



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EVALUATION
DER AIDS-PRÄVENTIONS-KAMPAGNEN
IN DER SCHWEIZ

ZWEITER ZUSAMMENFASSENDE BERICHT

1988

Françoise Dubois-Arber, Philippe Lehmann,
Dominique Hausser, Felix Gutzwiller

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne

mit Beiträgen von :

Brigitte Birchmeier, Blaise Duvanel, François Fleury,
Mark Flückiger, Christine Gagnebin, Mauro di Grazia,
Felix Gurtner,

Marie-Claude Hofner, Rainer Hornung, Simone Hubert, Jean-Blaise Masur,
Marie-Claire Mathey, Janine Resplendido, Jacques-Eric Richard, Inge Schroeder,
Chris Spreyermann, Mathias Stricker, Monique Weber-Jobé, Hughes Wülser,
Peter Zeugin, Erwin Zimmermann

Übersetzung aus dem Französischen : Frau Régine Finck

Cah Rech Doc IUMSP Nr. 39a

CAHIERS DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION

Adresse für Bestellung : *Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Bibliothèque
17, rue du Bugnon - CH 1005 Lausanne*

Zum Zitieren : Dubois-Arber F, Lehmann Ph, Hausser D, Gutzwiller F.
- Evaluation der AIDS-Präventions-Kampagnen in der Schweiz -
im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen.
(Zweiter zusammenfassender Bericht) Dezember 1988.
- Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et
préventive, 1989, 106 S.
- (Cah Rech Doc IUMSP, Nr 39a). Preis : CHF 25.-.

Originaltext : Dubois-Arber F, Lehmann Ph, Hausser D, Gutzwiller F.
- Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse -
sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.
(Deuxième rapport de synthèse) Décembre 1988.
- Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et
préventive, 1989, 102 p.
- (Cah Rech Doc IUMSP, Nr 39). Prix : CHF 25.-.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINFÜHRUNG	5
2.	SCHLUSSFOLGERUNGEN	13
2.1	Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen	13
2.2	Vorgehensweisen der Präventions-Kampagnen	15
2.3	Allgemeine Schlussfolgerungen	19
3.	EMPFEHLUNGEN	20
3.1	Allgemeine Empfehlungen	20
3.2	Zielgruppen der Prävention	21
3.3	Botschaftsinhalte	23
3.4	Förderung der Präservative	25
3.5	Verbreitung der nationalen Kampagne	26
3.6	Partner für die Prävention	28
3.7	Drogenpolitik	32
3.8	Der Test	33
4.	GEGENWÄRTIGE VERÄNDERUNGEN IN DER SCHWEIZ	34
4.1	Festigung der Grundkenntnisse	34
4.2	Es bestehen noch Wissenslücken und Unsicherheiten	37
4.3	Richtige und falsche Vorstellungen	39
4.4	Einstellungen : die Panik weicht einer eher vernunftgeprägten Angst. AIDS ist eine Tatsache	40
4.5	Ein Sonderfall : die Haltung verschiedener Berufsgruppen gegenüber AIDS	44
4.5.1	Angehörige der Pflegeberufe	44
4.5.2	Angehörige der Erziehungsberufe und Sozialarbeiter	45
4.6	Verhaltensänderungen : Bestätigung der bestehenden Tendenzen	46
4.6.1	Die 17-30jährigen	46
4.6.2	Die jungen Tessiner	49
4.6.3	Der Präservativmarkt	49
4.6.4	Jugendliche die in den Aufklärungsunterricht gehen	52
4.6.5	Die "Hänger"	53
4.6.6	Die Rekruten (junge 20jährige Männer)	54

4.6.7	Die Zugewanderten	54
4.6.8	Die Sex-Touristen	56
4.7	Der individuelle Umgang mit dem Risiko	58
4.8	Auslöser (von Schutzverhalten) und Widerstände (gegenüber dem Präservativ)	59
5. ERZIEHUNGSPROZESSE		61
5.1	Verbreitung der Präventionsbotschaften der nationalen Kampagne	61
5.1.1	STOP-AIDS-Kampagne	62
	Plakate	62
	Werbung in der Presse	63
	Kino	64
	Fernsehen	64
	Der STOP-AIDS-Bus	65
	Die "Pariser-Invasionen"	66
5.1.2	Die landesweiten Aktionen der AHS	66
5.1.3	Die Präventions-Aktionen des BAG	67
5.1.4	Vielfältige Bemühungen und Aufnahme der Botschaften	68
5.2	Multiplikator-Aktionen auf kantonaler Ebene	68
5.2.1	In den Schulen	69
	Das Unterrichtsmaterial	69
	Umsetzung der Präventionsprogramme in den Schulen	71
5.2.2	Pilotprogramme für Drogenabhängige "auf der Strasse"	72
	Das Beispiel Bern	73
	Das Beispiel Basel	74
	Das Beispiel Zürich	75
5.2.3	Die Aktionen der regionalen AIDS-Hilfen	75
5.3	Multiplikator-Aktionen bei Angehörigen verschiedener Berufsgruppen	76
5.3.1	Was wird getan ?	76
	In der Arztpraxis	77
	In den Spitalabteilungen	78
	In den sozialen Institutionen	79
5.3.2	Welche Ausbildung haben und wollen sie ?	80
	Der Standpunkt der Ärzte	80
	In den Spitälern	80
	Die Sozialarbeiter	81
	Ausbildung ist für alle nötig	81
5.4	Weitere Multiplikator-Aktionen	82
5.4.1	Die Präventions-Initiativen der Medien	82
5.4.2	Information in den Rekrutenschulen	82
5.4.3	Botschaften an Auslandsreisende	83
5.4.4	Eltern sind nützlich	83
5.5	Der HIV-Antikörper-Test	84
6. EINFLÜSSE DER SOZIALEN UMGEBUNG		86
6.1	Bezug zwischen der sozialen Umgebung und der Prävention	86
6.2	Wie stellt die Presse AIDS dar	86
6.3	Die AIDS-Politik	90
6.3.1	Bundespolitik	90

6.3.2	Politik der Kantone	93
6.4	Das Sex-Zeitalter und das Herz-Zeitalter	96
ANHANG : KURZE BESCHREIBUNG DER STUDIEN		99
	Ergebnisstudien	99
	Prozeßstudien	102
	Umfeldstudien	106

1. EINFÜHRUNG

Die Schweiz gehört mit einer kumulierten Inzidenz von 108 AIDS-Fällen pro Million Einwohner (702 Kranke am 31.12.88, von denen 335 gestorben sind) zu den Ländern Europas, die von der Krankheit am stärksten betroffen sind. 52 % der Kranken sind Homosexuelle oder Bisexuelle und 30 % sind Drogenabhängige. Bei 9 % wird eine heterosexuelle Übertragung angenommen. Die restlichen 9 % sind Kinder, Bluter, Empfänger von Bluttransfusionen und unbestimmte Fälle¹. Der Anteil von HIV-Antikörper-Trägern wird in der heterosexuellen Bevölkerung auf zwischen 0,003 % (Anteil unter Blutspendern) und 1 % (Anteil der Heterosexuellen mit Risikoverhalten in den Zentren, die anonyme Tests durchführen) geschätzt und beträgt bei Homosexuellen etwa 15 %².

Beim Ausbruch der AIDS-Epidemie haben die Verantwortlichen des Gesundheitswesens in der Schweiz unter der Leitung des Bundesamtes für Gesundheitswesen und der AIDS-Hilfe Schweiz sogleich ein gesamtschweizerisches Programm zur AIDS-Bekämpfung ausgearbeitet. Die Präventionsstrategie zielt direkt oder auf dem Umweg über Personen und Institutionen, die Präventionsbotschaften weitervermitteln können (sogenannte Multiplikatoren) sowohl auf die Gesamtbevölkerung als auch auf die besonders gefährdeten Kreise ab. Die Kampagne zeichnet sich durch ihren kontinuierlichen, sich stetig weiterentwickelnden Charakter aus und ist auf das jeweilige Zielpublikum abgestimmt, wobei eine Vielzahl von Medien eingesetzt werden.

Begleitet wird dieses AIDS-Bekämpfungs-Programm seit Ende 1985 durch eine unabhängige, umfassende, sich kontinuierlich an den Geschehnissen orientierende wissenschaftliche Evaluation.

Mit der Evaluation werden mehrere Ziele verfolgt :

- Messung des Realisierungsgrads der Kampagnen (Resultate),
- Bestimmung der direkten oder indirekten Faktoren, die in den Zielgruppen eine Änderung von Einstellung und Verhalten bewirkt haben, sowie Untersuchung der Erziehungsprozesse bei der Prävention,
- ständiger Beitrag zum Erfolg der Kampagnen durch Anregung zu Korrekturen oder Anpassungen, die erforderlich scheinen.

Sie ist somit in die allgemeine Planung der AIDS-Bekämpfung in der Schweiz eingebunden.

¹ BAG-Bulletin Nr. 4, 30. Januar 1989.

² SIDA-Information. BAG-Bulletin Nr. 3, 28. Januar 1988.

Die Evaluationsgruppe hat sich verpflichtet, den Verantwortlichen der gesamtschweizerischen AIDS-Bekämpfungskampagnen und sämtlichen interessierten Kreisen alle 6-7 Monate Ergebnisse und Empfehlungen zu unterbreiten. Dies ist bereits im November 1986³, August 1987⁴, Januar⁵ und Juli 1988⁶ geschehen. Das Evaluationsprogramm soll bis mindestens 1991 weitergeführt werden.

Es sei zudem darauf hingewiesen, dass die Kampagne direkt oder indirekt bei Vertretern von verschiedenartigen Zielgruppen ansetzt, deren Grenzen sehr fließend sind: Personen mit gelegentlicher oder ständiger sexueller Mobilität, Homosexuelle, Drogenabhängige, Prostituierte und ihre Sexualpartner, Jugendliche, Eltern, Erzieher usw.. Jede dieser Gruppen weist Besonderheiten im Hinblick auf Kultur, Kommunikation, Einstellung, Verhalten, Tabus, Normen usw. auf, die ebenfalls bei den Risiken zum Tragen kommen. Zudem sind die mit einer derartigen Etikette versehenen Gruppen nicht homogen. Von Präventionsbemühungen wurden sie nicht unbedingt in gleicher Weise und im gleichen Lebensabschnitt berührt. Folglich gilt es, die Vorgehen der Information, Beeinflussung und Verhaltensänderung in ihrer Verschiedenheit zu erfassen und daraus die für die Durchführung der Kampagnen wesentlichen Faktoren abzuleiten.

Selbstverständlich üben diese Besonderheiten auch einen Einfluss auf die Befragungsmethoden aus, die bei diesen verschiedenen Zielgruppen der Prävention zur Anwendung kommen.

Ethische Erwägungen, Zeitmangel und Machbarkeitsfragen führen zudem wegen der Verschiedenartigkeit der betroffenen Gruppen dazu, dass zum jetzigen Zeitpunkt von einer Messung der Wirksamkeit der AIDS-Prävention anhand von zeitlich stabilen Indikatoren der Prävalenz der HIV-Infektion abgesehen wird. Die Wahl der Indikatoren für frühe, spezifisch mit einer Wirkung der Präventionsprogramme verbundene Ergebnisse drängte sich auf:

- Kenntnisse und Ansichten über AIDS,
- Einstellung gegenüber AIDS und gegenüber der Prävention; Faktoren, die Ablehnung oder Annahme begünstigen,
- Risiko- und Schutzverhalten (Verwendung von Präservativen, Rückgang der Zahl der Sexualpartner, Nicht-Austausch von Spritzen),
- Verkaufszahlen der Präservative

³ Hausser D, Lehmann Ph, Gutzwiller F, Burnand B, Rickenbach M. - Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 7).

⁴ Hausser D, Lehmann Ph, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. (Rapport intermédiaire, juillet 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 19).

⁵ Hausser D, Lehmann Ph, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse - sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. (Rapport de synthèse) Décembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 96 p. - (Cah Rech Doc IUMSP no 23).

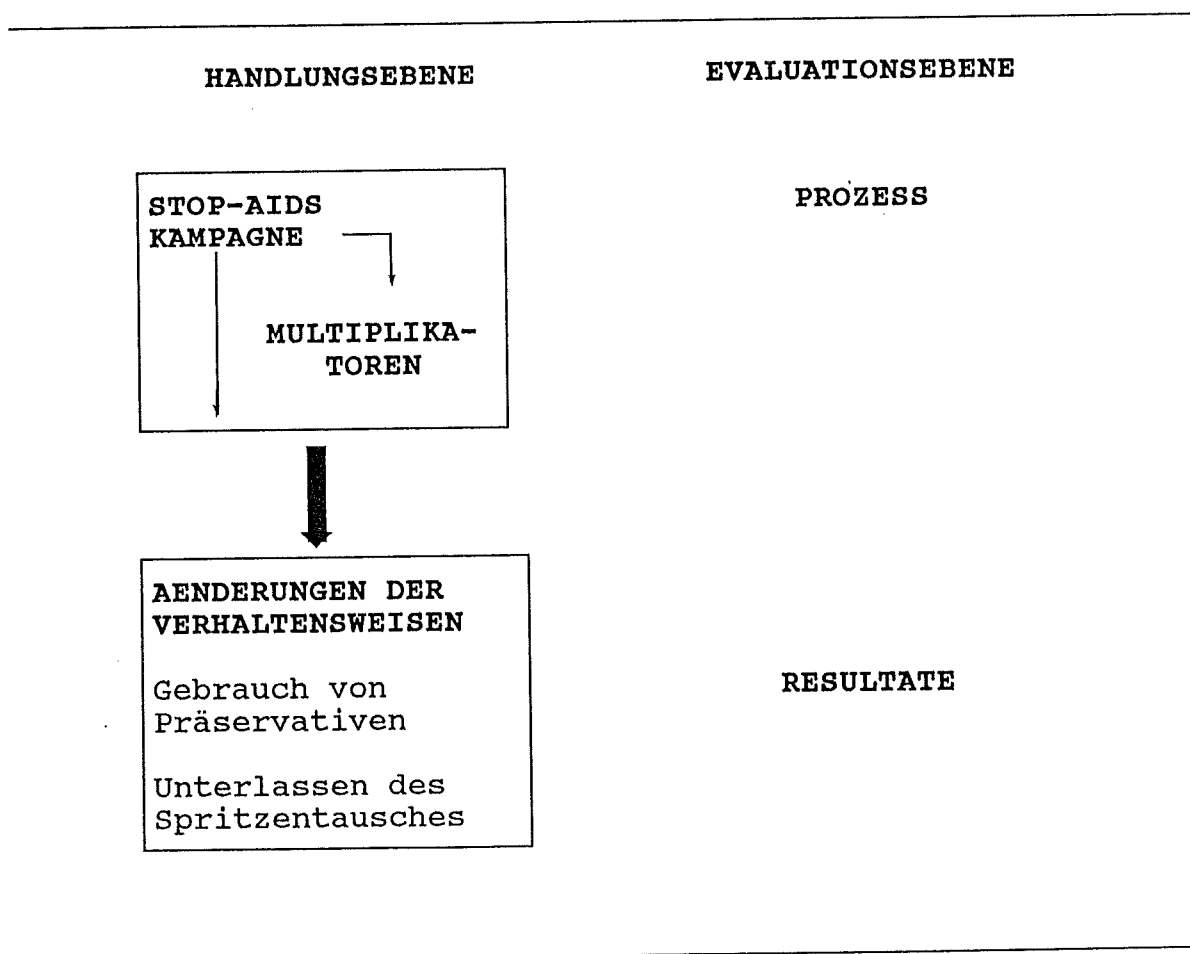
⁶ Dubois-Arber F, Lehmann Ph, Hausser D, Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Rapport intermédiaire. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 31 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 28).

Zudem muss man davon ausgehen, dass die Verbreitung der Präventionsbotschaften und die Einflussnahme nicht von vornherein garantiert sind und dass das Echo jeder Aktion auf jeder Stufe ihrer Verwirklichung ausgewertet werden muss. Das Evaluationsprogramm schenkt folglich den Vorgehensweisen und ihrer Umsetzung besondere Aufmerksamkeit :

- Verbreitung der Kampagne über die ausgewählten Medien,
- beanspruchte Übermittler und Multiplikatoren,
- Auftreten von gleich- oder andersgearteten Aktionen,
- Legitimität, Glaubwürdigkeit, Klarheit, Relevanz usw. der Aktionen und Botschaften sowie ihrer Autoren.

Die Evaluation muss sich mit allen Aspekten der Resultate und der ablaufenden Prozesse befassen, muss rasch erfolgen, aber gleichzeitig auch hinreichend gültige, fundierte und zweckdienliche Angaben liefern. Dies umso mehr, als man nicht nur bestimmen soll, "ob das Programm insgesamt erfolgreich war" (did it work ?), sondern auch "unter welchen Umständen, wie, bei welchen Bevölkerungskreisen usw." (how it worked), damit allfällig nötige Änderungen angebracht werden können (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1 : STOP-AIDS Kampagne und Evaluation



Die Ausgangsbedingungen erlauben es nicht, durch eine einzige Studie gültige Aussagen über alle Resultate und Prozesse im Zusammenhang mit der AIDS-Bekämpfung zu machen. Deshalb hat die mit der Evaluation beauftragte Arbeitsgruppe im Verlaufe der Zeit unter Beziehung einer Reihe von verschiedenen Studien und unter Berücksichtigung von Methoden, die auf die betroffenen Bevölkerungsgruppen und die gesuchten Indikatoren abgestimmt sind, ein globales Evaluationsprogramm zusammengestellt^{7,8}.

Ziel und Zweck dieser Studien ist es, auf besonders sachgemässe Art und so rasch wie möglich Hinweise über Haupttendenzen hinsichtlich der Resultate und Prozesse in der AIDS-Bekämpfung zu ermitteln. Dies durch eine Untersuchung :

- von kleinen, aber besonders gefährdeten Gruppen, an die sich die Präventionskampagnen implizit oder explizit richten
(Beispiele : Homosexuelle, Drogenabhängige, Anmacher, Sex-Touristen, "Hänger"),
- von grossen Gruppen, bei denen mit einer starken Gefährdung zu rechnen ist
(Beispiele : 17-30jährige, Lehrlinge, junge Erwachsene, Ausländer),
- von spezifisch gefährdeten Gruppen und/oder Gruppen, die das Risikoverständnis von anderen Menschen prägen können
(Beispiele : Krankenhauspersonal, Sozialarbeiter),
- von Gruppen, die ihrem Wesen nach eine Multiplikatorrolle spielen oder dazu aufgefordert werden
(Beispiele : Eltern, Lehrer, Ärzte, Erzieher)
- von Institutionen, die mit der Erarbeitung von Lehrprogrammen oder Programmen zur individuellen Betreuung beauftragt sind
(Beispiele : Kantone, Schulbehörden, Sexualerzieher, HIV-Test-Dienste)
- der Rolle der Massenmedien,
- der Strukturen und Umsatzzahlen des Präservativmarktes.

All diese Gebiete müssen Gegenstand von spezifischen Untersuchungen sein, die von Mitgliedern der Evaluationsgruppe oder von aussenstehenden Forschern durchgeführt werden. Im Rahmen des Evaluationsprogramms wurde ein Analysemodell⁹ definiert, das auf den Theorien des sozialen Lernens und auf Erfahrungen mit Verhaltensänderungen fusst, die bei Programmen zur Verringerung des Risikos von Herz- und Gefässkrankheiten gemacht wurden.

⁷ Lehmann Ph, Hausser D, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. - Protocole d'évaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes. - (Cah Rech Doc IUMSP no 16 s.1).

⁸ Lehmann Ph, Hausser D, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. - Protocole scientifique et programme de travail pour l'exercice avril 1988 - mars 1989 de l'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le SIDA. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 56 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 27).

⁹ Hausser D, Lehmann Ph, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. Evaluation des campagnes nationales de prévention contre le SIDA. Modèle d'analyse. Soz Praeventivmed 1987; 32: 207-209.

Bei diesem Modell geht man davon aus, dass das Annehmen von Schutzverhalten (durch Veränderung von Wissen, Einstellungen und schliesslich Haltungen) in mehreren Stufen erfolgt, bei denen der Druck des Umfelds auf die Einflüsse der Kampagnen jeweils entweder eine gegenläufige oder verstärkende Wirkung ausübt. Besondere Berücksichtigung finden die Begriffe Zugänglichkeit der Medien, Legitimität der "Sender" und Multiplikatoren, Integrieren der Botschaften in die Kultur der Gruppen, Erlernen von adäquaten Vorgehen und Verhalten usw.. Ferner nimmt man bei diesem Modell an, dass die Einflussnahme auf individuelle Verhaltensweisen erst dann gewährleistet ist, wenn auf allen Stufen des Lernprozesses angemessene Aktionen unternommen werden und wenn Kampagnen und das soziale Gefüge, auf das sie einwirken, in einer günstigen Wechselbeziehung stehen.

Die anhand dieses Modells formulierte **Effizienz-Hypothese** lautet: Eine sehr früh begonnene und ständig weitergeführte Kampagne beeinflusst mittelbar oder unmittelbar das Erlernen der gewünschten Verhaltensweisen, insofern als sie weiteren Präventionsmassnahmen vorangeht und diese auch anregt, die Verbreitung von Grundbotschaften veranlasst, sowie das Aufkommen von zusätzlichen Botschaften - einschliesslich Gegen-Botschaften - erleichtert. Also ist anzunehmen, dass die in verschiedenen Kreisen beobachteten Ergebnisse auf eine Kombination von Einflüssen zurückzuführen sind, bei der die zentralisierte Kampagne die Rolle einer treibenden Kraft und einer Bezugsgrösse spielt. Auch haben die verschiedenen Verbesserungen der Kampagne direkt oder indirekt Auswirkungen auf die Bevölkerung.

Die verschiedenen spezifischen Studien, die auf diesem Modell aufbauen, ergeben ein Gesamtbild. Davon muss eine Synthese gemacht werden; Haupttendenzen, die Wirkungsmechanismen und die Widerstände sind zu ermitteln. Aus der Redundanz der in verschiedenen Kreisen durchgeführten Analysen oder aus der Komplementarität der gesammelten Daten liessen sich - allerdings nicht statistisch - Themen ableiten, die bei allen von der AIDS-Epidemie betroffenen Personen beobachtet wurden. Sinn der Evaluation ist ja die Kombination von qualitativen und quantitativen Ergebnissen aus einer breitgefächerten Reihe von sich ergänzenden Studien (Puzzle-Effekt)(siehe Abbildung 2).

Jede einzelne Studie verfügt über eine eigene Methodik und eigene Instrumente. Allerdings werden bei der Stichprobengestaltung überall dieselben Regeln angewandt: da es unmöglich ist, eine Stichprobe einer wohlbekannten Grundgesamtheit nach dem Zufallsprinzip zu bilden, versucht man, die ganze Breite der anvisierten Bereiche abzudecken, ausgehend von differenzierten Typologien; dies in mindestens zwei Sprachregionen des Landes bis zur Überschreitung der Redundanzschwelle. Die auswahlbedingten Verzerrungen werden kritisch analysiert.

Die Fragebogen, Gesprächsanleitungen und Listen mit Themen oder zu bestimmenden Variablen wurden vom Evaluationsteam eingehend geprüft und decken auf jeweils spezifische Art die vom Analysemodell definierten Themen ab.

Die Studien werden unter der Leitung der Forscher und vom Evaluationsteam im Rahmen der Reihe "Cahiers de recherche et documentation de l'IUMSP" einzeln veröffentlicht.

Im Anhang werden die verschiedenen Studien (siehe Tabelle 1) kurz vorgestellt.

Abbildung 2 : Stellenwert der Studien im Modell der Analyse

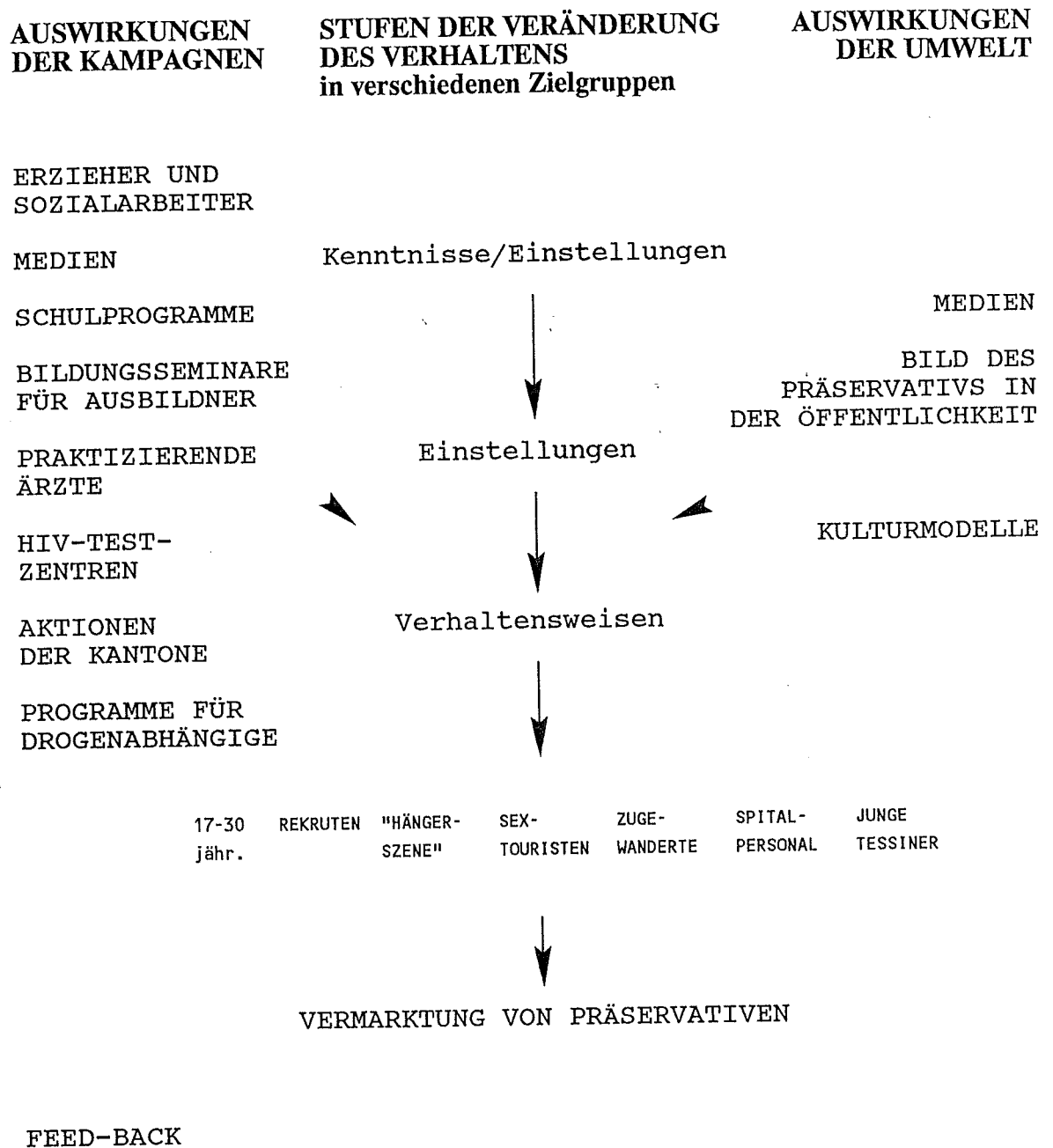


Tabelle 1 : Das Evaluationsprogramm

Erste Welle : 1985-1986

Telephonische Befragung (vorher 1'000 Personen und nachher 1'250 Personen zur Wirkung der im März 1986 an alle Haushalte verschickten Informationsbroschüre.

Zweite Welle : 1987-1988

Resultatorientierte Studien

1. Verkauf von Präservativen
2. Befragung der 17-30jährigen
3. Patienten von Sentinella-Aerzten
4. Junge Tessiner Erwachsene
5. Jugendliche und Lehrlinge
6. Homosexuelle
7. Drogenabhängige
8. Sex-Touristen
9. Aufreisser/Anmacher

Prozessorientierte Studien

10. Verbreitung der Kampagne
11. Aufnahme durch die Medien
12. informelle Opinion-Leaders
13. Aktionen der Kantone

(In den 13 Studien wurden insgesamt ca. 5'500 Personen befragt)

Dritte Welle : 1988-1989

Resultatorientierte Studien

1. Verkauf von Präservativen
2. Befragung der 17-30jährigen
3. Junge Tessiner Erwachsene
4. "Hängerszene"
5. Zugewanderte
6. Spitalpersonal
7. Rekruten
8. Sex-Touristen

Prozessorientierte Studien

9. Verbreitung der Kampagne und Aufnahme durch die Medien
10. Aktionen der Kantone
11. Schulprogramme
12. Programme für Drogenabhängige
13. Erzieher und Sozialarbeiter
14. Praktizierende Aerzte
15. HIV-Test-Zentren
16. Bildungsseminare für Ausbildner
17. Feed-back der Evaluation

Umweltorientierte Studien

18. Veränderung des Sexualverhaltens (Kulturmodelle)
19. Darstellung von AIDS in den Medien
20. Bild des Präservativs in der Oeffentlichkeit

(In den 20 Studien wurden insgesamt ca. 4'000 Personen befragt)

Dankesworte

Ohne den Einsatz aller für die Studien verantwortlichen Forscher, sowie ohne die wertvolle Mitarbeit von Simone Hubert, Sekretärin des Groupe d'évaluation des campagnes SIDA de l'IUMSP, wäre die vorliegende Evaluation nicht zustande gekommen. Dank der Übersetzung aus dem französischen Originaltext durch Frau Régine Finck, liegt der Evaluationsbericht nun erstmals auch in deutscher Sprache vor.

Ohne die Mitarbeit der zahlreichen Personen aus der Bevölkerung oder aus bestimmten Berufsgruppen, die sich für die verschiedenen Erhebungen zur Verfügung stellten, hätte es nichts zu berichten gegeben.

Ihnen allen gebührt unser aufrichtiger Dank.

2. SCHLUSSFOLGERUNGEN

2.1 Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen

Die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung kennt die Übertragungswege des HIV-Virus und die Möglichkeiten, sich vor einer Ansteckung zu schützen. Die Grundbotschaften der Kampagne (Präservative benutzen, kein Spritzentausch/Nicht-Einstieg in die Drogenabhängigkeit, Treue) sind somit beim Empfänger angelangt. Nun gilt es, bestehende Kenntnisse durch Wiederholung zu festigen sowie zu bestätigen, dass AIDS-Prävention in den kommenden Jahren eine aktuelle Frage bleiben wird. Bei gewissen Gruppen von Zugewanderten ist die Information wegen Integrationsschwierigkeiten und dem jeweils anderen kulturellen Hintergrund noch nicht ganz durchgedrungen.

Das Bewusstsein der heterosexuellen Übertragungsgefahren nimmt in der Bevölkerung zu, selbst bei Zugewanderten oder in der "Hängerszene", die eher zu den Randgruppen gezählt werden. Dies zeigt sich in der steigenden Betroffenheit, die in Form eines Nachdenkens über das/die persönlich in der Vergangenheit oder Gegenwart eingegangene(n) Risiko/Risiken zum Ausdruck kommt, auch wenn die Betroffenheit zuweilen hinter der Zurückweisung der Präventionsbotschaften verborgen liegt. Allerdings beschränkt sich die Risikowahrnehmung oft auf Sexualbeziehungen ausserhalb des "gewöhnlichen" Rahmens, der noch als "Schutzraum" verstanden wird.

Der Begriff "Risikogruppe" verschwindet zugunsten von "Risikoverhalten". Noch herrscht - besonders in den Berufen des Gesundheitswesens - die Tendenz, das Bestehen eines Risikos mit der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe zu verbinden.

Die Kenntnisse über das, was nicht ansteckt (soziale Kontakte, Insekten usw.) sind seit 1987 besser geworden, doch gibt es in einer Minderheit der Bevölkerung weiterhin Zweifel (beispielsweise über die mögliche Ansteckung mit Speichel oder über das Transfusionsrisiko). Da ungenaue Kenntnisse unbegründete, unnötige und vermeidbare Ängste hervorrufen können, muss man in diesem Bereich besondere Anstrengungen unternehmen. Dies vor allem bei der Jugend, der man die Gewissheit geben muss, dass gängige Verhaltensweisen wie Küssen oder Streicheln völlig ungefährlich sind. Wer sicher ist, dass im Alltag kein Risiko der AIDS-Ansteckung besteht, kann sich der infizierten Person gegenüber auch eher solidarisch verhalten.

In den Berufen des Gesundheitswesens herrscht bezüglich der Einschätzung des Berufsrisikos grosse Unsicherheit. Es wird meistens

überschätzt. So entstehen Ängste, die sich jedoch durch die Erfahrung im Umgang mit Kranken zurückbilden. Derartige Ängste können zur Verdächtigung oder zum Verstossen des Patienten führen, was im Widerspruch zur Berufsethik steht. Somit muss man diese Ängste erkennen und abbauen.

Wie auch 1987 kommt es selten zur Stigmatisierung von Gruppen oder Personen. Hierbei muss man zwischen mehreren Ebenen unterscheiden: auf institutioneller Ebene wurden Stigmatisierung und Diskriminierung generell verhindert; es besteht eindeutig ein sozialer Konsens, auch wenn Diskriminierungsfälle (Pensionskasse, Lebensversicherung, Stellenbewerbung) gelegentlich den regionalen AIDS-Hilfen berichtet werden. Auf individueller Ebene werden Stigmatisierungsverhalten häufiger deutlich, insbesondere gegenüber Drogenabhängigen. Derartige Vorkommnisse müssen unbedingt beachtet werden, wenn das bisher friedliche Klima in der AIDS-Bekämpfung weiter andauern soll.

Das Wissen über die Ansteckungsarten und darüber, wie man sich vor einer AIDS-Ansteckung schützt, sowie potentielle Risiken oder Präventionsbotschaften, die persönlich betroffen machen, **führen nicht zwangsläufig zu einer effizienten Verhaltensänderung.** Die Befragten bekunden Schwierigkeiten, die Prävention in die Beziehung zum Partner zu integrieren und mit der gefühlsmässigen Dimension dieses Problems umzugehen. Ermutigung, Verständnis und Gesprächsbereitschaft, die Bestätigung der Überzeugungen (durch Kollegen, Bezugspersonen, die soziale Umgebung) können dazu beitragen, dass **sichere Verhaltensweisen** angenommen werden und sind zu unterstützen. Die gefühlsmässige Dimension der Beziehung dient dazu, zwei Arten von Situationen zu unterscheiden, bei denen ein sexuelles Übertragungsrisiko vorhanden ist:

- die sich wiederholenden Situationen der Paarbildung mit starker Gefühlsbeziehung (eher bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen),
- die "ausserehelichen" Beziehungen, die Beziehungen zu mehreren oder gelegentlichen Partnern, bei denen der Gefühlsaspekt wenig ausschlaggebend ist (eher Erwachsene).

Die erste Situation kommt sehr häufig vor, die zweite selten. Beide müssen bei der Formulierung der Präventions-Botschaften gewiss verschieden angegangen werden. Auch ist die Verbindung Verhütung/Schutz vor AIDS nicht in beiden Situationen die gleiche.

Das mögliche Eingehen eines sexuellen HIV-Übertragungsrisikos betrifft die meisten Jugendlichen. Hierbei handelt es sich nicht vorwiegend um ein Problem der sexuellen Promiskuität, sondern eher um die Suche nach dem Partner fürs Leben (oder für einen Teil des Lebens): die Behauptung, dass fast jeder junge Erwachsene früher oder später in seinem Sexualleben eine Situation erleben wird, in der ein Risiko der HIV-Ansteckung besteht, ist nicht übertrieben.

Die Tendenz zur Annahme von Schutzverhalten hält an und bestätigt die 1987 gesammelten Daten. Diese Tendenz entwickelt sich langsam, ist jedoch - in unterschiedlicher Ausprägung - in allen beobachteten Gruppen vorhanden. Immer häufiger werden bei gelegentlichen Beziehungen oder am Anfang von neuen, im Prinzip dauerhaften Beziehungen, Präservative benützt. Ferner verändern sich die Verhaltensweisen im Sinne der Vermeidung von Risikosituationen oder -verhalten und es wird über individuelle Anpassungen an die Präventionsbotschaften berichtet: Wahl eines Partners aus der vertrauten Umgebung, zuweilen Verzicht auf eine Sexualbeziehung, längere Abstinenzphasen usw.. Zwar sind diese Verhaltensänderungen hinsichtlich der Vermeidung

der AIDS-Ansteckung nicht immer wirksam, doch lassen sich daraus deutliche Entwicklungen in den Verhaltensweisen ableiten.

Die Vertriebszahlen für Präservative, die kurz nach der Lancierung der STOP-AIDS-Kampagne 1987 stark angestiegen waren, lagen 1988 38 % über den Werten von 1986; die monatlichen Lieferungsdaten der zweiten Hälfte des Jahres 1988 liegen höher als die Zahlen der Vergleichsperiode des Vorjahres. Nach dem Boom von 1987, der auf die Erweiterung des Marktes (Zunahme der Verkaufsstellen) zurückzuführen war und von einer Stagnation der Verkaufszahlen abgelöst worden war, dürfte wieder mit einer langsam steigenden Tendenz zu rechnen sein.

Für Drogenabhängige in der Gassenszene, die keine Hilfe im Sinne von Entzugsprogrammen suchen, bestehen dringende Unterstützungsbedürfnisse im Bereich Gesundheit, Wohnung, Nahrung und AIDS-Prävention. Dort, wo für sie Interventions-Programme bestehen und Injektionsmaterial verfügbar ist, nehmen sie hygienische Verhaltensweisen an. Zu den Betreuern besteht ein Vertrauensverhältnis, das allerdings durch Polizeieinsätze gefährdet werden kann.

Die Fragen der untersuchten Bevölkerungsgruppen ändern sich: Zu Beginn wurden allgemeine Informationen verlangt (sie wurden gegeben); doch werden nun spezifische Informationen über präzise Situationen oder praktische Probleme gefordert (Krankenhauspersonal, Erzieher). Vor allem jedoch meldet sich das Bedürfnis nach Beratung oder Unterstützung (was soll man in einer Situation x tun, wie handeln). Dieses Bedürfnis wird nicht immer deutlich ausgesprochen, so dass man dafür ein offenes Ohr haben muss (Bsp.: Beraterinnen von Pro Familia gegenüber den Erwartungen von Jugendlichen, praktizierende Ärzte gegenüber ihren Patienten). Dementsprechend gilt, dass die Multiplikatoren selbst über sehr differenzierte und spezifische Informationen (oder Ausbildung) verfügen müssen, damit die Dezentralisierung der Präventions-, Informations- und Beratungsaufgaben gelingt.

Alle Angebote (Information, Beratung) werden von allen Teilen der Bevölkerung begrüßt.

In allen untersuchten Bevölkerungsgruppen sind die Kenntnisse über den Test (Bedeutung, Einsatz, Nützlichkeit) noch unzulänglich. Allzuoft gilt der Test als eigentliche Präventionsmassnahme. Zu häufig wird er noch unter schlechten Bedingungen durchgeführt (ungenügende oder keine Beratung und Betreuung vor oder nach dem Test).

2.2 Vorgehensweisen der Präventions-Kampagnen

Die Inhalte der Botschaften der nationalen Kampagnen waren zweckdienlich, da sie wirksames Schutzverhalten empfahlen und beim Zielpublikum Betroffenheit (und nicht Schuldgefühle) auslösten. Die gewählte verbale und visuelle Sprache und die Form sind relevant für jedes Milieu, fördern die Aufmerksamkeit, das Verständnis, das Akzeptieren von Verhaltensempfehlungen und das Erfassen des Zielpublikums. Der Wiederholungscharakter der Botschaften und der einheitliche Stil unterstrichen den notwendigerweise dauerhaften Charakter der Prävention. Einige Ereignisse mit Kommunikationscharakter halfen auch, die Aufmerksamkeit erneut auf das Thema zu lenken.

Bezüglich ihres Inhalts und der Anpassung an bestimmte Gruppen bestehen jedoch bei den Botschaften noch **einige Mängel** :

- Es fehlen Aussagen über Gefühls- und Sexualbeziehungen der Jugendlichen - insbesondere über die Treue und den begrenzten Schutz, den sie bietet (Partnerwechsel), sowie über die Ungefährlichkeit von Zärtlichkeiten und Küssen.
- Aussagen über den Nicht-Einstieg in die Drogenabhängigkeit, bei der Injektionen vorgenommen werden, (primäre Prävention) und über das Risiko bei gemeinsamer Spritzenbenützung wirken noch sehr schwach : sie werden weder erneuert, noch durch Ereignisse erweitert, noch durch Dokumente zu Handen der Medien unterstützt.
- Es fehlen auch Botschaften an die Drogenabhängigen, in denen ausdrücklich über Sprizentausch und Präservative gesprochen wird.
- Die Informationen über das, "was nicht ansteckt" sind nach wie vor unzureichend und haben bestimmte Falschmeinungen oder Übertreibungen hinsichtlich theoretischer oder Restrisiken, die praktisch gleich Null sind, noch nicht zum Verschwinden gebracht.
- Die allgemeinen Richtungen der Prävention, die den "opinion leaders" erklärt wurden, fanden keine Beachtung.
- Die Anpassung der Präventions-Botschaften an die Kenntnisse, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen der Zugewanderten blieb völlig unzulänglich.
- Es fehlen Aussagen darüber, wie man Kindern ihre Ängste nehmen kann.

