



Syntagma GmbH

Politikanalyse, Evaluation & Beratung

Sexuelle Gesundheit im Kanton Zürich

Entwicklung der Prävention von HIV/Aids, STI und Hepatitis-Infektionen

Expertise zuhanden von
Bundesamt für Gesundheit
Kantonsärztlicher Dienst des Kantons Zürich
Stadtärztlicher Dienst der Stadt Zürich

Überarbeitete Version unter Einbezug der Rückmeldungen

Rolf Rosenbrock, Céline Widmer & Daniel Kübler

26. Januar 2012

Inhaltsübersicht

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE	I
1 Auftrag, Ziel und Vorgehen.....	1
2 Stadt und Kanton Zürich: Eckdaten	2
3 Epidemiologische Situation Kanton Zürich	6
4 Das Interventionsmodell: Das Nationale Programm HIV und sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011 – 2017	19
5 Alte und neue Herausforderungen der Prävention von Infektionen mit HIV, STI und Hepatitiden.....	23
6 Akteure und Aktionen in der HIV/Aids- und STI-Prävention Stadt und Kanton Zürich.....	28
7 Entwicklungsziele zur Begegnung der Herausforderungen im Rahmen des Interventionsmodells	56
8 Verfahrensvorschlag: Prozesse der partizipativen Organisationsentwicklung in den fünf Interventionsbereichen und in der Steuerung/Governance	69
9 Literatur	72
10 Anhang: Interviewte Personen	75

Detailliertes Inhaltsverzeichnis

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE	I
Ausgangslage	I
Auftrag und Vorgehen.....	I
Epidemiologische Ausgangslage	I
Risikoverhalten	II
Empfehlungen zur Verbesserung der Prävention.....	II
Interventionsachse 1: Gesamtbevölkerung	II
Interventionsachse 2: Zielgruppen mit erhöhtem Expositionsrisiko	III
Interventionsachse 3 (Krankenversorgung)	V
Empfehlungen zur Steuerung (Governance).....	V
Vorgehen zur Umsetzung der Empfehlungen	VI
1 Auftrag, Ziel und Vorgehen.....	1
2 Stadt und Kanton Zürich: Eckdaten	2
<i>Exkurs: Strassenprostitution am Zürcher Sihlquai: Diskussion und Massnahmen</i>	<i>4</i>
3 Epidemiologische Situation Kanton Zürich	6
3.1 Einleitung	6
3.2 HIV.....	6
3.3 Chlamydien	10
3.4 Gonorrhoe	11
3.5 Syphilis.....	12
3.6 Hepatitis B	14
3.7 Hepatitis C.....	14
3.8 Verhaltensepidemiologie	15
3.9 Fazit.....	17
4 Das Interventionsmodell: Das Nationale Programm HIV und sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011 – 2017	19
5 Alte und neue Herausforderungen der Prävention von Infektionen mit HIV, STI und Hepatitiden.....	23
5.1 Interventionsachse 1	23
5.2 Interventionsachse 2	23
Ansatz	23
Zielgruppen.....	26
5.3 Interventionsachse 3	27
6 Akteure und Aktionen in der HIV/Aids- und STI-Prävention Stadt und Kanton Zürich.....	28
6.1 Einleitung	28
6.2 Kantonale Akteure.....	28
Gesundheitsdirektion: Kantonsärztlicher Dienst, Fachstelle für Aids- und Suchtfragen	28
Bildungsdirektion: Volksschulamt, Schulärztlicher Dienst	29
Bildungsdirektion: Mittelschul- und Berufsbildungsamt	31
Universitätsspital Zürich, Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene.....	31
Kantonsspital Winterthur, Medizinische Poliklinik	31
Kommission für Aidsfragen des Kantons Zürich.....	31

6.3 Städtische Akteure	32
Gesundheits- und Umweltdepartement: Stadtärztlicher Dienst, Bereich „Public Health“	32
Gesundheits- und Umweltdepartement: Städtische Gesundheitsdienste, Gynäkologische Sprechstunde im Ambulatorium Kanonengasse	33
<i>Exkurs: Versorgung Unversicherter in der Schweiz</i>	35
Gesundheits- und Umweltdepartement: Dermatologisches Ambulatorium des Stadtspitals Triemli	35
Schul- und Sportdepartement: Schulgesundheitsdienste Stadt Zürich, schulärztlicher Dienst	36
Sozialdepartement Stadt Zürich: Frauenberatung Flora Dora.....	37
6.4 Öffentlich-private Akteure	38
Fachstelle für Sexualpädagogik „Lust und Frust“	38
6.5 Nicht-staatliche Akteure	39
Zürcher Aids-Hilfe – Fachstelle für sexuelle Gesundheit (ZAH)	39
Fachstelle „liebesexundsoweiter – aids-info und sexualpädagogik“ Winterthur	46
Zürcher Stadtmission: Isla Victoria	48
Meditrina: HIV-Testangebot für Sans-Papiers.....	50
Homosexuelle Arbeitsgruppe Zürich (HAZ)	50
6.6 Fazit	52
Interventionsachse 1	53
Interventionsachse 2	53
Interventionsachse 3	55
7 Entwicklungsziele zur Begegnung der Herausforderungen im Rahmen des Interventionsmodells	56
7.1 Interventionsachse 1	56
7.2 Interventionsachse 2	59
MSM und MSW	59
Migrantinnen und Migranten	61
FSW	63
7.3 Interventionsachse 3	65
7.4 Steuerung/Governance	65
Verbesserung der politischen Steuerung durch <i>evidence-based policy-making</i>	66
Rolle der Kantonalen Kommission für Aidsfragen.....	67
8 Verfahrensvorschlag: Prozesse der partizipativen Organisationsentwicklung in den fünf Interventionsbereichen und in der Steuerung/Governance	69
9 Literatur	72
10 Anhang: Interviewte Personen	75

Abkürzungsverzeichnis

AHS: Aids-Hilfe Schweiz

APiS: Aidsprävention im Sexgewerbe

ART: Antiretrovirale Therapie

ARUD: Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen

BAG: Bundesamt für Gesundheit

BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

CBPHR: Community based participatory health research

EKAF: Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen

FIZ: Fachstelle Frauenhandel und Frauenmigration

FSW: Female Sex Work

HAZ: Homosexuelle Arbeitsgruppe Zürich

HCV: Hepatitis C Virus

HIV: Human immunodeficiency virus

IDU: Drogen injizierende Personen

ISPM: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

KSW: Kantonsspital Winterthur

MBA: Mittelschul- und Berufsbildungsamt

MSM: Männer, die Sex mit Männern haben

MSO: Migrantenselbstorganisationen

MSW: Male Sex Work

NGO: Non-Governmental Organization

NPHS: Nationalen Programm HIV und andere sexuelle übertragbare Infektionen 2011-1017

PaKoMi: Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten

PEP: Post-Expositionsprophylaxe

SGB: Schweizerische Gesundheitsbefragung

SHCS: Schweizerische HIV-Kohortenstudie

SPAZ: Sans-Papiers Anlaufstelle Zürich

SRK: Schweizerisches Rotes Kreuz

USZ: Universitätsspital Zürich

VCT: Voluntary counselling and testing

ZAH: Zürcher Aids-Hilfe

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Ausgangslage

Im Jahre 2010 verabschiedete der Bund das neue „Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011- 2017“ (NPHS). Damit soll die erfolgreiche Präventionsarbeit fortgeführt und weiterentwickelt werden. Gleichzeitig wird diese auf eine breitere Basis gestellt, indem nebst HIV auch andere sexuell übertragbare Krankheiten (STI) ins Programm integriert werden. Gemäss Kompetenzordnung der Epidemienbekämpfung legt der Bund die Strategie sowie die Massnahmen fest und koordiniert den Vollzug durch die Kantone. Konkrete Präventionsaktivitäten werden durch ein verzweigtes und dezentrales System von Partnerschaften zwischen öffentlichen Körperschaften und nichtstaatlichen Organisationen realisiert. Dieses System hat sich in der Vergangenheit bewährt. Angesichts der sich ändernden epidemiologischen Dynamiken, aber auch angesichts der Verabschiedung des NPHS ist es von Interesse, ob dieses System den Herausforderungen nach wie vor gewachsen ist und ob Verbesserungs- bzw. Optimierungspotenzial besteht.

Auftrag und Vorgehen

Im Mai 2011 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG), zusammen mit den Zürcher Kantons- bzw. Stadtärztlichen Diensten an Prof. Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin) sowie Prof. Daniel Kübler (Universität Zürich, Vizepräsident der Eidg. Kommission für Sexuelle Gesundheit) den Auftrag erteilt, eine unabhängige Expertise zu erstellen. Die Expertise soll Empfehlungen formulieren, wie die Prävention von HIV und STI in Stadt und Kanton Zürich, sowie die Schnittstellen zu anderen Versorgungssystemen weiter entwickelt und verbessert werden können.¹

Die Expertise stützt sich auf die Analyse von Dokumenten, Sekundäranalysen sowie auf 19 Interviews mit Personen, die mit der Prävention von HIV und STIs befasst sind. Bei Analyse und Berichterstattung wurden die beiden Experten von lic. phil. Céline Widmer, Consultant bei Syntagma GmbH für Politikanalyse, Evaluation und Beratung (Horgen) unterstützt.

Epidemiologische Ausgangslage

Zürich ist neben Genf der am stärksten von der HIV-Epidemie betroffene Kanton. Rund ein Drittel aller Neudiagnosen in der Schweiz stammen aus dem Kanton Zürich. Auch im Kanton Zürich sind Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) am stärksten von HIV betroffen: rund 70 Prozent der Neudiagnosen betreffen Ansteckungen durch ungeschützten Sex zwischen Männern. Dieser Anteil hat in den letzten Jahren zugenommen.

Auch bei den anderen STIs (Chlamydien, Gonorrhoe, Syphilis, Hepatitis B und C) liegt die bevölkerungsgewichtete Anzahl Neudiagnosen im Kanton Zürich über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Wie alle vergleichbaren europäischen Metropolen ist Zürich somit mit einer anhaltend hohen, aber auch nicht als dramatisch zu bezeichnenden Inzidenz von HIV- und STI-

¹ Gemäss Auftrag wurden die Zielgruppen der intravenös Drogenkonsumierenden und der Gefängnisinsassen in der Expertise ausgeklammert.

Diagnosen konfrontiert, mit einem deutlichen Schwerpunkt in der Gruppe der MSM. In dieser Gruppe ist sowohl der Trend (Zunahme), als auch die Höhe der Anzahl Neudiagnosen beunruhigend. Für die Schwulenszene hat die Stadt Zürich grosse Bedeutung und spielt deshalb eine Zentrumsrolle für die umliegenden Kantone und das angrenzende Ausland. Die Prävention von HIV und STIs bei MSM in der Stadt Zürich ist somit nicht nur für Zürich selbst relevant, sondern für die gesamte Deutschschweiz.

Risikoverhalten

Zurzeit gibt es keine auf den Kanton Zürich bezogenen Daten zum Risikoverhalten. Die Einschätzungen stützen sich deshalb auf gesamtschweizerische Analysen.

In der Gesamtbevölkerung ist der Gebrauch von Präservativen bei gelegentlichen Sexualkontakten nach wie vor als hoch zu bezeichnen. Lediglich in der Altersgruppe der 46- bis 74-Jährigen wurde ein Rückgang des Präservativgebrauchs in Risikosituationen beobachtet.

Bei den MSM haben die Verhaltensrisiken seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahre zugenommen. Zwar schützen sich die meisten MSM weiterhin wirksam gegen HIV. Aber der Präservativgebrauch bei Sexualkontakten mit Gelegenheitspartnern hat deutlich nachgelassen.

Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern sind einem höheren Ansteckungsrisiko ausgesetzt. Nicht nur ist die Prävalenz in dieser Gruppe hoch. Im Vergleich mit dem Bevölkerungsdurchschnitt haben sie zudem auch mehr neue Sexpartnerinnen und -partner und schützen sich zu Beginn einer neuen Beziehung weniger oft.

Keine genauen Angaben lassen sich für Sexarbeiterinnen (FSW) machen. Gemäss eigenen Angaben schützen sich die meisten. Auf dem Strassenstrich oder bei transsexuellen Prostituierten ist das Schutzverhalten aber weniger konsequent. Problematisch scheint hier im Speziellen der ungenügende Wissensstand über STI, sowohl bei den Sexarbeiterinnen als auch bei den Freiern.

Empfehlungen zur Verbesserung der Prävention

Das NPHS 2011-2017 ist allen befragten Akteuren im Kanton Zürich bekannt und wird von ihnen als verbindliches Referenzdokument betrachtet. Alle befragten Akteure teilen den zu Grunde liegenden theoretischen Ansatz mit den drei Interventionsachsen (Gesamtbevölkerung, Zielgruppen mit erhöhtem Expositionsrisiko, Menschen mit HIV und/oder STI und deren Sexualpartnerinnen und -partner).

Die unterschiedlichen Aufgaben in der HIV/STI-Prävention werden heute im Kanton Zürich von insgesamt sechzehn Institutionen und Organisationen wahrgenommen: fünf kantonale und fünf kommunale Ämter bzw. Dienststellen, fünf NGOs, einem Public-Private-Partnership, sowie der Kantonalen Kommission für Aidsfragen. Sämtliche Akteure arbeiten professionell, mit qualifiziertem Personal und – zum Teil trotz widriger Rahmenbedingungen – motiviert und ergebnisorientiert.

Interventionsachse 1: Gesamtbevölkerung

Die „Love Life“ Kampagnen des BAG werden von allen befragten Akteuren - im Sinne eines notwendigen „Grundrauschens“ - als sinnvoll erachtet. Für den Kanton Zürich liegt der Schwerpunkt bei dieser Interventionsachse richtigerweise auf dem öffentlichen Bil-

dungswesen als - neben der Familie - wichtigstem Ort zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz (*health literacy*) in der Kindheit und der frühen Jugend.

Sämtliche Akteure orientieren sich an zeitgemässen Konzepten der Sexualaufklärung. Arbeiten zur Curriculums-Entwicklung für die Schulen und die Lehrerbildung sind im Gange. Im Rahmen des schweizweiten Projekts „Lehrplan 21“ ergeben sich Chancen, das Fundament zu legen für eine nachhaltige Bildung zur sexuellen Gesundheit, die mehr ist als lediglich die Abwesenheit von sexuell übertragbaren Krankheiten. Diese Chance muss genutzt werden. Gegebenenfalls kann der Kanton Zürich aber dieses Vorhaben zunächst auch alleine in Angriff nehmen.

Der Beginn der *sexual health* Bildung schon im Kindergarten wird oft missverstanden: Bei diesen Bemühungen geht es nicht um sexuelle Themen, sondern um einen freundlichen, selbst-achtsamen Umgang mit den eigenen physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen, um die Grenzen, die dabei durch das Zusammenleben mit anderen Menschen gesetzt sind, um Toleranz, Respekt und Solidarität, um ein realitätsgerechtes Verhältnis von Vertrauen und Misstrauen, um Impulskontrolle und Frustrationstoleranz.

Auf der Umsetzungsebene der einzelnen Schulen gibt es im Kanton Zürich keine Steuerung und keine spezifische Qualitätssicherung für die Sexualkunde. Angesichts der langfristigen Bedeutung der Bildung und des Schulsystems für *sexual health* als Teil der Gesundheitsförderung besteht hier grosser Handlungsbedarf.

Interventionsachse 2: Zielgruppen mit erhöhtem Expositionsrisiko

Angesichts der medizinischen Interferenzen zwischen den HIV- und STI-Epidemien sowie ihrer Konzentration auf die bekannten Transmissionswege und Zielgruppen ist es zwingend, die Prävention auch bei dieser Interventionsachse in integrierter Weise zu betreiben. Dies bedeutet unter anderem, die Präventionsbotschaften nicht auf *safer sex* zu beschränken, sondern auch die Inanspruchnahme medizinischer Tests und Untersuchungen auf andere STI sowie die Impfung gegen Hepatitis A und B einzubeziehen.

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

Die HIV-Prävention wurde initial in Selbsthilfe aus der *community* heraus von schwulen Männern organisiert, die zu diesem Zwecke in Zürich die ZAH mit eindeutig schwulem Profil gründeten, die alsbald von staatlichen Stellen finanziell gefördert wurde. Mit der Ausdifferenzierung der Leistungen ging dieses ursprüngliche Profil verloren.

Heute weisen MSM im Kanton Zürich schweizweit die höchste Rate an HIV-Neudiagnosen auf. Die Präventionsarbeit bei dieser Zielgruppe muss deshalb intensiviert werden. Ein wichtiger erster Schritt in diese Richtung war die Etablierung von *Checkpoint*; einer Struktur, die für Gesundheitsprobleme von MSM zuständig und gut in der *community* verankert ist. Checkpoint agiert professionell und szenennah, auf Basis guter Informationen über die Bedürfnisse in den Teil-Zielgruppen. Die Nachfrage wächst kontinuierlich. Die Verbindungen zum Krankenversorgungssystem (Interventionsachse 3) sind gut und produktiv. Die Zuordnung der Präventionsaktivitäten für MSM zu Checkpoint ist folgerichtig.

Die Wissensbasis für Strategien und Aktivitäten von Checkpoint könnte durch eine kantonale bzw. Zürich-spezifische Aufbereitung verhaltensepidemiologischer Daten verbessert werden. Defizite bestehen zudem in der aufsuchenden Präventionsarbeit („sozialräumliche Prävention“). Dafür könnten auch – über den bereits erreichten, beachtlichen Stand hinaus – *volunteers* gewonnen werden, die den Bezug zur *community* noch weiter verstärken könnten.

Die Organisationsform von Checkpoint ist zu überdenken. Checkpoint hat bislang keine feste Institutionalisierung, sondern firmiert als ZAH-Projekt mit einer speziellen, jährlichen Förderung durch das BAG. Die befragten Akteure planen, Checkpoint nicht nur für HIV und Aids, sondern für das gesamte Spektrum von MSM-spezifischen Gesundheitsproblemen Leistungen auszubauen und zu bewerben. Eine dauerhafte Perspektive als Institution ist für die Planungssicherheit wichtig.

Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern

Für die Prävention in dieser kulturell und sozio-ökonomisch keineswegs einheitlichen Zielgruppe erbringen ZAH (MediatHIV/Afrimedia, Test-In), das Schweizerische Rote Kreuz (Meditrina) sowie der Stadtärztliche Dienst (medizinische Einzelfallhilfe) Leistungen. Eine differenzierte Übersicht über die Zielgruppe/n, ihre unterschiedliche Nähe zum HIV/STI-Risiko und ihre relevanten Binnenstrukturen hat keiner der Akteure. Über den Grad der Erreichung der Zielgruppen oder von spezifischen Zielen liegen keine Informationen vor. Qualitätsentwicklung und -sicherung spielen offenbar eine untergeordnete Rolle.

Das Risiko einer Infektion mit HIV oder einer anderen STI ist im Leben dieser Migrantinnen und Migranten nicht das grösste Problem. Fragen rund um Aufenthaltsstatus, Arbeitsstelle, Ausbildung, Sprache, Diskriminierung spielen in der Regel eine grössere Rolle. Zudem sind im Hinblick auf HIV oftmals Tabuschränken und Binnendiskriminierungen zu finden. Das Thema HIV/STI kann in dieser Zielgruppe erfolgreich nur im Rahmen der anderen sozialen und gesundheitlichen Probleme der jeweiligen *community* und nicht „von aussen“ angegangen werden. Der Unterstützung von Migranten-Selbstorganisationen (MSO) und die Einbringung von Gesundheitsthemen durch geschulte Mediatoren aus der jeweiligen *community* erscheinen deshalb zielführend, werden aber offenbar noch nicht konsequent umgesetzt. Der nächste Schritt für Zürich könnte aus einer Bestandsaufnahme der Zugänge und der Qualität der Arbeit mit dem Ziel der Entwicklung einer abgestimmten, epidemiologisch, kulturell und methodisch begründeten Strategie bestehen.

Sexarbeiterinnen (FSW) und Freier

Im Grossraum Zürich arbeiten nach Expertenschätzungen ca. 3'000 bis 5'000 FSW. Die Prävalenz von HIV erscheint gering, die von anderen STI höher. Überwiegend handelt es sich um Ausländerinnen. Die Fluktuation ist gross. Zum Teil werden auf Zwang und Gewalt beruhende Strukturen im Hintergrund vermutet (Zuhälter, Menschenhandel).

Die Angebote von Flora Dora, Isla Victoria und im Ambulatorium Kanonengasse, einschliesslich der Verbindungen zur Krankenversorgung und zum Betreuungssystem für IDU sind im Grundsatz richtig platziert. Allerdings wurden zwei Defizite identifiziert: Zum einen sind die Arbeitsteilung und die Kooperation zwischen diesen Akteuren nicht sehr klar. Und zum anderen beziehen sich die Angebote (abgesehen von Kommstrukturen) überwiegend auf den Strassenstrich, auf dem der weitaus geringere Teil der FSW arbeitet. Im Hinblick auf stationär (in Clubs, Bordellen etc.) betriebene Prostitution besteht keine vergleichbar organisierte Betreuung. An der Behebung dieses Defizits sollte gearbeitet werden.

Die Szene der FSW in Zürich kennt offenbar keine Formen von Selbsthilfe-Organisationen. Diese sind – wie im Bereich der Gesundheitssicherung für Migrantinnen und Migranten – wertvolle Instrumente der physischen und psychosozialen Gesundheitssicherung. Ihr Aufbau sollte unterstützt werden, wo immer sich derartige Ansätze zeigen.

Mit der Prostitutionsgewerbeverordnung wurde 2011 in der Stadt Zürich eine neue rechtliche Lage geschaffen. Dadurch werden sich absehbar Szenen der nicht legalisierten Prosti-

tution bilden, mit entsprechend hoher Vulnerabilität der FSW. Zudem gilt die Verordnung nur auf Zürcher Stadtgebiet, wodurch sich Treffpunkte und Etablissements ins Umland verlagern werden. Bis auf die Bereitstellung von Betreuungsmöglichkeiten auf dem neuen Strassenstrich an der Aargauerstrasse sind die beteiligten Akteure in Zürich auf diesen Wandel weder materiell noch konzeptionell vorbereitet. Wenn sich die – von nahezu allen Expertinnen und Experten als für ihre Arbeit kontraproduktiv angesehene – Rechtslage nicht mehr ändern lässt, sollte diese Aufgabe alsbald in Angriff genommen werden. Die flächendeckende Aufsuchung der FSW in den Salons, Cabarets und Clubs ausserhalb der Stadt Zürich sollte gewährleistet werden. Es braucht freiwillige, unbürokratische und anonyme Möglichkeiten für Test und Untersuchungen für FSW auf dem Kantonsgebiet, auch ausserhalb der Städte Zürich und Winterthur.

Interventionsachse 3 (Krankenversorgung)

Angesichts der primärpräventiven Wirkungen einer wirksam eingesetzten ART bei HIV und der verfügbaren Therapien bei STI sind rechtzeitige Diagnose und Therapieadhärenz auch präventionspolitisch wichtige Ziele.

Im Kanton Zürich scheinen die Beziehungen und Verweiswege zwischen den Akteuren der zielgruppenspezifischen Prävention (Interventionsachse 2) und dem System der Krankenversorgung (Interventionsachse 3) gut und vertrauensvoll geregelt. Besonders HIV-Infektionen werden heute stärker als früher schon im Frühstadium entdeckt und einer adäquaten Behandlung zugeführt.

Die psychosoziale Versorgung von Menschen mit HIV/STI sowie ihrer Partnerinnen und Partner werden für den Bereich der MSM zunehmend von Checkpoint (mit guten Anschlussmöglichkeiten an die allgemeinmedizinische und Spital-Versorgung) wahrgenommen.

Ein ungelöstes Problem bildet die Finanzierung von Behandlungen (insbesondere ART), zum Teil auch von Impfungen gegen Hepatitis A und B, für nicht versicherte Personen vor allem aus den Zielgruppen der Migrantinnen und Migranten und der Prostitution. Mit grossem Aufwand verbunden ist auch die Abklärung und Finanzierung von Behandlungen im Falle eines Leistungsstopps der Krankenkasse.

Empfehlungen zur Steuerung (Governance)

Die HIV- und STI-Prävention im Kanton Zürich findet in einem Mehrebenensystem statt, dessen Komplexität noch durch die unterschiedlichen Rechtsformen und Handlungslogiken der Akteure erhöht wird. Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln des Bundes, des Kantons, zweier Gemeinden, durch Stiftungen sowie – in geringerem und abnehmendem Umfang – aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen. Bezugsrahmen der Aktivitäten sind die Programme des BAG, also das NPHS, das durchgängig bekannt ist und als Leitlinie akzeptiert wird.

Neben diesen nationalen Zielen gibt es im untersuchten Bereich keine kantonal definierten Ziele. Es gibt im Kanton Zürich kein steuerndes Zentrum all dieser Bemühungen, keine verbindlichen Vorgaben und auch keine gemeinsame Qualitätsentwicklung bzw. -sicherung. Die Qualität der Arbeit und die Erreichung von Zielen stehen weitgehend in der Verantwortung der Akteure selbst. Mit einem Regierungsratsbeschluss vom Dezember 2008 wurde eine wichtige Koordinationsaufgabe an die Zürcher Aids-Hilfe (ZAH) delegiert, die seit 2009 neben der Fachstelle „liebesexundsoweiter“ Winterthur die alleinige Empfängerin von Staatsbeiträgen ist und diese an die anderen NGOs weiterleitet. Der Beschluss regelt die Verteilung der Präventionsgelder, beinhaltet jedoch keine steuerungsre-

levanten Kriterien. Damit hat sich der Kanton von Steuerungs- und Qualitätsverantwortung stark entlastet.

Im Ergebnis scheint sich im Kanton Zürich eine Art Routinefinanzierung herausgebildet zu haben. Historisch gewachsene Leistungsaufträge und Aufgabengebiete werden kaum in Frage gestellt und die staatlichen Behörden wirken kaum steuernd. Es gibt keinen Ort der Gesamtverantwortung im System; Entwicklung und Wuchs der Akteure erfolgen mehr entsprechend ihrer eigenen Logik als bezogen auf übergeordnete Ziele. Diese bisherige Routinefinanzierung ohne inhaltliche Weiterentwicklung und ohne klare Qualitätssicherung erscheint angesichts der neuen epidemiologischen Entwicklungen, aber auch angesichts der thematischen Neuerungen mit dem NPHS als wenig zweckmässig.

Der Steuerungsanspruch der staatlichen Behörden im Bereich HIV/STI im Kanton Zürich sollte verstärkt und die Steuerungsfähigkeit des Akteursystems verbessert werden. Die Herausforderung besteht im Festlegen der Steuerungsziele für den Kanton Zürich, d.h. die Ausrichtung der Aktivitäten der Akteure auf die Erreichung dieser Zielvorgaben, in Reaktion auf den Zustand und die Dynamik des HIV/STI-Problems, wie es sich im Kanton Zürich präsentiert. Konkret schlagen wir die Einrichtung einer Steuerungsstruktur vor, die sich auf die Prinzipien der evidenzbasierten Politik (*evidence based policy-making*) stützt. Der Kantonalen Kommission für Aidsfragen käme in dieser Struktur eine zentrale Aufgabe zu.

Vorgehen zur Umsetzung der Empfehlungen

Zur Umsetzung der hier formulierten Empfehlungen wird vorgeschlagen, sechs Themengruppen einzurichten, um einen Prozess der partizipativen Organisationsentwicklung mit dem Ziel der Steigerung von Wirkung und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in Gang zu setzen. In diesen Themengruppen sollten alle Akteure sowie ausgewählte *stakeholder* verbindlich mitarbeiten. Konkret schlagen wir die Bildung von folgenden Themengruppen vor:

1. Sexuaufklärung im Bildungswesen, Sexualpädagogik;
2. HIV/STI und sexuelle Gesundheit für MSM;
3. HIV/STI-Prävention und sexuelle Gesundheit für Migrantinnen und Migranten;
4. HIV/STI-Prävention und sexuelle Gesundheit für FSW
5. HIV/STI-Behandlung;
6. Steuerung / Governance.

Die Themengruppen haben die Aufgabe, für ihren jeweiligen Arbeitsbereich Aufgaben und Ziele, dafür geeignete Strategien und Strukturen sowie auch den Ressourcenbedarf zu identifizieren. Die Diskussion der in dieser Expertise dargelegten Entwicklungsziele sollte den Ausgangspunkt dieser Erörterungen bilden.

1 Auftrag, Ziel und Vorgehen

Mit dem neuen „Nationalen Programm HIV und andere sexuelle übertragbare Infektionen 2011-2017“ (NPHS) wird die Strategie des Bundes im Bereich der HIV/Aids-Prävention auf eine neue Basis gestellt. Das Programm hat zum Ziel, die erfolgreiche Präventionsarbeit fortzuführen und weiterzuentwickeln. Zudem werden nebst HIV auch andere sexuell übertragbare Krankheiten (STI) ins Programm integriert. Das NPHS fokussiert auf drei Adressatengruppen: erstens die Gesamtbevölkerung; zweitens Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko; drittens Menschen mit HIV oder einer STI, sowie deren Partnerinnen und Partner. Zudem bezweckt das Programm, die Evidenzbasierung der Präventionsaktivitäten zu fördern und deren Effektivität und Effizienz zu verbessern. Gemäss Kompetenzordnung der Epidemienbekämpfung legt der Bund die Strategie sowie die Massnahmen fest und koordiniert den Vollzug durch die Kantone. Grundlage für die Bekämpfung von HIV/Aids ist das Epidemiengesetz von 1970 (EpG; SR 818.101), das zurzeit überarbeitet wird. Mit dem revidierten Epidemiengesetz, das 2014 in Kraft treten soll, werden die Eingriffsmöglichkeiten des Bundes tendenziell gestärkt. Konkrete Präventionsaktivitäten werden heute durch ein verzweigtes und dezentrales System von Partnerschaften zwischen öffentlichen Körperschaften und nichtstaatlichen Organisationen realisiert. Dieses System hat sich in der Vergangenheit weitgehend bewährt. Angesichts der sich ändernden epidemiologischen Dynamiken, aber auch angesichts der Verabschiedung des neuen Programms ist es von Interesse, ob dieses System den Herausforderungen nach wie vor gewachsen ist, bzw. ob und inwiefern Potenzial zur Verbesserung und Optimierung besteht.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG), zusammen mit den Zürcher Kantons- bzw. Stadtärztlichen Diensten an Prof. Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin) sowie Prof. Daniel Kübler (Universität Zürich) im Mai 2011 den Auftrag erteilt, eine unabhängige Expertise zu erstellen. Ziel der Expertise ist es, einen Beitrag zur Verbesserung und Effektivierung der Prävention von HIV/Aids-, STI- und Hepatitis-Infektionen in Stadt und Kanton Zürich zu leisten. Die beiden Experten wurden von lic. phil. Céline Widmer, Consultant bei Syntagma GmbH für Politikanalyse, Evaluation und Beratung (Horgen) unterstützt. Die Expertise formuliert Empfehlungen, wie die Prävention von HIV und STI in Stadt und Kanton Zürich, sowie die Schnittstellen zu anderen Versorgungssystemen weiter entwickelt werden können. Die Expertise stützt sich auf die Analyse von Dokumenten, Sekundäranalysen sowie auf 19 Experteninterviews. Befragt wurden sowohl Entscheidungsträger als auch Repräsentanten der Vor-Ort-Arbeit sowohl aus dem staatlichen wie dem NGO-Bereich. Die Interviews wurden mit zwei Ausnahmen im Zeitraum vom 29. Juni bis 6. Juli 2011 durchgeführt. Ein Interview wurde anfangs September 2011 geführt und ein nachträgliches wurde Anfang Januar 2012 schriftlich geführt. Die Literaturrecherche fand zwischen Mai und September 2011 statt. Ein erster Entwurf dieses Schlussberichts wurde am 17. November 2011 der Kantonalen Kommission für Aidsfragen präsentiert. Der erste Entwurf wurde auch den interviewten Personen zugestellt, mit der Einladung zur Meldung von Fehlern oder Irrtümern. Es sind Rückmeldungen von sieben Personen eingegangen, die in der vorliegenden, definitiven Fassung des Berichts berücksichtigt wurden. Die Empfehlungen beruhen auf dem Kenntnisstand per Ende 2011.

2 Stadt und Kanton Zürich: Eckdaten

Mit rund 1.37 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner ist Zürich der bevölkerungsreichste Kanton der Schweiz. Rund 17 Prozent der Schweizer Bevölkerung leben im Kanton Zürich. Zürich ist neben Genf einer der am stärksten von der HIV-Epidemie betroffenen Kantone. Aktuell stammt knapp ein Drittel aller positiven HIV-Fälle in der Schweiz aus dem Kanton Zürich. In der Stadt Zürich leben knapp 400'000 Personen – das Einzugsgebiet der Stadt ist aber deutlich grösser, die Agglomeration Zürich erstreckt sich über die Gemeinde- und Kantons Grenzen hinweg und umfasst rund eine Millionen Einwohnerinnen und Einwohner. Das Einzugsgebiet der Stadt Zürich geht aber für die Hauptbetroffenengruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, auch über die Agglomeration hinaus und umfasst die ganze Deutschschweiz. Aufgrund der grossen Bedeutung für die Community spielt Zürich eine wichtige Zentrumsrolle für die umliegenden Kantone und sogar das angrenzende Ausland. Die Studie konzentriert sich im Folgenden aber auftragsgemäss auf die Stadt und den Kanton Zürich.

Im folgenden Abschnitt werden Angaben zur Grundgesamtheit der zweiten Adressatengruppe gemäss NPHS gemacht. Es sind dies Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern sowie Sexworkerinnen (FSW) und Sexworker (MSW). Auch die injizierend Drogenkonsumierenden sowie Gefängnisinsassen gehören zur Gruppe mit erhöhtem Expositionsrisiko für HIV und/oder STI. Diese sind jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Studie und werden daher nicht näher besprochen. Diese Ausklammerung folgt der Auftragsstellung und wird damit begründet, dass durch die erfolgreichen Massnahmen seit den 1980er Jahren die HIV-Neuinfektionen bei IDU heute keinen bedeutenden Anteil mehr ausmachen und weil der Bereich der HIV-Prävention mit Gefängnisinsassen durch das Projekt „Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis“ (BIG) abgedeckt ist.

MSM sind die am stärksten von HIV betroffene Gruppe in der Schweiz. Es gibt nur Schätzungen zur Population der MSM. Die telefonischen Befragungen zur HIV/Aids-Prävention EPSS² und die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) weisen für das Jahr 2007 für die Gesamtheit der 17- bis 45-Jährigen einen identischen Anteil von 3.2 Prozent von Männern aus, die in ihrem Leben mindestens einen gleichgeschlechtlichen Sexualpartner hatten (Jeannin et al., 2010: 76). Gemäss dieser Prozentzahl würde die Gruppe der 17- bis 45-jährigen MSM im Kanton Zürich ungefähr 9'400 und in der Stadt Zürich ungefähr 2'900 Personen umfassen. Zudem ist in grossen Gemeinden der Anteil der MSM gemäss Jeannin et al. (2010: 76) überdurchschnittlich, konkrete Auswertungen zum Kanton Zürich liegen aber nicht vor. Experten vermuten, dass die Zahl der MSM im Kanton Zürich und vor allem in der Stadt Zürich weit über drei Prozent liegt. So wurde geschätzt, dass im ganzen Kanton Zürich ca. 30'000-50'000 MSM wohnen und leben, in der Stadt ca. 20'000. Im Kanton Zürich konzentriert sich damit die Schwulenszene sehr stark auf die Stadt Zürich. In Winterthur – mit rund 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern die sechstgrösste Stadt der Schweiz – ist die Schwulenszene eher unbedeutend, sie beschränkt sich auf wenige private MSM-Sex-Partys und kleinere Cruising-Gebiete. Die grosse Bedeutung der Stadt Zürich für die Schwulenszene zeigt sich auch an den Userregistrierungen bei „GayRomeo“, dem grössten deutschsprachigen online Chat- und Kontaktportal für schwule, bi- und transsexuelle Männer. Von den rund 12'300 Usern im Kanton Zürich (Stand 16. Sep-

² EPSS ist eine periodische Telefonbefragung zur HIV/Aids-Prävention in der Schweiz, die von 1987-2007 bei den 17- bis 45-Jährigen durchgeführt wurde. Sie wurde in die Schweizerische Gesundheitsbefragung überführt.

tember 2011) haben sich über 10'000 in der Stadt Zürich registriert.³ Die Anzahl der öffentlich zugänglichen Lokale, in denen es zu Sex kommt, ist in Zürich jedoch in den letzten Jahren stark gesunken. Es gibt noch sieben Saunas, einen Club mit Darkroom, zwei Cruising-Gebiete, zwei Fetisch-Leder-S/M-Clubs und eine Techno-Disko mit Darkroom. Die Gründe dafür sind gemäss den geführten Interviews einerseits das repressive Eingreifen und Auflagen der Polizei und andererseits das Vordringen der online Chat- und Kontaktportale „GayRomeo“ und „Grindr“. Mit dem Internet und dem Online-Dating verloren die Treffpunkte der Schwulenszene allgemein an Bedeutung. Zudem mischt sich in verschiedenen Bereichen der Jugendkultur (Techno, Rave etc.) in den letzten Jahren hetero- und homosexuelles Verhalten auf neue Weise, zum Teil werden Zuschreibungen wie „gay“, „schwul“ und „hetero“ abgelehnt und zum Teil durch neue Konzepte („queer“) abgelöst. Dies ist auch für die Prävention eine Herausforderung, da dadurch die Szene unübersichtlicher und weniger gut erreichbar geworden ist.

Zur Gruppe der Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern lassen sich ebenfalls nur ungefähre Angaben machen. 2010 lebten rund 5'600 Personen aus dem Subsahara-Gebiet im Kanton Zürich, davon rund 2'300 in der Stadt Zürich.⁴ Diese Menschen stammen aus kulturell unterschiedlichen Ländern und unterscheiden sich auch hinsichtlich ihres rechtlichen Status sowie des Grades und der Formen ihrer Selbstorganisation. Sie bilden deshalb auch keine homogene Zielgruppe.

Wie viele Sexworkerinnen aktuell in Stadt und Kanton Zürich arbeiten, ist nicht bekannt. In einer Untersuchung des Sexmarktes in der Schweiz von 2009 (Bugnon et al.) wurde die Anzahl der Prostituierten im Kanton Zürich auf 1'800 bis 3'000 geschätzt. Die von uns befragten Expertinnen schätzen die aktuelle Anzahl der FSW im Grossraum Zürich auf ca. 3'000 bis 5'000. Der grösste Teil sind derzeit Frauen aus Osteuropa. Der grössere Anteil der Prostituierten arbeitet gemäss der Studie nicht auf der Strasse, sondern in Bordellen und Cabarets. Diese Einschätzung teilen auch die von uns interviewten Expertinnen. 2009 gab es im Kanton Zürich gegen 450 Salons und zwischen 30 und 65 Cabarets. Auf dem Strassenstrich waren gemäss der Einschätzung der Autorinnen der erwähnten Studie im Jahr 2009 im Kanton Zürich gegen 800 Frauen tätig. Der Kanton Zürich erlaubt die Strassenprostitution für Ausländerinnen aus EG-/EFTA-Mitgliedstaaten während 3 Monaten pro Kalenderjahr. Dazu brauchte es bis vor kurzem lediglich eine Meldebestätigung für selbstständige Tätigkeiten des kantonalen Amtes für Wirtschaft und Arbeit. 2010 haben sich in der Stadt Zürich 1'050 ausländische Prostituierte für die Ausübung der Strassenprostitution gemeldet, was einen deutlichen Anstieg gegenüber den Vorjahren bedeutet (2009 waren es 795, im Jahr 2008 599). Die Strassenprostitution in der Stadt Zürich konzentriert sich am

³ „GayRomeo“ ist das meist verbreitete Kontaktportal für MSM. Selbstverständlich ist nur ein – unbekannt grosser, aber erheblicher – Teil der MSM bei „GayRomeo“ registriert, manche MSM mitunter mehrfach. Die User geben in ihrem Profil einen Ort an. Die Zuordnung für die Schweiz erfolgt nach Bezirken. Der Bezirk Zürich ist identisch mit der Gemeinde Zürich. Weniger als 300 User geben in ihrem Profil den Bezirk Winterthur an, der neben der Stadt noch weitere Gemeinden umfasst. Winterthur weist zudem auch im Vergleich mit anderen Schweizer Städten ähnlicher Grösse deutlich weniger User aus. Natürlich müssen diese virtuellen Profile nicht die Realität widerspiegeln. Es ist anzunehmen, dass viele User Zürich als Ort angeben, obwohl sie in anderen Zürcher Gemeinden oder sogar in einem anderen Kanton wohnen. Die gut 10'000 „GayRomeo“-User aus Zürich entsprechen knapp 8 Prozent der männlichen Gesamtbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren in Zürich. Diese Zahl muss aber vor dem Hintergrund der erwähnten Einschränkungen interpretiert werden, sie widerspiegelt primär die grosse Bedeutung der Community in Zürich.

