



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

**Bundesamt für Gesundheit BAG**

Direktionsbereich Gesundheitspolitik

## **Contrôle à mi-période (MTC)**

# **Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011–2017**

## **Rapport de synthèse des projets partiels 1 et 2**

Office fédéral de la santé publique (OFSP)  
Christine Heuer, Service Evaluation et recherche (E+F)

Berne, 20 octobre 2014

# Sommaire

<b>PROJET « CONTROLE A MI-PERIODE DU PNVI 2011–2017 » .....</b>	<b>3</b>
1. CONTEXTE .....	3
2. PROGRAMME NATIONAL VIH ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (PNVI) 2011–2017 .....	3
3. PROBLEMATIQUE .....	4
4. CONCEPTION DU PROJET ET METHODOLOGIE .....	4
<b>RESULTATS.....</b>	<b>5</b>
1. DIFFERENCES ET POINTS COMMUNS ENTRE LES PROJETS PARTIELS 1 ET 2.....	5
2. QUALITE, ETAT DE LA MISE EN ŒUVRE ET DEGRE DE REALISATION DES OBJECTIFS DU PNVI....	5
3. LE PROGRAMME PEUT-IL ET DEVRA-T-IL ETRE PROLONGE JUSQU’A FIN 2019 ? .....	6
4. SUITE AU PROGRAMME VIH/IST OU PROGRAMME DE SANTE SEXUELLE ? .....	6
<b>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>6</b>
1. LE PNVI EST UN INSTRUMENT DE QUALITE ET PEUT ETRE PROLONGE JUSQU’EN 2019.....	6
2. LA REALISATION DES OBJECTIFS EST SATISFAISANTE AU TERME DE LA PREMIERE MOITIE DE LA MISE EN ŒUVRE.....	6
3. TOUTE UNE SERIE DE RECOMMANDATIONS ET DE REMARQUES A HIERARCHISER PAR LA CFSS ET A METTRE EN ŒUVRE PAR L’OFSP ET LES PARTIES PRENANTES ONT ETE FORMULEES POUR LA DEUXIEME MOITIE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNVI.....	7
4. PROGRAMME DE SANTE SEXUELLE OU PROGRAMME VIH&IST A PARTIR DES ANNEES 2020 ? – « ABSOLUMENT » VERSUS « CERTAINEMENT PAS » ! .....	8
<b>ANNEXES.....</b>	<b>9</b>
ANNEXE 1 : RAPPORT RELATIF AU PROJET PARTIEL 1	
ANNEXE 2 : RAPPORT RELATIF AU PROJET PARTIEL 2	
ANNEXE 3 : CAHIER DES CHARGES EXHAUSTIF DU PROJET CONTROLE A MI-PERIODE DU PNVI 2011– 2017	

# Projet « Contrôle à mi-période du PNVI 2011–2017 »<sup>1</sup>

## 1. Contexte

La responsable de l'unité de direction Santé publique de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a décidé de procéder fin juin 2014 à un bilan intermédiaire de la mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011-2017. A cet effet, elle a confié au service Evaluation et recherche (E+F) de l'office le soin de réaliser le projet Contrôle à mi-période (MTC) du programme. Les résultats de ce travail serviront à piloter la deuxième période du programme et à planifier l'après 2017.

## 2. Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011–2017

Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011–2017 a pour base légale la loi sur les épidémies (RS 818.101) et est centré sur la lutte contre les maladies. Il s'agit d'une stratégie nationale de prévention, de diagnostic et de traitement du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), comme la syphilis, la gonorrhée et les chlamydias.

Le programme se fonde sur des données scientifiques ; il a été élaboré dans le cadre d'un processus participatif impliquant différents acteurs<sup>2</sup>. L'OFSP est responsable du pilotage et de la gestion du projet, mais travaille en étroite collaboration avec d'autres services fédéraux, les autorités cantonales concernées et les organisations faitières d'ONG.

Le PNVI 2011–2017 poursuit quatre objectifs principaux :

1. Chacun en Suisse connaît ses droits dans le domaine de la sexualité et est en mesure de les exercer.
2. Le risque de transmission du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles diminue.
3. Le VIH et d'autres IST sont dépistés à un stade précoce et traités de manière appropriée.
4. Le travail accompli dans le domaine du VIH et des IST a un impact durable, parce qu'il mise sur la participation des groupes cibles, qu'il repose sur l'évidence scientifique et qu'il est soutenu par la population.  
(PNVI 2011–2017 : p. 79-81)

Le PNVI 2011–2017 introduit quelques nouveautés, les principales étant :

- L'intégration dans le programme, parallèlement au VIH, d'autres infections sexuellement transmissibles.
- L'articulation des interventions autour de trois axes, afin de structurer efficacement la lutte contre le VIH et les IST. Chaque axe d'intervention vise des groupes de population distincts, la classification s'effectuant sur la base des critères de prévalence et de vulnérabilité (mise en danger) : axe d'intervention n° 1 : ensemble de la population ; axe d'intervention n° 2 : personnes présentant un comportement à risque et évoluant dans un environnement, dans lequel les agents pathogènes sont très répandus ; axe d'intervention n° 3 : personnes infectées par le VIH ou une IST et leurs partenaires.
- L'importance accordée au diagnostic et à la thérapie, deux éléments majeurs de la prévention : plus le VIH ou une IST est traité(e) rapidement, plus le risque de propagation est faible.