Dadurch, dass die **Verbreitung der Botschaften der nationalen Kampagnen** volumenmässig und wegen des Wiederholungscharakters und der Verschiedenheit der Kommunikationsträger bedeutend war, blieb die AIDS-Bekämpfung in der Öffentlichkeit gewissermassen ständig präsent. Wechselnde Bilder und die verschiedenen Botschafts-"Wellen" weckten die Aufmerksamkeit und trugen dazu bei, grossen Teilen der Bevölkerung in Erinnerung zu rufen, dass Schutzverhalten einen dauerhaften Charakter haben müssen. Mit Ausnahme einiger "Nase-voll-Gefühle" äusserte die Bevölkerung keine Übersättigung gegenüber der Prävention.

Die **Plakate** erreichten das Zielpublikum am besten, gefolgt von den Spots am Fernsehen und im Kino. Die Zeitschriften und Broschüren wurden in grossen Mengen verteilt, gelegentlich mit der Unterstützung von Institutionen (besonders "PS-Jugend" in den Schulen). Hingegen blieben Zeitungsinsertate häufig unentdeckt. Ebenfalls nötig ist und bleibt die Verbreitung von Botschaften in den Programmheften von Veranstaltungen und in der Sexpresse.

Die Inbetriebnahme des **STOP-AIDS-Bus** und seine intensive Nutzung während Veranstaltungen aller Art brachten die Information näher an die Jugend und ermöglichten es, unter günstigen Voraussetzungen ihr Bewusstsein auf persönliche Art zu wecken.

Ebenfalls wichtig für die **direkte oder indirekte Verbreitung der Präventions-Botschaften** ist das Bestehen einer gesamtschweizerischen Zentraleitung der AIDS-Bekämpfung (BAG). So werden die wissenschaftliche Zuverlässigkeit und die Achtung von sozialen, ethischen und politischen Orientierungen gewährleistet. Diese federführende Rolle des BAG ist zwar

diskret, doch sie garantiert, dass die Anstrengungen aufrechterhalten werden und dass die Mittel ständig aufgestockt werden.

Das BAG wird als verantwortliche Stelle für die nationale AIDS-Kampagne betrachtet und verfügt über einen bemerkenswerten politischen Konsens. Die Bevölkerung und die Multiplikator-Personen verkennen aber mehrheitlich die Rolle der AHS. Die Verbindung zwischen dem Staat und freiwilligen Vereinigungen, die in der konkreten Arbeit am stärksten engagiert sind, ist und bleibt ein positiver Faktor.

Die nationalen Präventions-Aktionen dienten weiterhin als **Auslöser für dezentralisierte und differenzierte Bemühungen**, insbesondere auf der Ebene der **Institutionen**: alle Kantone und zahlreiche Ausbildungsstätten und soziale oder erzieherische Institutionen haben - besonders für die Schulen - Informations- und Beratungsprogramme zusammengestellt. Auch die Spitäler und Vereinigungen der Berufe des Gesundheitswesens haben die Präventions-Botschaften ebenfalls vermittelt und die Sicherheitsempfehlungen an ihre Verhältnisse angepasst; dies geschah allerdings nicht immer auf wirklich sachgemässe Art und Weise.

Die regionalen AIDS-Hilfen übernahmen viele Informations- und Beratungsaufgaben, obwohl sie politisch und finanziell von den Kantonen häufig nicht genügend unterstützt wurden.

Personen, die **beruflich** mit der Krankheit zu tun haben und von denen man erwartete, dass sie als Einzelpersonen in der Prävention eine Multiplikator-Rolle übernehmen würden (frei praktizierende Ärzte, Lehrer, Erzieher, Sozialarbeiter) waren oft wenig geneigt, spontan ihren Klienten gegenüber Initiativen zu ergreifen. Sie vertreten häufig die Meinung, für die Vorbeugung von Risikoverhalten seien sie nicht zuständig. Ferner fürchten einige, dass sie nachher zu sehr von der Problematik in Anspruch genommen würden, wenn sie beginnen würden, im Bereich AIDS aktiv zu werden.

Die widersprüchlichen Stellungnahmen der Ärzteschaft zur Frage des Tests (unter anderem die Forderungen, Tests ohne das Wissen des Patienten durchführen zu können) und Missbräuche in diesem Bereich könnten sich negativ auf die Präventions-Rolle der Ärzte auswirken und das Vertrauensverhältnis stören, das die betroffenen Personen von ihnen erwarten.

Die Angehörigen dieser Berufsgruppen sind hingegen bereit, die - verängstigten, infizierten oder kranken - Personen, die sich an sie wenden, zu betreuen. Je häufiger sie mit dem Problem konfrontiert wurden, desto leichter fällt es ihnen, damit umzugehen. Diese Feststellung gilt auch für das Krankenhauspersonal.

Bei Berufspersonen und anderen Multiplikatoren - beispielsweise Eltern - müssen noch zusätzliche Anstrengungen im Hinblick auf die Mobilisierung und die Suche nach einem Konsens unternommen werden. So kann die Prävention dank individueller Vermittlung verbessert werden.

Zudem treten Personen, die sonst schwer zu erreichen sind (Zugewanderte, Sex-Touristen und Freier..), oft mit verschiedenen Berufspersonen in Kontakt (Arzt, soziale Stellen, Reisebüros..) und können so erfasst und beraten werden.

Die nationalen und kantonalen **politischen Behörden** unterstützen die AIDS-Bekämpfung auf sachgemässe Art und Weise, indem sie die Präventions-Aktionen mit erzieherischem Charakter unterstützen und diskriminierende und repressive Massnahmen im allgemeinen vermeiden. Dass sie neben

Persönlichkeiten aus der "zivilen Gesellschaft" an der Solidaritätskampagne 1988 teilnahmen, wurde allseits begrüsst. Eine verstärkte Präsenz der Politiker im Rahmen der erzieherischen oder Solidaritäts-Aktionen würde den diesbezüglichen Konsens in der Bevölkerung fördern.

Zahlreiche Faktoren behindern nach wie vor die **AIDS-Prävention im Drogenbereich**: Unschlüssigkeit, Befürchtungen, Konflikte und Entmutigung kennzeichnen die Politik von Bund und Kantonen in diesem Bereich. Solange die Haltung gegenüber den Drogenabhängigen durch die Repression des Drogenkonsums und/oder die Forderung nach Drogenverzicht geprägt ist, haben Bemühungen im Hinblick auf die Annahme von Hygiene- und Schutzverhalten (Injektionen und Sexualität) aufgrund der Unsicherheit und der Widersprüche keine Aussichten auf Erfolg.

Für die Behörden und die Personen, die im Bereich Drogen und AIDS tätig sind, gibt es in der Schweiz keine Institution, die als verlässliche Referenz gelten könnte.

Bestimmte politische Ausrichtungen im Bereich der Drogenabhängigkeit müssen dringend überdacht werden. Es gilt, **so nahe wie möglich an der Drogenszene** mit sozialer, medizinischer, erzieherischer und praktischer Hilfe (Unterbringung, Nahrung) zu intervenieren.

Entsprechende Erfahrungen in Bern, Basel und Zürich beweisen die Durchführbarkeit derartiger Programme, für die teilweise ein dringender Bedarf besteht. Hilfs- und Pflegeangebote sowie die Möglichkeit, saubere Spritzen zu erhalten und Präservative mitzunehmen, werden von den Drogenabhängigen in Anspruch genommen.

Die **Presse** und die audio-visuellen Medien spielen weiterhin für das Verständnis der Ansteckung, der Krankheit und der sozialen Folgen der Epidemie in der Bevölkerung eine wichtige Rolle. Mit Ausnahme der epidemiologischen Daten für die Schweiz erhielt die Presse 1988 von den Verantwortlichen der AIDS-Bekämpfung wenig Informationen. Sie verhält sich gegenüber der Prävention neutral bis wohlwollend. Ausgenommen einige Einzelfälle setzen sich die Journalisten nicht aktiv für eine umfassende und konsequente Information über AIDS ein. Eine kritische Haltung gegenüber den Widersprüchen in/zwischen den verschiedenen veröffentlichten Meldungen fehlt grösstenteils. Hingegen wurde AIDS in den Medien nicht als Anlass für diskriminierende Ausserungen genommen.

Für die Personen, die im Rahmen der AIDS-Bekämpfung Informations-Präventions- und bei kranken oder infizierten Personen Betreuungsaufgaben erfüllen, bestehen Bedürfnisse und Forderungen nach **spezifischer Ausbildung und Unterstützung**, denen noch nicht in jedem Fall entsprochen werden kann. Unter anderem mangelt es an punktuellen oder laufenden Schulungsmöglichkeiten für den Umgang mit Situationen in Institutionen oder in der Berufspraxis. Diese Forderungen werden häufig dann geäussert, wenn ein verstärktes Konfrontiertsein mit dem Problem besteht.

Schliesslich ist auch zu bemerken, dass Verhaltensweisen, Einstellungen und Wertvorstellungen insbesondere im Bereich der Gefühls- und Sexualbeziehungen sich auch aufgrund **zahlreicher anderer kultureller Einflüsse** verändern, die nicht systematisch mit der AIDS-Epidemie in Zusammenhang gebracht werden können.

Dass die in der Schweiz ansässige Bevölkerung im Hinblick auf Gefühls- und Sexualbeziehungen (auch ausserhalb der Ehe) im allgemeinen freizügig und

pragmatisch eingestellt ist und bleibt, ist eine günstige Voraussetzung für die Annahme von Schutzverhalten und muss von den Präventionskampagnen berücksichtigt werden.

2.3 Allgemeine Schlussfolgerungen

Die Prävention hat nach wie vor eine absolute Priorität in der AIDS-Bekämpfung in der Schweiz.

Im Bereich der Information und der Erziehung müssen sich die Präventions-Bemühungen weiterhin auf die allgemeine Bevölkerung und vor allem die Jugend konzentrieren.

Im Bereich der Hilfsangebote und der konkreten, nicht-repressiven Aktionen müssen sich die Präventions-Bemühungen auf die Drogenabhängigen konzentrieren.

Man muss von und zu den Jugendlichen sprechen, bei den Drogenabhängigen handeln und weniger von ihnen sprechen.

3. EMPFEHLUNGEN

3.1 Allgemeine Empfehlungen

DIE PRÄVENTIONS-BEMÜHUNGEN AUFRECHTERHALTEN.

DEN ZENTRALEN SENDER (VON BOTSCHAFTEN UND PRÄVENTIONS-AKTIONEN) WEITERHIN VERSTÄRKEN.

GLEICHZEITIG DIE INDIVIDUELLE PRÄVENTION DURCH MULTIPLIKATOREN BEGÜNSTIGEN.

Empfehlung zu Handen von : BAG, ASS, Kreativ Team

- 3.1.1 Für das BAG und die AHS muss die Prävention weiterhin Hauptstrategie der AIDS-Bekämpfung sein. Sie muss unter Beibehaltung der bisherigen politischen, ethischen und wissenschaftlichen Ausrichtungen so intensiv wie 1987 und 1988 betrieben werden.
- 3.1.2 Das BAG muss in der nationalen AIDS-Bekämpfung federführend bleiben und sicherstellen, dass die bisher eingeschlagene Richtung weiterhin durch einheitliche Aktionen und einen Konsens getragen wird.
- 3.1.3 Das BAG muss zusammen mit der AHS vermehrt als Zentralstelle für die landesweiten Präventions-Aktionen auftreten und dabei seine Tätigkeit, seine Eigenschaft als Leistungsträger und die von ihm angestrebte Kohärenz in den Vordergrund stellen.
- 3.1.4 Die Multi-Medien-Kampagne STOP-AIDS soll weiterhin die gesamte Bevölkerung ansprechen, auch wenn unter bestimmten Umständen punktuell spezifische Gruppen anvisiert werden. Die Kampagne ist der Beweis, dass weiterhin auf nationaler Ebene AIDS-Prävention betrieben wird. Deshalb ist es wichtig, das Erkennungszeichen und eine klare Identifizierbarkeit beizubehalten.
- 3.1.5 Die STOP-AIDS-Kampagne muss in der Multi-Medien-Kampagne in der gegenwärtigen Form bestehen bleiben und die 5 Hauptthemen der Prävention müssen beibehalten werden :
 1. Präservative
 2. Treue/Qualität der Beziehung

3. Nicht-Einstieg in die Drogenabhängigkeit/kein Tausch von Injektionsbesteck
4. was nicht ansteckt
5. Solidarität

Die Grundbotschaften müssen variiert und an spezielle Zielgruppen oder -situationen angepasst werden; dies um die praktische Umsetzung der Prävention zu fördern.

3.1.6 Parallel dazu sollen individuelle Präventionsformen durch die Zusammenarbeit aller Multiplikatoren vermehrt Beachtung finden. Die Multiplikatoren müssen sich der wichtigen Rolle bewusst werden, die sie beim gegenwärtigen Stand der Prävention spielen.

3.1.7 Zusätzlich zu STOP-AIDS muss das BAG ebenfalls folgende Gebiete stärker beachten :

- Kontakte zu den Kantonen, Institutionen und individuellen Multiplikatoren pflegen, ihre Vertreter aufsuchen und sich Zeit nehmen, sie zu überzeugen,
- die Zusammenarbeit der Partner fördern, ihre Initiativen unterstützen, nicht an ihrer Stelle handeln,
- den Partnern helfen, die Prävention an lokale Gegebenheiten anzupassen und ihre Autonomie respektieren,
- zweckmässiges Material anbieten oder liefern,
- Dienstleistungen und die Mitarbeit von Personen zur Verfügung stellen,
- Projekte, die in Zusammenarbeit entstanden, begünstigen und gruppieren,
- den benachteiligten Regionen helfen.

3.2 Zielgruppen der Prävention

DIE STOP-AIDS-KAMPAGNE MUSS WEITERHIN JEDERMAN ANSPRECHEN UND EIN JUGENDLICHES AUFTRETEN BETONEN

Empfehlung zu Handen von : BAG, AHS, Kreativ Team

3.2.1 Die Prävention und insbesondere die STOP-AIDS-Kampagne muss weiterhin an jederman gerichtet sein, denn :

- Die Zahl derjenigen, die - ohne "lasziv" zu sein - sich einer sexuellen Ansteckungsgefahr aussetzen, ist viel grösser als angenommen.
- So können Personen mit bestimmten Verhaltensformen angesprochen werden, ohne dass sie als solche identifiziert werden.
- viele Leute, die selbst zwar keine Risiken eingehen, sind als Berater oder Informationsquelle von Nahestehenden tätig, die ihrerseits grösseren Gefahren ausgesetzt sind (Beispiel : Eltern-Kinder).

3.2.2 Die STOP-AIDS-Kampagne richtet sich zwar an die gesamte Bevölkerung, muss jedoch Botschaften vermitteln, die vor allem Risikosituationen der Jugendlichen berücksichtigen :

- Einerseits, weil die Jugendlichen die zahlenmässig grösste Gruppe der in Zukunft zu schützenden Personen darstellt.
- Andererseits, weil die Botschaften, die ausdrücklich auf Situationen anspielen, die - auch unter den Jugendlichen - als wenig gesellschaftsfähig gelten (Prostitution, Untreue, häufiger Partnerwechsel usw.), negative Gefühle wecken können, wenn man ihnen in Plakatform begegnet (die Bevölkerung kann sich mehrheitlich nicht damit identifizieren und ist möglicherweise schockiert).

PARALLEL, BOTSCHAFTEN UND AKTIONEN FÜR SPEZIFISCHE GRUPPEN ENTWICKELN UND ÜBER VERSCHIEDENSTE KANÄLE SENDEN

Empfehlung zu Handen von: BAG, AHS, Kreativ Team, diverse Multiplikatoren (Ärzte, Sozialarbeiter, Schulfachleute...)

3.2.3 Die Jugendlichen sind über folgende Kanäle zu erreichen :

- Eltern und andere "Vertrauenspersonen"
- Schule
- Treffpunkte (Discos, Jugendvereine, Sportgruppen...)
- Arzt (Hausarzt, Frauenarzt, Familienplanung)
- Rekrutenschule
- Jugendpresse und Kino.

3.2.4 Drogenabhängige können in Anlauf- und Betreuungsstellen, in Behandlungs- und Hilfszentren und in Unterkünften angesprochen werden, aber auch anlässlich von Jugendversammlungen (STOP-AIDS-Bus).

3.2.5 Personen mit zahlreichen Partnern wie Anmachertypen, "Seitenspringer", Freier von Prostituierten, Reisende, Sex-Touristen, Kunden, die auf Inserate antworten, können weder mit einer Etikette versehen werden, noch sind sie als Zielgruppe ansprechbar. Sie werden bereits durch die allgemeine Kampagne erreicht; Es gilt, andere Kanäle als obligatorische Anlaufstellen zu finden, durch die sie zu erreichen sind, sowie Botschaften, mit denen sie sich identifizieren können. Folgende Kanäle kommen in Frage :

- Sex-Presse, Sex-Shops, Zeitschriften mit Bekanntschafts-Inseraten, Prostitutions-Orte, Treffpunkte,
- Reisebüros, Flughäfen, Impfzentren,
- Arztpraxen, Sprechstunden für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Gynäkologie (über den Arzt),
- Armee (besonders Wiederholungskurse),
- Unternehmen und Gewerkschaften.

3.2.6 Die Prävention ist bei den Homosexuellen durch die AHS und die Homosexuellen-Organisationen, die von Bund und Kantonen weiterhin unterstützt werden müssen, schon fest etabliert worden.

Andere Kanäle sollten vermehrt genutzt werden, beispielsweise Präventions-Aktionen direkt in Begegnungs- und Anmache-Orten (Parks, Öffentliche Toiletten).

3.2.7 Die **Zugewanderten** (einschliesslich "einheimische Zugewanderte" wie beispielsweise Au-pair-Mädchen) können unter anderem auf folgendem Weg erreicht werden :

- Grenzübergänge (auch Flughäfen, Bahnhöfe, Aufnahmezentren für Flüchtlinge),
- Ferienorte (Campingplätze, Hotels, Verkehrsvereine und Verkehrsbüros),
- Kanäle, die den Ausländergemeinden dienen (Radiosendungen in der Muttersprache, Zeitungen, Vereine),
- Unternehmen und Gewerkschaften,
- Hauswirtschaftsschulen,
- Ärzte in Arztpraxen

3.2.8 Es gibt auch Gelegenheiten, Personen über spezifische Kanäle oder in Situationen zu erreichen, die ad hoc Massnahmen rechtfertigen : Reisen, Urlaub, Arztbesuch, Feste und Festivals, Wiederholungskurse, Einwanderung, Unternehmen und Gewerkschaften.

3.3 Botschaftsinhalte

ES SIND BOTSCHAFTEN NÖTIG, DIE DIE KENNISSE VERBESSERN UND FESTIGEN, DIE DIE PRAKTISCHE UMSETZUNG DER SCHUTZMASSNAHMEN ERLEICHTERN UND DIE DIE SOLIDARITÄT FÖRDERN.

Empfehlungen zu Händen von : BAG, AHS, Kreativ Team, Multiplikatoren

Botschaften, die Kenntnisse vermitteln, betreffen jedermann.

3.3.1 Um unnötige Ängste zu vermeiden und um die Solidarität zu fördern, müssen die Botschaften über das, was nicht ansteckt, wiederholt werden :

- Situationen des Alltagslebens,
- Mückenstiche,
- bestimmte Situationen des Sexuallebens (Kuss, einschliesslich Zungenkuss, Zärtlichkeiten),
- Bluttransfusionen.

3.3.2 Die Dinge beim Namen nennen : Gegen die Annahme kämpfen, nur ein kleiner, sittlich verfallener Teil der Bevölkerung würde sich einem potentiellen sexuellen Übertragungsrisiko aussetzen; früher oder später muss sich jeder die Frage der AIDS-Prävention stellen :

- für sich selbst bei einem Partnerwechsel (die Situation, bei der beide Partner ohne vorgängige Sexualerfahrung eine Beziehung eingehen und sich beide ein ganzes Leben treu bleiben, kommt selten vor),
- für die eigenen Kinder, wenn sie in das sexuell aktive Alter kommen.

- 3.3.3 Für die allgemeine Bevölkerung die Botschaft "Es gibt kein unkontrollierbares Risiko, Prävention ist möglich und wirksam" gegenüber der Botschaft "Es gibt Restrisiken, auch wenn sie noch so klein sind" bevorzugen. Man muss dem Umstand Rechnung tragen, dass es schwer fällt, die Risiken zu relativieren (sie mit anderen Risiken des Alltagslebens zu vergleichen), besonders bei dieser Krankheit, bei der so viele Tabus, Emotionen und irrationelle Erscheinungen zum Tragen kommen.
- 3.3.4 Daran erinnern, dass die AIDS-Epidemie nicht bald verschwinden wird, dass für die nächsten Jahre keine Aussichten auf Impfungen oder einfache Behandlungsmöglichkeiten bestehen und dass die persönliche Prävention der einzige Schutz vor AIDS ist.
- 3.3.5 Daran erinnern, dass korrekt angewendete, qualitativ einwandfreie Präservative in bestimmten Situationen am meisten Schutz bieten.
- 3.3.6 Daran erinnern, dass der Test an sich kein Präventions-Mittel ist.

Die Botschaften und Formulierungen, die die Umsetzung in die Praxis begünstigen, sind an die gesamte Bevölkerung, vor allem an die Jugendlichen gerichtet.

Die Erzieher und anderen Multiplikatoren sollten :

- 3.3.7 Ungeachtet ihrer persönlichen Überzeugung immer die verschiedenen Schutzmöglichkeiten beschreiben (Präservative und Treue). So können die angesprochenen Personen eine echte Wahl treffen.
- 3.3.8 Davon überzeugen, dass es am Anfang einer neuen Beziehung normal ist, über den Schutz zu sprechen, dass es eine Sache des gegenseitigen Respekts und der Qualität der Beziehung ist, dass damit keinerlei Verdächtigung verbunden ist.
- 3.3.9 Anerkennen, dass der Schutz (durch das Präservativ) nicht immer leicht fällt, da es um eine Beziehung geht, dass dieser Schutz aber möglich ist.
- 3.3.10 Bei der Besprechung des Präservativs nicht nur vom Gegenstand sprechen, sondern auch von seiner Bedeutung für die Beziehung (beim Präservativ ein wenig Zärtlichkeit als Gleitmittel verwenden).
- 3.3.11 (Gelungene) Beispiele von Gleichaltrigen oder Angehörigen anderer Gruppen zitieren, die sich bereits schützen und zeigen, dass ihnen weder die Identität, noch die Lust, noch die Lebensfreude abhanden gekommen ist.
- 3.3.12 Daran erinnern, dass der Freundes- oder Bekanntenkreis an sich nicht frei von AIDS-Risiken ist; wer seine Bekannten und Freunde liebt, muss sie schützen, indem er sich selbst schützt; der AIDS-Schutz muss als Solidaritätshandlung verstanden werden.
- 3.3.13 Daran erinnern, dass das Präservativ den Vorteil aufweist, auch ein Verhütungsmittel zu sein und dass es vor Geschlechtskrankheiten schützt, welche oft Sterilität zur Folge haben.
- 3.3.14 Darauf hinweisen, dass in bestimmten Situationen, die durch Sorglosigkeit oder Abnahme der Selbstbeherrschung geprägt sind (Ferien, unsterblich

verliebt sein, Depression, Alkohol- oder Drogenkonsum..), das Risiko besteht, eine "Ausnahme" zu machen.

Die Aufforderungen zur Solidarität und zur Nicht-Diskriminierung sind an alle gerichtet.

Die verschiedenen Aspekte der Solidarität müssen gezeigt werden.

- 3.3.15 Der humanistische Aspekt/das Mitgefühl : Solidarität ist eine menschliche Pflicht, eine normale Reaktion auf das Leiden, jeder Mensch hat Anspruch darauf.
- 3.3.16 Alle sind gleich : Es gibt keine Schuldigen und keine Opfer (den Begriff "unschuldige Opfer" verbannen); es gibt nur Menschen, die von uns allen Solidarität brauchen.
- 3.3.17 Der praktische Aspekt in der Prävention : Wer sich verstossen fühlt oder befürchtet, verstossen zu werden, fühlt sich nicht dazu angehalten, sich und die anderen zu schützen. Diese Menschen werden dazu gezwungen, sich zu verstecken oder ihre Probleme zu verheimlichen und können nicht richtig beraten, unterstützt und gepflegt werden.
- 3.3.18 Der Gegenseitigkeitsaspekt : Solidarität ist keine Einbahnstrasse; man muss den Betroffenen (Personen mit Risikoverhalten, Seropositiven und Kranken) zuhören und sie anerkennen - sobald sie dann Vorbeugung betreiben, handeln sie gegenüber der gesamten Gesellschaft solidarisch.

3.4 Förderung der Präservative.

**DIE QUALITÄT DER IN DER SCHWEIZ VERKAUFTEN PRÄSERVATIVE
ÜBERWACHEN.**

IHRE ZUGÄNGLICHKEIT ERLEICHTERN.

IHRE AKZEPTANZ ERHÖHEN.

Empfehlung zu Handen von : BAG, AHS, Verkäufer und Hersteller von Präservativen, Multiplikatoren

Zugang und Qualität

- 3.4.1 Wenn die Sanitätsbehörden den Gebrauch des Präservativs empfehlen, müssen sie auch um die gute Qualität der in der Schweiz verkauften Präservative besorgt sein.
- 3.4.2 Falls es nicht möglich ist, bei Präservativen eine von den EMPA-Sicherheitsnormen abhängige Verkaufsgenehmigung für Präservative einzuführen, müssen die Sanitätsbehörden des Bundes regelmässig eine Liste der getesteten und für sicher befundenen Präservative

veröffentlichen und allen Präventionsbeauftragten empfehlen, dasselbe zu tun (beispielsweise im Unterrichtsmaterial und in den Schulungskursen).

- 3.4.3 Allen Personen, die bei der Prävention eine Erzieherrolle spielen, nicht nur die Namen der sicheren Marken mitteilen, sondern auch Angaben über den Preis, das Aussehen der Packung und den Ort, wo man sie kaufen kann, machen (diese Empfehlung betrifft ebenfalls die Erarbeitung des Unterrichtsmaterials und die Schulungskurse).
- 3.4.4 Die Versuche im Bereich des Verkaufs von qualitativ guten und billigen Präservativen an Automaten in Jugend-Treffpunkten und anderen nachts geöffneten Räumlichkeiten (Nachtklubs, Garagen) weiterhin fördern. Die Automaten eher in den Damen- und Herren-Toiletten anbringen und nicht in den Räumlichkeiten selbst.
- 3.4.5 Die Verfügbarkeit von Präservativen in Hotels, Flugzeugen etc. fördern; das Präservativ wird dabei anderen "Körperpflegeartikeln" wie die Seife gleichgestellt.

Akzeptanz

- 3.4.6 Allen, die AIDS-Information und -Aufklärung (vor allem bei den Jugendlichen) betreiben, empfehlen :
- Präservative zu zeigen, damit man sie anfassen und entdecken kann, dass sie dünn, schmiegsam...und strapazierfähig sind,
 - vom ganzen Verwendungsprozess zu sprechen, das heisst vom Kauf bis zum Abfalleimer; dabei die Beziehungsaspekte berücksichtigen (wer kauft sie, wie darüber reden, wer zieht es über) und sich sowohl an Mädchen als auch an Jungen wenden.

3.5 Verbreitung der nationalen Kampagne

DIE NATIONALE KAMPAGNE FORTFÜHREN UND DABEI ALLE MEDIEN EINSETZEN,

MATERIAL FÜR ORTE ENTWICKELN, IN DENEN MAN DAZU ANREGEN WILL, SICH VON KOMPETENTEN PERSONEN BERATEN ZU LASSEN,

DIE KONTAKTE ZUR PRESSE ENTWICKELN, UM EINE GUTE BERICHTERSTATTUNG ÜBER PRÄVENTIONS-AKTIONEN ZU GEWÄHRLEISTEN.

Empfehlung zu Handen von : BAG, AHS, Kreativ Team

- 3.5.1 Entwicklungsrhythmus der Kampagne: vor dem "Hintergrund" einer ständigen Präsenz der von verschiedenen Medien getragenen Botschaften die Aufmerksamkeit auf die aufeinanderfolgenden "Wellen" von neu präsentierten Botschaften lenken und Ereignisse schaffen, die als Gedächtnisstütze dienen.

Eingesetzte Medien

- 3.5.2 Die geschätzten und von der Bevölkerung registrierten **Plakatkampagnen** fortführen. Hierbei eher die Jugendlichen ansprechen, indem vor allem auf die von ihnen gelebten Beziehungen angespielt wird (eher neue Beziehungen knüpfen als gelegentliche Beziehungen haben).

Bei jeder neuen Plakatserie folgende drei Elemente beibehalten :

- Präservative benützen
- Treue/Qualität der Beziehung
- Nicht-Einstieg in die Drogenabhängigkeit.

Ein getrenntes Plakat mit der Botschaft "kein Tausch von Spritzbesteck" und der Botschaft "Präservative benützen" an die Drogenabhängigen richten.

- 3.5.3 Kleine **Plakate** (A2 oder A1) schaffen, die in Gebäuden für präzise Zielgruppen oder Anlässe verwendet werden können.

Diese kleinen Plakate könnten in Schulen, Kasernen, Einkaufsläden, Freizeitzentren, Familienplanungs-Sprechstunden, Wartezimmern von Arztpraxen, Flüchtlingszentren, Skilagern usw. zum Einsatz kommen.

Sie müssten vor allem Beratung und Information anbieten oder an Präventions-Botschaften erinnern. Beispielsweise in folgender Form :

- "Sie sind hier bei jemandem, mit dem Sie über AIDS sprechen können."
- "Sie möchten über AIDS sprechen? - Hier die Adressen der Fachleute :..."
- "Wenn Sie sich schützen möchten, können Sie das auf folgende Arten tun :..." (dabei die Alternativen vorstellen, verschiedene Präservativ-Modelle und wo man sie kaufen kann).
- Wiederholen der Grundthemen (analog zu den grossformatigen Plakaten).

- 3.5.4 Das **Fernsehen** vermehrt einsetzen (Werbespots) und bessere Sendezeiten anstreben, sodass die Zahl der Zuschauer grösser wird; dasselbe gilt sinngemäss für die **Radiosender**.

- 3.5.5 Weniger mit **Zeitungsinseraten** arbeiten, da sie nicht genügend gelesen werden und die Kontakte zu den Journalisten pflegen, die auf AIDS "spezialisiert" sind, damit qualitativ gute Artikel erscheinen.

- 3.5.6 Als Elemente der nationalen Kampagnen weitere Kampagnen lancieren, die für ein spezifisches Publikum gedacht sind. Beispiel :

- Ein **PS Magazin für Eltern**, das letztere in ihrer Rolle als Berater und privilegierter Gesprächspartner unterstützen soll.
- **Aktionen für Zugewanderte**: regelmässige Kontakte zu den Vertretern der Kommunikationsberufe, den führenden Persönlichkeiten und den Medien dieser Bevölkerungsgruppen pflegen; redaktionelle Elemente und Vorträge anbieten, deren Inhalte die kulturellen Besonderheiten und die spezifischen Auswirkungen der Situation der Zugewanderten berücksichtigen; alle Kanäle nutzen, über die alle möglichen Multiplikatoren erreicht und auf ihre potentielle Präventions-Rolle bei Zugewanderten aufmerksam gemacht werden können (Ärzte, Unternehmer, Gewerkschafter, Hauswirtschaftslehrerinnen...).

- **Aktionen für Reisende ins Ausland** (nicht nur für die klassischen Reiseziele der Sex-Touristen), bei denen die obligatorischen "Durchgangsstellen" der Reisevorbereitung (Reisebüro, Impfzentrum, Flughäfen, Flugzeuge...) für die Verteilung von Informationen und Präservativen benützt werden.

3.6 Partner für die Prävention

DIE KANTONE, BESTIMMTE INSTITUTIONEN, DIE PRESSE UND DIE MULTIPLIKATOREN SPIELEN BEI DER PRÄVENTION EINE SPEZIFISCHE ROLLE UND TRAGEN DIE PRÄVENTION IN DIE BEVÖLKERUNG HINEIN

Empfehlung zu Handen von : BAG, AHS, Kreativ Team, Kantone, Institutionen, Multiplikatoren.

Kantone

- 3.6.1 Die Entstehung eines Konsens über die Orientierungen und die dringlichen Aspekte der Prävention sowie über die Verbindung zwischen Prävention, Beratung und Betreuung fördern. Nicht nur Verantwortliche des Gesundheits- und Erziehungswesens in die kantonalen AIDS-Kommissionen einbeziehen, sondern auch Personen, die täglich mit diesen Problemen zu tun haben.
- 3.6.2 Politische (repressionsfreie) Ansätze im Bereich der Drogenabhängigkeit neu definieren und sie an die durch AIDS gegebenen Verhältnisse anpassen; dies gilt für den Zugang zu Injektionsmaterial, zu Präservativen, für die Informations- und Aufnahmemöglichkeiten usw..
- 3.6.3 In den Schulen : nicht nur informieren, sondern auch zuhören, Anliegen verstehen, den Schülern und den Eltern antworten.
- 3.6.4 Ausbilden (in den spezialisierten Schulen, sowie auch berufsbegleitend), sensibilisieren und Sozialarbeiter und Erzieher auf die Betreuung von Seropositiven und Kranken vorbereiten, sowie auf die Verbindung von Betreuung und Prävention.
- 3.6.5 Den Zugang zu Präservativen erleichtern, insbesondere durch das Anbringen von Automaten.

Armee

- 3.6.6 In den Rekrutenschulen weiterhin Informationsveranstaltungen über AIDS durchführen, die die Kenntnisse verankern und an die Bedeutung des Problems erinnern.
- 3.6.7 Diese Information soll in kleinen Gruppen stattfinden (weniger als 50 Personen); der Zeitpunkt soll so gewählt werden, dass Aufmerksamkeit möglich ist. Die Blutspende ist ein solcher Zeitpunkt (der persönliche

Fragebogen, den man vor der Blutspende über die eingegangenen Risiken ausfüllen muss, kann das Bewusstsein dafür wecken, dass man persönlich betroffen ist und kann Gespräche in Gang bringen.)

- 3.6.8 Die Information kann von den Militärärzten durchgeführt werden; ihr muss jedoch eine bessere Ausbildung der Schul- und Truppenärzte vorausgehen, insbesondere in den Offiziersschulen der Sanitätstruppen.
- 3.6.9 Wiederholungskurse sollten dazu dienen, die Kenntnisse aufzufrischen: die Truppenärzte haben zu diesem Zeitpunkt ein grösseres Vertrauensverhältnis zu ihren Kollegen. Sie kennen sie besser und können bestimmte Probleme (beispielsweise die Sensibilisierung der Kunden von Prostituierten) auf ungezwungener Art und Weise angehen.

Unternehmen

- 3.6.10 Den Unternehmen vorschlagen, am Arbeitsplatz über das zu informieren, was nicht ansteckt, sowie darüber, wie man sich schützt, wer sich schützen muss und was Solidarität bedeutet (Anstellung, Beschäftigung, Diskriminierung). Unterrichtsmaterial und/oder Fachleute zur Verfügung stellen.
- 3.6.11 In den kantonalen und Bundesverwaltungen sowie in den grossen Staatsbetrieben (PTT, SBB) soll ein Pilotprogramm durchgeführt werden.

Gewerkschaften

- 3.6.12 Man kann ihnen die gleichen Angebote machen, wie den Unternehmen, insbesondere der GBH, dem SMUV, dem VHTL und der CRT, die viel Kontakt zu den Zugewanderten haben.

Spitäler

- 3.6.13 Die spezifische Information für das Krankenhauspersonal muss verbessert werden, insbesondere die Information über das Berufsrisiko, damit Forschungsergebnisse in diesem Bereich schnell und umfassend bekannt gemacht werden können. Vor präzisen Angaben nicht zurückschrecken (Quantifizierung der Risiken je nach Kontaktbedingungen und nach lokalen epidemiologischen Gegebenheiten usw.).
- 3.6.14 Sensibilisierung des Personals auf das Hepatitis-B-Risiko.
- 3.6.15 Das Netz von "AIDS-Beauftragten" entwickeln, die fähig sind, auf Wunsch der Spitäler den Pflegeteams und den Patienten Unterstützung zu gewähren.
- 3.6.16 Die Spitäler dazu auffordern, ein offenes Ohr für Anliegen der Basis zu haben, die AIDS-Information oft zu wiederholen, dabei konkrete Gelegenheiten, wie zum Beispiel eingelieferte AIDS-Kranke, nutzen und jeweils die berufsethischen Aspekte betonen, ohne beim Krankenhauspersonal Schuldgefühle (wegen seinen Ängsten) zu wecken. Ganz im Gegenteil ist es gut, dass Ängste zum Ausdruck gebracht, verstanden und in den Teams besprochen werden können, denn so ist ihr Abbau oder zumindest ein besserer Umgang damit möglich.
- 3.6.17 Die verschiedenen komplementären Informationskanäle nutzen (detaillierte schriftliche Richtlinien, die ebenfalls in vereinfachter Form vorliegen, eventuell in verschiedenen Sprachen; Vorträge, Schulungskurse,

Gespräche in den Teams, diskussionsbegleitendes audiovisuelles Material...).

- 3.6.18 Das berufsbedingte HIV-Ansteckungsrisiko zwar nicht banalisieren (leugnen), es jedoch richtig einstufen (geringes Risiko, das nicht für irgendwelche Handlungen "herhalten" kann). Daran erinnern, dass dieses Risiko sehr klein gehalten werden kann, dass keine Massnahme es jedoch ganz zum Verschwinden bringen wird, dass es also sowohl zum beruflichen als auch zum "privaten" Umfeld gehört. Darauf aufmerksam machen, dass es höchstwahrscheinlich bereits seropositive Spitalmitarbeiter gibt, die sich ausserhalb ihrer Berufstätigkeit angesteckt haben.
- 3.6.19 Das Spitalpersonal auf den relativen Charakter des Berufsrisikos aufmerksam machen (sehr geringes Risiko im Vergleich zum Alltagsleben), sowie auf die wahrscheinlich negativen Auswirkungen, die übermässige und gleichzeitig unnötige Schutzmassnahmen auf die Patienten hätten. Systematisch darauf verweisen, dass es ausserhalb der Berufstätigkeit ebenfalls eine potentielle Gefährdung gibt und einen Vergleich zwischen beiden Risiken anregen.
- 3.6.20 Den Test nicht banalisieren. Daran erinnern, was es für das Personal bedeutet, bei einem Patienten Seropositivität zu diagnostizieren (insbesondere die Verpflichtung, Betreuung anzubieten). Auf die Auswirkungen für den Patienten hinweisen (psychische Belastung, beim jetzigen Stand der Dinge grosse Gefahr, von der Gesellschaft verstossen zu werden). Das Verbot, Tests ohne die Einwilligung des Patienten durchzuführen, klar erwähnen: wenn ein Test erforderlich scheint, kann man ein entsprechendes Gesuch immer begründen und dabei Informationen und gegebenenfalls Unterstützung anbieten.
- 3.6.21 Ein Überdenken des Berufs- und Amtsgeheimnisses anstreben; dies auch ausserhalb des Rahmens AIDS.
- 3.6.22 Forschungsarbeiten über das Berufsrisiko im Krankenhaus unterstützen (beispielsweise die Häufigkeit der Stichverletzungen und der Unfälle bei Eingriffen messen, die Umstände, in denen sich diese Unfälle ereignen, genau prüfen). Diese Forschungsarbeiten sollen zu Empfehlungen zur Verringerung der Unfallgefahren führen (beispielsweise gerade indem eingehend über die Umstände berichtet wird, in denen vermeidbare Unfälle sich ereigneten).
- Personen, die aufgrund ihres Berufes Präventions-Multiplikatoren sind (Ärzte, Erzieher, Sozialarbeiter, Lehrer, Leiter von Aufklärungskursen, Familienplanungs-Berater, andere Animatoren)**
- 3.6.23 Den obengenannten Berufsgruppen Ausbildungsmöglichkeiten anbieten.
- 3.6.24 Sie auf Anfrage beraten und unterstützen.
- 3.6.25 Ihnen den Zugang zu einem Netz von Spezialisten erleichtern, die ihnen punktuell helfen.
- 3.6.26 Ihnen Informationen über den neuesten Stand der Dinge (Datenbanken) und Personen zur Verfügung stellen, die bereit sind, auf Fragen zu antworten.
- 3.6.27 Ihnen helfen, eine gute Präventionsqualität anzubieten, in dem sie auf folgende Fragen sensibilisiert werden:

- Keine Angst haben, von der Sexualität zu sprechen, die Initiative zu Gesprächen über Prävention ergreifen (bevor man Kranke betreuen muss) und dabei die Lage der Gesprächspartner berücksichtigen.
- Den Leuten helfen, mit ihren Partnern die Frage des AIDS-Risikos, des AIDS-Schutzes und der Präservativbenützung zu erörtern und dabei auch Schwierigkeiten und deren Überwindung nicht ausser acht lassen.
- Akzeptieren, dass man sich persönlich betroffen fühlt.
- Die Frage der Glaubwürdigkeit nicht aus den Augen verlieren, keine widersprüchlichen Botschaften vermitteln ("Präservative sind sicher"/"Achtung, Präservative können reissen").
- Das Fehlen von Risiken mehr betonen als die Restrisiken.

3.6.28 Die Ärzte an die wichtige aktive Rolle erinnern, die sie aufgrund ihrer privilegierten Stellung bei der Prävention spielen können (Vertrauen des Patienten, Legitimität und Glaubwürdigkeit ihres Handelns als Berufspersonen).

3.6.29 Vor allem Hausärzte und Frauenärzte (und ihre Verbände) auffordern, bei den Jugendlichen, den Zugewanderten, den Frauen bei Schwangerschaft oder Verhütungsfragen systematisch Prävention zu betreiben.