⁴ Dies umfasst die ständige ausländische Bevölkerung aus folgenden Ländern: Äthiopien, Angola, Botswana, Burundi, Benin, Côte d'Ivoire, Eritrea, Gabun, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Guinea, Kamerun, Kapverden, Kenia, Komoren, Republik Kongo, Demokratische Republik Kongo, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretanien, Mauritius, Mosambik, Niger, Nigeria, Burkina Faso, Zimbabwe, Rwanda, Sambia, Senegal, Seychellen, Sierra Leone, Somalia, Südafrika, Sudan, Namibia, Swasiland, Tansania, Togo, Tschad, Uganda und Zentralafrikanische Republik (Daten Statistik Kanton Zürich).

Sihlquai. Unter anderem hat die Personenfreizügigkeit mit den EU-Staaten zu einer Zunahme der sich dort Prostituierenden geführt. Rund 80 Prozent der FSW auf dem Strassenstrich am Sihlquai sind gemäss den von uns befragten Expertinnen derzeit Ungarinnen (bis vor ca. drei Jahren waren es vor allem Brasilianerinnen). Der folgende Exkurs behandelt die aktuelle Diskussion und die Massnahmen betreffend Strassenprostitution am Zürcher Sihlquai (siehe unten).

Die Zahl der MSW wurde in der Studie von Bugnon et al. (2009) für den Kanton Zürich auf rund 250 geschätzt. Ein Interviewpartner schätzt die aktuelle Anzahl der männlichen Strassenstricher auf ca. 50, die der über „GayRomeo“ und andere Portale erreichbaren MSW-Escorts auf 400 bis 500.

Exkurs: Strassenprostitution am Zürcher Sihlquai: Diskussion und Massnahmen

In letzter Zeit ist die Situation am Zürcher Sihlquai zu einem viel diskutierten Thema geworden. Im Zuge der Diskussion um die Zustände auf dem Strassenstrich am Sihlquai hat der Stadtrat ein Massnahmenpaket beschlossen, das eine Prostitutionsgewerbeverordnung, einen neuen Strichplan sowie Sofortmassnahmen umfasst.

Zurzeit (Herbst 2011) diskutiert der Gemeinderat der Stadt Zürich die vom Stadtrat vorgelegte Prostitutionsgewerbeverordnung für die Stadt Zürich, die 2012 in Kraft treten soll. Zweck der Verordnung soll der Schutz der Bevölkerung vor negativen Auswirkungen der Prostitution, der Schutz der Prostituierten vor Ausbeutung und Gewalt sowie die Sicherstellung der gesundheitlichen und sozialen Prävention für die Prostituierten sein.⁵

Mit dem neuen Strichzonenplan (wird vom Vorsteher des Polizeidepartements festgelegt) wird die Strassenprostitution am Sihlquai ab 2012 verboten. Es wird neu nur noch drei Zonen für den Strassenstrich geben: Allmend Brunau, Autostrich (bestehend), Betreuung durch Frauenberatung Flora Dora; Aargauerstrasse, Strichplatz (neu), Betreuung durch Frauenberatung Flora Dora; Niederdorf, Fussgängerstrich (bestehend), Betreuung durch aufsuchende Sozialarbeit. An der Aargauerstrasse soll ein Strichplatz entstehen, auf dem von 19 Uhr bis 5 Uhr Strassenprostitution in so genannten „Verrichtungsboxen“ betrieben werden darf. Der Gemeinderat hat den Kredit für den Strichplatz in Altstetten im September 2011 bewilligt. Da die SVP das Referendum gegen das Projekt ergriffen hat, findet im März 2012 eine Volksabstimmung über den Kredit statt. Damit verzögert sich die Umsetzung des Strichplatzes.

Als Sofortmassnahmen wurde einerseits die Strassenprostitution ab Anfang Juni 2011 zwischen Dammweg und Kornhausbrücke (Sihlquai) nur noch zwischen 22 Uhr und 5 Uhr erlaubt. Andererseits gilt ab 6. Juni 2011 ein neues Meldeverfahren für die Prostituierten. Neu brauchen die Strassenprostituerten neben der Meldebestätigung des Amtes für Wirtschaft und Arbeit eine Anerkennung der Selbständigkeit durch die Stadtpolizei. Für diese stadtpolizeiliche Bewilligung müssen die Personen einen Fragebogen ausfüllen, in dem unter anderem nach der Krankenversicherung und der Berufsbildung gefragt wird. Die Antragsstellerinnen müssen neu einen in der Schweiz anerkannten Krankenversicherungsnachweis vorlegen. Zudem wird mit jeder Antragsstellerin ein persönliches Gespräch geführt. In diesem einstündigen Interview soll herausgefunden werden, ob die Person freiwillig in die Schweiz gekommen ist und freiwillig arbeiten will. Die Auflage, einen Krankenversicherungsnachweis vorzulegen, führt offenbar dazu, dass sehr viele Gesuche abgelehnt werden, da die meisten FSW nicht versichert sind. Von Juni bis September haben bei der Stadtpolizei Zürich 149 Neueinsteigerinnen ein Gesuch gestellt, davon wurden 53 abgewiesen. Dies hauptsächlich, weil sie keine Krankenversicherung abgeschlossen hatten.

⁵ Medienmitteilung Stadtrat Zürich vom 25. Mai 2011.

Dies hat mit dazu geführt, dass seit der Einführung der Sofortmassnahmen die Strassenprostitution am Sihlquai deutlich abgenommen hat. Gleichzeitig haben Polizeikontrollen ergeben, dass einige der Abgewiesenen illegal anschaffen sowie Neueinsteigerinnen zum Teil gar nicht erst eine Bewilligung beantragen.⁶

In der gemeinsamen Stellungnahme der Fachstelle Frauenhandel und Frauenmigration (FIZ), der Zürcher Stadtmission und der Zürcher Aids-Hilfe (ZAH) kritisieren die NGOs die geplante Prostitutionsverordnung scharf. Ihre Hauptkritikpunkte betreffen einerseits den Umstand, dass keine Arbeits- und Gesundheitsstandards für die Sexarbeit vorgesehen sind. Andererseits sprechen sie sich besonders gegen eine zusätzliche Bewilligungspflicht für die Strassenprostitution aus, da diese dazu führe, dass mehr Frauen in die Illegalität gedrängt und kriminalisiert würden. Auch das BAG hat sich zur Prostitutionsgewerbeverordnung geäussert. Kritisiert wird, dass die Salonbetreiber und die Kunden zu wenig in die Pflicht genommen werden und dass die Verordnung nur auf die weibliche Prostitution ausgerichtet ist.

⁶ Vgl. Tages-Anzeiger vom 20. Oktober 2011, Seite 13.

3 Epidemiologische Situation Kanton Zürich

3.1 Einleitung

Die folgenden Ausführungen beruhen auf Angaben zu positiven HIV- und anderen STI-Tests. Für die Deutung der Zahlen gilt zu beachten, dass von den Diagnosefällen nicht direkt auf die tatsächlichen Ansteckungen geschlossen werden kann. Die Grafiken geben folglich nicht das Infektionsgeschehen wieder, sondern zeigen das Diagnosegeschehen und geben daher nur ein ungefähres Bild ab. Vom Anstieg der Diagnosefälle kann nicht direkt auf einen Anstieg der Neuinfektionen geschlossen werden. So kann etwa eine Steigerung der Testbereitschaft ebenso zur Zunahme der Diagnosen führen wie ein tatsächlicher Anstieg der Neuinfektionen. Zudem kann mit zunehmender Verbreitung von anderen STI auch bei gleichem Risikoverhalten die Anzahl der Neuinfektionen ansteigen, weil eine STI-Infektion die Wahrscheinlichkeit der HIV-Übertragung steigert (Rosenbrock und Schmidt, forthcoming).

Im Folgenden werden Angaben zu den HIV-Diagnosen sowie zu den im NPHS angesprochenen anderen STI gemacht. Die Abteilung Übertragbare Krankheiten des BAG ist für die epidemiologische Überwachung der meldepflichtigen Infektionskrankheiten zuständig. Die Daten des BAG zur epidemiologischen Überwachung von HIV und STI stammen aus dem obligatorischen Meldesystem.

3.2 HIV

Im Jahr 2010 stammten mit 187 positiven HIV-Tests knapp ein Drittel der in der Schweiz registrierten Neudiagnosen aus dem Kanton Zürich. Davon kommen wiederum etwas mehr als 60 Prozent aus der Stadt Zürich. Rund 70 Prozent der Diagnosen aus dem Kanton Zürich betreffen Ansteckungen durch Sex zwischen Männern. Dies geht aus den Ergänzungsmeldungen der Ärztinnen und Ärzte zu den HIV-Diagnosen hervor. In den Ergänzungsmeldungen sind unter anderem Angaben zu Herkunft und Ansteckungsweg enthalten. Es gibt jedoch nicht zu jeder Labormeldung eine Ergänzungsmeldung. Die Angaben zu den Ansteckungswegen des BAG basieren daher auf einer Hochrechnung.⁷

Nachdem die jährliche Zahl der positiven HIV-Tests gesamtschweizerisch ab 1992 rückläufig gewesen war, stieg sie im Jahr 2002 stark an. Von 2002 bis 2008 blieb die Gesamtzahl relativ stabil (siehe Abbildung 1 und Abbildung 3). Gleichzeitig war ein stärkerer Anstieg der HIV-Diagnosen bei MSM zu verzeichnen, so dass der Anteil dieser Gruppe an der Gesamtzahl der Infektionen anstieg. Erst 2009 nehmen die Diagnosen erstmals auch wieder bei MSM ab. Dies erweist sich aber nicht als nachhaltiger Trend: Im Jahr 2010 hat sich der Rückgang der HIV-Diagnosen bei MSM in der Schweiz nicht fortgesetzt. Deutlich abgenommen haben seit 2002 die Diagnosen im Zusammenhang mit Drogengebrauch. Die Abbildung 1 und die Abbildung 2 zeigen die Entwicklung der positiven HIV-Tests auf nationaler Ebene. Der relative Anteil der Ansteckung über Sex zwischen Männern betrug 2010 hochgerechnet gesamtschweizerisch 47 Prozent. Die HIV-Prävalenz bei MSM wird gesamtschweizerisch auf 6 bis 10 Prozent geschätzt (Locicero et al., 2010). Die hohe HIV-Prävalenz bei schwulen Männern bedeutet auch eine entsprechend hohe Wahrscheinlich-

⁷ Auch die Postleitzahlen des Wohnorts sind nur aus den Ergänzungsmeldungen ersichtlich. Der Anteil der Diagnosen aus der Stadt Zürich bezieht sich daher auf die Gesamtheit der Fälle mit Ergänzungsmeldungen (siehe auch weiter unten).

keit, bei einem neuen sexuellen Kontakt auf einen HIV-positiven Mann zu treffen. Der Anstieg der Diagnosen bei MSM muss im Zusammenhang mit dem für diese Zielgruppe in den letzten Jahren stark ausgebauten Testangebot (z.B. neue Teststellen wie Checkpoint) sowie den Testkampagnen für MSM (z.B. die Kampagne „mission possible“) gesehen werden, die möglicherweise das Testverhalten verändert und damit die Entwicklung der Diagnosefälle mit beeinflusst haben. Weiter ist auch eine steigende Anzahl von Neuinfektionen nicht zwingend auf ein nachlassendes Schutzverhalten zurückzuführen, sondern kann auch in einer unbekanntem Zahl von Fällen im Zusammenhang mit dem Vorliegen von anderen STI stehen, welche die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung um ein Mehrfaches erhöhen können (Rosenbrock, 2010: 8).

Abbildung 1: Positive HIV-Tests in der Schweiz 2002-2010 (Quelle: BAG)

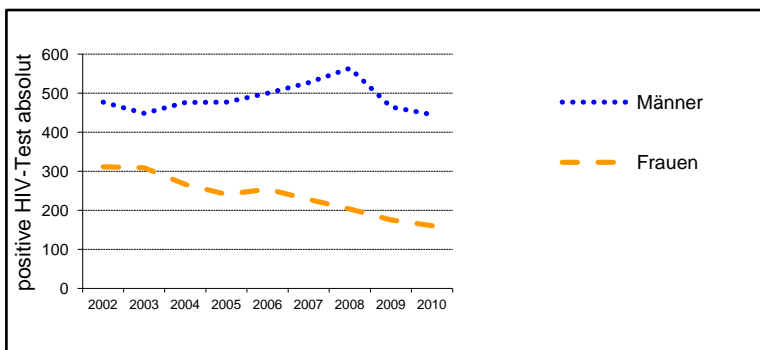


Abbildung 2: Relative Anteile der Ansteckungswege in der Schweiz 2002-2010 (Quelle: BAG)

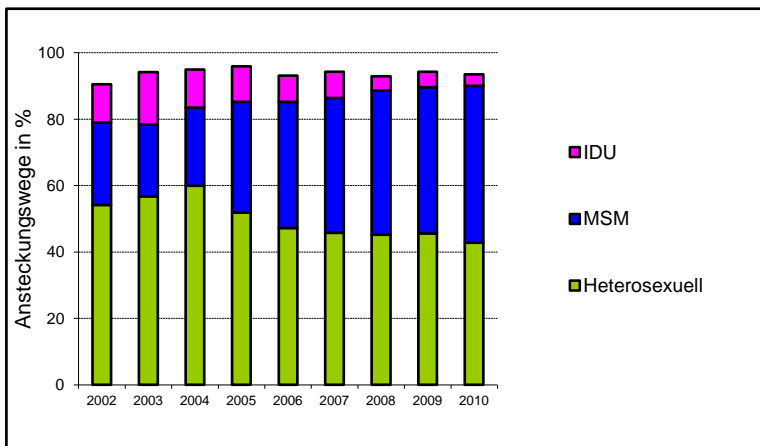


Abbildung 3 zeigt die positiven HIV-Fälle in der Schweiz und aus dem Kanton Zürich. Auch gemessen an der Bevölkerung im Alter von 15 bis 79 Jahren ist die Rate der positiven HIV-Tests im Kanton Zürich deutlich höher als in der Schweiz insgesamt (siehe Abbildung 4). Im Kanton Zürich verhält sich die Entwicklung der HIV-Diagnosen bis 2008 entgegen dem Trend auf nationaler Ebene. In den Jahren von 2001 bis 2008 haben die positiven HIV-Tests im Kanton Zürich stetig leicht zugenommen. Wie auch auf nationaler Ebene setzte ab 2009 im Kanton Zürich eine Abnahme der HIV-Diagnosen ein. Allerdings fällt auf, dass der Rückgang geringer war als im Vergleich zur Entwicklung in der ganzen Schweiz.

Abbildung 3: Positive HIV-Tests in der Schweiz und im Kanton Zürich im Vergleich 2002-2010
(Quelle: Daten BAG)

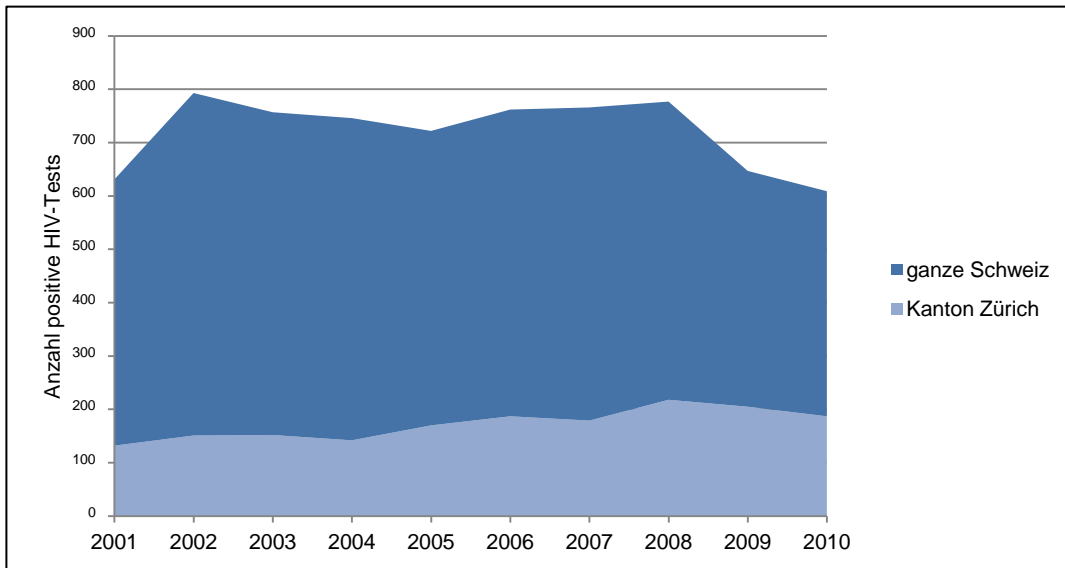
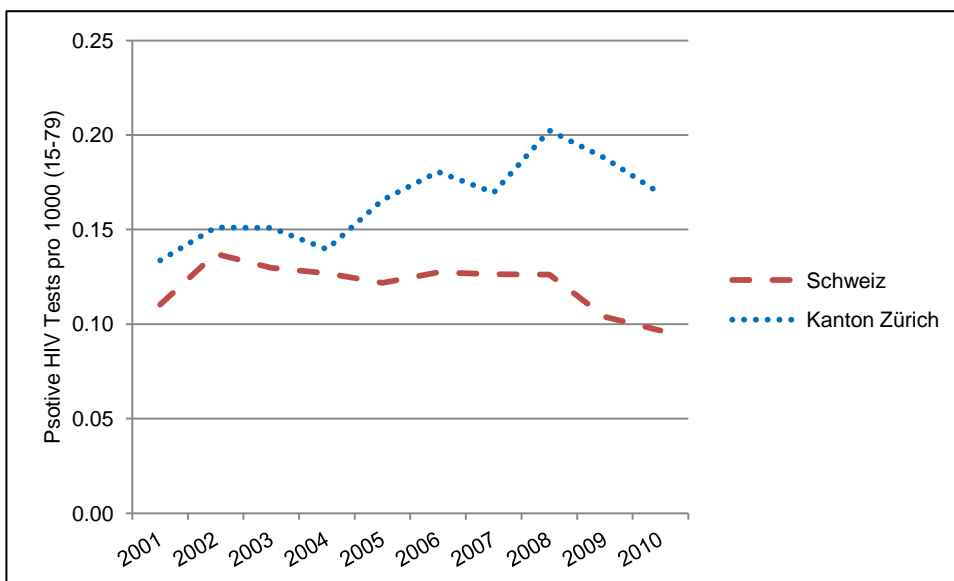
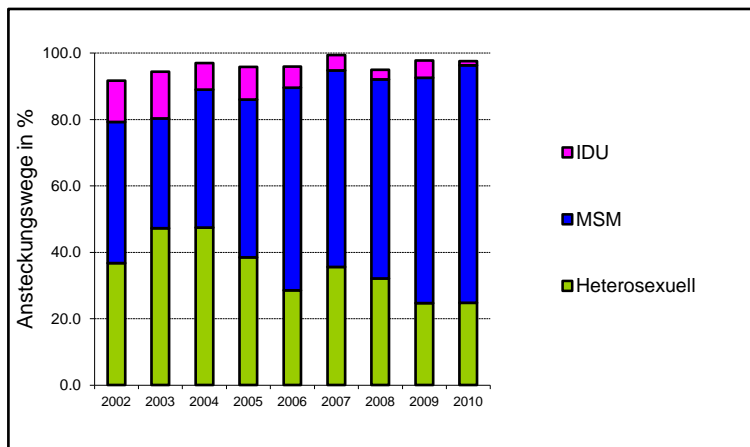


Abbildung 4: Positive HIV-Tests pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 15 bis 79 Jahren (Quelle: Daten BAG und BFS, eigene Berechnung)

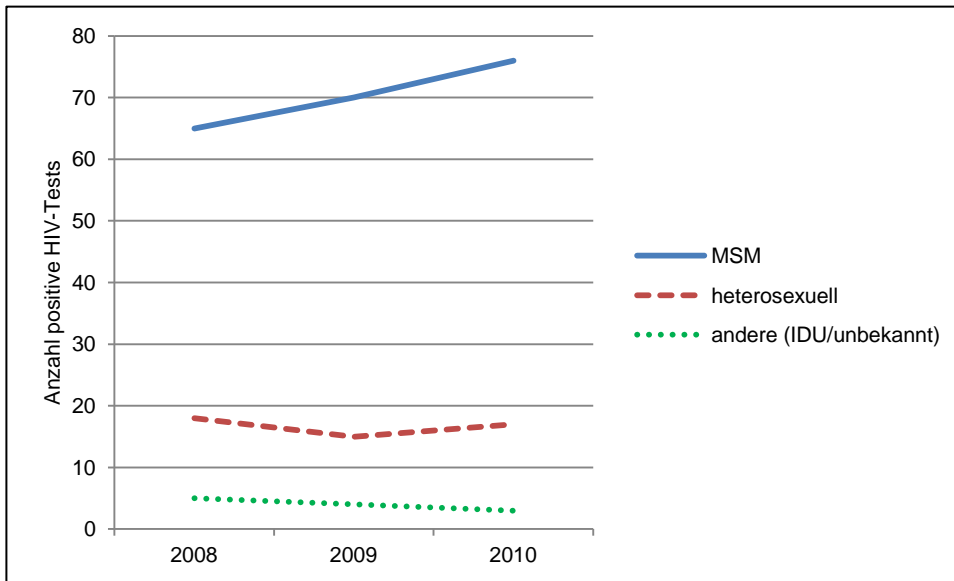


Ein bedeutender Unterschied der HIV-Diagnosen aus dem Kanton Zürich im Vergleich zur nationalen Ebene zeigt sich im Hinblick auf die Ansteckungswege. Wie in Abbildung 5 ersichtlich, haben im Kanton Zürich die durch heterosexuelle Kontakte sowie die durch injizierenden Drogenkonsum verursachten Ansteckungen seit 2003 deutlich abgenommen. Sehr deutlich und im Vergleich zur gesamten Schweiz überproportional haben hingegen die Diagnosen zugenommen, die auf eine Ansteckung durch Sex zwischen Männern zurückgeführt werden können. Im Unterschied zu den Zahlen für die ganze Schweiz haben im Kanton Zürich auch 2009 die Diagnosen bei MSM nicht abgenommen, sondern sind weiter gestiegen. Gemäss den Hochrechnungen des BAG betraf der relative Anteil der Ansteckungen im Kanton Zürich im Jahr 2010 in 70 Prozent der Fälle MSM, für das Jahr 2011 werden sogar noch höhere Werte erwartet (Daten BAG, siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Relative Anteile der Ansteckungswege im Kanton Zürich 2002-2010 (Quelle: BAG)

Seit Herbst 2007 werden in den Ergänzungsmeldungen auch die Postleitzahlen des Wohnorts der positiv getesteten Personen angegeben. Von den 187 positiv getesteten Personen aus dem Kanton Zürich im Jahr 2010 stammen 96 aus der Stadt Zürich, 58 von ausserhalb der Stadt Zürich und bei 33 Fällen gibt es keine genauere Angabe zum Wohnort. Gemessen am Total der Fälle mit Ergänzungsmeldungen stammen 62 Prozent der Personen, die 2010 positiv getestet wurden, aus der Stadt Zürich. Ein erheblicher Anteil der positiv getesteten Personen stammt folglich nicht aus der Stadt Zürich. Daran zeigt sich, dass die HIV-Epidemie kein rein städtisches Problem ist, sondern auch die Agglomeration und den ganzen Kanton betrifft. Zahlen zum Diagnosegeschehen in der Agglomeration Zürich liegen aber nicht vor. Abbildung 6 zeigt für die Jahre 2008 bis 2010 die positiven HIV-Tests, die gemäss den Ergänzungsmeldungen der Stadt Zürich zugeordnet werden können. Auffällig ist, dass die Ansteckungswege über sexuelle Kontakte zwischen Männern hier sogar knapp 80 Prozent ausmachen. Zudem haben die Diagnosen bei MSM auch von 2008 bis 2010 deutlich zugenommen (siehe Abbildung 6). Die in den Ergänzungsmeldungen erfassten Ansteckungen über heterosexuelle Kontakte blieben zwischen 2008 und 2010 relativ stabil. Ebenso auf sehr tiefem Niveau stabil sind die anderen Ansteckungen, die intravenös Drogen Konsumierende (intravenous drug users, IDU) sowie unbekannte Übertragungswege einschliessen. Die Zunahme der Diagnosen bei MSM muss vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass speziell in Zürich das Testangebot für diese Zielgruppe in den letzten Jahren stark ausgebaut wurde. Zudem ist Zürich in der Schweiz neben Genf die wichtigste schwule Metropole. Es muss damit gerechnet werden, dass sich MSM auch aus anderen Teilen der Schweiz in Zürich infizieren und dann an ihrem Heimatort diagnostiziert werden. Insoweit ist es wahrscheinlich, dass die genannten Zahlen das Bild des Infektionsgeschehens in Zürich zu günstig zeichnen. Dies heisst aber auch, dass HIV-Prävention in der Stadt Zürich nicht nur für Zürich selbst relevant ist, sondern die gesamte Deutschschweiz betrifft.

Abbildung 6: Positive HIV-Tests aus der Stadt Zürich nach Ansteckungswegen 2007-2010
(Quelle: Daten BAG)



3.3 Chlamydien

Die Chlamydien-Infektion ist die am häufigsten diagnostizierte STI bakterieller Herkunft. Der Frauenanteil ist dabei etwas höher als der Anteil der betroffenen Männer. Die am stärksten betroffene Altersgruppe ist jene der 20- bis 24-Jährigen. Das Übertragungsrisiko kann durch *safer sex* verringert werden. Die Zahl der bestätigten Chlamydien-Infektionen hat in den letzten zehn Jahren sowohl in der ganzen Schweiz als auch im Kanton Zürich deutlich zugenommen. Gemessen an der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 79 Jahren ist die Inzidenz im Kanton Zürich konstant höher als gesamtschweizerisch (siehe Abbildung 7 und Abbildung 8).

Abbildung 7: Bestätigte Chlamydien-Fälle im Kanton Zürich und in der Schweiz 2001-2010
(Quelle: Daten: BAG)

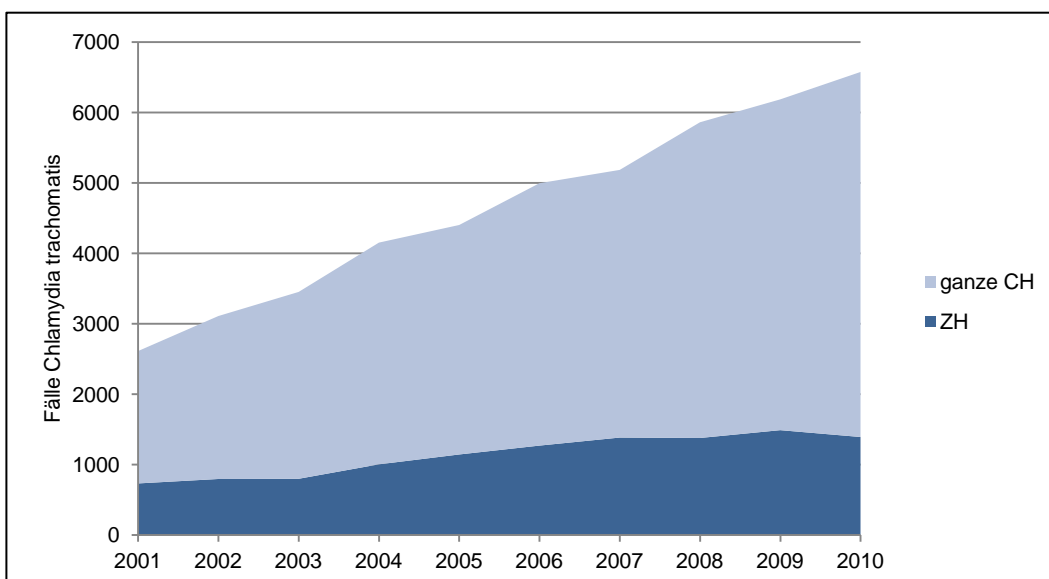
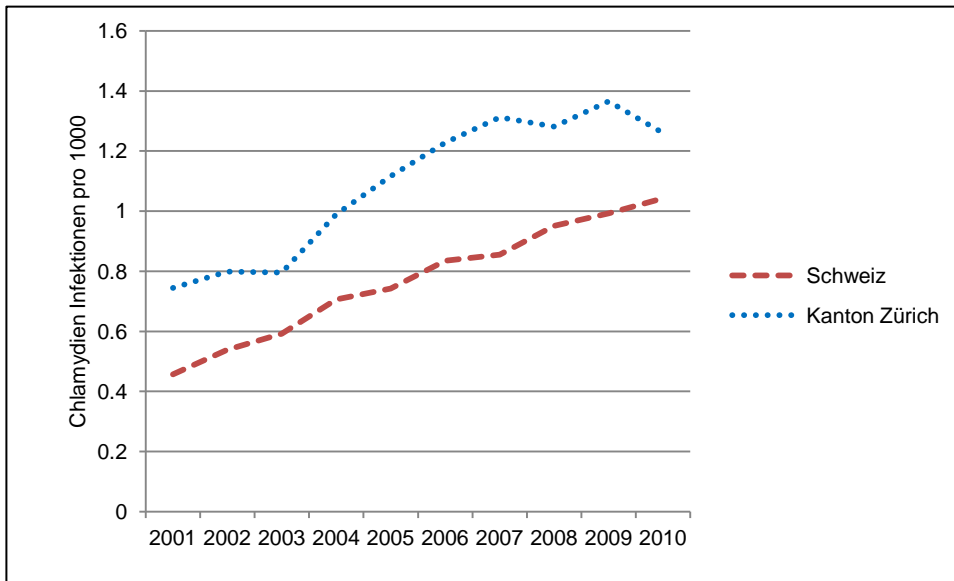


Abbildung 8: Bestätigte Chlamydien Fälle pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 15 bis 79 Jahren (Quelle: Daten BAG und BFS, eigene Berechnung)

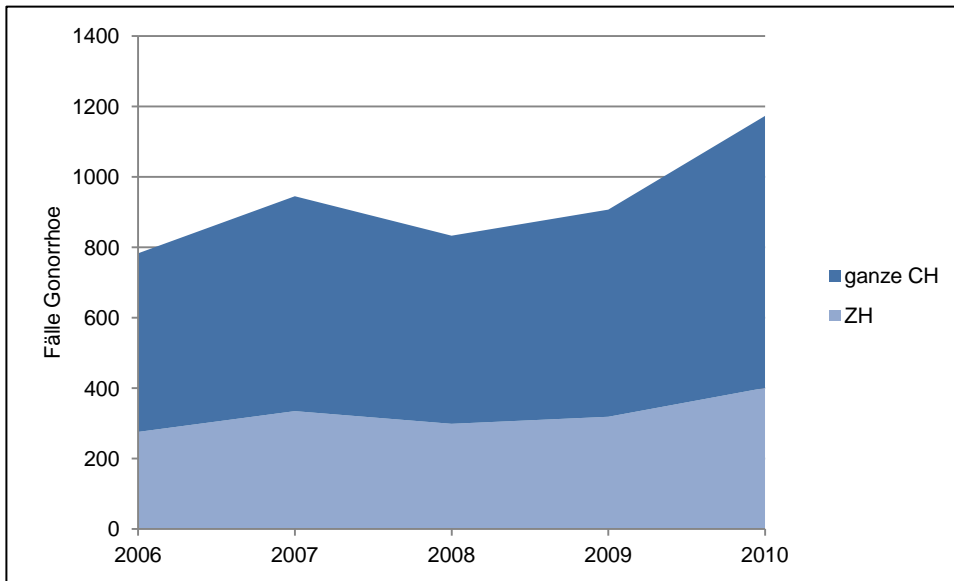


Eine Studie basierend auf der HIV-Kohortenstudie hat ergeben, dass die Chlamydien-Prävalenz bei HIV-positiven MSM in der Schweiz hoch ist (Dang et al., 2009). Es wird vermutet, dass Chlamydien bei der Übertragung von HIV unter MSM eine Rolle spielen (ebd.). In Zürich wurde zudem seit 2003 der Ausbruch von Lymphogranuloma venerum (LGV) beobachtet, einer durch Chlamydien verursachte sexuell übertragbare Krankheit, über deren Vorkommen bei MSM in verschiedenen europäischen Städten jüngst berichtet wurde (Kamarashev et al., 2010).

3.4 Gonorrhoe

Gonorrhoe kann durch oralen, vaginalen und analen Geschlechtsverkehr übertragen werden. Gonorrhoe betrifft in über 80 Prozent der Fälle Männer, die Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen ist auch hier am stärksten betroffen. Bei MSM, bei Personen mit mehreren Geschlechtspartnern und im Bereich der Prostitution ist die Krankheit weiter verbreitet als in der übrigen Bevölkerung. *Safer sex* ist eine wirksame Präventionsstrategie gegen die Übertragung von Gonorrhoe. Die Zahl der Gonorrhoe-Meldungen blieb in der Schweiz zwischen 2006 und 2009 auf hohem Niveau relativ stabil. Knapp ein Drittel der Fälle stammt aus dem Kanton Zürich. Wie in Abbildung 9 ersichtlich, haben die bestätigten Gonorrhoe-Fälle 2010 aber sowohl gesamtschweizerisch als auch im Kanton Zürich deutlich zugenommen.

Abbildung 9: Bestätigte Gonorrhoe-Fälle im Kanton Zürich und in der Schweiz 2006-2010
(Quelle Daten: BAG)



2009 führten in den Ergänzungsmeldungen schweizweit 25 Prozent der Männer, die positiv auf Gonorrhoe getestet wurden, die Infektion auf Sex zwischen Männern und 37 Prozent auf heterosexuellen Sex zurück. Bei 36 Prozent gibt es keine Angabe dazu (BAG, 2010:34). Für den Kanton Zürich liegen keine Auswertungen bezüglich der Ansteckungswege vor.

3.5 Syphilis

Syphilis wird durch den direkten Kontakt mit Haut- oder Schleimhautläsionen übertragen. Der Männeranteil ist bei den Syphilis-Fällen höher als der Frauenanteil. MSM weisen zudem ein erhöhtes Infektionsrisiko auf, wie auch Personen mit mehreren wechselnden Sexualpartnern und Prostituierte. Kondomgebrauch verringert das Übertragungsrisiko.

Bei der Interpretation der Daten zu den Syphilis-Fällen ist Vorsicht geboten, da die Qualität der Daten weniger gut ist als bei den oben erwähnten STI (BAG, 2010: 36). Vielfach fehlen Ergänzungsmeldungen: Im Jahr 2010 lag für rund 76 Prozent der Meldungen eine ärztliche Ergänzungsmeldung vor. Von diesen konnte nur gut die Hälfte als Syphilis-Fälle bestätigt werden (BAG, 2011: 258). Gut ein Viertel der gemeldeten Fälle stammt aus dem Kanton Zürich. Die bestätigten Syphilis-Fälle haben in der ganzen Schweiz und im Kanton Zürich zwischen 2006 und 2010 deutlich zugenommen (siehe Abbildung 10). In Zürich hat sich die Zahl der bestätigten Fälle seit 2006 gar beinahe verdreifacht.

Abbildung 10: Bestätigte Syphilis-Fälle im Kanton Zürich und in der Schweiz 2006-2010
(Quelle Daten: BAG)

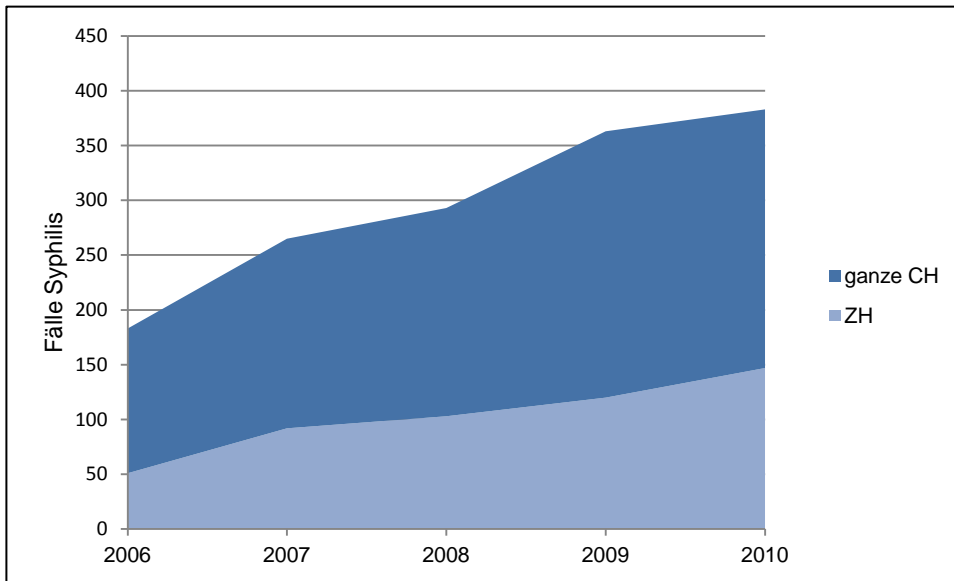
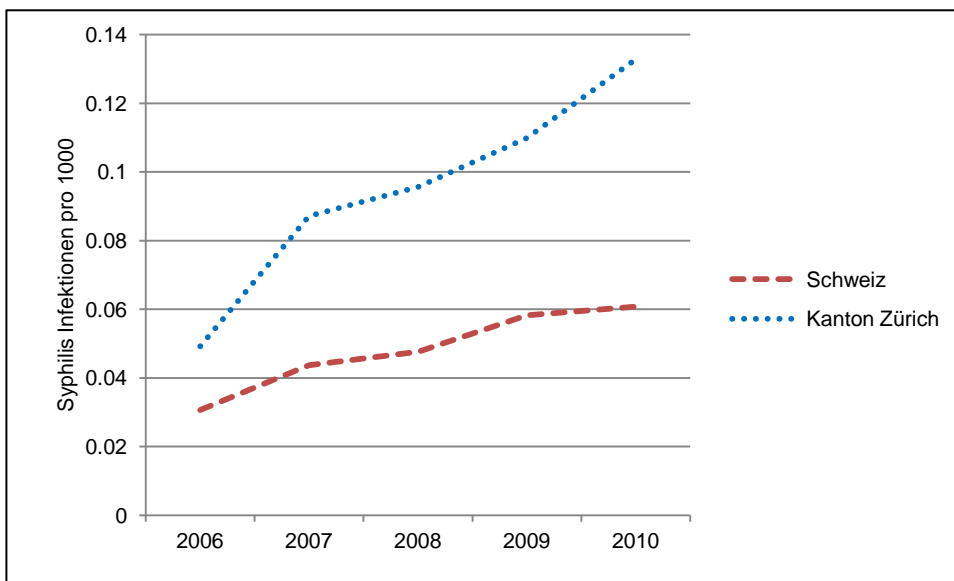


Abbildung 11: Bestätigte Syphilis-Fälle pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 15 bis 79 Jahren (Quelle: Daten BAG und BFS, eigene Berechnung)



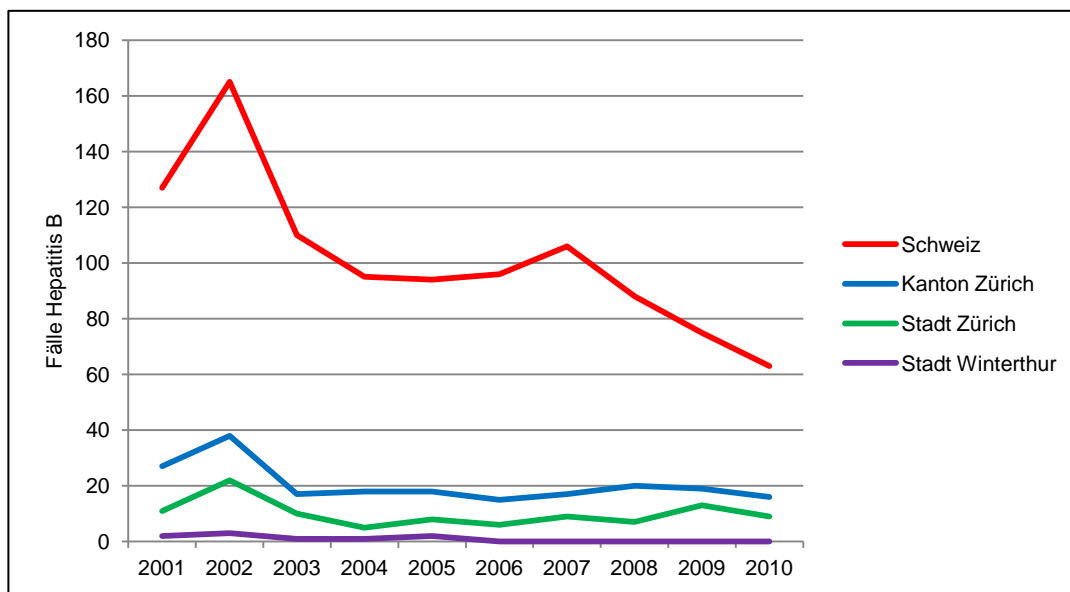
Die Syphilisinzidenz gemessen an den bestätigten Fällen ist im Kanton Zürich höher als gesamtschweizerisch und ist auch stärker angestiegen (siehe Abbildung 11). Dabei gilt zu berücksichtigen, dass die bestätigten Fälle kein verlässlicher Indikator für das Infektionsgeschehen sind, sondern dieses eher unterschätzen.⁸ Zu den Ansteckungswegen liegen keine Auswertungen auf kantonaler Ebene vor. In den Ergänzungsmeldungen führen schweizweit 58 Prozent der positiv auf Syphilis getesteten Männer die Infektion auf Sex zwischen Männern und 29 Prozent auf heterosexuellen Sex zurück (BAG, 2010: 37).

