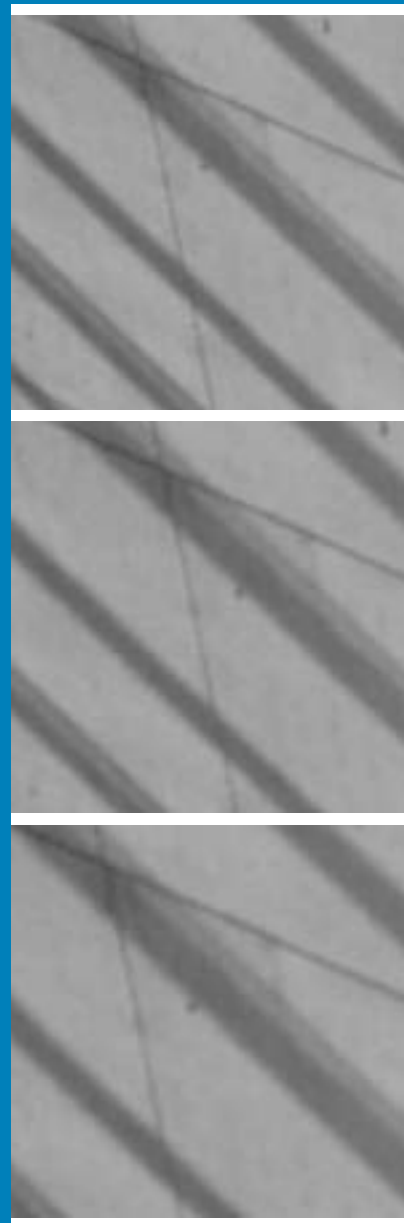


# Bulletin 15/06

Bundesamt für Gesundheit



Bundesamt  
für Gesundheit



**Herausgeber**

Bundesamt für Gesundheit  
3003 Bern (Schweiz)  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

**Redaktion**

Bundesamt für Gesundheit  
Marianne Scheidegger  
3003 Bern  
Telefon 031 322 94 00 (vormittags)  
[info@bag.admin.ch](mailto:info@bag.admin.ch)

**Druck**

BENTELI HALLWAG DRUCK AG  
Seftigenstrasse 310  
3084 Wabern-Bern  
Telefon 031 960 81 81

**Abonnemente, Adressänderungen**

BAG-Bulletin  
Industriestrasse 37  
3178 Börsingen  
Telefon 031 740 97 87  
Fax 031 740 97 76

ISSN 1420-4266

Übertragbare Krankheiten <b>Meldungen Infektionskrankheiten</b>	272
<b>Sentinella-Statistik</b>	274
<b>Influenza A (H5N1): Aktuelle Situation (Stand 5.4.2006)</b>	276
<b>Ein Überwachungssystem der zweiten Generation für eine bessere Überwachung von HIV/Aids in der Schweiz</b>	277
Ein berufsbegleitendes Weiterbildungsangebot der Universität Zürich <b>Master of Advanced Studies in Intervention und Prävention von sexueller Gewalt</b>	282
Alkoholpräventionskampagne «Alles im Griff?» <b>Ein Glas zu viel gibt viel zu reden</b>	283
Beilagen <b>Supplementum I</b> <b>Supplementum XX</b>	

# Übertragbare Krankheiten

## Meldungen Infektionskrankheiten

### Stand am Ende der 13. Woche (4. 4. 2006)<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Arzt- oder Labormeldungen laut Meldeverordnung. Zahlen provisorisch. Bei den in *kursiver* Schrift angegebenen Daten handelt es sich um annualisierte Angaben: Fälle pro Jahr und 100 000 Wohnbevölkerung (gemäss statistischem Jahrbuch der Schweiz). Die annualisierte Inzidenz erlaubt einen Vergleich unterschiedlicher Zeitperioden.

Die Kantonsdaten sind im Internet zugänglich unter: <http://www.admin.ch/bag/infreporting>.

<sup>b</sup> Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen.

<sup>c</sup> Stand am Ende der 1. Woche: Zur Bestimmung der akuten Hepatitis B und C werden Labor- und Arztmeldung benötigt (zeitliche Verzögerung der Ergänzungsmeldung).

<sup>d</sup> Bestätigte und wahrscheinliche Fälle von klassischer CJD. Definitionen siehe [http://www.bag.admin.ch/prionen/d/news\\_zahlen.htm](http://www.bag.admin.ch/prionen/d/news_zahlen.htm). Da das diagnostische Prozedere bis zwei Monate betragen kann, wird auf eine detaillierte Darstellung nach Meldewochen verzichtet. Die Zahl der bestätigten und wahrscheinlichen Fälle betrug 16 im Jahre 2004 und 10 im Jahre 2005 (provisorisch).

