auf Stufe Mandat)	Wirkungsumschreibung (auf Stufe Mandat / Ziele)	Wirksamkeitsindikatoren
Aussagen zu - Stand und Qualität der bisherigen Umsetzung - Aktuellem Zielerreichungsgrad - Einschätzung der Zukunft des NPHS - Empfehlungen zur Weiterentwicklung des NPHS	Die Ergebnisse dienen dazu, die Umsetzung in der zweiten Hälfte des Programms gegebenenfalls anzupassen und die Zeit nach 2017 zu planen.	- Klare und nachvollziehbare Aussagen - relevante und realistische Empfehlungen

3.3. Fragestellungen

Der Midterm-Check soll auf folgende Fragen Antwort geben:

1. Wie beurteilen zentrale Akteure den Stand und die Qualität der bisherigen Umsetzung? Wie beurteilen sie den aktuellen Zielerreichungsgrad des NPHS?
2. Wie schätzen sie die „Lebensdauer“ des NPHS ein? Kann und soll es verlängert werden?
3. Wie beurteilen sie die Notwendigkeit eines Nachfolgeprogramms HIV&STI und/oder die Machbarkeit und Sinnhaftigkeit der Integration von HIV&STI in ein Sexual Health Programm für die Schweiz?

Befragt werden sollen das BAG, die Stakeholder (insbesondere Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGS), Aidshilfe Schweiz (AHS) und die Checkpoints) sowie die EKSG.

3.4. Projektanlage und Methodik

Der geplante Midterm-Check beinhaltet zwei Teilprojekte (TP) und eine Synthese:

Teilprojekt 1 (TP1)

- Fragestellungen: Das TP1 bearbeitet alle drei Fragestellungen.
- Methode: Das BAG und die operativen Stakeholder nutzen das „Program Tool“ (PT) der EU Initiative Quality Action⁴ (lead Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA in Köln) und testen damit die Qualität und den Zielerreichungs- und Umsetzungsstand des NPHS. Zur Anwendung kommt dabei der von der EU-Initiative Quality Action entwickelte Fragebogen und Diskussionsleitfaden „Schiff – A Tool for Improving the Quality of HIV-Prevention Programmes“. Quality Action schult Experten in der Anwendung des neu entwickelten PT an einem Workshop im Mai. Die Anwendung des PT auf das NPHS ist eine Pilot-Erprobung des neuen Tools und wird voraussichtlich durch Quality Action begleitet. PT sieht „desk-Arbeit“ und Workshops mit den Stakeholdern vor und ist ein partizipativer Prozess. Die mehrtägigen Workshops sollen vor den Sommerferien stattfinden.
- Durchführung: Das TP1 wird durch die Sektion Prävention und Promotion durchgeführt. Der TPL wird durch eine externe Fachkraft unterstützt.
- Zweck: Das TP1 ermöglicht es den (operativen) Akteuren sich mit dem Programm vertieft auseinanderzusetzen.

Teilprojekt 2 (TP2)

- Fragestellungen: Das TP2 bearbeitet alle drei Fragestellungen.
- Methode: Parallel zum TP1 befragen externe Experten die Mitglieder der EKSG, das BAG und weitere Stakeholder und Akteure mittels ca. 25 semistrukturierten Interviews. Die zu interviewenden Organisationen und Personen werden am 2. April 2014 mit der EKSG abgesprochen.
- Durchführung: Das TP2 wird extern an Public Health Promotion GmbH (Bertino Somaini) vergeben. PHP wird durch Daniel Frey und Franz Wyss unterstützt.
- Zweck: Das TP2 dient dazu, die Meinung von Experten einzuholen, denen es nicht möglich ist, an einem mehrtägigen Workshop teilzunehmen. Ihre Aussagen sollen – soweit dies terminlich möglich ist – in die Workshops des TP1 einfließen.

Synthese

In einem Syntheseworkshop werden die Ergebnisse aus den beiden Teilprojekten gesichtet, diskutiert und anschliessend als Synthesebericht an die EKSG und das BAG formuliert. Die Synthese erfolgt unter der Federführung der Sektion Prävention und Promotion des BAG.