<sup>1</sup> Cahier des charges exhaustif et description du projet, voir annexe 3.

<sup>2</sup> Confédération, cantons, organisations sans but lucratif, organisations à but lucratif, organismes de recherches et organisations internationales (PNVI 2011–2017 : p. 129.).

- Le développement d'un système de surveillance de troisième génération destiné à apporter l'évidence nécessaire.  
(PNVI 2011–2017 : p. 8)

### 3. Problématique

Le contrôle à mi-période répond aux questions suivantes :

1. Que pensent les principaux acteurs de la manière dont progresse la mise en œuvre du programme, de sa qualité jusqu'à présent et du degré de réalisation des objectifs du PNVI ?
2. Que pensent les acteurs de la « durée de vie » du PNVI ? Le programme peut-il et devra-t-il être prolongé ?
3. Que pensent les acteurs de la nécessité d'élaborer une suite au programme VIH/IST et/ou de la faisabilité, ainsi que de la pertinence d'intégrer le VIH et d'autres IST dans un programme de promotion de la santé sexuelle pour la Suisse ?

### 4. Conception du projet et méthodologie

Le contrôle à mi-période du PNVI 2011–2017 comprend deux projets partiels (PP) et une synthèse :

- Pour le PP1, l'OFSP et les parties prenantes opérationnelles ont utilisé le nouveau questionnaire « *SCHIFF – A Tool for Improving the Quality of HIV-Prevention Programmes* »<sup>3</sup> développé par l'UE dans le cadre de l'initiative « *Quality Action* ». Ce document a été abrégé et adapté par l'OFSP pour les besoins du contrôle. Les participants au PP1 ont préparé un atelier dans leurs organisations respectives et individuellement. L'atelier s'est tenu du 2 au 4 juillet 2014, à Montezillon, dans le canton de Neuchâtel et a réuni 23 représentants des parties prenantes et deux experts accompagnants de l'UE (liste des participants, voir rapport PP1, annexe 1). Deux groupes de travail ont été formés (parties prenantes régionales et nationales), mais les échanges ont aussi eu lieu en plenum.
- Pour le PP2, la société Public Health Promotion S.à.r.l. (D<sup>r</sup> Bertino Somaini en collaboration avec D<sup>r</sup> Daniel Frey et Franz Wyss) a conduit des entretiens semi-structurés et repris les mêmes questions que celles posées dans le PP1. Au total, 42 expert(e)s ont été interrogé(e)s, soit individuellement, soit par groupe (liste des personnes consultées et guide d'entretien, voir rapport PP2, annexe 2).
- Les résultats des deux PP ont été présentés et discutés lors d'un atelier de synthèse ; ils ont ensuite fait l'objet d'un rapport à l'intention de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) et du mandant du MTC (unité de direction Santé publique, OFSP). Ont participé à l'atelier de synthèse les représentants des services concernés de l'unité de direction Santé publique, la responsable de l'ensemble du projet et les responsables des projets partiels.

Les acteurs interrogés dans le cadre du PP2 sont presque tous impliqués dans le programme, les acteurs interrogés dans le cadre du PP1 le sont tous. Le MTC est donc une autoévaluation faite par les participants eux-mêmes, qui traduit une image du PNVI vue de l'intérieur.

Il est considéré comme un projet pilote, parce que le questionnaire « *SCHIFF- A Tool for Improving the Quality of HIV-Prevention Programmes* » était encore à l'état de projet en

---

<sup>3</sup> [www.qualityaction.eu/tools.php](http://www.qualityaction.eu/tools.php)

2014, qu'il a été utilisé pour la première fois en Suisse et qu'il a été abrégé et adapté pour les besoins du contrôle.

## Résultats

### 1. Différences et points communs entre les projets partiels 1 et 2

Dans les deux PP, les représentants des parties prenantes saluent l'initiative prise par l'OFSP d'effectuer un contrôle à mi-période. Les participants au PP1 apprécient l'utilisation/expérimentation du questionnaire SCHIFF. Parmi les personnes interrogées dans le cadre du PP2, nombreuses sont celles à se réjouir que des experts externes les aient consultées.

Les participants aux deux PP considèrent que le processus participatif mis en place pour développer le programme (2009/2010) est positif : les principaux acteurs ont pu faire valoir leurs arguments et propositions. La qualité du programme en tant qu'instrument stratégique national est qualifiée de « bonne ». Les participants saluent le fait que les IST soient intégrées dans le programme VIH ; ils estiment toutefois que l'accent est encore trop nettement mis sur ce dernier.

Les différences entre les deux PP portent principalement sur les méthodes mises en œuvre : le PP1 a réuni des représentants des parties prenantes pendant deux jours. Les acteurs ont travaillé en groupe à plusieurs reprises et les résultats ont été discutés en plenum. Le PP1 met donc en évidence les points sur lesquels une large consolidation est possible. Dans le cadre du PP2, les avis exprimés individuellement ou en groupe ont été repris tels quels ; ils reflètent parfois plus directement les intérêts des personnes interrogées et le contexte dans lequel elles évoluent. Les questions relatives à la collaboration entre les parties prenantes et à l'avenir du projet donnent également lieu à des résultats plus nuancés et ouverts dans le PP2. Malgré les différences de méthodes, les réponses fournies par les deux groupes aux trois questions du MTC concordent dans une large mesure.