3.6.30 Den Apothekern raten, Präservative gut sichtbar auf Regalen und an der Kasse aufzustellen.

AIDS-Hilfe Schweiz

3.6.31 Die AHS muss als nationale und regionale Organisation besser in Erscheinung treten und - genauso wie die Gesundheitsligen in anderen Bereichen - als Partner in der AIDS-Prävention Anerkennung finden. Sie muss deshalb ihre Zusammenarbeit mit den Medien, den kantonalen Sanitätsbehörden, den Krankenhäusern, Ärzten, Erziehern und Sozialdiensten verstärken.

3.6.32 Die AHS muss zudem ihre Kompetenz und Erfahrung in der Prävention, im Bereich der Beratung und Betreuung geltend machen.

3.6.33 Die AHS muss ihr Bild und ihre Rolle als Verteidiger der von AIDS betroffenen und bedrohten Personen wahren.

Journalisten

3.6.34 Das BAG muss die Beziehungen zur Presse besonders pflegen; dies bedeutet sowohl, dass es den Journalisten für ergänzende Informationen zur Verfügung stehen muss, als auch, dass es ihnen aktiv redaktionelle Elemente und Schulungsseminare anbieten muss, sowie ein Netz von Journalisten entwickeln muss, die "AIDS-Spezialisten" sind.

3.6.35 Der Presse nicht nur epidemiologische Angaben liefern, sondern auch Auskünfte über die Aktionen und Ergebnisse der Kampagne (die Bulletins des BAG sollten in dieser Hinsicht als Beispiel dienen und systematisch auf diese drei Aspekte eingehen).

3.6.36 Den Medien als Vorbereitung für alle Präventions-Ereignisse Dossiers zukommen lassen. Beispiele von Ereignissen: visuelle Ereignisse (neue Plakate, andere Bilder), Verteilung von Broschüren, Ereignisse mit Beteiligung der Bevölkerung, Ereignisse mit Anwesenheit von Persönlichkeiten, Ereignisse mit internationaler Tragweite usw..

Eltern

- 3.6.37 Ihnen Helfen, ihrer Beraterrolle gerecht zu werden, mit den Kindern das Thema AIDS anzusprechen. Dies durch Bereitstellung von spezifischen Informationen (PS Magazin, Elternabende im Zusammenhang mit der Information in den Schulen) :
- Die Eltern über Erwartungen und Sorgen der Jugendlichen im Bereich der AIDS-Prävention informieren,
 - ihnen verständlich machen, dass die HIV-Ansteckungs-Risiken auch beim Wechsel des/der festen Freundes/Freundin besteht und nicht bloss bei gelegentlichen Beziehungen oder Beziehungen mit mehreren Partnern,
 - sie dazu anhalten, das AIDS-Risiko nicht dazu zu nützen, das beginnende Sexualleben der Jugendlichen einzuschränken,
 - sie über bestehende Institutionen informieren, in denen sie Auskünfte und Unterstützung finden können.

Kirchen

- 3.6.38 Die offene Position verbreiten, die die Kirchen im Hinblick auf die sozialen und ethischen AIDS-Aspekte einnimmt und sie wo immer möglich zur Mitarbeit bei Präventions- und Solidaritäts-Aktionen auffordern.

3.7 Drogenpolitik

EINE NEUE, KONSEQUENTE DROGENPOLITIK ENTWICKELN

Empfehlung zu Handen von : BAG, Kantone, Institutionen, die Drogenabhängige betreuen

- 3.7.1 Auf Bundes- und Kantonsebene eine neue, nicht repressive, den AIDS-Gegebenheiten angepasste Drogenpolitik entwickeln, bei der die Präventionsbedürfnisse und die Tatsache in den Vordergrund gestellt werden, dass AIDS-Prävention bei Drogenabhängigen im Wissen darum erfolgt, dass es sie gibt und dass sie Drogen einnehmen, ohne dass der Drogenverzicht zur Vorbedingung einer Aktion erklärt wird.
- 3.7.2 Den Konsens und die Zusammenarbeit zwischen allen Drogenbeauftragten entwickeln.
- 3.7.3 Eine Institution definieren, die im Bereich "Drogen und AIDS" als national verantwortliche Stelle und als Bezugspunkt für die Öffentlichkeit gelten könnte.
- 3.7.4 Den freien Zugang zu Injektionsmaterial erleichtern. Dies an Orten, in denen die Anonymität gewahrt bleibt, mit Nacht- und Wochenenddiensten (Krankenhäuser, Apotheken), aber auch an ad-hoc-Orten (Strasse, Anlaufstelle), die der Drogenszene nahe sind. Bei der Abgabe von Injektionsmaterial systematisch Präservative anbieten oder abgeben.
- 3.7.5 Pilotprojekte zur Unterstützung von Drogenabhängigen fördern, das heisst Projekte, die Informationen, ein "offenes Ohr", medizinische Betreuung und Überlebenshilfe anbieten.

- 3.7.6 Polizeieinsätze, die den Präventionsbemühungen zuwiderlaufen, vermeiden.
- 3.7.7 Vermeiden, dass die Drogenabhängigen in den Augen der Bevölkerung zu Sündenböcken für die AIDS-Epidemie werden. Die Solidarität betonen und insbesondere die Öffentlichkeitsarbeit im Zusammenhang mit der Durchführung von Pilot-Programmen für Drogenabhängige ausbauen.

3.8 Der Test

**DER FRÜHERKENNUNGSTEST MUSS UNTER GUTEN BEDINGUNGEN DURCHGEFÜHRT WERDEN,
ER DARF NICHT MEHR MISSBRÄUCLICH VERWENDET WERDEN.**

Empfehlung zu Händen : BAG, AHS, kantonales Gesundheitswesen, Ärzteschaft, Spitäler, Testzentren, Unternehmen
Versicherungen

- 3.8.1 Stets die Einwilligung der getesteten Personen einholen und sie über Bedeutung und Folgen des Tests informieren.
- 3.8.2 In allen Zentren, Krankenhäusern und bei den Ärzten nur noch Tests mit Beratung und Betreuung durchführen.
- 3.8.3 Verbot eines Tests bei der Anstellung, beim Eintritt in die Pensionskassen (Rückversicherungskassen), bei der Einlieferung ins Spital, ausser aus diagnostischen Erwägungen.
- 3.8.4 Die Berufspersonen dazu anhalten, sehr streng mit der Geheimhaltung der Testresultate umzugehen.
- 3.8.5 Den Sinn eines freiwilligen Tests erklären, beispielsweise wenn ein Kinderwunsch vorliegt und wenn in einer festen Beziehung der Wunsch aufkommt, keine Präservative mehr zu benutzen.

4. GEGENWÄRTIGE VERÄNDERUNGEN IN DER SCHWEIZ

4.1 Festigung der Grundkenntnisse

Bereits die Evaluation der AIDS-Vorbeugungskampagne aus den Jahren 1986 und 1987 hatte ergeben, dass die Schweizer Bevölkerung über ausreichende Kenntnisse über AIDS und Schutzmassnahmen verfügt. Für 1988 ist eine Festigung der Kenntnisse festzustellen. Besonders deutlich ist der Konsens bei den Grundbotschaften der Kampagnen (Verwendung von Präservativen, kein Spritzentausch, Treue). Die in verschiedenen Bevölkerungsbereichen gesammelten Daten stimmen überein und bestätigen die Resultate aus den Vorjahren.

Bei jungen Menschen zwischen **17 und 30 Jahren**¹⁰ werden spontan am häufigsten die von der Stop-AIDS-Kampagne verbreiteten individuellen Schutzmassnahmen zitiert, wobei die Botschaft "Präservative benutzen" am häufigsten genannt wird. Seit 2 Jahren nimmt auch die Falschmeinung ab, wonach eine vorsichtige Partnerwahl als solche als Mittel zur AIDS-Verhütung aureicht (Hinweis auf die Fähigkeit, Risikopersonen anhand von Kriterien wie Aussehen und soziale Zugehörigkeit zu erkennen).(Siehe Tabelle 2)

Die ledigen Patienten der **Sentinella-Ärzte**¹¹ liefern weitere Angaben über den Informationsstand in der Bevölkerung: im Januar 1987, also vor der Lancierung der Stop-AIDS-Kampagne, waren 35 % nach ihrem Dafürhalten zu wenig informiert. Ende 1987 vertraten nur noch 13 % diese Ansicht.

Auch unter den 1987 und 1988 bei der Aushebung für den Militärdienst befragten **jungen (Tessiner) Männern**¹² scheint die Entwicklung ähnlich zu verlaufen: Nach eigener Einschätzung steigt der Informationsstand der Jugendlichen. 20 % meinen 1988, dass sie sehr gut informiert sind (10 % 1987), 72 % eher gut informiert (72 %), 8 % eher schlecht informiert (16 %), 1 % nicht informiert (2 %).

¹⁰ Quelle : Erhebung über das Sexualverhalten von jungen Erwachsenen (17-30 Jahre). Studie Nr. 2.

¹¹ Quelle : Gurtner F, Zimmermann H-P, Kaufmann M, Somaini B. Sexualanamnese bei nicht verheirateten Praxispatienten. Eine Sentinella-Studie 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 23.2).

¹² Quelle : Junge Tessiner. Studie Nr. 3.

Tabelle 2 : Befragung der 17-30jährigen : Möglichkeiten sich vor AIDS zu schützen (Spontannennungen) 1987-1988

	<u>Jan. 1987</u> N = 1182	<u>Okt. 1987</u> N = 1211	<u>Okt. 1988</u> N = 1213
Gebrauch von Kondomen	62 %	82 %	92 %
Treue	18 %	38 %	48 %
Saubere Spritzen	18 %	28 %	25 %
Enthaltsamkeit	11 %	9 %	17 %
Sorgfalt in der Partnerwahl	42 %	35 %	25 %
Vorsicht im Alltag	3 %	5 %	3 %
Keine Homosexuellen Beziehungen	12 %	7 %	2 %
AIDS-Kranke meiden	1 %	2 %	< 1 %

Die Übertragungsarten sind gut bekannt: Geschlechtsverkehr: 99 %, Spritzentausch: 98 %, Schwangerschaft und Geburt: 88 %. Die Vorbeugungsmethoden sind hinlänglich bekannt: Präservativ: 97 %, kein Spritzentausch: 90 %.

Auch bei den **Zürcher Schülern**¹³ (14-16 Jahre) (siehe Tabelle 3) herrscht ein einheitliches Bild bei den Kenntnissen über Übertragung und Prävention: fast alle geben an, dass Präservative, kein Spritzentausch und Treue vor einer Ansteckung mit dem AIDS-Virus schützen, wobei bei anderen Schutzmassnahmen Verunsicherung herrscht (siehe Tabelle 4).

Diese Schüler wissen ebenfalls, um welche Art von Krankheit es sich handelt (Immunschwäche und nicht krebsähnliche Krankheit) und dass beispielsweise eine Übertragung durch Händedruck ausgeschlossen ist.

Die **Sex-Touristen**¹⁴ sind nach ihrem Dafürhalten gut über AIDS informiert. 90 % geben zu, dass bei nicht geschützten sexuellen Kontakten mit Einheimischen aus dem Land, in das sie reisen, ein Infektionsrisiko besteht (nach Reiseziel: Brasilien: 95 %, Kenia: 92 %, Thailand/Philippinen: 76 %).

In anderen Bevölkerungskreisen, die die Sprache schlecht beherrschen oder wenig integriert sind und deshalb wenig Zugang zu den Medien oder zu Informationsquellen haben, die speziell auf sie zugeschnitten sind (Beispiel:

¹³ Quelle: Schulprogramme. Zürcher Schüler. Studie Nr. 11.

¹⁴ Quelle: Sex-Touristen. Studie Nr. 8.

türkische Gastarbeiter¹⁵) und junge "Hänger"¹⁶ sind Grundkenntnisse über AIDS vorhanden. Die jugendlichen "Hänger" wissen, dass AIDS durch sexuelle Kontakte und Spritzentausch übertragen wird, und die türkischen Gastarbeiter kennen die Verbindung zwischen Sex, Drogen und AIDS.

Ferner wissen sogar die (9-10jährigen) Viertklässler im Kanton Waadt dank den von Pro Familia¹⁷ durchgeführten Sexualerziehungskursen meistens, dass AIDS eine schlimme Krankheit ist, für die es noch keine Behandlung gibt und sie haben eine Ahnung, dass ihre Übertragung etwas mit Sex und Drogen zu tun hat.

Tabelle 3 : Junge Tessiner/Zürcher Schüler : Kenntnisse über AIDS im Jahre 1988 (1).

	Junge Tessiner		Zürcher Schüler
	<u>1987</u> N = 1682	<u>1988</u> N = 1480	<u>1988</u> N = 479
Übertragungswege :*			
- Geschlechtsverkehr	97 %	99 %	93 %
- Spritzentausch	95 %	98 %	98 %
- Schwangerschaft	75 %	88 %	nicht gefragt
Wirksame Schutzmassnahmen :**			
- Gebrauch von Präservativen	91 %	97 %	96 %
- Kein Tausch von Injektionsmaterial	84 %	90 %	92 %
- gegenseitige Treue	nicht gefragt	nicht gefragt	82 %

* Fragen an : (a) "junge Tessiner" : AIDS kann folgendermassen übertragen werden ... Antwortmöglichkeiten : 'ja', 'nein', 'weiss nicht'.
 (b) "Zürcher Schüler" : Bei welchen Gelegenheiten meinst Du, kann man sich mit dem AIDS-Virus anstecken ? Kreuze bitte an, was Du für gefährlich hältst. Antwortskala mit 5 Gradierungen : 'sehr gefährlich' bis 'völlig ungefährlich'.

** Frage an : (a) "junge Tessiner" : Welche der unten angegebenen Verhaltensweisen erweisen sich als wirksame Schutzmassnahmen gegen den AIDS-Virus ? Antwortmöglichkeiten : 'ja', 'nein', 'weiss nicht'.
 (b) "Zürcher Schüler" : Welche Vorkehrungen sind heute möglich, um sich gegen eine AIDS-Ansteckung zu schützen ? Antwortmöglichkeiten : 'ja', 'nein'.

¹⁵ Quelle : Zugewanderte. Studie Nr. 5.

¹⁶ Quelle : Die "Hängerszene". Studie Nr. 4.

¹⁷ Quelle : Bild der Präservative. Studie Nr. 20.

4.2 Es bestehen noch Wissenslücken und Unsicherheiten

Zwar sind die drei von den Kampagnen verbreiteten und oft wiederholten Grundbotschaften gut angekommen, doch gilt dies nicht für andere, weniger häufig veröffentlichte Informationen, vor allem wenn beispielsweise in der Presse widersprüchliche Meldungen aufgetaucht sind. Hauptsächlich gemeint sind hier Informationen über das, was nicht gefährlich ist und kein Ansteckungsrisiko in sich birgt, aber auch über Sinn und Zweck des AIDS-Tests.

Bei den **jungen Tessinern** herrscht immer noch Verwirrung und Unsicherheit im Hinblick auf Situationen, in denen die Übertragung des Virus unmöglich (oder äusserst selten) ist, obwohl diese Unsicherheit mit der Zeit abnimmt: 1987 glaubten 89 % an ein Risiko bei Bluttransfusionen. 1988 sind die Antworten auf eine inzwischen modifizierte Frage zu diesen Themen schwierig zu interpretieren: Für 15 % ist das Transfusionsrisiko gleich null, 35 % glauben an ein minimales Risiko, 47 % an ein grosses Risiko und 3 % wissen es nicht. Aber 71 % denken, dass das Vermeiden von Transfusionen derzeit keine wirksame Präventionsmassnahme ist.

23 % glauben an ein Infektionsrisiko beim Zahnarzt (1987: 28 %), bei Insektenstichen: 8 %, durch Speichel oder Tränen: 7 % (1987: 17 %), Küssen: 5 %, in Schwimmbädern: 3 % (6 %) und beim Händedruck: 0.5 %. Wie auch 1987 meinen 52 %, der obligatorische AIDS-Test wäre eine wirksame Präventionsmassnahme.

1988 bestanden bei den **Zürcher Schülern** dieselben Unsicherheiten: 18 % glauben an eine Übertragungsgefahr beim Küssen, auf Klobrillen (16 %), bei Insektenstichen (23 %), durch Husten (20 %), Flirten und Zärtlichkeiten (25 %), Händedruck (2 %), Trinken aus einem fremden Glas (9 %). Auch die Zürcher Schüler sind bei Bluttransfusionen in der Schweiz sehr skeptisch: 25 % denken, dass überhaupt kein Risiko besteht, 14 % halten die Gefahr für sehr gross, die übrigen Aussagen liegen irgendwo dazwischen, bzw. die Befragten "wissen nicht" (siehe Tabelle 4).

Diese Angaben sind mit den Resultaten einer von Isopublic im Rahmen einer internationalen Vergleichsstudie durchgeführten Umfrage vergleichbar¹⁸.

In anderen Bevölkerungsgruppen bestehen Zweifel über die AIDS-Übertragung in bestimmten Situationen: Junge "Hänger" und Gastarbeiter glauben an eine Virusübertragung durch Speichel, wobei die Gastarbeiter meinen, die Übertragung erfolge vor allem durch Frauen. Im von Pro Familia durchgeführten Aufklärungsunterricht für 10-12jährige Kinder, bei denen die Kenntnisse noch diffus sind, sind die Fragen anders geartet: "Wer kann AIDS bekommen? Weshalb werden Babys und Erwachsene krank und wir nicht?" Diese Fragen zeigen, dass im Hinblick auf AIDS bestimmte Ängste bestehen; die Kinder wollen beruhigt werden und die Gewissheit erlangen, dass gewisse Voraussetzung für eine Ansteckung bestehen, die Kinder in diesem Alter nicht erfüllen.

¹⁸ ISOPUBLIC. Schweiz. Meinungsforschungsinstitut, Zürich und Gallup International Survey. Attitudes towards AIDS. London, Gallup International, 1988.

Tabelle 4 : Junge Tessiner/Zürcher Schüler : Kenntnisse über AIDS im Jahre 1988 (2).

	Junge Tessiner		Zürcher Schüler
	<u>1987</u> N = 1682	<u>1988</u> N = 1480	<u>1988</u> N = 479
Übertragungswege :*			
- Zahnarzt	28 %	23 %	
- Bluttransfusion in der Schweiz :			
sehr gefährlich		47 %	14 %
ganz ungefährlich		15 %	25 %
- Mückenstich		8 %	23 %
- Küssen		5 %	18 %
- Händegeben		0.5 %	2 %
- Tränen und Speichel	17 %	7 %	
- Schwimmbad	6 %	3 %	
Schutzmassnahmen :**			
- AIDS-Test	52 %	52 %	51 %
- Impfung	11 %	8 %	20 %

* Fragen an : (a) "junge Tessiner" : AIDS kann folgendermassen übertragen werden ... Antwortmöglichkeiten : 'ja', 'nein', 'weiss nicht'.

(b) "Zürcher Schüler" : Bei welchen Gelegenheiten meinst Du, kann man sich mit dem AIDS-Virus anstecken ? Kreuze bitte an, was Du für gefährlich hältst. Antwortskala mit 5 Gradierungen : 'sehr gefährlich' bis 'völlig ungefährlich'.

** Frage an : (a) "junge Tessiner" : Welche der unten angegebenen Verhaltensweisen erweisen sich als wirksame Schutzmassnahmen gegen den AIDS-Virus ? Antwortmöglichkeiten : 'ja', 'nein', 'weiss nicht'.

(b) "Zürcher Schüler" : Welche Vorkehrungen sind heute möglich, um sich gegen eine AIDS-Ansteckung zu schützen ? Antwortmöglichkeiten : 'ja', 'nein'.

Die Präventionsbeauftragten können sich nicht mit diesem Ergebnis zufriedengeben und glauben, man könne es dabei bewenden lassen, dass die Bevölkerung über die wirklichen AIDS-Übertragungs-Risiken Bescheid weiss und anhand dieses Wissens gegebenenfalls Verhaltensänderung beschliessen kann. Auch darf man sich nicht mit Unklarheiten abfinden, die im Hinblick auf die Kenntnisse über Handlungen und Situationen ohne Übertragungsrisiken bestehen. Ungenaue Kenntnisse können unbegründete, unnötige und vermeidbare Ängste entstehen lassen. Wenn nämlich über die Sicherheit von zu einem bestimmten Alter gehörenden wichtigen Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Küssen und Zärtlichkeit bei Jugendlichen, Zweifel entstehen, so kann dies im vorliegenden Beispiel durchaus Auswirkungen auf erste Erfahrungen im sexuellen Bereich haben. Ferner kann Verunsicherung über die Ungefährlichkeit bestimmter alltäglicher Handlungen (Problem der gemeinsamen Benützung von Besteck, WC) bedenkliche Folgen auf die Haltung des Einzelnen gegenüber AIDS-positiven oder -kranken Menschen haben.

Bei Personen, die beruflich mit der Krankheit zu tun haben¹⁹, entdeckt man noch Zweifel, die auf den, der sie empfindet (Angst) und den, der beruflich bedingte Kontakte hat, nachteilige Folgen haben können: Ein Viertel der Vertreter des Spitalpersonals gibt an, dass die Übertragung des AIDS-Virus (selten, häufig oder sehr häufig) bei der Wundpflege oder während eines chirurgischen Eingriffs erfolgt (meistens wird die Aussage "sehr selten" gewählt). Ebenfalls als nicht zu vernachlässigende Risiken gelten für 1/4 der Befragten Küsse auf den Mund und Bluttransfusionen.

Aus diesen Resultaten geht deutlich hervor, dass weitere Informationen, insbesondere über die Nicht-Risiken der AIDS-Übertragung vonnöten sind.

4.3 Richtige und falsche Vorstellungen

Im Vergleich zu 1987 haben sich die Vorstellungen über AIDS gewandelt: es scheint ein Übergang von irrationalen oder emotionalen Vorstellungen hin zu überdachteren, nuancierteren Vorstellungen stattzufinden. Allerdings ist dieser Übergang von "unüberlegt" hin zu "mehr vernunftgeprägt" noch längst nicht abgeschlossen und es besteht häufig ein Nebeneinander von "negativen" Vorstellungen (die den Menschen wenig bewusst sind oder wenig geäußert werden, da sie mit der Entwicklung des Informationsstands sozial wenig akzeptabel geworden sind) und "neutralen" Vorstellungen, die auf einen Lernprozess hinweisen:

- AIDS ist und bleibt eine Geschlechtskrankheit, durch Sex und Drama geprägt, (Ansteckung und Übertragung erfolgen über von der Gesellschaft missbilligte Verhaltensweisen: bestimmte sexuelle Tendenzen und Praktiken, bestimmte Beziehungsformen wie Ehebruch, Prostitution und Drogenabhängigkeit) und hebt sich somit völlig von einer Krankheit wie Krebs ab. Diese Vorstellung kommt meist indirekt zum Ausdruck, wobei dem Kranken oder Seropositiven eine Schuld zugesprochen wird. So gesteht beispielsweise ein Spitalpfleger einem Menschen, der dies wünscht, durchaus zu, keine Aussagen über sein Risikoverhalten und seinen serologischen Status zu machen - ausser im Krankenhaus, "wo der Kranke ja mit Leuten in Kontakt kommt, die damit nichts zu tun haben." Anderes Beispiel: Der Arzt in seiner Praxis empfindet ein gewisses Missbehagen, wenn er seinem Patienten Fragen über die seelisch-sexuelle Sphäre stellen muss und verweist den Seropositiven schleunigst an einen anderen "kompetenteren" Kollegen...
- Immer weniger begegnet man dem Glauben, AIDS sei an gewisse "Risikogruppen" gebunden. Dies gilt für alle untersuchten Gruppen. Besonders auffallend ist es bei türkischen Gastarbeitern, die in erster Linie sich selbst betroffen (bedroht) fühlen. Hingegen behalten für die Bevölkerung das Begriffspaar AIDS-Risikogruppe und vor allem die Verbindung AIDS-Drogenabhängige nach wie vor ihre Gültigkeit.

Unter den Jugendlichen macht die Vorstellung der Randgruppen im allgemeinen einer Vorstellung Platz, bei der andere Abgrenzungsmechanismen spielen: Man spricht nicht mehr von Randgruppen, sondern vom Risiko-"Typ" (Begriff des persönlichen Verhaltens): "Jene, die mit irgendjemanden ins Bett gehen", "Jene, denen es egal ist". Für die Jugendlichen ist es jedoch schwierig, im eigenen

¹⁹ Quelle: Spitalpersonal. Studie Nr. 6.

Freundeskreis, in dem sie sich geborgen fühlen, jene Personen auszumachen, die einem Risiko ausgesetzt sind oder waren.

- **Immer mehr hört man die Aussage, dass es "im Grunde genommen ja jedem passieren kann"** (Aufhebung der Beschränkung auf eine definierbare oder identifizierbare Gruppe); dies in Bezug auf präzise Verhaltensweisen.
- Die dieses Jahr durchgeführten Studien förderten insgesamt keine "schwerwiegenden" Irrmeinungen oder Gerüchte an den Tag, wie sie zuvor verhältnismässig oft im Umlauf waren, beispielsweise dass es Leute gäbe, die das Virus absichtlich übertragen würden oder sich einen Spass daraus machten, in den Kaufhäusern Löcher in die zum Kauf angebotenen Präservative zu machen.

4.4 Einstellungen : die Panik weicht einer eher vernunftgeprägten Angst. AIDS ist eine Tatsache

Angst: die 1988 befragten Personen äussern keine panikähnlichen Befürchtungen mehr (wie sie vor den Präventionskampagnen bestanden), auch wenn in bestimmten Situationen starke Ängste auftreten (nach missglückten Schutzmassnahmen oder beim Warten auf ein Testresultat). Wenn man von AIDS spricht, ist hingegen oft Besorgnis zu verspüren (beispielsweise ein Gefühl der Bedrohtheit für sich selbst und für nahestehende Personen). Diese Besorgnis kann begründet sein oder auch nicht und versteckt sich oft hinter Informations- und Beratungswünschen. Folglich scheint es wichtig zu sein, Ängste aufzuspüren und deren Ursachen zu ermitteln, um auf jede Situation angemessen reagieren zu können.

Seit 1987 ist die Angst, AIDS-krank zu werden, unter **17-30jährigen** fast gleich geblieben. Hier handelt es sich um eine diffuse Befürchtung, sich möglicherweise AIDS zu holen, und nicht um eine panische Ängste (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5 : Befragung der 17-30jährigen : Angst vor AIDS

	<u>Jan. 1987</u>	<u>Okt. 1987</u>	<u>Okt. 1988</u>
ja	24.5 %	17.9 %	23.8 %
nein	74.8 %	79.8 %	75.6 %
ohne Antwort	0.7 %	2.3 %	0.6 %

Frage : Haben Sie manchmal Angst, Sie könnten AIDS bekommen ?

Unter den ledigen Patienten der Sentinella-Ärzte ist mit der Zeit ein Rückgang der Ängste zu beobachten. 40 % von ihnen hielten es im Januar 1987 für möglich, eines Tages vom AIDS-Virus infiziert zu werden; Ende 1987 wurde dieser Gedanke nur noch von 30 % geäussert. Es sei darauf hingewiesen, dass die

Befürchtungen von 2/3 der befragten Patienten jeweils unbegründet waren (Fehlen von Risikoverhalten oder -situationen). Dieselbe Feststellung gilt bei den Gastarbeitern, deren Ängste grösstenteils auf Irrmeinungen basieren (Beispiel: Angst, bei alltäglichen Verrichtungen angesteckt zu werden).

Bei den **Jugendlichen**, die am Aufklärungsunterricht von **Pro Familia** teilnehmen, wird die Angst dadurch deutlich, dass ein grosses Interesse an AIDS-Informationen und besonders an der Besprechung der Themas "Präservative" besteht. Hier ist die Angst nicht gegenwarts-, sondern zukunftsbezogen: man möchte sich ja gerne gegen AIDS schützen, aber in der Praxis ist das ja so schwer... Wie soll man über AIDS sprechen, Präservative kaufen, sich mit ihnen "anfreunden" und sie benutzen, ohne die Beziehung zu trüben, wie soll man später Kinder haben?

Beim **Spitalpersonal** sind die Ängste auf zwei Kategorien verteilt: berufsbedingte Ansteckung mit dem HIV-Virus und gefühlsmässiges Überfordertsein bei der Betreuung von Kranken. Je nach Abteilung, auf der das Personal tätig ist, ist die Ansteckungsangst mehr oder weniger ausgeprägt. Meist wird das berufsbedingte Risiko überschätzt.

Auch waren 1987 andere Haltungen gegenüber AIDS aufgezeigt worden, die den Einstellungen gegenüber schwerwiegenden Ereignissen (Beispiel: Tod) ähnlich waren und noch heute in manchmal leicht abgeänderter Form spürbar werden. Sie müssen somit nach wie vor identifiziert und begriffen werden.

Verdrängung der Probleme: Die Verneinung des Problems und die Weigerung, sich vorzustellen, dass man davon betroffen sein könnte, oder die schlichte Weigerung, sich überhaupt mit der Frage zu befassen, kommen nur selten vor. Bei Jugendlichen begegnet man zuweilen einer oberflächlichen, provozierenden Form dieser Verneinung: "Von AIDS haben wir die Nase gestrichen voll, wir wollen nicht mehr davon hören." Diese Verneinung weist in Wirklichkeit darauf hin, dass diese neue Tatsache bis zu einem gewissen Grad akzeptiert wurde und bedeutet sowohl "wir wissen Bescheid, wir sind nicht blöd, wir haben verstanden" als auch "das macht uns Angst, am liebsten denken wir nicht daran".

Hingegen werden Bedeutung und besonders Ausmass des AIDS-Problems oft - zuweilen auch durch die Medien - heruntergespielt. Dies auf folgende zwei Arten:

- Eindruck, dass die Gesundheitsbehörden beim AIDS-Übertragungs-Risiko für die Bevölkerung insgesamt übertrieben haben und dass von der Krankheit letztlich nur wenige Einzelpersonen bedroht sind;
- Hoffnung, dass das Problem dank der Entdeckung eines Impfstoffs oder einer Behandlung zeitlich begrenzt sein wird.

Diese beiden Arten der Verneinung festigen den Glauben, eine Änderung des eigenen Verhaltens sei vielleicht gar nicht so nötig.

Relativierung: Gemeint ist damit, dass AIDS mit anderen Gesundheits- oder Gesellschaftsproblemen verglichen wird, was zunächst ein Mittel war, um die möglichen persönlichen Implikationen von AIDS zu verdrängen oder zu vergessen (man verglich AIDS mit dem Waldsterben). Diese Relativierung kommt noch vor; allerdings ist sie insofern zutreffender, als sie in Bezug auf die eigene Person und nicht auf die Gesellschaft erfolgt. Beispielsweise geben "Hänger" zu bedenken, dass sie wegen ihren prekären Lebensverhältnissen anderen Gefahren als der AIDS-Gefahr ausgesetzt sind.

"Kuhhandel": Diese nicht seltene Haltung, bei der AIDS als Tatsache halbwegs akzeptiert wird, besteht etwa darin, dass Touristen, die während ihres Urlaubs in tropischen Ländern sexuelle Kontakte haben, betonen, dass es ja keine "richtigen" Prostituierten waren, sondern andere einheimische Frauen (obgleich auch diese Kontakte flüchtig und nicht immer konsequent geschützt sind). Manchmal werden die Präventionsmassnahmen nicht konsequent angewandt: man spricht mit dem neuen Partner über AIDS, sogar über Präservative, verzichtet dann aber aus Gründen, die mit Prävention nichts zu tun haben (Erscheinung des Partners, allgemeines Vertrauen) im letzten Augenblick auf deren Verwendung - und ist felsenfest davon überzeugt, AIDS-Prävention betrieben zu haben. Schliesslich bedeutet "Kuhhandel" auch, dass man konzentrische Risiko-Kreise um sich zieht (abnehmendes Risiko, je nahestehender der Partner). Man sagt sich gewissermassen: "Gut, mit Partnern, die ich wenig kenne, benütze ich das Präservativ, nicht aber mit jemandem, der mir nahesteht, den ich kenne, mit dem ich so viel gemeinsam habe."

Auch gibt es - bedingt durch diverse Faktoren (Kampagnen, Gespräch mit Bekannten, persönliche Erfahrung, Medienereignis) - eine Pendelbewegung zwischen verschiedenen Haltungen, bei der vor allem die **Ambivalenz** bezeichnend ist, die durch widersprüchliche Einstellungen ein und derselben Person in Bezug auf AIDS und AIDS-Prävention zum Ausdruck kommt. Beispielsweise betrachten Rekruten die Kampagnen von oben herab, belächeln sie und zeigen gleichzeitig durch ihre Verlegenheit, dass sie sich in bestimmten Situationen gelegentlich sehr betroffen fühlen. Vertreter der medizinischen Berufe geben zuweilen an, dass bestimmte universelle Schutzmassnahmen (konsequentes Tragen von Handschuhen bei bestimmten Handgriffen) voll ausreichen, versuchen aber gleichzeitig, "Risikopatienten" zu entdecken oder ihre Identifizierung zu fordern. Aus diesen vielen Ambivalenzen kann man ableiten, dass die Tatsache AIDS noch selten zusammen mit allen erforderlichen persönlichen Präventions-Massnahmen integriert wird und dass trotz der deutlichen Fortschritte noch viel zu tun bleibt.

Ausgehend von allen durchgeführten Studien lässt sich eines mit Sicherheit sagen: **Mehr und mehr Menschen fühlen sich von AIDS betroffen**. Dieses neue Wissen darum, dass man mit dem Problem in Berührung kommen kann, ist auf verschiedene Arten spürbar:

- Die Hälfte der jungen Erwachsenen zwischen **17 und 30 Jahren**, die keine feste Beziehung haben oder noch keine sexuellen Beziehungen hatten, gibt an, bei der Wahl eines neuen Partners das AIDS-Risiko häufiger als früher zu bedenken,
- 82 % der **Rekruten** finden die Botschaft, bei Partnerwechsel seien Präservative zu verwenden, für sich selbst richtig und akzeptierbar; 47 % geben an, dass sie sich durch eine derartige Botschaft persönlich angesprochen fühlen,
- die **Jugendlichen**, die an **Pro-Familia-Kursen** teilnehmen, sind sehr neugierig und bekunden der Frage der Präservative grosses Interesse; sie stellen viele Fragen über Marken, Grösse, wo man sie kaufen kann, wo es Automaten gibt usw.,
- die jungen "**Hänger**" "glauben", dass AIDS eine Realität ist und dass Informationen über dieses Thema der Wahrheit entsprechen. Bei AIDS "gibt es nichts zu lachen", "alle sind betroffen". Auch wenn sie manchmal die Risiken ausser acht lassen, registrieren diese "Hänger" doch Gerüchte (wer positiv sein soll, wer nicht),

- die Teilnehmer an der Studie "**Sex-Touristen**" geben mehrheitlich an, deshalb vom Testangebot Gebrauch gemacht zu haben, weil sie dachten, einem Übertragungs-Risiko ausgesetzt gewesen zu sein,
- türkische **Gastarbeiter** sagen, dass ihre in der Heimat gebliebenen Ehefrauen sie spezifisch vor der AIDS-Gefahr gewarnt haben oder dass sie wegen AIDS auf Abenteuer verzichten,
- das **Spitalpersonal** ist sich vor allem eines berufsbedingten AIDS-Risikos bewusst, erwähnt aber auch das Risiko im Privatleben.

Aus diesen unterschiedlichen und sehr eindeutigen Zeichen kann man ableiten, dass in vielen Bevölkerungsschichten ein mehr oder weniger klares und mehr oder weniger konstantes AIDS-Bewusstsein besteht.

Stigmatisierung und Ausgrenzung der kranken oder seropositiven Menschen oder der als "Risikogruppen" abgestempelten Personenkreise treten selten offen zutage. Die internationale Isopublic/Gallup-Umfrage bestätigt, dass akzeptierendes und solidarisches Verhalten in der Schweiz gegenüber der Stigmatisierung überwiegen. Auf individueller Ebene kommen Misstrauen und Verstossen allerdings vor und äussern sich beispielsweise in der Einstellung gegenüber betroffenen Personen, die je nach ihrer Milieuzugehörigkeit als Schuldige oder Opfer betrachtet werden. Gegenüber den Homosexuellen scheinen diese Einstellungen nicht mehr so deutlich zu sein (sie werden seltener als "Risikogruppe" bezeichnet), doch stellt man bei Drogenabhängigen noch häufig die Verbindung zwischen Drogenabhängigkeit, AIDS und Misstrauen her. Das Spitalpersonal projiziert zum Beispiel seine Ängste vornehmlich auf Drogenabhängige. Ebenfalls in die Richtung der Stigmatisierung weisen die Reaktionen der Presse (und bestimmter Behörden) auf die Verurteilung einer Drogenabhängigen, die das Virus "wissentlich" übertragen hatte, sowie die ablehnende Haltung der Nachbarschaft gegenüber Einrichtungen, in denen Drogenabhängige Informationen erhalten und sich steriles Injektionsmaterial beschaffen können²⁰.

Solidaritätsbekundungen sind ihrerseits häufiger als beim Ausbruch der AIDS-Epidemie oder zu Beginn der Präventions-Kampagnen. Oft sind die Solidaritätsbekundungen noch genereller Art und erfolgen über die Medien (Veranstaltungen wie "10 jours contre le SIDA" in Genf, Konferenzen "Frauen und AIDS", "World AIDS Day", Fernsehsendungen, Bücher) oder über die Organisationen (AHS und Regionalgruppen) und die STOP-AIDS-Kampagne, die vor allem unter den Jungen ein Thema ist²¹.

²⁰ Flückiger M, Spreyermann C. Zwischenbericht der Evaluation der Aktion Sprützerhüsl in Basel (unveröffentlicht).

²¹ Faire face au SIDA. Textes rassemblés sous la direction de J. Martin, Lausanne, Editions Favre, 1988.

4.5 Ein Sonderfall : die Haltung verschiedener Berufsgruppen gegenüber AIDS

4.5.1 Angehörige der Pflegeberufe

Die Spitalangestellten²² und frei praktizierenden Ärzte²³ nehmen in der AIDS-Problematik eine Sonderstellung ein. Ihre Rolle ist mehr und mehr die Betreuung und Behandlung (von Kranken, Seropositiven, verängstigten Patienten) und die Prävention (Informieren der Patienten). Aufgrund ihrer anerkannten beruflichen Kompetenz werden sie aber zunehmend zu informellen Meinungsbildnern, zu Beratern oder glaubwürdigen Informationsquellen für ihr Umfeld oder die Bevölkerung allgemein. Somit können ihre Stellungnahmen und Einstellungen eine Bedeutung erlangen, die über den rein beruflichen Horizont hinausgeht. Sie sind genauso wie die ganze übrige Bevölkerung einem AIDS-Risiko ausgesetzt (in ihrem Privatleben), laufen aber auch (in sehr geringem Masse) Gefahr, sich bei bestimmten Verrichtungen im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit anzustecken und müssen sich mit diesen beiden ganz verschiedenen Risiken auseinandersetzen. Ihre Art und Weise, sich auf diese besondere Situation einzustellen, kann als solche ihre Haltung gegenüber Prävention und Pflege und ihre Art, sich dazu zu äussern, beeinflussen.

Beim Spitalpersonal sind allgemein gefestigte Kenntnisse über die AIDS-Epidemiologie und über Übertragungswege vorhanden, wobei allerdings über das beruflich bedingte Risiko noch Unklarheit herrscht (Ausmass des Risikos, Risikosituationen). In Spitalkreisen ist man sich generell eines zweifachen - beruflichen und privaten - Risikos bewusst, doch wird das Risiko am Arbeitsplatz zu hoch eingestuft (Überbetonung des wirklichen Risikos, das für eine Verletzung mit einem HIV-infizierten Instrument auf 1-5/1000 geschätzt wird²⁴. Das Risiko wird nur mit Mühe relativiert (gemeint ist das Vergleichen des Risikos mit anderen Berufsgefahren, mit Gefahren, denen Angehörige anderer Berufsgruppen ausgesetzt sind, mit Gefahren im Alltagsleben, Beachtung des Wahrscheinlichkeitselements usw.). Hier sind je nach Anzahl der jeweils behandelten Personen oder je nach Art der Auseinandersetzung mit dem Problem (Kranke oder Seropositive) Unterschiede festzustellen. Mit der AIDS-Epidemie konfrontiert zu werden ist für das Spitalpersonal überdies ja etwas ganz Neues, da schwere ansteckende Krankheiten nicht mehr zu ihrer Berufserfahrung gehören (beispielsweise weckt Hepatitis B nur geringe Befürchtungen).

Die ersten Kontakte mit den Kranken lassen Ängste entstehen und führen gleichzeitig zu Forderungen nach Information und Ausbildung (denen meistens in ungenügender Weise nachgekommen wird, insbesondere hinsichtlich der Kontinuität). Ängste und ambivalente Haltungen verschwinden allerdings meistens, je grösser die Erfahrung im Umgang mit Kranken und Seropositiven ist. Dies gilt vor allem für Stationen mit kontinuierlicher Pflege (Bettenstationen) und AIDS-Sprechstunden, bei denen die Beziehung zum Patienten genauso wichtig ist wie die technischen Handgriffe. In diesen Abteilungen entspricht das Reaktionsschema des Personals demjenigen, das bei einer **tödlichen Krankheit** zum Tragen kommt (Analogie zu Krebs) : Die Betreuung des Patienten steht im Mittelpunkt.

²² Quelle : Spitalpersonal. Studie Nr. 6.

²³ Quelle : Praktizierende Ärzte. Studie Nr. 14.

²⁴ Ruthanne M and the CDC Cooperative Needle stick Surveillance Group. Surveillance of health care workers exposed to blood from patients infected with the human immunodeficiency virus. N Engl J Med 1988; 319 : 1118-1123.