⁸ Die Syphilisinzidenzen gemessen an den Meldungen fallen aufgrund der vielfach fehlenden Ergänzungsmeldungen deutlich höher aus (siehe z.B. Lautenschlager, 2010) als die vorliegenden Angaben, die auf den bestätigten Fällen beruhen. Im Trend (deutliche Zunahme) stimmen sie aber überein.

3.6 Hepatitis B

Hepatitis B wird durch Blut und Genitalsekrete übertragen. *Safer sex* vermindert das Übertragungsrisiko. Zu Beginn der 1990er Jahre gab es jährlich über 400 Hepatitis B-Meldungen. Mitte der 1990er Jahre haben die Meldungen deutlich abgenommen. Nach einem kleinen Anstieg 2002 blieben die Meldungen relativ konstant auf tiefem Niveau und nehmen seit 2007 sogar noch weiter ab. Betroffen sind vor allem Personen ab 40 Jahren. Abbildung 12 zeigt die Entwicklung der Hepatitis-Meldungen in der Schweiz und im Kanton Zürich und in den Städten Zürich und Winterthur im Vergleich. Rund ein Viertel der Hepatitis B-Fälle kommt aus dem Kanton Zürich, ein grösserer Teil davon wiederum aus der Stadt Zürich. Aus Winterthur wurden seit 2006 keine Fälle mehr gemeldet.

Abbildung 12: Hepatitis B in der Schweiz, im Kanton Zürich und in den Städten Zürich und Winterthur 2001-2010 (Quelle: Daten BAG, ab 2008 provisorische Daten)

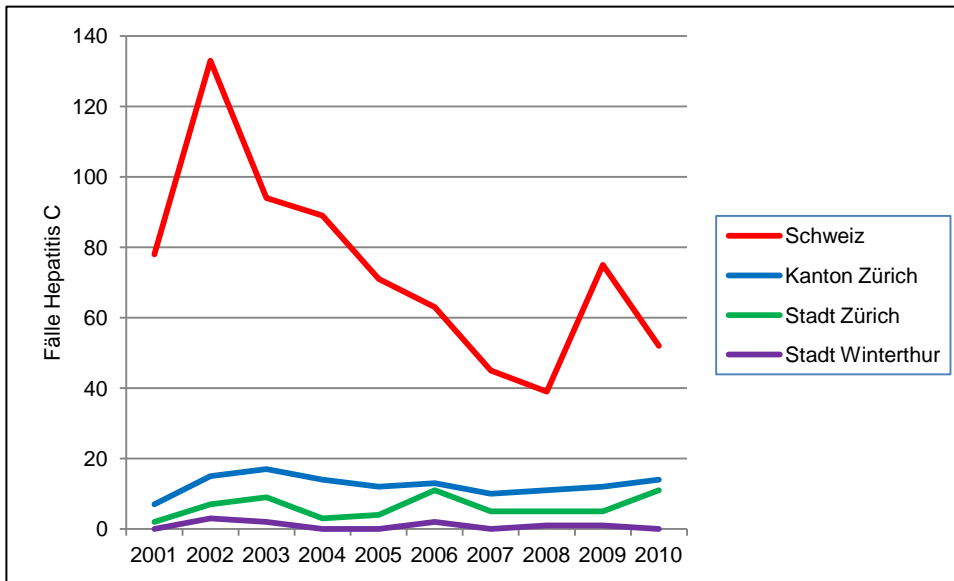


Gemäss den Ergänzungsmeldungen sind in der Schweiz Männer weitaus stärker von Hepatitis B betroffen als Frauen. Auswertungen zu den Übertragungswegen auf kantonaler Ebene liegen nicht vor. Der Anteil der akuten Hepatitis-B-Infektionen, die sexuell übertragen wurden, lag schweizweit im Zeitraum von 2003 bis 2007 bei 45 Prozent. Für diese Periode entfällt ein gutes Drittel der akuten Infektionen auf homo- respektive bisexuelle Menschen, die restlichen zwei Drittel ereigneten sich in einer heterosexuellen Beziehung (BAG, 2010: 39).

3.7 Hepatitis C

Hepatitis C (HCV) wird hauptsächlich durch Blut übertragen, sexuelle Übertragungen des Virus sind möglich. Akute Hepatitis C-Fälle betreffen überwiegend IDU (BAG, 2010:41). Die Zahl der Hepatitis C-Meldungen hat schweizweit zwischen 2002 und 2008 kontinuierlich abgenommen. 2009 und 2010 ist eine Zunahme gegenüber dieser Zeitspanne zu beobachten (siehe Abbildung 13). Wie in Abbildung 13 ersichtlich, haben im Kanton Zürich im Unterschied zur nationalen Ebene die Hepatitis C-Diagnosen nicht merklich abgenommen. Mehr als die Hälfte der in der Schweiz gemeldeten Fälle zwischen 2003 und 2007 sind auf intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen. Auswertungen zu den Übertragungswegen im Kanton Zürich liegen nicht vor.

Abbildung 13: Hepatitis C in der Schweiz, im Kanton Zürich und in den Städten Zürich und Winterthur 2001-2010 (Quelle: Daten BAG, ab 2008 provisorische Daten)



3.8 Verhaltensepidemiologie

Während das Meldesystem die Diagnoseentwicklung und damit tendenziell das Infektionsgeschehen abbildet, zielen verhaltensepidemiologische Erhebungen auf die Abbildung des zugrunde liegenden Geschehens in Hinblick auf Risiko/Nicht-Risiko-Verhalten. Diese Daten vermitteln wichtiges Wissen über das Risikoverhalten in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Die verhaltensorientierte Beobachtung wird vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne (IUMSP) durchgeführt und beinhaltet regelmässig wiederholte Befragungen in der Gesamtbevölkerung, bei MSM (Gaysurvey)⁹ und IDU, sowie das fortwährende Monitoring des jährlichen Kondomverkaufs und der Spritzenabgabe. Die Daten für die verhaltensorientierte Analyse für MSM stammen aus dem Gaysurvey, aber auch aus Teilen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)¹⁰, der telefonischen Befragung zur HIV/Aids-Prävention (EPSS) sowie aus einer qualitativen Befragung von frisch mit HIV Infizierten (CHAT-Studie, Gredig et al., 2011). Für die anderen von HIV betroffenen Gruppen (Migrantinnen und Migranten, FSW sowie IDU) ist die verhaltensepidemiologische Datengrundlage dürftiger als bei MSM. Für Migrantinnen und Migranten werden etwa Sekundärdatenanalysen der SGB verwendet. Für FSW und MSW werden unter anderem Sekundärdatenanalysen der EPSS erstellt. Für HIV-Positive werden zudem Sekundärdatenanalysen der Schweizerischen Kohortenstudie (SHCS) und der Daten von Gaysurvey gemacht. Sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch für die betroffenen Gruppen sind – mit Ausnahme von Genf (siehe Huissoud et al., 2010) – zurzeit nur Auswertungen für die nationale Ebene verfügbar. Daher bespricht dieser Abschnitt nur die nationale Situation. Als Grundlage für die Weiterentwicklung der HIV- und STI-

⁹ Der Gaysurvey wurde 2009 zum achten Mal durchgeführt. Der Gaysurvey wird periodisch durchgeführt. Die Fragebögen werden über die Homosexuellenpresse und die Homosexuellenorganisationen in Umlauf gebracht. Seit 2004 wird auch ein online-Fragebogen verwendet. Die Umfrage ist nicht repräsentativ: es ist anzunehmen, dass MSM, die sich als schwul identifizieren, übervertreten sind sowie auch solche, die eine höhere Bildung haben.

¹⁰ Diese enthält seit 2007 auch Fragen zur Sexualität und zum Präservativgebrauch. Aufgrund der SGB lässt sich die Grundgesamtheit der MSM in der Schweiz auf 3.2 Prozent der Männer schätzen.

Prävention in Zürich wären verhaltensepidemiologische Untersuchungen zu Stadt und Kanton Zürich sehr hilfreich. Dabei müssten alle betroffenen Gruppen berücksichtigt werden. Besonders wünschenswert ist etwa die Verbesserung der Verhaltensforschung bei Migrantinnen und Migranten sowie bei Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern (siehe die Empfehlungen des internationalen Expertenpanels, Rosenbrock et al., 2009).

Bei der Gesamtbevölkerung ist der Anteil der jungen Männer und Frauen, die bei gelegentlichen Sexualkontakten Präservative benützen, gesamtschweizerisch nach wie vor hoch mit 90 Prozent bei den 17- bis 20-jährigen Männern und mit 80 Prozent bei den Frauen in diesem Alter. Bei den 46- bis 74-Jährigen wurde jedoch ein deutlicher Rückgang des Präservativgebrauchs in Risikosituationen beobachtet (Jeannin et al., 2010).

Bei dem MSM setzt sich das Nachlassen des Präventivverhaltens, das in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre eingesetzt hat, fort (ebd.). Die meisten MSM schützen sich jedoch weiterhin wirksam gegen HIV. Die Resultate des Gaysurvey 2009 (Lociciro et al., 2010) zeigen, dass die sexuellen Aktivitäten im Vergleich zur letzten Umfrage 2007 weiter zugenommen und die Praktiken sich diversifiziert haben. In festen Partnerschaften nimmt der Analverkehr zu, gleichzeitig nimmt der systematische Gebrauch des Kondoms ab. Ein Viertel der Befragten, die eine feste Beziehung haben, kennt den serologischen Status ihres Partners nicht. Bei Gelegenheitspartnern werden im Vergleich zur Befragung von 2007 hingegen häufiger systematisch Kondome benutzt. Dennoch nimmt der Anteil der Befragten von Gaysurvey zu, die in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens einen ungeschützten Sexualkontakt mit einem Partner mit unterschiedlichem oder unbekanntem HIV-Serostatus hatten. Und zwar von 16 Prozent in der Befragung 2007 auf 21 Prozent der Befragung 2009 (ebd.). Die „CHAT 2009“-Studie (Gredig et al., 2011) zeigt, dass es verschiedene Gründe gibt, weshalb Schutzstrategien versagten: Kondompannen, Alkoholkonsum, Schwierigkeit, den Kondomgebrauch kommunizieren zu können, oder Abweichungen von Schutzroutinen. Aufgrund der Ergebnisse fordern die Autoren, in der Prävention vermehrt Risikosituationen und angemessene risikomindernde Praktiken zu thematisieren. Auch der Risikoreduktionsdiskurs bei MSM sollte diesbezüglich sachkundig beobachtet und begleitet werden. Die CHAT-Studie weist weiter auch auf einen Teil der älteren MSM hin, die sich früher konsequent geschützt haben, für die im Lauf der Zeit der Schutz vor einer Ansteckung mit HIV kein direktes Anliegen mehr ist. Die vom IUMSP durchgeführten Befragungen haben aber auch gezeigt, dass MSM gut über PEP Bescheid wissen, diese wird jedoch selten angewendet. Weiter hat sich gezeigt, dass die Schule als Ort, an dem MSM die ersten HIV-Präventionsberatungen in Bezug auf MSM erhalten, eine wichtige Rolle spielt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass gesamtschweizerisch die Verhaltensrisiken bei MSM zugenommen haben. Dies steht im Unterschied zu den Ergebnissen in Deutschland, wo keine Hinweise für eine zunehmende „Sorglosigkeit“, „Präventions“- oder „Kondommüdigkeit“ bei MSM gefunden wurden (Schmidt und Bochow, 2009). Allerdings gehen gemäss der europäischen internetgestützten Befragung schwuler und bisexueller Männer (EMIS-Befragung) MSM in der Schweiz im europäischen Vergleich unterdurchschnittlich oft Risikosituationen ein.¹¹

Gemäss dem Monitoring-Bericht zur Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids setzen sich Migrantinnen und Migranten aus Afrika südlich der Sahara im Vergleich zu ande-

¹¹ 22 Prozent der aus der Schweiz befragten MSM geben an, dass sie in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens einen ungeschützten Sexualkontakt mit einem Partner mit unterschiedlichem oder unbekanntem HIV-Serostatus hatten. Auch Österreich (23 Prozent), Deutschland und Frankreich (beide 25 Prozent) weisen unterdurchschnittliche Werte auf, deutlich häufiger sind die eingegangenen Risikosituationen etwa in Italien (30 Prozent), Grossbritannien und Norwegen (beide 32 Prozent) und vor allem in osteuropäischen Staaten wie Weissrussland und Litauen (beide 40 Prozent) oder Rumänien (42 Prozent) und in der Türkei (49 Prozent). Siehe www.emis-project.eu.

ren Herkunftsregionen bei Sexualkontakten einem höheren Risiko aus (Jeannin et al., 2010). Da die Prävalenz von HIV in dieser Gruppe hoch ist, ist auch die Wahrscheinlichkeit, auf einen infizierten Sexpartner oder eine infizierte Sexpartnerin zu treffen, erhöht. Sie haben tendenziell mehr neue Sexpartner und -partnerinnen und im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizern schützt sich zu Beginn einer neuen Beziehung ein geringerer Anteil von ihnen. Migrantinnen und Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus schützen sich ebenfalls im Vergleich zu anderen Gruppen weniger. Aufgrund der kleinen Fallzahlen lassen sich keine genauen Angaben zum systematischen Kondomgebrauch in diesen Gruppen machen (ebd.).

Auch in Bezug auf das Schutzverhalten bei FSW lassen sich keine genauen Angaben machen. Die meisten Sexarbeiterinnen schützen sich gemäss eigenen Angaben. Bei gewissen Gruppen, wie etwa Strassenprostituierten und bei transsexuellen Prostituierten, ist das Schutzverhalten weniger konsequent (ebd.). Gemäss Expertinnen wissen viele FSW über STI kaum Bescheid. Wenn auch die Freier nicht informiert seien, bestehe eine grosse Ansteckungsgefahr für die gesamte Bevölkerung.

3.9 Fazit

Zürich ist – wie alle vergleichbaren europäischen Metropolen – mit einer anhaltend hohen, aber auch nicht als dramatisch zu bezeichnenden – Inzidenz von HIV- und STI-Diagnosen mit einem deutlichen Schwerpunkt in der Gruppe der MSM konfrontiert. Zürich nimmt für die HIV- und STI-Prävention eine wichtige Zentrumsrolle in der ganzen Deutschschweiz ein: Männer aus vielen anderen Kantonen stecken sich in der Zürcher Szene an. Im Vergleich z.B. zu Deutschland ist die Rate der HIV-Diagnosen ungefähr doppelt so hoch. Zu einem erheblichen Teil erklärt sich dies nach wie vor aus der anfänglich sehr viel höheren Betroffenheit der Schweiz in den frühen 1980er Jahren, zum Teil erklärt es sich auch aus dem aktuellen Risikoverhalten. Auch wenn die Zahlen über die Diagnosen nicht direkt das Infektionsgeschehen wiedergeben und ein Teil der Zunahme der Diagnosen sehr wahrscheinlich das Ergebnis verstärkter Test-Aufrufe (z.B. Kampagne „mission possible“) ist, erscheinen in dieser Gruppe dabei gegenwärtig sowohl der Trend, als auch das Niveau bei den Neudiagnosen beunruhigend: Da deutlich mehr als die Hälfte der HIV-infizierten Menschen unter antiretroviraler Therapie (ART) stehen, durch die die Übertragungswahrscheinlichkeit (Risikoladung pro Risikosituation) erheblich sinkt, sollte die Anzahl der Neuinfektionen eigentlich eher sinken. Die Wirkung dieses Faktors wird allerdings durch den enormen Erfolg von ART auch wieder eingeschränkt: Mit der Zunahme der gewonnenen Lebensjahre steigt auch die Anzahl der (potenziellen) Risikosituationen.

Die verschiedenen wechselseitigen medizinischen Interferenzen zwischen den HIV- und STI-Epidemien sowie auch ihre Konzentration auf die bekannten Transmissionswege und Zielgruppen lassen es zwingend erscheinen, die Prävention der HIV- und Hepatitis-Infektionen sowie der STI in integrierter Weise zu betreiben und die Prävention am Konzept von *sexual health* zu orientieren (BAG, 2006). Praktisch bedeutet dies u. a., die Präventionsbotschaften nicht auf *safer sex* zu beschränken, sondern auch die Inanspruchnahme medizinischer Tests und Untersuchungen auf andere STI sowie die Impfung gegen Hepatitis A und B darin einzubeziehen. Dem insgesamt noch moderaten, aber in der Perspektive beachtlichen Anstieg der diagnostizierten Fälle von Chlamydien, Gonorrhoe und Syphilis könnte damit entgegen gewirkt werden. Die derzeit noch relativ geringe Inzidenz von Hepatitis C sollte sorgfältig beobachtet werden: Erfahrungen aus anderen Metropolen zeigen die erhöhte Gefahr für MSM mit HIV, sich mit dem Hepatitis C-Virus zu infizieren. Beim Einbau der „Testbotschaft“ in die Lernstrategie (im Gegensatz zur „Suchstrategie“ / „Old Public Health“) sollten die Gefahren der Medikalisierung beachtet werden, die insbe-

sondere bei generell besorgten Menschen (meist mit geringem Risiko, „worried well“) besteht: Tests sollten bei Symptomen, sonst einmal pro Jahr vorgenommen werden. Die aktuelle Fassung der Kampagne „Love Life“ setzt mit ihrem Slogan: „Wenns juckt oder brennt, dann bitte zum Arzt“ das richtige Signal, dessen Wirksamkeit durch regionale und lokale Aktionen verstärkt werden könnte und sollte. Die Erreichbarkeit von FSW durch die „Love Life“ Kampagne wird jedoch von den Expertinnen und Experten eingeschätzt. Aus medizinischer Sicht werden die Präventionsaussagen dieser Kampagne als zum Teil fehlorientierend eingeschätzt.

Durch verstärkte und innovative nicht-medizinische Primärprävention in Verbund mit den gewachsenen Möglichkeiten der medizinischen Primärprävention kann – auch nach Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten – zumindest eine Dynamisierung der gegenwärtigen Entwicklung verhindert werden, eine moderate Senkung der Inzidenz liegt im Bereich des Möglichen. Dazu sollten allerdings die Möglichkeiten der Verhaltensepidemiologie besser genutzt werden: Die vom IUSMP der Universität Lausanne schweizweit erhobenen Daten zum Risikoverhalten müssten dazu regional für Kanton und Stadt Zürich aufbereitet werden. Dies würde eine genauere Bestimmung der Zielgruppen innerhalb der Gruppe der MSM (z.B. nach Altersgruppen, Lebensstilen, Milieus) erlauben und damit Möglichkeiten genauer gezielter Massnahmen eröffnen. Zur Umsetzung und Verbesserung der Prävention bietet das bisherige Präventionsmodell mit seiner Betonung der Stärkung von Gesundheits- und Handlungs-Ressourcen, der Einbeziehung von Repräsentanten der Zielgruppen in den Entwurf und die Umsetzung von Präventionsstrategien, der Nutzung aller verfügbaren Medien, der Flankierung primärpräventiver Bemühungen durch soziale und medizinische Dienstleistungen sowie der Schaffung bzw. Erhaltung eines gesellschaftlichen Klimas der Toleranz, des Respekts und der Solidarität die vergleichsweise besten Voraussetzungen.

Die befragten Experten und Expertinnen schätzen dabei den unter Nutzung aller auch in diesem Bericht empfohlenen Massnahmen der Primärprävention zu erzielenden Ertrag als begrenzt ein. Die Mehrzahl der Interviewten befürchtet jedoch beim Ausbleiben von Verbesserungen oder gar einer Reduzierung der Präventionsanstrengungen eine erhebliche Steigerung der Neuinfektionen, zum Teil auf ein Mehrfaches der heutigen Werte. Die Experten und Expertinnen erkennen einheitlich den Nutzen von zusätzlichen regionalen Auswertungen der verhaltensepidemiologischen Daten und würden ihr Vorliegen als wesentliche Unterstützung ihrer Arbeit ansehen.

4 Das Interventionsmodell: Das Nationale Programm HIV und sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011 – 2017

Das „Nationale Programm HIV und andere sexuelle übertragbare Infektionen 2011-2017“ (NPHS) setzt den Rahmen und gibt Leitlinien, in welcher Weise und durch welche Akteure auf diese epidemiologische Herausforderung in der gesamten Schweiz und damit auch im Kanton Zürich zu reagieren ist. Das NPHS 2011-2017 ist allen befragten Akteuren bekannt und für sie ein verbindliches Bezugsdokument. Seine Systematik und der ihm zugrunde liegende Ansatz von „New Public Health“ werden vielfach gelobt und von keinem Akteur infrage gestellt.

Das umfangreiche Dokument fusst auf dem in den letzten Jahrzehnten gewachsenen gesundheits- und verhaltenswissenschaftlichen *state of the art* des Wissens zur Prävention und Gesundheitsförderung, verwertet die Erfahrungen und Erfolge der HIV-Prävention in den letzten Jahrzehnten und benennt als entscheidende Neuerung die Integration der anderen STI in die Strategie.

Das NPHS liegt auch dem Auftrag, den Recherchen, Schlussfolgerungen und Empfehlungen der vorliegenden Expertise zugrunde. Im Folgenden werden deshalb in aller Kürze nur jene Aspekte des NPHS in Erinnerung gerufen, die sich für die Arbeit an dieser Expertise als besonders wichtig gezeigt haben.

Wie schon bislang orientieren sich die Aktivitäten der HIV- und STI-Prävention an drei Interventionsachsen:

- Interventionsachse 1 richtet sich an alle in der Schweiz lebenden Menschen
- Interventionsachse 2 richtet sich an sexuell aktive Menschen mit erhöhtem Expositionsrisiko
- Interventionsachse 3 richtet sich an Menschen mit HIV und/oder STI sowie an deren (nicht infizierte) Sexualpartnerinnen und -partner

Auf der Achse 1 geht es um Sensibilisierung, Information und Motivation zu *sexual health* und insbesondere zum Schutz vor STI. Das Programm konstatiert, dass es in der Schweiz bislang keine kohärente *sexual health*-Politik gibt, macht aber an vielen Stellen deutlich, dass HIV- und STI-Prävention erst im Rahmen einer solchen Politik ihr volles Potenzial entfalten könnte. Damit befindet sich das NPHS in Übereinstimmung mit der internationalen gesundheits- und sexualwissenschaftlichen Diskussion (WHO und BZgA, 2010). Konkrete Anknüpfungspunkte für die Inangangsetzung bzw. Beförderung der als notwendig angesehenen Integration der STI-Prävention in das Handlungsfeld *sexual health* werden gegenwärtig vor allem in der Gestaltung der schulischen Sexualpädagogik gesehen (siehe Kapitel 7.1).

Auf der Interventionsachse 2 liegen alle Interventionen, die sich an Bevölkerungsgruppen mit erhöhter Prävalenz von oder erhöhter Vulnerabilität für STI richten, genannt werden vor allem MSM, Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit generalisierter Epidemie, Sexworkerinnen (FSW) und Sexworker (MSW), injizierend Drogen konsumierende Menschen (IDU) sowie Gefängnisinsassen. Gegenstand dieser Expertise ist die Gestaltung von Interventionen für alle genannten Gruppen bis auf die letzten Beiden.

Das NPHS setzt in der HIV- und STI-Prävention weiterhin auf die Lernstrategie, was die Abwesenheit von Zwang und den möglichst weitgehenden, partnerschaftlichen Einbezug der betroffenen Gruppen in die Konzipierung, Durchführung und Qualitätssicherung der

Prävention (Partizipation) impliziert. Durch vor allem ressourcenorientierte und möglichst partizipative Interventionen sollen in diesen Bevölkerungsgruppen Kompetenzen und Motivation zu selbstbestimmtem und sozial verantwortlichem sexuellen Handeln und Unterlassen gefördert werden.

Bei partizipativen Ansätzen in der Prävention und Gesundheitsförderung ist es sinnvoll, zwischen indirekter und direkter Partizipation zu unterscheiden (Wright, 2010). „Indirekte Partizipation“ bezeichnet dabei die Einbeziehung derjenigen Personen und Institutionen, die das Projekt operativ tragen, in die Planung und Durchführung meist öffentlich geförderter Massnahmen, hier vor allem in Zusammenarbeit mit dem BAG und/oder der Kantons- bzw. Stadtverwaltung. Dabei führen derart partizipativ gestaltete Prozesse im Gelingensfall zu klarer Aufgabendefinition sowie zu wechselseitiger Transparenz der Kompetenzen und Motivlagen aller Beteiligten. Die „Macher“ werden dabei in der Regel als kompetent und informiert im Hinblick auf Grösse, Lebensbedingungen, Bedarfe und Zugänge im Hinblick auf die eigentliche Zielgruppen angesehen. Auch diese „indirekte Partizipation“ verbessert in der Regel bereits die Voraussetzungen für Qualitätsentwicklung und -sicherung und damit letztlich auch für Qualität und: Sie ist deshalb selbst ein Qualitätsmerkmal. Zudem sollen mit indirekter Partizipation auch die Voraussetzungen zu „direkter Partizipation“ verbessert werden.

„Direkte Partizipation“ hingegen zielt auf den Einbezug der Zielgruppe selbst in die Prozesse der Planung, Durchführung und Qualitätssicherung. Sie ist meist aufwändiger zu organisieren als „indirekte Partizipation“. Sie führt aber im Gelingensfall zu präziserer Bedarfsbestimmung, bedürfnisgerechteren und wirksameren Interventionen und kann (und soll) auch den Zusammenhalt innerhalb der Zielgruppe steigern (s. u. 7.2 *community building*).

Im Rahmen der in Kapitel 8 dieser Expertise vorgeschlagenen partizipativen Prozesse wird es – aus pragmatischen Gründen – in der Regel zunächst um „indirekte Partizipation“ gehen. Die Anregung von Prozessen der „direkten Partizipation“ und die Ermöglichung darauf zielender Prozesse dürfte und sollte dabei jedoch ein wesentliches *outcome* sein. Im Bereich der Migrantinnen und Migranten zielen die Vorschläge auch direkt auf die Förderung direkter Partizipation durch Migrantenselbstorganisationen (MSO).

Zu den Aktivitäten auf der Interventionsachse 2 zählt das NPHS auch den Umgang mit dem HIV-Antikörpertest und mit Untersuchungen auf andere STI. Sie dürfen – aus ethischen, rechtlichen und interventionsstrategischen Gründen – nur auf der Basis von *informed consent* angeboten und durchgeführt werden und sind in aller Regel mit einer Risikoanamnese sowie mit Pre- und Post-Test-Beratung verbunden. Obgleich Tests auf Infektionen vor der Manifestation von Symptomen in erster Linie der Sekundärprävention zugeordnet werden (Früherkennung zur Frühbehandlung), haben sie im Bereich der STI auch primärpräventive Folgen: wenn infolge eines HIV-Tests eine ART durchgeführt oder eine erkannte bakterielle STI mit Antibiotika behandelt wird, sinkt auch das Risiko der Weitergabe der Infektion, bei medikamentöser Heilung sogar auf null. In dieser Expertise wird deshalb der Logik des NPHS gefolgt, und es werden Fragen des Angebots und der Durchführung von medizinischen Tests und Untersuchungen der Interventionsachse 2 zugeordnet.

Der im NPHS skizzierte – durch qualifizierte Informationen über Risiken und Nicht-Risiken flankierte – Weg der Freiwilligkeit, des sozialen Lernens und der Ermunterung zur Solidarität gilt international als erfolgreichster Ansatz zur zeitstabilen und selbst verantworteten Prävention von STI. Auch er weist über das engere Feld der STI hinaus auf die breitere Interventionsebene *sexual health*. Zugleich wirken auch die allgemeinen Lebensumstände und insbesondere das gesellschaftliche Klima, in dem die jeweilige Sexualität

gelebt werden kann, in erheblichem Ausmass auf das Sexual- und damit auch auf das Präventionsverhalten ein. Zu Recht betont das NPHS deshalb auch die Notwendigkeit sowohl der Unterstützung von Prozessen und Strukturen, die die Kommunikation und den Zusammenhalt in den betroffenen Gruppen befördern (*capacity building, community building*), als auch von Bemühungen um den Abbau von Diskriminierung und Stigmatisierung in Hinblick auf die betroffenen Gruppen als notwendige Unterstützungsleistungen für die zielgruppenspezifische Prävention.

Die Aktivitäten auf der Interventionsachse 3 sollen zwei Aufgaben erfüllen: zum einen soll die medizinische, soziale und psychische Bewältigung einer eingetretenen Infektion mit HIV oder einer anderen STI unterstützt werden. Insofern handelt es sich um Tertiärprävention (Bewältigung der Folgen einer eingetretenen Gesundheitsstörung). Zugleich wird mit erfolgreicher medizinischer Bewältigung – sei es durch ART, sei es durch Antibiotika etc. – auch das Risiko der Weitergabe – innerhalb und ausserhalb fester Beziehungen – erheblich, oft bis auf null gesenkt, also ein wichtiger Beitrag zur Primärprävention geleistet.

Es ist sowohl wegen dieser Übergänge bzw. Schnittstellen, die die Handlungsfelder auf allen drei Interventionsachsen mit dem im Entstehen begriffenen Interventionsfeld *sexual health* aufweisen, als auch wegen der Verbindungen bzw. Überschneidungen im Hinblick auf Akteure/Zuständigkeiten, Zielgruppen und Wirkungen zwischen den drei Interventionsachsen folgerichtig, dass das NPHS explizit darauf hinweist, dass Aktivitäten auf jeder der drei Achsen mit Aktivitäten auf den benachbarten Achsen überlappen und es deshalb nicht um hermetische Grenzziehungen gehen kann.

Das NPHS geht von der Beobachtung aus, dass in der Schweiz – wie in allen westlichen Ländern – als Antwort auf die Aids- (und Drogen-)Krise in den 1980er Jahren um das Risiko der HIV-Infektion herum eine Art „vertikales System“ (genau genommen sogar zwei vertikale Systeme – zu HIV und zu Drogen – mit einigen Überschneidungen) entstanden ist. Vertikale Systeme werden in der Gesundheitssystemforschung und -gestaltung ambivalent bewertet: als Krisenreaktion sind sie oft unvermeidlich und auch wirksam. Moderne Prävention und Gesundheitsförderung („New Public Health“) zielt darüber hinaus auf weitere Differenzierung nach Zielgruppen, nach sozialer Lage sowie nach Regionen (bis hin zu Stadtteilen). Dies impliziert zwingend vertikale Ansätze. Insofern werden von der und für die Gesundheitspolitik auf den Gebieten HIV/STI sowie Drogen Erfahrungen für die Optimierung solcher Ansätze gesammelt (und sollten entsprechend ausgewertet werden). Dabei sind nicht nur die Funktionsfähigkeit solcher Systeme und die optimale Arbeitsteilung zwischen Staat, NGOs sowie von *public private partnerships* von Belang, sondern auch die Grenzen dieses Ansatzes: vertikale Systeme haben die Tendenz, sich nach ihren eigenen Gesetzmässigkeiten weiter zu entwickeln, und diese Gesetzmässigkeiten folgen eher aus den Interessen an Bestandserhaltung und Wachstum der beteiligten Akteure, als den sachlichen Notwendigkeiten oder den gegebenen und sich wandelnden Herausforderungen. Im Gegensatz zu Subsystemen im horizontalen System (Angebote und Zugänge für die gesamte Bevölkerung) werden sie in diesem Streben nach Differenzierung und Wachstum aber nicht in gleichem Masse durch benachbarte Subsysteme, die ihre *claims* und Ressourcen verteidigen und ebenfalls ausbauen wollen, „behindert“ bzw. kontrolliert. Es ist deshalb – gerade zu Beginn der Umsetzungsperiode eines neuen mehrjährigen Planes (NPHS) – notwendig zu prüfen, ob die im Kanton Zürich gewachsenen Strukturen, Zuständigkeiten und Ressourcenflüsse (noch) zweckmässig sind, um den neuen und alten Herausforderungen zu genügen. Im Zuge der Normalisierung kann eine solche Prüfung auch zu dem Ergebnis führen, dass einzelne Leistungen zwar nach wie vor notwendig sind, aber in das Spektrum allgemein zugänglicher Leistungen überführt werden können, also vom vertikalen in das horizontale System zu integrieren sind. Eine solche Prüfung und die

Umsetzung der daraus folgenden Konsequenzen ist Aufgabe des Staates, der über die Gesamtrationalität der gesundheitlichen Versorgung zu wachen hat.

Fazit: Mit dem NPHS 2011 – 2017 agiert die HIV- und STI-Prävention in der Schweiz auf dem derzeit besten verfügbaren Wissensfundament im Hinblick auf verhältnisgestützte Verhaltensmodifikation. Der dadurch gesetzte Rahmen und die in ihm enthaltenen Leitlinien verpflichten einerseits die geeigneten Akteure zur Mitwirkung und lassen ihnen andererseits genügend Spielraum zur Ausgestaltung je nach Zielgruppe sowie den lokalen und sozialen Besonderheiten. Der durch das NPHS gesetzte Rahmen erscheint vollständig geeignet, um alte und neue Herausforderungen der HIV/STI-Prävention zu bearbeiten.

5 Alte und neue Herausforderungen der Prävention von Infektionen mit HIV, STI und Hepatitiden

Im Folgenden werden – stichwortartig – alte und neue Herausforderungen der HIV- und STI-Prävention dargelegt. Damit soll das Spektrum notwendiger Leistungen und insbesondere notwendiger Anpassungen der heutigen Leistungen an aktuelle Gegebenheiten und absehbare Entwicklungen skizziert werden.

5.1 Interventionsachse 1

Um sich maximal gegen Infektionen mit HIV, anderen STI und Hepatitiden zu schützen, brauchen Individuen neben zutreffenden Informationen auch die Motivation sowie die technischen und sozialen Fertigkeiten, Risikosituationen zu erkennen bzw. zu meiden und sich in Risikosituationen zu schützen. Die Fundamente dafür werden sehr früh im Leben und zunächst in der Familie gelegt. Dem öffentlichen und die gesamte Bevölkerung erreichenden allgemeinen Bildungs- und Schulsystem (vom Kindergarten bis zur Hochschule) kommt dabei eine flankierende, bekräftigende, ergänzende, zum Teil auch kompensierende und korrigierende Rolle zu.

Im Bereich des öffentlichen Schulwesens ergeben sich bereits heute – bislang nicht vollständig genutzte – Möglichkeiten, wichtige Schritte auf diesem Weg einzuleiten und damit auch die HIV/STI-Prävention auf eine neue, nachhaltige Grundlage zu stellen. Die vorliegende Expertise plädiert deshalb dafür, diese Herausforderung anzunehmen und den von den sexualpädagogischen Institutionen (z.B. „Lust und Frust“) fachlich bereits gut vorbereiteten Ansatz flächendeckend in die Curricula der Schulen und auch in die Lehrer/Erzieherausbildung zu integrieren. Für Migrantinnen und Migranten, die keine schulische Bildung in der Schweiz erhalten haben, sollten Gesundheitsförderung und auch *sexual health* in die Integrationsprogramme aufgenommen werden.

Um auch nur den heutigen Stand an Neuinfektionen zu halten, ist nach übereinstimmender Einschätzung der Experten und Expertinnen auch im engeren Bereich der HIV- und STI-Prävention der dauerhafte und kreative Einsatz von Erinnerungs- und Auffrischungsimpulsen für die Prävention erforderlich. Dabei spielen neben den alten (persönliche Kommunikation, Printmedien) vor allem auch neue Medien (Internet inkl. neue Kommunikationsformen wie *twitter*, *facebook*) eine bei Weitem noch nicht voll entwickelte Rolle. Da die Reichweite des Internet nicht lokal bzw. regional begrenzt ist, bedarf es einer stärkeren Verknüpfung mit schweizweiten (Kontakt-)Portalen sowie mit nationalen Kampagnen (vor allem mit der „Love Life“ Kampagne des BAG).

5.2 Interventionsachse 2

Ansatz

Im Hinblick auf die spezifischen Bemühungen zur Prävention von HIV und STI in und mit Gruppen, die ein erhöhtes Expositions- bzw. Infektionsrisiko aufweisen, gilt es zum einen, weiterhin dem bewährten, nach Zielgruppen differenzierenden, in den jeweiligen Lebenswelten ansetzenden, die Lebensweisen respektierenden und die Zielgruppen partnerschaftlich einbeziehenden Ansatz zu folgen.

Zum anderen muss dabei auch der Wandel vom „alten“ zum „neuen“ Aids angemessen berücksichtigt werden: Die Wandlung der HIV-Infektion von einer tödlichen Bedrohung zu einer unter antiretroviraler Therapie (ART) medizinisch gut zu beherrschenden chronischen Krankheit hat das Präventionsziel von der Verhinderung des Todes zur Erhaltung der Gesundheit verschoben.