### 2. Qualité, état de la mise en œuvre et degré de réalisation des objectifs<sup>4</sup> du PNVI

Les participants approuvent la vision, les objectifs principaux, le modèle des trois axes d'intervention, ainsi que les objectifs par axe et les jugent « bons ». Ils n'estiment pas nécessaire d'apporter des modifications au document PNVI. Selon eux, la stratégie du PNVI reste adéquate. Le programme est considéré comme « très ambitieux », ce qui suppose une forte implication de l'OFSP pour ce qui est de son pilotage et de sa gouvernance.

Les participants au PP1 attribuent 6,5 points sur 10 (fourchette de 4 à 8 sur une échelle de 10) au degré de réalisation des objectifs ; ils relèvent que certains objectifs sont des « tâches de longue haleine » et qu'il n'est pas possible de les atteindre à échéance fixe. Y accordant 6 points sur 10, les personnes interrogées dans le PP2 estiment que, dans l'ensemble, la mise en œuvre du programme est « réussie, mais qu'elle peut être considérablement améliorée ».

S'agissant de la qualité, de la progression de la mise en œuvre et du degré de réalisation des objectifs, les participants aux deux PP font toute une série de suggestions et de remarques applicables à la deuxième période du programme. Les interventions des participants figurent dans la partie « Conclusions et recommandations », sous le chiffre 3 (recommandations).

---

<sup>4</sup> L'analyse a porté sur les quatre objectifs principaux et les objectifs des trois axes d'intervention.

### **3. Le programme peut-il et devra-t-il être prolongé jusqu'à fin 2019 ?**

La plupart des personnes interrogées dans le cadre des deux PP sont favorables à une prolongation du programme jusqu'à fin 2019. Elles n'estiment pas indispensable d'apporter des modifications au document stratégique. La mise en œuvre du programme nécessite toutefois des précisions, des nuances et une hiérarchisation des priorités pour les années à venir. Par ailleurs, il y a lieu de se demander dans quelle mesure l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les épidémies (prévue probablement pour début 2016) et de ses ordonnances permet d'alléger certaines mesures (p. ex. préparation des données, coordination).

### **4. Suite au programme VIH/IST ou programme de santé sexuelle ?**

De manière générale, les participants attendent qu'un nouveau programme de mise en œuvre soit disponible à partir de 2020. Ce programme devrait renforcer ce qui a déjà été acquis jusque-là et mieux intégrer des éléments nouveaux. Les parties prenantes préconisent un programme plus facile à ajuster aux différentes situations.

Parmi elles, certaines défendent activement le principe d'intégrer la prévention et la lutte contre le VIH et les IST dans un programme de santé sexuelle pour la Suisse : des éléments importants pourraient ainsi être regroupés dans un programme global, ce qui élargirait le cadre des interventions.

D'autres participants s'opposent catégoriquement à une intégration du VIH et des autres IST dans un programme de santé sexuelle. Ils sont d'avis que le concept de santé sexuelle n'est pas suffisamment précis, que la diversité des thèmes concernés est trop importante, enfin, qu'il est difficile de dire ce qui relève de la santé sexuelle et ce qui n'en fait pas partie.

Certains craignent que l'extension vers un programme de santé sexuelle puisse entraver le financement des mesures (de prévention) dans le domaine du VIH et des autres IST.

Parmi les acteurs du PP1, 16 se prononcent en faveur d'un programme de santé sexuelle, quatre s'y opposent. Dans le PP2, les pour et les contre sont relativement équilibrés (12 contre 15).

## **Conclusions et recommandations**

### **1. Le PNVI est un instrument de qualité et peut être prolongé jusqu'en 2019.**

Le PNVI est un document stratégique de qualité. La vision, les objectifs principaux, le modèle des trois axes d'intervention et les objectifs par axe ont fait leurs preuves, sont acceptés et conservent leur validité.

### **2. La réalisation des objectifs est satisfaisante au terme de la première moitié de la mise en œuvre.**

La qualification de « satisfaisant » est principalement due aux raisons suivantes :

- La collaboration entre les acteurs est généralement bonne, mais la coordination doit être améliorée, notamment avec les cantons, au sein des associations et entre les acteurs régionaux.
- La CFSS n'a pas de vue d'ensemble de l'avancement de la mise en œuvre du programme.
- Le potentiel du monitoring et de l'évaluation n'est pas pleinement exploité.

- Un engagement plus marqué de l'OFSP est attendu sur le plan de la gouvernance et du leadership (p. ex. transparence dans la répartition des tâches, clarification des structures parallèles, association des principaux acteurs à la mise en œuvre du programme, transmission des données, évaluations et vue d'ensemble des activités déployées et des progrès réalisés).
- La LAMal entrave les diagnostics d'IST (franchise et quote-part).
- L'éducation sexuelle à l'école fait l'objet de débats controversés en Suisse alémanique.
- Il existe trop peu de mesures à l'intention des sous-groupes d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) à risque élevé et de la population migrante en général.