⁴ <http://www.qualityaction.eu/>

3.5. Erwartete Produkte

Es werden zwei Hauptprodukte erwartet:

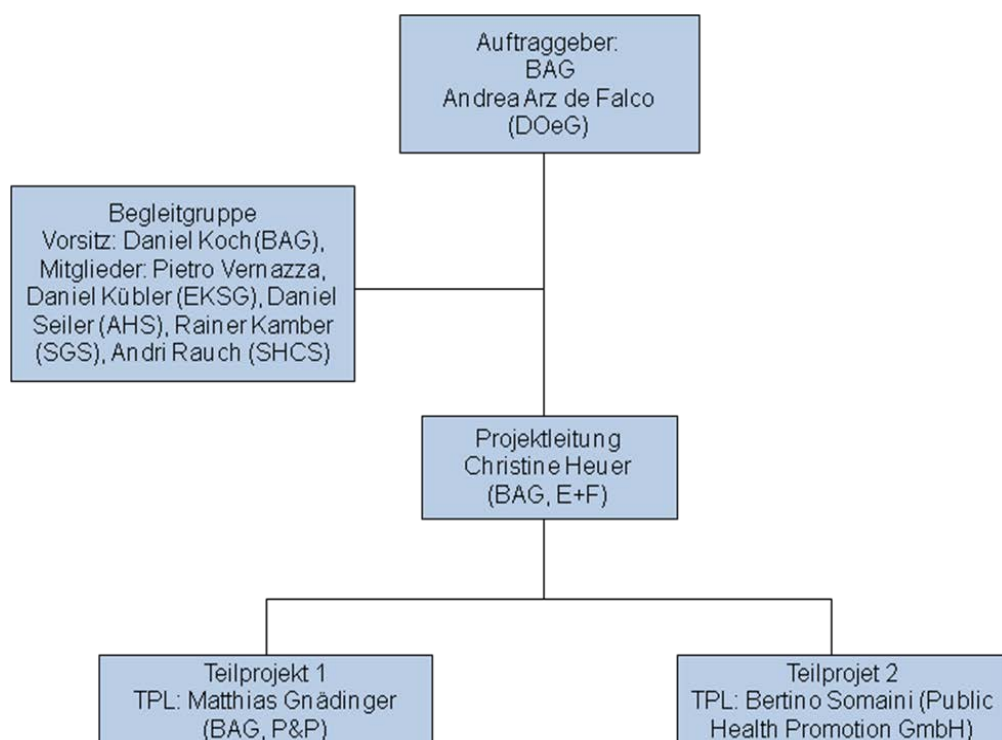
- Bis Ende November 2014 liegt ein konsolidierter Schlussbericht zur Qualität und dem Stand der bisherigen Umsetzung sowie zum aktuellen Zielerreichungsgrad des NPHS 2011–2017 vor.
- Eine zwischen BAG, EKSG und den Stakeholdern konsolidierte Empfehlung liegt vor, ob das NPHS verlängert werden soll. Eine allfällige Verlängerungsphase würde dazu dienen, ein Nachfolgeprogramm zu entwickeln.

3.6. Organisation

In das Projekt sind mehrere Partner involviert; ihre Rollen und Zuständigkeiten werden nachstehend kurz beschrieben:

- *Auftraggeberin*
Das Projekt wird von der Direktionsbereichsleitung Öffentliche Gesundheit, Andrea Arz de Falco in Auftrag gegeben.
- *BAG-interne Leitung des Projektes*
Das Projekt wird von Christine Heuer, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) des BAG geleitet. Sie plant, koordiniert und führt den Prozess des Projektes. Sie unterstützt den Auftraggeber bei der Valorisierung der Ergebnisse.
- *Begleitgruppe*
Für die Dauer des Projektes wird eine Begleitgruppe aus folgenden Institutionen und Personen zusammengestellt:
 - Bundesamt für Gesundheit (BAG): Daniel Koch (Vorsitz)
 - Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG): Pietro Vernazza, Daniel Kübler
 - SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz: Rainer Kamber
 - Aids-Hilfe Schweiz (AHS): Daniel Seiler
 - Swiss HIV Cohort Study (SHCS): Andri RauchDie Funktion der Begleitgruppe ist eine beratende. Sie hat die Möglichkeit, Rückmeldungen zum Entwurf des Gesamtpflichtenheftes und zum Schlussbericht zu geben.
- *Teilprojektleitende*
Die Teilprojektleitenden sind verantwortlich für die Durchführung der Teilprojekte gemäss Vorgaben ihrer Kurzplichtenhefte.