- Durch erfolgreiche ART wird die Viruslast (zumindest im Blut) in den meisten Fällen unter die Nachweisgrenze gebracht und kann dort dauerhaft gehalten werden. Das bedeutet eine erhebliche Senkung der Risikoladung je Risikosituation, die die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) im Jahre 2008 zu ihrem Statement veranlasste, nach dem (heterosexuelle) HIV-Infizierte unter stabiler und erfolgreicher ART ohne sonstige STI sexuell nicht infektiös sind (Vernazza et al., 2008). Bei weitgehender Akzeptanz in der heterosexuellen Bevölkerung wird dieses Statement unter MSM – wegen Unsicherheiten im Hinblick auf die Virusladung im Sperma, wegen möglicher Unterschiede in der Effektivität der Transmissionswege zwischen Vaginal- und Anal-Verkehr sowie wegen der Interferenzen der HIV-Infektion mit STI und Hepatitis C – (noch) nicht als Signal zur Aufgabe der Kondom-Strategie verstanden. Dies gilt es zu bekräftigen. Im Hinblick auf die Minimierung der Neuinfektionen gilt es aber, die durch ART ermöglichte Verringerung des Infektionsrisikos zu nutzen – und das heisst, dafür zu werben, dass möglichst alle HIV-Infizierten bei jeweils individuell zu stellender klinischer Indikation, d.h. nach gegenwärtigen Leitlinien in der Regel mit weniger als 350 Helferzellen pro Milliliter Blut Eingang in die ART-Therapie finden und kontinuierliche Versorgung erhalten. Abzulehnen sind hingegen aus heutiger Sicht sog. „*test and treat*“-Strategien, bei denen jeder positiv auf HIV getestete Mensch unabhängig von der Anzahl seiner Helferzellen und unabhängig von der individuellen medizinischen Indikation eine ART erhält, um auf diese Weise bevölkerungs- bzw. gruppenbezogen einen primärpräventiven Effekt zu erzielen. Da die Medikamente, die heute die ART ausmachen, sämtlich schwere unerwünschte Wirkungen haben können und zudem lebensverkürzend wirken können, ist eine solche Strategie, die dem Individuum gesundheitliche Schädigungen zumutet, während der Nutzen ausschliesslich für das jeweilige Kollektiv eintreten kann, unethisch (Rosenbrock und Schmidt, forthcoming). Da der Anteil der HIV-Infizierten, die später als medizinisch indiziert in die medizinische Therapie (mit ihren primärpräventiven „Nebenwirkungen“) kommen, immer noch hoch ist – die Schätzungen der Experten schwanken bei insgesamt nicht sicherer Datenlage zwischen ca. 15 und ca. 50 Prozent „*late presenters*“ – gewinnt der HIV-Antikörpertest primär medizinisch aber auch primärpräventiv einen neuen Stellenwert. Deshalb rufen auch frühere Test-Skeptiker und -Kritiker sexuell aktive Menschen (vor allem MSM) seit einiger Zeit zu einer jährlichen medizinischen Untersuchung auf HIV-Antikörper und STI-Erreger sowie weiterhin zum bislang schon propagierten „Verlobungstest“ sowie auch zur Impfung gegen Hepatitis A und B auf. Zudem gilt es, Achtsamkeit im Hinblick auf STI-Symptome und – im Falle des Auftretens solcher Symptome – den Gang zur medizinischen Untersuchung und gegebenenfalls Behandlung in die Lernstrategie zu integrieren. Dem verstärkten Aufruf zum Test entspricht die Notwendigkeit, entsprechende Versorgungsstrukturen bereit zu stellen, in denen sich Angehörige der Zielgruppen nicht diskriminiert, sondern akzeptiert und wohl fühlen können, in denen ihnen eine ausreichende Pre- und Post-Test-Beratung angeboten wird, und in denen neben der Untersuchung des Blutes gegebenenfalls auch Abstriche an den primären Geschlechtsteilen sowie am Anus vorgenommen werden.

Die im „Schnelltest“ liegende Möglichkeit, den HIV-Status innerhalb einer Stunde

zu erfahren, kann die Testbereitschaft erhöhen und die (in der Schweiz vergleichsweise geringe) Quote derer, die sich testen lassen, das Testergebnis aber nicht abfragen, senken. Der (wegen seiner geringeren Spezifität wie jeder Suchtest im Falle eines positiven Befundes stets von einem Western Blot zu bestätigende) Schnelltest sollte deshalb Bestandteil von Präventionsstrategien sein.

- Die Zunahme sexuell übertragbarer Infektionen (sowie ihre wechselseitigen Interferenzen mit HIV) vor allem bei MSM sowie die – bislang in Zürich erst in Form von wenigen Fällen auftretende – Zunahme von Hepatitis C-Infektionen vor allem bei IDU, aber auch bei HIV-positiven MSM (die für eine Hepatitis C-Infektion empfänglicher sind als Menschen ohne HIV) erfordert die Umstellung und Erweiterung der Präventionsbotschaften über die *safer sex*- und *safe use*-Botschaften hinaus (in Hinblick auf Hepatitis C zum Beispiel die strikte Vermeidung von Utensilien und Substanzen, die mit Blut in Berührung gekommen sein können; für MSM vor allem relevant beim Fisten bzw. der gemeinsamen Benutzung von Saugröhrchen bei nasal applizierten Drogen, vor allem Kokain). Auch diese Strategie der Risikoreduktion sollte von der Aufforderung zu einem (mindestens) jährlichen Test auf HIV und STI sowie Hepatitis C begleitet sein.
- Es geht um freiwillige, vertrauliche (auf Wunsch anonyme) Tests auf der Basis von *informed consent*. Die von den US-amerikanischen *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) vorgeschlagene opt-out-Regelung, nach der ein HIV-Test ohne Ankündigung vorgenommen werden kann, wenn der/die Betroffene nicht widerspricht, wird in Europa nahezu durchgängig abgelehnt. Da die Vornahme des Tests allein keine nachhaltigen Verhaltensänderungen bewirkt, soll – wo immer möglich – eine ausführliche Pre- und Post-Test-Beratung inkl. Risikoanamnese und Erörterung möglicher Hinderungsgründe und ihrer Überwindung für präventives Verhalten angeboten werden. Auch in Zeiten von ART und bei – im Vergleich zu den 1980er Jahren – entspannterer Bürgerrechtssituation bleibt ein HIV-Test ein oft dramatisch erlebtes „life-event“. Deshalb muss es für Menschen mit positivem Test sofortigen Zugang zu psychosozialer Unterstützung bei der Bewältigung der Diagnose geben.

Damit verändert sich das Verhältnis zwischen sozialer und medizinischer Prävention. Auch unter der neuen Lage gibt es keinen vernünftigen Grund für eine Rückkehr zu Strategien, in denen die Ermittlung von Infektionsquellen Priorität vor den anderen Zielen der Prävention hat (wie in der „Suchstrategie“, „Old Public Health“). Dies wäre der bürgerrechtlich und gesundheitspolitisch falsche Weg. Deshalb geht es darum, die medizinischen Komponenten in das Paradigma der „gesellschaftlichen Lernstrategie“ („New Public Health“) zu integrieren: *safer sex* plus Gang zum HIV- und STI-Test, plus Impfung Hepatitis A und B, gegebenenfalls plus Therapie sowie plus Adhärenz.

- Zu den medizinischen Komponenten der Prävention¹² gehört auch die Möglichkeit der Post-Expositionsprophylaxe (PEP): innerhalb von 48 Stunden nach einer Infektionssituation erhalten HIV-negative Menschen eine ART, die sie dann ca. vier Wochen durchzuhalten haben – einschliesslich der oft nicht unerheblichen unerwünschten Wirkungen. Angesichts der Studienlage, die auf einen relativ starken Schutz hindeuten, sollte PEP in die Präventionsstrategie integriert und auch breiter zugänglich gemacht werden. Eine Zunahme von „Leichtsinn“ ist angesichts der Prozedur und ihrer Risiken kaum zu befürchten.

¹² Genau genommen ist PEP Sekundärprävention „auf Verdacht“.

- Zum Teil im Selbstlauf, zum Teil auch infolge dieser Veränderungen haben sich zudem Änderungen im Verhalten der Zielgruppen ergeben, auf welche die Bemühungen der Prävention ebenfalls einzugehen haben: Die ursprünglich simplen Präventionsregeln beim Sex („Ficken nur mit Kondom, kein Sperma in den Mund“) sind zwar in weiten Teilen sowohl der Allgemeinbevölkerung als auch der Zielgruppen der MSM, FSW und MSW Konsens und Norm, sie werden aber von differenzierteren, individuellen Strategien der Risikominderung überlagert und zum Teil abgelöst. Dabei gibt es falsche bzw. hoch irrtumsanfällige und deshalb hoch riskante Varianten (z.B. „sero-guessing“, Risikoverteilung zwischen „aktivem“ und „passivem“ Partner beim Analverkehr) sowie auch Strategien, die bei entwickelter Kommunikationsfähigkeit beider Partner, eine den Ursprungsregeln von *safer sex* ähnliche Risikosenkung bewirken können (z.B. „sero-sorting“, „negotiated safety“).

Zielgruppen

a) MSM

Die Hauptlast der HIV-Epidemie und auch einen überproportional hohen Anteil an den STI tragen MSM. Zu Recht stehen sie deshalb auch im Mittelpunkt der Aktivitäten auf der Interventionsachse 2.

Durch den gesellschaftlichen Prozess der „Normalisierung“ von Aids ist die „Aids-Community“, die in den 1980er Jahren sowohl emotionale und soziale Unterstützung als auch ein grosses Reservoir formeller und informeller *volunteers* bot, weitgehend zerfallen. Gleichzeitig haben sich die Projekte und Institutionen im HIV-Feld – wie die Zürcher Aids-Hilfe – von Selbsthilfeorganisationen der betroffenen Gruppen (vor allem wiederum MSM) zu professionalisierten Trägern öffentlicher und öffentlich finanzierter Gesundheits-sicherung entwickelt, die aber zu ihrer Funktionsfähigkeit nach wie vor auf personelle Verankerung in und auf praktische Unterstützung durch Mitglieder dieser *community* angewiesen sind. Dies erfordert eine planvolle Strategie, die die *gay community* wieder zu einem wichtigen und wahrgenommenen Bezugspunkt auch auf dem Gebiet der HIV/STI-Prävention werden lässt. Der beste Weg, dies zu unterstützen, wird im Ausbau von Institutionen gesehen, die zum einen eine klar konturierte „schwule“ Identität haben und sich zudem nicht nur um HIV und STI kümmern, sondern Dienstleistungen und Mitmachmöglichkeiten im Hinblick auf alle typischen bzw. spezifischen Gesundheitsprobleme von MSM bieten. Das schliesst auch die Verstärkung der Bemühungen um die Gewinnung, Qualifizierung, Führung und Pflege von *volunteers* ein. Der Ansatz des Checkpoint in Zürich erscheint in diesem Zusammenhang vorbildlich.

b) Migrantinnen und Migranten

Für die wichtigen Zielgruppen von Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit erhöhter HIV-Prävalenz, vor allem aus Subsahara-Afrika erscheint der der Prävention mit MSM zugrunde liegende Gedanken des *community building* und der Partizipation ebenfalls als bester Ansatz, bedarf aber anderer Formen. Da das Risiko einer HIV-Infektion im Leben dieser Migrantinnen und Migranten nicht das grösste Problem ist, mit dem sie zu kämpfen haben (Aufenthaltsstatus, Arbeitsstelle, Ausbildung, Sprache, Diskriminierung spielen in der Regel eine grössere Rolle), und da zudem im Hinblick auf HIV Tabuschränken und Binnendiskriminierungen zu finden sind, kann das Thema HIV/STI erfolgreich nur (1) im Rahmen der anderen sozialen und gesundheitlichen Probleme der jeweiligen *community* und (2) nicht „von aussen“ angegangen werden. Der Ansatz der Unterstützung von MSO

und die Einbringung von Gesundheitsthemen durch geschulte Mediatoren aus der jeweiligen *community* erscheint deshalb zielführend (Rosenbrock, 2010), wird aber offenbar bis heute noch nicht konsequent umgesetzt.

c) FSW

Im Hinblick auf FSW gilt es, die Vielfalt an Arbeitsorten und Arbeitsbedingungen zu beachten. Soweit möglich, sollten auch hier die Möglichkeiten des *community building* genutzt werden, wie es in einfacher Form durch Angebot von Informations- und Unterstützungsveranstaltungen bereits geschieht. Allerdings sind diese Möglichkeiten wegen der schnellen Fluktuation und der oftmals im Hintergrund wirkenden Strukturen von Ausbeutung und Abhängigkeit (durch Zuhälter und Familien) begrenzt. Zu beachten ist, dass die heterosexuelle Prostitution heute weitgehend von Migrantinnen, derzeit vor allem aus Südosteuropa, bestritten wird und oftmals den Charakter von Armutsprostitution annimmt. Das erhöht die Vulnerabilität im Hinblick auf ausbeuterische Strukturen und vermindert auch den Widerstand gegen infektiöser (unsafe) Sex. Hier erscheinen zusätzlich traditionelle Zugangswege wie (aufsuchende) Gassenarbeit sowie Angebote in Treffpunkten ausichtsreich.

5.3 Interventionsachse 3

Zugang und Qualität der Krankenversorgung sind nicht Gegenstand dieser Expertise. Deshalb werden hier nur zwei Aspekte angesprochen, bei denen die Versorgung von Menschen mit HIV und STI auch Konsequenzen für die Prävention im Sinne der Infektionsverhütung hat:

- Aus ethischen und praktischen Gründen der Motivation kann eine Diagnose (HIV, STI etc.) sinnvoll nur angeboten werden, wenn im Falle eines positiven Befundes auch die Therapie gewährleistet ist. Dies aber ist bei vielen für HIV und STI besonders vulnerablen Menschen (insbesondere im Bereich Migrantinnen und Migranten, FSW und MSW) nicht der Fall. Hier besteht eine humanitäre und präventionspolitische Notlage, die angesichts der hohen Kosten einer ART (und der „Unsichtbarkeit“ der durch Unterlassung verursachten Wirkungen – vermeidbare Infektionen und Kosten) offenbar auch nicht leicht auszulösen ist.
- Angesichts der – gruppenbezogen – primärpräventiven Wirkungen einer wirksam eingesetzten ART bei HIV und der verfügbaren Therapien bei STI sind rechtzeitige Diagnose und Therapieadhärenz auch präventionspolitisch wichtige Ziele. Deshalb soll die angemessene Inanspruchnahme von Tests auch sowohl in den jeweiligen *communities* als auch von Institutionen der Krankenversorgung propagiert werden und die Anzahl von Therapie-Abbrechern minimiert werden (Rosenbrock und Schmidt, forthcoming). Die Voraussetzungen hierfür erscheinen besonders gut in *settings* der Krankenversorgung, die die Besonderheiten und Bedürfnisse der jeweiligen *community* verstehen und respektieren. Im Idealfall integrieren solche Institutionen medizinische Hilfe mit Angeboten psychosozialer Unterstützung.

An alten und neuen Entwicklungsaufgaben, die von den Akteuren der Prävention auf allen drei Interventionsachsen und von der politischen Steuerung angegangen werden sollten, mangelt es also nicht. Sie beziehen sich sowohl auf das *framing* der Prävention (*sexual health* und allgemeine Gesundheitsförderung) als auch auf die Erreichung von Zielgruppen mit alten und neuen Medien sowie auf die Veränderungen, die sich aus der Behandelbarkeit der HIV-Infektion ergeben und die damit ein neues Verhältnis zwischen sozialer und medizinischer Prävention erfordern.

6 Akteure und Aktionen in der HIV/Aids- und STI-Prävention Stadt und Kanton Zürich

6.1 Einleitung

Im föderalen System der Schweiz liegt die Kompetenz zur Umsetzung von „Public Health“-Massnahmen hauptsächlich bei den Kantonen. Aber auch die Gemeinden sind beteiligt. Gemäss dem Gesundheitsgesetz (GesG § 46) unterstützen der Kanton und die Gemeinden Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung (Gesundheitsförderung) und zur Verhütung, Früherkennung und Früherfassung von Krankheiten (Prävention). Daher investieren neben dem Kanton auch die Stadt Zürich und weitere Gemeinden in die HIV-Prävention. Das folgende Kapitel bespricht die Situation der Akteure im Kanton Zürich unter den derzeit gültigen rechtlichen Bedingungen. Stadt und Kanton Zürich sind für die HIV/Aids- und STI-Prävention im Kanton bzw. in der Stadt zuständig, wobei die Entscheidkompetenz vorwiegend auf kantonaler Ebene liegt. Aber auch NGOs sowie öffentlich-privat getragene Organisationen beteiligen sich an den Präventionsaufgaben. Damit findet die HIV- und STI-Prävention in einem klassischen Mehrebenensystem statt. Besonders deutlich werden diese *multi-level* Beziehungen bei der Finanzierung: die NGOs, die im Bereich der HIV- und STI-Prävention im Kanton Zürich tätig sind, werden nicht nur durch kantonale, sondern auch durch kommunale und zum Teil direkt durch Bundesbeiträge finanziert. Die genauen Ausgaben für die HIV- und STI-Prävention sind nicht bekannt.

Im Folgenden werden zuerst die staatlichen Akteure im Kanton Zürich (Kapitel 6.2) und in der Stadt Zürich (6.3) beschrieben. Kapitel 6.4 bespricht eine von der öffentlichen Hand und Privaten gemeinsam getragene Organisation. Anschliessend werden die nicht-staatlichen Akteure besprochen (Kapitel 6.5). In Kapitel 6.6 folgt ein Fazit. Tabelle 1 auf Seite 51 gibt einen Überblick über die wichtigsten Akteure. Die Informationen zu den einzelnen Akteuren sind den Jahresberichten und Webseiten der Organisationen sowie den Experteninterviews entnommen.

6.2 Kantonale Akteure

Von den kantonalen Direktionen sind die Gesundheitsdirektion (GD) und die Bildungsdirektion in die HIV/Aids- und STI-Prävention involviert. Weiter sind das Universitätsspital Zürich und das Kantonsspital Winterthur beteiligt sowie die Kantonale Kommission für Aidsfragen als beratendes Gremium. Diese Akteure werden im Folgenden besprochen.

Gesundheitsdirektion: Kantonsärztlicher Dienst, Fachstelle für Aids- und Suchtfragen

Die Fachstelle für Aids- und Suchtfragen ist dem Kantonsärztlichen Dienst der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich angegliedert. Die Fachstelle ist hauptverantwortlich für die Umsetzung des nationalen HIV/Aids-Programms und koordiniert die Aktivitäten in diesem Politikfeld (Plüss et al., 2009: 78). Die zuständige Person verwendet einen Teil ihrer 60 Stellenprozente für die HIV-Prävention. Die Aufgaben liegen im Bereich der Bewilligungen und der Aufsicht, für die „Frontarbeit“ ist der kantonsärztliche Dienst nicht zuständig, auch nicht für die Qualitätssicherung. Aus Sicht des Kantonsärztlichen Dienstes

wären die Strukturen der Tuberkulosebekämpfung auch ein geeignetes Paradigma für die HIV-Bekämpfung.

Für den gesamten Bereich Prävention und Gesundheitsförderung hat der Kantonsärztliche Dienst rund 4 Mio. CHF zur Verfügung. Davon gehen 2,5 Mio. CHF an das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPM), das dafür Monitoring, Berichte, Kampagnen, Impfkampagnen, Massnahmen zur psychischen Gesundheit und gegen Sucht durchführt. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich finanziert mit jährlichen Beiträgen Angebote im Bereich HIV-Prävention im Umfang von 890'000 CHF: 350'000 CHF gehen an die Zürcher Aids-Hilfe (ZAH), 90'000 CHF an die Fachstelle „liebesexundsoweiter“ Winterthur sowie 450'000 CHF an die Subventionierung der Spritzenabgabe. Um eine bessere Koordination der verschiedenen Organisationen und Projekte zu erreichen, hat die Gesundheitsdirektion die ZAH als Hauptpartnerin im Bereich HIV/Aids-Prävention bestimmt, der die Koordination der Projekte obliegen soll. Seit 2009 ist die ZAH neben der Fachstelle „liebesexundsoweiter“ Winterthur die alleinige Empfängerin von Staatsbeiträgen im Bereich HIV/Aids-Prävention. Dieser Regierungsratsbeschluss gilt bis 2016. In der kantonalen Subvention an die ZAH sind auch je 30'000 CHF für das Projekt HERRMANN und für Isla Victoria enthalten. Insgesamt subventioniert der Kanton Zürich NGOs im Bereich der HIV-Prävention in geringerem Umfang als der Kanton Genf, der mit einer vergleichbaren HIV-Epidemie konfrontiert ist. Das « Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé » des Kantons Genf subventioniert folgende NGOs jährlich mit insgesamt rund 3.5 Mio. CHF: Groupe Sida Genève (1'735'00), Dialogai (705'00) Première Ligne (2'695'000), PVA (200'000) (Huissoud et al., 2010).

Bildungsdirektion: Volksschulamt, Schulärztlicher Dienst

Das Volksschulamt ist für die Volksschulen und damit für die Kindergarten-, die Primar- und die Sekundarstufe im Kanton Zürich zuständig. Der Schulärztliche Dienst ist im Volksschulamt der Bildungsdirektion des Kantons Zürich der Abteilung Sonderpädagogisches unterstellt. Er berät und unterstützt die Schulärztinnen und Schulärzte in Fragen der Prävention, Gesundheitsförderung, in gesundheitlichen Fragen im Zusammenhang mit der Schule, des Impfwesens und Vorsorgeuntersuchungen und ist damit auch zuständig für die HIV-Prävention in der Volksschule. Zudem beteiligt sich der Kanton finanziell an der Fachstelle „Lust und Frust“, die Führung liegt aber bei der Stadt. Die Koordination des kantonalen Schulärztlichen Dienstes mit städtischen Behörden im Bereich HIV-Prävention steht erst am Anfang.

Die HIV/Aids-Prävention an der Zürcher Volksschule hat eine lange Tradition und wurde ab 1991 zum festen Bestandteil des Lehrplans. Diese geht auf ein vom Erziehungsrat verabschiedetes Konzept für die HIV/Aids-Prävention an Schulen zurück, welches die Teilnahme am Unterricht zu HIV und Aids für obligatorisch erklärte (Neuenschwander et al., 2005b: 153). Aufgrund des Wiederanstiegs von HIV-Infektionen in der Schweizer Bevölkerung sieht sich der Schulärztliche Dienst gefordert, die HIV/Aids-Prävention an der Volksschule des Kantons Zürich zu verbessern. Gemäss der Webseite des Schulärztlichen Dienstes hat eine Untersuchung im Kanton Zürich gezeigt, dass bis zu 40 Prozent der Schülerinnen und Schüler am Ende der Volksschulzeit einen ungenügenden Wissensstand über HIV/Aids haben. Der Bildungsrat des Kantons, der Lehrpläne und Reglemente erlässt, hat im Jahr 2008 Schulpflegen und Schulleitungen aufgefordert, die HIV/Aids-Prävention an den Volksschulen konsequent durchzusetzen.

Die HIV/Aids-Prävention wurde als vertikales System eingeführt. Es wurden inzwischen Anstrengungen unternommen, die HIV/Aids-Prävention in das Thema *sexual health* zu integrieren. Der Lehrplan verpflichtet die Lehrpersonen, Aspekte der Sexualerziehung in

ihren Unterricht einzubauen. Die Volksschullehrpersonen haben in ihrer Ausbildung jedoch nur eine sehr geringe obligatorische Stundenzahl für Ausbildung in Sexualpädagogik (Primarschule 2 Stunden, Oberstufe 4 Stunden). Grundsätzlich beobachten befragte Fachkräfte eine steigende Nachfrage nach Sexualpädagogik, dies auch als Konsequenz einer zunehmenden *sexual health*-Diskussion. Die Qualität der Sexualaufklärung in den Volksschulen weist jedoch gemäss Experten und Expertinnen eine grosse Varianz auf und ist abhängig von den Schul- und Schulpflegeleitungen.

Das Gesundheitsgesetz von 2008 verpflichtet Kanton und Gemeinden Gesundheitsförderung und Prävention in der Volksschule zu betreiben. Im Lehrplan für die Volksschule im ganzen Kanton Zürich sind Gesundheitsförderung und Prävention als fächerübergreifende Unterrichtsgegenstände verankert. Im Zusammenhang mit dem Konzept „Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention in Zürcher Volksschulen“ des Bildungsrates von 2009 wurden in Zusammenarbeit mit der Pädagogischen Hochschule Zürich Planungshilfen für den Unterricht erstellt. Die Planungshilfen liegen in stufenspezifischen Varianten für Kindergarten, Unter-, Mittel- und Sekundarstufe vor, haben allerdings keinen verbindlichen Charakter. Sexuelle Gesundheit und Sexualerziehung stellt in den Planungshilfen für die Mittel- und Sekundarstufe jeweils ein eigenes Themenfeld dar. Die HIV/Aids-Prävention wird schwergewichtig in der Planungshilfe für die Sekundarstufe behandelt. Im Unterschied zur Mittel- und Berufsschulstufe ist die Sexualpädagogik für Volksschulen im Schulbudget eingerechnet. Im Bereich der Sexualpädagogik und auch in Bezug auf die HIV-Prävention findet in der Volksschule des Kantons Zürich jedoch keine Qualitätskontrolle statt. Auch die Umsetzung der Planungshilfen ist freiwillig und ohne Qualitätssicherung. Allgemein lässt sich festhalten, dass wenig Möglichkeit für die Qualitätskontrolle im Bereich Sexualpädagogik besteht. Das Problem liegt gemäss Experten und Expertinnen vor allem in der Autonomie der Gemeinden. Dies könnte sich mit dem Projekt „Lehrplan 21“ ändern: Zurzeit (voraussichtlich bis 2014) wird ein gemeinsamer Lehrplan für die Volksschule in der deutschsprachigen Schweiz erarbeitet. Der neue Lehrplan 21 strebt eine integrierte *sexual health*-Erziehung in der Volksschule an.

Gegen die Sexualpädagogik richtet sich allerdings auch immer wieder die Kritik von Seiten der SVP und der EDU. Jüngstes und bedeutendstes Beispiel ist die kürzlich lancierte „Petition gegen die Sexualisierung der Volksschule“ auf nationaler Ebene, die von der SVP und der EDU, aber auch von einzelnen Exponenten der CVP unterstützt wird. Diese richtet sich gegen die Einbettung der Sexualpädagogik in den Lehrplänen der Volksschule, wie es etwa im Projekt „Lehrplan 21“ angestrebt wird. Die Kritik richtet sich speziell gegen das Kompetenzzentrum „Sexualpädagogik und Schule“ der Pädagogischen Hochschule Luzern.

Die grundsätzlich breit akzeptierte Sexualpädagogik und damit verbundene Bestrebungen zur Verbesserung und Anpassung der Lehrpläne dürften vor diesem Hintergrund in Zukunft vor grösseren Herausforderungen stehen. In diesem Zusammenhang sah sich die Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren veranlasst festzuhalten, dass im neuen Lehrplan 21 explizit keine Sexualekunde auf der Kindergartenstufe vorgesehen ist und dass die primäre Verantwortung für die Sexualerziehung auch in Zukunft bei den Eltern liegen werde. Der Sexualekundeunterricht beginne auch mit dem neuen Lehrplan in der Regel gegen Ende der Primarschulzeit und werde auf der Sekundarstufe fortgeführt.¹³

¹³ www.lehrplan.ch.

Bildungsdirektion: Mittelschul- und Berufsbildungsamt

Das Mittelschul- und Berufsbildungsamt (MBA) der kantonalen Bildungsdirektion ist für die HIV-Prävention an Mittel- und Berufsschulen im Kanton Zürich zuständig. Seit dem Schuljahr 2007/08 wird an den Mittel- und Berufsfachschulen im Kanton Zürich HIV/Aids-Prävention umgesetzt. Das MBA gibt im Kontrakt den Mittel- und Berufsfachschulen den Auftrag, die HIV/Aids-Prävention umzusetzen. Dem Auftrag liegt das Konzept „HIV/Aids-Prävention an Mittel- und Berufsfachschulen“ zu Grunde. Für die Umsetzung der HIV/Aids-Prävention wird durch das MBA ein fixer Betrag von 250 CHF pro Klasse abgegolten. Die Kosten pro Jahr für die Jahre 2008 bis 2011 belaufen sich auf 231'000 CHF. Seit 2011 liegt der neu überarbeitete Leitfaden „Sexuelle Gesundheit an Mittel- und Berufsfachschulen“ vor. Dieser Leitfaden wurde vom Bereich Prävention und Sicherheit im MBA in Zusammenarbeit mit den Fachstellen „liebesexundsoweiter“ und „Lust und Frust“ entwickelt. Er vermittelt Informationen über die Umsetzung der Prävention von HIV und STI. Weiter enthält er didaktische und inhaltliche Hinweise, besonders für Schulen, die für die Umsetzung des Themas „Sexuelle Gesundheit“ keine externen Fachpersonen beziehen.

Universitätsspital Zürich, Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene

Die Klinik Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des Universitätsspitals Zürich betreut stationär und ambulant Patienten mit Infektionskrankheiten. 2009 haben 3'572 anonyme HIV-Tests und -Beratungen stattgefunden. Früher waren es jährlich über 4'000 Tests. Der – anonyme – HIV-Test wird montags und mittwochs am frühen Abend angeboten und kostet 50 CHF. Es gibt in jedem Fall ein Pre-Test Counselling nach BerDa (vom BAG entwickelter Beratungsleitfaden und Datenverwaltungssystem für *voluntary counselling and testing* (VCT)-Stellen), bei Bedarf auch ein Post-Test Counselling. Die Beratung konzentriert sich auf HIV, im Hinblick auf STI ist gemäss Experten kein grosser Bedarf erkennbar. Mit der Versorgung von Migrantinnen und Migranten hat die Klinik kaum etwas zu tun. Wegen dem beständigen finanziellen Druck wurde eine Stelle für den anonymen HIV-Test gestrichen. Die Abteilung versorgt ambulant und stationär ca. 2'000 HIV-Patienten. Die Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene bietet auch einen Notdienst zu PEP, der immer erreichbar ist. Pro Jahr werden 200 bis 400 PEP verabreicht, jeweils nach einem Schnelltest. Rund die Hälfte der Fälle betreffen Nadelstichverletzungen in der Klinik.

Die Klinik betreibt auch Forschung im Bereich HIV und beteiligt sich an der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHCS). Aus Sicht des Klinikdirektors ist die Kohortenstudie für die HIV-Prävention sehr wichtig und ihre gesicherte Finanzierung ein zentrales Anliegen. Ebenfalls organisiert die Klinik Weiter- und Fortbildungen unter anderem auch für den HIV-Bereich. Diese vom USZ organisierten Fortbildungen werden laut Interviewten von auf HIV spezialisierten Ärzten durchweg sehr positiv eingeschätzt.

Kantonsspital Winterthur, Medizinische Poliklinik

In der infektiologischen Sprechstunde der Medizinischen Poliklinik des Kantonsspital Winterthur werden Patienten mit Infektionskrankheiten betreut. Die Klinik führte 2009 574 anonyme HIV-Tests und 576 pflegerisch aufwendige Therapien durch.

Kommission für Aidsfragen des Kantons Zürich

Die Kantonale Aidskommission wurde 1987 gegründet. Die Mitglieder werden seit 1991 vom Regierungsrat gewählt. Die Aidskommission tagt zwei Mal im Jahr. Sie berät die Gesundheitsdirektionen zu Fragen im Zusammenhang mit der HIV/Aids-Prävention im Kan-

ton Zürich. Die Kommission wird vom Sozial- und Präventivmediziner Felix Gutzwiller präsiert. Der Kommission angehören u.a. der Zürcher Kantonsarzt, der Leiter der HIV-Sprechstunde sowie der Test- und Beratungsstelle am USZ, ein Vertreter der Bildungsdi- rektion sowie ein Vertreter der ZAH. Die Rolle der Kantonalen Aidskommission wird ge- mäss Neuenschwander et al. (2005b, 154) unterschiedlich eingeschätzt. Heute hat die Kommission noch zwei Kernfunktionen: Koordination und Expertentätigkeit. Nach Ab- schluss der aktuellen Amtsperiode (2011-2015) und mit dem absehbaren Ausscheiden des ständigen Vorsitzenden wird sich die Frage nach dem Fortbestehen der Kommission stel- len.

6.3 Städtische Akteure

In der Stadt Zürich ist das Gesundheits- und Umweltdepartement mit dem Stadtärztlichen Dienst, der Gynäkologischen Sprechstunde und dem Dermatologischen Ambulatorium des Stadtpitals Triemli in die HIV/Aids- und STI-Prävention involviert. Im städtischen Schul- und Sportdepartement ist der Schulärztliche Dienst zuständig. Neben diesen beiden Depar- tementen ist zudem das Sozialdepartement mit der Frauenberatung Flora Dora im HIV- und STI-Präventionsbereich tätig. Diese Akteure werden im Folgenden besprochen.

Gesundheits- und Umweltdepartement: Stadtärztlicher Dienst, Bereich „Pub- lic Health“

Kernaufgabe des Stadtärztlichen Dienstes ist die Bekämpfung von übertragbaren Krank- heiten und die medizinische Behandlung von Armen und Randständigen. Neben den direk- ten ärztlichen Betreuungsaufgaben ist der Stadtärztliche Dienst auch für die öffentliche Gesundheitsplanung und Vernetzungsarbeiten zuständig und berät viele städtische Dienstabteilungen. Die Abteilung gewann in den 1980er Jahren im Zusammenhang mit der offenen Drogenszene grössere Bedeutung. Sie war dort an der Spritzenabgabe und Organi- sation von Kontakt-Anlaufstellen beteiligt. Aus dieser Tradition sind auch das Ambulatori- um Kanonengasse sowie Flora Dora hervorgegangen (siehe unten).

Der Stadtärztliche Dienst finanziert zwar die HIV-Prävention in Zürich mit, er gestaltet und steuert aber keine Strukturen und Prozesse der HIV-Prävention. Aus Sicht des Stadt- ärztlichen Dienstes ist die Prävention im Bereich MSM an die ZAH delegiert. Die Aufga- bendelegation erfolgt damit an bewährte Akteure, jedoch ohne Steuerung und Qualitätssi- cherung. Der Stadtärztliche Dienst konzentriert sich auf die Einzelfallhilfe (z.B. Randstän- dige mit Hepatitis C). Es gibt es einen städtischen Fonds für Härtefälle, der für die kosten- lose medizinische Versorgung von Unversicherten verwendet wird. Gemäss den Zuständi- gen wird dieser Fonds aber nicht für ART verwendet.

Der Stadtärztliche Dienst ist auch in das departementsübergreifende Projekt „Rotlicht“ involviert. Das Projekt „Rotlicht“ ist ein Gestaltungsversuch im Rahmen der strategischen Orientierung „Stadtleben im öffentlichen Raum“ des Stadtrates und ist grundsätzlich dem Polizeidepartement unterstellt. Das Projekt will das gesamte Rotlichtmilieu in der Stadt Zürich, einschliesslich der Strassenprostitution, analysieren und neue Strukturen schaf- fen.¹⁴ Im Rahmen des Projekts wurden die neue Strichzone und die Prostitutionsgewerbe- verordnung ausgearbeitet. Strukturelle Veränderungen sind bisher wenig erkennbar. Ausser einer quantitativen Anpassung des Angebots von Flora Dora im Zusammenhang mit dem neuen Strichzonenplan (siehe Seite 4) hat sich im Bereich HIV/STI-Prävention nichts ge- ändert. Der Vizedirektor des Stadtärztlichen Dienstes war an der Erarbeitung der neuen

¹⁴ Auszug aus dem Protokoll des Stadtrates von Zürich vom 10. März 2010 (GR Nr. 2009/392).

Strichzone beteiligt. Der Entwurf der neuen Prostitutionsgewerbeverordnung wurde von einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe des Projekts „Rotlicht“ erarbeitet (siehe auch Seite 4). Der Stadtärztliche Dienst unterstützt grundsätzlich die Prostitutionsgewerbeverordnung, sieht aber auch das Spannungsfeld Erreichbarkeit vs. Illegalität.

Die direkten Beziehungen zum HIV-Bereich des Stadtärztlichen Dienstes sind sehr begrenzt, auch bei der Umsetzung des NPHS spielte die Stadt Zürich nicht direkt eine Rolle. Für den Stadtärztlichen Dienst ist jedoch die Kantonale Aids-Kommission eine wichtige Institution. Obwohl es aus Sicht des Stadtärztlichen Dienstes schon viele departementsübergreifende Schnittstellen gibt (diese wurden wohl auch durch das Projekt „Rotlicht“ bewusst gemacht), wünschen sich die Befragten ein zusätzliches departementsübergreifendes Austauschgremium in Anlehnung an das Projekt „Rotlicht“, ein Forum „auf Augenhöhe“ zu HIV, an dem neben den staatlichen Stellen auch die NGOs beteiligt wären.

2011 beschloss der Stadtrat, den Stadtärztlichen Dienst einer Reorganisation zu unterziehen. Für die HIV/STI-Prävention werden durch die Neuorganisation keine negativen Konsequenzen befürchtet (eher positive, wie etwa neue Synergien mit Städtischen Gesundheitsdiensten). Befragte Experten erwarten durch die Neuorganisation keine Konsequenzen für die Finanzierung und Steuerung von Aktivitäten im Bereich HIV/STI. Gründe für die Reorganisation sind gemäss Angaben aus dem Stadtärztlichen Dienst vor allem Effizienzüberlegungen. Die Kommunikation der Reorganisation habe Missverständnisse hervorgerufen. Es ist eine schnelle Reorganisation geplant, die Aufgaben des Stadtärztlichen Dienstes werden beibehalten. Ziel für die Umsetzung ist Januar 2012.

Gesundheits- und Umweltdepartement: Städtische Gesundheitsdienste, Gynäkologische Sprechstunde im Ambulatorium Kanonengasse

Die Gynäkologische Sprechstunde ist ein niederschwelliges für Frauen spezialisiertes Angebot am Standort des Ambulatoriums Kanonengasse und ist Teil des Angebots der Städtischen Gesundheitsdienste. Der Kanton Zürich beteiligt sich mit einem Staatsbeitrag am beitragsberechtigten Defizit der gynäkologischen Sprechstunde. Die Sprechstunde richtet sich hauptsächlich an medizinisch unterversorgte Frauen in der Stadt Zürich, die insbesondere als Sexworkerinnen tätig sind und/oder an einer Suchterkrankung leiden. Das Angebot ist – wie sehr viele STI/HIV-bezogene Angebote in Zürich – in den 1980er Jahren aus der Drogenarbeit hervorgegangen, als „Gassenzimmer“ für IDU. Mittlerweile liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der Versorgung von FSW, wo eine erhebliche Unterversorgung im Hinblick auf STI (und möglicherweise auch HIV) und Schwangerschaftsfragen besteht (Abbruch, Betreuung, Geburtshilfe). FSW machen denn auch die grösste Klientengruppe aus (Erlinger et al., 2011): Nur 10 Prozent der Klientinnen arbeitet auf dem Strassenstrich, der grösste Teil sind andere FSW (ca. 50 Prozent). Die Klientel besteht aber nicht nur aus FSW, sondern auch zu ca. 30 Prozent aus Sans Papiers (mit Tätigkeit z.B. als Hausmädchen, Putzfrau), abgelehnten Asylbewerberinnen, Frauen ohne Krankenversicherung, Aussteigerinnen, Obdachlose und zu knapp 10 Prozent aus IDU. Es werden auch weibliche Sans-Papiers behandelt, die durch die „Sans-Papiers Anlaufstelle Zürich“ (SPAZ) an die Gynäkologische Sprechstunde verwiesen werden. Die SPAZ ist für rechtliche und formale Probleme einschliesslich Krankenversicherungen zuständig. Nach Auskunft der Interviewpartnerinnen sind die meisten der FSW nicht krankenversichert. Manchmal könnten die Frauen nachversichert werden.