**3. Toute une série de recommandations et de remarques à hiérarchiser par la CFSS et à mettre en œuvre par l'OFSP et les parties prenantes ont été formulées pour la deuxième moitié de la mise en œuvre du PNVI.**

*Leadership et gouvernance*<sup>5</sup>

- a. Les parties prenantes attendent davantage de leadership et de gouvernance de la part de l'OFSP et de la CFSS, notamment en matière de coordination avec les cantons, la Conférence des directrices et directeurs de la santé (CDS), les parties prenantes importantes et l'ensemble des responsables de la mise en œuvre du programme (PP2, chap. 6, recommandation 1 / PP1, chap. 3.4).

*Considération*

- b. La considération devrait être améliorée : respect et estime envers toutes les parties prenantes, transparence dans l'utilisation des ressources, renforcement de la communication et optimisation de la mise à disposition des prestations (PP2, chap. 6, recommandation 2).

*Evidence*

- c. L'évidence scientifique doit être consolidée. Il s'agit d'exploiter davantage le potentiel disponible dans les domaines du monitoring et de l'évaluation, pour permettre des décisions fondées sur des données probantes. A cet effet, il y a lieu de préciser, en collaboration avec la CFSS, quelles sont les données pertinentes et indispensables, et qui en dispose et les prépare (PP1, chap. 3.9 / PP2, chap. 6, recommandation 3).

*Mise en œuvre et établissement des priorités*

- d. Pour atteindre l'un des principaux objectifs du programme, à savoir réduire les cas de VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, il convient de fixer des priorités et de centrer davantage les interventions sur les groupes cibles spécifiques. De nouvelles approches doivent être développées pour certains groupes cibles, p. ex. HSH présentant un risque élevé ou population migrante (PP2, chap. 6, recommandation 4).
- e. Le dépistage précoce et l'information des partenaires doivent être améliorés pour les groupes et personnes concernés (PP2, chap. 4, recommandation 4).
- f. Un plan d'action pour les années à venir est nécessaire pour les HSH, mais aussi pour d'autres groupes cibles (p. ex. migrants issus de pays à épidémie généralisée) (PP1, chap. 3.9).
- g. Le système de soins doit être accessible à toute personne vivant en Suisse (également aux sans-papiers et à la population carcérale). Le bénéfice préventif du traitement du

---

<sup>5</sup> Champs thématiques prioritaires pour le responsable du PP2.

VIH et d'autres IST doit être réalisé aussi largement que possible (PP1, chap. 3.6.2 / 3.9).

- h. Les obstacles techniques, qui entravent le diagnostic et le traitement du VIH et d'autres IST, doivent être levés (p. ex. franchise et quote-part pour les tests de VIH et d'autres IST) (PP1, chap. 3.6 / 3.9).
- i. L'éducation sexuelle est un facteur important de réussite du PNVI. Elle figure au programme des écoles de Suisse romande depuis vingt ans. Pourquoi n'est-elle que ponctuelle et tellement controversée en Suisse alémanique ? Observe-t-on des différences dans les résultats ? (PP1, chap. 3.6)
- j. Les droits sexuels doivent être officiellement reconnus en Suisse (PP1, chap. 3.6).
- k. Les parties prenantes souhaitent davantage d'assurance qualité (p. ex. sensibilisation à la reconnaissance des primo-infections [par les médecins, les hôpitaux, les centres de dépistage]) (PP1, chap. 3.9).
- l. Les acteurs reconnaissent unanimement que les rapports qu'ils ont entre eux peuvent constituer un obstacle (PP1, chap. 3.6).

#### *Prochains défis à relever*

- m. Le programme doit intégrer le diagnostic et le traitement de l'hépatite C (PP2, chap. 4, recommandation 5).
- n. Dans l'optique d'un éventuel programme national, il est impératif et urgent de définir la notion de santé sexuelle et de parvenir à un consensus (PP2, chap. 6, recommandation 5).

Les participants au PP1 ont retenu les trois priorités suivantes pour la deuxième période du PNVI 2011–2017 : a) monitoring, évaluation et assurance qualité, b) aspects financiers (exclure les tests IST de la franchise et garantir l'accès aux soins médicaux à l'ensemble de la population), c) migration (plan d'action).

#### **4. Programme de santé sexuelle ou programme VIH&IST à partir des années 2020+ ? – « Absolument » versus « certainement pas » !**

Pour l'heure, il n'est pas possible de se prononcer de manière fondée sur la question de savoir si la Suisse a besoin d'un programme de santé sexuelle ou d'une suite au programme VIH/IST à partir des années 2020. Il faut d'abord s'entendre sur le concept de « santé sexuelle », définir quels thèmes et champs d'action en font partie, qui est compétent en la matière et où placer les limites. Des réponses à ces questions doivent être apportées dans le courant de 2015, de sorte que, dès 2016, la demande de prolongation du PNVI jusqu'à fin 2019 et l'orientation du nouveau programme puissent être présentées simultanément au Conseil fédéral, pour décision. L'expérience montre que l'élaboration d'une suite au programme VIH/IST prend environ deux ans. Pour développer un programme de santé sexuelle pour la Suisse, il faut compter trois ans, en raison de la participation obligatoire des cantons (compétents pour certains sujets et champs d'action dans le domaine de la santé sexuelle).