In den "Transit"-Stationen (Notaufnahme, Operations- und Gebärsaal) bestehen weiterhin grosse Befürchtungen (die oft nicht unmittelbar geäussert werden), so dass man auf diesen Stationen mit Schwierigkeiten rechnen muss (Forderungen nach übertriebenen Schutzmassnahmen und Routinetests), falls entsprechende Massnahmen (bessere Ausbildung, bessere Unterstützung) ausbleiben. Auf den Stationen, in denen Blutentnahmen, Injektionen und Handhabung von schneidenden Instrumenten häufig vorkommen, reagiert das Personal auf AIDS nach dem für **ansteckende Krankheiten** bestehenden Schema : Ansteckungsangst, Angst vor dem Unbekannten (der Seropositive ist nicht identifizierbar); es versucht zuweilen, "Risiko"-Patienten zu "erkennen" und sogar den mit einer Abstempelungsgefahr verbundenen Begriff des Verdächtigen anzuwenden. Die Umsetzung von umfassenden Vorsichtsmassnahmen scheint schwierig, sodass die Tendenz besteht, den Patienten nach dem allgemeinen Eindruck zu beurteilen.

Meistens sitzen die Ängste ziemlich tief und treten bei einer oberflächlichen Befragung nicht zutage. Also besteht eindeutig die Gefahr, dass diese Ängste verkannt und deshalb übergangen werden. Dies obwohl sie zu Einstellungen und Verhaltensweisen führen, die dem Patienten abträglich sein können (Abnahme der Pflegequalität, Diskriminierung bestimmter Kategorien, besonders der Drogenabhängigen). Glücklicherweise wurden derartige, zu den ethischen Grundsätzen der medizinischen Berufe im Gegensatz stehende Einstellungen und Verhaltensweisen nur selten beobachtet, doch dürfen sie nicht unterschätzt werden : Die negativen Vorstellungen über die Krankheit (und zuweilen über die Kranken), auf denen sie basieren, sind vorhanden, auch wenn sie nur selten zum Ausdruck gebracht, verstanden und überwunden werden. Dementsprechend könnten in Krisensituationen (rasche Zunahme der Patientenzahl in einer Abteilung, Verletzung beim Spritzen usw.) Probleme auftauchen.

4.5.2 Angehörige der Erziehungsberufe und Sozialarbeiter

Auch in diesen Berufskategorien²⁵ liess das Konfrontiertsein mit AIDS (seropositive oder kranke Klienten) vor allem beim Aufkommen der ersten Fälle (1984,1985) Ängste entstehen. 16 % der Institutionen in der welschen Schweiz und 37 % der Institutionen in der deutschen Schweiz erwähnen entsprechende Störungen des Arbeitsbetriebs. Man befürchtete vor allem, sich beim Kontakt mit den Klienten anzustecken. Die Verbesserung der Kenntnisse (kein Risiko bei alltäglichen Kontakten) liess diese Befürchtungen rasch verklingen. Zurzeit geben hauptsächlich die Schwierigkeiten bei der Betreuung von betroffenen Klienten und der gefühlsmässige Aufwand einer derartigen Betreuung Anlass zur Besorgnis. Diese Schwierigkeiten bringen die Teams meistens dazu, ihre Arbeit gründlich zu überdenken (besonders die Notwendigkeit, eine neue Rolle zu übernehmen : "Früher halfen wir den Leuten aus ihrer Situation heraus, jetzt müssen wir Sterbebegleitung lernen), die Teams halten mehr zusammen und engagieren sich stark für die betroffenen Klienten. Es herrscht eine grosse Nachfrage nach spezifischer Ausbildung als Betreuer (die von den Berufsschulen zu übernehmen ist), sowie nach Schaffung von Betreuungs- und Unterstützungsnetzen (Institutionen, medizinische Berufe, AHS, Sozialdienste usw.).

²⁵ Quelle : Erzieher und Sozialarbeiter. Studie Nr. 13.

4.6 Verhaltensänderungen : Bestätigung der bestehenden Tendenzen

Die Evaluation der Vorbeugungsarbeit hatte 1987 gezeigt, dass bei allen befragten Bevölkerungsgruppen Schutzverhalten in unterschiedlichem Masse beobachtet werden konnte. Die diesjährigen Ergebnisse weisen auf eine Bestätigung und eine Verstärkung dieser Tendenz hin. Da dieser Abschnitt wichtig ist, werden die verschiedenen beobachteten Gruppen in Unterabschnitten einzeln behandelt.

4.6.1 Die 17-30jährigen

Die Erhebung über das Sexualverhalten einer repräsentativen Stichprobe der 17-30jährigen Bevölkerung²⁶ liefert Angaben über die potentielle HIV-Gefährdung und über die Entwicklung der geschützten Verhaltensweisen. Sie wurde dreimal durchgeführt: im Januar 1987 (vor Beginn der STOP-AIDS-Kampagne), im Oktober 87 und im Oktober 88 und wird in den kommenden Jahren weitergeführt.

Im Oktober 1988 gaben 61 % der Befragten zu Protokoll, dass sie eine feste Beziehung haben und völlig treu sind, 11 % hatten bis anhin keine sexuelle Beziehung. Die übrigen Personen (28 %) haben entweder

- eine feste Beziehung und gelegentlich andere sexuelle Kontakte, oder
- treue, aber kurzfristige Beziehungen, oder
- keine Beziehung, beziehungsweise suchen den idealen Partner.

Daraus, dass die meisten befragten Personen angeben, zurzeit in einer Situation zu leben, die im Hinblick auf die sexuelle Übertragung des HIV risikofrei ist, liesse sich ableiten, dass nur eine Minderheit der jungen Bevölkerung von der AIDS-Prävention betroffen ist. Dem ist nicht so. Wenn man nämlich die Gesamtzahl der bisherigen sexuellen Partner der Befragten betrachtet, fällt auf, dass 80 % der männlichen und 60 % der weiblichen 26-30jährigen Interviewteilnehmer mehr als einen Partner hatten und somit wenigstens einmal in ihrem Leben einen Partnerwechsel vollzogen und die Frage der AIDS-Vorbeugung sich somit gestellt haben (siehe Tabelle 6).

²⁶ Quelle : Erhebung über das Sexualverhalten von jungen Erwachsenen (17-30 Jahre). Studie Nr. 2.

Tabelle 6 : Befragung der 17-30jährigen : Anzahl der Sexualpartner insgesamt nach Altersklassen und Geschlecht (Oktober 1988)

	Männer (N = 605)			Frauen (N = 608)		
	<u>17-20 jäh.</u>	<u>21-25 jäh.</u>	<u>26-30 jäh.</u>	<u>17-20 jäh.</u>	<u>21-25 jäh.</u>	<u>26-30 jäh.</u>
0 Partner	27.7 %	7.2 %	3.1 %	28.2 %	6.3 %	0.3 %
1 Partner	14.8 %	18.1 %	11.2 %	31.9 %	26.2 %	22.7 %
2 Partner	12.2 %	8.8 %	5.3 %	13.1 %	12.0 %	16.4 %
3 oder mehr Partner	44.2 %	60.5 %	74.6 %	25.6 %	52.6 %	51.4 %
ohne Antwort	1.1 %	5.4 %	5.8 %	1.2 %	2.9 %	9.2 %

Zwei Variablen wurden seit 1987 beobachtet: Vorkommen von gelegentlichen Sexualbeziehungen (ungeachtet oder ausserhalb einer festen Beziehung) in den 6 vorangehenden Monaten und Gebrauch des Präservativs in diesen Situationen (siehe Tabelle 7).

Zwar bleibt der Anteil der jüngeren Bevölkerung mit gelegentlichen sexuellen Kontakten stabil, doch werden in diesen Situationen deutlich häufiger Schutzmassnahmen angewendet. Besonders ermutigend ist, dass zurzeit sehr wenige Leute nie Präservative benützen und die Tendenz lässt vermuten, dass unter den Benützern allmählich eine Entwicklung vom gelegentlichen hin zum konsequenten Gebrauch des Präservativs stattfindet.

Andere Verhaltensvariablen, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit den Botschaften der Präventions-Kampagnen stehen (sexuelle Erfahrungen, Erfahrung mit harten oder weichen Drogen, mit Prostituierten, Kontakte zu Homosexuellen), sind bei den drei aufeinanderfolgenden unabhängigen Stichproben gleich geblieben, so dass die Stichproben als gut vergleichbar bezeichnet werden können (siehe Tabelle 8).

Tabelle 7 : Befragung der 17-30jährigen : Flüchtige Sexualkontakte und Präservativgebrauch

	<u>Jan.87</u>	<u>Okt.87</u>	<u>Okt.88</u>
	(N=1182)	(N=1211)	(N=1213)
Flüchtige Sexualkontakte während der letzten 6 Monate	18 %	14 %	15 %
Von den Personen mit flüchtigen Sexualkontakten während der letzten 6 Monate :	(N=210)	(N=160)	(N=186)
Präservativgebrauch			
- nie	67 %	38 %	13 %
- von Zeit zu Zeit	25 %	45 %	58 %
- immer	8 %	17 %	29 %

Tabelle 8 : Befragung der 17-30jährigen : Andere Verhaltensweisen

	<u>Jan.87</u>	<u>Okt.87</u>	<u>Okt.88</u>
	(N=1182)	(N=1211)	(N=1213)
Noch keine sexuelle Erfahrung	13 %	13 %	11 %
Erfahrung mit Drogen			
- weichen	27 %	25 %	29 %
- harten	4 %	3 %	4 %
Männer mit mindestens einer Erfahrung mit einer Prostituierten	9 %	10 %	8 %
Männer mit mindestens einer homosexuellen Erfahrung	3 %	3 %	2 %

20 % der befragten Personen geben zudem an, während den ersten 9 Monaten des Jahres 1988 den Partner gewechselt oder einen neuen Partner kennengelernt zu haben, wobei die Hälfte mit dem neuen Partner über AIDS sprach. Davon besprachen 3/4 die Frage des Präservativs und 2/3 dieser 3/4 benützten es tatsächlich. Insgesamt benützten 40 % der Personen, die dieses Jahr den Partner wechselten, zumindest am Anfang der neuen Beziehung Präservative. Der Partnerwechsel (worunter sowohl zu verstehen ist, dass jemand mehrere Partner hat als auch, dass er oder sie eine neue, feste, mehr oder weniger dauerhafte Beziehung eingeht) kommt in den jüngeren Altersklassen häufiger vor (siehe Tabelle 9). Auch dies verdeutlicht die Tatsache, dass in unserem Land eine

nicht zu vernachlässigende Anzahl von jungen Erwachsenen sich konkret und ernsthaft mit der Frage der AIDS-Prävention auseinandersetzen müssen.

Tabelle 9 : Befragung der 17-30jährigen : Partnerwechsel oder neue Partnerschaft in den letzten neun Monaten -nach Altersklassen (Oktober 1988)

	<u>17-20 jäh.</u>	<u>21-25 jäh.</u>	<u>26-30 jäh.</u>	<u>Total (N=1213)</u>
Mindestens ein Partnerwechsel	27.2 %	22.5 %	10.7 %	19.7 %
Kein Partnerwechsel	72.5 %	77.1 %	88.5 %	79.7 %
Keine Antwort	0.3 %	0.4 %	0.8 %	0.6 %

1988 wurden die Teilnehmer an der Umfrage, die sexuelle Erfahrungen, aber keine feste und treue Beziehung hatten, gefragt, ob sie aufgrund ihrer Kenntnisse über AIDS ihr Verhalten geändert hatten.

Wechsel des Sexualpartners :

- 25 % geben an, weniger häufig als früher zu wechseln.
- 43 % geben an, ihr Verhalten nicht geändert zu haben.
- 2 % geben an, den Partner häufiger zu wechseln.
- 29 % machen keine Aussage.

Verwendung von Präservativen :

- 41 % geben an, häufiger Präservative zu verwenden als in der jüngeren Vergangenheit.
- 28 % geben an, diesbezüglich nichts geändert zu haben.
- 2 % geben an, seltener Präservative zu benutzen
- 28 % machen keine Aussage.

4.6.2 Die jungen Tessiner

Von diesen 19jährigen²⁷, 1988 bei der Aushebung befragten jungen Männern geben 44 % zu Protokoll, dass sie im Zweifelsfall von einem Risikoverhalten (beispielsweise Geschlechtsverkehr) eher absehen würden; 55 % würden ein Präventionsmittel benutzen.

4.6.3 Der Präservativmarkt

Seit Anfang 1987 wurde der Vertrieb von Präservativen²⁸ monatlich erfasst. Die vorgelegten Zahlen werden von 6 Herstellern oder Händlern von ausländischen Marken in der Schweiz geliefert, die 80 % des Schweizer Marktes darstellen. Abbildung 3 zeigt, wieviele Präservative 1987 und 1988 monatlich auf den Markt gebracht wurden

²⁷ Quelle : Junge Tessiner. Studie Nr. 3.

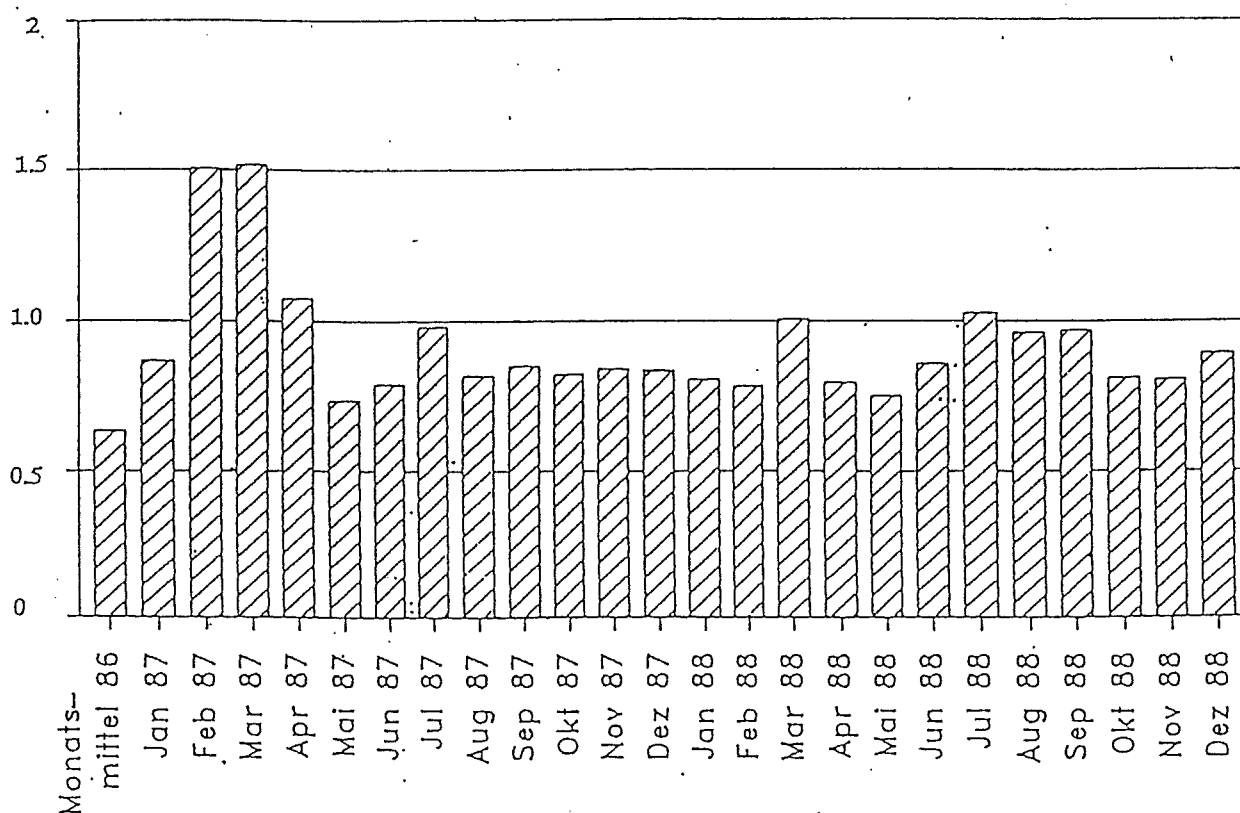
²⁸ Quelle : Präservativmarkt. Studie Nr. 1.

Insgesamt boten diese 6 Unternehmen 1986 rund 7'600'000 Präservative zum Verkauf an, 1987 11'650'000 und 1988 10'490'000.

Kurz nachdem die STOP-AIDS-Kampagne anfangs 1987 anlief, war während einiger Monate ein richtiger Boom zu beobachten, der vermutlich einer Markterweiterung entsprach (Zunahme der Anzahl der Verkaufsstellen: 56 % in den ersten Monaten des Jahres 1987 im Vergleich zu Ende 1986, anschliessend Stabilisierung). Seit Mitte 1987 verhält sich der Markt stabil.

Abbildung 3 : Monatliche Vermarktung von Präservativen 1987-1988 (6 Hersteller)

Millionen
Stücke



Im Vergleich zu 1986 wurden 1988 38 % mehr Präservative in den Verkauf gebracht. Ab dem zweiten Jahresdrittel (Abbildung 4) ist bei den monatlichen Lieferanzahlen im Vergleich zu denselben Monaten des Vorjahres eine steigende Tendenz vorhanden. In ein bis zwei Jahren wird man sagen können, ob diese langsam steigende Tendenz anhält.

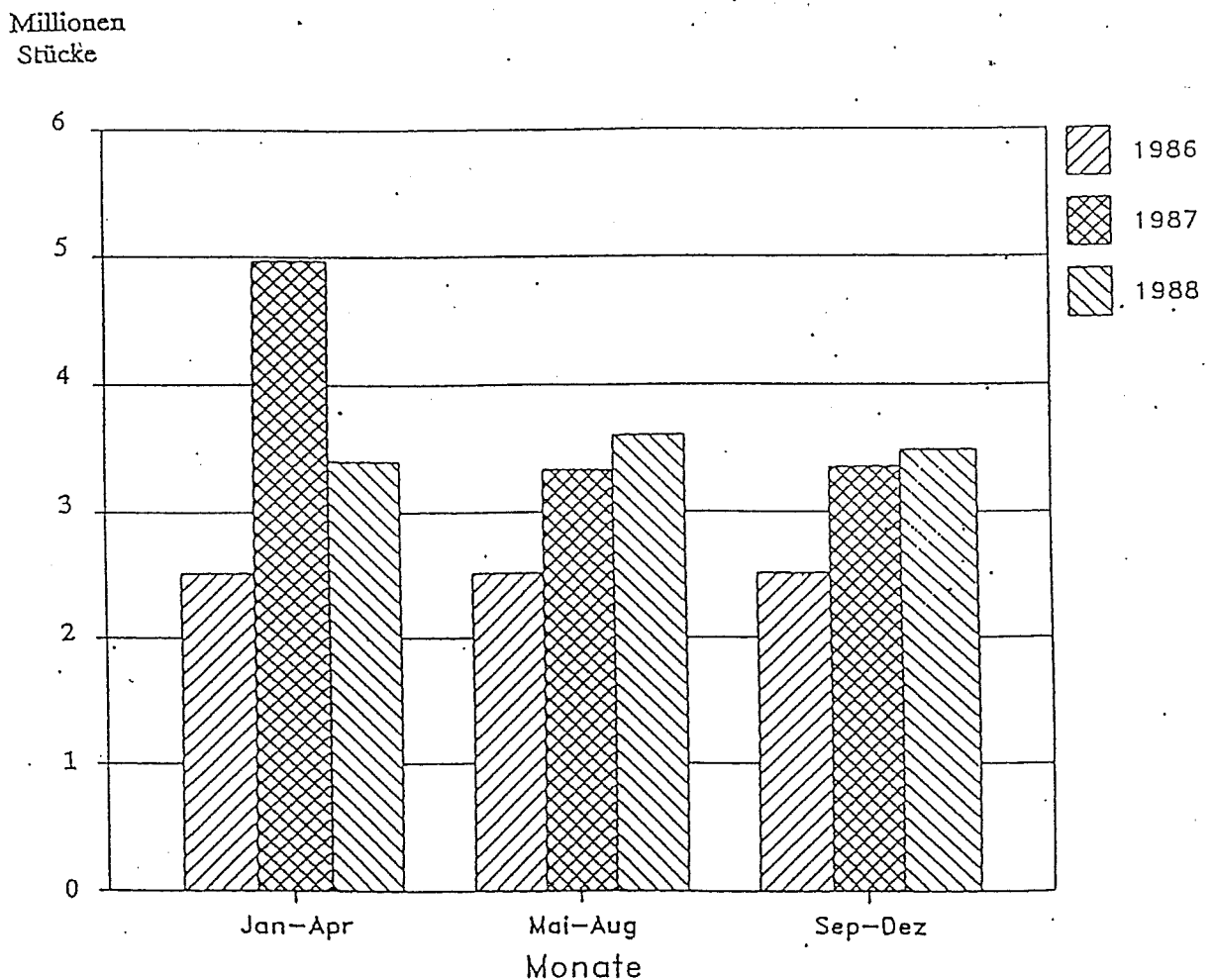
Dieses langsame Ansteigen des Präservativverkaufs deckt sich mit den Angaben aus der Studie der 17-30jährigen und mit dem geschätzten Präservativverbrauch von Freiern²⁹.

²⁹ IPSO Sozial- und Umfrageforschung, Prostitution in der Schweiz. Zürich 1988.

Zwar sind neue Präservativmarken aufgekommen, doch gelang der Durchbruch auf dem weiterhin von einigen bekannten Marken dominierten Schweizer Markt nicht.

Die Marktstruktur veränderte sich im Sinne einer Zunahme des Verkaufs in grossen Warenhäusern. Beim Automatenverkauf scheinen hingegen Startschwierigkeiten zu bestehen. Beispiel: ein von der AHS, einem Schweizer Präservativhersteller und einer Vertriebsfirma lanciertes Programm für den Verkauf von Präservativen in Zigarettenautomaten (in Beizen, Restaurants, Hotels) stiess auf starken Widerstand seitens der Geschäftsinhaber (die negative Reaktionen seitens ihrer Kundschaft befürchteten) und war ein Misserfolg.

Abbildung 4 : Vermarktung von Präservativen : 1986-1988 im Vergleich (6 Hersteller)



1986 : auf der Basis des Jahresdurchschnitts berechnet

Die drei erwähnten Studien bestätigen die bereits 1987 beobachteten Tendenzen im **quantitativen Sinn**. Weitere, vorwiegend **qualitative Studien** bei besonderen Bevölkerungsgruppen (Jugendliche, die in den Aufklärungsunterricht von Pro Familia gehen, Jugendliche aus der "Hängerszene", Rekruten, türkische

Einwanderer, Sex-Touristen) zeigen einige spezifische Aspekte der beobachteten Veränderungen auf, sowie die Art und Weise, wie neues Verhalten erworben wird und welche Schwierigkeiten dabei vorkommen.

4.6.4 Jugendliche die in den Aufklärungsunterricht gehen

Ihre Bemerkungen, Gedanken, Fragen und nicht-verbale Äusserungen zur Sexualität im allgemeinen und zum Präservativ und seinem Gebrauch im besonderen wurden zwischen Februar und Juni 1988³⁰ von den Leiterinnen des Aufklärungsunterrichts von Pro Familia im Kanton Waadt gesammelt. In diesem Kanton werden pro Jahr mehr als 10'000 Schüler des 4., 6., 8. und 9. Schuljahres und Lehrlinge in Gewerbeschulen durch diesen Aufklärungsunterricht erfasst. Anlässlich von Treffen der Leiterinnen wurde eine Synthese dieser Angaben gebildet, um Haupttendenzen in der untersuchten Bevölkerungsgruppe auszumachen.

Hinsichtlich des Verhältnisses zur Sexualität bestehen zwei deutlich verschiedenen Gruppen: Jugendliche am Ende der obligatorischen Schulzeit und Lehrlinge, die älter sind und deren Sexualität der Sexualität von Erwachsenen näher steht.

Die Leiterinnen meinen, dass die erste Gruppe nur schwer von Entdeckungen im sexuellen Bereich erzählen kann und dass das Ansprechen der AIDS-Frage dazu führt, dass man sich auf die Genitalsphäre konzentriert, auch wenn das Wesentliche (der Sexualität) noch nicht vorhanden ist. Sie stellen beispielsweise fest, dass die Angabe, AIDS könne nicht beim Küssen übertragen werden, sowohl beruhigend wirkt als auch das legitimiert, was die meisten Jugendlichen in ihren Beziehungen gerade erleben. Die zweite Gruppe (Lehrlinge) haben häufig schon erste sexuelle Beziehungen gehabt (zwischen 16 und 19 Jahren bei 2/3 der Lehrlinge)³¹, so dass andere Probleme zur Sprache kommen: Treue, jedoch beim jeweils gegenwärtigen Partner, die Verhütungsfrage, die Schwierigkeit, voranzuplanen (und ein Präservativ bei sich zu haben), die Schwierigkeit, miteinander zu sprechen, Ungeschicklichkeit und mangelnde Erfahrung.

Wenn man (in der Klasse) über AIDS spricht, konzentrieren sich die Jugendlichen - nach einer Phase der Verlegenheit oder sogar des "Nase-voll-Gefühls" - auf zwei Themen:

- Die AIDS-Kranken: wie verläuft diese Krankheit. Sie möchten Kranke sehen, oder Filme mit Berichten von Kranken.
- Das Präservativ: wie soll man sich mit diesem Gegenstand vertraut machen, ihn beschaffen und vor allem: wie redet man mit dem Partner darüber?

Alle Anzeichen weisen darauf hin, dass sie versuchen, dem Risiko eine konkrete Dimension zu verleihen, die Tragweite des Problems gut zu erfassen um sich genügend zu motivieren und sich mit der Prävention "anzufreunden".

Obwohl häufig die praktischen Aspekte des Präservativs erwähnt werden (Kauf, Verwendung usw.), kommt gefühlsmässigen Aspekt jeweils die grösste

³⁰ Quelle: Bild der Präservative. Studie Nr. 20.

³¹ Michaud P.A., Hausser D., Resplendino J., Lehmann Ph. Evaluation cas-contrôle d'un programme de prévention des MST et du SIDA auprès d'apprentis vaudois. Présentation aux journées annuelles de la SSMSp. Genève, juin 1988.

Bedeutung zu : Wie soll man sich vorstellen, dass der (die) möglich(e) Partner(in) Träger des Virus sein könnte, wie soll man beim Aufbauen von Beziehungen mit dieser Ungewissheit umgehen und vor allem : wie soll man darüber sprechen? Die Jugendlichen senden SOS-Signale : Wie soll man darüber reden! Ihre latenten Bedürfnisse sind verschiedenartig : die wichtige gefühlsmässige Dimension, die bei der Anwendung von Schutzmassnahmen besteht, muss von den Präventionsbeauftragten berücksichtigt werden, Erwähnung der Rollenverteilung (Burschen : "Es wäre besser, wenn das Mädchen sie einkauft.", "Das Mädchen soll es überziehen, es ist leichter."; Mädchen : "Der Junge muss den Entscheid treffen.", "Ich würde es nicht wagen, einem Jungen zu sagen, er solle es verwenden."), Argumente für die Verwendung von Präservativen sind zu liefern (**Verbindung zwischen AIDS-Prävention und Schwangerschaftsverhütung**). In einem Wort : es muss leichter werden, das Thema anzugehen. Zudem müssen aber auch Formen der Sexualität ohne Penetration (Küssen, Streicheln) und Beziehungsformen (Zärtlichkeit, Teilen, Gefühle mitteilen) von den Erwachsenen anerkannt und aufgewertet werden. Dies ist eine Aufforderung, sich von der rein technischen Problematik zu lösen und sich den Realitäten und Wünschen einer Generation zu öffnen, die zwar gewillt ist, sich zu schützen, aber Schwierigkeiten begegnet, die mehr als nur praktischer Art sind.

Trotz dieser Schwierigkeiten wird aber Prävention betrieben : die Kursleiterinnen von Pro Familia erwähnen zahlreiche Berichte über gelegentlichen oder wiederholten Präservativ-Gebrauch.

4.6.5 Die "Hänger"

Als erstes gilt die Feststellung, dass diese soziale Gruppe, wie sie für die Untersuchung definiert worden war (15 bis 25jährige Jugendliche ohne Verhältnis zu Familie, Schule, Erwerbsleben, Wohnung; grundsätzlich nicht von harten Drogen abhängig), tatsächlich existiert und zugänglich ist, auch wenn sie nicht homogen ist und ein Teil der Befragten sich nicht als dazugehörig bezeichnet³².

Diese Jugendlichen haben sexuelle Beziehungen, denen sie übrigens keine zentrale Bedeutung beimessen. Gruppe und Freunde gelten mehr als eine Zweierbeziehung. Mädchen scheinen beispielsweise manchmal häufiger Sexualverkehr zu haben, als sie dies eigentlich wünschen (sexuelle Beziehungen "aus Einsamkeit" oder "aus Abhängigkeit"). Diese Jugendlichen spritzen keine harten Drogen (in der Studie verwendetes Definitionskriterium), konsumieren verschiedene Drogen (Haschisch, Medikamente) und Alkohol, vermeiden aber Kontakte zu Heroinsüchtigen (verstärktes Misstrauen seit dem Aufkommen von AIDS).

AIDS ist für sie aber nur ein - eher kleines - Problem unter vielen anderen. Sie gehen ohnehin und nicht nur im gesundheitlichen Bereich Risiken ein. Allerdings findet in bestimmten Fällen eine Risikoeinschätzung statt (beispielsweise das Risiko, bei kleinen Straftaten oder beim Überschreiten von Tempolimiten von der Polizei erwischt zu werden), doch bei der Risikokategorie AIDS - wie auch bei Heroin - wählt man nicht.

Sie gehen aufgrund ihres Sexualverhaltens Risiken ein : sie wechseln den Partner (auch wenn sich die provisorischen Paare treu bleiben und gebrauchen selten Präservative. 1/4 von ihnen erwähnt Sexualverkehr mit Drogenabhängigen. Allfällige Verhütungsmethoden sind hormonaler Art. Einige Mädchen hatten einen Schwangerschaftsabbruch. Über die Hälfte der Befragten gibt an, häufig Alkohol zu trinken, manchmal mit Medikamenten gemischt, so dass Zustände mit

³² Quelle : Die "Hängerszene". Studie Nr. 4.

geminderter Wachsamkeit nicht selten sind. Wie auch bei anderen Gruppen findet man einen individuellen Umgang mit dem Risiko: Wahl des Partners aufgrund von Aussehen oder Ruf, Verzicht auf jeglichen Schutz, wenn man "wirklich verliebt" ist. Die Mädchen scheinen vorsichtiger zu sein oder stellen sich die Frage der Verhütung: mehreren Jungen wurde das Präservativ angeboten und willigten in solchen Fällen ein (passives Akzeptieren).

4.6.6 Die Rekruten (junge 20jährige Männer)

Anonym beantwortete Fragebogen ergaben, dass 49 % der Rekruten³³ in den letzten 12 Monaten Präservative benützt haben, 23 % hatten ausschliesslich sexuelle Kontakte ohne Präservativ, 24 % hatten keinen Geschlechtsverkehr.

Die angegebenen Gründe und die Häufigkeit des Präservativgebrauchs variieren, je nachdem, ob eine feste Partnerin oder eine neue Partnerin vorhanden ist, oder Gelegenheitskontakte vorliegen: mit der festen Partnerin verwenden sie das Präservativ eher von Zeit zu Zeit, vor allem zur Verhütung einer Schwangerschaft, obwohl der kombinierte Schutz (AIDS und Schwangerschaft) ebenfalls erwähnt wird. Mit einer neuen Partnerin besteht die Tendenz, das Präservativ häufiger zu benutzen, entweder mit der doppelten Motivation (AIDS und Schwangerschaft) oder vorrangig wegen AIDS.

Die Kommentare zum Thema Präservativ weisen auf eine Korrelation zwischen Akzeptieren des Präservativs und häufigerem Gebrauch hin: "Es ist nicht angenehm, weniger erotisch, weniger praktisch, aber beruhigend", "am Anfang etwas merkwürdig, aber man gewöhnt sich dran", "es ändert nichts, gibt nur einen kleinen Verzögerungseffekt". In den negativsten Kommentaren kommt vor, dass das Präservativ "stört", nicht aber, dass es einem "alles verdirbt".

Blutspenden führten zu persönlichem Nachdenken über AIDS, da dabei ein Fragebogen über die in der Vergangenheit eingegangenen Risiken ausgefüllt werden muss.

4.6.7 Die Zugewanderten

Die Resultate stammen hauptsächlich aus einer einzigen, türkischen Gruppe (58 Männer, in individuellen Interviews oder Gruppeninterviews befragt) mit homogenen sozialen Merkmalen (ländliche Herkunft, Flüchtlinge oder Asylbewerber)³⁴. Die meisten Befragten sind verheiratet, wobei Frau und Kinder im Heimatland sind, wohnen seit mehreren Monaten oder Jahren in der Schweiz und sind wenig qualifizierte Arbeiter.

Hinsichtlich der eingegangenen Risiken kann man drei Personenkategorien unterscheiden:

- Die überwiegende Mehrheit der Interviewten hatte in den letzten Monaten oder Jahren aufgrund ihrer Kontaktschwierigkeiten (Sprache), ihrer Lebensverhältnisse (in Gemeinschaften, prekäre Wohnverhältnisse) oder ihres Geldmangels (Bezahlen von Prostituierten) keine sexuellen Kontakte.

³³ Quelle: Militär: Aufklärungsprogramme im Zusammenhang mit der Armee. Studie Nr. 7.

³⁴ Quelle: Zugewanderte. Studie Nr. 5.

- Ein knappes Viertel hatte Kontakte zu Prostituierten (gewöhnlich mit Präservativ), die als unter anderem wegen des verlangten Präservativgebrauchs als enttäuschend bezeichnet werden.
- Andere hatten feste Beziehungen; es handelt sich um jene, die mit 18 bis 22 Jahren in die Schweiz kamen, aus ihrem Kreis herausfanden und deutlich durch Gleichaltrige (Schweizer) beeinflusst wurden.
- Einige Wenige hatten zahlreiche, nicht oder nur gelegentlich geschützte Kontakte : sie sind am längsten in der Schweiz (mehr als zwei Jahre), sind die ältesten, leben sehr unabhängig und kulturell am besten angepasst.

Bestimmte kulturelle Besonderheiten bereiten im Zusammenhang mit der AIDS-Problematik gewisse Schwierigkeiten. Beispiel: die Rolle der Prostituierten: in der Türkei sind Prostituierte eine "Institution", leben in offiziellen Bordellen, sind registriert und medizinisch überwacht und gelten somit als sauber, frei von Krankheiten und sicher - im Gegensatz zu den Strassendirnen (den "Auto-Stopperinnen"). In der Schweiz gibt es diese Art von Garantie (etablierte, kontrollierte Prostituierte) nicht, man weiss nicht, mit wem man es zu tun hat.

Wichtig ist auch der mit der Läuterung durch Waschungen verbundene Sauberkeitsbegriff. Er ist an den Islam gebunden, so dass gegenüber den hiesigen Frauen, die diese Hygienerituale nicht kennen und darüber hinaus als "frei" (sexuell mobil) gelten, Misstrauen herrscht. Andere Besonderheit: die kulturell bedingte Leugnung der Homosexualität.

Präservative sind in der Türkei wenig bekannt und werden selten benützt, so dass sie als solche auf den Plakaten überhaupt nicht erkannt und eher für Blutropfen, Verbots- oder Gefahrensignale (rotes Licht, Stop) gehalten wurden. In diesem Bereich scheinen sich jedoch Veränderungen abzuzeichnen, denn die Türkei hat in den Großstädten Präventions-Kampagnen lanciert: Neuankömmlinge unter den Zugewanderten haben oft von der AIDS-Prävention gehört oder in der türkischen Presse Artikel zu diesem Thema gelesen.

Insgesamt ist diese Personengruppe schlecht informiert, geht aber zurzeit aufgrund einer Ghettoisierung (die schützend wirkt, solange das Virus nicht im Ghetto vorkommt) eher wenige Risiken ein. Dieser Zustand ist wenig stabil und nicht zufriedenstellend.

Eine Interviewbefragung in afrikanischen Kreisen (etwa zwölf Interviews mit Personen die in Zaire oder Burundi gelebt haben) ergab ein anderes Bild: Die befragten Personen, häufig Flüchtlinge, kommen aus eher wohlhabenden, städtischen Kreisen. Sie sind nicht gerne bereit, sich zur AIDS-Frage zu äussern, da sie unter dem Eindruck stehen, in Europa würde man Afrika die Verantwortung für AIDS zuschreiben (oder jedenfalls mit AIDS in Verbindung bringen). Sie berichten, dass in ihren Heimatländern die sexuelle Mobilität zu Beginn des Erwachsenenalters grösser ist. Mehr als die Hälfte geben an, dass sie zuhause mit AIDS konfrontiert wurden (einen kranken Bekannten haben) und ihr Informationsstand ist höher: AIDS ist ein alltägliches Gesprächsthema. Trotzdem wird im Ursprungsland Vorbeugung wenig praktiziert. Im Gastland ist man eher geneigt, sowohl wegen Kontaktschwierigkeiten als auch aus Angst das AIDS-Problem zu umgehen (keine Sexualkontakte).

4.6.8 Die Sex-Touristen

Zu den Hauptanliegen der Studie³⁵ gehörte es, zu zeigen :

- dass gelegentliche Sexualkontakte von Schweizer Touristen zu Einheimischen in tropischen Ländern nicht selten sind. Die Umstände sind jeweils unterschiedlich (vom der ausdrücklich zu sexuellen Konsumzwecken unternommenen Reise bis hin zum unvorhergesehenen Gelegenheitskontakt),
- dass ein Teil dieser "Sex-Touristen" schon Schutzverhalten entwickelt hat.

Fast alle sexuellen Kontakte fanden mit Einheimischen aus den besuchten Ländern statt; zur Hälfte werden Kontakte mit (männlichen und weiblichen) Prostituierten genannt. Mehrheitlich handelte es sich um heterosexuelle Kontakte.

61 % der Personen, die sexuelle Gelegenheitskontakte hatten, hatten während ihres Aufenthalts mehr als einen Sexualpartner.

69 % der männlichen "Sex-Touristen" geben zu Protokoll, regelmässig Präservative benützt zu haben, 8 % von Zeit zu Zeit, 23 % nie. Jede fünfte der als "Sex-Touristin" einzustufenden Frauen gibt an, Präservative benützt zu haben.

Unter 40 Jahren ist der Präservativgebrauch stärker verbreitet (85 %) als bei über 40jährigen (33 %). Homosexuelle verwenden mehr Präservative als Heterosexuelle. Präservative werden hauptsächlich zum Zweck der AIDS-Prävention verwendet, gefolgt von der Vermeidung anderer sexuell übertragbare Krankheiten. Am häufigsten zitierte Gründe gegen das Präservativ: "kein Präservativ dabei gehabt", "Partner sah gesund aus", momentane Sorglosigkeit (manchmal im betrunkenen Zustand), Vorlegen eines Arztzeugnisses oder eines AIDS-Zeugnisses durch die Prostituierte (sic!)

Diese Kategorie von Reisenden ist sehr klar umrissen und deshalb durch Präventions-Informationen erreichbar. Es ist nämlich daran zu erinnern, dass die Teilnehmer der vermuteten "Risikogruppe" (Touristen mit möglichen sexuellen Gelegenheitskontakten während ihrer Reise) vor der Abreise bei einem Besuch im ISPM in Zürich rekrutiert worden waren, auf der Basis eines subjektiven Eindrucks des Arztes (an der Rekrutierung waren mehrere Ärzte beteiligt). Die Rekrutierungskriterien, bei denen dem jeweiligen Arzt freie Hand gelassen wurde, beruhten generell auf den Reiseumständen (Reise allein oder in der Gruppe, begleitet durch eine Person desselben Geschlechts, Reiseziel) und auf dem Aussehen und dem allgemeinen Verhalten des Reisenden, nicht aber auf einer Anamnese der Sexualverhaltens. Diese Rekrutierung "nach Gutdünken" ergab bei den verschiedenen Ärzten ähnliche Resultate. Aus Kenia zurückkehrende Ferienreisende, die auf dem Rückflug rekrutiert wurden, bildeten die Kontrollgruppe.

Die zur vermuteten "Risikogruppe" gehörenden Reisenden sind 17-59jährige Männer (grösste Häufigkeit zwischen 17 und 29 Jahren), die alleine oder in Gruppen nach Südostasien (Thailand/Philippinen), Brasilien oder Kenia reisen. Es handelt sich mehrheitlich um Heterosexuelle ohne feste Beziehung.

67 % der Angehörigen der vermuteten "Risikogruppe" hatten während ihrer Reise gelegentliche Sexualbeziehungen (im Vergleich zu 4 % bei der

³⁵ Quelle : Sex-Touristen, Studie Nr. 8.

Kontrollgruppe). In der Altersklasse der 40-60jährigen steigt dieser Anteil auf über 90 %.

Alle Teilnehmer an der Studie (Risikogruppe und Kontrollgruppe) halten sich für gut informiert, doch glaubten 25 % der Personen, die sexuelle Gelegenheitskontakte hatten, dass sie durch ungeschützte Sexualkontakte mit Einheimischen im Reiseland kein Risiko eingingen.

Für die drei Monate nach der Rückkehr ist keine Serokonversion (HIV) belegt. Hingegen wurden mehrere Fälle anderer sexuell übertragbarer Krankheiten (Tripper) bekannt und die Anamnese mehrerer Angehöriger der Risikogruppe ergab, dass auch in der Vergangenheit Geschlechtskrankheiten vorgekommen waren.

Bei 19 % der "Sex-Touristen" und bei 37 % der Kontrollgruppe fand man Antikörper gegen das Hepatitis-A-Virus. Bei 4 Personen waren serologische Untersuchungen im Hinblick auf Syphilis positiv, wobei keine Infektionen in der jüngsten Vergangenheit entdeckt worden. Durch Stuhluntersuchungen wurden bei 7 Personen Amiben festgestellt (Zysten oder vegetative Formen). Das Vorhandensein von Hepatitis B-Antikörpern wurde nicht untersucht.