Die Gynäkologische Sprechstunde verfügt über 120 Stellenprozent verteilt auf sechs bis acht Oberärztinnen für ärztliche Dienstleistungen und 280 Stellenprozent für die Pflege, verteilt auf sechs Pflegefachkräfte. Die Sprechstunde ist von Montag bis Freitag 8 bis 17 Uhr geöffnet. Die ärztliche Präsenz beträgt 25 Wochenstunden, die Pflege ist ganztags prä-

sent. Es werden ungefähr 700 Patienten im Jahr betreut mit insgesamt 1'200 bis 1'400 Konsultationen. Eine Konsultation wird entweder mit einer Pauschale von 130 CHF über eine Krankenkasse abgerechnet, von der Patientin selbst bezahlt (60 CHF pro Konsultation), oder bei Zahlungsunfähigkeit, gratis angeboten. In diesem Fall werden die Kosten von der Institution selbst und somit von der Stadt Zürich übernommen. Das Angebot deckt den Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe ab mit Fokus auf Krebsprävention, STI, Verhütung unerwünschter Schwangerschaften und psychosoziale Betreuung. Die Frauen können mit oder ohne Anmeldung in die im Rotlichtbezirk vom Kreis 4 gelegene Sprechstunde kommen, es folgt eine 30-minütige Anamnese durch Ärztin und Pflegekraft, wobei oft erst dann der wahre Grund des Kommens zum Ausdruck kommt. Vor der ärztlichen Konsultation erfolgt eine 20 bis 30 minütige Beratung über das Testangebot (HIV und andere STI) und über mögliche präventive und therapeutische Konsequenzen sowie eine gezielte Risikoanamnese. Auch die Mitteilung der Testergebnisse ist an eine Beratung gebunden. Es werden auch Inhalte zur reproduktiven Gesundheit und Körperhygiene vermittelt. Es wird unter anderem auf Syphilis, Chlamydien, Gonorrhoe, auf Wunsch auch auf HIV (im Gegensatz zu den MSM ist den meisten Frauen die Anonymität nicht wichtig), auf Hepatitis B und gegebenenfalls auch auf Hepatitis C getestet. Pro Jahr werden ca. ein bis zwei HIV-Fälle gefunden, andere STI sind viel häufiger. Verschiedene Therapien können vor Ort vorgenommen werden. Bei einem Teil der Klientel gibt es Probleme, die Einhaltung von Terminen und die Therapieadhärenz zu organisieren. Zur Behandlung von Syphilis wird – falls dies versicherungstechnisch möglich oder humanitär notwendig ist – an das Dermatologische Ambulatorium verwiesen. PEP und ART erfolgt durch die Infektiologie am USZ. Die Sprechstunde bietet weiter allen Frauen die Impfung gegen Hepatitis B an. Eine Analyse der Klientinnen der Gynäkologischen Sprechstunde von 2010 hat ergeben, dass bei FSW, die auf dem Strassenstrich arbeiten, die Belastung mit STI höher ist als bei den anderen FSW (siehe Erlinger et al., 2011). Durch die grosse Zahl der Neueinsteigerinnen auf dem Strassenstrich und die grosse Mobilität der FSW steht die Prävention in diesem Bereich vor grossen Herausforderungen.

Die Zuständigen der Gynäkologischen Sprechstunde sind sehr gut vernetzt mit anderen Angeboten und NGOs. Bei Verdacht auf Menschenhandel oder Gewalt in der Prostitution werden die Frauen an die Fachstelle Frauenhandel und Frauenmigration (FIZ) verwiesen. Neben der FIZ findet im Bereich der Migration auch eine Kooperation mit Meditrina statt. Es gibt eine enge Zusammenarbeit mit Flora Dora und Isla Victoria sowie dem Stadtärztlichen Dienst. Das Personal der Sprechstunde betreibt auch aufsuchende Arbeit innerhalb der vulnerablen Gruppen im Umfang von 20 Stellenprozenten, z.B. bei FSW am Drogenstrich und in Etablissements. Diese *outreach*-Arbeit umfasst auch Beratungsveranstaltungen und Einzelfallunterstützung. Es werden Aufklärungsabende zusammen mit Isla Victoria und Flora Dora angeboten. Und Flora Dora besucht – wenn Zugang da ist – Bordelle, was aber nur bei einem geringen Teil der Etablissements möglich ist.

Die geplante Prostitutionsgewerbeverordnung (siehe Seite 4) wird als eher kontraproduktiv angesehen. Es wird befürchtet, dass dadurch FSW mit Migrationshintergrund, vor allem aus Nicht-EU-Ländern, in den Untergrund und in die Agglomeration vertrieben werden. Für die Gynäkologische Sprechstunde ist es zentral, dass die hohen Standards bei Beratung, Diagnose und Behandlung aufrecht erhalten werden können. Zudem würde eine noch stärkere Vernetzung begrüsst.

Exkurs: Versorgung Unversicherter in der Schweiz

Die Krankenversicherung ist in der Schweiz obligatorisch. Trotzdem gibt es gemäss Experten und Expertinnen im Kanton Zürich ca. 20'000 bis 30'000 nicht versicherte Personen. Verschiedene Akteure im Bereich HIV/STI versuchen, nicht versicherte Personen in das Krankenversicherungssystem zu integrieren, zum Teil auch durch die Übernahme der Prämien. Bei IDU ist eine Reintegration häufig möglich. Grundsätzlich können sich auch Sans-Papiers in der Schweiz krankenversichern. Für die Krankenkassen besteht eine Kontahierungspflicht.

Die antiretrovirale Therapie (ART) gehört zum Katalog der versicherten medizinischen Angebote. Im Prinzip hat jede HIV-positive Person in der Schweiz Anrecht auf ART, auch Sans-Papiers (Plüss et al., 2009: 46). Werden die Prämien nicht bezahlt, müssen die Versicherungen gemäss einer Neuerung des Krankenversicherungsgesetzes die Kosten nicht mehr übernehmen. Dies hat gemäss Plüss et al. (2009) in Bezug auf ART zu grossen Diskussionen geführt. Die Kantone übernehmen nun hauptsächlich die Kosten für diese Fälle.

Viele ausländische Sexworkerinnen und Sexworker sind nicht versichert. Die Finanzierung der Versorgung von ausländischen MSW und FSW ist problematisch, da auch die Chance der Integration in die Sozialversicherung nicht besteht. Im Falle eines positiven HIV-Tests haben sie oft keine feste Aussicht, auch eine ART zu bekommen. Der Checkpoint etwa behilft sich in solchen Fällen durch die (auch wiederholt) gegebene Medikamentengabe im Rahmen von PEP, für die es Naturalspenden der pharmazeutischen Industrie gibt. Gemäss dem ärztlichen Leiter von Checkpoint besteht hier ein humanitäres sowie „Public Health“-Problem, dass MSW ohne Zugang zu ART im Grunde kein Motiv haben, sich auf HIV testen zu lassen. Dies trifft wohl auch auf FSW zu. In Bezug auf eine ART ist bei den FSW ein zusätzliches Problem die Mobilität (Arbeitsbewilligung für 90 Tage und zusätzliche Rotation in der Schweiz): Sie sind zu kurz hier für eine Therapie, man könne ihnen manchmal nicht einmal das Testergebnis mitteilen. Wenn man eine Therapie beginnen müsste, sind die Frauen nicht mehr hier. Wenn diese Frauen eine Therapie wollen, dann müssten sie sich anmelden und versichern lassen. Interessant ist, dass zum Beispiel TBC-Patienten ohne Aufenthaltsrecht nicht „ausgeschafft“ werden, sondern ca. sechs Monate bis Ende der Therapie im Lande behalten und versorgt werden. Gemäss den Zuständigen des Stadtärztlichen Dienst gelte es generell, im Fall von Randgruppen das Verhältnis zwischen Hilfe und Repression ausgewogen zu gestalten.

Gesundheits- und Umweltdepartement: Dermatologisches Ambulatorium des Stadtsitals Triemli

Das Dermatologische Ambulatorium ist eine externe Klinik des Stadtsitals Triemli und liegt im Zürcher Kreis 4. Das Dermatologische Ambulatorium befasst sich seit bald hundert Jahren mit der Diagnose und der Therapie von Geschlechtskrankheiten. Jährlich werden rund 11'000 Patientinnen und Patienten in den Bereichen Dermatologie, Venerologie und Allergologie betreut. Die Venerologie betrifft ca. 15 bis 20 Prozent aller Konsultationen. 2010 wurden unter anderem 910 Syphilis-Test und etwa 500 Urethritis-Abklärungen durchgeführt. HIV-Tests erfolgten in ähnlichem Umfang wie die Syphilis-Tests und führten in etwa zehn Fällen zu einer Diagnose, was einem leicht ansteigenden Trend entspricht. Bezüglich Syphilis befinden sich die Patientinnen und Patienten mehrheitlich im Frühstadium, selten findet sich eine Spätphase, dies vor allem bei Migrantinnen und Migranten. Im Bereich Urethritis handelt es sich meist um die akute Phase. Bezüglich HIV steht vor allem die Früherkennung sowie die Diagnose und Therapie von Komplikationen im Vordergrund. Zur Beratung und Etablierung einer antiretroviralen Therapie werden die Patien-

ten meist in die HIV-Sprechstunde der Universitätsklinik Zürich oder nach Patientenwunsch einem mit der Behandlung von HIV vertrauten niedergelassenen Arzt zugewiesen.

Die Klienten des Dermatologischen Ambulatoriums sind sehr heterogen: neben mittellosen Sans Papiers, Touristen und FSW vom Drogenstrich werden auch Wohlhabende betreut. Von den Gruppen mit erhöhtem Expositionsrisiko werden am häufigsten MSM und Freier, gefolgt von FSW und Migrantinnen und Migranten betreut. Wesentlich werden kaum MSW behandelt. Die Klientinnen und Klienten finden den Weg in die Klinik entweder über die offene Sprechstunde mit Patienten-freundlichen Zeiten oder über Zuweisungen durch unterschiedliche Fachrichtungen. Die Klinik ist sehr selten mit unversicherten Patienten konfrontiert. Häufiger und mit grossem Aufwand verbunden ist jedoch die Abklärung bezüglich eines allfälligen Leistungsstopps der betreffenden Krankenkasse. Im Falle eines Leistungsstopps wird nach einer Triage das medizinisch Notwendige zu einem reduzierten Ansatz durchgeführt. Die Gefahr, dass bedürftige Patienten durch sämtliche Maschinen fallen, wird als sehr klein eingeschätzt.

Das Dermatologische Ambulatorium führt eine enge Kooperation mit dem Universitätsspital Zürich, vor allem mit der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene. Mit der Gynäkologischen Sprechstunde im Ambulatorium Kanonengasse besteht eine rege beratende Unterstützung von Seiten des Dermatologischen Ambulatoriums, indem unklare Konstellationen und Therapiebedürftigkeit besprochen werden und Patientinnen für komplexere Therapien zugewiesen werden. Auch mit Niedergelassenen Dermatologinnen und Dermatologen besteht eine intensive Zusammenarbeit. Gelegentlich gibt es Überweisungen aus den Sozialwerken von Pfarrer Sieber sowie von Isla Victoria, Flora Dora und Meditriana. Mit den Ärzten von Checkpoint findet kein direkter Erfahrungsaustausch statt. Aus Sicht des Dermatologischen Ambulatoriums funktioniert die Kooperation im dichten Ärzte-Netzwerk mit den zahlreichen auch niederschweligen Anlaufstellen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit STIs sehr gut.

Aus Sicht der Zuständigen des Dermatologischen Ambulatoriums wird die aktuelle „Love Life“ Kampagne als notwendige *awareness*-Kampagne eingeschätzt. Kritisiert wird hingegen aus medizinischer Sicht, dass die unterschiedlichen Übertragungswege der STIs nicht ausreichend berücksichtigt werden (siehe Lautenschlager, 2012). Gemäss den Zuständigen müsste bei Risikokontakten und besonders im Sexgewerbe Oralsex mit Kondomen empfohlen werden. Weiter erachtet man *outreach*-Projekte für schwer erreichbare Gruppen als sinnvoll und wünscht sich, dass die Bevölkerung allgemein noch stärker über alle STIs informiert wird.

Schul- und Sportdepartement: Schulgesundheitsdienste Stadt Zürich, schulärztlicher Dienst

Der Schulärztliche Dienst der Stadt Zürich ist für Kinder und Jugendliche in allen Fragen der körperlichen und psychosozialen Gesundheit und Entwicklung in Zusammenhang mit der Schule zuständig. Er führt zusammen mit der ZAH die Fachstelle für Sexualpädagogik „Lust und Frust“ (siehe unten). Aus Sicht des Schulärztlichen Dienstes sollte *sexual health* Ergebnis und Bestandteil von *health literacy* sein, das Bildungssystem sollte also die auch für sexuelles Wohlbefinden notwendigen Kompetenzen fördern. Dies zumindest wäre die Vision und daher mache es auch keinen Sinn, die HIV-Prävention isoliert im sexualpädagogischen Unterricht zu behandeln. Grundsätzlich gebe es diesbezüglich in Fachkreisen auch keinen Dissens, allerdings ist es schwierig, dies der breiten Bevölkerung zu vermitteln. Die Vertreterin des Schulärztlichen Dienstes wünscht sich daher auch, dass die Verpflichtung zur Sexualaufklärung gesetzlich verankert und mit zeitgemässen pädagogischen

Konzepten wie dem der Kompetenzsteigerung versehen würde. Weiter sollte eine neutrale Qualitätssicherung erfolgen.

Sozialdepartement Stadt Zürich: Frauenberatung Flora Dora

Die Frauenberatung Flora Dora entstand während der Drogenkrise Anfang der 1990er Jahre, spezialisierte sich auf drogengebrauchende Frauen und ist seit 2005 ein eigenständiger Betrieb des Sozialdepartements der Stadt Zürich im Geschäftsbereich „Sucht und Drogen“. Drogen spielen heute kaum noch eine Rolle, die Arbeit von Flora Dora konzentriert sich auf FSW auf dem Strassenstrich, hauptsächlich am Sihlquai. Gemäss Flora Dora ist Isla Victoria für den Bordellbetrieb zuständig, was nicht mit der eigenen Einschätzung von Isla Victoria übereinstimmt. Beide Institutionen sind sich aber einig, dass weite Bereiche der Prostitution in Wohnungsbordellen über die Institutionen nicht erreicht werden. Allgemein ist nicht klar, inwiefern FSW in Bordellen durch Präventionsakteure erreicht werden können. Insgesamt verfügt Flora Dora über rund 500 Stellenprozent. 20 Prozent fallen auf die medizinische Mitarbeiterin, der Rest verteilt sich auf Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagoginnen. Die Betriebskosten belaufen sich auf 750'000 CHF pro Jahr.

Die Frauenberatung Flora Dora ist in drei Bereichen tätig: Sie betreibt einen Bus von der Grösse eines Campers als mobile Anlaufstelle, der jeweils Montag bis Samstag abends zwischen 21 Uhr und 1 Uhr am Sihlquai in der Nähe des Strassenstrichs steht. Im Bus werden Kriseninterventionen, Beratung, Gewaltprävention, Beratungen zu Gesundheitsprävention, Präventionsmaterial und medizinische Beratung während zwei Stunden pro Woche durch eine Frauenärztin geboten. Die Präsenzstunden auf der Gasse wie auch die Anzahl Frauen, die den Flora Dora-Bus aufsuchen, sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. War der Bus 2004 noch 925 Stunden auf der Gasse präsent und erreichte 420 Frauen, waren es 2009 1'370 Präsenzstunden und 620 Frauen, die den Bus aufsuchten (Stadt Zürich, 2010: 8).

Flora Dora ist auch in der aufsuchenden Sozialarbeit tätig. Die Mitarbeiterinnen von Flora Dora suchen die Prostituierten auf dem Strassenstrich auf und bieten Unterstützung. Weiter begleitet und unterstützt Flora Dora gezielt Frauen nach persönlichem Bedarf in schwierigen Situationen (z.B. bei Prozessen). Vom Bus aus wird auch für Veranstaltungen zu Themen wie Sicherheit, Gesundheit, Probleme mit dem Gesetz etc. geworben.

Die Klientel von Flora Dora wird auf ca. 600 bis 800 FSW auf dem Strassenstrich geschätzt. Diese würden durch Flora Dora gut abgedeckt. Über die Inzidenz von HIV und STI bei den FSW auf dem Strassenstrich können die Zuständigen von Flora Dora keine Angaben machen. Im Fall eines begründeten Verdachts auf eine Neuinfektion kann Flora Dora die Anfangsdosierung einer PEP liefern, allerdings nur während der zwei Stunden pro Woche, an denen die Frauenärztin anwesend ist. Es wird den Frauen empfohlen, sich im Ambulatorium Kanonengasse auf STI testen zu lassen. Allerdings ist dort der Test nicht gratis. Für Ausstiegshilfe und Opferhilfe verweist Flora Dora an die Fachstelle Frauenhandel und Frauenmigration (FIZ). Trotz dieser Hilfe sind ausstiegswillige Frauen hoch gefährdet, da ihnen nach Prozessende möglicherweise eine Ausschaffung ins Heimatland droht, wo sie dann häufig ohne Schutz den Personen und Strukturen ausgeliefert sind, denen sie zu entkommen versucht haben.

Die für die Prostitution zugelassenen Orte sind in letzter Zeit im Rahmen der Sofortmassnahmen (siehe Exkurs Seite 4) immer mehr eingeschränkt worden. Zurzeit spielt gemäss Flora Dora nur noch der Sihlquai eine wichtige Rolle (gemäss Isla Victoria hat in diesem Zusammenhang aber auch schon eine Verdrängung Richtung Niederdorf stattgefunden, wo ebenfalls die für den Strich erlaubte Zone verkleinert wurde). Die aktuell diskutierte Prostitutionsgewerbeverordnung hat aus Sicht von Flora Dora eine Vergrößerung des illegalen

Sektors und eine Verdrängung der Strassenprostitution aus dem Stadtgebiet heraus zur Folge. Mit dem neuen Strichzonenplan will der Stadtrat den Strassenstrich vom Sihlquai an die Aargauerstrasse (Altstetten) verlegen (siehe Seite 4). Im Zusammenhang mit der Errichtung dieses neuen Strichplatzes ist geplant, für die Frauenberatung Flora Dora vor Ort Container aufzustellen. Die Folgekosten für den Personalaufwand von Flora Dora würden sich gemäss aktuellem Projektstand auf 60'000 CHF belaufen.¹⁵ Aus Sicht von Flora Dora gibt es keine grösseren Einwände mehr gegen den neuen Strichplatz. Die Planung verspricht denn auch, dort wesentlich bessere Arbeitsbedingungen für die Betreuung zu schaffen, als sie jetzt am Sihlquai bestehen.

6.4 Öffentlich-private Akteure

Fachstelle für Sexualpädagogik „Lust und Frust“

„Lust und Frust“ ist die Fachstelle für Sexualpädagogik für Stadt und Kanton Zürich. Sie richtet sich sowohl an Jugendliche als auch an Fachpersonen und ist Koordinations- und Anlaufstelle zu allen Fragen der Sexualpädagogik. Die Fachstelle weist sowohl finanziell als auch organisatorisch eine Mischstruktur auf: Sie wird gemeinsam von den Schulgesundheitsdiensten der Stadt Zürich und der ZAH geführt. Finanziert wird der Betrieb der Fachstelle von der Bildungsdirektion des Kantons Zürich, dem Schul- und Sportdepartement der Stadt Zürich und von privaten Sponsoren. Das Budget beträgt rund 400'000 CHF. In Zukunft sollte es vermehrt auch finanzielle Mittel von PLANeS geben. Aus Sicht der Fachstelle ist die Dachorganisation PLANeS, die nach den neuen Planungen auf nationaler Ebene die Verantwortung für die Bemühungen um sexuelle Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung übernehmen sollte, aber noch „weit weg von der wirklichen Realität“. Die neue Arbeitsteilung in der Zusammenarbeit zwischen der Aids-Hilfe Schweiz (AHS) und PLANeS sei in Arbeit.

Generell besteht Einigkeit, dass sexuelle Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Geschlechtskrankheiten ist, sondern dass das Ziel das sexuelle Wohlbefinden sein sollte, mit den Unterthemen „psychosoziale Entwicklung“, „Reproduktion“, sowie „STI“ und „sexuelle Gewalt“. Die Fachstelle wünscht sich, dass sexuelle Gesundheit ab Kindergarten ein Thema ist und dass die Lehrpersonen pro Stufe ein bis zwei Mal externe Kräfte zum Unterricht hinzuziehen können.

„Lust und Frust“ bietet niederschwellige, kostenlose, individuelle Beratungen in persönlichen Gesprächen, E-Mail- und telefonischen, anonymen Beratungen für Jugendliche zwischen 10 und 21 Jahren. Die Fachstelle führt auch sexualpädagogische Einsätze an Mittel- und Berufsschulen sowie an der Volksschule durch. „Lust und Frust“ widmet sich der sexuellen Bildung, will aber weder die Aufklärung der Eltern noch den Sexualekundeunterricht ersetzen, sondern letzteren lediglich ergänzen. Weiter bildet sie auch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus und bietet Fachberatungen für im Jugendbereich tätige Fachpersonen an. Auch die Website von „Lust und Frust“ richtet sich sowohl an Jugendliche wie auch an Fachpersonen. Zu den Informationen für die Jugendlichen zur Sexualität gehören dort auch ausführliche Angaben zu HIV/Aids und anderen STI. 2009 fanden 378 Beratungen in der Sexsprechstunde statt, es wurden rund 350 sexualpädagogische Einsätze in Mittel- und Berufsschulen und 127 Einsätze an Volksschulen durchgeführt sowie 111 Fachberatungen getätigt.

¹⁵ Weisung des Stadtrates an den Gemeinderat vom 25. Mai 2011 (GR 2011/10).

Seit 2006 sind die Nachfrage nach den Angeboten und die Bedeutung der Fachstelle stark gestiegen. Sowohl das Angebot als auch das Team der Fachstelle konnten seither ausgebaut werden. Während sich das Angebot von „Lust und Frust“ 2005 auf die Stadt Zürich und die beiden Pilotbezirke Dietikon und Meilen beschränkte, gilt es nun für den ganzen Kanton Zürich. Gemäss dem Bericht von Neuenschwander et al. (2005b) war die Finanzierung seitens des Kantons 2004 nicht gesichert, da sich das Angebot nicht auf den ganzen Kanton bezog. Das Budget wurde nun vom Kanton erhöht und das Angebot ausgebaut. Auch die Stadt Zürich hat mit der Verabschiedung des Budgets 2008 beschlossen, ihr personelles Engagement für die Fachstelle zu erhöhen.¹⁶

Die Qualitätssicherung erfolgt bei „Lust und Frust“ im Wesentlichen durch Intervision und teilweise durch Supervision sowie durch Evaluationen jedes Einsatzes. Die Qualitätssicherung könnte gemäss den befragten Experten und Expertinnen noch verbessert werden, dies sei aber aufgrund des Zeitdrucks schwierig.

Die Fachstelle ist nicht nur im Bereich der Berufs- und Mittelschulen tätig, sondern auch in der Volksschule (inkl. Kindergarten). Sie hat im Auftrag des kantonalen Volksschulamtes bei der Erarbeitung der Planungshilfen zur „Gesundheitsförderung und Prävention in der Volksschule des Kantons Zürich“ mitgewirkt (siehe auch Seite 29). „Lust und Frust“ hat für alle Schulstufen Unterrichtshilfen zum Bereich Sexuelle Gesundheit verfasst. Allerdings wurden – offenbar aufgrund (befürchteten) politischen Drucks – jene für den Kindergarten nicht veröffentlicht.

Die unterschiedlichen Strukturen der staatlichen Stelle und der NGO als Trägerin führt zwar zu gewissen Problemen, trotzdem funktioniert die Kooperation aus Sicht der Befragten gut. Da die Fachstelle an die städtischen Verwaltungsstrukturen gebunden ist, sei sie etwas schwerfällig. Als Stiftung könnte sie demgegenüber flexibler reagieren und proaktiver handeln. Grundsätzlich wünscht sich die Fachstelle verbindliche Schulcurricula für die Ausbildung in Sexualkunde und im Hinblick auf sexuelle Gesundheit Chancengleichheit durch gleiche und qualitative hochwertige Behandlung im Unterricht.

6.5 Nicht-staatliche Akteure

Es folgt ein Überblick über die NGOs im Kanton Zürich, die in der HIV/Aids- und STI-Prävention im Kanton Zürich tätig sind. Dies sind die Zürcher Aids-Hilfe, die Fachstelle „liebesexundsoweiter“ in Winterthur, das Angebot Isla Victoria der Zürcher Stadtmission, die von dem SRK getragene Teststelle Meditrina sowie die Homosexuelle Arbeitsgruppe Zürich. Die Aidsseelsorge der katholischen Kirche wird nicht näher besprochen.¹⁷

Zürcher Aids-Hilfe – Fachstelle für sexuelle Gesundheit (ZAH)

Die Zürcher Aids-Hilfe (ZAH) wurde 1985 von schwulen Männern als Antwort auf die schnelle Ausbreitung von HIV und Aids gegründet. Sie bestand zunächst ausschliesslich aus *volunteers* und hat sich dann rasch professionalisiert. Die ZAH ist ein parteipolitisch und konfessionell unabhängiger gemeinnütziger Verein. Ihre finanziellen Mittel setzen sich aus Beiträgen der Stadt und des Kantons Zürich, Projektbeiträgen der AHS und des BAG

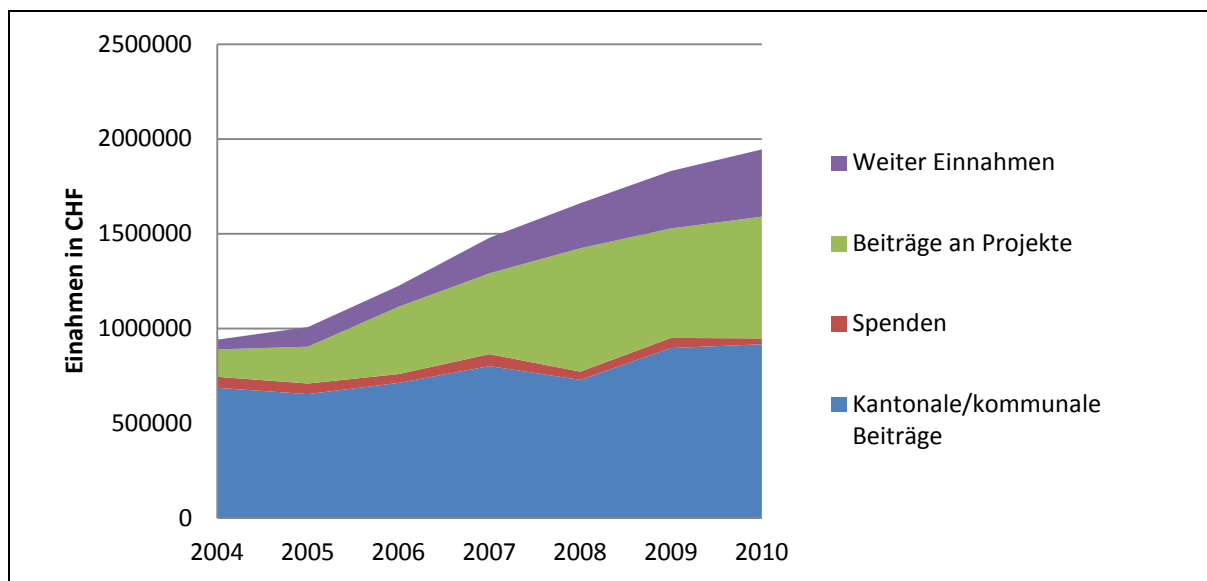
¹⁶ Der Gemeinderat der Stadt Zürich überreichte 2006 dem Stadtrat ein Postulat zur Prüfung der Angebots-erweiterung der Fachstelle für Sexualpädagogik. Das Postulat schlägt vor, den Beitrag der Stadt Zürich an die Fachstelle von 110'000 CHF auf 150'000 CHF zu erhöhen für die Anstellung einer zusätzlichen Fachperson und die Zumiete eines Schulungsraums. Das Postulat wurde 2009 abgeschlossen.

¹⁷ Bis September 2011 wurde das Aidspfarramt ökumenisch geführt und wird nun von der katholischen Kirche alleine getragen.

sowie privaten Spenden zusammen. Die ZAH setzt sich für Menschen ein, die von HIV oder Aids sowie anderen STI betroffen sind, und fördert Massnahmen, um die Ausbreitung dieser Infektionen zu verhindern. Mit dem Regierungsratsbeschluss vom Dezember 2008 zur Erneuerung der Staatsbeitragsberechtigung der ZAH¹⁸ wurde die ZAH neben der Aids-Infostelle Winterthur zur alleinigen Empfängerin von kantonalen Beiträgen im Bereich der HIV/Aids-Prävention. Der bis 2008 durch den Kanton Zürich an die Zürcher Stadtmission jährlich ausgerichtete Betrag von CHF 30'000 für Isla Victoria ist im Staatsbeitrag an die ZAH enthalten und wird an die Stadtmission weitergeleitet. Auch die Subvention von 30'000 für das Projekt HERRMANN ist im Beitrag enthalten.

Das Budget der ZAH hat seit 2004 kontinuierlich zugenommen und ist 2010 mit rund 1'900'000 CHF annähernd doppelt so hoch wie 2004 (siehe Abbildung 14). Dabei fällt auf, dass sich die kantonalen und kommunalen Beiträge nur leicht erhöht haben. Ab 2009 wurden die Beträge von Stadt und Kanton Zürich erhöht von 300'000 auf 330'000 (Stadt Zürich) und von 290'000 auf 350'000 (Kanton Zürich). Den grossen Zuwachs machen die Beiträge an Projekte aus. Hier handelt es sich um Projektbeiträge der AHS (zum Beispiel für Don Juan, Talk+) und des BAG. Das starke finanzielle Wachstum ist vor allem mit dem Auf- und Ausbau des Checkpoints Zürich zu erklären. Die Finanzierung des Checkpoints erfolgt massgeblich über eine zweckgebundene Zuwendung des BAG an die ZAH. Das Spendenvolumen ist permanent zurückgegangen. Die ZAH wünscht sich, dass die durch die dreifache finanzielle Abhängigkeit von Kanton, Stadt und AHS verursachte Belastung im Zusammenhang mit dem Verfassen von Anträgen und Berichten längerfristig abnimmt.

Abbildung 14: Einnahmen ZAH 2004-2009 (Quelle: Jahresbericht ZAH 2005-2010)



Sowohl der Bericht von 2005 (Neuenschwander et al.) als auch von 2009 (Plüss et al.) halten fest, dass die ZAH noch nicht mit strategischen Anpassungen auf die Veränderungen im Bezug auf die Normalisierung im Aidsbereich reagiert hat. Dies scheint inzwischen erfolgt zu sein. Die beobachtete Zunahme des Risikoverhaltens und der markante Anstieg der Neuinfektionen bei der Gruppe MSM sowie die Verbreitung anderer STI haben zu einem Wandel und Erneuerung bei der ZAH geführt. So hat sich die ZAH in den letzten Jah-

¹⁸ RRB Nr. 1928 von 2008.

ren auf strategischer Ebene stärker auf den Themenbereich „Sexuelle Gesundheit“ ausgerichtet. Seit 2008 trägt die ZAH in ihrem Namen die Zusatzbezeichnung „Fachstelle für sexuelle Gesundheit“. Die Namensänderung geschah in der Folge des neuen Leitbildes der ZAH, das 2007 erstellt wurde. Der „enge Blickwinkel nur auf HIV/Aids“ schien nicht mehr zeitgemäss. Das neue Leitbild der ZAH gewichtet die Rolle aller STI in der Präventionsarbeit stärker. Im Zuge dieser Entwicklung soll das Wohlbefinden hinsichtlich der Sexualität in den Vordergrund gestellt werden. Diese Programmatik hat allerdings in der konkreten Arbeit noch keinen durchgehenden Niederschlag gefunden. Die Veränderungen auf strategischer und operativer Ebene gingen auch mit personellen Veränderungen einher: 2010 haben vier langjährige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die ZAH verlassen, darunter auch der langjährige Geschäftsführer.

Das Angebot der ZAH wird aktuell vor dem Hintergrund des neuen NPHS überarbeitet. Die Arbeit der ZAH wird sich in Zukunft stärker an den durch das NPHS vorgegebenen Interventionsachsen ausrichten. Das heutige Angebot der ZAH besteht aus:

- anonymen Beratungen zu HIV/Aids und anderen STI und damit zusammenhängenden Themen (telefonisch, E-Mail, persönlich);
- Prävention in den Bereichen heterosexuelle Frauen und Männer, Sexwork/Freier, Migration, Jugendliche, lesbische und bisexuelle Frauen, Test-In;
- Prävention für MSM: Checkpoint Zürich;
- Sozialdienst: psychosoziale Begleitung von Menschen mit HIV.

Im Folgenden werden die Bereiche näher erläutert, in denen die ZAH hauptsächlich tätig ist. Dies sind (a) Beratungen für die Gesamtbevölkerung, (b) die Präventionsarbeiten für MSM und MSW, die alle im Rahmen von Checkpoint angeboten werden, (c) die Angebote im Bereich Migration sowie (d) jene im Bereich Sexwork/Freier. Der Bereich der psychosozialen Begleitung von Menschen mit HIV wird im Folgenden nicht weiter besprochen. Im Bereich der Begleitung von HIV-Positiven durch HIV-Positive möchte die ZAH wieder stärker auf die Freiwilligenarbeit setzen. Eine Vision für den Bereich der psychosozialen Begleitung von Menschen mit HIV ist aus Sicht der ZAH ein „Aids-Haus“ für Menschen mit HIV, die dort nicht nur wohnen, sondern auch in anzugliedernden Betrieben gegen Entgelt arbeiten können.

a) *Beratung: Gesamtbevölkerung*

Die ZAH bietet persönliche, telefonische und E-Mail Beratung an. Mit den allgemein zugänglichen Beratungsangeboten ist die ZAH Ansprechpartnerin für die gesamte Bevölkerung. Im Jahr 2001 wurden die telefonische und die E-Mail-Beratung professionalisiert, dies war der Abschied vom *volunteering*. Die Freiwilligenarbeit möchten die Zuständigen jedoch bald reaktivieren. Zu folgenden Punkten wird Beratung angeboten:

- HIV und Aids
- HIV-Antikörper-Test
- PEP (postexpositionelle Prophylaxe)
- *Safer sex*
- Andere sexuell übertragbare Infektionen
- Kondom/Femidom
- Rechtsfragen zu HIV/Aids

- Finanzielle Hilfe für HIV-Positive
- Vermittlung von Adressen

Es haben im Jahr 2010 586 persönliche, 1'360 telefonische und 412 E-Mail Beratungen stattgefunden.

b) MSM: Checkpoint Zürich

Allgemein hat die Bedeutung der HIV/Aids-Prävention bei MSM in der ZAH in den letzten Jahren stark zugenommen. Dies steht auch im Zusammenhang mit der epidemiologisch begründeten Strategie des BAG, die Prävention im Bereich MSM zu priorisieren. 2006 wurde der Checkpoint Zürich eröffnet. Die ZAH führt den Checkpoint Zürich in Kooperation mit ARUD Zürich.¹⁹ ARUD übernimmt die medizinische Leitung, die ZAH hat die operative Leitung inne. Die Zusammenarbeit mit ARUD wird von den Befragten als ein Gewinn erachtet. Zielpublikum sind vor allem MSM und MSW. Das Angebot hat zum Ziel, die sexuelle und allgemeine Gesundheit von MSM und MSW zu verbessern. Checkpoint Zürich ist ein VCT-Zentrum (*voluntary counselling and testing*), das ein integriertes Angebot bietet von medizinischen Abklärungen, Therapie und Präventionsberatung an einem niederschwellig zugänglichen Ort. Innert kurzer Zeit hat sich das Angebot von Checkpoint etabliert und Checkpoint hat sich zu einem selbständigen Teil der ZAH entwickelt, der mittlerweile weitgehend alle Angebote im Bereich MSM umfasst. Seit kurzem hat Checkpoint Zürich einen neuen Internetauftritt. Er wird nun offiziell als „Gesundheitszentrum für Männer – schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben“ bezeichnet.²⁰ Der Internetauftritt umfasst weit reichende Informationen zum Thema „Sexuelle Gesundheit“, „HIV“, „STI – sexuell übertragbare Infektionen“ sowie zu „PEP – HIV-Postexpositions-Prophylaxe“.

Checkpoint ist in den letzten Jahren stark gewachsen und wird zunehmend als Institution der *gay community* wahrgenommen, zulasten der ZAH, die dieses Image offenbar immer weniger hat. Checkpoint wird auch zunehmend als autonom von der ZAH wahrgenommen. Ähnlich wie der AHS fehlt damit auch der ZAH zunehmend eine „schwule Identität“. Dies steht auch im Zusammenhang mit dem Fehlen von externen Mobilisierungsgründen und den daraus resultierenden Defiziten an innerer Konsistenz der schwulen Community.

Der Checkpoint Zürich gilt gemäss Interviewten derzeit zusammen mit Checkpoint Genf als Leuchtturm-Projekt der HIV-Prävention mit MSM in Europa. Das Angebot von Checkpoint Zürich wird nicht nur von MSM aus Stadt und Kanton Zürich genutzt, rund ein Viertel der VTC-Beratungen der letzten Monate wurden für Klienten aus der übrigen Schweiz und dem Ausland geleistet (der weitaus grösste Teil davon stammt aus der übrigen Deutschschweiz). Diese zeigt, dass das Angebot von Checkpoint auch eine nationale Bedeutung hat. Gleichzeitig hat Checkpoint Zürich noch keine institutionelle Eigenständigkeit gewonnen, sondern ist nur ein Teilprojekt der ZAH. Für Checkpoint wünschen sich die Beteiligten eine grössere finanzielle Kontinuität. Die Finanzierungsstrukturen von Checkpoint sind allerdings komplex. Die ZAH, die finanzielle Förderung des BAG für den Checkpoint erhält, sowie die ARUD und weitere Geldgeber sind beteiligt. Aus Sicht der befragten Experten und Expertinnen besteht das Problem der Finanzierung von Prävention

¹⁹ Die Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD) ist ein privater, gemeinnütziger Verein, der sich für die Verminderung der negativen Folgen des Suchtmittelkonsums einsetzt. Er betreibt drei Polikliniken in Zürich und eine in Horgen. Die ARUD bietet für HIV und Hepatitis Therapien, Sprechstunden und Behandlung an. Das Angebot gilt aber nur für drogenkonsumierende Patienten und wird daher nicht näher besprochen.

²⁰ Die neue Webseite wurde offenbar von Checkpoint Genf übernommen. Checkpoint Genf hat schon im November 2010 mit einer Postkartenaktion die neue Webseite lanciert (vg. Jahresbericht Dialogai 2010).

bei MSM darin, dass zunehmend mehr Mittel aus dem HIV-Bereich in die allgemeine, gender-übergreifende Sexualpädagogik fliessen. Checkpoint beschäftigt aktuell 40 bis 45 Personen, davon sind 25 auf Teilzeitbasis angestellt und 20 sind *volunteers*. Insgesamt betreiben rund 20 Personen *outreach*-Arbeit. Aufgrund der grossen Nachfrage wurde das Angebot von Checkpoint laufend ausgebaut. Seit Juli 2011 ist der Checkpoint Zürich insgesamt 26 Stunden pro Woche geöffnet.

Im **Checkpoint** Zürich gibt es folgendes Angebot:

- Individuelle und schwulenfreundliche Beratungen
- HIV-Test und Schnelltest
- Notfall-Therapie nach HIV-Risiko (HIV-PEP)
- Diagnose und Behandlung von anderen sexuell übertragbaren Infektionen wie Chlamydien, Tripper und Syphilis
- Hepatitis-Impfungen
- Behandlung einer HIV-Infektion
- Behandlung anderer Krankheiten, wenn kein Hausarzt vorhanden
- QUEERTalk: Verbesserung der psychischen Gesundheit bei MSM (diese Leistung kann überwiegend durch die Krankenkasse abgewickelt werden, die Kapazität der Psychotherapie konnte daher von 50 auf 80 Stellenprozente erhöht werden)
- QUEER-QUIT: Raucherentwöhnungskur für schwule Männer
- QUEER-HELP: Beratung und Peer-Begleitung für positiv getestete schwule Männer
- QUEER+: Seminare für frisch diagnostizierte schwule Männer (2009 und 2010 wurde je ein Workshop-Weekend durchgeführt für Männer, die erst kürzlich als HIV-positiv diagnostiziert wurden)
- Junge Schwule: Information und Unterstützung. Das Jugendprojekt DU BIST DU (ein Präventionsangebot von jungen Schwulen für junge Schwule) ist aber zurück zur AHS gewandert, weil eine kantonsübergreifende Struktur nötig war.
- Vermittlung von schwulenfreundlichen Haus- oder Spezialärzten, Therapeuten etc.