## **Annexes**

Annexe 1 : Rapport relatif au projet partiel 1

Annexe 2 : Rapport relatif au projet partiel 2

Annexe 3 : Cahier des charges exhaustif du projet Contrôle à mi-période du PNVI 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**

<b>1</b>	<b>Hintergrund/ Fragestellung</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Methoden zum Workshop (Teilprojekt 1)</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>4</b>
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
<b>4</b>	<b>Diskussion</b>	<b>12</b>
	<b>Anhang: Liste der am Workshop anwesenden Organisationsvertreter</b>	<b>13</b>

## 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“<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup> Für Details zu Quality Action und zum Qualitätsverbesserungs-Instrument „Schiff“ siehe Link: [www.qualityaction.eu/programtool.php](http://www.qualityaction.eu/programtool.php)

zwei Gruppen gearbeitet: Die erste Gruppe beinhaltete regionale Stakeholder<sup>2</sup> mit einem städtischen oder kantonalen Aktionsradius, die zweite Gruppe beinhaltete nationale Stakeholder.<sup>3</sup> 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.

---

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 NPBS 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 Handen 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.<sup>4</sup> 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

---

<sup>4</sup> 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

<b>Regionale Stakeholder</b>		
<b>Organisation</b>	<b>Person</b>	<b>Funktion</b>
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

<b>Nationale Stakeholder</b>		
<b>Organisation</b>	<b>Person</b>	<b>Funktion</b>
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](mailto:bsomaini@publichealthpromotion.com)

# Inhaltsverzeichnis

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

# 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 Sexualkontakte. 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 kantonal 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 Parellelstrukturen 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

<b>1) Leadership und Governance stärken</b>	
<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>	
<b>Empfehlung</b>	<b>Zuständigkeiten</b>
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/Ärzeschaft/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

<b>2) Reputation verbessern</b>	
<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>	
<b>Empfehlung</b>	<b>Zuständigkeiten</b>
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

<b>3) Evidenz stärken</b>	
<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>	
<b>Empfehlung</b>	<b>Zuständigkeiten</b>
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

<b>4) Prioritäten klären und Interventionen stärker auf Ziele fokussieren</b>	
<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>	
<b>Empfehlung</b>	<b>Zuständigkeiten</b>
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
--	--

<b>5) Zukünftige Herausforderung: Konsensfindung bezüglich Sexual Health</b>	
<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>	
<b>Empfehlung</b>	<b>Zuständigkeiten</b>
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 (f)**

*Worb 15.10.2014*

## Questionnaire de contrôle du PNVI à mi-période 2014

La grille suivante présente les questions et les thèmes abordés :  
Le questionnaire est conçu de façon à pouvoir être rempli facilement, tout en permettant une évaluation des réponses.

Le questionnaire comprend des questions fermées avec une échelle d'évaluation.  
Cette dernière est toujours identique et va de 1 (gauche = faible) à 10 (droite = élevé).  
Elle peut ainsi être utilisée pour toutes les questions.

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Une remarque ou des informations complémentaires peuvent également être ajoutées pour chacune des questions.

### Questionnaire

**Date :**

Nom :

.....

## 1. Impression générale concernant le PNVI

(évaluer ici uniquement à l'aide de l'échelle – il ne s'agit que de l'impression générale)

### a) Compréhensibilité

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

### b) Mise en œuvre pratique

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

### c) Utilité / nécessité pour la Suisse

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

### d) Utilité dans votre domaine de travail

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

## 2. Quels chapitres du PNVI (montrer le document) sont pertinents / importants pour votre travail ?

(évaluer ici UNIQUEMENT à l'aide de l'échelle – il ne s'agit que de l'impression générale)

### a) Résumé (chapitre 1)

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

### b) Prévention du VIH / des IST – poursuite du travail effectué jusqu'à présent et définition de nouvelles orientations (chapitre 2)

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

### c) VIH et autres IST (prévention, diagnostic, traitement) (chapitre 3)

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**d) Système de déclaration et épidémiologie (chapitre 4)**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**e) Surveillance des comportements (chapitre 5)**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**f) Risque actuel de transmission (chapitre 6)**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**g) Nouveaux défis dans le domaine de la prévention (chapitre 7)**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**h) Ressources nécessaires (chapitre 8)**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**i) Vision du PNVI (chapitre 9)**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**j) Les quatre objectifs principaux (chapitre 10)**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**k) Les trois axes d'intervention (chapitre 11)**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**l) Bases des objectifs du PNVI (chapitre 12)**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**m) Objectifs selon l'axe d'intervention (chapitre 13)**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**n) Tâches de soutien (chapitre 14)**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**o) Annexes**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**p) Glossaire, abréviations, références**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**3. D'une manière générale, comment jugez-vous la qualité de la mise en œuvre du PNVI jusqu'ici ?**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**Au cours d'une première phase, l'OFSP a mis l'accent sur la mise en œuvre des trois aspects suivants :**

- ⇒ prévention au sein de la population générale
- ⇒ prévention auprès des personnes présentant un risque accru d'exposition
- ⇒ diagnostic / traitement, conseil des personnes infectées et de leur(s) partenaire(s)

**4. D'une manière générale, comment jugez-vous la qualité de la mise en œuvre dans le domaine de la prévention au sein de la population générale (champ A) ?**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**5. D'une manière générale, comment jugez-vous la qualité de la mise en œuvre dans le domaine de la prévention auprès des personnes présentant un risque accru d'exposition (champ B) ?**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**6. D'une manière générale, comment jugez-vous la qualité de la mise en œuvre dans le domaine « diagnostic / traitement, conseil des personnes infectées et de leur(s) partenaire(s) » (champ C) ?**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**7. Avez-vous des remarques complémentaires spécifiques à faire sur les autres domaines de la matrice d'intervention ?**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**8. D'une manière générale, dans quelle mesure, selon vous, les objectifs du PNVI ont-ils été atteints à ce jour ?**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**9. Selon vous, dans quelle mesure les objectifs ont-ils été atteints à ce jour dans le domaine de la prévention au sein de la population générale ?**