Die globale Betrachtung der wichtigsten Verhaltensänderungen, die in den verschiedenen Studien beobachtet wurden, führt zu nachstehenden Feststellungen :

- 1988 werden weiterhin Schutzverhalten angenommen (oder begannen kürzlich in bestimmten Bevölkerungskreisen); dies auf unterschiedliche und nicht konsequente Weise.
- Wie bereits im Vorjahr wird die Verwendung von Präservativen für den Einzelnen nicht als die einzige Lösung betrachtet; gelegentlich werden "Umgehungsverhalten" vorgezogen; Treue ist sehr verbreitet (unabhängig von der Dauer und Qualität der jeweiligen Beziehung). Nach dem grossen Trommelrühren rund um die mit dem Präservativ verbundenen Präventions-Botschaften (die jetzt als Fakten etabliert sind) kommen nun in den Vorstellungen und Handlungen (oder beim Nicht-Handeln) Beziehungsprobleme zur Sprache. Die Prävention muss dieser Tatsache Rechnung tragen bei diesen Änderungen Unterstützung im Sinne einer Besprechung der Beziehungsprobleme anbieten.
- Die Mehrheit der in den resultatsorientierten Studien des Evaluationsprogramms 1988 befragten Personen sind junge Erwachsene (Studien über 17-30jährige, junge Tessiner, Rekruten, Jugendliche im Aufklärungsunterricht), die oft noch auf der Suche nach einem idealen Partner sind oder am Anfang der Beziehung mit dem "idealen Partner" stehen. Ihr Beziehungsbild ist durch eine Häufung von Erfahrungen geprägt, durch die Suche nach befriedigenden Beziehungen, wohingegen der Beziehungsaspekt bei älteren Erwachsenen, die in einer anderen Phase ihres Sexuallebens sind, vielleicht weniger wichtig ist. Bei der Erarbeitung von Präventionskampagnen sollte man folglich diesen Unterschieden Rechnung tragen und die Botschaften entsprechend nuancieren.
- Bei den Jugendlichen, die den Präservativgebrauch erwägen, spielt die Frage der Schwangerschaftsverhütung eine wichtige Rolle. Das Präservativ ist ja ein zu Beginn des Sexuallebens häufig verwendetes Verhütungsmittel, da sein Gebrauch ja im Gegensatz zur Pille oder zu anderen Verhütungsmethoden nicht von einem vorherigen Arztbesuch abhängig ist. Präservative werden mehr mit der Verhütung als mit AIDS in Verbindung

gebracht, auch wenn viele Jugendliche für ihren Gebrauch zunehmend eine doppelte Motivation angeben (Verhütung und AIDS).

- Der Umgang (individuell oder zu zweit) mit dem Risiko ist eine Tatsache und bietet Schwierigkeiten : Weiterführung eines neuen Verhaltens (bei jedem Geschlechtsverkehr Präservative anwenden und vor allem bei jeder neuen Beziehung das Thema wieder besprechen...), Ausnahmen vermeiden. Also muss man allen Faktoren, die eine Verhaltensänderung unterstützen (Auslöser, Anreize, bestätigende Elemente) oder verhindern (Ursprung der Widerstände) Beachtung schenken.

4.7 Der individuelle Umgang mit dem Risiko

Dieser Umgang ist eindeutig einfacher, wenn keine oder nur geringe gefühlsmässige Implikationen vorhanden sind (Beispiel : Prostitution), sowie bei eindeutig peripheren (Seitensprung) oder eindeutig gelegentlichen Beziehungen (Ferien, Reisen).

Der individuelle Umgang mit dem Risiko findet aber gerade zu zweit statt, wobei vor allem die Situation, die Beziehung und nicht immer das Risiko besprochen werden...Bei neuen, nicht gefestigten Beziehungen oder wenn eine feste Beziehung verändert werden muss und starke Gefühle im Spiel sind oder eine Art Kräfterennen stattfindet, wird alles komplizierter, vor allem, da man schon beim ersten Geschlechtsverkehr Schutzverhalten anwenden müsste. Die Ratlosigkeit vieler Jugendlicher ist begreiflich : "Wenn ich einem Mädchen sage, dass ich mit ihr zusammen sein möchte, dass ich das aber nur mit Präservativ mache, denkt es sicher : der meint, ich habe AIDS. Und da spielen sofort die Gefühle mit, verstehen Sie?" "Mein Freund mag das nicht, ich schaffe es nicht, mit ihm darüber zu reden."

Alles, was die Belastung der beiden Partner mindert, die Eröffnung der Diskussion, die Äusserungen und Verhandlungen erleichtert, ist hier förderlich. Das Umfeld ist sehr wichtig und kann bei der Einführung des Schutzverhaltens (Präservativ oder aber Verzicht auf den Geschlechtsverkehr, bzw. seine Verschiebung auf einen späteren Zeitpunkt usw.) eine unterstützende Rolle übernehmen.

Ausnahmen beim geschützten Verhalten oder nicht systematisches Schützen werden vermutlich häufiger als zuvor (am Anfang der Kampagnen) registriert und vor allem bereut : "Da passt man nicht auf und hat dann nachher Angst.", "Man spricht hinterher, um herauszufinden, ob ein Test vorgenommen wurde : das macht alles noch schlimmer". Bestimmte junge Interviewteilnehmer vermitteln den Eindruck, dass das Akzeptieren von Präventionsbotschaften ohne deren Umsetzung in die Praxis zu Schuldgefühlen und Vorwürfen führt : "Vorher schlief man einfach miteinander, jetzt tut man es bewusst". Verlorenes Paradies...

Ausnahmen kommen immer in denselben Situationen, in denen die Selbstbeherrschung nachlässt, vor : Spontane Bekanntschaft (unvorhergesehen), Alkohol oder Drogenkonsum, es eilig haben, unsterblich verliebt sein, grosse Leidenschaft, Ferien, deprimiert, unterwürfig oder verängstigt sein.

4.8 Auslöser (von Schutzverhalten) und Widerstände (gegenüber dem Präservativ)

In den dieses Jahr beobachteten, von der Krankheit bis anhin weniger betroffenen Bevölkerungskreisen, spielen die hauptsächlich 1987 bei Gruppen, die seit langem mit der Krankheit konfrontiert sind, ermittelten sehr starken **Auslöser** für die Annahme von geschützten Verhaltensweisen - wie zum Beispiel Entdeckung einer Seropositivität oder von AIDS bei sich selbst oder beim Partner, sowie die Nähe zu AIDS (seropositive oder kranke Personen im nahen Bekanntenkreis oder sich ihnen besonders nahe fühlen) - eine geringere Rolle.

Auffallend ist, dass junge Menschen, die die Realität AIDS begreifen und von der Notwendigkeit, sich zu schützen, überzeugt werden wollen, häufig sagen, dass sie Seropositive und Kranke sehen möchten, um aus ihrer Erfahrung zu lernen. Derartige (zuweilen naive) Forderungen wurden von Jugendlichen erhoben: "Wir sollten mit seropositiven Leuten reden können, denn sie können uns sagen, wie sie's erwischt haben...so würde man begreifen...man sollte sie nicht ausgrenzen, man sollte ihnen zuhören, nur sie können davon erzählen, ein Arzt kann ja nur von der Krankheit sprechen...", "Als ich noch keine Seropositiven gesehen hatte, hatte ich nicht begriffen, aber die meisten sind ganz gewöhnliche Leute: wenn man das gesehen hat, das gibt zu denken, das nimmt einen mit; ich glaube, man müsste gründlich mit all diesen Leuten, die man versteckt, die sich aus Angst verstecken, reden können".

Die Häufung von gleichlautenden Informationen, ihre Bestätigung durch nahestehende Vertrauenspersonen oder durch Gleichaltrige sind ebenfalls Auslöser oder tragen dazu bei, erlerntes Verhalten beizubehalten (wiederholen, bestätigen): indem andere Personen in der Umgebung Präventionmassnahmen praktizieren oder sie gutheissen, indem ein offenes Gespräch in der Gruppe darüber möglich ist, wird man auf den Zeitpunkt vorbereitet, wo man selbst handeln muss...Auch hier sind eine Kampagne als Hintergrund oder Ereignisse mit "denk daran"-Charakter, die keine Schuld- oder Angstgefühle schaffen, sinnvoll.

Die bereits 1987 festgestellten zahlreichen Widerstände im Hinblick auf den Präservativgebrauch betrafen auch 1988 nicht das Präservativ an sich. Häufig ist ihr Ursprung dem konkreten Gebrauch "vorgelagert".

Ungenaue Kenntnisse (über das, was kein Ansteckungsrisiko mit sich bringt), die durch widersprüchliche Informationen oder Gerüchte verstärkt werden, begünstigen die Meinung, die Ansteckung durch Sexualkontakte sei nur eines von vielen Risiken beispielsweise Übertragung durch Küssen). Dies kann auf die Verwendung von Präservativen entmutigend wirken (glauben, es gäbe weiterhin unkontrollierbare Risiken.)

Widerstände können ihren Ursprung in Zweifeln oder Mutmassungen haben:

- glauben, Präservative seien nicht sicher oder nicht das Sicherste,
- glauben, die Forscher hätten nicht alles gesagt, würden Tatsachen über AIDS verschweigen,
- glauben, Behörden aller Art würden sich der AIDS-Angst bedienen, um die Verhaltensweisen der Leute zu "kontrollieren".

Die Hoffnung, die Wissenschaft würde bald Wunder wirken und Lösungen zur definitiven Beseitigung des AIDS-Problems finden, noch bevor das Virus Zeit gehabt hätte, sich in den verschiedenen Bevölkerungsschichten zu verbreiten, kann auch die Annahme entstehen lassen, es sei nicht notwendig die Präventionsempfehlungen zu befolgen.

Schliesslich sei nochmals betont, dass Widerstände gegenüber dem Präservativ vor allem von den Problemen herrühren, die sich auf der Beziehungsebene ergeben, wenn es verwendet werden soll, und unzählige Ausreden erfinden lassen. Sobald man sich auf einen Versuch geeinigt hat und ihn tatsächlich durchführt, fällt das sich Anfreunden mit diesen paar Millimetern Gummi verhältnismässig leicht: "Wir haben das mit meinem Freund zusammen beschlossen, alles o.k."

5. ERZIEHUNGSPROZESSE

Die Beschreibung in diesem Kapitel beschränkt sich auf die von Ende 1987 bis Ende 1988 entwickelte Präventionstätigkeit³⁶.

5.1 Verbreitung der Präventionsbotschaften der nationalen Kampagne

Seit 1985 hat das BAG zur Entwicklung und Durchführung der präventiven Aktionen mehrerer Gruppen und Vereinigungen geschaffen und/oder finanziell unterstützt.

Zurzeit gibt es auf nationaler Ebene vier Gremien, die je eine eigene Aufgaben erfüllen :

- Das Bundesamt für Gesundheitswesen selbst übernimmt Leitung, Zielformulierung, Koordinierung und Finanzierung der AIDS-Bekämpfung, insbesondere der Prävention;
- die AIDS-Hilfe Schweiz (AHS), eine im Juni 1985 gegründete gemeinnützige Organisation, die vom Bund finanziell unterstützt wird und AIDS-Bekämpfung in den Bereichen Prävention und Information betreibt, den betroffenen Personen Beratungsdienste anbietet und im politischen und sozialen Umfeld interveniert;
- das Dokumentationszentrum für AIDS-Information AIDS Info Docu Schweiz wurde 1988 auf Anregung des BAG gegründet und ist mit der Verwaltung eines zentralen Dokumentations- und Informationsdienstes über AIDS beauftragt, sowie mit der Sammlung und Bereitstellung von Unterrichtsmaterial;

³⁶

Zur Darstellung und Analyse der früheren Aktionen :

Hausser D, Lehmann Ph, Gutzwiller F, Burnand B, Rickenbach M. - Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 7) und

Hausser D, Lehmann Ph, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. (Rapport de synthèse) Décembre 1987.- Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 96 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 23).

- das "Kreativ Team", eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern des BAG, der AHS, wissenschaftlichen Experten und Werbefachleuten, die für die Entwicklung der Multimedien-Kampagne "STOP-AIDS" arbeiten.

5.1.1 STOP-AIDS-Kampagne

Seit Anfang 1987 führen die AIDS-Hilfe Schweiz und das Bundesamt für Gesundheitswesen unter dem Motto STOP-AIDS eine nationale Multimedien-Kampagne zur AIDS-Prävention, die in mehreren aufeinanderfolgenden Phasen entworfen und entwickelt wurde (Siehe Abbildung 5)³⁷.

Abbildung 5 : Die Phasen der Kampagne STOP-AIDS

Phasen	1 - Februar 1987	2 - Juni 1987	3 - Dezember 1987	4 - Dezember 1988
Wichtigste Botschaften	Präservative schützen	Präservative schützen Treue schützt Nicht-Austausch von Spritzen	Präservative schützen Treue schützt Nicht-Austausch von Spritzen	Präservative schützen Treue schützt Nicht-Austausch von Spritzen
Themen			Keine Gefahr der Ansteckung Klare Stellungnahme: zu den medizinischen und sozialen Aspekten	Keine Gefahr der Ansteckung Klare Stellungnahme: zu den medizinischen und sozialen Aspekten Solidarität: - mit den AIDS-Kranken - mit den HIV-Positiven - mit den Kindern von HIV-positiven Müttern

Plakate

Im Rahmen der STOP-AIDS-Kampagne wurden während des ganzen Jahres 1988 weiterhin in der ganzen Schweiz Plakate angebracht. Den Plakaten "STOP-AIDS", "Vor AIDS schützen, Präservative benutzen" und "AIDS-Gefahr, schon beim ersten Mal!" begegnet man regelmässig.

Mit dem Plakat "Treue zum Partner/zur Partnerin, Treue zum Präservativ" wurde der Versuch unternommen, die Botschaft über die Verschiedenheit der Schutzmethoden zu wiederholen, in dem die Treue ohne Bezugnahme auf die Ehe angesprochen wurde. Allerdings war das Plakat "Bliib treu, Stop AIDS" mit dem Ehering noch zu sehen, obwohl dessen Botschaft in vielen Kreisen umstritten und für Jugendliche und Nichtverheiratete missverständlich ist. Das neue Plakat, das letzteres ersetzen soll, war hingegen noch wenig verbreitet. Für die Themen

³⁷ Quelle : Angaben seitens der cR Werbeagentur, des BAG und aus Sitzungsprotokollen des Kreativ-Teams.

Treue und Qualität der Gefühlsbeziehung konnte der richtige, überzeugende Ton bis anhin noch nicht getroffen werden.

Durchschnittlich hängen in der Schweiz pro Woche etwa 100 Plakate aus. An bestimmten Orten mit grosser Passantenzahl - beispielsweise die Flughäfen Kloten und Cointrin, einige Seilbahnstationen, grosse Strassenkreuzungen der wichtigsten Städte - sind ständig Plakate zu sehen.

Zum Sommeranfang kamen drei neue Plakatserien heraus :

1. Äusserungen wie "weiter so", "certo", "aber subito", "bravo", "rendez-vous", "ok", "olé", "pourquoi pas?", "jawohl", "oui", "sans souci", "senz'altro", "momoll", "portons-le!", "d'accordo", "logo", "bonne nuit", bei denen das o immer ein Präservativ ist,
2. eine Nachtaufnahme mit Präservativ-Mondschein von Genf, Lausanne, Bern, Zürich, Basel, Luzern und Lugano und
3. ein Sonnen-Präservativuntergang am Meer mit eng umschlungenem Liebespaar unter einer Palme.

Diese Plakate sollen die Botschaft "Präservative verwenden" mit einem kleinen Augenzwinkern vertrauter machen und daran erinnern, dass man in ganz unterschiedlichen Lebenslagen Präservative braucht, sogar in den Ferien. Während des ganzen Monats Juli waren 500 derartige Plakate zu sehen.

Die grosse Mehrheit der Bevölkerung wurde wiederholt durch diese Plakate angesprochen. Alle 1988 in der Bevölkerung durchgeführten Studien ergaben, dass die Plakate als Mittel zur Sensibilisierung und Erinnerung für die AIDS-Prävention gelten.

Die Sommerserien fanden Anklang, da sie Schutzverhalten in einen positiven Zusammenhang brachten, humorvoll, "sympathisch und lässig" waren.

Werbung in der Presse

1988 waren die Veröffentlichungen im Werbeteil der Presse auf Informationsbotschaften beschränkt :

- Eine Serie von 11 Informationsinseraten³⁸ in 14 Zeitschriften und Berufszeitschriften³⁹, mit epidemiologischen, politischen, ethischen und sozialen Erwägungen, die der AIDS-Bekämpfung zugrundeliegen. Verfasst wurden diese Texte von Persönlichkeiten des BAG, der AHS, der WGO und aus der Forschung im Bereich des Gesundheitswesens. Im ersten Halbjahr wurden 3 bis 8 Inserate pro Zeitschrift veröffentlicht.
- Inserate mit den Wörtern "tonight", "ok", "lolo", "olé", "oui", "sans souci" wurden einerseits in 14 grossen Tageszeitungen 8 Mal zwischen Oktober und Dezember und andererseits in allen Nummern von etwa einem

³⁸ Une campagne de prévention de l'ASS en collaboration avec l'OFSP. Documentation 1 STOP-SIDA/OFSP/ASS. Janvier/avril 1988.

³⁹ Weltwoche, Bilanz, Finanz und Wirtschaft, Politik und Wirtschaft, Medical Tribune, Schweizerische Ärztezeitung, Gymnasium Helveticum, SLV-Bulletin, Schweizerische Lehrerzeitung, L'Hebdo, AGEFI Magazine, L'Impact, Revue médicale de la Suisse romande, Educateur.

Dutzend Zeitschriften der Sex- und Homosexuellenpresse in den Monaten Oktober, November und Dezember veröffentlicht.

- Werbeseiten in den Programmen von Musik- und Kinofestivals etc., die sich besonders an Jugendliche richteten.
- AHS-Neujahrskarten für 1989 - eine "8" aus zwei Präservativen - wurden in den meisten grossen Tageszeitungen der Schweiz veröffentlicht.
- Die neue Phase der STOP-AIDS-Kampagne, die "Solidaritätskampagne" begann im Dezember in Form eines 8-seitigen Einschubs oder zweier 4-seitiger Einschübe in 13 Wochenzeitschriften⁴⁰.

Erst wenige Befragte erwähnen diese Werbung spontan. Die Phase "Solidarität" besteht erst seit kurzer Zeit und über sie wird somit nicht berichtet.

Kino

Im Kino werden die Spots "STOP-AIDS mit den Buchstaben" und "Clown David und was nicht ansteckt" während des ganzen Jahres durchschnittlich in 50 Sälen pro Woche gezeigt; dies in den drei Sprachregionen, in der Stadt und auf dem Land. Über die Hälfte der im Rahmen verschiedener Studien befragten Personen geben an, diese Spots ein- oder mehrmals in Kino gesehen zu haben.

Fernsehen

Fernsehspots werden auf den drei Senderketten der SRG mehr oder weniger regelmässig ausgestrahlt. Zwischen dem 1. November 1987 und dem 15. September 1988 wurden sie in der Deutschschweiz 85 Mal um etwa 20.00 gesendet, in der Romandie 61 Mal gegen 17.00 oder gegen 23.00 und 53 Mal in der italienischen Schweiz gegen 23.00.

Es gibt zwei neue Spot-Reihen: bekannte Schweizer Ärzte, die über das sprechen, was nicht gefährlich ist; der Mime David spielt Szenen über das, was für die HIV-Übertragung ungefährlich ist; die 1987 bereits ausgestrahlten Spots: Präservativ, Ehering und Sprayer. Mit 100 Ausstrahlungen zwischen Mai und August 1988 ist der Spot "David" der auf Superchannel - einer in der Schweiz von bestimmten Kabelnetzen vertriebenen privaten englischen Senderkette - am häufigsten gesendete Spot.

Die Spots werden bei Interviews jeweils auch als Informationsquelle angegeben.

Für den erwähnten Zeitraum wurde die zu den Ausstrahlungszeiten der Spots anwesende Zahl von Personen vom System "télécontrolé"⁴¹ der SRG in der Deutschschweiz auf 45'000-1'141'000 (Durchschnitt: 11 % der Bevölkerung) geschätzt, 0-236'000 (Durchschnitt: 2.4 % der Bevölkerung) in der Romandie und 0-32'000 (Durchschnitt: 3.2 % der Bevölkerung) im Tessin.

Die Einwohner haben theoretisch die AIDS-Präventionssspots in der Deutschschweiz durchschnittlich 9.6 Mal gesehen, 1.5 Mal in der Welschschweiz

⁴⁰ Schweizer Illustrierte, Schweizer Woche, Tele, Schweizer Familie, Sonntags-Zeitung, Illustré, L'Hebdo, Radio TV 8, Femina, Corriere del Ticino, Giornale del Popolo, Il Dovere, Eco di Locarno.

⁴¹ Angaben von Th. Steinmann, Delegierter des Forschungsdienstes des SRG.

und 1.7 mal im Tessin. Berechnet wurde diese Schätzung anhand der Anzahl Personen, die zur Sendezeit der Spots jeweils vor dem Bildschirm sassen.

Tabelle 10 : Ausstrahlung von Spots

	Deutsche Schweiz	Französische Schweiz	Italienische Schweiz
Anzahl Ausstrahlungen	85	61	53
Anzahl Fernsehzuschauer (Mittelwert)	511'000	32'800	8'750
% Zuschauer-Quote (Mittelwert)	11.3 %	2.4 %	3.2 %
Anzahl Ausstrahlungen pro Einwohner	9.6	1.5	1.7
Ausstrahlungsspitzen	20 h	17 h et 23 h	23 h

(Für die Periode vom 1. November 1987 bis am 15. September 1988).

Die unterschiedlichen Einschaltquoten, die für die Deutschschweiz und die beiden anderen Regionen verzeichnet wurden, sind eindeutig durch die Sendezeit der Spots erklärbar. In den seltenen Fällen, in denen die Spots in der Romandie und im Tessin gegen 20.00 Uhr ausgestrahlt wurden, lag die durchschnittliche Zuschauerzahl wie in der Deutschschweiz bei etwa 10 %.

Erwähnt sei auch, dass die Spots zwischen Ende März und Anfang Juni 1988 auf dem französischsprachigen Sender nicht ausgestrahlt wurden.

Der STOP-AIDS-Bus

Durch die Inbetriebnahme des STOP-AIDS-Busses⁴² im Mai 1988 wurde es möglich, bei Veranstaltungen mit grossem Publikumsandrang (Festivals, Konzerte, Messen, Aktionen der regionalen AIDS-Hilfen, Pariser-Invasionen in Zürich, Bern und Genf...) Präventions-Aktionen durchzuführen. Dieser Bus soll die Nähe zur Bevölkerung fördern und die zwischenmenschliche Kommunikation verbessern.

Zwischen dem 1.Mai und dem 4.Dez. (218 Tage) war ein Team von 1 bis 5 Personen insgesamt 112 Tage mit diesem Bus unterwegs und besuchte 46 Veranstaltungen (36 in der Deutschschweiz, 9 in der Romandie und 1 im

⁴² Quelle : Rapport d'activité de C. Roggli, responsable du bus.

Tessin)⁴³. Den 200'000 meist 15-35jährigen Personen, die zum Bus kamen, wurden 70'000 Präservative, mehr als 1000 Nadeln und Spritzen, an die 80'000 Broschüren und etwa 70'000 Aufkleber ausgeteilt. Die ältesten zögerten am meisten, näherzutreten, suchten aber das Gespräch; auf die Jugendlichen übten vor allem die Aufkleber und die Präservative eine grosse Anziehungskraft. In der Romandie waren Offenheit und Gesprächsbereitschaft grösser als bei vergleichbaren Aktionen in der Deutschschweiz; teilweise lässt sich dies vielleicht durch die grössere Zahl der Personen erklären, die den Bus betreuten.

Hauptgesprächsthemen waren die Sicherheit der Präservative, die HIV-Antikörpertests, der jetzige Wissensstand und die Statistiken. Persönliche Probleme werden allerdings selten oder nur indirekt angesprochen. Da die Resultate dieser Aktion ermutigend waren - 1988 konnten nicht alle Anfragen von regionalen AIDS-Hilfen positiv beantwortet werden -, wird Anfang 1989 ein zweiter Bus in Betrieb genommen.

Die "Pariser-Invasionen"

Im Herbst 1988 zogen rund 40 Personen in weisser Arbeitskluft mit der Aufschrift "STOP-AIDS" während zwei Stunden durch die Strassen Zürichs, Berns und Genfs. Jedesmal verteilten sie 10'000 Präservative, eine Gebrauchsanweisung und Luftballone mit der Aufschrift "STOP-AIDS". In der regionalen Presse fanden diese Aktionen grossen Widerhall.

5.1.2 Die landesweiten Aktionen der AHS

Die AHS setzte ihre spezifische Tätigkeit fort, insbesondere⁴⁴ :

- Verteilung eines Dossiers über soziale und politische Prinzipien der AIDS-Bekämpfung an politische Kreise und die Presse⁴⁵,
- Erarbeitung der Broschüre "Le labyrinthe SIDA"⁴⁶ über Versicherungs- und Arbeitsplatzprobleme wegen Seropositivität und AIDS,
- Durchführung von 4 "Frauen und AIDS"-Tagen mit jeweils mehreren Hundert Teilnehmern, vor allem Sozialarbeitern,

⁴³ Die wichtigsten Veranstaltungen waren : 10 jours contre le SIDA (Genève), Luzerner Gewerbeausstellung (Luzern), Theater (Liestal), Zollschnle (Liestal), 24 heures à trotinettes et festival de la BD (Sierre), Discofestival (Chur), Open-Air (Zursach, Olten, Frauenfeld, Frick, Arbon, Seewen), festival de jazz (Montreux), Paléo festival (Nyon), Aufnahmen für 3SAT (Basel), festival du film (Locarno), concert Michael Jackson (Lausanne), Musikfestwochen (Winterthur), festival Hot Point (Lausanne), Theaterspektakel (Zürich), LIGHA (Schaan), HESO-Disco (Solothurn), EBEL Swiss Indoors (Basel), foire du Valais (Martigny), OLMA (St Gallen), Herbstmesse (Basel), 1er décembre (Genève), actions de rue (Liestal, Sissach, Gelterkinder, Waldenburg, Bern, Zofingen, Schaffhausen), invasion préservatifs (Zürich, Bern, Genève).

⁴⁴ Quelle : Politische und strategische Präventions- und AIDS-Bekämpfungsmassnahmen in den Kantonen. Studie Nr. 10.

⁴⁵ Rosenbrock R. AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik an Beispiel einer Infektionskrankheit. Hamburg, VSA Verlag, 1986.

⁴⁶ Charbonney R. Le labyrinthe SIDA. ASS, 1988.

- Herausgabe zweier Anleitungen für Präservative: "Véronik und Vladimir"⁴⁷ erklärt, wie man über die Verwendung von Präservativen sprechen soll, aber nicht, wie man sie benützt;
- "Du und ich : wir ziehen uns ..." ⁴⁸, eine kleine Broschüre mit Erklärungen über die Verwendung von Präservativen, die als Begleitmassnahme bei der Verteilung von Präservativen dienen soll,
- Weiterführung der Marketingkampagne der Präservativmarke Hot Rubber,
- Erstellung eines Berichts über die Prävention in homosexuellen Kreisen⁴⁹.

Zusätzlich betätigte sich die AHS während des ganzen Jahres in den Bereichen Information und Unterstützung der 19 regionalen Gruppen (telefonische Beratung, Vorträge, Begleitung...) und trat insbesondere am 1. Dezember, dem Welt-AIDS-Tag, koordiniert auf (siehe 5.2.3).

5.1.3 Die Präventions-Aktionen des BAG

Parallel zu den Massenaktionen produziert das BAG im Februar 1988 eine neue Version des Unterrichtsmaterials "Leben und Lieben ohne Angst", zu dem eine Broschüre, eine Dia-Reihe und ein Tonband gehören, die für Erzieher und Personen gedacht sind, welche Vorträge halten. Dieses Material wird an bestimmten Schulen und von den Rekrutenschulärzten rege benützt.

"Notre approche du SIDA - reflet de l'évolution d'une civilisation"⁵⁰ enthält Überlegungen über die AIDS-Epidemie, ihren Verlauf, die verfügbaren Bekämpfungsmittel, die Zukunftsperspektiven und die Reaktionen der Gesellschaft. Dieses Dokument dient als Hintergrundmaterial für die in der Schweiz entwickelte Bekämpfungsstrategie.

Das "PS Magazin Männer", ein vom BAG herausgegebenes Informationsjournal über AIDS, wurde im Juni 1988 sehr breit gestreut in den grossen Schweizer Zeitschriften als Beilage verteilt. Nachdem das "PS Magazin Jugend" im Herbst 1987 in zahlreichen Exemplaren in Jugendzeitschriften abgegeben worden war, wurde es 1988 über den Weg der Schulen ebenfalls breit verteilt.

Die AIDS-Prävention war in Form einer Ausstellung und eines Fragespiels auf Mikrocomputern, bei dem zwei Betreuer ständig zugegen waren und Fragen der Messebesucher beantworteten, ebenfalls an den grossen Handelsmessen der Schweiz vertreten: MUBA (Basel), BEA (Bern), und Comptoir Suisse (Lausanne). Mehrere Tausend Personen hielten an und nahmen am Spiel teil⁵¹.

⁴⁷ Véronik und Vladimir : Präservative-Gebrauchsanleitung, AIDS-Hilfe Schweiz, 1988.

⁴⁸ "Du und ich : wir ziehen uns ..." (über den alltäglichen Umgang mit Präservativen), AIDS-Hilfe Schweiz, 1988.

⁴⁹ Homosexuelle und AIDS. Der Versuch einer Bewältigung. Ein Situationsbericht aus der Schweiz. Okt. 1988, AIDS-Hilfe Schweiz.

⁵⁰ Kocher K-W, Staub R. Unser Umgang mit AIDS. AIDS - Ein Gradmesser des zivilisatorischen Prozesses. Dokumentation 2 STOP-SIDA. BAG/AHS, Juni 1988.

⁵¹ Tschopp A, Hornung R, Gutzwiller F, Hausser D. Besucherbefragung über AIDS an der MUBA und an der BEA 1988. Schweiz Aerztezeit, 1988; 69 : 1909-1912.

Ferner beliefert das BAG über sein Bulletin⁵² die "grosse Presse" mit Informationen, die allerdings nur epidemiologische Angaben und Hygienemassnahmen betreffen; über die Prävention wird praktisch nichts gesagt. Hingegen werden die vom BAG vertretenen Präventions-Massnahmen in der medizinischen Presse oft erklärt und verteidigt.

5.1.4 Vielfältige Bemühungen und Aufnahme der Botschaften

Sicherlich ist diese Liste der Aktionen der Schweizer AIDS-Bekämpfungskampagne nicht vollständig. Sie zeigt deutlich die grosse Zahl und die Verschiedenheit der in der ganzen Schweiz unternommenen Bemühungen.

Die in den verschiedenen qualitativen Erhebungen befragten Personen - seien es beruflich Betroffene oder Unbeteiligte - erwähnen im Zusammenhang mit der AIDS-Kampagne spontan vor allem die Plakate, insbesondere jene mit "STOP-AIDS", "BLIIB TREU" und etwas weniger häufig die Plakate mit der Spritze. Auch die Serie "Sonnenuntergang" und "Mondschein" wird oft genannt. Insgesamt stossen die Plakate in der Öffentlichkeit auf Anklang. Ebenfalls erwähnt werden die Kino- und Fernsehspots, die von sehr vielen Personen - allerdings nicht oft - gesehen wurden. Die Broschüre an alle Haushalte aus dem Jahr 1986 blieb ebenfalls vielen Personen im Gedächtnis. Die Botschaften zum Thema "Was nicht ansteckt" (Inserate im Werbeteil, Spots "David" und "Ärzte") werden nur selten genannt.

Daraus kann man ableiten, dass visuelle Eindrücke erinnert werden, dass aber geschriebene Informationen übergangen werden. Vielleicht bedeuten diese Reaktionen, dass die Bevölkerung überzeugt ist, über Grundkenntnisse zu verfügen. Man interessiert sich nur für das, was für einen selbst oder für nahestehende Personen relevant ist, also für Sexualität, Partnerwechsel und Treue.

5.2 Multiplikator-Aktionen auf kantonaler Ebene

Auf kantonaler Ebene regt das BAG Multiplikator-Aktionen an, die vor allem in die Bereiche Erziehungs- und Gesundheitswesen gehören und auch an Berufsgruppen (Pflegepersonal, Sozialarbeiter...) oder Institutionen gerichtete sind. Im allgemeinen sind all diese Multiplikator-Aktionen der AIDS-Bekämpfung kleineren oder spezifischen Gruppen gewidmet.

Gesamtschweizerisch sind die Jugendlichen Ziel der meisten AIDS-Aufklärungs-Aktionen, die von den Kantonalbehörden beschlossen wurden. Hierbei handelt es sich vorwiegend um Schulprogramme für die AIDS-Information, wobei das spezifische Unterrichtsmaterial für die Jugendlichen und für die Lehrkräfte teilweise von den Kantonen zusammengestellt wird.

Andere Präventions-Aktionen der Kantone verfolgen das Ziel, die HIV-Übertragung in Drogenkreisen zu begrenzen. Im vorliegenden Fall werden lediglich die speziell für die Strassenszene in Basel, Bern und Zürich bestimmten Interventionen untersucht.

Ferner entfalten auch die regionalen AIDS-Hilfen in den Kantonen zahlreiche Tätigkeiten, die teilweise in den Bereich der Prävention gehören.

⁵² Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen, erscheint wöchentlich.

Das Konfrontiertsein mit der AIDS-Epidemie hat ganz allgemein dazu geführt, dass die Frage auf politischer Ebene angegangen wird; dies mit Auswirkungen auf die Prävention, die zusammen mit den Auswirkungen bestimmter Aspekte der Bundespolitik im folgenden Kapitel behandelt werden (6.3.2).

5.2.1 In den Schulen

Entsprechende Programme wurden 1987 und im ersten Halbjahr 1988 von den 26 Schweizer Kantonen entworfen. Theoretisch dürften fast alle Schüler der 7., 8. oder 9. Schulklasse über AIDS und Prävention informiert worden sein und eine Broschüre erhalten haben⁵³.

Zwei Typen von Strategien kamen zur Anwendung. Dank einer langen Tradition der Sexualaufklärung an den Schulen wurden die Themen AIDS-Bekämpfung und Umgang mit AIDS in mehreren Kantonen der Romandie in die bereits bestehenden Unterrichtsstrukturen eingebettet und speziell ausgebildeten, vom Lehrkörper und zuweilen von den Schulbehörden unabhängigen Personen anvertraut. In der deutschen Schweiz haben die Lehrer, nachdem ihnen die Grundkenntnisse vermittelt wurden, den Auftrag, ihren Schülern die wichtigsten Informationen über AIDS in auf das jeweilige Alter der Schüler abgestimmter Form zu geben. Dadurch waren die Schulbehörden gezwungen, Informations- und Lehrinhalte hinsichtlich AIDS, aber auch zum Thema Sexualität, zu definieren. In beiden Fällen wurden Elternabende organisiert.

Diese Programme sind für Kinder und Schüler gedacht, deren Alter in 8 Kantonen bei 13 Jahren liegt, in 16 Kantonen bei 14 Jahren und in 2 Kantonen bei 15 Jahren. 18 Kantone verteilen Informationen an die Schüler weiterführender Schulen (Berufsschulen, Universität).

Das Unterrichtsmaterial

In Tabelle 11 werden die Broschüren vorgestellt, die für die Schüler der verschiedenen Schweizer Kantone verwendet werden. Die an die Schüler abgegebenen Unterrichtsmaterialien ergeben ein einheitliches Gesamtbild; sie beinhalten alle wichtigen Angaben über die Krankheit und die Prävention (Information über Entstehung und Entwicklung von AIDS, epidemiologische Angaben und Fakten, Risikoverhalten und Ansteckung, risikofreie Verhaltensweisen und Schutzmassnahmen, Umgang mit seropositiven und kranken Menschen). Der Leser wird aufgefordert, Schutzverhalten anzunehmen und verantwortungsbewusst zu handeln. Allen Unterlagen ist eine Liste mit den Adressen von medizinischen Diensten und Informationsstellen beigelegt, wobei die Leistungen dieser Dienste jeweils nicht beschrieben sind. Auch wird dazu aufgefordert, sich an Vertrauenspersonen zu wenden, beispielsweise Eltern, Lehrer, Ärzte oder Seelsorger.

Zusätzlich zu den 7 Broschüren wurden zahlreiche Faltprospekte mit der Absicht angefertigt, auf das AIDS-Problem aufmerksam zu machen und die wesentlichen Merkmale der Prävention in Erinnerung zu rufen. Diese Unterlagen sind nicht ausschliesslich für Schüler, sondern für alle Jugendlichen gedacht.

⁵³ Quelle : Schulprogramme (Studie Nr. 11). Politische und strategische Präventions- und AIDS-Bekämpfungsmassnahmen in den Kantonen (Studie Nr. 10).

Tabelle 11 : Liste der an die Schüler verteilten Broschüren.

-
1. AIDS - Leben und Lieben ohne Angst (deutsch/französisch), BAG/AHS, 1988, 20 S. (AI, GL, GR, SH, SO, SZ).
 2. PS Magazine - AIDS - Sonderheft für Jugendliche (deutsch/französisch/italienisch) ,BAG, 1987, 16 S. (BS, GE, SH, SO, VD).
 3. AIDS- Ich doch nicht, Schweiz. Jugendschriftenwerk, Zürich, 1988, 50 S. (in AI verwendet).
 4. AIDS - Steck Dich nicht an. Broschüre für die 14-15jährigen. (deutsch/französisch), Erziehungs-departement, Bern, 1987, 16 S. (AG, BE, LU, SO, ZH).
 5. AIDS - Steck Dich nicht an. Broschüre für die 16-18jährigen. (deutsch/französisch), Erziehungs-departement, Bern, 1987, 20 S. (AG, BE, LU, ZH).
 6. Schülerfragen zu AIDS und mögliche Hilfen zu ihrer Beantwortung, Pestalozzianum und Erziehungsdirektion Zürich, 1987, 8S. (in ZH und GL verwendet)
 7. AIDS- Informazioni sulla sindrome da immunodeficienza acquisita. Testo destinato agli allievi della scuola media e delle scuole postobbligatorie, Dip. delle opere sociali e della pubblica educazione, Ticino, 1988, 15 p. (in TI verwendet)
-

Die verschiedenen, für Schüler bestimmten Unterlagen wurden auf die Verteilung/Gewichtung der angesprochenen Themen hin analysiert. Hinsichtlich des Inhalts dieser verschiedenen Dokumente ergab sich ein einheitliches Bild. Sie sind jeweils praktisch zur Hälfte dem Thema Prävention gewidmet (Safer Sex, Risikoverhalten, Dokumentations- und Adressenliste). Ein Drittel bezieht sich auf die medizinischen und biologischen Aspekte von HIV. Weniger als ein Viertel betrifft Beziehungs-, soziale und ethische Aspekte. In den Broschüren und Informationsblättern ist die Informationsvermittlung jeweils folgendermassen gegliedert :

1. Warum soll man sich informieren ?
2. Was ist AIDS ?
3. Wie überträgt sich AIDS ?
4. Wie schützt man sich davor ?
5. Wo und bei wem sind zusätzliche Informationen erhältlich ?

Angesichts der Tatsache, dass das Zielpublikum aus Jugendlichen besteht, die ins sexuell aktive Alter eintreten, ist es allerdings bedauerlich, dass die positiven Aspekte der Sexualität häufig nicht erwähnt werden, dass das Thema "Safer Sex" nur angetönt wird und dass man nicht oft von ungefährlichen Sexualpraktiken wie Zärtlichkeit, Flirt, Petting und Streicheln spricht.

Hinsichtlich der didaktischen Gestaltung der Dokumente gilt, dass Text und Bild gute visuelle Anreize bieten und gut leserlich sind. Die Illustrationen

zeigen lebensnahe Situationen, wobei eher das Bild einer gesunden Jugend in gesunden Verhältnissen überwiegt.

Alle Botschaften, die an die Schüler gerichtet sind, wurden deutlich in aufeinanderfolgende thematische Kernpunkte gegliedert. Sprache und Wortwahl sind direkt, erzählerisch, relativ neutral und ohne moralischen Unterton.

Für die Lehrer wurde ebenfalls Material herausgegeben oder zur Verfügung gestellt. Es gab drei Arten von Dokumenten: 1. ein Ordner mit didaktischem Material, das den Lehrern bei der Lektionsvorbereitung helfen soll (siehe Tabelle 12), 2. Unterlagen zur AIDS-Information für Schüler und 3. Dossiers mit einer Sammlung von verschiedenen Dokumenten (Presseartikel, wissenschaftliche Artikel oder Auszüge daraus...), nach Themen gegliedert - medizinisch, Präventiv, sozial.