Im Unterschied zu einer gängigen Teststelle bietet Checkpoint Zürich auch Postexpositions-Prophylaxe, HIV- und STI-Therapien und allgemeine medizinische Betreuung (Schwappach und Bruggmann, 2008). Seit der Eröffnung haben sich stetig mehr Männer im Checkpoint Zürich testen lassen. Waren es zu Beginn noch 400 Tests, wurden 2009 schon über 2'000 Tests durchgeführt. Die Beratungen werden gemäss BerDa (vom BAG entwickelter Beratungsleitfaden und Datenverwaltungssystem für VCT) durchgeführt. Derzeit verfügt Checkpoint über 22 Wochenstunden Arzt-Präsenz, verteilt auf zwei Ärzte. Von 50 im Checkpoint positiv getesteten Männern blieben 35 zur medizinischen Behandlung im Checkpoint. Die HIV- und STI-Tests werden zu Selbstkosten abgegeben, der HIV-Test kostet 50 CHF, eine vollständige STI-Untersuchung bis zu 750 CHF. Da die meisten jungen Schwulen Versicherungstarife mit hohem Selbstbehalt gewählt haben, stellt dies eine erhebliche Hürde dar. Bedürftige können sich umsonst testen lassen. Die strikte Trennung zwischen dem Sex-bezogenen HIV-System und der Versorgung von IDU sieht der ärztliche Leiter von Checkpoint als Nachteil, da heute die Neuinfektionen mit HIV bei IDU nicht mehr über das Spritzen, sondern über sexuelle Kontakte erfolgen. Der Sex-bezogenen HIV-Prävention bei IDU nehme sich aber derzeit niemand an.

Zunehmend wird Checkpoint auch als Arztpraxis für die Behandlung von HIV und STI wahrgenommen. Die Langzeitbehandlung von HIV-Patienten im Checkpoint ist aus Sicht des ärztlichen Leiters nicht die beste Lösung. Die HIV-Patienten könnten in allgemeinmedizinischen Praxen besser versorgt werden, da eine kontinuierliche Arzt-Patientenbeziehung wichtig sei. Für eine vergleichbare Qualität der Betreuung müsste die Präsenz von Ärzten im Checkpoint wesentlich höher sein. Daher wird ein weiterer Ausbau der Arztpräsenz im Checkpoint für das Jahr 2012 angestrebt. Wichtig für die medizinische Behandlung im Checkpoint ist gemäss Experten die gemeinsame Fortbildung. Einerseits ist dies im Rahmen von HIV-Pract, einer Runde von Ärztinnen und Ärzten zur HIV-Infektion in Zürich, andererseits über die Fortbildungen organisiert vom USZ (siehe auch Seite 31) möglich. Durch gemeinsame Fortbildung kann die Qualität der HIV-Versorgung wie auch der bei Dauerbehandlung immer wichtiger werdenden allgemeinmedizinischen Versorgungsqualität gesteigert werden.

Checkpoint bietet mit **Checkpoint Mobil** auch Tests und Informationen vor Ort. Einerseits ist dies ein Bus, der in Cruising-Gebieten auftaucht und dort Beratung und Schnelltests auf Syphilis und andere STI anbietet sowie Blut für einen HIV-Test abnimmt, aber keine Schnelltests macht. Andererseits hat Checkpoint in etlichen Saunen etc. einen Raum, in dem die Dienstleistungen von Checkpoint Mobil nach Ankündigung angeboten und auch gut angenommen werden. 2009 fanden 38 Checkpoint Mobil-Einsätze in Bars, Clubs und Saunen statt. Checkpoint Mobil wird als ein wichtiges Angebot bezeichnet, um MSM zu erreichen, die nur am Wochenende in Zürich sind. Wichtig erscheint im Bereich MSM auch das mobile Angebot für Tests an Grossveranstaltungen (wie „Zurich Pride“). Durch die mobilen Einsätze wird der Checkpoint in der Szene immer bekannter.

HERRMANN ist ein Angebot für männliche Sexworker, das Gassenarbeit mit einer Informations- und Beratungsstelle mit Treffpunktcharakter verbindet und ist heute Teil von Checkpoint. HERRMANN umfasst eine Anlaufstelle für Stricher im Niederdorf sowie *outreach*-Arbeit. 2006 übernahm die ZAH das Informations- und Beratungsangebot für MSW, das bisher vom Verein Zürcher Sozialprojekte geführt worden war und immer wieder mit Geldsorgen gekämpft hat (vgl. Neuenschwander et al., 2005b: 150). Das Projekt HERRMANN bekommt neben dem einleitend erwähnten Kantonsbeitrag von 30'000 CHF jährlich 50'000 CHF vom städtischen Sozialdepartement und 25'000 CHF vom städtischen Gesundheits- und Umweltdepartement.

Die männliche Prostitutionsszene hat sich nach Expertenmeinung verändert. Die früher dominanten brasilianischen und bulgarischen Stricher waren gut vernetzt und nutzten die Anlaufstelle gut. Die jetzt dominanten Rumänen haben als Gruppe einen geringen inneren Zusammenhalt, was die Kontaktaufnahme mit HERRMANN erschwert. Daher wurden die Öffnungszeiten stark beschränkt (Stand Jahresbericht 2009: Mittwochnachmittag), um wieder vermehrt auf der Gasse, in Kneipen und in Sexkinos präsent zu sein. Die psychosoziale Beratung für Stricher wird bei HERRMANN in Form von Sprechstunden im Checkpoint sicher gestellt. Inwieweit diese Leistungen auch die weitaus überwiegende Anzahl der MSW ausserhalb des Strassen- und Sauna-Strichs (also die über Internet oder Agenturen arbeitenden) erreicht, ist unklar. Die bisher von HERRMANN angebotenen medizinischen Dienstleistungen für MSW wurden in das Angebot von Checkpoint integriert.²¹

²¹ Herrmann hatte in Zusammenarbeit mit BASTA auch ein medizinisches Angebot für Transvestiten und Transsexuelle in der Prostitutionsszene aufgebaut. BASTA war ein niederschwelliges Angebot des Vereins ARCHE Zürich, das Menschen mit Suchtproblemen, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Freier, Obdachlose, Erwerbslose, Migrantinnen und Migranten sowie illegalisierte Menschen angesprochen hat. Die Beratungsstelle BASTA an der Langstrasse, die das Angebot für Transvestiten und Transsexuelle umfasste, wurde gemäss Arche Info 2011 wegen der Konzentration des Vereins ARCHE auf die Familienberatung aufgelöst.

Weiter führt Checkpoint in Zusammenarbeit mit PinkCop Schulungen bei der Stadtpolizei durch und ist auch noch im Bereich „Leder-/Fetischprävention“ tätig. Eine weitere Form der Vor-Ort-Arbeit ist „Hilde on Tour“ (www.hilde.ch). Dies ist ein *running gag*, bei dem eine Frau mit Körbchen in die schwulen Saunen und Treffpunkte geht und nach ihrem Neffen Ruedi sucht. Die Zusammenarbeit mit den Wirten und Betreibern ist gemäss den Zuständigen von Checkpoint exzellent.

Geplant ist weiter ein Projekt im Rahmen von Checkpoint für ältere Schwule, eventuell in Zusammenarbeit mit der HAZ. Ebenso ist eine Spitex für ältere kranke schwule Männer geplant (es gibt bereits eine Schwulen-Spitex in Zürich). Weiter sind Deutschkurse für Stricher, ein Gewalt- und Kriminalitäts-Präventionsprojekt in Zusammenarbeit mit PinkCop sowie eine Patientenschule für Schwule mit HIV in Planung. Alles in allem soll ein Angebot entwickelt werden, das sich den spezifischen Problemen von Gesundheit und Wohlbefinden der schwulen *community* anpasst und nicht ausbeuterische, aber professionelle Hilfe und Unterstützung in der *community* verspricht.

c) *Migration*

Im Bericht von Neuenschwander et al. (2005b) wurde die HIV/Aids-Prävention im Migrationsbereich von der ZAH als ausgesprochener Entwicklungsbereich charakterisiert. So ist die damals geplante Lancierung eines Mediatorenprojekts inzwischen erfolgt (siehe unten). Der Schwerpunkt der Arbeit der ZAH im Bereich der Prävention bei der ausländischen Bevölkerung hat sich in den letzten Jahren deutlich zur Zielgruppe der Subsahara-Migrantinnen und -Migranten verschoben. Ziel ist es, die hier lebenden Menschen aus dem Subsahara-Gebiet zu *safer sex* und gegebenenfalls auch zu einem HIV-Test zu motivieren, um eine allfällige Infektion frühzeitig zu erkennen und den Verlauf medizinisch zu begleiten. Gleichzeitig werden aber auch ethische Bedenken im Zusammenhang mit den Tests diskutiert. In der *african community* wird HIV/Aids und STI immer noch stark tabuisiert. Aus diesem Grund hat die ZAH 2009 speziell für Menschen mit HIV aus den Subsahara-Gebieten einen neuen Mitarbeiter eingestellt. Dieser soll Kontakte knüpfen mit Menschen aus dieser Zielgruppe, sie unterstützen und beraten und das Angebot der ZAH bekannt machen.

Neben den zwei im Folgenden aufgeführten zentralen Projekten der ZAH im Bereich Migration gibt es auch eine Zusammenarbeit mit Solinetz-A. Solinetz-A ist ein Solidaritätsnetzwerk von und für Afrikanerinnen und Afrikaner mit HIV/Aids und ihre Angehörigen. Seit 2008 begleitet die ZAH dieses Selbsthilfeprojekt, in dem zwei afrikanische HIV-positive Frauen aus dem frankophonen Sprachraum arbeiten. Die beiden Initiantinnen werden im fachlichen und im administrativen Bereich unterstützt. Die Beratungen finden in den Räumen der ZAH statt, jeweils dienstags, donnerstags und samstags. Solinetz-A verwirklicht ansatzweise den PaKoMi-Ansatz (Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten, siehe von Unger und Gangarova, 2011). Die ZAH möchte diesen Ansatz auf weitere Projekte übertragen. Auch in diesem Zusammenhang wünschen sich die Zuständigen im Bereich Migration innerhalb der ZAH eine Strategiedebatte. Neben im Folgenden aufgeführten Angeboten ist die ZAH im Bereich Migration auch am Angebot von Meditrina beteiligt (siehe Seite 50).

MediatHIV/Afrimedia ist ein interkulturelles Mediatorenprojekt der ZAH. Es hat zum Ziel, Migrantinnen und Migranten im Kanton Zürich betreffend HIV/Aids und anderen STI zu informieren und diesbezüglich zu sensibilisieren. Afrimedia wurde 2002 von der AHS entwickelt und konzentriert sich auf Migrantinnen und Migranten aus dem Gebiet südlich

der Sahara. Die ZAH verfügt über sieben Mediatorinnen und Mediatoren, die 250 Stellenprozent abdecken. Davon kommen vier aus dem Subsahara-Gebiet. Diese Mediatoren und Mediatorinnen gehören dem Angebot Afrimedia an, das von der AHS national koordiniert wird. Die anderen drei stammen aus Osteuropa und Brasilien. Die Mediatorinnen und Mediatoren der ZAH aus den verschiedenen Kulturkreisen führen auf Anfrage mit ihren jeweiligen Landsleuten Informationsveranstaltungen durch, organisieren Verteil- und Standaktionen und stehen Einzelpersonen für Gespräche zur Verfügung. Die Mediatorinnen und Mediatoren führen unter anderem Präventionsarbeit bei Asylsuchenden in Empfangs-, Durchgangs- und Asylzentren durch und sind mit Aktionen sowohl an informellen Treffen wie auch an Grossveranstaltungen präsent.

Im Februar 2010 wurde **Test-In** eröffnet. Test-In bietet nach dem Konzept des VCT (*voluntary counselling and testing*) HIV- und Syphilis-Schnelltests sowie Beratungen in mehreren Fremdsprachen für heterosexuelle Frauen und Männer an. Die Zielgruppe des Projekts sind besonders Menschen aus dem Subsahara-Gebiet sowie Kunden des Sexgewerbes. Es hat sich gezeigt, dass zwar allgemein bei Einzelpersonen und Paaren ein Interesse an diesem Testangebot besteht, Menschen aus Afrika konnten hingegen noch nicht im erwünschten Mass erreicht werden. 2010 wurden 754 HIV-Tests durchgeführt. Test-In war bis April 2011 in den Räumlichkeiten der Notfallpraxis mediX untergebracht. Die Praxis am Stauffacher bietet täglich Notfallsprechstunden für alle Erkrankungen und Verletzungen an, darunter auch Tests und Behandlung von STI. Für HIV-Tests wird nun auf Test-In verwiesen. Neu ist Test-In in der Notfallpraxis Zürich 3 untergebracht und wird von der ZAH, der Notfallpraxis Zürich 3 und der Laborgemeinschaft 1 gemeinsam angeboten.

d) *Sexwork/Freier*

Das Projekt **Don Juan** leistet HIV- und STI-Prävention für die Zielgruppe der heterosexuellen Freier. Don Juan wird teilweise durch den Projektfonds der AHS finanziert. Das Präventionsprogramm richtet sich auch an Betreiber und Betreiberinnen von Angeboten im Erotik- und Sexgewerbe. Die ZAH bietet für Kunden des Sexgewerbes anonyme telefonische und E-Mail-Beratung. 2010 gab es 98 telefonische Anfragen von Freiern und 100 Mailberatungen von Sexkunden.. Neue Beratungsansätze im Bereich neue Medien (z.B. Chat-Beratung, Facebook-Präsenz) wären aus Sicht der Zuständigen denkbar. Es werden auch Informationsmaterial und Beratungen für Clubbetreiberinnen und -betreiber angeboten. Gemäss dem Jahresbericht 2009 ist das Interesse der Clubs an Präventionsmassnahmen aber sehr gering.

Don Juan betreibt auch direkte Freierarbeit am Sihlquai und im Niederdorf sowie in Bars und Cabarets entlang der Langstrasse. Gemäss eigenen Angaben gab es 2010 rund 2700 direkte Kontakte mit Freieren auf der Gasse. Hauptthemen in diesen niederschweligen Beratungsgesprächen waren HIV/Aids, STI, *safer sex* und Fragen zum Test (genauere Angaben zu Dauer, Qualität und Inhalt dieser Kontakte sind uns nicht bekannt). Für die Don Juan-Gassenarbeit setzt die ZAH 40 Stellenprozent ein. Die Veränderungen am Strassenstrich (siehe Seite 4) haben die Präventionsarbeit von Don Juan vor Ort stark erschwert.

Fachstelle „liebesexundsoweiter – aids-info und sexualpädagogik“ Winterthur

Die Fachstelle „liebesexundsoweiter“ wurde 1987 als Aids-Infostelle Winterthur aufgrund eines Vorstosses der FDP im Stadtparlament gegründet und ist heute neben der ZAH die zweite lokale Aids-Organisation im Kanton. Im Unterschied zur ZAH hat die Fachstelle ihren Fokus schon vor 2009 erweitert (Plüss et al., 2009: 97). 2010 hat sich die Aids-Infostelle Winterthur einen neuen Namen gegeben: „liebesexundsoweiter – aids-info und sexualpädagogik“ steht für die Veränderungen, die sich für die Fachstelle in der HIV/Aids-

Prävention ergeben haben. „liebesexundsoweiter“ versteht sich als Fachstelle für Prävention, Gesundheit und Sexualität und setzt damit einen stark erweiterten Fokus, indem die HIV-Prävention mit anderen Bereichen der Gesundheitsförderung verknüpft wird. Der Schwerpunkt der Fachstelle ist das sexualpädagogische Angebot, mit dem sie sich hauptsächlich an die Allgemeinbevölkerung richtet. Sie ist aber auch in den Bereichen MSM und Migration tätig. Diese drei Bereiche werden unten beschrieben. Die Fachstelle ist seit 2008 nicht mehr im Bereich FSW tätig. Die Zürcher Stadtmission betreibt heute mit ihrem zusätzlichen Standort von Isla Victoria Prävention im Bereich FSW in Winterthur.

Ursprünglich wurde „liebesexundsoweiter“ zu einem Drittel von der Stadt, dem Kanton und der Wirtschaft getragen, der Beitrag der Wirtschaft ist jedoch im Lauf der Jahre auf einen unbedeutenden Betrag gesunken. Die Fachstelle wird heute hauptsächlich durch Subventionen des Kantons Zürich (90'000 CHF, Verfügung bis 2016) und der Stadt Winterthur (80'000 CHF, Parlamentsbeschluss gilt bis 2011) sowie aus einem Fonds der AHS (40'000 CHF) finanziert. Weitere Einnahmen werden durch die Gebühren für die Einsätze in den Schulen (2010 ca. 80'000 CHF) und Spenden erhoben, letztere allerdings in geringem Umfang (2010 ca. 20'000 CHF). Das jeweils projektformig zusammen mit Jugendlichen produzierte Jugendmagazin „liebesexundsoweiter“ wird über Einzelbeiträge finanziert (Stiftungen oder Lotterie-Fonds). Das Team besteht aus dem Geschäftsleiter und einer Sozialarbeiterin, die zuständig ist für Prävention, sowie aus einem Mitarbeiter, der zu ca. 20-30 Prozent aufsuchende Präventionsarbeit bei MSM macht. Freischaffende Sexualpädagoginnen und Sexualpädagogen ergänzen das Team.

Grundsätzlich wünscht sich der Geschäftsführer von „liebesexundsoweiter“, dass die Fachstelle auch in Zukunft die Möglichkeit hat, flexibel und kreativ auf die Bedürfnisse der Zielgruppen zu reagieren.

a) Allgemeinbevölkerung/Sexualpädagogik

Die Fachstelle bietet anonyme telefonische, persönliche und E-Mail-Beratung und macht Fachberatungen für Lehrpersonen. Die Geschäftsstelle von „liebesexundsoweiter“ ist drei Nachmittage in der Woche offen, in den Beratungen geht es vorwiegend um kurze Fragen zur Verhütung, zu eingegangenen Risiken und um Beziehungsfragen. Das Angebot umfasst auch ein Dokumentationszentrum und Informationsmaterial.

Winterthur hat für die städtischen Mittelschulen bereits im Jahr 2000 flächendeckend vier Lektionen für die HIV/Aids-Prävention in allen Klassen eingeführt. Auch in Winterthur gab es die Kontroverse darüber, ob die Sexualaufklärung von den Lehrpersonen (interne Lösung) oder von externen Fachkräften erbracht werden soll. Die sexualpädagogische Arbeit steht auch in Winterthur immer wieder unter politischem Druck (zur aktuellen Kampagne „gegen die Sexualisierung der Volksschule“ siehe oben).

Das Team von „liebesexundsoweiter“ und freischaffende Sexualpädagoginnen und Sexualpädagogen geben jährlich rund 300 Klassen sozialpädagogischen Unterricht. Früher hat die Fachstelle diesen Auftrag vor allem als „Peer Education“ verstanden, mit dem Übergang von der HIV-Prävention zur Sexuellen Gesundheit sind die *volunteers* in der Arbeit von „liebesexundsoweiter“ weitgehend verschwunden und die Arbeit in den Schulen wird von Fachkräften erbracht. Die Veranstaltungen finden in allen Schulstufen statt (Primarschule, 7.-10. Schuljahr, Berufsfachschulen, Mittelschulen), der grösste Teil der sexualpädagogischen Einsätze findet aber in den Berufsfachschulen statt. Im Unterschied zur Fachstelle „Lust und Frust“, die ihr sozialpädagogisches Angebot an Schulen gratis anbieten kann (siehe Kapitel Fachstelle für Sexualpädagogik „Lust und Frust“), muss „liebesexundsoweiter“ für einen Klasseneinsatz 400 CHF verrechnen. Dies stellt für die Zuständigen von „liebesexundsoweiter“ ein Problem dar.

b) MSM

Die MSM-Szene in Winterthur beschränkt sich auf drei private MSM-Sex-Partys sowie kleinere Cruising-Gebiete. Der MSM-Mitarbeiter sucht diese Orte auf und versucht, zugehende Beratung zu betreiben. Nach eigener Einschätzung kann damit kein grosser *impact* erzielt werden. Mit WILSCH, der Lesben- und Schwulenorganisation von Winterthur, hat die Fachstelle nur punktuell Kontakt.

c) Migration

Die HIV-Prävention bei Migrantinnen und Migranten in Winterthur konzentriert sich auf die „Afro-Pfingsten“. Dies ist das jährlich stattfindende, mehrtägige und grösste Afrika und Worldmusic Festival der Schweiz. Viele Menschen aus Subsahara-Gebieten feiern an diesem Festival. In Zusammenarbeit mit der ZAH wird jeweils ein Einsatz von Mediatoren und Mediatorinnen von Afrimedia durchgeführt.

Zürcher Stadtmission: Isla Victoria

Die Zürcher Stadtmission existiert seit ca. 150 Jahren und kümmerte sich ursprünglich vor allem um Menschen, die aus beruflichen Gründen am Sonntagmorgen nicht zur Kirche gehen konnten. Dazu zählten Beschäftigte der Gastronomie und auch Prostituierte.

Die Zürcher Stadtmission gehört zur Stiftung der Evangelischen Gesellschaft des Kantons Zürich und bietet die drei Angebote Café Yucca (Randständigen-Beiz), Gastroberatungen und die Anlauf- und Beratungsstelle Isla Victoria an. Isla Victoria ist eine niederschwellige Präventions- und Beratungsstelle für sich prostituierende Frauen in der Stadt Zürich. Die HIV/Aids- und STI-Prävention ist ein Schwerpunkt der Arbeit von Isla Victoria. Seit 1995 setzt die Zürcher Stadtmission die Strategie „Aidsprävention im Sexgewerbe“ (APiS) der AHS um. Isla Victoria ist im Bereich der aufsuchenden Sozialarbeit, der Beratung, der Prävention und der Vernetzung tätig. Die Beraterinnen sind sowohl in den Räumlichkeiten von Isla Victoria wie auch mit aufsuchender Arbeit in Clubs oder auf der Strasse tätig. In der Beratungsstelle bietet Isla Victoria unter anderem Deutschkurse für Sex-Arbeiterinnen, aber auch praktische Kurse über *safer sex*, Techniken der Prostitution, und den Umgang mit Freiern an. Sie bietet auch Beratung in medizinischen Fragen (zur Behandlung wird auf das Ambulatorium Kanonengasse verwiesen). Es werden auch szenenfreundliche und preisgünstige Ärzte und Rechtsanwälte vermittelt und Begleitung zu Ämtern sowie Kriseninterventionen und Einzelfallhilfe geboten. Wichtig ist auch der Mittagstisch in der Beratungsstelle, der vier Mal wöchentlich für ca. 40 bis 50 Frauen angeboten wird. Isla Victoria setzt mit ihren Tätigkeiten gemäss eigenen Angaben die Lernstrategie des NPHS um, die partizipativen Ansätze haben sich bewährt. Isla Victoria würde gerne mehr im Bereich Ausstiegshilfe machen, verfügt jedoch nicht über ausreichend Ressourcen und über geeignete Arbeitsmöglichkeiten. Die Zuständigen der Zürcher Stadtmission können nicht einschätzen, wie viele FSW es effektiv in der Stadt Zürich und im Kanton gibt. Auch die Infektionslage bei den FSW ist bei der Stadtmission nicht bekannt. Es wird berichtet, dass seit einigen Jahren vor allem aus Osteuropa kommende FSW und Cabaret-Tänzerinnen (derzeit vor allem Russinnen) in ihren Herkunftsländern keinerlei Informationen über STI erhalten.

Der budgetierte Aufwand von Isla Victoria für das Jahr 2010 belief sich auf 561'000 CHF (gemäss Budget 2010, inkl. Projekt Winterthur, siehe unten). Der grösste Beitrag kommt von der Stiftung Evangelische Gesellschaft Kanton Zürich selbst, rund 230'000 CHF. Das Sozialdepartement finanziert Isla Victoria über einen Leistungsauftrag jährlich mit rund 130'000 CHF. Weitere Mittel kommen aus privaten Stiftungen und Spenden. In der kantonalen Subvention an die ZAH sind 30'000 CHF für Isla Victoria enthalten. Im Unterschied

zur Beitragserhöhung für die ZAH wurde der kantonale Beitrag für Isla Victoria nicht erhöht. Isla Victoria weist 330 Stellenprozent aus. 2010 haben über 5'000 Erstkontakte und mehr als 9'000 Wiederholungskontakte stattgefunden (inkl. Winterthur).

Seit Januar 2010 hat Isla Victoria auch in Winterthur einen Standort. Die Zürcher Stadtmission ist für APiS in Winterthur zuständig und hat auch das Winterthurer Projekt „prima donna“ übernommen. Dieses erlebte zuvor eine schwierige Zeit und wurde von verschiedenen Trägern geführt. Mit der Übernahme durch die Zürcher Stadtmission hat eine Bündelung der Ressourcen stattgefunden. Der Aufwand für Isla Victoria Winterthur wird für 2011 mit 66'000 CHF budgetiert. Im Jahr 2010 haben 334 Erstkontakte und 230 Wiederholungskontakte stattgefunden.

Isla Victoria arbeitet mit der ZAH, der AHS, Flora Dora sowie mit anderen städtischen und privaten Stellen zusammen. Das Programm von Isla Victoria ähnelt in vielem jenem von Flora Dora. Während Flora Dora für den Sihlquai zuständig ist, ist Isla Victoria für alle anderen Gebiete zuständig, sowohl für den Bordell-Betrieb als auch für den Strassenstrich. Doch auch Isla Victoria erreicht gemäss den befragten Expertinnen weite Teile der Bordell-Prostitution nicht. Für die Zürcher Stadtmission ist die Zusammenarbeit mit Flora Dora schwierig, weil Flora Dora eine städtische Dienststelle ist und sie deshalb auch keine Kritik gegenüber der Stadt äussern könne. Auch die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Kanton und in der Stadt sei nicht immer leicht. Die Zusammenarbeit mit der ZAH wird gemäss eigenen Angaben so weit als möglich gepflegt. Es fehlten aber bei der ZAH bis vor kurzem klare Ansprechpartner.

Auch Isla Victoria beobachtet, dass sich das Sexgewerbe zunehmend in Agglomerationen und ländliche Gebiete des Kantons Zürich verlagert. Auch innerstädtisch gibt es Verlagerungstendenzen. Beides auch infolge der Sofortmassnahmen, die der Stadtrat im Zusammenhang mit der Situation am Strassenstrich am Sihlquai beschlossen hat (siehe Seite 4). Aus Sicht der Zürcher Stadtmission ist zu befürchten, dass die Prostitutionsgewerbeverordnung sowie der neue Strichplan zusätzlich zur Verlagerung beitragen, falls diese wie geplant anfangs 2012 in Kraft treten. Die Expertinnen nehmen an, dass in Folge der zusätzlichen stadtpolizeilichen Untersuchung viele Prostituierte in der Stadt Zürich gänzlich in die Illegalität gehen oder ihrem Gewerbe ausserhalb der Stadtgrenzen nachgehen werden. Die Zürcher Stadtmission hat sich darum auch zusammen mit der ZAH und der FIZ deutlich öffentlich gegen die Prostitutionsgewerbeverordnung ausgesprochen. Denn der daraus folgende Zentrifugal-Effekt und die Vergrösserung des illegalen Sektors erschweren die Zugänge für Präventionsarbeit von Isla Victoria. Die Arbeitsbedingungen von Flora Dora würden sich hingegen durch die beabsichtigte Konzentration des Strassenstrichs an der Aargauerstrasse mit den dort geplanten „Verrichtungsboxen“ verbessern. Im Zusammenhang mit dem neuen Bewilligungsverfahren fordert die Zürcher Stadtmission eine Möglichkeit für FSW, rasch und unbürokratisch eine preisgünstige Krankenversicherung abzuschliessen zu können.

Auch als Reaktion auf die Sofortmassnahmen für den Strassenstrich und die geplante Prostitutionsgewerbeverordnung möchte die Zürcher Stadtmission ihr Angebot auf das ganze Kantonsgebiet ausweiten. Dazu wurde im April 2011 ein Konzept erstellt. Im Oktober 2011 begann Isla Victoria mit dem „Kantons-Projekt“ der aufsuchenden Sozialarbeit bei FSW in der Agglomeration der Städte Zürich und Winterthur. Der Kanton stellte für das Projekt Kondome im Wert von 6'000 CHF zur Verfügung. Präventionsmaterial ist gemäss Expertinnen ein wichtiger Türöffner, um Zugang zu Etablissements zu erhalten. Der Bedarf wird von den Verantwortlichen aber deutlich höher eingeschätzt. Das Projekt ist als Pilot-Projekt über den Zeitraum von zwei Jahren geplant. Die Kosten belaufen sich auf rund 150'000 CHF, welche noch nicht gesichert sind. Mit der definitiven Akquisition dieses Kantonsprojektes für aufsuchende Arbeit könnte nach Ansicht der befragten Expertin-

nen die Arbeit von Isla Victoria in einem wichtigen Punkt weiterentwickelt werden. Falls für die gewünschte Ausweitung zusätzliche kantonale Mittel akquiriert werden können, würde dies auch eine stärkere Zusammenarbeit mit dem Kanton bedeuten. Wenn die Zürcher Stadtmission am jährlichen Kredit für die Aids-Prävention des Kantons über die 30'000 CHF hinaus partizipieren würde, können Konkurrenzen zur ZAH auftreten, vermuten Expertinnen.

Neben der Akquisition des Kantonsprojekts wäre aus Sicht der Zürcher Stadtmission ein Runder Tisch mit Kanton und Stadt wünschenswert, um die Prostitutionsgewerbeverordnung zu revidieren und dabei vor allem auch die Sicht der betroffenen Frauen einzubringen.

Meditrina: HIV-Testangebot für Sans-Papiers

Meditrina ist eine medizinische Anlaufstelle für Migrantinnen und Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus und Krankenversicherung. Meditrina wurde früher von Médecins Sans Frontières geführt, im Januar 2010 hat das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) Meditrina übernommen. Meditrina bietet allgemeine medizinische Untersuchungen und Notfall- bzw. Kurzfristbehandlungen. Sans-Papiers und allgemein Personen mit ungeregeltem Aufenthaltsstatus erhalten dort ohne Voranmeldung eine kostenlose Beratung in verschiedenen Fremdsprachen. Seit Mai 2007 bietet Meditrina mit Unterstützung der ZAH auch HIV-Tests an. Im Falle eines positiven Testresultats übernimmt die ZAH die weitergehende Beratung und Vermittlung der Klientinnen an Fachärzte. Meditrina bietet keine lang anhaltende ART-Versorgung.

Homosexuelle Arbeitsgruppe Zürich (HAZ)

Die Homosexuelle Arbeitsgruppe Zürich (HAZ) ist eine der grössten Lesben- und Schwulenorganisationen der Schweiz und setzt sich seit 1972 im Grossraum Zürich für die Interessen schwuler, lesbischer und bisexueller Menschen ein. Das Angebot umfasst Treffpunkte, Selbsthilfe-, Gesprächs-, Arbeits- und Projektgruppen sowie eine Bibliothek und persönliche Beratungen. Die HAZ ist nicht explizit im Bereich HIV/Aids- und STI-Prävention tätig. Sie bietet im Auftrag und finanziert von der Stadt Zürich persönliche Beratungen für Schwule und Lesben an. Die Beratung zu Schwulen-Fragen werden von einer männlichen Fachperson durchgeführt, jene zu Lesben-Fragen von einer weiblichen Fachperson. Beide Beratungspersonen sind zu je 20% angestellt. Der zurzeit angestellte männliche Berater ist ebenfalls Mitarbeiter bei Checkpoint und die Beratungen finden in den Räumlichkeiten von Checkpoint statt.

Zurzeit finden Gespräche statt, die Zusammenarbeit zwischen der HAZ und Checkpoint zu intensivieren. Eine längerfristige Perspektive wäre ein „Regenbogenhaus“, das neben der Geschäftsstelle der HAZ weitere Beratungsinstitutionen sowie eine Bar und ein Versammlungsraum beheimaten würde.

Tabelle 1: Die wichtigsten Akteure und ihre Hauptangebote im Kanton Zürich

Träger	MSM	Migration	Prostitution	Schule	Beratung/Test	
kantonal	Kantonsärztlicher Dienst	Umsetzung NPHS / Finanzierung HIV/Aids- und STI-Prävention in Stadt und Kanton Zürich				
	Kantonales Volksschulamt, Schulärztlicher Dienst				Planungshilfen Gesundheitsförderung und Prävention Volksschule	
	Kantonales Mittelschul- und Berufsbildungsamt				Leitlinien Sexuelle Gesundheit an Mittel- und Berufsfachschulen	
	USZ				HIV-Test- und Beratungsstelle	
	KSW				HIV-Test- und Beratungsstelle	
	Kant. Kommission für Aidsfragen	Beratung der Gesundheitsdirektionen				
kommunal	Stadtärztlicher Dienst	Finanzierung HIV/Aids- und STI-Prävention in der Stadt Zürich				
	Städtische Gesundheitsdienste Zürich		Gynäkologische Sprechstunde Ambulatorium Kanonengasse		Gynäkologische Sprechstunde Ambulatorium Kanonengasse	
	Stadtpital Triemli	Dermatologisches Ambulatorium			Dermatolog. Ambulatorium	
	Schul- und Sportdepartement, Schulgesundheitsdienste				Zusammen mit Schulgesundheitsdienste Stadt Zürich: „Lust und Frust“	
	Sozialdepartement Stadt Zürich			Flora Dora		
PPP	„Lust und Frust“				Fachstelle für Sexualpädagogik	
NGO	ZAH	In Zusammenarbeit mit ARUD: Checkpoint Zürich	MediatHIV/ Afrimedia Test-In	Don Juan (Freier) Herrmann (MSW)	Zusammen mit Schulgesundheitsdienste Stadt Zürich: „Lust und Frust“	Telefonische, persönliche, E-Mail-Beratungen Test-In
	Fachstelle „liebesexundsoweiter“ Winterthur	Vorort-Arbeit			Sexualpädagogisches Angebot	Telefonische, persönliche, E-Mail-Beratungen
	Zürcher Stadtmission			Isla Victoria Zürich und Winterthur (FSW)		
	Schweizerisches Rotes Kreuz		Meditrina			
	HAZ	Beratung				

6.6 Fazit

Aufgaben der HIV/STI-Prävention werden heute im Kanton Zürich von insgesamt sechzehn Institutionen und Organisationen wahrgenommen (fünf kantonale, fünf kommunale Ämter bzw. Dienste, fünf NGOs sowie eine Public-NGO-Partnerschaft und die Kantonale Kommission für Aidsfragen, siehe Tabelle 1). Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln des Bundes, des Kantons, zweier Gemeinden, durch Stiftungen sowie – in geringerem und abnehmendem Umfang – aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen.

Die Aufgabenzuweisungen an die beteiligten staatlichen Stellen wie auch die Gründung von zwei der fünf NGOs sind Reaktionen auf die beiden Herausforderungen der Aids-Krise und der Drogen-Krise in Zürich und der Schweiz in den 1980er Jahren. Der nennenswerten, aber im internationalen Vergleich nicht besonders starken Beteiligung von NGOs liegt die damals wie heute richtige Philosophie der maximalen Beteiligung betroffener Gruppen und der Delegation öffentlicher Aufgaben an basisnahe Institutionen der Zivilgesellschaft zugrunde. Staatliche Stellen wie NGOs haben sich seither – überwiegend jede für sich, jedoch nicht ohne Abstimmung mit den anderen Akteuren – nach der je eigenen institutionellen Logik sowie orientiert am Wandel der Herausforderungen, der wissenschaftlich fundierten Antworten darauf und an den Möglichkeiten der Ressourcenbeschaffung weiter entwickelt.

In allen beteiligten staatlichen Ämtern und Diensten sind HIV und STI nur ein Handlungsfeld unter mehreren. Andererseits sind auf fast allen Handlungsfeldern mehrere Akteure tätig. Die ZAH ist der einzige Akteur, bei dem HIV und STI im Mittelpunkt aller Aktionsfelder steht. Dafür ist die ZAH aber auf allen Handlungsfeldern präsent und bietet auch Präventionsleistungen für alle Zielgruppen der Interventionsachse 2 an, ausser für FSW. Der bei der letzten Untersuchung des Systems (Neuenschwander et al., 2005a) prognostizierte und befürwortete Konzentrationsprozess hat nicht stattgefunden.

Bezugsrahmen der Aktivitäten sind die Programme des BAG, aktuell die Programmatik des NPHS 2011 – 2017, die durchgängig bekannt ist und als Leitlinie der Aktivitäten akzeptiert wird. Neben diesen nationalen Zielen gibt es keine kantonale definierten Ziele im untersuchten Bereich. Auf kantonaler Ebene gibt es kein steuerndes Zentrum all dieser Bemühungen, keine übergreifenden verbindlichen Ziele und auch keine gemeinsame Qualitätsentwicklung bzw. -sicherung. Die Kantonale Aidskommission übernimmt mit der Erfüllung ihrer Koordinations- und Expertenfunktion nicht diese Aufgabe, sondern berät die Gesundheitsdirektoren in Grundfragen der Strategie. Der Regierungsratsbeschluss von 2008 regelt die Verteilung der Präventionsgelder, beinhaltet jedoch keine steuerungsrelevanten Kriterien.

Sämtliche Akteure arbeiten professionell mit qualifiziertem Personal und – zum Teil trotz widriger Rahmenbedingungen – motiviert und ergebnisorientiert. Bis auf wenige Ausnahmen sind allerdings die Kenntnisse über Grösse, Komposition und Eigenschaften der jeweiligen Zielgruppen lückenhaft. Insbesondere fehlt es an Daten zur Verhaltens-epidemiologie. Überwiegend wird nach der Philosophie von Kommstrukturen gehandelt, aber auch den *outreach*-Ansätzen liegt keine genauere Analyse der Zielgruppen und ihrer Bedürfnisse zugrunde. Die Qualität der Arbeit und die Erreichung von Zielen stehen weithin in der Verantwortung der Akteure selbst. Eine öffentliche Rechenschaftspflicht für den optimalen Einsatz der Ressourcen (*accountability*) existiert weder für die einzelnen Akteure noch für das gesamte System.

Eine Zuordnung der Akteure zu den drei Interventionsachsen ergibt ein differenziertes Bild:

Interventionsachse 1

Entsprechend den in Kapitel 5 formulierten Herausforderungen liegt der Schwerpunkt der Betrachtung auf der Nutzung des öffentlichen Schulsystems als zentraler Ressource für die nachhaltige Orientierung an modernen Konzepten von *sexual health* als Voraussetzung und Rahmen der HIV/STI-Prävention. An der curricularen Entwicklung (für die Schulen und die Lehrerausbildung) sind der Schulärztliche Dienst des Kantonalen Volksschulamtes, das Kantonale Mittelschul- und Berufsbildungsamt sowie „Lust und Frust“ (Kooperation zwischen ZAH und dem städtischen Schulgesundheitsdienst) beteiligt. Externe, den Unterricht unterstützende Fachkräfte kommen von „Lust und Frust“ sowie der Fachstelle „liebesexundsoweiter“ (mit unterschiedlichen Vergütungsbedingungen). Das Verhältnis zwischen dem Einsatz von Schullehrkräften und externen Experten und Expertinnen bei der Aufgabenerfüllung ist unklar und wird jeweils spontan bzw. nach Verfügbarkeit entschieden. Einzelberatungen (persönlich, per Telefon und E-Mail) leisten „Lust und Frust“, die ZAH (sowohl direkt als auch über Checkpoint) sowie die Fachstelle „liebesexundsoweiter“ in Winterthur. Dies impliziert die Integration spezifischer, risiko- und krankheitsbezogener Aufklärung („vertikaler Ansatz“) in die allgemeine, krankheits-unspezifische Gesundheitsförderung („horizontaler Ansatz“). Sämtliche Akteure sind an zeitgemässen Konzepten der Sexualaufklärung und von *sexual health* orientiert und halten die Praxis isolierter HIV/STI-Aufklärung für fachlich überholt. Auf der Anwendungsebene (einzelne Schule) gibt es keine Steuerung und keine spezifische Qualitätssicherung für die Sexualkunde. Eine Einbeziehung von Migrantinnen und Migranten in diese Aufklärungs- und Bildungsbemühungen ist bislang nicht erkennbar. Angesichts der grundlegenden und langfristigen Bedeutung der Bildung und des Bildungssystems für *sexual health* als Teil der Gesundheitsförderung besteht hier grosser Handlungsbedarf.