⇒ *La population est informée sur le VIH et les autres IST.*

⇒ *L'accès aux services de vaccination ainsi qu'aux moyens de prévention est garanti pour tous.*

**A) En général**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**B) Comment jugez-vous la mise en œuvre des mesures fondamentales ?**

**B1) Protéger** (ce qui peut être protégé simplement et efficacement)

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**B2) Vacciner** (lorsqu'il existe des vaccins et que ceux-ci sont recommandés)

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**B3) Dépister précocement**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**B4) Apporter un traitement rapide et approprié**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**C) Comment jugez-vous la procédure actuelle ?**

**C1) Sensibilisation via la campagne LOVE LIFE**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**C2) Soutenir les centres de conseil**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

### **C3) Informer le corps médical**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

#### **A) Que pensez-vous de l'orientation en matière d'éducation sexuelle ?**

*Des efforts seront entrepris en collaboration avec les cantons, afin d'introduire une éducation sexuelle adaptée aux degrés scolaires. Cette dernière est intégrée d'entente avec ces derniers dans les plans d'études des écoles obligatoires et postobligatoires, dans le cadre de la promotion de la santé.*

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

#### **10. Selon vous, dans quelle mesure les objectifs fixés sont-ils atteints à ce jour dans le domaine de la prévention auprès des personnes présentant un risque accru d'exposition (champ B) ?**

⇒ *Des programmes spécifiques destinés à l'information et à la prévention structurelle dans les différents groupes cibles réduisent le risque d'infection.*

⇒ *La Confédération et les cantons jugent prioritaire la prévention spécifique aux groupes cibles de l'axe d'intervention 2.*

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Selon vous, dans quelle mesure les objectifs fixés sont-ils atteints dans les groupes cibles suivants (poser la question et demander à la personne d'évaluer la réalisation des objectifs pour chaque groupe cible) ?

***Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)***

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

***Migrant(e)s de pays où l'épidémie est généralisée***

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

***Travailleuses et travailleurs du sexe***

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

***Consommatrices et consommateurs de drogue par voie intraveineuse (IDU)***

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

***Personnes incarcérées***

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Expliquez brièvement les domaines, dans lesquels trop, suffisamment ou trop peu a été accompli (pour chaque groupe cible) ?

Explications / remarques :

**11. Selon vous, dans quelle mesure les objectifs fixés sont-ils atteints à ce jour dans le domaine « diagnostic / traitement, conseil des personnes infectées et de leur(s) partenaire(s) » (champ C) ?**

⇒ *Les personnes infectées sont traitées à temps, de manière appropriée et complète, leur(s) partenaire(s) étant, le cas échéant, inclus dans le traitement.*

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Selon vous, dans quelle mesure les objectifs fixés sont-ils atteints dans les groupes cibles suivants (poser la question et demander à la personne d'évaluer la réalisation des objectifs pour chaque groupe cible) ?

*Les personnes souffrant d'une IST curable sont traitées et guéries dès que possible.*

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

➤ *Les partenaires des personnes souffrant d'une IST sont traité(e)s rapidement après une réelle exposition au risque ou en présence d'un résultat de test positif (dans la mesure du possible, en même temps que la personne infectée).*

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

*On recommande aux personnes avec un diagnostic de VIH ou d'IST de procéder à d'autres tests conformément au programme de dépistage et en fonction de leur exposition individuelle au risque.*

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

*Les patient(e)s séropositif/ves au VIH bénéficient d'un conseil professionnel et, au besoin, d'un accompagnement visant à préserver une qualité de vie aussi grande que possible.*

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**12. L'importance relative des trois axes d'intervention vous semble elle appropriée ?**

**12a) Planification ?**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**12b) Mise en œuvre ?**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**13. Avez-vous des remarques complémentaires spécifiques à faire concernant le degré de réalisation des objectifs dans les autres domaines de la matrice d'intervention ?**

Montrer la matrice (représentation graphique) et noter les éventuelles remarques dans le champ de texte.

Complément :	Oui		Non	
--------------	-----	--	-----	--

Explications / remarques :

## 14. Tâches de soutien

*Selon vous, quelle est l'importance des tâches de soutien énumérées ?*

*L'engagement contre la discrimination : une mission transversale importante du programme*

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

*Gouvernance (ex. : coordination de la prévention pour le VIH et les IST)*

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

*Produire des données scientifiques*

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

*Comblar les lacunes de la recherche*

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

## Quelques questions générales supplémentaires sur le programme

**15. D'une manière générale, comment jugez-vous la fiabilité et l'utilité des données disponibles relatives à la mise en œuvre et à l'efficacité du programme ?**

<b>1 (faible)</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10 (élevé)</b>

Explications / remarques :

**16. Serait-il souhaitable d'impliquer davantage, moins ou dans la même mesure les représentants des groupes cibles ci-après ?**