Tabelle 12 : Liste von Unterrichtsmaterialien zuhanden der Lehrerschaft

-
1. AIDS - Info-Elemente 2/88 : 80 dias, Bildkommentar-Heft, Dias-Tonband. BAG, 1988.
 2. AIDS-Information für die Schule: Systematische Ideensammlung für den Einbezug von AIDS in verschiedene Fächer /Bildkommentar / Merkblatt für Lehrer mit türkischen Schülern / Evaluationsbogen / Schülerfragen zu AIDS- /Die Immunschwächekrankheit. Pestalozzianum und Erziehungsdirektion Zürich 1987.
 3. Arbeitsmaterial für die Schule. Sabe, 1988.
-

Umsetzung der Präventionsprogramme in den Schulen

Da die Studie zur Evaluation der Schulprogramme (in den Kantonen ZH, BE und BS) noch nicht abgeschlossen ist, können noch keine Aussagen über die Umsetzung der Programme oder darüber gemacht werden, wie die Lehrer, die anderen Fachleute, die Schulleitungen, die Schüler und Lehrer zu der Einführung von AIDS-Präventions-Programmen Stellung genommen haben.

Alle Kantone verfügen zwar über ein Programm, doch haben es noch nicht alle Schulen angenommen. Insgesamt befürworteten die Eltern die Prävention in den Schulen, doch zeigen einige Leserbriefe, eine Petition in Zürich, eine lange Auseinandersetzung im Anschluss an einen parlamentarischen Vorstoss im Sankt Galler Grossrat und ein Presseartikel eines waadtländer Regierungsrats, dass im Hinblick auf die Eingliederung der AIDS-Information in den Schulen oder die dafür gewählte Form keine Einstimmigkeit herrscht.

Beobachtungen in Basel-Stadt zeigen, dass Aufklärungsarbeit, die auf den kognitiven Aspekt beschränkt ist, keinen adäquaten Umgang mit der AIDS-Frage ermöglicht. Die AIDS- und Sexualerziehung muss dringend auch auf soziale, gefühlsmässige und verhaltensgebundene Aspekte ausgedehnt werden. Dazu

bedarf es neuer pädagogischer Konzepte und eines starken persönlichen Engagements⁵⁴.

Die Erfahrungen der Leiterinnen von Sexualaufklärungskursen im Kanton Waadt lassen ähnliche Schlüsse zu⁵⁵. Die Beauftragten sind sich dessen bewusst, dass es mit der Information und Erteilung von Ratschlägen in Form von Slogans, die ständig wiederholt werden, nicht getan ist. Es gilt, einen Schritt weiterzugehen, gegenüber den Problemen und Fragen der Jugendlichen im Gefühls- und Sexualbereich "auf Empfang zu schalten", vor allem da viele von ihnen noch keine Erfahrungen mit der Sexualität haben. Zwar sind die Jugendlichen der Prävention gegenüber positiv eingestellt, doch fällt ihnen der Schritt von der Theorie zur Praxis nicht leicht. Die Kursleiterinnen können ihnen helfen, die Gefühls- und Beziehungsaspekte der sexuellen Begegnung und des AIDS-Risikos zu meistern. Versichern, Küssen sei nicht gefährlich, ist mehr als nur eine Information: man trägt den tatsächlichen Praktiken der Jugendlichen im Schulalter Rechnung und wird dem Bedürfnis nach Anerkennung dieser Praktiken gerecht.

5.2.2 Pilotprogramme für Drogenabhängige "auf der Strasse"

Die HIV-Übertragung durch Austausch von nichtsterilem Injektionsmaterial ist ein brennendes Problem, das in der Schweiz bei den Personen besteht, die Heroin, Kokain, Methadon, Amphetamine etc. intravenös spritzen⁵⁶.

Bei den Personen, die sich Drogen intravenös verabreichen, kann man folgende grobe Unterscheidung treffen:

- Drogenabhängige, die mit medizinischen oder sozialen Diensten in Kontakt stehen und dort Hilfe suchen; sie nehmen mehr oder weniger aktiv an Entziehungsprogrammen teil und sind durch Präventionsprogramme und sogar durch die Abgabe von Präservativen erreichbar,
- Drogenabhängige, die keinen Kontakt zu diesen Diensten haben und in der Gesellschaft integriert sind; sie fallen nicht auf und werden in den Diskussionen über das Drogenproblem selten erwähnt (sie stören nicht...); man kann davon ausgehen, dass sie über die gleichen Kanäle, wie die "allgemeine Bevölkerung" mit Präventionsbotschaften angesprochen werden können,
- Drogenabhängige, die am Rande der Gesellschaft leben und keine Hilfe seitens der Sozialdienste anfordern; diese letzte Gruppe (die Drogenabhängigen aus Randgruppen) ist in Städten, in der "Szene" zu finden und lebt oft in sehr prekären und verwahrlosten Verhältnissen; an diese Menschen kommt man nur sehr schwer heran, da sie grosses Misstrauen gegenüber Institutionen haben, die in ihren Augen mit Kontrolle, Meldesystem, Bestrafung und Repression gleichzusetzen sind.

Sie sind alle in unterschiedlichem Masse durch die AIDS-Epidemie betroffen, wobei die letzte Gruppe am problematischsten ist und wahrscheinlich den grössten HIV-Durchseuchungsgrad aufweist.

⁵⁴ Rordorf R. Bemerkung zur AIDS-Aufklärung 1987 in den Basler Schulen. Dissertation. Basel, 1988.

⁵⁵ Chatterji C, Weber-Jobé M. L'expérience de deux animatrices en éducation sexuelle. In Faire face au SIDA. Sous la direction de J. Martin, Lausanne, Editions Favre, 1988.

⁵⁶ Quelle: Pilot-Interventionsprogramme für Drogenabhängige. Studie Nr. 12.

Sowohl auf nationaler als auch auf kantonaler Ebene herrscht Einigkeit darüber, dass in diesem Bereich dringend gehandelt werden muss, dass man versuchen muss, die Virus-Übertragung zu verringern oder ganz zu beheben. Bis hierhin ist man sich einig. In der weiteren Diskussion überwiegen jedoch die gegensätzlichen Standpunkte. Soll man gegen die Drogen kämpfen, um gegen AIDS zu kämpfen? Soll man im Gegenteil den Drogenkonsum tolerieren und etwas gegen die gemeinsame Benützung von Spritzen, Nadeln und Löffeln unternehmen? Müssen beide Strategien zur Anwendung kommen? Oft herrscht bei diesen Diskussionen ein so leidenschaftliches Klima, dass es beinahe unmöglich wird, Interventions-Projekte (selbst Pilotprojekte) zu entwickeln, die objektive Kriterien liefern und als Zünglein an der Waage fungieren könnten.

Für ein "Drop-in" ist es natürlich schwierig, durch Vorbeugung und Entziehung gegen den Drogenkonsum anzukämpfen und gleichzeitig Spritzen zu verteilen, um gegen die gemeinsame Verwendung von verschmutztem oder infiziertem Spritzbesteck anzukämpfen.

Da die Drogenabhängigen auch Geschlechtsbeziehungen haben, stellt sich hier ebenfalls das Problem der sexuellen HIV-Übertragung. Daraus folgt, dass die Präventionsbotschaft an dieses Zielpublikum immer die Botschaft "keine gemeinsame Benützung von Spritzbesteck" mit "Präservativgebrauch bei Geschlechtsverkehr" miteinander verbinden sollte.

Es wurden einige speziell auf Drogenabhängige der Strassenszene abgestimmte Interventionsprogramme entwickelt. Drei davon (in Basel, Bern und Zürich) sind gegenwärtig Gegenstand einer Evaluation⁵⁷. Über den historischen Hintergrund der Projekte und die Entwicklung des Konzepts als Folge des sozialen und politischen Drucks liegen Angaben vor, doch fehlen weitgehend Informationen über ihren Verlauf. Entweder ist das Projekt noch zu neu, oder es traten Störfaktoren aufgrund von Ausseneinflüssen auf, oder die Gassenarbeiter sind besorgt über die möglichen Auswirkungen der Evaluation auf die Zukunft des Programms und auf seine Benützer, da diese Fragestellung Teil der Evaluation ist.

Das Beispiel Bern

Die vom Kanton Bern und den 25 Gemeinden im Stadtgebiet von Bern finanzierte Stiftung Contact befasst sich mit allen Aspekten des Drogenproblems: Primäre Vorbeugung, insbesondere über die Schulen, sekundäre Vorbeugung (mehrere Drop-ins) und Beratungsstellen, Gassenarbeit, soziale Betreuung und Entziehung. Im Juni 1986 eröffnete diese Stiftung eine Anlaufstelle für Drogenabhängige, die zu einem Begegnungsort in der Drogenszene wurde. Seit zwei Jahren ist dort die Durchführung von Injektionen unter ruhigen und hygienischen Bedingungen offiziell toleriert. Aufgrund eines Rechtsgutachtens der Staatsanwaltschaft führt der Drogenkonsum in diesem Rahmen zu keiner Strafverfolgung. Drogenhandel ist in diesem Begegnungsort jedoch strengstens verboten. Geöffnet ist die Einrichtung 4 Mal wöchentlich während den Abendstunden; 3 Erzieher sind ständig anwesend.

Diese in ein Gesamtprogramm integrierte Aktion wird von der Vorstellung geleitet, dass es für bestimmte Drogenabhängige, die zurzeit von der Droge nicht loskommen wollen oder können, möglich sein soll, ohne Formalitäten und ohne Verpflichtung mit Erziehern in Kontakt zu treten und Hygienemassnahmen einzuüben (hauptsächlich die Verwendung von sterilen, frei verfügbaren Nadeln).

⁵⁷ Flückiger M, Spreyermann C. Zwischenbericht zur Evaluation der Aktion "Sprützerhüsli" in Basel (unveröffentlicht).

Die AIDS-Prävention ist nur ein entscheidender Aspekt dieses Projekts, das auch den Bedürfnissen nach Hilfe und Aufnahme dieser Menschen entspricht, die in Elend und Einsamkeit leben und ausser mit der Polizei und dem Justizwesen keine Kontakte zu öffentlichen Stellen haben. Der Aspekt des Drogenverzichts fehlt in diesem Projekt nicht, doch besteht er nur in einem von Zwang und Repression oder sozialer Ausgrenzung freien Sinn; das Vertrauensverhältnis zum Erzieher soll die Fixer dabei unterstützen, selbst eine Motivation zur Änderung ihrer Lage zu finden.

In die Berner Anlaufstelle kommen an den geöffneten Abenden 50-80 Personen. Der Raum ist zu klein und nicht häufig genug geöffnet (4 Mal 3 Stunden wöchentlich), so dass die Atmosphäre häufig durch Stress geprägt ist. Zusätzlich führten Probleme mit der Nachbarschaft zu einer vorübergehenden Schliessung. Schliesslich ist auch die Polizei zu erwähnen, die den Raum zwar nie betritt, aber regelmässig in der unmittelbaren Umgebung patrouilliert und oft Identitätskontrollen durchführt. So kann im Quartier ein ruhiges Klima sichergestellt werden. Jedoch kommt es gelegentlich auch zu Razzien, bei denen die ganze Strasse abgeriegelt wird, was auf langsam entstandene Vertrauensbeziehungen destabilisierend wirkt. Die Stiftung Contact und die Stadt Bern haben vor, einen zweiten, ähnlichen Begegnungsort zu eröffnen.

Das Beispiel Basel

Die Aktion Sprützhüsli ist ein 1988 von der AIDS-Hilfe beider Basel (AHbB) und dem Verein für Gassenarbeit "Schwarzer Peter" durchgeführter Versuch. Seit Anfang Juni 1988 dient ein Raum im ersten Stockwerk eines eher auffälligen, 5 Minuten vom Zentrum der "Szene" gelegenen Hauses als Ort für die Verbreitung von Informationen sowie als Spritzentausch- und Präservativabgabestelle. Der Raum ist jeden Abend geöffnet; pro Tag werden mehrere Drogenabhängige empfangen.

Doch warum das "Sprützhüsli", und warum in dieser Form? Die gegenwärtige Interventionsform entspricht nämlich weder den bereits entwickelten Vorhaben, noch den bestehenden Bedürfnissen.

Die erste für diese Gruppe der "Gassen-Fixer" durchgeführte Präventionsaktion geht auf den Sommer 1987 zurück. Während 3 Monaten hatten Freiwillige derselben Organisationen den Drogenabhängigen auf der Gasse neue Spritzen abgegeben, die im Prinzip gegen gebrauchte Spritzen eingetauscht wurden. Auf diese Weise wurden 4500 Spritzen verteilt. Während die Aktion von den Initianten bereits suspendiert worden war, wurde eine Petition mit 3000 Unterschriften dagegen eingereicht; aufgrund einer Interpellation wurde die Debatte in den Grossen Rat getragen, wobei es hauptsächlich um die Kriminalität in Kleinbasel und um die nachteiligen Auswirkungen der Aktion von AHbB und Schwarzer Peter ging.

Im September 1987 wurde die kantonale Alkohol- und Drogenkommission mit der Entwicklung des Konzepts eines "Gassenzimmers" beauftragt. Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der AHbB, des Drop-In, des Schwarzen Peters, des Jugendamtes Basel-Stadt und der Koordinations- und Beratungsstelle für Alkohol- und Drogenfragen, machte sich an die Arbeit und legte der Alkohol- und Drogenkommission im Februar ein Projekt vor. Letztere unterstützte auf zaghafte Weise die Idee einer Anlauf- und Informationsstelle mit Spritzen- und Präservativabgabe, in der Heroinkonsum möglich wäre. Allerdings war keinerlei Finanzierung durch den Staat vorgesehen und zwischen den verschiedenen Partnern kam es zu Meinungsverschiedenheiten, so dass das Projekt nicht weiterentwickelt wurde.

So kam es, dass schliesslich das "Sprützhüsli" eingerichtet und toleriert wurde. Werbung für diesen Ort ist jedoch verboten; auf Plakaten darf nicht erscheinen, wo er sich genau befindet. Zudem behinderte das periodische Eingreifen der Polizei in der Gassenszene den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Drogenabhängigen, Betreuern und Behörden. Da das Sprützhüsli weniger benütznah ist, werden weniger Besucher registriert und der Erfolg der Aktion ist verglichen mit dem Vorjahr geringer.

Das Beispiel Zürich

Das "Zürcher Interventions-Pilotprojekt gegen AIDS für Drogengefährdete und Drogenabhängige (ZIPP-AIDS)" begann im Dezember 1987. Nach der Genehmigung des Projekts durch die Abteilung für Sozialpsychiatrie und das Institut für Immunologie der Universität Zürich war eine über einjährige Anlaufphase nötig. Ziel dieses Projekts ist die Versorgung der Drogenabhängigen mit Information und mit medizinischer Basis- oder Nothilfe. Ebenfalls angeboten werden Spritzen- und Nadeltausch und Präservative. Diese Einrichtung arbeitet in ehemaligen öffentlichen Toiletten am Platzspitz - dem Ort, der von den Gassenfixern aufgesucht wird.

Andere parallele Aktionen leisten seit einigen Monaten auch einen Beitrag an die Überlebenshilfe für jene Angehörige der Zürcher Szene, die am verwahloseten sind. (/ZAJIP, Rotes Kreuz, Kirchen...).

Das vom BAG für zwei Jahre finanzierte ZIPP-AIDS-Projekt wird vom Kanton und von der Stadt in bescheidenem Masse unterstützt. Es wird von zwei ÄrztInnen und einem (einer) Krankenpfleger (Krankenschwester) betreut.

In den ersten 20 Tagen wurden 6000 Spritzen abgegeben, 5000 benützte Spritzen zurückgegeben und 2000 Präservative mitgenommen; 600 Gespräche wurden geführt und 20 Blutproben für einen HIV-Antikörper-Test entnommen. Es kamen 250-300 Personen täglich. Zusätzlich wurden 54 künstliche Beatmungen durchgeführt.

Diese ersten Erfahrungen beweisen, dass ein bestehendes Angebot - Information, Spritzen, Präservative - von den Personen, die es brauchen, auch wahrgenommen wird.

5.2.3 Die Aktionen der regionalen AIDS-Hilfen

Die regionalen AIDS-Hilfen entfalten immer zahlreichere Tätigkeiten (als Initianten der AIDS-Aktion in den Kantonen, auch wenn sie nicht offiziell den Auftrag haben, deren Politik zu definieren)⁵⁸. Sie organisieren Vorträge und Schulungsveranstaltungen, auch für die Ausbildung des Personals von öffentlichen Diensten (soziale und psychologische Aspekte der Betreuung).

Im Gegensatz zu den staatlichen Stellen arbeiten die regionalen AIDS-Hilfen mit einem eher integrativen Ansatz. Ihre Tätigkeit basiert auf der Verbindung zwischen Information, Sensibilisierung, Erziehung, Beratung, Begleitung, medizinischer und sozialer Betreuung, politischen und ethischen Aspekten und Solidarität und bedingt ein Funktionieren mit Netz(en). Diese Vorgehensweise kommt einerseits durch die Zusammenarbeit mit verschiedenen

⁵⁸ Quelle : Politische und strategische Präventions- und AIDS-Bekämpfungsmassnahmen in den Kantonen. Studie Nr. 10.

sozialen Diensten und andererseits durch das Zusammenkommen von motivierten Personen zustande, die aus verschiedenen Kompetenzbereichen kommen. Diese Verflechtung gewährt den regionalen AIDS-Hilfen politische und finanzielle Unterstützung und erlaubt es, alle Teilaspekte der AIDS-Problematik im Überblick zu betrachten.

In der Anfangszeit erwies sich die Finanzierung der regionalen AIDS-Hilfen als schwierig. In gewisser Weise erleichtert die Tendenz einiger dieser Stellen in Richtung mehr Professionalismus - manchmal nach dem Rücktritt von militanten Gründermitgliedern - die Kommunikation mit den politischen Strukturen, doch führt sie nicht immer zur Anerkennung von Rolle und Kompetenz der regionalen AIDS-Hilfen (die anhand der bedeutenden öffentlichen Finanzierungshilfen gemessen werden können). Dies obwohl die Aktionen der regionalen AIDS-Hilfen in die gleiche Richtung weisen wie die vom BAG vertretenen Positionen (Aspekte von sozialen, politischen und ethischen Werten), welche auch in Beratungskreisen gutgeheissen werden.

5.3 Multiplikator-Aktionen bei Angehörigen verschiedener Berufsgruppen

Aktionen für Personen, die in der Pflege und Betreuung von Kranken und Seropositiven arbeiten, sind nicht in erster Linie der Prävention gewidmet⁵⁹. Ärzte in Arztpraxen oder im Krankenhaus, das Pflegepersonal, die HIV-Antikörpertest-Sprechstunden und die Erzieher und Sozialarbeiter haben allerdings in mehrfacher Hinsicht bei der Prävention eine Multiplikatorrolle zu spielen :

- bei Anfragen oder Problemen der kranken oder infizierten Personen, aber auch jener Menschen, die befürchten, infiziert oder krank zu sein sowie indirekt des Umfelds ihrer "Klienten",
- durch die Übernahme von Ausbildungs- und Beratungsfunktionen zugunsten anderer Personen, die beruflich mit AIDS zu tun haben,
- durch Einflussnahme auf ihre eigene, nicht-berufliche Umgebung, da sie als "gut informiert" gelten.

5.3.1 Was wird getan ?

Im allgemeinen werden die befragten Vertreter verschiedener Berufsgruppen auf individueller oder kollektiver Ebene nur auf ausdrücklichen Wunsch der Klienten präventiv tätig. Diese Fachleute sind - im Sinne des beruflichen Know-hows und der Berufsethik - mehrheitlich nicht gehemmt und kompetent im Umgang mit präzisen Fällen oder Anfragen (beispielsweise Test).

Ausserdem werden sie immer häufiger mit Fällen von Seropositivität oder AIDS konfrontiert. Dies gilt beispielsweise für 43 % der frei praktizierenden Ärzte des Kantons Waadt⁶⁰ und für 88 % der Allgemeinpraktiker, die an der

⁵⁹ Quelle : Spitalpersonal (Studie Nr. 6). Praktizierende Ärzte (Studie Nr. 14). HIV-Test-Dienste (Studie Nr. 15). Programme zur Ausbildung von AIDS-Betreuern. (Studie Nr. 16).

⁶⁰ Meystre-Agostini G, Chave J-Ph, Glauser M-P. Etude en cours sur la fréquence des personnes séropositives ou malades du SIDA dans les cabinets médicaux vaudois. Lausanne, CHUV, 1988.

Sentinella-Studie⁶¹ teilnehmen und mindestens einmal gebeten wurden, einen HIV-Test durchzuführen. Zwei Drittel der sozialen und Erziehungsinstitutionen, die an unserer Erhebung teilgenommen haben, wurden mit seropositiven Menschen⁶² konfrontiert, die Hälfte hatte mit AIDS-Kranken zu tun, fast jede fünfte hat den Tod eines Kranken miterlebt.

In der Arztpraxis

Die befragten Ärzte geben zu Protokoll, dass meistens sie selbst ihrem Patienten nach einer Anamnese einen HIV-Test vorschlagen, wobei oft das Risiko der Beantragung eines Tests besprochen wird. Wenn das Testergebnis positiv ausfällt, besteht die Tendenz, den Patienten regelmässig im Sinne von Informationsvermittlung und Routineuntersuchungen zu betreuen, ohne dabei auf psychologischer Ebene als Berater aufzutreten. Viele Ärzte betonen ihre Schwierigkeiten gegenüber seropositiven Patienten, die bei ihnen Ohnmachtsgefühle wecken, da es sich nicht um "richtige Kranke", also nicht um eine Situation handelt, in der sie etwas unternehmen können. Sie fühlen, dass zwischen den Erwartungen des Patienten und dem, was sie ihnen geben können oder wollen, eine Kluft besteht. Es fällt ihnen schwer, die richtige Beziehungs-Distanz (ausgewogenes Verhältnis zwischen Zurückweisung und Fusion) zum Patienten zu finden und sie empfinden diese Patienten als grosse gefühlsmässige Belastung. Dies bezeugen folgende Äusserungen :

- "Wenn ich die Betreuung eines Seropositiven oder Kranken übernehme, muss ich fähig sein, dies konsequent zu tun - und das heisst beim gegenwärtigen Stand der Dinge bis zu seinem Tod".
- "Ich kann es nicht ertragen, bei einem seropositiven Patienten krampfhaft nach klinischen oder biologischen Zeichen suchen zu müssen, um objektives Material zu haben; diese Nicht-Krankheit, dieses Nicht-Wissen, das in den Tod münden kann, bewirkt bei mir Gefühle der Faszination und der Auflehnung".

Auf Anfrage werden Unterstützungsangebote gemacht, allerdings manchmal in Verbindung mit der Angst, sich anzustecken, gefühlsmässig stärker belastet zu werden und im Hinblick auf die steigende Zahl der Fälle mehr Zeit investieren zu müssen. So kommt es zu verschiedenartigen Ausweichmanövern (beispielsweise Aufteilen oder Verwässern der Verantwortungsbereiche).

Schon die Sentinella-Studie aus dem Jahre 1987⁶³ hatte ergeben, dass die Ärzte sich nicht spontan für das Sexualverhalten ihrer Patienten interessieren oder dieses Thema nicht anzuschneiden wagen, ausser wenn eine Verbindung zu einem konkreten Krankheitsbild besteht. Solche Gespräche finden nur in der Sprechstunde und im Rahmen der Anamnese statt.

Keiner der befragten Ärzte übt Kritik an der STOP-AIDS-Kampagne, die vielmehr als Notwendigkeit betrachtet wird und weitergeführt werden soll. Dennoch lag in keinem Wartezimmer der besuchten Ärzte Informationsmaterial über AIDS auf.

⁶¹ Bulletin BAG 30.6.88; 25 : 302.

⁶² Vom AIDS-Problem betroffen sind : 98 % der Betreuungs- und Beratungsstellen für Drogenabhängige, 89 % der Sozialdienststellen für Jugendliche und 33 % der Erziehungsinstitutionen und -heime.

⁶³ Quelle : Gurtner F, Zimmermann H-P, Kaufmann M, Somaini B. Sexualanamnese bei nicht verheirateten Praxispatienten. Eine Sentinella-Studie. 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989. (Cah Rech Doc IUMSP no 23.2) (unveröffentlicht).

Ein Teil der Ärzte erklärt sich bereit, bei allen Patienten spontan AIDS-Prävention zu betreiben. Eine weitere Gruppe ist nur bereit, aufgrund verschiedener Kriterien (Drogenabhängigkeit, Risikoverhalten, Homosexualität, Ängste...) auf Anfrage des jeweiligen Patienten präventiv zu handeln. Der restliche Teil der Ärzte spricht nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und meist oberflächlich über AIDS.

Zur Rechtfertigung dieses Sachverhalts werden folgende Beweggründe angegeben :

- "Es ist nicht unsere Sache, der BAG-Kampagne gegen AIDS als Relaisstation oder als Resonanzkiste zu dienen."
- "Wartezimmer und Arztpraxis sind nicht der Ort für eine Prävention, die sich an die gesamte Bevölkerung richtet."

Antworten in der Art "Das könnte sich auf die übrigen Patienten negativ auswirken, wenn man als Spezialist für AIDS, Homosexualität oder Drogenabhängigkeit gelten würde." zeigen, welches Klima in den Arztpraxen herrscht.

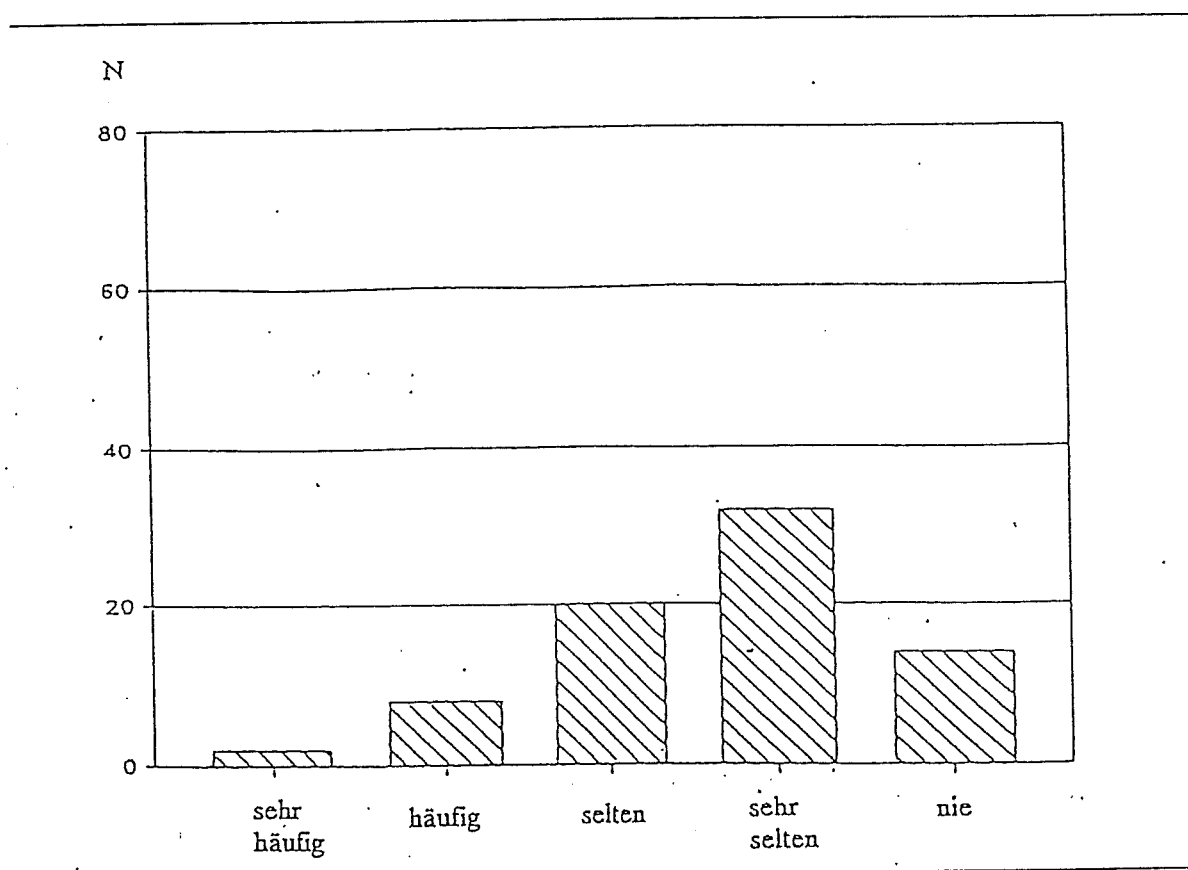
Ein Arzt meinte sogar : "Ich bin da, um Patienten zu behandeln, nicht um Prävention nach allen Seiten zu machen. Wenn sich die Gelegenheit ergibt, Prävention zu betreiben, tue ich das von Fall zu Fall und ohne auf die BAG-Broschüren zurückzugreifen; mir ist es lieber, den Patienten als völlig unwissend zu betrachten und ihm selbst zu erklären, worum es geht, als ihm kleine vorgekaute Broschüren in die Hand zu drücken."

In den Spitalabteilungen

Das Krankenhauspersonal betrachtet sich insgesamt wenig als Multiplikator von Informationen für die Bevölkerung, ist aber bereit, diese Rolle zu übernehmen. Fragen aus dem Bekanntenkreis werden eher aus Neugierde gestellt ("Gibt es im Spital viele Fälle?", "Wie geht das vor sich?", "Wer sind denn diese komischen Leute?", "Besteht für Sie ein Ansteckungsrisiko?") und nicht, um Informationen oder Ratschläge für die Prävention zu erhalten.

Personen, die ins Krankenhaus eingeliefert werden, wollen vor allem wissen, ob der HIV-Antikörper-Test routinemässig vorgenommen wird und welches die Risiken bei Bluttransfusionen sind. Die erteilten Auskünfte sind nicht immer richtig. Dies zeigen die bei den Gruppengesprächen vom Personal vorgeschlagenen Antworten und die persönliche Unkenntnis des wirklichen Ansteckungsrisikos bei Bluttransfusionen in der Schweiz (siehe Abbildung 6). Über die Prävention wird wenig diskutiert.

Abbildung 6 : Einschätzung des Risikos von Bluttransfusionen in der Schweiz durch das Spitalpersonal



Auf die von Patienten oder Bekannten gestellte Frage nach ihrem berufsbedingten Risiko antworten die Spitalmitarbeiter, das Risiko sei eher nicht zu vernachlässigen. Vor allem wird das Risiko nicht relativiert, das heisst im Verhältnis zu anderen Risiken betrachtet. Es besteht die Gefahr, dass derartige Botschaften, die ja von Personen kommen, die im Gesundheitswesen arbeiten und traditionellerweise um das Wohlergehen anderer besorgt sind, Verwirrung im Hinblick auf die Ansteckungsrisiken stiften und wichtige Solidaritätsbotschaften in den Hintergrund treten lassen.

Tatsache ist, dass das Spitalpersonal wenig in die Lage versetzt wird, auf gestellte Fragen einzugehen und vielmehr seine eigenen Ängste und Unsicherheiten äussert. Dies kann verunsichernd wirken.

In den sozialen Institutionen

In den befragten Institutionen⁶⁴ werden die Präventionskampagnen von den Erziehern und Sozialarbeitern insgesamt gutgeheissen. Die wenigen geäusserten Vorbehalte weisen in zwei entgegengesetzte Richtungen: einerseits Vorwürfe wegen des moralisierenden Charakters des "Bliib treu", andererseits der immoralische Aspekt der Förderung des Präservativs! Zur Form wird manchmal bemängelt, sie sei auf den "Durchschnittsschweizer" zugeschnitten, doch schätzt man die von einer Bundesverwaltung eher nicht erwartete humoristische Note.

⁶⁴ 16 Heime für Jugendliche, 36 Erziehungsinstitutionen, 27 Sozialdienststellen für Jugendliche, 3 Schutzaufsichtsdienste, 44 Betreuungs- und Beratungsstellen für Drogenabhängige, 45 andere soziale Institutionen.

Die Präventionsbemühungen zugunsten der "Klienten" von Institutionen sind umso grösser, je mehr man dort mit der Krankheit konfrontiert ist; am häufigsten wird Informationsmaterial in den Drogensprechstunden verteilt, auch wenn dies nicht systematisch erfolgt. Über die Hälfte der Institutionen, die noch nicht mit infizierten Personen umgehen mussten und ein Drittel der Institutionen, die bereits betroffen sind, haben noch keine Broschüren verteilt. Die Präservativ- und Spritzenabgabe erfolgt nicht systematisch und die diesbezügliche Politik ist je nach Institution sehr unterschiedlich.

5.3.2 Welche Ausbildung haben und wollen sie ?

Alle Befragten glauben, dass sie bezüglich Ausbildung und Vorbereitung auf Betreuungssituationen insgesamt hinreichend informiert und fähig sind, ihre Multiplikatorrolle zu spielen. Die direkte Konfrontation mit der Krankheit lässt jedoch spezifische Anforderungen laut werden. Vorher kann man sich die konkreten Tatsachen der Epidemie nur schwer vorstellen und der Bedarf nach Schulung ist nicht gross. Trotzdem ist festzustellen, dass Schulungs- und Informationstagungen über AIDS eine grosse Teilnehmerschaft anziehen (die Veranstaltungen "Frau und AIDS" mussten in der deutschen und in der französischen Schweiz doppelt geführt werden; die gesamte Teilnehmerzahl betrug 1500 Personen).

Das Programm zur Ausbildung von Fachleuten, das vom Centre médico-social Pro Familia in Lausanne erarbeitet wurde, ist in der Schweiz das erste seiner Art. In einem Jahr nahmen 250 Personen an den 26 Lehrgängen teil. Ein Teil dieser Berufspersonen beteiligte sich an mehreren Seminaren, so dass die Zahl der tatsächlich ausgebildeten Personen in Wirklichkeit etwas niedriger ist. Zudem wurden 13 Informationsveranstaltungen durchgeführt, die von fast 650 Personen besucht wurden. Die Seminarteilnehmer sind meistens Kursleiter für den Aufklärungsunterricht und Sozialarbeiter aus der Romandie (vor allem aus dem Kanton Waadt). An den Informationsveranstaltungen sind auch Lehrer und Vertreter von Elternvereinen anwesend.

Am Anfang dieses Seminar-Zyklus' lag der Akzent auf der Vermittlung von Grundkenntnissen und von Informationen über Schutzmassnahmen gegen AIDS, doch hat sich dieser allmählich auf die Möglichkeiten verlagert, zu reagieren und vom Virus betroffene Personen zu betreuen. Dieser Wandel entspricht dem Zeitgeist, ist aber auch durch die vermehrte Konfrontation mit dem Virus bedingt.

Der Standpunkt der Ärzte

Die Ärzte halten sich allgemein für ausreichend informiert, doch fehlt es ihnen an Möglichkeiten, sich auf dem laufenden zu halten und die Patienten zu betreuen; dies im Hinblick sowohl auf die neuesten Behandlungsprotokolle als auch auf Kenntnisse über das Vorhandensein von Netzen, an die man Fälle delegieren oder überweisen kann. Ärzte wissen selten, dass es die AHS und die regionalen AIDS-Hilfen gibt. Meistens haben sie keine Zeit, um die Fachartikel in den wissenschaftlichen Zeitschriften zu lesen und mehrheitlich dienen ihnen Tagespresse und Wochenzeitschriften als Informationsquelle.

In den Spitälern

Das Spitalpersonal weist einen Informationsbedarf in folgenden Berichten auf: klinische Aspekte der Krankheit; Möglichkeiten, sich vor einer Ansteckung

zu schützen und entsprechende Anwendungsrichtlinien; Unterstützung bei der Betreuung.

Die Spitalleitungen haben Richtlinien aufgestellt und geben an, dass genügend Informationen über AIDS und wenige Probleme im Zusammenhang mit der Krankheit vorhanden sind. Die Pflegeteams beschwerten sich ihrerseits, dass sie häufig selbst Informationen über AIDS einholen mussten und wissen manchmal nicht, dass im Krankenhaus Dokumente verfügbar sind oder wissen nicht, wie man sie in die Praxis umsetzen kann.

Die Verbreitung der Information scheint problematisch zu sein. In allen besuchten Spitälern wurde das Personal irgendwann über AIDS informiert, sei es in Form eines Vortrags, eines Briefes, Rundschreibens oder einer neuen Seite im Dossier über Spitalhygiene. Leider fanden die Vorträge abends statt, die Ordner mit Richtlinien blieben in der untersten Schublade und vertiefte Diskussionen fanden nur auf der Ebene der medizinischen Leitung, der Krankenschwestern oder der Hygienebeauftragten der Spitäler statt. Für den Austausch von Informationen und Erfahrungen gibt es keinen Ort, kein offenes Ohr.

Mehrere Probleme scheinen übergangen worden zu sein :

- der häufige Personalwechsel beim Pflegepersonal, der ein häufiges Wiederholen der Informationen bedingt; wegen des unterschiedlichen Dienstalters ergab die Befragung über die erhaltenen Informationen kein einheitliches Bild;
- der Zeitpunkt der Information; ein Verantwortlicher einer spezialisierten Abteilung meinte, der beste Zeitpunkt sei, wenn ein konkretes Problem auftritt, das das Personal dazu motiviert, sich zu informieren;
- der Ort der Information; damit das ganze Personal erfasst wird, muss die Information am Arbeitsplatz und während den Arbeitsstunden vermittelt werden;
- dem Personal gegenüber ein offenes Ohr haben; die Information geht praktisch immer von oben nach unten.

Die Sozialarbeiter

Sie haben ein grosses Informationsbedürfnis, doch tritt dieses nur auf, wenn sich tatsächliche Probleme stellen : ein Kranker, ein seropositiver Mensch in ihrer Institution.

Während den Ausbildungsseminaren des CMSPF wurde auch mehrmals die Forderung nach Gelegenheiten zum Austausch laut.

Ausbildung ist für alle nötig

Als Schlussfolgerung kann gesagt werden, dass alle Angehörigen der befragten Berufsgruppen Schulungsveranstaltungen und Kommunikationsnetze als wünschbar betrachten; dies als Hilfe im Umgang mit spezifischen Bedürfnissen in ihrer beruflichen Praxis.

Die Vertreter der medizinischen Berufe und Sozialarbeiter sprechen untereinander und auf informelle Weise oft über AIDS und können sich vorstellen, als Ausbilder für ihre Kollegen oder die von ihnen betreuten Personen zu fungieren. Besonders wenn noch keine direkte Begegnung mit dem AIDS-Problem stattgefunden hat, sind diese Berufspersonen jedoch im Bereich der Prävention nur wenig aktiv.

Mehrere von ihnen geben an, dass sie es als schwierig empfinden, mit ihren "Klienten" das Thema AIDS-Risiko anzusprechen; dies aufgrund einer klaren Rollenverteilung, an der ihnen sehr viel liegt. Sie bemängeln auch, dass sie nicht spezifisch dazu aufgefordert und informiert wurden, in diesem Bereich zu intervenieren. Das Gefühl, es werde nichts unternommen, um sie zu informieren und zu unterstützen, kann hemmend wirken.

5.4 Weitere Multiplikator-Aktionen

Es ist schlicht unmöglich, alle Aktionen des Jahres 1988 zu erwähnen. Die hier vorgestellten Aktionen sind jeweils landesweite Aktionen oder nachahmungswürdige Versuche, die den jeweiligen lokalen Gegebenheiten anzupassen wären.

5.4.1 Die Präventions-Initiativen der Medien

Allgemein gesehen haben die Medien keine aktive "pädagogische" Rolle gespielt⁶⁵. In der Presse lässt sich nur eine sehr beschränkte Anzahl von Dossiers über AIDS oder über ein spezifisches Präventionsthema finden (siehe 6.2). Man beschränkt sich meistens auf die Berichterstattung über Aktionen, Konferenzen oder Stellungnahmen einflussreicher Persönlichkeiten. Einige Rundtischgespräche im Fernsehen und in den verschiedenen offiziellen oder lokalen Radiosendern ermöglichten ein Wiederholen der Präventionsbotschaften; es erfolgte jeweils systematisch durch die anwesenden Gäste.

Das Westschweizer Radio erarbeitete und produzierte etwa 30 Spots nach dem Motto "l'amour pour le meilleur et loin du pire" (sinngemäss: Liebe in guten Zeiten, zu schlechten soll es nicht kommen), in denen Persönlichkeiten aus Sport, Kultur, Politik und Kirche sich zur Notwendigkeit des Präservativgebrauchs und des allgemeinen Schutzes vor AIDS äusserten. Im Sommer und Herbst 1988 wurden diese Spots mehrmals täglich gesendet.

5.4.2 Information in den Rekrutenschulen

Auf Geheiss des Oberfeldarztes und der Instruktionsverantwortlichen⁶⁶ wurden in den 56 Sommerrekrutenschulen des Jahres 1988 (ca. 15'000 Soldaten) Informationsschriften des BAG ("Leben und Lieben ohne Angst") im Rahmen von maximal 45minütigen Vorträgen durch die Rekrutenschulärzte verteilt. Zu diesen Vorträgen gehörte ein audio-visueller Informationsbeitrag und eine kurze Diskussion. Die Ärzte - meistens ein Leutnant mit soeben abgeschlossenem Medizinstudium) - erhielten während einer vorbereitenden Sitzung einige Anweisungen über den Einsatz des Tonbildschaumaterials und über die Verteilung der Broschüre. Diese ursprünglich bereits für die Rekrutenschulen des Frühjahrs vorgesehene Aktion war aus materialtechnischen Gründen verschoben worden. Sie wird voraussichtlich im Frühjahr und Sommer 1989 erneut durchgeführt. Die Ärzte sind überdies gehalten, über Geschlechtskrankheiten zu informieren, verfügen hierzu jedoch über kein Unterrichtsmaterial.

⁶⁵ Quelle: AIDS-Bild in den Medien. Studie Nr. 19.

⁶⁶ Zirkularbrief des Oberfeldarztes der Armee zuhanden der Schulkommandanten vom 20. Juni 1988.