Interventionsachse 2

Bis auf die ZAH, die – bis auf FSW – Leistungen für sämtliche Zielgruppen erbringt, sind die Akteure an je einer der Zielgruppen orientiert, zum Teil mehrere Akteure an einer Zielgruppe.

a) MSM

Die HIV-Prävention wurde initial in Selbsthilfe aus der *community* heraus von schwulen Männern organisiert, die zu diesem Zwecke in Zürich die ZAH mit eindeutig schwulem Profil gründeten, die alsbald von staatlichen Stellen finanziell gefördert wurde. Mit der Ausdifferenzierung der Leistungen ging dieses ursprüngliche Profil verloren. Die Gründung von Checkpoints (zunächst in Genf, später in Zürich) ist der Versuch, dieses – für die Etablierung und Befestigung gruppenbezogener Normen in der *community* zumindest sehr nützliche – Profil unter den Bedingungen der Normalisierung und insbesondere der inzwischen verfügbaren medizinischen Behandlungsmöglichkeiten wieder zu beleben. Die befragten Akteure planen, Checkpoint nicht nur für HIV und Aids, sondern für das gesamte Spektrum von MSM-spezifischen Gesundheitsproblemen Leistungen auszubauen und zu bewerben. Eine Weiterentwicklung von Checkpoint zu einem organisierenden Zentrum schwulen Lebens („Regenbogenhaus“, gegebenenfalls in Kooperation mit Schwulenorganisationen wie der HAZ) könnte diesen – aus präventionspolitischer Sicht nützlichen (Rosenbrock et al., 2009) – Prozess unterstützen und vorantreiben. Die Integration von MSW in die Betreuung durch Checkpoint erscheint zweckmässig. Checkpoint hat bislang keine feste Institutionalisierung, sondern firmiert als ZAH-Projekt mit einer speziellen, jährlichen Förderung durch das BAG. Die Aufgaben im Checkpoint werden professionell und empathisch szenennah auf Basis guter Informationen über die Infrastruktur und die Be-

dürfnisse in den Teil-Zielgruppen wahrgenommen. Die Nachfrage wächst kontinuierlich. Die Verbindungen zum Krankenversorgungssystem (Interventionsachse 3) sind gut und produktiv. Die Wissensbasis für Strategien und Aktivitäten könnte durch eine kantonale bzw. Zürich-spezifische Aufbereitung verhaltensepidemiologischer Daten verbessert werden. Defizite werden in der aufsuchenden Präventionsarbeit („sozialräumliche Prävention“) gesehen. Dafür könnten auch – über den bereits erreichten, beachtlichen Stand hinaus – *volunteers* gewonnen werden, die den Bezug zur *community* noch weiter verstärken könnten.

b) Migrantinnen und Migranten

Für die Prävention in dieser, kulturell und sozio-ökonomisch keineswegs einheitlichen, Zielgruppe erbringen ZAH (MediatHIV/Afrimedia, Test-In), das SRK (Meditrina) sowie der Stadtärztliche Dienst (medizinische Einzelfallhilfe) Leistungen. Eine differenzierte Übersicht über die Zielgruppe/n, ihre unterschiedliche Nähe zum HIV/STI-Risiko und ihre relevanten Binnenstrukturen (Rolle religiöser und kultureller Organisationen, Grad der HIV-Tabuisierung etc.) hat keiner der Akteure. Über den Grad der Erreichung der Zielgruppen oder von spezifischen Zielen liegen keine Informationen vor. Qualitätsentwicklung und -sicherung spielen offenbar eine untergeordnete Rolle. Die Leistungen orientieren sich zum Teil (Teststellen) an einem verengten medizinischen Interventionsparadigma, zum überwiegenden Teil an zeitgemässen Konzepten des *community building*, der Mediation sowie der transkulturellen Öffnung. Da HIV/STI-Prävention in diesen Gruppen erfolgreich nicht losgelöst von den anderen gesundheitlichen und sozialen Problemen dieser Gruppen betrieben werden kann, ist die Zuordnung dieser Aktivitäten zu Aids-spezifischen Organisationen wie der ZAH sachlich und fachlich nicht zwingend. Trotz der epidemiologisch geringeren Betroffenheit von Migrantinnen und Migranten im Kanton Zürich (im Vergleich zum Beispiel mit Genf) besteht hier grosser und chancenreicher Entwicklungsbedarf.

c) FSW/Freier

Leistungen für den Bereich der heterosexuellen Prävention erbringen die ZAH (mit einem wenig bedeutsamen Freierprojekt), sowie zwei städtische Dienststellen (Ambulatorium Kanonengasse, Flora Dora) und die Zürcher Stadtmission (Isla Victoria). Kein Akteur verfügt über genauere Kenntnis des Umfangs, der Dynamik, der sozialräumlichen Verteilung (Strassenstrich, Clubs, Salons, Bordelle, Vermittlung von Escorts über Internet; innerhalb und ausserhalb der Stadtgrenzen) sowie der Handlungsbedingungen (Ausbeutung, Zuhälter, Menschenhandel und andere Gewaltverhältnisse) im Bereich der Prostitution. Das Angebot an „Ausstiegshilfen“ ist dürftig und strukturell nicht abgesichert (Ausschaffung von Ausstiegswilligen nach Prozessende). Die medizinische Versorgung mit ART bei einem positiven HIV-Test ist bei nicht versicherten FSW nicht gesichert, was die Motivation für den Test entscheidend einschränken kann. Bezogen auf die je selbst gewählten (Teil-) Zielgruppen erscheinen die Leistungen von Flora Dora (Strassenprostitution) sowie Isla Victoria (Zürich und Winterthur) professionell und zielgerecht organisiert. Allerdings wird der quantitativ weit grössere Bereich der stationären Prostitution weit weniger erreicht. Das Ambulatorium Kanonengasse arbeitet professionell und wird gut angenommen, der damit erreichte Versorgungsgrad der Zielgruppen ist allerdings unbekannt.

Die rechtlichen Neuregelungen (2011) in der Stadt Zürich zur Zulassung als FSW und zur räumlichen Steuerung der Strassenprostitution werden absehbar zu einer Zunahme der illegalen Prostitution (FSW, die die Voraussetzungen der Zulassung, vor allem Krankenversicherungsschutz nicht erfüllen) sowie zu einer Verlagerung der Prostitution aus den Stadt-

grenzen hinaus führen. Alle befragten Akteure erwarten von den repressiven Elementen der Prostitutionsgewerbeverordnung Auswirkungen auf die Arbeit der FSW, welche die Erreichbarkeit und damit die Präventionsarbeit erheblich erschweren. Positive ausländische Erfahrungen mit einer Liberalisierung der Prostitution wurden bei diesen Regelungen offenbar nicht berücksichtigt. Die in diesem Bereich tätigen Akteure sind auf die sich daraus ergebenden Veränderungen nicht vorbereitet. Ausserhalb der Stadt Zürich gibt es kein Ambulatorium, das kostenlos oder sehr kostengünstige Konsultationen auch anonym anbietet. Dies hat zur Folge, dass die FSW sich wenig untersuchen lassen.

Insbesondere die Lücken in der präventionsorientierten Betreuung des stationären Sektors, die Beschränkung der Arbeit auf die beiden Städte Zürich und Winterthur sowie die sich absehbar aus der Veränderung der rechtlichen Bedingungen ergebenden Verschiebungen ergeben auch für die Prävention für und mit dieser Zielgruppe der Interventionsachse 2 Handlungsbedarf.

Interventionsachse 3

Die Beziehungen und Verweiswege zwischen den Akteuren der Interventionsachse 2 und dem System der Krankenversorgung (Interventionsachse 3) erscheinen gut und vertrauensvoll geregelt. In der Wahrnehmung der befragten Akteure werden, im Gegensatz zu früher, HIV-Infektionen heute weitaus häufiger im Frühstadium diagnostiziert und einer Behandlung zugeführt. Diese Einschätzung steht auch im Einklang mit den Analysen des BAG. Der Anteil von *late presenters* hat abgenommen.

Die psychosoziale Versorgung von Menschen mit HIV/STI sowie ihrer Partnerinnen und Partner werden für den Bereich der MSM zunehmend von Checkpoint (mit guten Anschlussmöglichkeiten an die allgemeinmedizinische und Spital-Versorgung, also an das horizontale System) wahrgenommen. Ein ungelöstes Problem bildet die Finanzierung von ART, zum Teil auch von Impfungen gegen Hepatitis A und B sowie von STI-Behandlung für nicht versicherte Personen vor allem aus den Zielgruppen der Migrantinnen und Migranten und der Prostitution.

Insgesamt kommt die vorliegende Expertise zu den Akteuren und Aktionen in der HIV/STI-Prävention im Kanton und in der Stadt Zürich zu dem Ergebnis, dass sich – bei durchweg guter Qualität der Leistungen der einzelnen Akteure – in der Gesamtstruktur keine Akteure, Kräfte oder Anreize finden, die auf die Definition und eine optimale Erreichung von Zielen, eine angemessene Qualitätssicherung sowie auf eine rationale, an der Grösse und Dringlichkeit der Probleme orientierte Mittelverteilung dringen oder eine solche gar durchsetzen könnten. Zudem wurden insbesondere auf der Interventionsachse 2 Strukturen identifiziert, die sowohl zu Leistungslücken als auch zu Verzerrungen führen können.

Um diese Defizite abzubauen, wird deshalb empfohlen, den gesamten Bereich unter Einschluss aller Akteure in einen Prozess der partizipativen Organisationsentwicklung zu führen, um unter Aufnahme der vorhandenen, hohen Sachkunde und Motivation befriedigende Lösungen sowohl für die inhaltliche Arbeit als auch für die Steuerung (*governance*) sowie für die Aufbringung und Verteilung der Ressourcen zu erarbeiten.

Dazu werden im folgenden Kapitel 7 aus Sicht der Verfasser zweckmässige Lösungen für die Interventionsachsen und – differenziert nach Zielgruppen – insbesondere Interventionsachse 2 skizziert. Diese Skizzen beziehen Erfahrungen und Befunde zur HIV/STI-Prävention aus verschiedenen Ländern ein und sind als Input für den in Kapitel 8 vorgeschlagenen Prozess der partizipativen Qualitätsentwicklung zu verstehen, der dann zu geeigneten und akzeptierten Lösungen führen soll.

7 Entwicklungsziele zur Begegnung der Herausforderungen im Rahmen des Interventionsmodells

Die Aktivitäten der sechzehn identifizierten Akteure der HIV/STI-Prävention im Kanton Zürich konzentrieren sich derzeit auf die folgenden fünf Handlungsfelder:

Interventionsachse 1:

- HIV/STI-Prävention, Sexualpädagogik, *sexual health* in Schulen, mit zusätzlichen individuellen Beratungsangeboten

Interventionsachse 2:

- Primärprävention HIV/STI und Gesundheitsförderung für MSM, einschliesslich MSW
- Primärprävention HIV/STI und Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten
- Primärprävention HIV/STI und Gesundheitsförderung für FSW

Interventionsachse 3:

- Therapie, Krankenversorgung und Tertiärprävention für Menschen mit HIV/STI und ihre Partnerinnen und Partner

Durch Beratung, Unterstützung, Begleitung und Weiterverweisung von HIV-Infizierten und Aids-Patienten und ihren Partnerinnen und Partnern erbringen einige Akteure auch Leistungen der Interventionsachse 3. Die Krankenversorgung ist nicht Gegenstand dieser Expertise.

In Auswertung der Befunde zu den Akteuren und Aktivitäten (Kapitel 6) werden im Folgenden Vorschläge bzw. Entwicklungsziele skizziert, wie den aus der Epidemie-Entwicklung (Kapitel 3) erwachsenden alten und neuen Herausforderungen der HIV/STI-Prävention (Kapitel 5) im Rahmen des Interventionsmodells zur Umsetzung des NPHS (Kapitel 4) und der verfügbaren Erfahrungen und Befunde auch aus anderen Ländern begegnet werden kann.

7.1 Interventionsachse 1

Die Vermittlung von Informationen und Motivation zu präventivem Verhalten durch die „Love Life“ Kampagne (BAG) und die damit verbundenen Aktivitäten sollten weiter laufen. Sie werden von allen Akteuren für notwendig gehalten und stehen nicht zur Diskussion. Dieses „Grundrauschen“ und die beständigen Erinnerungsimpulse werden von allen Akteuren für notwendig gehalten.

Nachhaltige Prävention von HIV/STI setzt aber nach dem Stand der Gesundheitswissenschaften früher und breiter ein: Das Ziel der Prävention von Infektionen mit HIV und anderen STI (sowie auch der allgemeinen unspezifischen Prävention) kann mit dem Konzept der „Gesundheitskompetenz“ (*health literacy*) umschrieben werden. Grob gesprochen handelt es sich um die Fähigkeit eines Individuums,

- Situationen zu erkennen, in denen eigene Entscheidungen für oder gegen seine Gesundheit zu treffen sind,
- inhaltlich korrekte Entscheidungen zu treffen und
- diese Entscheidungen in Verhalten – sich und der Umwelt gegenüber – umzusetzen und durchzuhalten.

Wesentliche Voraussetzungen für Gesundheitskompetenz sind Selbstwertgefühl, Selbstachtsamkeit, Vertrauen in die Selbstwirksamkeit, die Einbindung in reziproke soziale Netze, Informationszugang sowie die Verfügbarkeit über materielle Ressourcen, die zum Risiko meidenden Verhalten erforderlich sind. Dieser salutogenetische Ansatz (Gesundheitsförderung) ist theoretisch und praktisch älteren, auf die Minderung oder Eliminierung einzelner Risiken durch Information, Erziehung oder Zwangsmittel auf nahezu allen Gebieten der Prävention überlegen. Die Grundlagen für Gesundheitskompetenz werden am effektivsten in der Kindheit und frühen Jugend gelegt. Biografisch später einsetzende Interventionen sind meist aufwändiger, erreichen nicht die gesamten Zielgruppen und haben oft hohe Streuverluste. Damit ist das öffentliche Bildungswesen (einschliesslich der Vorschul-erziehung in Kindergärten und KiTas etc.) – neben der Familie – primärer und prioritärer Ort der Prävention und Gesundheitsförderung – auch im Bereich von *sexual health*.

Kompetenzentwicklung braucht mehr als Informationsvermittlung, schliesst diese aber ein. Es geht dabei um die Unterstützung der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu selbstbewussten und an für sie positiven Zielen orientierten Persönlichkeiten mit Kenntnissen, Kriterien und Kompetenzen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben. Im Hinblick auf *sexual health* geht es – so das Konzept „Sexual Health“, des BAG (2006) – unter dem Oberziel des „sexuellen Wohlbefindens“ um die darauf bezogene Bearbeitung der Arbeitsfelder (1) psychosexuelle Entwicklung (einschliesslich der Pluralisierung von Lebensstilen und der sexuellen Vielfalt), (2) Reproduktion sowie (3) Prävention von sexuell übertragbaren Erkrankungen und (4) sexuelle Gewalt.

Diese Kompetenz ist nicht durchgängig gewährleistet, da in der Lehrerausbildung in der Schweiz – trotz aller beachtlichen Bemühungen und Erfolge der letzten Jahren – keine hinreichende Auseinandersetzung mit der Sexualpädagogik sowie den zu ihrer Vermittlung notwendigen Kompetenzen (die immer auch Selbsterfahrung einschliessen) erfolgt. Eine solche Ausbildung für alle Lehrkräfte oder bestimmte Gruppen von Fachlehrerinnen und Fachlehrer und Erziehenden ist deshalb eine offene Forderung.

Als fachlicher Rahmen bietet sich dabei „Lebenskunde“ bzw. „Mensch und Umwelt“ sicherlich stärker an als z.B. Biologie. Auf die Debatte, ob sich Lehrerinnen und Lehrer, die ja immer auch Teil des beurteilenden und selektierenden Systems „Schule“ sind, generell zur Kompetenzvermittlung in derart „heiklen“ Feldern wie *sexual health* eignen, wird hier nicht eingegangen.

In eine sowohl psychosozial wie auch unter Infektionsgesichtspunkten vulnerable Situation geraten (meist junge) Menschen, die entdecken, dass ihre erotischen Bedürfnisse vom heterosexuellen Mainstream abweichen. Für diese Menschen braucht es gut ausgeschilderte und nutzerfreundliche Anlaufstellen für Beratung und Unterstützung, die sie vorurteilsfrei in ihrer Entwicklung unterstützen, sie in die offenen und verdeckten Regeln und Normen der homosexuellen bzw. queeren Lebenswelten einführen und gegebenenfalls bei ihren ersten Schritten begleiten.

Der auch international nahezu einhellig befürwortete Beginn der *sexual health* Bildung schon im Kindergarten wird oft missverstanden: Bei diesen Bemühungen geht es zunächst überhaupt nicht um sexuelle Themen, sondern um einen freundlichen, selbst-achtsamen Umgang mit den eigenen physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen, um die Grenzen, die dabei durch das Zusammenleben mit anderen Menschen gesetzt sind, um Toleranz, Respekt und Solidarität, um ein realitätsgerechtes Verhältnis von Vertrauen und Misstrauen, um Impulskontrolle und Frustrationstoleranz, also im Kern um jene Kompetenzen und Fertigkeiten, die in den Gesundheitswissenschaften mit den Konzepten *self esteem*, *internal locus of control*, *self efficacy*, *sense of coherence*, *social capital* und *critical health literacy* umrissen werden. Diese (internen) Gesundheitsressourcen bilden – zu-

sammen mit den sozioökonomischen (externen) Ressourcen – pointiert gesagt – die Grundlagen für ein auch gesundheitlich gelingendes Leben. Sie sind damit auch die Grundlagen der Prävention spezifischer Risiken, so auch z.B. im Hinblick auf Sexualität. Die Anerkennung unspezifischer Gesundheitsförderung als Grundlage der Prävention spezifischer Risiken setzt sich zunehmend auch im Hinblick auf die in reichen Ländern dominierenden, chronisch degenerativen Erkrankungen („Zivilisationskrankheiten“) (Rosenbrock und Michel, 2007), aber auch zum Beispiel im Hinblick auf die Prävention gefährlichen Drogengebrauchs (Steuergruppe, 2010) durch. Auf diesen Feldern werden die initial am einzelnen Risiko (HIV/STI) ansetzenden Aktivitäten („vertikaler Ansatz“) in einen krankheitsunspezifischen Ansatz der Gesundheitsförderung („horizontaler Ansatz“) überführt und gehen in ihm auf. Im Hinblick auf die HIV/STI-Prävention ist der Gewinn dieses Übergangs besonders deutlich: ein sehr erheblicher Teil der HIV/STI-Risiken in der insgesamt sehr gut informierten Bevölkerung in der Schweiz ist auf Defizite der sozialen Kompetenzen im Hinblick auf die Kommunikation, Entscheidung und Handlungsfähigkeit in Risikosituationen zurückzuführen bzw. steht auch oft mit Drogenutzung in Verbindung.

Eine isolierte Aufklärung in der Schule über Übertragungsrisiken von HIV und STI und über *safer sex* im zeitlichen Umkreis des Beginns gelebter Sexualität kann dem gegenüber nur als erste und insoweit auch notwendige und wirksame Krisenreaktion gesehen werden. Zu Recht verweisen aber die WHO (WHO und BZgA, 2010) wie auch das NPHS auf die Notwendigkeit, das Thema HIV- und STI-Prävention in den allgemeineren Rahmen der Gesundheitsförderung einzubetten. Dabei geht es gewiss nicht darum, das Primat der Familie für die Erziehung und Bildung der Kinder infrage zu stellen oder die „Volksschule zu sexualisieren“. Sondern es geht darum, künftige Generationen auf ein auch gesundheitlich und sexuell gelingendes Leben in einer immer komplexeren und schnelleren, und – vor allem durch Werbung und Internet – auch immer mehr sexualisierten Umwelt vorzubereiten. Dazu gehört es auch, in den dafür geeigneten Schulstufen die Chancen und Risiken unterschiedlicher Lebensstile sowie die sexuelle Vielfalt zu behandeln. In seinem Konzept für *sexual health* für die Schweiz unterstreicht auch das BAG (2006) diese Notwendigkeit, verweist aber darauf, dass das Amt hierzu kaum Kompetenzen hat. In der Evaluation der Aids-Politik in der Schweiz (Rosenbrock et al., 2009) wird deshalb vorgeschlagen, PLANeS als NGO mit dieser Aufgabe zu betrauen und dabei zu unterstützen. Dabei ist unstrittig, dass dies ein langer Prozess sein wird, der aber desto eher Früchte trage wird, je eher er begonnen wird.

Angesichts des fortgeschrittenen Standes der Arbeiten und der gewachsenen Qualifikation der beteiligten Akteure im Kanton Zürich zum Thema HIV/STI-Prävention, Sexualpädagogik, *sexual health* und zu Beginn der Umsetzung des NPHS 2011 – 2017 sollte die Chance genutzt werden, das Fundament einer nachhaltigen und bevölkerungsweiten Bildung zur sexuellen Gesundheit zu legen, die mehr ist als die Abwesenheit von sexuell übertragbaren Krankheiten, aber diese einschliesst.

Wenn die Chance besteht, diese Zielorientierung auch in das laufende, schweizweite Projekt „Lehrplan 21“ zu integrieren, sollte diese auch genutzt werden. Wenn dies nicht der Fall ist, sollte der Kanton Zürich das Vorhaben zunächst auch alleine in Angriff nehmen. Der schweizweiten Koordinierung dieser Bemühungen würde auch die Einbeziehung der Stiftung PLANeS dienen, die gemäss der Evaluation der Schweizer Aids-Politik (ebd.) in ihrer Rolle als Initiatorin und Koordinatorin von Bemühungen um *sexual health* in der Schweiz unterstützt werden soll.

Dies wäre auch die zeitgemässe und dem Entwicklungsstand im Kanton Zürich angemessene Form der Umsetzung des Ziels 1 auf der Interventionsachse 1 des NPHS: „Die Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz sind sensibilisiert für den Wert der sexuellen Gesundheit und für die Rechte des Menschen im Bereich der Sexualität.“

7.2 Interventionsachse 2

MSM und MSW

MSM weisen im Kanton Zürich schweizweit die höchste Rate an HIV-Neudiagnosen und auch -Infektionen auf. Dieser Entwicklung kann begegnet werden – zum einen durch die Intensivierung der bisherigen Präventionsarbeit und zum anderen durch die Institutionalisierung und Bekanntmachung einer Struktur, die für Gesundheitsprobleme von MSM „zuständig“ und in der *community* verankert ist. Dieser Weg wurde mit der Etablierung des Checkpoint beschritten, die wachsende Nachfrage auf das breiter werdende Spektrum von Angeboten bestätigt seine Richtigkeit.

Entwicklungsbedarf wird dabei in folgenden Arbeitsfeldern gesehen:

- Die aufsuchende Präventionsarbeit sollte verstärkt werden: Präsenz auf Partys und Szenetreffpunkten, nicht nur mit Testangeboten, sondern auch durch die Organisation von Events als Türöffnern, wie z.B. das Projekt „Hilde on Tour“ und viele andere Möglichkeiten (vgl. z.B. <http://www.mancheck-berlin.de>), die auch das Thema Drogen ansprechen. Präsenz erscheint nicht nur bei explizit schwulen Partys sinnvoll, sondern – wegen der vor allem in Jugendkulturen zu beobachtenden neuen Mischungen von hetero- und homosexuellen Szenen – auch bei ausgewählten anderen Ereignissen. Die aktive Teilnahme der Wirte bzw. Veranstalter sollte in jedem Fall aktiv eingefordert werden.
- Die Nutzungsmöglichkeiten der neuen Medien (Internet, „soziale Netzwerke“) für die Prävention gehen weit über einen guten Internet-Auftritt, auffindbare Gesundheitsportale und das Angebot von E-Mail-Beratung hinaus. Noch nicht hinreichend erschlossen erscheinen vor allem die Möglichkeiten der Kombination von Internet mit herkömmlichen Medien (Plakaten und anderen Printmedien, Veranstaltungen) und lokalen Aktionen. Es wäre z.B. zu prüfen, ob für die MSM in der Deutschschweiz (und damit auch für den Kanton Zürich) ein Äquivalent der Kampagne „Ich weiss, was ich tu“ (<http://www.iwwit.de>) der Deutschen Aids Hilfe sinnvoll wäre, die zugleich der Bekanntmachung des Checkpoint oder – bei schweizweiter Organisation – der Bekanntmachung der Checkpoints in Genf und Zürich dienen würde.
- Der beschrittene Entwicklungspfad, das Leistungsspektrum des Checkpoint über die unmittelbar HIV/STI-bezogenen Angebote (Beratung, Test, medizinische Behandlung, Beratung für sowie Unterstützung von Infizierten und ihren Angehörigen) hinaus sollte fortgesetzt werden. Neben dem Ausbau der bisherigen Leistungen könnten zunächst Projekte zur Gewalt- und Kriminalitätsprävention aufgebaut werden. In der Perspektive sollte es um ein MSM-spezifisches Angebot an Beratung, Kursen und Aktivitäten gehen, das auf das besondere Profil von Gesundheitsrisiken und Gesundheitsproblemen in dieser Gruppe (Wang et al., 2007) eingeht und szenefreundlich erbringt. Checkpoint sollte jener Ort in Zürich werden, an dem MSM Hilfe und Unterstützung bzw. kundige Weiterverweisung zu sozialen und medizinischen Dienstleitungen zu allen gruppen- und szenetypischen gesundheitlichen und sozialen Problemen suchen und finden können. Dies setzt auch – vor allem an Wochenenden – entsprechende Öffnungszeiten voraus.
- Auch MSW sind MSM. Deshalb ist die Zuordnung der Aufgaben des Projekts HERRMANN – medizinische und soziale Betreuung von Strichern und Escorts – zum Checkpoint folgerichtig. Die soziale Betreuung von Strichern sollte entsprechend den Bedürfnissen dieser stark fluktuierenden Szene flexibel weiter entwi-

ckelt werden. Der gezielte Ausbau von Beratungsangeboten für die quantitativ wesentlich umfangreichere Szene internetgestützt arbeitender Escorts sollte vorangetrieben werden (vgl. z.B. <http://www.querstrich.de/neu/index.php>).

- Das medizinische Angebot im Checkpoint sollte der Nachfrage entsprechend ausgebaut und verstetigt werden. Die fachliche und persönliche Verbindung zu den anderen in Zürich praktizierenden Ärzten mit HIV-Patienten wird durch die Teilnahme an der vom USZ angebotenen Weiterbildung gewährleistet. Diese Kooperation erleichtert auch die Überleitung von Aids-Patienten aus der medizinischen Betreuung durch die Ärzte im Checkpoint in das allgemeinmedizinische (horizontale) Versorgungssystem, wenn dies gewünscht oder klinisch geboten ist.
- Eine angemessene Qualitätssicherung für das gesamte Leistungsspektrum ist erforderlich. Die Vielfalt der Leistungen und Zugangswege wird dabei die Anwendung eines Methodenmix erfordern (vgl. <http://www.quint-essenz.ch>, <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de>).
- Die Organisationsform des Checkpoint sollte überdacht werden. Derzeit ist es ein jährlich vom BAG über die ZAH finanziertes Projekt der ZAH mit finanziellen und personellen Verbindungen zur ARUD. Zur Herstellung von Planungssicherheit und damit Strategiefähigkeit braucht Checkpoint als Institution eine dauerhafte Perspektive. Zu prüfen wäre, ob und inwieweit sich Checkpoint über seine Leistungen in der Krankenversorgung finanzieren könnte und welche zusätzlichen Quellen erschlossen werden könnten. Wenn Gebühren erhoben werden, müssen diese sozial verträglich bleiben und Sonderlösungen für ärmere oder mittellose Klienten vorsehen. Die organisatorischen Bindungen an die ZAH wie an ARUD erscheinen für die weitere Entwicklung nicht zwingend notwendig.
- Schon heute gelingt es Checkpoint, eine nennenswerte Anzahl von *volunteers* an sich zu binden. Mit der Übernahme bzw. dem Aufbau weiterer Angebote wird sich der Bedarf nach *volunteers* weiter verstärken. *Volunteers* sind nicht nur wegen ihrer Leistungen im Checkpoint, sondern auch als Verbindungsglieder zur *community* wichtig. Mit der Normalisierung von Aids haben sich sowohl das quantitative Angebot an freiwilliger Arbeit als auch das Bedürfnisprofil der dafür infrage kommenden Personen gewandelt. Sie suchen heutzutage meist eine sinnvolle, zeitlich und inhaltlich definierte Aufgabe in einer ihnen sympathischen Gemeinschaft, sie suchen professionelle Anleitung, Anerkennung (auch formal in Form von Zertifikaten) und auch Aufwandsentschädigung. Darauf müssen Strategien der Gewinnung, Qualifizierung und Pflege von *volunteers* Rücksicht nehmen.
- Der heutige Standort von Checkpoint in der Konradstrasse beim Hauptbahnhof liegt zwischen den räumlichen Schwerpunkten öffentlichen schwulen Lebens im Niederdorf und im Kreis 5 der Stadt Zürich und ist – als ehemaliges Domizil der Aids-Hilfe – zumindest in Teilen der MSM-Szenen gut eingeführt. Gleichwohl wäre zu prüfen, ob eine Verlagerung in eines dieser beiden Gebiete die Szene-Nähe und die Dienstleistungsqualität noch steigern könnte – unter der Voraussetzung, dass das andere Gebiet ausreichend mit mobilen Angeboten versorgt werden kann.
- Obgleich Nachfrage und Popularität offenbar durch die Kommunikation innerhalb der MSM-Szenen zunehmen, könnte eine offensive Öffentlichkeitsarbeit die Nachfrage und damit auch die Ausweitung des Angebotes intensivieren. Wenn dies zum Beispiel auch mit der Unterstützung explizit schwuler Organisationen (in Zürich HAZ) erfolgt, könnte es zugleich dem Ziel dienen, Checkpoint als „die“ Gesundheitsinstitution für MSM in der Deutschschweiz zu etablieren, und damit auch die

Bindungen innerhalb der *community* zu stärken (vgl. die Begründung für eine Swiss Gay Men Health Organization in Rosenbrock et al., 2009).

Der Checkpoint ist aus einer Initiative schwuler Männer entstanden, seine Entwicklung als Projekt des BAG und der ZAH ist ein gelungenes Beispiel indirekter Partizipation mit starken Elementen direkter Partizipation. Die beteiligten staatlichen Institutionen sollten die damit gegebene Chance nutzen, der Effektivität der HIV/STI-Prävention mit MSM durch eine bedürfnisgerechtere Gestaltung der Dienstleistungen auf *not for profit* Basis und eine stärkere Verankerung in der *community* zu steigern.

Migrantinnen und Migranten

In Zürich leben Angehörige von mehr als 100 Nationen und ethnischen Gruppen. Die meisten dieser Menschen leben ebenso fern von HIV- und STI-Risiken wie die heterosexuelle schweizerische Allgemeinbevölkerung. Besonderer Präventionsanstrengungen, die über die Vermittlung der Botschaften der BAG-Kampagne „Love Life“ hinaus gehen, bedarf es nicht. Neu ankommenden Migrantinnen und Migranten sollten hingegen die hiesigen Risiken und die Grundlagen der schweizerischen Aids-Strategie nahe gebracht werden, am besten eingebettet in eine kulturell sensible, aber in den Botschaften eindeutige Einführung in *sexual health* (wozu auch die Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern, das Gewaltverbot und die sexuelle Vielfalt gehören). Potenziell geeignete, aber weder theoretisch noch praktisch hinreichend erschlossene *settings* einer solchen Aufklärung wären Integrationsprogramme sowie die Beratungsstellen für Migrantinnen und Migranten. Es ist nicht bekannt, ob und welche Inhalte von *sexual health* und HIV/STI-Prävention bei diesen Gelegenheiten vermittelt werden.

Nur die wenigsten nach Nationalität oder Ethnie definierten Gruppen in Zürich sind als solche organisiert. Im Zuge des Aufbaus und der Ausdifferenzierung solcher Migranten-Selbstorganisationen (MSO) bilden sich – so die Hoffnung, Erfahrung und Prognose – dann auch Formen der gruppenspezifischen Sozialberatung heraus, die auch mit Problemen von HIV und STI in Berührung kommen und dann wichtige Funktionen der Beratung und der Verweisung an andere Stellen des Versorgungssystems erhalten. Für staatliche Stellen löst dies keinen unmittelbaren Handlungsbedarf aus – ausser der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für die Entstehung von MSO.

Probleme treten dann auf, wenn in einer national oder ethnisch oder nach einer Herkunftsregion definierten Gruppe gehäuft HIV-Infektionen gefunden werden und diese Gruppe – sprachlich, ökonomisch und kulturell – nicht gut in die hiesige Gesellschaft integriert ist. Dies trifft vor allem auf Gruppen aus der weltweit am härtesten von der Epidemie betroffenen Region Subsahara-Afrika zu. Experten und Expertinnen gehen davon aus, dass sich die Mehrzahl der Infektionen bei Menschen aus diesen Ländern vor der Einreise in die Schweiz ereignet hat. Das aber ändert nichts an der Notwendigkeit verstärkter und gezielter Präventionsanstrengungen. Denn sowohl die sexuellen Netzwerke innerhalb dieser Gruppen, die Gefährdung durch neue Infektionen bei Reisen in die Heimatregion als auch entstehende sexuelle Beziehungen in der Schweiz bilden ein epidemiologisch relevantes Risiko. Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass die blossе Vermittlung von Präventionsbotschaften keinen hinreichenden Effekt hat. Das hat verschiedene Gründe: Zum einen bilden Menschen aus Subsahara-Afrika nur aus einer eher bornierten Aussensicht eine einzige Gruppe: diese Menschen kommen aus verschiedenen Sprach- und Kulturräumen sowie Ländern und definieren sich darüber, nicht über die – von ihnen oft als diskriminierend empfundene – Sammelbezeichnung „Subsahara“. Zum zweiten sind HIV und STI in diesen Gruppen nur ein Gesundheitsproblem unter vielen, das zudem – insbesondere in besonders hoch betroffenen Teilgruppen – häufig stark tabuisiert wird und dessen Betroffene bei Be-

kanntwerden einer HIV/STI-Infektion mit starker Binnendiskriminierung rechnen müssen. Gesundheitsprobleme stehen – zum Dritten – durchweg nicht oben auf der Agenda: Aufenthaltsstatus, Wohnungs- und Arbeitssuche, gegebenenfalls die Organisation von Transferzahlungen, Integrationsprobleme in der eigenen Gruppe sowie die von der Umwelt erfahrene Diskriminierung durch die Konfrontation mit gelebten Vorurteilen im Hinblick auf Kriminalität, Sozialschmarotzertum etc. und mit blankem Rassismus stehen im Vordergrund. In einer dadurch geprägten Sicht auf die Welt werden schweizerische Institutionen nicht spontan als unterstützend wahrgenommen.

Im Hinblick auf die HIV/STI-Primärprävention setzt sich angesichts dieser komplexen Problemlage auch international eine neue Herangehensweise durch: Es geht nicht mehr um das Hineintragen von Präventionsbotschaften von aussen, sondern um die Förderung von allgemeiner, sexuelle Gesundheit einschliessender Gesundheitskompetenz aus dem Inneren der Gruppen heraus. Nach diesem Grundgedanken geht es für das Präventionssystem im Kern darum, dass interkulturell qualifizierte Initiatoren aus dem Präventionssystem geeignete Mediatoren aus den jeweiligen Gruppen gewinnen und sie für die Gesundheitsarbeit in ihrer Gruppe motivieren, qualifizieren und ausstatten – sowohl mit kulturell geeignetem Material als gegebenenfalls auch mit Geld. In vielen Fällen haben Mediatoren eine Gratwanderung zwischen ihrer Gruppe und ihren Partnern im Präventionssystem zu bewältigen, um der Gefahr zu entgehen, als „Agenten im fremden Auftrag“ angesehen zu werden und dadurch mit der Legitimation auch ihre Handlungsgrundlage zu verlieren.

Eine solche Arbeit braucht aus zwei Gründen Geduld: zum einen bedarf es häufig erst langwieriger Vernetzungen und Vertrauen stiftender Vorbereitungen mit Meinungsführern und oft auch religiösen Autoritäten, bis ein Mediator in seiner Gruppe als kompetent für (sexuelle) Gesundheit angesehen wird und genügend Interesse für „sein“ Thema geweckt hat. Das Zustandekommen einer Veranstaltung z.B. zum Thema „Gesundheit von Männern und Frauen“ muss dann schon als wichtiger Meilenstein des Erfolges angesehen werden. Zum anderen weisen die Zielgruppen keineswegs immer eine Binnenstruktur bzw. Vernetzung auf, an die Gesundheitsthemen ohne weiteres „angeschlossen“ werden könnten. In solchen Fällen muss der Mediator auch noch Funktionen des *community building* bzw. *community organising* übernehmen. Erfordern die Voraussetzungen diesen Weg, ist die Beschränkung auf Gesundheitsthemen nicht mehr plausibel, und was als HIV- und STI-Prävention gedacht war, wird zur Unterstützung der Selbstorganisation von Migrantinnen und Migranten, und damit Teil einer modernen Integrationspolitik. Die ursprünglich am einzelnen Risiko (HIV/STI) orientierten Bemühungen („vertikal“) gehen in allgemeiner Gesundheitsförderung und den Bemühungen um *empowerment* auf („horizontaler Ansatz“).

Eine solche Arbeit braucht aber nicht nur interkulturelle Öffnung und Geduld, essentiell ist auch ihre strikte Orientierung an gleichberechtigter Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern und am Vorrang der Partizipation von Mediatoren und Zielgruppen als Voraussetzung für letztlich selbstbestimmtes Handeln. Dieser Ansatz hat seinen Ursprung in der Bildungsarbeit in armen Ländern (z.B. Freire, 2007) und wird seit Jahrzehnten in den USA z.B. unter dem Rubrum „*community based participatory health research*“ (CBPHR) weiterentwickelt. Er ist im westeuropäischen Raum bereits wesentlich weiter verbreitet als in der Schweiz. In der Praxis vieler Länder finden sich auch ohne die Anbindung an die Wissenschaft spontane Versuche, nach diesem Grundgedanken vorzugehen – als Antwort der Praxis auf anders nicht lösbare Probleme. Erfolgreiche Versuche der systematischen Adaptation des internationalen Standes an Gegebenheiten in Deutschland haben das WZB-Projekt „Partizipative Entwicklung der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten (PaKoMi)“ (<http://www.pakomi.de>) und das vom Ethnomedizinischen Zentrum an der Medizinischen Hochschule Hannover betriebene Projekt „Transkulturelle Aids-Mediatoren

mit Migrationshintergrund“ (<http://ethno-medizinisches-zentrum.de>) unternommen – bei- des Kooperationsprojekte mit der Deutschen Aids Hilfe (<http://www.aidshilfe.de>).