**Population**

<b>Davantage</b>		<b>Dans la même mesure</b>		<b>Moins</b>	
------------------	--	----------------------------	--	--------------	--

**Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)**

<b>Davantage</b>		<b>Dans la même mesure</b>		<b>Moins</b>	
------------------	--	----------------------------	--	--------------	--

**Migrant(e)s de pays où l'épidémie est généralisée**

<b>Davantage</b>		<b>Dans la même mesure</b>		<b>Moins</b>	
------------------	--	----------------------------	--	--------------	--

**Travailleuses et travailleurs du sexe**

<b>Davantage</b>		<b>Dans la même mesure</b>		<b>Moins</b>	
------------------	--	----------------------------	--	--------------	--

**Consommatrices et consommateurs de drogue par voie intraveineuse (IDU)**

<b>Davantage</b>		<b>Dans la même mesure</b>		<b>Moins</b>	
------------------	--	----------------------------	--	--------------	--

## Personnes incarcérées

Davantage		Dans la même mesure		Moins	
-----------	--	---------------------	--	-------	--

Explications / remarques :

### 17. Dans quelle mesure existe-t-il une coordination ou une collaboration entre les parties prenantes, en particulier lorsqu'elles travaillent avec le même groupe cible ?

*On entend ici par « parties prenantes » les organisations, qui doivent contribuer de manière essentielle à l'atteinte des objectifs (OFSP, cantons, ONG, par exemple).*

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

### 18. A-t-on rassemblé les bonnes parties prenantes, pour pouvoir mettre en œuvre ce PNVI avec efficacité ?

Oui		Non	
-----	--	-----	--

Si non, quels seraient les changements nécessaires ?

Explications / remarques :

**19. Les ressources nécessaires à l'amélioration et à l'évaluation de la qualité de la prévention sont-elles disponibles ?**

	Oui			Non																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Ressources</th> <th colspan="3" style="width: 33%;">Evaluation de la qualité ?</th> <th colspan="3" style="width: 33%;">Amélioration de la qualité ?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ressources financières</td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Non</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Non</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ressources humaines</td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Non</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Non</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ressources techniques</td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Non</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Non</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Explications / remarques :</p>							Ressources	Evaluation de la qualité ?			Amélioration de la qualité ?			Ressources financières	Oui		Non		Oui		Non		Ressources humaines	Oui		Non		Oui		Non		Ressources techniques	Oui		Non		Oui		Non	
Ressources	Evaluation de la qualité ?			Amélioration de la qualité ?																																				
Ressources financières	Oui		Non		Oui		Non																																	
Ressources humaines	Oui		Non		Oui		Non																																	
Ressources techniques	Oui		Non		Oui		Non																																	

Les deux questions suivantes visent à obtenir des indications sur les conditions au sein de la société, qui compliquent ou facilitent le travail de prévention.

**20. Le travail de prévention peut être compliqué par des réglementations légales existantes, des obstacles politiques, des barrières linguistiques, etc. Selon vous, dans quelle mesure les aspects suivants constituent-ils des obstacles ?**

**Légaux (juridiques)**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**Evolution de la politique**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**Conditions politiques générales**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

### Sociaux / culturels

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

### Linguistiques

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

### Religion

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**21. Le travail de prévention peut être facilité par des réglementations, des conditions cadres politiques, des aspects socio-culturels, etc. Selon vous, dans quelle mesure les facteurs suivants favorisent-ils le travail de prévention ?**

### Légaux (juridiques)

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

### Evolution de la politique

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

### Conditions politiques générales

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

### Sociaux / culturels

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

### Linguistiques

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

### Religion

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**22. Dispose-t-on de mécanismes permettant d'utiliser activement des données pertinentes issues des différentes enquêtes (suivi et évaluation, recherche) en vue d'améliorer les projets / programmes ?**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**23. Dans quelle mesure les activités menées à ce jour sont-elles axées sur les objectifs du programme ?**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

Explications / remarques :

**24. Quelle serait pour vous la principale priorité, pour améliorer la qualité du programme ?**

Explications / remarques :

**25. Si vous réfléchissez une nouvelle fois à toutes les réponses que vous avez données : selon vous, quel serait l'objectif supérieur de l'ensemble du programme ?**

Explications / remarques :

**26. Deux questions critiques concernant la situation actuelle :**

**a) Selon vous, quel sera le premier groupe en Suisse à compter au cours des prochains mois 100 nouvelles infections par le VIH ? (Veuillez citer un groupe particulier.)**

Groupe cible concerné :

Explications / remarques :

**b) Comment pourrait-on prévenir ces nouvelles infections au sein de ce groupe dans le cadre du programme ?**

Explications / remarques :

**27. Selon vous, quelle sera la « durée de vie » du PNVI ?**

Le PNVI est établi jusqu'en 2017.

**Jusqu'à quand ce programme pourrait-il durer dans sa forme actuelle (2011-2017) sans problèmes majeurs ?**

Indiquer l'année :

Explications / remarques :

## 28. Le PNVI devrait-il être prolongé ?

Le PNVI actuel devrait-il être prolongé ?

Oui		Non	
-----	--	-----	--

Si oui, pendant combien d'années ?

Nombre d'années :	
-------------------	--

Si oui, devrait-on absolument corriger ou réorienter quelque chose rapidement ?