Nach Meinung der befragten Rekruten⁶⁷ und der Vertreter der Militärhierarchie sind die Rekrutenschulärzte für diese Information am besten qualifiziert. Die äusseren Umstände der Durchführung dieser Vorträge gaben mehrfach zu Schwierigkeiten Anlass: Grösse der Gruppe (oft mehr als 100 Personen), gewählte Tageszeit (manchmal kurz nach der Tagwache nach einer Nachtübung) und der formelle Charakter der militärischen Beziehungen. Dadurch beschränkten sich diese Interventionen oft auf eine elementare Zusammenfassung von Informationen, die allerdings nicht überflüssig ist. Die Jugendlichen werden nämlich dadurch daran erinnert, dass das Infektionsrisiko zu den Fragen gehört, mit denen sie sich früher oder später auseinandersetzen müssen. Den Ärzten in den Rekrutenschulen fehlten manchmal Informationen oder überzeugende Argumente, um bestimmten Fragen über das theoretische Übertragungsrisiko beantworten zu können.

Die meisten Rekruten schätzten diese Informationsvorträge und lernten häufig etwas dabei.

Die zwar freiwillige, aber in den Rekrutenschulen häufige und gebräuchliche Blutspende war ebenfalls Anlass (sich) erneut Fragen über AIDS zu stellen; dies manchmal auf eher persönlicher Ebene und in Verbindung mit den Fragebogen für die Spenderauswahl. Zwischen den Vorträgen der Rekrutenschulärzte und dieser anderen Form der Auseinandersetzung mit dem Thema AIDS scheint keine Verbindung zustande gekommen zu sein.

5.4.3 Botschaften an Auslandsreisende

Die Reisebüros verteilten 100'000 Exemplare eines Faltblatts mit AIDS-Ratschlägen, das von der Schweizerischen Vereinigung für Gesundheitserziehung herausgegeben und den Reisenden zusammen mit dem Flugschein abgegeben wurde⁶⁸.

5.4.4 Eltern sind nützlich

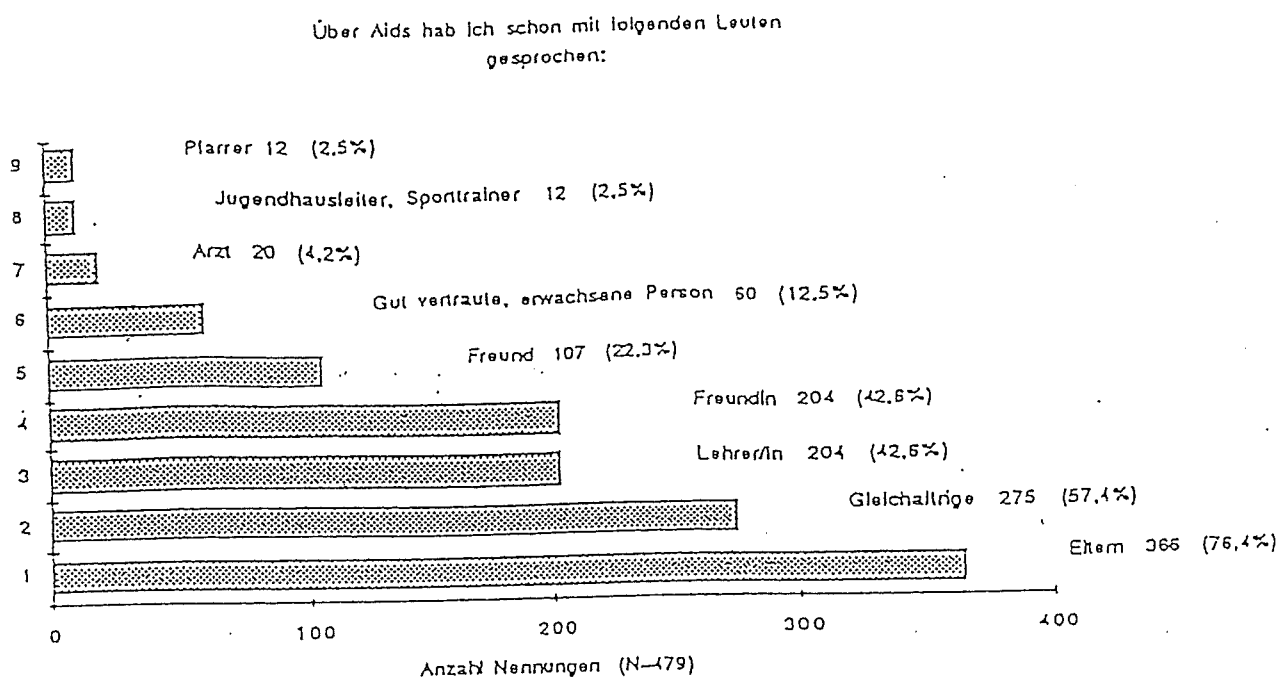
Zwar beziehen die Jugendlichen ihre Informationen hauptsächlich aus den elektronischen und gedruckten Medien, doch wenden sie sich auch häufig an die Eltern⁶⁹. Eltern sind die häufigsten Ansprechpartner für AIDS, in einigem Abstand folgen Freunde und Lehrer, Pfarrer und Ärzte werden selten genannt.

⁶⁷ Quelle: Militär. Studie Nr. 7.

⁶⁸ Quelle: Sex-Touristen. Studie Nr. 8.

⁶⁹ Quelle: Schulprogramme (Studie Nr. 11). Die "Hängerszene" (Studie Nr. 4).

Abbildung 7 : Gesprächspartner von Jugendlichen über AIDS



Wenn es darum geht, ein persönliches Problem zu besprechen, wenden sich sowohl Mädchen als auch Burschen am häufigsten an die Mutter. Auch der Vater spielt eine wichtige Rolle, jedoch besonders für die Burschen. Hingegen gelten weder der Lehrer, noch der Arzt, noch der Pfarrer als Bezugsperson für die Erörterung von persönlichen Problemen.

Es ist eindeutig nötig, die Eltern in ihrer Beraterrolle zu bestärken und ihre Information über AIDS, Sexualität und die Bedeutung von Gefühlsbeziehungen zu verbessern.

5.5 Der HIV-Antikörper-Test

In den verschiedenen Gruppen geistern darüber noch zahlreiche falsche Vorstellungen⁷⁰:

- Der Test wird noch als individuelles Präventionsmittel betrachtet,
- er gilt teilweise als Schutz für das Spitalpersonal oder gar die anderen Patienten,
- er wird zuweilen als Gesundheitszeugnis verwendet oder als "Freipass für die Anmache",

⁷⁰ Quelle : HIV-Test-Dienste (Studie Nr. 15). Praktizierende Aerzte (Studie Nr. 14). Spitalpersonal (Studie Nr. 6).

- seine psychisch-sozialen Konsequenzen werden unterschätzt, sowohl von Betroffenen als auch von anderen Personen; oft wird er als banales Ereignis betrachtet.

Bei Ärzten und Sozialarbeitern ist das Vorschlagen oder Beantragen eines Tests ein Aufhänger für Diskussionen über AIDS und Prävention; individuelle Prävention und/oder Diskussionen über Risikoverhalten führen oft zum (Thema) Test.

Obwohl HIV-Antikörper-Tests nicht ohne die Einwilligung des entsprechend informierten Patienten vorgenommen werden dürfen, wird dieses Verbot zuweilen missachtet. In allen Studien erwähnten die befragten Personen - Klienten oder Berufspersonen - Beispiele von Tests, die ohne Wissen des Patienten durchgeführt worden waren.

Die "Testzentren" (private oder an Spitäler und anonyme Testzentren angeschlossene Labors) sind sehr verschieden. Sie bestimmen die Bedingungen für die Durchführung von Tests. Es gibt drei Kategorien :

- Zentren, die sich damit begnügen, mit oder ohne Verordnung des Arztes eine Blutprobe zu entnehmen und das Testergebnis ohne weitere Information oder Beratung bekanntzugeben;
- Zentren, die Personen, welche vorher keinen Arzt aufgesucht haben, Informationen anbieten;
- Zentren, die vor und nach dem Test eingehend beraten; meistens ist dies in grossen Spitälern der Fall.

In den besuchten Zentren scheint sich eine Tendenz hin zur Verbesserung der Informations- und Beratungstätigkeit abzuzeichnen.

Die widersprüchlichen Stellungnahmen der Ärzteschaft lassen Zweifel über die Rolle des Tests und über die wirkliche HIV-Ansteckungsgefahr aufkommen. Für bestimmte Berufe im Gesundheitswesen besteht natürlich ein Risiko, doch ist es im Vergleich zu anderen Übertragungswegen verschwindend klein und bleibt gegenüber anderen Berufsrisiken dieser Personen sehr gering.

Die Forderung von Ärzten, einen Test für Patienten anordnen zu können⁷¹ oder gar die Bevölkerung testen zu lassen, wie sie von der Berner Ärztesgesellschaft erhoben wurde, entbehrt jeglicher wissenschaftlichen Rechtfertigung und gefährdet die Effizienz der Präventions-Kampagnen.

⁷¹ Zum Beispiel : Hoffmann R. Die HIV-Infektion auf der Chirurgischen Klinik : Allgemeine Probleme und Schutzmassnahmen. Praxis 1988; 77 : 1186-1189 und Geiser M. Juristische Rabulistik und unsachlicher politischer Kompetenzanspruch rund um den AIDS-Test. Die Meinung der Leser. Schweiz. Ärztezeitung 1989; 70 : 64-65.

6. EINFLÜSSE DER SOZIALEN UMGEBUNG

6.1 Bezug zwischen der sozialen Umgebung und der Prävention

Dieses Kapitel beschreibt die allgemeinen Verhältnisse, vor deren Hintergrund sich die Präventionskampagnen abspielen, und wie sie zur Wirksamkeit der Kampagnen beitragen.

AIDS ist selbstverständlich nicht bloss Gegenstand von Präventionskampagnen, sondern auch ein sozio-politisches Anliegen, da es Kranke gibt, die einer Pflege bedürfen und weil Kranke und infizierte Personen aufgrund der Reaktionen der Gesellschaft auf die Epidemie zuweilen unter Isolierung und Stigmatisierung leiden.

Allgemeine, von den Präventions-Aktionen unabhängige Aspekte der AIDS-Frage - Forschung, allgemeine Politik, klinische Erwägungen, Pflege, Hilfe und Betreuung, von den Medien entworfene und von der Bevölkerung verbreitete Vorstellungen über AIDS - wirken sich auf die Präventionsmöglichkeiten aus.

Zudem werden bestimmte, mit der AIDS-Problematik verbundene Aspekte, Lebensweisen und Lebensstile grösstenteils durch andere Vorstellungen, Normen, Traditionen und Wertsysteme bestimmt, die jeweils eigene Auswirkungen auf den Umgang mit AIDS haben; dies gilt besonders für den Aufbau von Liebes- und Sexualbeziehungen, von der Annäherung bis zur Paarbildung oder zu Verhütung.

Diese Elemente müssen hier auf ihre Interaktionen mit der AIDS-Prävention hin untersucht werden, um ihre spezifischen Auswirkungen so gut wie möglich zu identifizieren, um herauszufinden, wie sie die Annahme von Verhaltensweisen, die von den Präventionskampagnen empfohlen werden, erleichtern und ob sie von den Erziehungskampagnen genutzt wurden oder nicht (oder in Zukunft genutzt werden könnten).

6.2 Wie stellt die Presse AIDS dar

In den Medien wird AIDS als Tatsache in unserer Gesellschaft dargestellt, die in gewissem Sinne einen permanenten Charakter aufweist. Ununterbrochen werden Meldungen in den Medien veröffentlicht. Oft wird die Information durch die redaktionelle Arbeit des Journalisten angepasst. Dazu kommen

Ankündigungen im Hinblick auf Fernseh- oder Radiosendungen und immer wieder Leserbriefe. So hat der Argus der Schweizer Presse zwischen Januar und Oktober 1988 3776 Presseartikel (vorwiegend aus Tagespresse und Wochenzeitschriften) gesammelt und analysiert⁷². Die Veröffentlichungen waren regelmässig über das ganze Jahr verteilt. Die Zahl der Artikel (360 bis 480 Artikel monatlich) ist etwas geringer als 1987 und deutlich geringer als vor der Lancierung der STOP-AIDS-Kampagne.

Grundsätzlich geht die Presse bei ihrer Arbeit vom Ereignis, von der Neuigkeit aus. Erklärungen und Kommentare fehlen im allgemeinen⁷³. AIDS bildet als Thema hier keine Ausnahme. Die Presse geht mit AIDS wie mit jedem anderen Thema um, behandelt es allerdings etwas intensiver und markanter: Zwei Drittel der Artikel sind mehr als eine Viertelsseite lang und 30 % werden durch ein Bild hervorgehoben. In bestimmten Zeitungsredaktionen und in den elektronischen Medien wird das Thema besonders vorsichtig gehandhabt, die Information wird kontrolliert.

Häufig werden sehr punktuelle Ereignisse gemeldet: Erklärung, Veröffentlichung, Erscheinen einer Statistik, Treffen, Veranstaltung, Eröffnung einer Institution, Beschluss...aber das Ereignis selbst und das wiederholte Auftreten von ähnlichen Ereignissen weisen jeweils auf die konstante Realität der Krankheit hin. Oft werden nur regionale Ereignisse von den Medien erfasst.

Berichte über Ereignisse im Zusammenhang mit AIDS enthalten meistens keinen Hinweis auf Präventions-Aktionen. Trotzdem sind sie insofern für die Prävention nützlich, als sie Wissens Elemente oder den permanenten Charakter des Problems in Erinnerung rufen.

In den Medien wird AIDS vor allem als **einheimisches Problem** dargestellt. Die überwiegende Zahl der Artikel bezieht sich auf die Schweiz und die benachbarten westlichen Länder. Im Vergleich zu den Vorjahren ist die weltweite Berichterstattung eher beschränkt: weniger als 10 % der Artikel sind dem entfernten Ausland gewidmet; davon betreffen die meisten die USA (Amerika, reich und anders; Afrika, arm).

Grundtenor der Presseartikel ist die **Ausbreitung der Epidemie** und die Tatsache, dass sie den Einzelnen und die Gesellschaft als Ganzes betrifft. Dies kommt darin zum Ausdruck, dass die Medien den **Ausbreitungszahlen**, die bei der vierteljährlichen Veröffentlichung von Daten für die Schweiz und als begleitende Dokumentation zu Veranstaltungen aller Art bekannt werden, viel Beachtung schenken. Auch weltweite Zahlen werden bekanntgemacht, aber weniger hervorgehoben. 13 % der Artikel (499) geben die Zahl der AIDS-Fälle an - 8 % in der Schweiz, 4 % in der Welt (WGO) und 1 % in anderen Ländern.

Die Art und Weise, wie AIDS (unabhängig der spezifischen Präventions-Aktionen, über die berichtet wird) in den Medien behandelt wird, lässt auch andere Tendenzen zutage treten.

AIDS ist kein neues Thema mehr, es besteht seit 7-8 Jahren, von seiner Existenz braucht niemand mehr überzeugt zu werden. Dies zeigt sich sowohl durch die ständige Präsenz des Präventions-Themas in den Strassen (mit den

⁷² Quelle : AIDS-Bild in den Medien. Studie Nr. 19.

⁷³ "Les événements sociaux ne sont pas des objets qui se trouveraient tout faits quelque part dans la réalité et dont les médias nous feraient connaître les propriétés et les avatars après-coup, avec plus ou moins de fidélité. Ils n'existent que dans la mesure où ces médias les façonnent." Eliseo Veron. Construire l'événement- Les médias et l'accident de Three Mile Island. Paris, Ed Minuit, 1981.

Plakaten) als auch durch die häufige Erwähnung von Kranken in der Presse. Bei ersterer handelt es sich um einen abstrakten Ansatz ohne Bezug auf Einzelne (mögliche, aber unsichtbare Risiken vermeiden), bei zweiterer geht es um einen fast "echteren" Aspekt, da die Kranken (auch wenn sie nicht zu sehen sind) als Einzelpersonen existieren.

In Zeitungen besteht immer noch die Gewohnheit, die Krankheit zu erklären, denn 7% der Artikel enthalten noch **umschreibende** Elemente. Die Hälfte dieser Artikel erinnern an die Übertragungswege des Virus. In den Medien scheint man allerdings doch davon auszugehen, dass die Bevölkerung über die wichtigsten Tatsachen Bescheid weiss. Selten wird hingegen über Aspekte berichtet, bei denen das Wissen anerkanntermassen noch lückenhaft ist; dies gilt beispielsweise beim Test (obwohl er in 21.5% der Artikel erwähnt wird). Grosses Echo finden aber manchmal extreme und unbegründete Stellungnahmen zu diesem Thema und zur Frage des Infektionsrisikos für Angehörige der medizinischen Berufe.

Artikel über die Beiträge der **Wissenschaft** (7.5%) konzentrieren sich auf Forschungs- und Versuchsarbeiten über Medikamente und Impfstoffe. Die Virologie und die Forschung über die psychischen und sozialen Aspekte der Krankheit finden jedoch kaum Beachtung. Auf ihrer Suche nach "Aufhängern" berichten die Medien über voreilige Bekanntmachungen von fragmentarischen Forschungsergebnissen und über die Rivalitäten zwischen den Forscherteams im Ausland. Die Welt-AIDS-Konferenz in Stockholm hatte in diesem Sinn zwei Wirkungen: einerseits erschienen im Juni 1988 zweimal mehr Artikel über wissenschaftliche Fragen, andererseits wurde aber auch darauf geachtet, nicht irgendwelche von den Forschern bekanntgegebene Informationen zu verbreiten.

Von **AIDS betroffene Personen** werden im Vergleich zu den vorangehenden Jahren deutlich anders beschrieben. Erstens setzt die Presse nicht mehr AIDS und Homosexualität gleich. Homosexuelle werden sogar praktisch nicht erwähnt, ausser um auf ihr Annehmen von Schutzverhalten aufmerksam zu machen.

Die Verbindung von AIDS und Prostitution erscheint ebenfalls selten und betrifft praktisch nur die drogenabhängigen Prostituierten. Oft erwähnen die Medien im Zusammenhang mit der Prostitution die Präservativverwendung, sprechen aber nie von den Freiern.

Ein enger Zusammenhang wird hingegen zwischen AIDS und dem Drogenmilieu hergestellt, welches in den Zeitungen und elektronischen Medien auf immer dramatischere Weise dargestellt wird. Verelendung, Krankheit, Tod und Gewalt wirken beeindruckend. Verbreitet wird der Gedanke an die Gefährlichkeit dieses Milieus und an die Schwierigkeit, es in den Griff zu bekommen. Im Verhältnis zu den letzten paar Jahren ist die Drogenszene in den Medien und auf der Strasse als Thema unumgänglich, sichtbar und störend geworden. Sozial- und Repressionsmassnahmen gelten als mehrheitlich wirkungslos.

In vielen Artikeln wird auch die Konfrontierung der Jugendlichen mit der AIDS-Problematik erwähnt, d.h. die Tatsache, dass Jugendliche betroffen sind, weil sie den Partner wechseln und sich zu Schutzverhalten verpflichtet fühlen. In Berichten werden sowohl Widerstände als auch Anpassungen des Verhaltens beschrieben. In der Presse erwähnte Präventions-Ereignisse betreffen häufig die Schaffung von Informationsprogrammen für Jugendliche innerhalb oder ausserhalb des schulischen Rahmens.

Hier die zahlenmässige Verteilung der 1988 während 10 Monaten erschienenen Artikel auf vier gefährdete Personengruppen (ausgenommen Statistiken über die Anzahl Fälle):

-	Homosexuelle	24 Artikel	0.6 %
-	Prostituierte	46 Artikel	1.2 %
-	Drogenabhängige	127 Artikel	3.4 %
-	Jugendliche	192 Artikel	5.1 %

Schliesslich werden in der Presse oft **Kranke** und die Krankheit erwähnt (28.3 %: Anzahl Fälle, Behandlungsmethoden und Forschung, Mittel für die Pflege usw.), **sehr selten aber das Ansteckungsrisiko**, beziehungsweise für wen es besteht... In der Darstellung der Medien werden die Kranken allmählich zu "normalen" unheilbar Kranken, die Pflege und Mitgefühl brauchen. Im Vergleich zu vor einem oder vor zwei Jahren sind es weniger skandalöse, elende Kranke oder "Star-Kranke". Für die Darstellung der Krankheit gibt es nun eine Art Rahmen: gezeigt werden Spitalpflege, Ärzte und Krankenschwestern, Wohnheime für Kranke, mehr oder weniger wirksame Medikamente - genau wie bei den andere tödlichen Krankheiten wie beispielsweise Krebs.

Die meisten Artikel über die **AIDS-Prävention** gehen das Thema auf indirekte Art an (869 Artikel, 23 %). Berichtet wird meistens über Erziehungs- und Informationsveranstaltungen in den Schulen (4.7 %) oder für Jugendliche allgemein (1.9 %), über die Notwendigkeit der Durchführung solcher Programme, über ihren Inhalt und über ihre Betreuer. Durch diese Art von Berichterstattung bestätigen die Medien, dass die Erziehungsbehörden das Bestehen eines Infektionsrisiko bei den Jugendlichen anerkennen. Die erwähnten Ereignisse gehen meistens von Schul- oder Gesundheitsbehörden, vom BAG (welches Unterrichtsmaterial liefert), von den Lehrern und Erziehern und gelegentlich von den regionalen AIDS-Hilfen aus. Diese Präventions-Aktionen gaben zu einigen Kontroversen Anlass, die durch die Reaktionen von konservativen Elterngruppen ausgelöst wurden. Dass es rechtmässig ist, Jugendliche zu informieren und zu sensibilisieren, wird nie bestritten. Andere Informationen über die Prävention betreffen die Tätigkeiten der AHS (3.2%), den STOP-AIDS-Bus (1.3%), Telefonische AIDS-Sprechstunden (0.9%), Informationen von Ärzten und Pflegern oder für sie (1% und 0.8%) usw..

Die indirekten Präventionsbotschaften in diesen Artikeln (zu Händen der Zeitungsleser) sind nach wie vor vage; meistens wird lediglich gesagt, dass man sich schützen muss.

Grossangelegte Veranstaltungen, wie die "10 jours contre le SIDA" der Genfer Stiftung SIDAIDE (2%) lenken die Aufmerksamkeit auch auf das Thema, sind jedoch Ereignisse, die jenseits der lokalen Umgebung nur wenig Widerhall finden. Sie können für die lokalen Medien Anlass sein, einen Überblick über die wichtigsten Aspekte der Epidemie zu geben.

Welche Beziehung besteht zwischen dem AIDS-Bild in den Medien und der Prävention?

- In gewisser Hinsicht begünstigt die Arbeit der Medien das **Präventionsbewusstsein**, indem sie entsprechende Voraussetzungen schafft: da die Medien sie immer wieder Erwähnen, weiss die Öffentlichkeit, dass es die Krankheit tatsächlich gibt; häufige Berichte über Ereignisse in der Umgebung können in unserem Land und in diversen Kreisen ein individuelles AIDS-Bewusstsein entstehen lassen; AIDS ist nun weniger skandalträchtig und nicht mehr ausschliesslich mit der Vorstellung von Risikogruppen verbunden; da die Eigenschaften der

Krankheit (Übertragungswege und Präventionsmethoden) gelegentlich wiederholt werden, werden Kenntnisse stets aufgefrischt; an unterschiedliche Zielgruppen gerichtete Berichte über Präventionsereignisse bestätigen ihrerseits die Legitimität und die Notwendigkeit der Prävention.

- Das von den Medien vermittelte AIDS-Bild **erschwert** aber auch gleichzeitig die wirksame Verhaltensanpassung in Richtung Schutz: der Risikogedanke und vor allem das banale (sexuelle) Risiko für die gewöhnliche Bevölkerung finden in der Presse viel weniger Beachtung als die Kranken; die Kranken stellen das Anderssein dar, weil sie krank sind (jetzt krank sind, und nicht krank geworden sind), wohingegen der Risikobegriff näher an der Lebenssituation des Lesers wäre.
- Im Bereich der **Solidarität** mit den betroffenen Personen haben die Medien eine Brücke zwischen der Öffentlichkeit und den Medien geschlagen, indem sie den Skandalcharakter der Krankheit in Grenzen hielten.
- Diese Behauptung gilt aber nicht für die **Drogenabhängigen**, die betont als elende Randfiguren dargestellt werden, die eine Bedrohung für die ganze Gesellschaft sein könnten. Indem sie offener über die Drogenszene berichtet, fördert die Presse das Bewusstsein, dass es die Drogenabhängigen gibt. Wenn nun aber von unkontrollierbarer Gefahr die Rede ist, besteht ein grosses Risiko, die Drogenabhängigen zu Sündenböcken für ein soziales Unbehagen und zu gefährlichen Trägern von allen möglichen Übeln, unter anderem AIDS, zu machen.
- Die **Prävention** kann sich das von der **Presse geschaffene Klima zu Nutzen machen** und sich beispielsweise auf das stützen, was die Öffentlichkeit weiss und wahrnimmt. Es erübrigt sich, alles zu erklären, das Wort genügt, lakonische Botschaften, die vielleicht weniger Angst machen, sind ausreichend.
- Die **Versorgung der Presse mit Depeschen und Dossiers** über selten besprochene Aspekte - insbesondere die Frage des persönlichen Risikos und die Anpassung der Verhaltensweisen in der Bevölkerung - ist hingegen unbedingt erforderlich.

6.3 Die AIDS-Politik

6.3.1 Bundespolitik

1988 herrschte in der Schweiz auf politischer Ebene Ruhe im Hinblick auf die AIDS-Problematik. Dies im Gegensatz zu 1986 und 1987, wo unter anderem Finanzierungsentscheide zu treffen waren. Im Parlament kam es zu keinen grösseren Debatten und der Bundesrat schlug keine neuen Richtungen ein.

Gekennzeichnet ist dieses Jahr somit durch **Kontinuität**; es gab kein neues (1987 genehmigtes) "Konzept", keine neuen Kredite (sie wurden 1987 für 5 Jahre gewährt); die gesetzlichen Grundlagen wurden ebenfalls durch die Verordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten des Menschen, die 1987 revidiert wurde, geschaffen.

Anlässlich der Pressekonferenz von Bundesrat Flavio Cotti am 25. Januar und der Teilnahme der Schweiz am World Summit of Health Ministers on AIDS bestätigte sich, dass die Öffentlichkeit hinter der Politik des BAG, der Experten und der betroffenen Organisationen steht. Für einmal fühlt man sich in der Schweiz von einem gravierenden Gesundheitsproblem genauso (oder mehr) betroffen, wie die anderen Nationen; zudem besteht ein gewisser Stolz darauf, auf internationaler Ebene als gutes Beispiel für die AIDS-Bekämpfungs-Politik zu gelten.

Trotzdem treten Politiker in der AIDS-Bekämpfungs-Kampagne nur selten und vorsichtig in Erscheinung. Im Dezember waren sie in den Annoncen zum Thema Solidarität zu sehen, was sicher auf den sozialen Konsens zum Thema AIDS fördernd wirkt. Die verschiedenen Portraits und Erklärungen vermitteln den Eindruck von Einstimmigkeit in der "zivilen Gesellschaft", von einheitlichen Ansichten in den verschiedenen Regionen, Kulturen, Religionen und politischen Strömungen.

Dieses geschlossene Auftreten in der schweizerischen AIDS-Politik wird nicht, wie dies in bestimmten Nachbarländern der Fall ist, durch polemische Auseinandersetzungen zwischen Institutionen oder parteipolitische Kleinkriege behindert. Die Schweiz hat insbesondere das Glück, dass ihr bei diesem Thema die Polemik mit den kirchlichen Behörden erspart bleibt.

Das **Thema der Solidarität** wurde auf politischer Ebene erst spät und zögernd aufgegriffen. Bezeichnend für diesen Sachverhalt war der Beschluss, bezüglich des World AIDS Day ein "low profile" zu zeigen. Das Ereignis wurde weder als wichtiges politisches und kommunikationstechnisches Element der STOP-AIDS Kampagne angekündigt, noch durch eine offizielle Presse-Kampagne vorbereitet. Deshalb betonten die Medien am 1. Dezember vor allem die WGO-Programme und die öffentlichen Solidaritätskundgebungen, die in mehreren Städten von privaten Hilfsvereinen organisiert wurden. Dass für die Solidaritätskampagne Erklärungen von überzeugten Persönlichkeiten als Träger der Solidaritätsbotschaften gewählt wurden, verleiht ihr einen teilweise abstrakten Charakter.

Die Politik des Bundes im Bereich der **Drogen** ist ebenfalls ein wichtiges Element der AIDS-Bekämpfung. Dies sowohl hinsichtlich der Unterstützung der primären Prävention der Drogenabhängigkeit als auch in Bezug auf die legalen Aspekte der therapeutischen Betreuung und der Repression. Zu diesen Themen meldete sich der Bund 1988 kaum zu Wort, da im Hinblick auf den in Vorbereitung befindlichen "Drogenbericht" Bemühungen unternommen werden, um Konzepte zu definieren und da es sich um eine brennende, umstrittene Frage handelt.

So gab es keine offiziellen Antworten auf die zürcher und berner Vorschläge, den Konsum von "weichen" Drogen zu entkriminalisieren. Auch fehlte jede neue Stellungnahme zur Frage des Zugangs zu Injektionsmaterial. Hier gilt nach wie vor für die Stellungnahme der Unterkommission Drogen vom 9. September 1985⁷⁴ als offizielle Linie. Darin wurde die Schlussfolgerung vertreten, das Verbot, den Drogenabhängigen Injektionsmaterial abzugeben, sei keine adäquate Massnahme und würde wahrscheinlich die Ausbreitung von AIDS eher fördern. Es wurde empfohlen, mittelfristig nach Mitteln und Wegen zu suchen, die der jeweiligen lokalen Drogenszene angepasst seien, damit die Drogenabhängigen mit sterilem Material Drogen einnehmen können und parallel dazu Drogenabhängige während Sprechstunden, Behandlungen und auf der Strasse über die Übertragungswege des HIV-Virus zu informieren.

⁷⁴ BAG-Bulletin Nr. 50/1985 und Nr. 4/1986.

Ein einziges Projekt für die AIDS-Intervention an Ort wird vom Bund unterstützt. Es handelt sich um das Projekt ZIPP-AIDS in Zürich (siehe 5.2.2).

Allerdings werden die kantonalen und privaten Institutionen, welche mit Interventionsprogrammen im Drogenbereich beauftragt sind, zu einem beträchtlichen Teil vom Bund finanziert (vor allem BSV und Alkoholabgabe).

In diesem Bereich sind die neuen Vorschläge des Bundes (Revision des Betäubungsmittelgesetzes, Umorientierung der Präventionstätigkeiten, der sozialen und therapeutischen Hilfe) erst für 1989 zu erwarten; denn in diesen Fragen bestehen deutlich auseinanderstrebende politische Meinungen sowie Befürchtungen. Erwähnt wird besonders, dass die von den Experten und zuständigen Berufsgruppen gewünschte Entkriminalisierung des Drogenkonsums eine "Trichter-Wirkung" haben könnte⁷⁵. Andererseits sind die Fachleute der sozialen und therapeutischen Unterstützung nicht in der Lage, den Bundes- oder Kantonalbehörden eine Neuorientierung der Vorgangsweise in diesem Bereich vorzuschlagen, mit der die bis heute vorgekommenen Schwierigkeiten und Misserfolge vermieden werden könnten.

Als einzige allgemein anerkannte und politisch dringende Massnahme im Drogenbereich gilt die Repression der Geldwäscherei (von Mitteln, die aus dem internationalen Drogenhandel stammen). Zwischen diesem Anliegen und der AIDS-Problematik oder der schweizerischen Drogenszene besteht zurzeit keine Verbindung.

Welches sind die Auswirkungen der Politik des Bundes auf die AIDS-Prävention ?

- Die Prävention ist und bleibt zentrales Anliegen der AIDS-Bekämpfungspolitik des Bundes; sie ist politisch unumstritten und verfügt über reichliche Mittel; dies fördert deutlich die Kontinuität der entsprechenden Aktionen.
- Die Zurückhaltung der Politiker (seltene Auftritte im Rahmen der AIDS-Bekämpfung und spät begonnene Solidaritäts-Kampagne) wird von der Öffentlichkeit nicht wirklich wahrgenommen und hat keine nachteiligen Folgen.
- Man kann sich jedoch vorstellen, dass eine grössere politische Mobilisierung mit wenigen zusätzlichen Mitteln und Massnahmen (beispielsweise durch mehr Medienpräsenz und Vorbereitung der Medien) und ohne grössere Protestreaktionen (die jetzige Kampagne wird ja akzeptiert) zu erreichen wäre. So würden die Dynamik und die einheitliche Vorgehensweise der AIDS-Prävention eine Verstärkung erfahren.
- Die Zurückhaltung, die der Bund zumindest 1986-1988 (1989 sollte es anders werden) im Hinblick auf das Drogenthema an den Tag legte, trägt hingegen sicherlich dazu bei, dass sich in der Politik der Kantone in diesem Bereich nichts tut und dass die Interventions-Bedingungen unsicher sind; insbesondere werden keine der AIDS-Problematik angepassten Weisungen festgelegt.

⁷⁵ Perspektiven einer neuen Drogenpolitik. Dornach, Verein Schweiz. Drogenfachleute, 1986.

6.3.2 Politik der Kantone

Auch in den kantonalen Behörden gab es 1988 keine bedeutenden AIDS-Debatten. Für die klinischen Aspekte, die Präventions-Erziehung, die Betreuung und die AIDS-Thematik im allgemeinen werden Experten und spezialisierte Beamte für zuständig erklärt. Die ergänzende Tätigkeit der freiwillig oder beruflich in der AHS engagierten Personen, die oft als zwar am Rande der sozialen Normen stehende, aber seriöse Personen gelten, wird auf unterschiedliche Weise geschätzt. Dass sie von den Kantonen teilweise finanziell unterstützt wurden, war teilweise umstritten, was wiederum Fehleinschätzungen des Problems zutage förderte.

In 10 Kantonen und in Lichtenstein haben die regionalen AIDS-Hilfen sich jedoch die teilweise grosszügige, teilweise sehr beschränkte Unterstützung der kantonalen Behörden sichern können.

Mit Ausnahme Zürichs haben die Kantone keine Gesamtkonzeptionen für das Problem AIDS auf ihrem Kantonsgebiet entwickelt. Derartige Konzepte einer kantonalen AIDS-Politik für jeden Kanton scheinen nicht unbedingt erforderlich zu sein. Die Kantone verweisen nämlich häufig auf das AIDS-Bekämpfungskonzept des Bundes (April 1987), welches ihnen den Auftrag gibt, die nationale Strategie einerseits umzusetzen und andererseits, vor allem bei der Aufklärung der Jugendlichen und bei der Betreuung von infizierten oder kranken Personen, zu ergänzen. In der Praxis besteht allgemein seit einiger Zeit eine Verteilung der Aufgaben und Kompetenzen unter der Leitung der kantonalen Sanitätsdepartemente.

In den Kantonen werden besonders Aktionen in der Bereichen Information und AIDS-Prävention vom Einsatz anerkannter **Persönlichkeiten** getragen: Kantonsärzte, Mitglieder der Direktionen des Gesundheitswesens, manchmal Kliniker, die in der Informations- und Beratungstätigkeit engagiert sind. Nur in einigen Kantonen verfügen diese Personen ad hoc über einen offiziellen Status (AIDS-Stelle); das Milizsystem überwiegt.

Für den Informationsaustausch geschaffene Gremien - in 18 von 26 Kantonen gibt es eine AIDS-Kommission - erlauben es, auch ohne schriftlichen Bezugsrahmen die Richtungen der offiziellen kantonalen Aktionen genau zu definieren. Die Koordinierung wird oft durch eine Aufteilung der Tätigkeiten nach Sektoren oder Departementen ersetzt: das Erziehungsdepartement kümmert sich um die Information in den Schulen; die Sozialdienste übernehmen Aktionen bei den Drogenabhängigen, wobei das Verhältnis zu Justiz- und Polizeibehörden je nach Fall durch Zusammenarbeit oder Konflikte gekennzeichnet ist; die Spitäler gewährleisten die Pflege oder nehmen Tests vor...

Hauptanliegen der Kantone war es bisher, die **Schüler zu informieren** - über AIDS und die Möglichkeit, eine Ansteckung zu vermeiden. Dieser Aspekt wird in Abschnitt 5.2.1 behandelt.

In den Bereich der sozialen Intervention des Kantons gehört zudem der Aufbau eines **Beratungs- und Betreuungsnetzes**. Hierzu entstanden bis anhin keine ausdrücklichen (kantonalen) Programme, da ein entsprechender Bedarf noch nicht spürbar war. Für die Kantone handelt es sich um einen beschränkten Interventionsbereich, da sich ja die freiwilligen oder beruflichen Helfer häufig im Rahmen der regionalen AIDS-Hilfen bereits spontan organisiert haben.. Nach einer Phase der Beobachtung und der Skepsis verbesserte sich ihre Zusammenarbeit mit den öffentlichen Stellen vor allem dort, wo regionale AIDS-Hilfen aufgrund der Informations-, Beratungs-, Ausbildungs- und

Begleitungsgesuche, die ihnen gestellt wurden, überfordert waren (siehe auch Abschnitt 5.2.3 über die Vorgehensweisen der regionalen AIDS-Hilfen).

Zwar können die Kantone mittlerweile die Information der jungen Schulgänger und die Antwort auf individuelle Anfragen übernehmen, doch bestehen nach wie vor Hindernisse, um die **Intervention bei Drogenabhängigen** den neuen, AIDS-bedingten Gegebenheiten anzupassen. Die relative Sackgasse, in der sich die Politik zur Prävention und Kontrolle der Drogensucht befindet, ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Einerseits können Präventions- und Repressionsmassnahmen nicht verhindern, dass ein - begrenzter, aber konstanter - Bruchteil der Jugendlichen nach wie vor von Betäubungsmitteln abhängig werden; andererseits können sich Drogenfachleute, politische Behörden und die Justiz nicht auf ein gemeinsames Vorgehen einigen. Zusätzlich zu den Konflikten, die bereits aufgrund der unterschiedlichen Orientierungen und Vorgehensweisen bestehen, besteht nun noch die Schwierigkeit, HIV-Prävention zu betreiben, und zwar auch bei jenen Drogenabhängigen, die sich nicht von der Droge loszulösen versuchen. Dies bedingt, dass der Konsum (in gewissen Ausmassen) toleriert werden muss und dass man hauptsächlich eine Änderung von Verhaltensweisen anstrebt, die man bis anhin zu bekämpfen versuchte. Zudem wird die Drogenszene, zu der jene Drogenabhängigen gehören, die am meisten am Rande stehen, der Verelendung nahe sind und häufig auf der Strasse leben, in den grossen Städten immer sichtbarer. Das physische Elend und die AIDS-Krankheit lassen in der Bevölkerung das Gefühl entstehen, dass die Präsenz der Drogenabhängigen, die bereits wegen des möglichen "Mitreissens" von bestimmten Jugendlichen und der Beschaffungskriminalität als Gefahr gesehen werden, noch bedrohlicher geworden ist.

Die Richtlinien der AIDS-Prävention im Drogenmilieu und die bisher geltenden Orientierungen weisen somit in entgegengesetzte Richtungen. Trotzdem gelingt den Fachleuten und den Sanitätsbehörden bestimmter Kantone auf dem Papier und teilweise in der Praxis ein Konsens über folgende Notwendigkeiten :

- mit den Drogenabhängigen in Kontakt treten
- Gesundheitserziehung der Drogenabhängigen
- sexuelle Information und Beratung für die Drogenabhängigen
- Methadonprogramme
- kostenloser Zugang zu sterilem Injektionsmaterial.

Ein derartiges Programm bedingt szenennahe Interventionen "im kleinen Maßstab", Informationsprogramme, Programme für medizinische Hilfe und für Überlebenshilfe. Entsprechende Aktionen begannen Ende 1988 in der zürcher Szene (Programme ZAGJP und ZIPP-AIDS).

Analoge Vorstellungen führten auch 1986 im Rahmen der Interventionen der Stiftung Contact in Bern zur Einrichtung einer Anlaufstelle für Drogenabhängige (Münstergasse 12) und zum Projekt Sprützhüsli, das in Basel von Gassenarbeitern durchgeführt wird (siehe 5.2.2).

Bei derartigen Aktionen tauchen besonders folgende grosse Schwierigkeiten auf: häufige Polizeieinsätze, Proteste aus der Nachbarschaft, politische Opposition und ungenügende Mittel.

Von bestimmten Behörden (Bsp. St. Gallen und Solothurn) wird die Anpassung des berner Modells an die lokalen Gegebenheiten ins Auge gefasst. In anderen Städten oder Kantonen scheinen derartige Initiativen nicht in Frage zu kommen, da entweder das politische und polizeiliche Klima dagegensprechen oder die Fachleute kein dringende Notwendigkeit dafür sehen.

Ferner haben die Kantone hinsichtlich des Zugangs zu Spritzen (rezeptfrei, ausser in 2 Kantonen, aber für die Apotheker meistens auf freiwilliger Basis) und der mehr oder weniger verbreiteten Anwendung von Methadon-Substitutionsprogrammen recht unterschiedliche Massnahmen getroffen.

Insgesamt steht die Drogenpolitik der Kantone nicht auf festem Boden. Sie ist schlecht an die Notwendigkeit der AIDS-Prävention angepasst.

Ein Kanton - Zürich - versuchte, anhand seines AIDS-Programms ein **Konzept** zu erarbeiten und einen Konsens zwischen Fachleuten und Behörden herbeizuführen. So erwies sich, dass es für die Definition der Verantwortungsbereiche der Behörden und der verschiedenen öffentlichen Dienste und für die Annäherung von unterschiedlichen und sogar völlig gegensätzlichen Positionen gut sein kann, in politischem Sinne eine Klarstellung anzustreben. Dieses Konzept dürfte dazu beitragen, dass Personal und Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden und dass die Zusammenarbeit zwischen Institutionen verstärkt wird.