Organigramm des Projektes:



3.7. Zeitrahmen

Der Midterm-Check dauert 9 Monate; vom 1. März 2014 bis zum 30. November 2014

Meilensteine	Fälligkeiten	Verantwortlich*
Auftrag Midterm-Check NPHS 2011–2017	6.3.14	ADF
Konstituierung Begleitgruppe	19.3.14	HCH
Rückmeldungen Begleitgruppe zu Entwurf Gesamtpflichtenheft Midterm-Check an HCH	26.3.14	Begleitgruppe
Genehmigung Gesamtpflichtenheft Midterm-Check	31.3.14	KDA
Auftragsvergabe an TPL1	31.3.14	HCH an GDM
Einladung Offerteinreichung TP2	31.3.14	HCH an BS
Präsentation Projekt Midterm-Check in der EKSG	2.4.14	HCH/KDA
Feedback der EKSG zum Vorschlag der Interviewliste	6.4.14	EKSG - RUL - HCH - BS
Auftragsvergabe an TPL2	15.4.14	HCH an PHP
Durchführung Interviews (TP2)	4. – 6.14	PHP
Planung Erprobung PT (TP1)	4.14	GDM und ext. Unterstützung
Schulung PT-Experten durch Quality Action Europe	5.14	GDM und ext. Unterstützung

Workshops PT (TP1)	6.14	GDM und BAG, SGS, AHS, CPs
Ergebnisse aus Workshops und Interviews für Synthese vorbereiten	7. – 8.14	TPL1 und TPL2
Synthese-Workshop	8.14	HCH mit TPL1 und TPL2
Entwurf Synthese-Bericht liegt vor	24.9.14	Sektion P&P
Entwurf Synthese-Bericht an Begleitgruppe für schriftliche Rückmeldung	25.9.14	HCH an BG
Präsentation Entwurf Synthesebericht vor EKSG	offen	P&P
Rückmeldung der Begleitgruppe zu Entwurf Synthese-Bericht	Wo 42	BG
Überarbeitung Synthese-Bericht	7.11.14	P&P, PHP
Genehmigung Synthesebericht	20.11.14	KDA
Evtl. Veröffentlichung des Syntheseberichtes auf Homepage BAG	30.11.14	HCH

* Kürzel

- EKSG: Pietro Vernazza (PV), Daniel Kübler (DK)
- BAG: Andrea Arz de Falco (ADF), Daniel Koch (KDA), Christine Heuer (HCH), Matthias Gnädinger (GDM), Luciano Ruggia (RUL)
- Public Health Promotion GmbH (PHP): Bertino Somaini (BS), Daniel Frey (DF), Franz Wyss (FW)
- Checkpoints (CP)

3.8. Kostenrahmen externes Mandat

Das Mandat des TP2 hat ein Kostendach von CHF 65'000.- CHF.

4 Valorisierung der Resultate

Der Bericht zu Zielerreichung und Umsetzungsstand des NPBS kann aus Anlass des Welt-Aids Tages der Öffentlichkeit zur Kenntnis gebracht werden. Nach Vorliegen des Entwurfs soll dies von der Auftraggeberin in Absprache mit der EKSG entschieden werden.

Die Empfehlung, ob das NPBS verlängert werden soll, wird nicht veröffentlicht, sondern dient als Grundlage für einen allfälligen Bundesratsantrag.

5 Unterlagen

- NPBS 2011–2017:
http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/12491/index.html?lang=de
- Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) vom 18. Dezember 1970 (Stand am 1. Januar 2013):
<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19700277/index.html>

6 Kontaktperson

BAG-interne Projektleitung:

Christine Heuer: christine.heuer@bag.admin.ch, Tel-Nr.: 031 322 63 55

Erreichbarkeit: Mo – Do