Adaptations nécessaires :

Pourriez-vous envisager que le PNVI soit prolongé de quatre ans et qu'un programme complémentaire soit élaboré pendant cette période ?

Oui		Non	
-----	--	-----	--

Si oui, qui devrait accomplir ce travail ?

Explications / remarques :

**29. Selon vous, dans quelle mesure est-il nécessaire d'intégrer un programme subséquent pour le VIH et les autres IST dans un programme de promotion de la santé sexuelle pour la Suisse ?**

**Pertinence de l'intégration du VIH et des autres IST dans un programme de promotion de la santé sexuelle pour la Suisse ?**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**Tout programme subséquent devrait uniquement se limiter aux VIH / IST.**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**Tout programme subséquent devrait être principalement dédié aux VIH / IST, mais intégrer aussi la promotion de la santé sexuelle.**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**Tout programme subséquent devrait être basé sur la promotion de la santé sexuelle et intégrer dans ce cadre les VIH / IST.**

1 (faible)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (élevé)

**Tout programme subséquent devrait (proposition personnelle) ...**

Proposition :

Explications / remarques :

**30. Pour conclure, souhaitez-vous ajouter quelque chose que vous jugez important pour le programme ?**

Oui		Non	
-----	--	-----	--

Explication :



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

<b>1</b>	<b>Ausgangslage.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Das NPHS 2011–2017.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Angaben zum Midterm-Check</b>	<b>4</b>
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
<b>4</b>	<b>Valorisierung der Resultate.....</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>Unterlagen.....</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>Kontaktperson.....</b>	<b>8</b>

## 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.<sup>1</sup>

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 Stakeholdern<sup>2</sup> 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 zusammen<sup>3</sup>.

Das NPHS 2011–2017 hat vier Oberziele:

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

<sup>1</sup> [http://www.bag.admin.ch/hiv\\_aids/05464/05465/12491/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/12491/index.html?lang=de)

<sup>2</sup> Bund, Kantone, Non-Profit-Organisationen, Profit-Organisationen, Forschungsinstitutionen und internationale Organisationen (Aufzählung siehe NPHS 2012: 127)

<sup>3</sup> [http://www.bag.admin.ch/hiv\\_aids/index.html?lang=de](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 Action<sup>4</sup> (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.

<sup>4</sup> <http://www.qualityaction.eu/>

### 3.5. Erwartete Produkte

Es werden zwei Hauptprodukte erwartet:

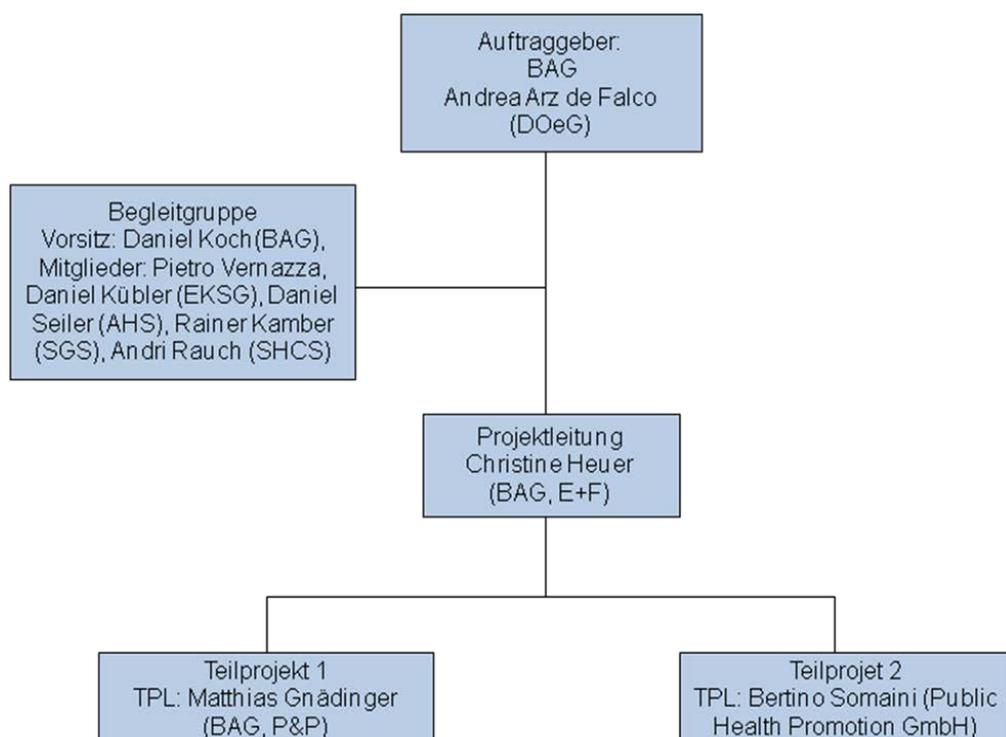
- Bis Ende November 2014 liegt ein konsolidierter Schlussbericht zur Qualität und dem Stand der bisherigen Umsetzung sowie zum aktuellen Zielerreichungsgrad des NPHS 2011–2017 vor.
- Eine zwischen BAG, EKSG und den Stakeholdern konsolidierte Empfehlung liegt vor, ob das NPHS verlängert werden soll. Eine 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](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](mailto:christine.heuer@bag.admin.ch), Tel-Nr.: 031 322 63 55

Erreichbarkeit: Mo – Do