HIV- und zum Teil auch STI-spezifisch ist das Problem der Tabuisierung von Aids, vor allem in Form der Binnendiskriminierung von Betroffenen. Es ist deshalb eine eigenständige Aufgabe im Rahmen dieser Arbeit, tatsächlich oder vermeintlich Betroffenen diskret, z.B. über Flyer oder Aufkleber, aber auch im persönlichen Gespräch den individuellen Weg zum Test bzw. zu Unterstützungsangeboten zu weisen. Dies stösst wiederum bei einem Teil dieser Zielgruppe (insbesondere, aber nicht nur bei den Sans-Papiers) auf die Problematik eines unsicheren Aufenthaltsstatus, der ihnen in etlichen Fällen auch den Weg in die Krankenversorgung versperrt. Es ist deshalb folgerichtig, wenn die EU-Guidance zum HIV-Test (ECDC, 2009, ECDC, 2010) einerseits gezielte Testangebote in überdurchschnittlich betroffenen Gruppen empfiehlt und andererseits (in Anwendung medizinischer Ethik), den Test aber nur beim Zugang zu Krankenversorgung und insbesondere zu ART für vertretbar hält. Hier besteht ein ungelöstes humanitäres und „Public Health“-Problem.

Der Ansatz wird hier etwas ausführlicher dargelegt, weil unter dem Rubrum „transkulturelle Mediation“ und „interkulturelle Öffnung“ in der Prävention und Gesundheitsförderung derzeit viele verschiedene Ansätze firmieren, vor allem solche, die diesem Ansatz nur verkürzt und unvollständig folgen. Es steht zu befürchten, dass der damit meist vorprogrammierte Misserfolg dem Ansatz und nicht seiner mangelhaften Durchführung zur Last gelegt wird. Es konnte im Rahmen der Recherchen zur vorliegenden Expertise nicht vollständig geklärt werden, inwieweit z.B. die bei der ZAH arbeitenden Mediatorinnen und Mediatoren über die für längerfristigen Erfolg erforderlichen Voraussetzungen im Hinblick auf Rahmenbedingungen, Qualifikation und Zugang verfügen, und ob die Arbeit in den verschiedenen beteiligten Test-Stellen (Meditrina, Test-In) mit diesem Ansatz kompatibel ist.

Es wird im Ergebnis empfohlen, den auch in der Evaluation der Schweizer Aids-Politik (Rosenbrock et al., 2009) empfohlenen Weg beizubehalten, für besonders gefährdete Migrantinnen- und Migranten-Gruppen den Ansatz der (Gesundheits-)MediatorInnen unter möglichst weit gehender direkter Partizipation konsequent weiter zu entwickeln bzw. zu verfolgen. Der nächste Schritt für Zürich könnte aus einer Bestandsaufnahme der Zugänge und der Qualität der Arbeit mit dem Ziel der Entwicklung einer abgestimmten, epidemiologisch und methodisch begründeten Strategie bestehen.

FSW

Ob Prostitution tatsächlich das „älteste Gewerbe der Welt“ ist, kann offen bleiben. Unstrittig jedoch ist, dass der Tausch von sexuellen Dienstleistungen gegen Geld oder andere Vorteile in allen modernen Gesellschaften eine Realität ist und auch durch staatliche Repression nicht unterbunden werden kann. Die Nachfrage ist triebgesteuert, beim Angebot stehen regelmässig soziale Notlagen und Armut im Hintergrund.

Im Grossraum Zürich arbeiten nach Expertenschätzungen ca. 3'000 bis 5'000 FSW. Die Prävalenz von HIV erscheint gering, die von anderen STI höher. Überwiegend handelt es sich um Ausländerinnen. Die Fluktuation ist gross, zum Teil werden auf Zwang und Gewalt beruhende Strukturen im Hintergrund vermutet (Zuhälter, Menschenhandel). Die materiellen und rechtlichen Möglichkeiten für „Ausstiegshilfen“ sind gering. All dies erhöht die Vulnerabilität der FSW für infektionsrelevantes Verhalten, meist auf Wunsch oder Druck der Freier.

Vor diesem Hintergrund sind die Angebote von Flora Dora, Isla Victoria und im Ambulatorium Kanonengasse, einschliesslich der Verbindungen zur Krankenversorgung und zum Betreuungssystem für IDU im Grundsatz richtig platziert. Allerdings wurden zwei Defizite

identifiziert: Zum einen sind die Arbeitsteilung und die Kooperation zwischen diesen Akteuren nicht sehr klar. Und zum anderen beziehen sich die Angebote – abgesehen von Kommstrukturen – ganz überwiegend auf den Strassenstrich, auf dem der weitaus geringere Teil der FSW arbeitet.

Im Hinblick auf stationär (in Clubs, Bordellen etc.) betriebene Prostitution besteht keine vergleichbar organisierte Betreuung. An der Behebung dieses Defizits sollte gearbeitet werden. Dabei geht es zunächst um die schrittweise Erarbeitung eines Überblicks über diese Szene sowie die Schaffung von Zugangsmöglichkeiten. Die Kooperation der Betreiberinnen und Betreibern von Bordellen etc. sollte auf der Basis eines gemeinsamen Verständnisses (Akzeptieren der Prostitution als Gewerbe, gemeinsames Interesse an sicheren, hygienischen und nicht gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen für FSW, Sicherheit und Gewaltfreiheit) gesucht und behutsam entwickelt werden. Nur bei unüberwindlicher Resistenz sollten Instrumente des Ordnungs- und Polizeirechts angedroht werden oder zum Einsatz kommen. Die Bereitstellung von Präventionsmaterial für FSW kann den Zugang und Kontakt zu Etablissements ermöglichen/vereinfachen. Es ist daher wichtig, dass ausreichend Präventionsmaterial für diese Arbeit zur Verfügung gestellt wird. In Clubs und bordellähnlichen Betrieben sollte die HIV- und STI-Prävention auch als Teil von betrieblicher Gesundheitsförderung betrachtet werden. Hier könnte sich ein Handlungsfeld für das ISPMZ in Zusammenarbeit mit den bisher in FSW-Arbeit engagierten NGOs eröffnen.

Die Szene in Zürich kennt offenbar keine Formen von Selbsthilfe-Organisationen wie in anderen Metropolen (vgl. z.B. <http://www.hydra-berlin.de>). Diese sind – wie im Bereich der Gesundheitssicherung für Migrantinnen und Migranten – wertvolle Instrumente der physischen und psychosozialen Gesundheitssicherung. Ihr Aufbau sollte unterstützt werden, wo immer sich derartige Ansätze zeigen. Bedingung ist, dass es sich um Selbstorganisationen der FSW handelt und sie unabhängig von Zuhältern etc. funktionieren.

Zur Arbeit mit FSW gehört die Arbeit mit Freiern. Es hat sich auch in anderen Metropolen bewährt, die Kompetenzen im Bereich der Prostitution, die bei den dort tätigen Akteuren konzentriert ist, auch für die – insgesamt zwar notwendige, aber auch schwierige und wenig nachgefragte – Arbeit mit den Kunden der FSW zu nutzen.

Durch die im Jahre 2011 in Zürich neu geschaffene rechtliche Lage werden sich Struktur und sozialräumliche Verteilung der Prostitution verändern (siehe Exkurs Seite 4). So legitim und verständlich das Anliegen von Anwohnern ist, in einer prostitutionsfreien Umgebung zu leben, so illusorisch ist es, durch räumliche Konzentration der Zonen für den Strassenstrich dieses Problems Herr zu werden. Es werden sich absehbar neue räumliche Treffpunkte herausbilden, deren polizeiliche Unterdrückung meist nur zu kurzfristigen Verlagerungen führt. Wahrscheinlich wird es auch zu einer Vermehrung der davon nicht betroffenen Prostitution in Clubs, Salons, Bordellen etc. kommen, was unter Umständen ein erwünschter Effekt sein kann, zu dem aber gerade die FSW mit höchsten Vulnerabilität (Armutsprostitution) einen schlechteren Zugang haben. Legitim ist es auch, die Arbeitsaufnahme von FSW – wie schon bisher – amtlich zu registrieren. Durch die Anhebung dieser Schwelle auf Prüfung des sozialen Hintergrundes und der Krankenversicherung werden sich aber absehbar Szenen der nicht legalisierten Prostitution bilden, die dann – gerade wegen der Illegalität – anfälliger für Gewaltstrukturen sind. Zudem gelten die neuen Regelungen lediglich im Stadtgebiet von Zürich. Dies wird zu einer Verlagerung von Treffpunkten und Etablissements aus der Stadt hinaus ins Umland führen.

Bis auf die Bereitstellung von Betreuungsmöglichkeiten auf dem neu zugelassenen Strassenstrich in der Aargauerstrasse sind die beteiligten Akteure in Zürich auf diesen Wandel weder materiell noch konzeptionell vorbereitet. Wenn sich die – von nahezu allen Expertinnen und Experten als für ihre Arbeit kontraproduktiv angesehene – Rechtslage nicht

mehr ändern lässt, sollte diese Aufgabe alsbald in Angriff genommen werden. Die flächendeckende Aufsuchung der FSW in den Salons, Cabarets und Clubs ausserhalb der Stadt Zürich sollte gewährleistet werden. Es braucht freiwillige, unbürokratische und anonyme Möglichkeiten für Test und Untersuchungen für FSW auch im Kantonsgebiet, ausserhalb der Städte Zürich und Winterthur.

Für die Präventionsarbeit sowohl mit FSW als auch mit Freiern sind anonyme Kommunikationswege und eine leicht zugängliche, mehrsprachige Internet-Präsenz wichtig.

7.3 Interventionsachse 3

Leistungen auf der Interventionsachse 3 werden neben der etablierten Krankenversorgung vor allem von den Test- und Beratungsstellen sowie – vor allem im Hinblick auf die Betreuung von Patientinnen und Patienten und ihren Partnerinnen und Partner – von der ZAH und im Checkpoint erbracht. Die sich an diesen Stellen ergebenden Entwicklungsaufgaben wurden im Abschnitt 7.2 benannt.

Ein ungelöstes Problem bildet die Finanzierung von ART, zum Teil auch von Impfungen gegen Hepatitis A und B sowie von STI-Behandlungen für nicht versicherte Personen vor allem aus den besonders vulnerablen Zielgruppen der Migrantinnen und Migranten und der Prostitution.

7.4 Steuerung/Governance

Wie anderswo ist auch im Kanton Zürich das Akteursystem im Bereich HIV und STI über die Zeit gewachsen. Es wurde durch die Phase des *Aids-exceptionalism* (Bayer 1991) massgeblich geprägt und hat sich über lange Jahre bewährt. Die Akteure waren motiviert, der grosse Handlungsdruck wirkte innovationsfördernd, die politische Aufmerksamkeit für das Thema HIV/Aids sicherte einen kontinuierlichen Fluss von Ressourcen und der Steuerungsanspruch war hoch. Das ist heute nicht mehr so. Aids hat dank ART den Status einer tödlichen Bedrohung verloren. Die politische Aufmerksamkeit ist gesunken, was auch zu einer reduzierten Bereitschaft der politischen Entscheidungsträgerinnen und -träger führt, Ressourcen zur Verfügung zu stellen (Neuenschwander et al., 2005a). HIV/Aids ist eine „normale“, chronische STI geworden (Rosenbrock und Schaeffer, 2003). Andererseits zeigt das Akteursystem gewisse Tendenzen zur Verkrustung (Rosenbrock et al., 2009) – auch wenn nach wie vor durchaus innovative Ansätze zu erkennen sind (z.B. Checkpoints). Gleichzeitig ist der Steuerungsanspruch gesunken.

Die Steuerung des Systems ist die Aufgabe der staatlichen Behörden. Dem modernen Staat stehen verschiedene Steuerungsinstrumente zur Verfügung. Im Bereich von Public Health steuert er in erster Linie über Gesetze (Regulation), die Produktion von Informationen (Kampagnen, Bildung), sowie über die Zuteilung von Ressourcen (Finanzen). Bezüglich HIV/STI sind auf regulativer Ebene die wichtigsten Eckpunkte durch übergeordnetes Recht gesetzt (z.B. Epidemiegesetz betreffend die Prävention; KVG betreffend der medizinischen Behandlung) bzw. werden auf Bundesebene diskutiert (z.B. Art. 231 StGB betreffend der Strafbarkeit der Übertragung von HIV) und sind somit nicht Aufgabe der Steuerungsinstanzen im Kanton Zürich. Der Bereich der Information wird ebenfalls stark vom Bund gesteuert („Love Life“ Kampagne). Die Kantone steuern vor allem im Gebiet der Sexualerziehung in den Schulen. Die gesamtschweizerische Koordination (z.B. im Rahmen des Kompetenzzentrums Sexualpädagogik und Schule der PHZ) bewirkt hier klar einen begrüssenswerten Steuerungseffekt. Im Kanton Zürich entstand aufgrund unserer Interviews aber der Eindruck, dass die entsprechenden Verwaltungsabteilungen ziemlich auto-

nom agieren. Das BAG sieht seine Unterstützungsmöglichkeiten und -angebote für Kanton und Stadt nicht hinreichend genutzt.

Die Zuteilung von finanziellen Ressourcen an verschiedene nicht-staatliche Akteure, die in der Prävention tätig sind, ist auch im Kanton Zürich ein zentraler Steuerungsaspekt. Denn mit der Finanzierung ist immer auch ein Leistungsauftrag verbunden, der spezifiziert, was die nicht-staatlichen Partner mit dem Geld tun sollen. Dabei ist zu beachten, dass im Feld von HIV/STI die Steuerung über die Finanzierung dadurch erschwert wird, dass Behörden auf allen drei Staatsebenen (Bund, Kanton, Gemeinden) Gelder und Leistungsaufträge verteilen. Im Ergebnis scheint sich im Kanton Zürich eine Art Routinefinanzierung herausgebildet zu haben. Historisch gewachsene Leistungsaufträge und Aufgabengebiete werden kaum in Frage gestellt und die staatlichen Behörden wirken kaum steuernd. Diese bisherige Routinefinanzierung ohne inhaltliche Weiterentwicklung und ohne klare Qualitätssicherung erscheint angesichts der neuen epidemiologischen Entwicklungen im Bereich HIV/Aids, aber auch angesichts der thematischen Neuerungen mit dem NPHS als wenig zweckmässig. Es gibt keinen Ort der Gesamtverantwortung im System; Entwicklung und Wuchs der Akteure erfolgen mehr entsprechend ihrer eigenen Logik als bezogen auf übergeordnete Ziele. Mit dem Regierungsratsbeschluss von 2008, der die ZAH neben der Aids-Infostelle Winterthur zur alleinigen Empfängerin von kantonalen Subventionen machte und ihr die Koordination der Projekte übertrug, hat sich der Kanton zudem von Steuerungs- und Qualitätsverantwortung entlastet. Dies ist jedoch teuer und nicht zwingend effektiv. In diesem Sinne wäre der Regierungsratsbeschluss zu überdenken. Der Steuerungsanspruch der staatlichen Behörden im Bereich HIV/STI im Kanton Zürich sollte verstärkt und die Steuerungsfähigkeit des Akteursystems verbessert werden. Wie kann das geschehen?

Verbesserung der politischen Steuerung durch *evidence-based policy-making*

Zunächst muss festgehalten werden, im Hinblick auf welche Ziele das System gesteuert werden soll. Das NPHS mit den jeweiligen Zielen für die drei Interventionsachsen kann hier als Bezugspunkt dienen. Die Herausforderung besteht im Festlegen der Steuerungsziele für den Kanton Zürich, d.h. die Ausrichtung der Aktivitäten der Akteure auf die Erreichung dieser allgemeinen Zielvorgaben, in Reaktion auf den Zustand und die Dynamik des HIV/STI-Problems, wie es sich im Kanton Zürich präsentiert. Für eine erfolgreiche „Feinsteuerung“ müssen drei Voraussetzungen gegeben sein.

Erstens ist es wichtig, den „Problemzustand“ zu kennen. Es braucht eine Übersicht über die epidemiologische Entwicklung von HIV und STI, sowie eine Übersicht über die verhaltens-epidemiologischen Gegebenheiten, denn das Verhalten in Risikosituationen ist letztlich das, was es zu beeinflussen gilt. Sodann braucht es Informationen über die Quantität und Qualität der medizinischen Behandlung von Personen mit HIV und STI.

Zweitens ist es wichtig, die Wirkungsweise des Akteurssystems zu kennen. Wer macht zurzeit was in welchen Handlungsfeldern? Welche Ressourcen werden eingesetzt und wofür? Wie wirksam sind diese Aktivitäten?

Drittens müssen die Steuerungsakteure in der Lage sein, die Wirkungsweise des Akteurssystems mit der Problementwicklung zu vergleichen, diese zu beurteilen, um auf dieser Basis Entscheide über die gewünschte Richtung zu fällen, in die sie das System steuern wollen. Diese Entscheide sind die Bezugspunkte für die Definition von Leistungsaufträgen und Zuteilung von Ressourcen durch die zuständigen Behörden – also Kanton und Stadt bzw. Bund.

Zur Schaffung dieser Voraussetzungen schlagen wir die Einrichtung einer Steuerungsstruktur vor, die sich auf die Prinzipien der evidenzbasierten Politik (*evidence-based policy-making*) stützt (Frey, 2010, Frey und Ledermann, 2010, Frey und Kübler, 2011). Diese Struktur muss drei Aufgaben erfüllen:

- 1) Wissenschaftliche Analyse des Problemzustands im Kanton Zürich, d.h. eine regelmässige Auswertung der vorhandenen Daten zur epidemiologischen Entwicklung im Bereich HIV/STI, zur Entwicklung des Risikoverhaltens (z.B. durch Auswertung der vom IUMSP Lausanne erhobenen Daten), sowie zur Entwicklung von Anzahl und Qualität der Therapien von Personen mit HIV und STI;
- 2) Monitoring der Aktivitäten und eingesetzten Ressourcen im Akteursystem HIV/STI: der vorliegende Bericht stellt ein erstes Inventar der Aktivitäten in diesem Bereich dar und kann eine Grundlage für ein solches Monitoring liefern. Die Beurteilung der Wirksamkeit bzw. der Effizienz der verschiedenen Aktivitäten ist jedoch nicht ganz einfach. Am zweckmässigsten wäre hier vermutlich ein experientorientiertes Vorgehen, das sich auf erfahrene Akteure aus dem Feld stützt, die auch frühzeitig auf Entwicklungen hinweisen können, die man in den wissenschaftlichen Daten noch nicht sieht;
- 3) Assessment von Problementwicklung im Vergleich zu den Systemleistungen zwecks Definition der einzuschlagenden Richtung. Auch da gibt es keine harten Kriterien zur Beurteilung von Systemleistungen als gut, als zufriedenstellend bzw. als schlecht oder ungenügend. Auch dieses Assessment geschieht vorzugsweise interaktiv, im Austausch zwischen steuernden Behörden und erfahrenen Akteuren aus dem Feld.

Rolle der Kantonalen Kommission für Aidsfragen

Konkret schlagen wir vor, dass diese drei Aufgaben durch die Kantonale Kommission für Aidsfragen wahrgenommen werden – was aber zunächst eine Ausweitung sowohl ihrer Aufgabenstellung (*controlling*, Steuerung) als auch ihres Aufgabenbereichs (auf andere STI neben HIV) bedingt. Die Realisierung der drei Aufgaben hat zunächst Auswirkungen auf die Zusammensetzung der Kommission, die wie folgt sein könnte:

- Eine Wissenschaftlerin oder ein Wissenschaftler, der oder die sich mit der Aufarbeitung der vorhandenen Daten (Epidemiologie, Verhaltensepidemiologie, Therapien, Aktivitäten und Ressourcen) befasst und aufgrund von gelieferten Daten eine regelmässige Situationsanalysen erstellt;
- Akteure von ‚der Front‘ aus den vier Interventionsbereichen (Sexuelle Gesundheitserziehung in Schulen, MSM, Migrantinnen und Migranten, FSW), sowie aus dem medizinischen Bereich. Damit die Kommission nicht zu gross wird, müssten die in diesen Arbeitsfeldern tätigen Akteure sich auf einen Vertreter oder eine Vertreterin einigen (siehe nächstes Kapitel: partizipative Organisationsentwicklung);
- Vertreterinnen und Vertreter der Strategieebene von Behörden, die im Gebiet STI/HIV Leistungsaufträge definieren und verabschieden: Städte und Gemeinden, Kanton und idealerweise auch Bund.

Betreffend der konkreten Arbeitsweise für die neue „Kantonale Kommission für sexuelle Gesundheit“ schlagen wir vor, dass sich die Kommission mindestens zweimal im Jahr trifft, die Problementwicklung aufgrund einer wissenschaftlichen Situationsanalyse zur Kenntnis nimmt, die Wirkungsweise des Akteursystems und der Aktivitäten diskutiert, und

dann Empfehlungen formuliert bezüglich notwendiger Schwerpunktsetzungen für die nächste Budget-Periode. Das schliesst Empfehlungen über die Verteilung der verfügbaren Ressourcen auf (und die Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen für) die verschiedenen Handlungsfelder (Interventionsachsen, Zielgruppen v. a. auf der Interventionsachse 2) ein. Diese Empfehlungen dienen den steuernden Behörden – in erster Linie Kanton Zürich sowie Städte Zürich und Winterthur, zum Teil auch BAG – als Bezugspunkte, auf die sie sich bei der Definition ihrer Leistungsaufträge stützen können.

8 Verfahrensvorschlag: Prozesse der partizipativen Organisationsentwicklung in den fünf Interventionsbereichen und in der Steuerung/Governance

Die vorliegende Expertise zur sexuellen Gesundheit im Kanton Zürich hat auf Basis einer Bestandaufnahme zur Epidemiologie von HIV und anderen STI sowie zu den darauf bezogenen Aktivitäten eine Reihe von Problemen, Engpässen, Entwicklungschancen und Defiziten identifiziert, die – im Lichte des NPHS 2011 – 2017 sowie des daraus folgenden Interventionsmodells – angegangen werden können und sollten.

Die daraus folgenden Anpassungen und Veränderungen können nicht im Verwaltungswege umgesetzt werden. Dagegen spricht neben der unterschiedlichen rechtlichen Stellung der Akteure auch die grosse Komplexität der Problemlagen, denen nur durch die Einbringung des Sachverstandes und der Professionalität der Beteiligten begegnet werden kann.

Es wird deshalb vorgeschlagen, sechs Themengruppen einzurichten, um einen Prozess der partizipativen Organisationsentwicklung mit dem Ziel der Steigerung von Wirkung und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in Gang zu setzen. Die Themengruppen haben die Aufgabe, für ihren jeweiligen Arbeitsbereich Aufgaben und Ziele, dafür geeignete Strategien und Strukturen sowie auch den Ressourcenbedarf zu identifizieren. Die Diskussion der in dieser Expertise dargelegten Entwicklungsziele sollte den Ausgangspunkt dieser Erörterungen bilden.

In diesen Themengruppen sollten alle Akteure sowie ausgewählte *stakeholder* verbindlich mitarbeiten. Dass bedeutet, dass in diesen Gruppen verschiedene Projekte, NGOs, Ämter, Dienststellen und verschiedene Ebenen (Kommune, Kanton, zum Teil auch Bund (BAG)) vertreten sind. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Themengruppe sollten nach ihrer fachlichen Kompetenz (in der Regel Arbeitsebene) und nicht nach ihrem Rang in der Hierarchie ausgewählt werden.

Wegen der sich aus den Themen und der Zusammensetzung ergebenden Komplexität bedarf dieser Prozess einer professionellen externen Moderation. Der Prozess sollte von vornherein zeitlich begrenzt sein und ab dem realen Start der Themengruppen nicht länger als 18 Monate dauern. Auftraggeber dieses Verfahrens ist nach den rechtlich und politisch geregelten Zuständigkeiten der Kanton Zürich, gegebenenfalls vertreten durch den Kantonsärztlichen Dienst. Die Rolle der Kantonalen Aids-Kommission im Prozess wäre noch zu klären. Im Ergebnis des Prozesses sollte sie sich neu konstituieren und als ihre neue Kernaufgabe die Verstärkung der Evidenzbasierung des Policy-Making im Bereich HIV/STI verstehen.

Die Arbeit in den Themengruppen zu den Arbeitsfeldern auf den Interventionsachsen könnte sich zweckmässig an der Methode der Entwicklung lokaler Ziele und Wirkungswege (ZiWi-Methode; <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/>) orientieren. In dieser erprobten Interventionsmethode beantworten die Akteure unter professioneller Moderation in einer Reihe von Workshops die Fragen:

- Wer ist unsere Zielgruppe?
- Wie wissen wir, was unsere Zielgruppe braucht?
- Was ist das Ziel?
- Welche Wege führen zum Ziel?

- Welche Interventionen brauchen wir, welche können wir umsetzen (professionell und materiell)?
- Wie erzielen wir unter gegebenen Bedingungen ein Optimum?
- In welcher Arbeitsteilung (Organisation)?
- Welche Rahmenbedingungen liessen sich verbessern?
- Welche Ressourcen wären für wesentliche Verbesserungen der Zielerreichung notwendig?
- Wie finden wir heraus, ob und wie unsere Interventionen wirken (Qualität)?

Im Ergebnis dieses Prozesses sollten sich das Leistungsspektrum, die Aktivitäten, die Kooperationen, die institutionellen Zuschnitte und die Qualitätssicherung zielgenauer und wirtschaftlicher auf den Bedarf beziehen.

Wir schlagen die Bildung folgender Themengruppen vor:

Themengruppe 1: Sexualaufklärung im Bildungswesen, Sexualpädagogik

Probleme (Auswahl): Altersgemässe Heranführung an sexuelle Gesundheit einschliesslich der Prävention von HIV und STI in allen Bildungseinrichtungen des Kantons; Zuordnung zu Schulfächern; Arbeitsteilung und Verweiswege zwischen Bildungseinrichtungen und Beratungsstellen, internen und externen Lehrkräften; Behandlung der Thematik in den Integrationsprogrammen bzw. der Beratung für Migrantinnen und Migranten; organisatorische Zuordnung der Aktivitäten, Qualitätssicherung; Finanzierung

Teilnehmende (ggf. zu ergänzen): Kantonale und kommunale Schulämter, „Lust und Frust“, „liebesexundsoweiter“ Winterthur, PLANeS, ggf. Vertreter des Projekts Lehrplan21, HAZ

Themengruppe 2: HIV/STI-Prävention und sexuelle Gesundheit für MSM

Probleme (Auswahl): Zielgruppen-Analyse; aufsuchende Präventionsarbeit; Kooperation mit Veranstaltern und Wirten; Leistungsspektrum Checkpoint; Kooperationen in der Krankenversorgung; Öffentlichkeitsarbeit; Gewinnung, Qualifizierung und Pflege von *volunteers*; Qualitätssicherung; organisatorische Einbettung; Finanzierung

Teilnehmende (ggf. zu ergänzen): Checkpoint, ZAH, Kantonsärztlicher und Stadtärztlicher Dienst, BAG, HAZ

Themengruppe 3: HIV/STI-Prävention und sexuelle Gesundheit für Migrantinnen und Migranten

Probleme (Auswahl): Zielgruppen-Analyse; Bestandsaufnahme der Aktivitäten; Abgleich mit erprobten und bewährten Interventionsformen; Definition von prioritären Interventionen (Gruppen); Gewinnung, Qualifizierung und Pflege von Kulturmediatoren und *volunteers*; Qualitätssicherung; Finanzierung

Teilnehmende (ggf. zu ergänzen): ZAH, Afrimedia (AHS), Caritas Schweiz, Solinetz-A, Meditrina, SRK, Kantons- und Stadtärztlicher Dienst

Themengruppe 4: HIV/STI-Prävention und sexuelle Gesundheit für FSW

Probleme (Auswahl): Zielgruppen-Analyse, insbesondere Strassenstrich, stationäre und internetbasierte Prostitution; Strategieentwicklung vor allem im Hinblick auf die beiden zuletzt genannten Gruppen; Kooperation mit Betreiberinnen und Betreibern von Bordellen, Clubs, Salons usw.; Möglichkeiten der Unterstützung der Selbstorganisation von FSW; Leistungsspektrum (Beratung, Kurse, Begleitung, medizinische Behandlung); Ausstiegshilfen; Umgang mit der neuen Rechtslage in der Stadt Zürich; Qualitätssicherung; Finanzierung

Teilnehmende (ggf. zu ergänzen): Flora Dora, Isla Victoria Zürich und Winterthur; Ambulatorium Kanonengasse; Don Juan (ZAH); Kantons- und Stadtärztlicher Dienst, kantonale und städtische Polizei

Themengruppe 5: HIV/STI Behandlung

Probleme (Auswahl): zielgruppengerechtes VCT-Angebot; Übergang von Test zu adäquater Therapie; Verminderung verspäteter Therapieeintritte; Verweisungen innerhalb der Versorgung; Qualität der Therapie; Therapieadhärenz; Finanzierung von Therapien; Beratung von Partnerinnen und Partner behandelter Patientinnen und Patienten.

Teilnehmende (ggf. zu ergänzen): Kliniken für Infektionskrankheiten, sowie Venerologie USZ und KSW; Dermatologisches Ambulatorium Stadtspital Triemli; niedergelassene Ärzte mit HIV-Patienten; Checkpoint; Flora Dora, Isla Victoria Zürich und Winterthur; Ambulatorium Kanonengasse; Don Juan (ZAH); Kantons- und Stadtärztlicher Dienst, kantonale und städtische Polizei

Themengruppe 6: Steuerung/Governance

Probleme (Auswahl): Aufgaben und Zusammensetzung der „Kantonalen Kommission für Sexuelle Gesundheit“; Verfahren und Kriterien der Problemabschätzung, des Aktivitäten-Monitoring und der Qualitätssicherung/Evaluation; Festlegung von Verantwortlichkeiten (z. B. je nach Arbeitsfeld) innerhalb der Kommission, Beratung der Ergebnisse der Themengruppen 1 – 5; Empfehlungen zu ihrer Umsetzung sowie Leistungsverträgen und zur Finanzierung

Teilnehmende (ggf. zu ergänzen): die derzeitigen Mitglieder der Kommission sowie weitere kooptierte Mitglieder

Die Aufgaben der sechs Themengruppen unterscheiden sich hinsichtlich Umfang und Komplexität. Es ist deshalb nicht davon auszugehen, dass sie zur Bewältigung ihrer Aufgaben gleich viel Zeit benötigen. Es wird aber empfohlen, sie sämtlich zum gleichen Zeitpunkt zu starten. Die Arbeit der Themengruppe 6 teilt sich in zwei Phasen: zunächst müssen die neue Rolle der Kantonalen Kommission für Sexuelle Gesundheit, ihr Mitgliederkreis sowie Verantwortlichkeiten innerhalb der Kommission festgelegt werden. In der zweiten Phase geht es dann um die Auswertung der Befunde der Themengruppen 1 – 5 und ihre Umsetzung in Empfehlungen.

9 Literatur

- European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC) (2009): *Migrant Health: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries*. Stockholm: ECDC.
- European Centres for Disease Control and Prevention (ECDC) (2010): *EU GUIDANCE HIV Testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union*. Stockholm: ECDC.
- Bayer, Roland (1991): "Public health policy and the AIDS epidemic. An end to HIV exceptionalism?", *New England Journal of Medicine* 324(21): 1500-1504.
- Bugnon, Géraldine, Chimienti, Milena und Laure Chiquet avec la coll. de Jakob Eberhard (2009): *Marché du sexe en Suisse: Etat des connaissances, best practices et recommandations. Volet 3 – Mapping, contrôle et promotion de la santé dans le marché du sexe en Suisse*. Genève: Université de Genève.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2006): Vision sexuelle und reproduktive Gesundheit 2010. Internes Projektpapier, Oktober 2006. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2010): *Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2011): „Meldepflichtige sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz: Chlamydiose, Gonorrhoe, Syphilis. Überwachungssystem und epidemiologische Situation Ende 2010“, *BAG-Bulletin* 12: 253-261.
- Dang, Thanh, Jatou-Ogay, Katia, Flepp, Markus, Kovari, Helen, Evison, John-Mark, Fehr, Jah, Schmid, Patrick, Boffi El Amari, Emanuelle, Cavassini, Matthias, Odorico, Massimo, Tarr, Philip E. und Gilbert Greub (2009): „High prevalence of anorectal chlamydial infection in HIV-infected men who have sex with men in Switzerland“, *Clinical Infectious Diseases* 49(10): 1532-5.
- Erlinger, Ulrich, Wuschek, Ulrike, Riester, Susan, Wigger, Barbara, Aurora, Grazia, Dyntar, Daniela und Brida von Castelberg (2011): „Gesundheitsversorgung und Präventionsangebote für Female Sex Workers auf dem Strassenstrich und im Rotlichtmilieu“, *Schweizerische Ärztezeitung* 92(23/24): 903-06.
- Freire, Paulo (2007): *Pedagogy of the oppressed*. New York: Continuum.
- Frey, Kathrin (2010): *Evidenzbasierte Politikformulierung in der Schweiz. Gesetzesrevisionen im Vergleich*. Zürich: Dissertation Universität Zürich.
- Frey, Kathrin und Daniel Kübler (2011): *Evidenzbasierte HIV&STI-Politik in der Schweiz*. Horgen: Syntagma GmbH.
- Frey, Kathrin und Simone Ledermann (Hrsg.) (2010): Evidence-based policy: A concept in expansion. *Special Issue of German Policy Studies* 6(2).
- Gredig, Daniel, Imhof, Christoph und Sibylle Nideröst (2011): „CHAT 2009: Einblicke in die Übertragungssituationen von HIV heute. Ein Beitrag zur HIV-Prävention“, *BAG-Bulletin* 40: 863-66.
- Huissoud, Thérèse, Locicero, Stéphanie, Gummy, Cédric und Françoise Dubois-Arber (2010): Suivi des activités de prévention du VIH/SIDA dans le canton de Genève en 2009. *raisons de santé* 165.
- Jeannin, André, Meystre-Agostoni, Giovanna, Locicero, Stéphanie und Françoise Dubois-Arber (2010): *Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids: Synthesebericht 2004-2008*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

- Kamarashev, Jivko, Riess, Christoph E., Mosimann, Josephine und Severin Lauchli (2010): „Lymphogranuloma venereum in Zurich, Switzerland: Chlamydia trachomatis serovar L2 proctitis among men who have sex with men“, *Swiss Medical Weekly* 140(13-14): 209-12.
- Lautenschlager, Stephan (2012): „Sexuell übertragbare Infektionen: die Schweiz und ihr unrühmlicher Spitzenplatz in Europa“, *Schweizerisches Medizin-Forum* 12(1-2): 4-5.
- Locicero, Stéphanie, Jeannin, André und Françoise Dubois-Arber (2010): Les comportements face au VIH/sida des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. *raisons de santé* 163.
- Neuenschwander, Peter, Frey, Kathrin und Daniel Kübler (2005a): *Die Zukunft der HIV/Aids-Prävention im Zeitalter der Normalisierung. Die Situation auf Bundesebene und in sieben Kantonen*. Zürich: Institut für Politikwissenschaft.
- Neuenschwander, Peter, Frey, Kathrin und Daniel Kübler (2005b): *Die Zukunft der HIV/Aids-Prävention im Zeitalter der Normalisierung. Die Situation auf Bundesebene und in sieben Kantonen. Fallstudien*. Zürich: Institut für Politikwissenschaft.
- Plüss, Larissa, Frey, Kathrin, Kübler, Daniel und Rolf Rosenbrock (2009): *Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts. Scientific Background Report*. Horgen: Syntagma GmbH.
- Rosenbrock, Rolf (2010): Entwicklungskonzept für die Prävention von HIV/Aids, sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatiden in Berlin. Oktober 2010. Expertise erstellt im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin.
- Rosenbrock, Rolf, Almedal, Calle, Elford, Jonathan, Kübler, Daniel, Lert, France und Srđan Matic (2009): *Beurteilung der Schweizer HIV-Politik durch ein internationales Expertenpanel: Studie zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit*. Horgen: Syntagma GmbH.
- Rosenbrock, Rolf und Claus Michel (2007): *Primäre Prävention. Bausteine einer systematischen Gesundheitssicherung*. Berlin: Medizinische Verlagsgesellschaft.
- Rosenbrock, Rolf und Doris Schaeffer (Hrsg.) (2003): *Die Normalisierung von Aids*. Berlin: edition sigma.
- Rosenbrock, Rolf und Axel J. Schmidt (forthcoming): „Aids: Herausforderungen für soziale und medizinische Prävention“, *Bundesgesundheitsblatt*.
- Schmidt, Axel J. und Michael Bochow (2009): *Trends in Risk Taking and Risk Reduction Among German MSM. Results of Follow-Up Surveys "Gay Men and AIDS" 1991-2007. Discussion Paper SPI 2009-303*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Schwappach, David L. B. und Philip Bruggmann (2008): „An integrated model of care to counter high incidence of HIV and sexually transmitted diseases in men who have sex with men - initial analysis of service utilizers in Zurich“, *Bmc Public Health* 8.
- Stadt Zürich (2010): *Monitoring Bericht Drogen und Sucht Zürich*. Zürich: Gesundheits- und Umweltdepartement.
- Steuergruppe der drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention (Hrsg.) (2010): *Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz*. Bern.
- Vernazza, Pietro, Hirschel, Bernard, Bernasconi, Enos und Markus Flepp (2008): „HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös“, *Schweizerische Ärztezeitung* 89(5): 165-69.

- von Unger, Hella und Tanja Gangarova (2011): *PaKoMi Handbuch: HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en*. Berlin: WZB und Deutsche AIDS-Hilfe.
- Wang, Jen, Häusermann, Michael, Vounatsou, Penelope, Aggleton, Peter und Mitchell Weiss (2007): "Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey", *Preventive medicine* 44(1): 70-75.
- WHO Regional Office for Europe und BZgA (2010): *Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists, Cologne 2010*. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA.
- Wright, Michael (Hrsg.) (2010): *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber Verlag.

10 Anhang: Interviewte Personen

Martin Bernhard, Geschäftsleiter „liebesexundsoweiter“ (ehemals Aids-Infostelle Winterthur)

Philip Bruggmann, Ärztlicher Leiter Checkpoint Zürich, Chefarzt Innere Medizin ARUD

Marina Costa, Stellenleitung Lust&Frustr, Mitarbeiterin des Schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich

Ulrich Erlinger, Leiter Bereich Public Health Stadtärztlicher Dienst, Stadt Zürich Gesundheits- und Umweltdepartement

Manfred Flühmann, Geschäftsleiter ZAH seit Juni 2011, zusammen mit **Isabella Kehrli**, Leiterin Bereich Sozialdienst ZAH, interimistische Co-Leitung vor Juni 2011

Thomas Frey, Allgemeinmediziner, Schwerpunktpraxis für die Betreuung von HIV-infizierten Menschen

Ulrich Gabathuler, Leiter Kantonsärztlicher Dienst, Kantonsarzt, zusammen mit **Bettina Bally**, Fachstelle Aids und Suchtmittel des Kantonsärztlichen Dienstes, Kanton Zürich Gesundheitsdepartement

Lukas Geiser, Bereichsleitung Lust&Frustr, Mitarbeiter ZAH und **Lilo Gander**, Bereichsleitung Lust&Frustr, städtische Angestellte

Felix Gutzwiller, Direktor Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich, Vorsitzender der Kommission für Aidsfragen des Kantons Zürich

Patrick Huber, Präsident Homosexuelle Arbeitsgruppe Zürich

Ursula Kocher, Betriebsleiterin Flora Dora, Sozialdepartement Stadt Zürich

Stefan Lautenschlager, Chefarzt Dermatologisches Ambulatorium Stadtspital Triemli Zürich (schriftliche Befragung)

Ferdinanda Pini Züger, Leitung Schulärztlicher Dienst Kanton Zürich, Volksschulamt

Regula Rother, Leiterin Zürcher Stadtmission

Barbara Schweizer, Leiterin Bereich Prävention ZAH

Roger Staub, Leiter Sektion Prävention und Promotion BAG

Rainer Weber, Klinikdirektor Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des Universitätsspital Zürich

Ulrike Wuschek, Gynäkologische Sprechstunde Ambulatorium Kanonengasse, Städtische Gesundheitsdienste, zusammen mit **Grazia Aurora**, Pflegefachfrau der Sprechstunde, Stadt Zürich Gesundheits- und Umweltdepartement

Benedikt Zahno, Leiter Bereich MSM ZAH, interimistische Co-Leitung vor Juni 2011