Der von einer offiziellen Kommission aus Experten, Professoren, Richtern und Juristen erstellte Zürcher Bericht⁷⁶ behandelt die epidemiologischen Aspekte (inwiefern ist eine Großstadt stärker betroffen als der Rest des Landes?), die Informations- und Erziehungsprogramme für Jugendliche, die spezifischen Interventionen für die am meisten gefährdeten Gruppen, insbesondere in der Drogenszene, den Bedarf an Personal und Infrastruktur für die Pflege und die politischen und juristischen Massnahmen.

Der Bericht wurde am 13. November 1988 der Presse vorgestellt und dürfte in nächster Zukunft vom Grossrat gutgeheissen werden.

Der Zürcher Bericht liess eine Debatte entstehen, denn zunächst wird darin eine positive und offene Haltung gegenüber der Prävention vertreten - man anerkennt, dass Repression sich nicht bewähren würde -, doch dann folgt eine Liste von autoritären Massnahmen, die in extremen Situationen, wenn das Infektionsrisiko für Mitmenschen nicht anders behoben werden kann, auf infizierte Personen angewendet werden können. Zwangsmassnahmen dieser Art wurden in keinem anderen Kanton vorgesehen. In Zürich fanden sie jedoch ihren konkreten Niederschlag in der Verurteilung einer Frau, die sich ihrer Seropositivität bewusst war und ihren Partner angesteckt haben soll.

Wie wirkt sich die Politik der Kantone auf die Präventionsaspekte aus ?

- Die Anerkennung der federführenden Rolle des Bundes im Bereich der AIDS-Bekämpfung und die angestrebte Kohärenz zwischen Bund und Kantonen wirken sehr fördernd auf die Verstärkung der Präventionsbemühungen im ganzen Land. Zu betonen ist, dass kein Kanton mit dem klassischen Reflex reagierte, der darin besteht, alles, was aus Bern kommt, abzulehnen. Überall wurden mit eigenen Ressourcen und oft mit der Unterstützung des BAG Erziehungsprogramme für die Jugendlichen geschaffen, die grundsätzlich mit der von der nationalen Kampagne vorgeschlagenen positiven und offenen Haltung übereinstimmen.
- Die Aufteilung der Aufgabenbereiche (Prävention in den Schulen, Beratung und Betreuung, soziale Aktionen, Pflege, Droge) hat sich auf die Präventionsprogramme bis jetzt nicht nachteilig ausgewirkt. Aufgrund von

⁷⁶ AIDS-Kommission des Kantons Zürich. AIDS-Bericht 1988. Situations-Analyse, Konzepte und Massnahmen. Zürich, 1988.

mangelnden Ressourcen können die regionalen AIDS-Hilfen die von ihnen erwarteten Leistungen nicht immer erbringen.

- Die Patt-Situation und/oder die Widersprüche in der Drogenpolitik führen zwangsläufig zu einer Verschlimmerung des HIV-Infektions-Problems bei Drogensüchtigen und zu einer weiteren Verelendung der Randständigen.
- Schliesslich wurden die Risiken autoritärer Entgleisungen nicht völlig beseitigt und bedeuten, dass die HIV-Infektion in den "Untergrund" gedrängt wird.

6.4 Das Sex-Zeitalter und das Herz-Zeitalter

Die AIDS-Epidemie begann zu einem Zeitpunkt in der jüngeren Geschichte, als die Einstellungen und Verhaltensweisen im Bereich der Gefühlsbeziehungen sich zu verändern schienen. Diese Entwicklung wird oft als eine Rückkehr zur Paarbeziehung, zur Familie, zur "sentimentalen" Liebesbeziehung bezeichnet; dies nach der Welle der sexuellen Emanzipation, der Befreiung der Person und der Betonung der Körperlichkeit.

Anhand einer rückblickenden Analyse mehrerer Umfragen und Erhebungen, die zwischen 1978 und 1987 in der Schweiz durchgeführt wurden, ist es möglich, Einblick in die messbaren Tendenzen auf diesem Gebiet zu erhalten⁷⁷. Auch können dadurch für die AIDS-Prävention günstige oder problematische Entwicklungen aufgezeigt werden, da der Unterschied zwischen eher autonomen Tendenzen und epidemiebedingten Tendenzen gemacht werden kann.

Bei dieser Betrachtungsweise ist jedoch grosse Vorsicht geboten, da die Erhebungen, auf die Bezug genommen wird, nicht mit einheitlichen Interviewmethoden und einheitlichem Zielpublikum gemacht wurden und da es nicht viele relevante Variablen gibt.

Die 1981 und 1987 mit dem gleichen Fragebogen und der gleichen Stichprobe durchgeführten Erhebungen über das Sexualverhalten⁷⁸ lassen deren Auftraggeber zum Schluss kommen, dass die in der Schweiz lebenden Personen in Sachen Liebe und Sexualität jetzt "konservativer" sind als vor 7 Jahren. Diese Behauptung ist gewiss übertrieben.

Vorehelicher Geschlechtsverkehr und das Konkubinat werden 1987 und 1981 gleichermassen akzeptiert und als "normales" Verhalten gewertet. Auch blieb die tolerante Haltung gegenüber der Homosexualität bestehen. Sexuelle Abenteuer ausserhalb der Paarbeziehung werden gewiss weniger häufig als "völlig akzeptabel" und häufiger als "akzeptabel unter gewissen Umständen" bezeichnet - eine Antwort, die den Gefühlen oder dem Pragmatismus freien Raum lässt. Die Toleranz gegenüber ausserehelichen Beziehungen der Ehefrau (47 % 1981, 40 % 1987) oder des Ehemanns (45 %, 36 %) nimmt zwar leicht ab, bleibt jedoch insgesamt hoch.

⁷⁷ Quelle : Kulturmuster des Partnerschafts- und Sexualverhaltens und AIDS.

⁷⁸ Umfragen D & S Zürich 1981 und 1987 zum Sexualverhalten im Auftrag der Schweizer Illustrierten. N= 600 und 900.

Ferner nimmt der Anteil der Verheirateten unter den über 16jährigen in den 6 bis 9 vergangenen Jahren zwar ab (Erhebung über Verhütung⁷⁹ und Sexualverhalten⁸⁰, doch steigt der Anteil jener Personen, die eher informelle Partnerschaften vorziehen und sich somit einem häufigeren Wechsel des Beziehungs- und Sexualpartners aussetzen (Auflösung von Beziehungen, parallele Beziehungen).

Der Partnerwechsel als solcher ist keine Seltenheit, denn über die Hälfte der Frauen und zwei Drittel der Männer zwischen 21 und 30 Jahren hatten schon mindestens 3 Partner⁸¹. Eine hohe sexuelle Mobilität (Promiskuität im Sinne des derzeitigen AIDS-Vokabulars) liegt jedoch nur bei wenigen Erwachsenen vor (5% hatten 1987 mehr als 5 Partner in einem Jahr⁸², 2% hatten mehr als 10⁸³). In den letzten Jahren wird in den Umfragen eine Tendenz hin zur Abnahme der Mobilität festgestellt: zwischen 1981 und 1987 ging der Anteil der Personen, die in den vergangenen 12 Monaten mehr als 3 Partner hatten, von 20 % auf 10 %⁸⁴ zurück. Andere Fragen, die im Rahmen dieser Umfragen gestellt wurden, zeigen jedoch, dass die Merkmale der Beziehungen sich eher nicht geändert haben, insbesondere besteht ein Nebeneinander von Beziehungen "fürs Leben", mehr oder weniger dauerhaften Beziehungen und gelegentlichen Beziehungen. Die Verringerung der Anzahl Partner führt somit anscheinend nicht zu einer Verlängerung der Beziehungsdauer, sondern bei den sexuell mobilen Personen eher zu längeren oder häufigeren Phasen der Abstinenz oder des Alleinseins. Beispielsweise scheint der Anteil der 16 bis 24jährigen Frauen, die in den letzten 6 Monaten keine Sexualkontakte hatten (etwa ein Drittel) zwischen 1978 und 1987 leicht gestiegen zu sein⁸⁵.

Die Konfrontation mit AIDS stellt theoretisch jede neue Beziehung in Frage. Die Unterscheidung zwischen verschiedenen Beziehungskategorien bleibt weitgehend bestehen, doch scheint sich eine vereinfachte Einteilung in zwei Klassen abzuzeichnen: Beziehungen, bei denen man sich gegen HIV-Infektionen schützen müsste und solche, die als "risikofrei" gelten (etwa weil sie durch die grosse Liebe geschützt werden?).

Die beiden Partner sehen sich jedesmal gezwungen, zu entscheiden, um welchen Beziehungstyp es sich handelt, was wegen der mangelnden Anhaltspunkte ganz zu Beginn der Beziehung natürlich schwierig ist. Darüber reden müsste man können, doch fehlen dazu einfache Worte. ("Ein Dialog als Problemlösung ist ausgesagt, soziale Abstützungen in Form von Interaktionsmustern aber fehlen"⁸⁶).

Die Tendenzen aus einigen Umfragen der letzten 10 Jahre in der Schweiz vermitteln den Eindruck, dass man **nicht konservativer geworden ist** in Sachen Partnerschaft und Sexualität, dass man sich hingegen **eher pragmatischer** verhält. So interpretieren die Befragten selbst ihre Art und Weise, sich auf das AIDS-Risiko einzustellen, indem sie entweder bei der Partnerwahl vorsichtig sind oder Präservative verwenden.

⁷⁹ Umfragen GfM Hergiswil 1978 und 1987 zur Schwangerschaftsverhütung. N= unbekannt und 2053.

⁸⁰ Umfrage D & S Zürich 1987 zum Sexualverhalten.

⁸¹ Quelle: Erhebung über das Sexualverhalten von jungen Erwachsenen (17-30 ans). Studie Nr. 2.

⁸² Enquête MIS Lausanne 1988 sur la prévention du SIDA pour la TV DRS, N=800.

⁸³ Umfrage D & S Zürich 1987 zum Sexualverhalten.

⁸⁴ Umfrage D & S Zürich 1981 und 1987 zum Sexualverhalten.

⁸⁵ Umfragen GfM Hergiswil 1978 und 1987 zur Schwangerschaftsverhütung.

⁸⁶ Gerhards J. Was hindert Menschen daran, risikoarmes Sexualverhalten zu praktizieren? Berlin, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, 1988.

Umfragen über Die Verhütung bestätigen diesen Begriff des Pragmatismus. Die Rate der Benutzer (in diesem Fall Benutzerinnen) von Präservativen muss nämlich nuanciert betrachtet werden: 1978 15 % und 1987 11 % der 16 bis 44jährigen Frauen⁸⁷. Dieser kleine, statistisch eher nicht signifikante Unterschied kann aus mehreren Gründen nicht als rückläufige Tendenz bezeichnet werden:

- In anderen Ländern, in denen man über jährliche Angaben verfügt⁸⁸, ist bis 1984 ein Rückgang des Präservativgebrauchs zu beobachten, dann jedoch eine Zunahme; somit liegt also eine "U-Kurve" vor und nicht ein lineares Abfallen.
- Ferner sind in der Bevölkerung, die für die Berechnung des Präservativgebrauchs als Basis dient, Änderungen aufgetreten, die auf eine Abnahme der Gelegenheiten, Präservative zu benutzen, hindeuten: längere oder häufigere Phasen der sexuellen Abstinenz unter jüngeren Frauen, zunehmende Zahl der 24 bis 35jährigen Frauen, die wegen Kinderwunsch keine Verhütung betreiben, ab 35 Jahren hohe Anzahl chirurgischer Sterilisationen.

Dies weist darauf hin, dass das Präservativ eher in bestimmten Umständen verwendet wird und stärker mit der sexuellen Mobilität verbunden ist. Bestärkt wird diese Annahme durch die Tatsache, dass ein Drittel der 16 bis 24jährigen Benutzerinnen das Präservativ (gleichzeitig oder abwechselnd) zusammen mit anderen Verhütungsmethoden benutzen.

Die Tendenzen in der Sexualität und in der Verhütung stehen vor einem Hintergrund, den es im Hinblick auf die AIDS-Prävention zu berücksichtigen gilt:

- Für Präventionszwecke ist es günstiger, von einer pragmatischen und nicht von einer konservativen Ausrichtung auszugehen: das HIV-Infektionsrisiko ist in einem freizügigeren Kontext vielleicht höher, aber dort ist auch die vernunftsgeprägte Annahme von Schutzverhalten leichter zu bewirken.
- Die untersuchten Daten zeigen zudem, dass häufig Risiken eingegangen werden, vor allem bei der Entstehung neuer Beziehungen, dass aber eine hohe sexuelle Mobilität selten vorkommt. Die soziale Akzeptanz der vor-, nicht- oder ausserehelichen Beziehungen verweist nicht nur auf die Emanzipation, sondern auch auf die Qualität der Beziehungen.
- Schliesslich behält das Präservativ als Verhütungsmittel einen gewissen Stellenwert, den es parallel zur AIDS-Bekämpfung zu unterstützen gilt.

⁸⁷ Umfragen GfM Hergiswil 1978 und 1987 zur Schwangerschaftsverhütung.
⁸⁸ Zitiert durch GfM 1987.

ANHANG : KURZE BESCHREIBUNG DER STUDIEN

Ergebnisstudien

PRÄSERVATIVMARKT (Studie Nr. 1, Françoise Dubois-Arber, IUMSP, Lausanne)

Ziele, Variablen : Quantitative, longitudinale Erfassung der Präservativverkaufszahlen auf dem Schweizer Markt. Strukturelle Entwicklung des Marktes (Marken, Art und Zahl der Verkaufsstellen). Fortsetzung der 1987 begonnenen Studie, für 1989 ebenfalls vorgesehen.

Quellen : Schweizer Hersteller und Vertreter von ausländischen Präservativmarken (6 Unternehmen). Kaufhausketten und Hersteller von Automaten (9 Unternehmen).

Instrument : Monatliche Aufstellung von Vertriebs- und Verkaufszahlen.

ERHEBUNG ÜBER DAS SEXUALVERHALTEN VON JUNGEN ERWACHSENEN (17-30 JAHRE) (Studie Nr. 2, Peter Zeugin, IPSO, Sozial- und Umfrageforschung, Zürich)

Ziele, Variablen : Quantitative, repräsentative, mit analogen Studien vom Januar (t0) und Oktober (t1) 1987 vergleichbare Studie zur Messung der Häufigkeit von risikoreichem Sexualverhalten in der Bevölkerung allgemein und der Annahme von Schutzverhalten; nach 18 Monaten STOP-AIDS-Kampagne (t2) wurde die Messung abermals vorgenommen. 1989 wird die Studie wiederholt.

Befragter Personenkreis : Stichprobe : 800 Befragte aus der deutschsprachigen Schweiz, 400 aus der französischsprachigen Schweiz, ausgewählt aus einer geschichteten Stichprobe von Gemeinden, zufällige Auswahl der Haushalte anhand der Telefonbücher, Quotenauswahl in der Zielbevölkerung.

Instrument : Telefonische Befragung, ausgehend von einem Standardfragebogen, wobei Fragebogen und Methode denjenigen vom Oktober 1987 (t1) entsprachen. Statistische Analyse durch IPSO, Daten von IUMSP auf EDV-Kartei übertragen. Durchführung der Umfrage : September-Oktober 1988.

JUNGE TESSINER (Studie Nr. 3, Mauro di Grazia, Dipartimento delle opere sociali, Bellinzona)

Ziele, Variablen : Messung des Wissensstandes im Bereich der AIDS-Übertragung und der Schutzmassnahmen. Erfassung der Einstellung gegenüber der AIDS-Vorbeugung.

Befragter Personenkreis : Junge Tessiner (19 Jahre) bei der militärischen Aushebung im Kanton Tessin; etwa 1500 1987 und 1988.

Instrument : Fragebogen, von den Befragten selbst ausgefüllt.

DIE "HÄNGERSZENE" (Studie Nr. 4, Janine Resplendido, Lausanne)

Ziele, Variablen : Qualitative Probeerhebung in einer jüngeren Bevölkerungsgruppe mit gestörtem Verhältnis zu Familie, Ausbildung, Erwerbsleben, Wohnung, Ideologie, über bestehende oder sich entwickelnde Einstellungen und Verhalten gegenüber AIDS, Erreichbarkeit durch die AIDS-Bekämpfung, spezifische Widerstände und Verstärker.

Befragter Personenkreis : Nicht zufallsbedingte Stichprobe aus 30 jugendlichen (15-25 Jahre) Angehörigen von Randgruppen im oben beschriebenen Sinne, aus der Region Lausanne und aus einer weniger städtischen Region (Jura). Rekrutierung über diverse Kontakte und "Hörensagen", sowie über Gruppen der sozialen (Selbst)-Hilfe und über spezialisierte Erziehungsstätten. Suche nach den verschiedenen Profilen und Situationen (in einem heterogenen, ständigem Wandel unterworfenen Milieu). 2/3 männliche Befragte, 1/3 weibliche Befragte. Drogenabhängige, die Drogen einspritzen, wurden nicht erfasst.

Instrument : Selbstaussfüllbarer Fragebogen, vertiefte Interviews (etwa 1 Stunde) mit Hilfe eines Leitfadens, Niederschrift anhand einer Tonbandaufnahme. Ermittlung der Lebensweisen, Wertvorstellungen, Sprachverhalten, Einstellungen gegenüber Beeinflussungs- und Beratungsnetze, gegenüber Gesundheit und Risiko. Abschluss der Umfrage : Frühjahr 1989.

ZUGEWANDERTE (Studie Nr. 5, François Fleury, Lausanne)

Ziele, Variablen : Bestandsaufnahme der AIDS-Prävention in zwei Ausländergruppen in der Schweiz. Ermittlung der sexuellen Verhaltensweisen (mit oder ohne Risiko), der Vorbeugungsmassnahmen, des Verständnisses und der Vorstellungen im Bereich der Geschlechtskrankheiten.

Befragter Personenkreis : Männliche Ausländer, Saisoniers und Asylbewerber oder Flüchtlinge türkischer oder afrikanischer Herkunft (58, respektive 12 Befragte), die ohne ihre Familie in der Schweiz leben.

Instrument : Tiefeninterviews anhand eines Fragebogens, individuell oder in Gruppen, unter Beizug eines Übersetzers, der auch als Vermittler diente, Niederschrift anhand einer Tonbandaufnahme.

SPITALPERSONAL (Studie Nr. 6, Françoise Dubois-Arber und Dominique Hausser, IUMSP, Lausanne)

Ziele, Variablen : Evaluation der Wirkung der AIDS-Bekämpfungsbotschaften auf das Spitalpersonal, insbesondere :

1. Beschreibung der verschiedenen beruflichen, persönlichen, vorbeugungs- und pflegetechnischen Problemstellungen, denen das Spitalpersonal im Zusammenhang mit AIDS begegnet (Kenntnisse, Einstellungen, Verhaltensweisen).
2. Akzeptanz der Präventionsbotschaften und -richtlinien auf persönlicher und beruflicher Ebene.
3. Mögliche Übernahme der Multiplikatorrolle für AIDS-Botschaften.

Befragter Personenkreis : Spitalpersonal, das mit Kranken in Kontakt ist: medizinische und paramedizinische Pflegeberufe, Stationspersonal in Universitäts-, Kantons- und Regionalkrankenhäusern auf verschiedenen Stationen: allgemeine Medizin, Notfälle, Operationssaal, Kreißsaal, Pflegeabteilungen für AIDS-Kranke oder AIDS-Konsultationsstellen. Nicht zufallsbedingte Stichprobe aus 13 Gruppen von Angehörigen der Pflegeberufe (5-10 Personen) aus 9 Krankenhäusern der Romandie und der Deutschschweiz (insgesamt 83 Befragte)

Instrument : Gruppengespräche, ergänzt durch individuelle, am Anfang und am Ende des Gesprächs ausgefüllte Fragebogen.

MILITÄR : Aufklärungsprogramme im Zusammenhang mit der Armee (Studie Nr. 7, Marie-Claire Mathey und Inge Schroeder, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zürich)

Ziele, Variablen : Erforschung der Machbarkeitsbedingungen für von Rekrutenschulärzten durchgeführte AIDS-Interventionen im Rahmen der Rekrutenschulen.

Befragter Personenkreis : Rekrutenschulärzte (diplomierte Ärzte, meist Anfänger, die den Leutnantgrad abverdienen): 10 Stichprobe aus Rekruten (Männer, 20 Jahre) : 10 Gruppen mit je ungefähr 20 Rekruten (Züge), aus den drei Sprachregionen, zu verschiedenen Waffengattungen gehörig.

Instrument : Interviews der Rekrutenschulärzte. Gruppengespräche mit den Rekruten, davor und danach individuelle Fragebogen. Gespräche mit den Offizieren und Unteroffizieren der Kompanie, zu denen die betreffenden Rekruten gehören.

SEX-TOURISTEN (Studie Nr. 8, Mathias Stricker, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Zürich)

Ziele, Variablen : Untersuchung über das Vorkommen und das Profil (Einstellungen, Verhalten) der Personen, die sich mit der Absicht, sexuelle Beziehungen zu haben, auf Reisen begeben. Schätzung der Korrelation zwischen dem sexuellen Verhalten (geschützt oder mit Risiko) und einer HIV-Infektion.

Befragter Personenkreis : Fälle : Erwachsene, die sich an das Impfzentrum Zürich wenden und bei denen (in den Augen der Ärzte) das Risiko einer HIV-Infektion

durch Sexualbeziehungen während Reisen in tropische Gegenden (Afrika, Asien, Lateinamerika) besteht. Anzahl: 64. Kontrollen: aus Kenia zurückkehrende Touristen, bei den Rückflügen rekrutiert (Balair-Charter). Anzahl: 112

Instrument: Persönliche Interviews. Serologische Tests (HIV, Malaria, Hepatitis A, Denguefieber) und Stuhluntersuchungen (Parasiten) 14 Tage und 14 Wochen nach der Rückkehr. Prozessorientierte Studien.

Prozeßstudien

PRÄVENTIONSBOTSCHAFTEN IN DEN MEDIEN : VERBREITUNG UND WIRKUNG (Studie Nr. 9, Brigitte Birchmeier und Jacques-Eric Richard, Département de sociologie de l'Université de Genève. Dominique Hausser, IUMSP, Lausanne)

Ziele, Variablen: Verwaltung einer ARGUS-Datenbank über die Verbreitung von redaktionellen Informationen zum Thema AIDS in der geschriebenen und audiovisuellen Schweizer Presse. Quantitative und qualitative Analyse der Informations- und Präventionsbotschaften zum Thema AIDS. Analyse der mengenmässigen Verbreitung der geschriebenen Informationen und der Wahrnehmungshäufigkeit der Fernsehsendungen und -spots über AIDS. Identifizierung allfälliger empfindlicher Reaktionen, die in Presseartikeln veröffentlicht wurden. Weiterführung der 1987 begonnenen und 1989 weitergeführten Studie SIDA-MEDIAS.

Quellen: Systematisches Ausschneiden von AIDS-Artikeln in der geschriebenen Schweizer Presse und Verzeichnis der Radio- und Fernsehsendungen durch ARGUS AG, Zürich. Von der SRG ermittelte Einschaltquote (Télécontrôle).

Instrument: Systematisches Lesen von Artikeln, Erfassen in einer Datenbank anhand eines Leserasters.

POLITISCHE UND STRATEGISCHE PRÄVENTIONS- UND AIDS-BEKÄMPFUNGSMASSNAHMEN IN DEN KANTONEN (Studie Nr. 10, Marie-Claire Mathey und Inge Schroeder, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zürich)

Ziele, Variablen: Beschreibung von Aufbau und Institutionalisierung der AIDS-Prävention auf kantonaler Ebene in der Perspektive einer Entscheidungsanalyse. Definition der Strategien und ihrer Ziele, Orientierung der Aktionen in den Sektoren Gesundheits- und Sozialwesen, Umsetzung und Effizienz der Programme. Zusammenarbeit zwischen offiziellen Programmen und Aktionen von freiwilligen oder privaten Organisationen. Fortsetzung der 1987 begonnenen Studie.

Befragter Personenkreis: Beobachtung der Entwicklungen in 9 Kantonen: Zürich, Bern, Waadt, Genf (1987 bereits beobachtet), Basel-Stadt, St. Gallen, Luzern, Freiburg, Graubünden. Sekundäranalyse von Dokumentation zu einigen in allen Kantonen feststellbaren Tendenzen.

Instrumente: Schriftliche oder mündliche Befragung von 30-40 Verantwortlichen oder Informationsbeauftragten in 9 Kantonen.

SCHULPROGRAMME (Studie Nr 11, Rainer Hornung, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Zürich, H. Wydler, A. Deventer, A. Tschopp, ISPM Zürich, B. Mayer, Amt für Unterrichtsforschung und -planung des Kantons Bern, R. Rordorf, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Basel, M.-C. Hofner, Ecole d'études sociales et pédagogiques, Lausanne, Ch. Gagnebin, La Neuveville.

Zusammenarbeit mit der Erziehungsdirektorenkonferenz (Ch. Schmid) und mit der Arbeitsgruppe AIDS und Schule des Bundesamtes für Gesundheitswesen (Th. Stutz).

Ziele, Variablen : Analyse der Durchführung der Programme für AIDS-Information und Erziehung in den Schulen. Messung der Ergebnisse der AIDS-Aktionen im Bereich Schule, mittels Angaben über die Kenntnisse und Einstellungen der Schüler. Bewertung des in den Schulprogrammen über AIDS-Information und Prävention eingesetzten Lehrmaterials.

Befragter Personenkreis : Schüler und Lehrer in Sekundarschulen der Kantone Zürich, Bern, Basel und aller in den Evaluationsprozess eingebundenen Kantone (interessierte Kantone : Neuenburg, Basel-Stadt). Den Schulen aller Schweizer Kantone zur Verfügung gestelltes Informationsmaterial, zusammengetragen vom CESDOC (Centre de documentation en matière d'enseignement et d'éducation) in Genf.

Instrumente :

Zürich : Fragebogen (oder Interviews) für die (35) an der Entwicklung der AIDS-Programme Beteiligten. Fragebogen (oder Interviews) für die Lehrkräfte, betreffend die Erfahrungen und Einschätzungen der AIDS-Programme. Interviews einiger Schuldirektoren. Fragebogen für die Schüler von 30 Klassen. Bern : Dieselben Instrumente. Basel-Stadt : Fragebogen an Schüler und Lehrlinge, vor und nach den Aufklärungsprogrammen. Fragebogen zuhanden der Lehrkräfte. Übrige Kantone : Modelle analog zu Zürich und Bern.

Lehrmittel : Fragebogen zuhanden der kantonalen Schulbehörden. Analyse des Inhalts der vom CESDOC in Genf zusammengetragenen Unterlagen.

PILOT-INTERVENTIONSPROGRAMME FÜR DROGENABHÄNGIGE (Studie Nr. 12, Chris Spreyermann, Stiftung Contact, Bern, Mark Flückiger, Schwarzer Peter und AIDS-Hilfe Basel)

Ziele, Variablen : Probe- und Begleiterhebung zu den Interventionsprogrammen für Drogenabhängige, die auf der Gassenarbeit oder Arbeit nahe der Drogenszene basieren und als Überlebens- und Alltagshilfe für die Drogenabhängigen konzipiert sind; beispielsweise wird Injektionsmaterial verteilt, eingetauscht oder sterilisiert und Informationen und Ratschläge zu AIDS-Fragen werden angeboten. Erforschung der Durchführungsbedingungen derartiger Programme in Bern (Münstergasse 12, Stiftung Contact), Basel (Schwarzer Peter und AIDS-Hilfe) und in Zürich (ZIPP-AIDS). Analyse der Klienten und der zu beobachtenden Wirkungen. Die Studie ist noch nicht abgeschlossen und wird 1989 weitergeführt.

Befragter Personenkreis : Nicht in Hilfs-, Beratungs- und Entziehungsdienste integriertes Drogenmilieu; 3 Interventionsprogramme für Drogenabhängige; politisches, institutionelles, soziales Umfeld dieser Programme.

Instrumente : Partizipierende Beobachtung, Tätigkeitsberichte, Interviews von Benützern der verschiedenen Dienste.

ERZIEHER UND SOZIALARBEITER (Studie Nr. 13, Blaise Duvanel, La Chaux-de-Fonds, Hughes Wülser, La Chaux-de-Fonds).

Ziele, Variablen : Evaluation der Auswirkungen der AIDS-Epidemie und der AIDS-Bekämpfung in einer Gruppe von Berufstätigen, die mit den Problemen der Jugendlichen in Berührung kommen, insbesondere :

1. Integration der Präventiv-Botschaften in die berufliche Praxis,
2. Konfrontation mit der Epidemie (Seropositive und Kranke),
3. Wirkung der Rollenkonflikte (berufsmässig vertretene Standpunkte und Verhalten im Privatleben.)
4. Forderungen nach Ausbildung/spezifischer Beratung.

Befragter Personenkreis : Mitarbeiter (Sozialarbeiter, Erzieher, Animatoren, Vertreter der paramedizinischen Berufe, Psychologen...) der in Drogenfragen spezialisierten ambulatorischen Institutionen, der Jugendschutzdienste und Institutionen für den sozialen Schutz der Jugendlichen, Heime für junge Erwachsene und Institutionen für junge "Hänger". Die Erhebung erfasst (kollektiv) die Belegschaft aller obengenannten Institutionen in der Schweiz (ca. 250).

Instrument : Schriftlicher Fragebogen, selbstausfüllbar, per Post verschickt.

PRAKTIZIERENDE ÄRZTE (Studie Nr. 14, Jean-Blaise Masur, Veyrier-Genève)

Ziele, Variablen :

1. Ausbildung von praktizierenden Ärzten in AIDS-Fragen sowie Bedarf im Ausbildungsbereich.
2. Inhalt der von schweizerischen medizinischen Zeitschriften veröffentlichten Informationen und Ratschläge.
3. Bevölkerungsgruppen, die sich mit Fragen über AIDS an den praktizierenden Arzt wenden.
4. Haltungen und Interventionspraktiken der Ärzte in AIDS-Fragen (counselling: Information, Prävention, Begleitung und Betreuung von Testpositiven und Kranken).

Befragter Personenkreis : Ungefähr dreissig über die ganze Schweiz verteilte praktizierende Ärzte (allgemeine oder interne Medizin), davon 5 mit zahlreichen Homosexuellen Patienten und 5, die zahlreiche Methadonbehandlungen durchführen.

Instrument : Halboffenes Gespräch, aufgenommen, gemäss einem Balint/mäeutischen Ansatz, bei dem der Arzt gegenüber dem Befrager in die "Lage eines Pädagogen" versetzt wird.

HIV-TEST-DIENSTE (Studie Nr. 15, Jean-Blaise Masur, Veyrier-Genève)

Ziele, Variablen :

1. Evaluation der Vorgehensweise bei Empfang und Betreuung der Benutzer vor und nach dem Test.
2. Evaluation des Angebots der Zentren im Bereich der Vermittlung von Kenntnissen.
3. Charakterisierung der Kundschaften der Zentren (Volumen und Typologie).

Befragte Bevölkerung : Test-Zentren, das heisst: alle Stellen, bei denen man einen HIV-Test durchführen kann, anonym oder nicht, auf Empfehlung des Arztes oder nicht. Stichprobe von 18 Zentren in der Romandie, 10 in der Deutschschweiz.

Instrumente : Besuch in den Zentren, Beobachtung, Fragebogen und Gespräch mit dem Personal.

PROGRAMME ZUR AUSBILDUNG VON AIDS-BETREUERN (Studie Nr. 16, Dominique Hausser, IUHMP, Lausanne, Madeleine Ruedi und Jean-Marc Noyer, Centre médico-social Pro Familia)

Ziele, Variablen :

1. Besteht für die Organisation von Seminaren eine Nachfrage ?
2. Werden Zielsetzungen und Inhalt der Seminare den beruflichen Bedürfnissen der Teilnehmer gerecht ?
3. Können diese Seminare die Präventions-Aktionen verstärken ?

Befragte Personenkreise : Seminare (Typus 2,3 und 4), die vom Centre médico-social Pro Familia organisiert werden und allen interessierten Berufsgruppen der Romandie und des Tessins offen sind.

Instrument : Analyse der Kunden. Analyse der Ziele, Inhalte und Lehrmittel der Seminare. Von den Teilnehmern am Schluss der Seminare ausgefüllte Fragebogen und von den Animatoren verfasste Kommentare. Partizipierende Beobachtung (Modulen 2) und Beobachtung/Animation (Modulen 4).

UNTERSUCHUNG DER FEED-BACK-PROZESSE (Studie Nr. 17, Peter Zeugin, IPSO, Sozial- und Umfrageforschung, Zürich)

Ziele, Variablen : Messung des Einflusses der Evaluation auf die Entscheidungen im Bereich der AIDS-Bekämpfung.

Befragte Personenkreise : Verantwortliche der AIDS-Politik im Bundesamt für Gesundheitswesen (einschliesslich Kreativ-Team), Departement des Innern, Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, AIDS-Hilfe Schweiz. Insgesamt 15-20 Personen.

Instrument : Interviews mit Themenlisten. Umfeldstudien

Umfeldstudien

ENTWICKLUNG DER SEXUALVERHALTEN, KULTURELLE MODELLE (Studie Nr. 18, Inge Schroeder und Marie-Claire Mathey, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zürich)

Ziele, Variablen : Untersuchung der jüngsten Veränderungen der Verhaltensmuster im Bereich der Sexualität und der Paarbildung, zur Verbesserung der von der AIDS-Epidemie unabhängigen Evolutionsfaktoren und um festzustellen, ob sie beim Versuch, neue HIV-Infektionen zu vermeiden, eine günstige oder ungünstige Rolle spielen.

Instrument : Sekundäre Analyse von Umfrageergebnissen und wissenschaftlicher Literatur über Werte, Einstellungen und Verhalten. Im wesentlichen handelt es sich um Angaben, die im Verlauf der letzten fünf Jahre in der Schweiz gesammelt wurden.

Informationsquellen : In der Schweiz durchgeführte Umfragen. Fachliteratur aus den Bereichen Soziologie und Sexologie.

AIDS-BILD IN DEN MEDIEN (Studie Nr. 19, Brigitte Birchmeier und Jacques-Eric Richard, Département de sociologie de l'Université de Genève)

Ziele, Variablen : Ausarbeitung eines Modells über das von der geschriebenen Presse vermittelte AIDS-Bild.

Informationsquellen : AIDS-bezogene Artikel, die von ARGUS AG, Zürich, in der geschriebenen Schweizer Presse gesammelt wurden.

BILD DER PRÄSERVATIVE (Studie Nr. 20, Monique Weber-Jobé und Dominique de Vargas, Centre médico-social Pro Familia, Lausanne, Philippe Lehmann, IUMSP, Lausanne)

Ziele, Variablen : Ermittlung der Reaktionen, die im Rahmen der sexuellen Aufklärung an Schulen und in der Familienplanung über (den Gebrauch) der Präservative geäußert wurden; dies zur besseren Erfassung der Akzeptanz und der Widerstände in den Problembereichen AIDS und Verhütung.

Befragter Personenkreis : Sexualerziehungsbeauftragte und Familienplanungsberaterinnen. Schüler der 4., 6. und 8. Klasse, Lehrlinge und andere Schüler im Kanton Waadt. Berater der Familienplanungsstellen Lausanne und Renens.

Instrument : Aufzeichnungen von Animatorinnen und Beraterinnen, Interviews.

CAHIERS DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION

- 1 s.1 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Analyse de la dotation en lits par groupes diagnostiques : exemple du service d'obstétrique dans les hôpitaux de zone. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 15 p.
- 1 s.2 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de la dotation en lits par groupes diagnostiques et par classes d'âges : hôpitaux de zone, 1990-2010 (version provisoire). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 41 p.
(Remplacé par Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.5)
- 1 s.3 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 13. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 13 p.
- 1 s.4 Grimm R., Paccaud F. - SIMULIT. Un modèle de simulation pour l'analyse et la planification de l'activité hospitalière. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
- 1 s.5 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : hôpitaux de zone, 1990-2010. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 53 p.
(Remplace Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.2)
- 1 s.6 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 14 (adaptation CHUV, 1ère révision). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 12 p.
- 1 s.7 Grimm R., Koehn V., Paccaud F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : CHUV, 1990 - 2010. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 34 p.
- 1 s.8 Grimm R., Koehn V., Paccaud F. - SIMULIT : Description du modèle de simulation. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 12 p.
- 1 s.9 Grimm R., Koehn V. - SIMULIT : Manuel de l'utilisateur. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 48 p.
2. Eggimann B., Gutzwiller F. - Listériose : étude cas témoins en Suisse romande hiver 1984-85. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
3. ROB 1. 2. 3. etc. (ROBETH) : Rapports techniques et documentation relatifs au progiciel d'analyse statistique robuste ROBETH-ROBSYS. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
4. Levi F. - Survie en cas de cancer dans le canton de Vaud. Rapport statistique descriptif. Cas incidents 1974-1980. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 67 p.
5. Paccaud F., Schenker L., Patel M., Grimm R. - Etude Case Mix : une étude intercantonale des clientèles hospitalières (protocole de l'étude). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 22 p.
6. Eggimann B., Paccaud F., Gutzwiller F. - Utilisation de la coronarographie dans la population résidente en Suisse. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 29 p.

7. Hausser D., Lehmann Ph., Gutzwiller F., Burnand B., Rickenbach M. - Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p.
8. Rickenbach M., Wietlisbach V., Berode M., Guillemin M. - La Plombémie en Suisse en 1985 : résultats de l'enquête MONICA pour les cantons de Vaud et Fribourg. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 26 p. + annexes.
9. Patel M., Burnand B., Rickenbach M., Hausser D., Gutzwiller F. - Modification du style de vie, une alternative au traitement pharmacologique lors d'hypertension modérée. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 28 p.
10. Chrzanowski R.S. - Microcomputer Model of Diffusion of New Medical Technologies. Project presented to the Faculty of the University of Texas Health Science Center at Houston, School of Public Health, in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Public Health. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 89 p. + annexes.
11. Scheder P.-A., Junod B. - Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et types de boissons alcooliques. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 38 p.
12. Huguenin M., Paccaud F., Gutzwiller F. - Recensement des patients dans les hôpitaux, cliniques, établissements spécialisés et homes valaisans : résultats d'une enquête en 1985. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 83 p. + annexes.
13. Van der Loos M.C. - Prévention de l'ostéoporose post-ménopausique par l'hormonothérapie substitutive : éléments d'analyse coût-bénéfice. (Th. Méd. Lausanne. 1986). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 127 p.
14. Egli Y., Grimm R., Paccaud F. - Transcodage des codes opératoires et diagnostiques VESKA (Version 1979) en codes ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 53 p.
15. Gutzwiller F., Glasser J.H., Chrzanowski R., Paccaud F., Patel M. (Eds.) - Evaluation des technologies médicales. Assessment of medical technologies. Travaux présentés pendant le Congrès TEKMED 87. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 165 p.
- 16s.1 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole d'évaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes.
- 16s.2 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 102 p.
17. Dubois-Arber F., Paccaud F., Gutzwiller F. - Epidémiologie de la stérilité. Démographie de la fécondité en Suisse. Revue des enquêtes de prévalence publiées. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 42 p.
18. Scheder P.-A. - Des usagers de médecines alternatives racontent (itinéraires thérapeutiques et conception de la santé). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 45 p.
19. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. (Rapport intermédiaire, juillet 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p.
20. Egli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des diagnostics : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 104 p.

21. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des opérations : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 66 p.
22. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Adaptation du "Grouper" aux statistiques médicales VESKA (1980-1986). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 9 p.
23. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Décembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 96 p.
24. Rohrer M.H. - La prévalence des douleurs du dos et de ses facteurs de risque chez les citoyens suisses convoqués à leur recrutement en Suisse romande en 1985. (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 51 p.
25. Grimm R., Eggli Y., Koehn V. - Programmes informatiques permettant l'adaptation des DRG aux statistiques médicales VESKA. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 19 p.
26. Klinké S., Paccaud F. - Sondage pilote concernant la fréquentation d'une unité mobile de mammographie (projet de rapport). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 8 p.
27. Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole scientifique et programme de travail pour l'exercice avril 1988 - mars 1989 de l'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le SIDA. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 56 p.
28. Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Rapport intermédiaire. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 28 p.
29. Trisconi Y. - Etude de validation du "Michigan Alcoholism Screening Test" (MAST) en langue française. (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 43 p.
30. Koehn V., Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Définition des groupes cliniques utilisés sur SIMULIT 15. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 18 p.
31. Patel M., Blanc T., Schenker L. - Méthodologie pour le calcul des coûts par DRG (Juin 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 21 p. + annexes.
32. Santos-Eggiman B., Paccaud F. - Mortinatalité, mortalité infantile et hospitalisations pédiatriques dans le canton de Vaud. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 36 p. + annexe.
33. Fekete A., Eggli Y., Paccaud F. - Complément de table de transcodage des opérations : VESKA (version 1986) - ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 24 p.
34. Eggli Y., Koehn V., Paccaud F. - Distributions des durées de séjour par Diagnosis Related Groups. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 117 p.
35. Eggli Y., Jacquier M., Schenker L. - Pratiques comptables des hôpitaux et faisabilité d'un calcul de coûts basés sur les Diagnosis Related Groups. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 51 p.
36. Equipe Case Mix. - Liste des Diagnosis Related Groups et hiérarchie des interventions chirurgicales par MDC. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 22 p.
37. Santos-Eggimann B., Paccaud F. - Mortinatalité et mortalité infantile dans le canton du Valais. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 27 p.

38. Hausser D. - Protéger la main au travail : une exposition itinérante ou l'utilisation d'un moyen de communication dans les actions de prévention (Th. Méd. Lausanne, 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 74 p.