	Woche 13			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2006	2005	2004	2006	2005	2004	2006	2005	2004	2006	2005	2004
<b>Respiratorische Übertragung</b>												
Tuberkulose	4 2.80	8 5.70	8 5.80	30 5.30	28 5.00	39 7.00	552 7.50	598 8.20	613 8.50	111 6.10	126 6.90	134 7.40
Invasive Meningokokken-Erkrankungen	3 2.10		2 1.40	11 2.00		10 1.80	76 1.00	84 1.20	74 1.00	30 1.60	31 1.70	27 1.50
Legionellose	2 1.40	1 0.70		9 1.60	3 0.50	6 1.10	193 2.60	155 2.10	180 2.50	34 1.90	16 0.90	22 1.20
Haemophilus influenzae: invasiv	1 0.70	1 0.70	1 0.70	8 1.40	2 0.40	2 0.40	66 0.90	52 0.70	51 0.70	17 0.90	10 0.60	14 0.80
Masern	4 2.80	1 0.70		9 1.60	12 2.10	3 0.50	42 0.60	84 1.20	525 7.30	19 1.00	46 2.50	6 0.30
Röteln <sup>b</sup>							1 0.01		1 0.01	1 0.05		
Influenzavirus	55 39.10	7 5.00		186 33.00	107 19.20	9 1.60	300 4.10	490 6.70	747 10.40	252 13.80	476 26.20	395 21.90
Invasive Pneumokokken-Erkrankungen	30 21.30	53 38.00	27 19.50	130 23.10	147 26.30	121 21.80	1040 14.20	1045 14.40	948 13.20	435 23.80	421 23.20	380 21.10
<b>Faeco-orale Übertragung</b>												
Campylobacter	52 36.90	79 56.60	44 31.80	172 30.60	229 41.00	235 42.40	5189 70.90	5517 76.00	5461 75.80	814 44.50	892 49.10	966 53.60
Salmonella (para)typhi		2 1.40			4 0.70	1 0.20	35 0.50	45 0.60	25 0.30	4 0.20	9 0.50	5 0.30
Übrige Salmonellen	12 8.50	29 20.80	22 15.90	64 11.40	77 13.80	88 15.90	1907 26.10	1901 26.20	2167 30.10	284 15.50	254 14.00	261 14.50
Shigellen	5 3.60	6 4.30	2 1.40	24 4.30	21 3.80	21 3.80	338 4.60	351 4.80	316 4.40	55 3.00	64 3.50	69 3.80
Enterohämorrhagische E. coli	1 0.70	1 0.70		7 1.20	3 0.50	3 0.50	66 0.90	47 0.60	56 0.80	13 0.70	10 0.60	9 0.50
Hepatitis A	4 2.80	1 0.70	3 2.20	11 2.00	10 1.80	8 1.40	153 2.10	194 2.70	171 2.40	41 2.20	38 2.10	30 1.70
Listerien		2 1.40		4 0.70	4 0.70	1 0.20	69 0.90	57 0.80	45 0.60	10 0.50	14 0.80	11 0.60

## ►►►►► Übertragbare Krankheiten

	Woche 13			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2006	2005	2004	2006	2005	2004	2006	2005	2004	2006	2005	2004
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Hepatitis B akut <sup>c</sup>		1		2	3	4	73	96	107		1	
		<i>0.70</i>		<i>0.40</i>	<i>0.50</i>	<i>0.70</i>	<i>1.00</i>	<i>1.30</i>	<i>1.50</i>		<i>0.70</i>	
Total Meldungen (B)	30	17	24	104	86	97	1212	1368	1239	313	326	307
Hepatitis C akut <sup>c</sup>	1	3	1	4	9	6	57	91	93	1	3	1
	<i>0.70</i>	<i>2.10</i>	<i>0.70</i>	<i>0.70</i>	<i>1.60</i>	<i>1.10</i>	<i>0.80</i>	<i>1.30</i>	<i>1.30</i>	<i>0.70</i>	<i>2.10</i>	<i>0.70</i>
Total Meldungen (C)	43	19	35	152	124	181	1921	2129	2355	483	475	541
Chlamydia trachomatis	138	73	73	463	329	335	4694	4194	3638	1348	1045	1014
	<i>98.10</i>	<i>52.30</i>	<i>52.70</i>	<i>82.20</i>	<i>58.90</i>	<i>60.50</i>	<i>64.10</i>	<i>57.80</i>	<i>50.50</i>	<i>73.70</i>	<i>57.60</i>	<i>56.30</i>
Gonorrhoe		14	9	54	41	48	757	590	561	219	144	181
		<i>10.00</i>	<i>6.50</i>	<i>9.60</i>	<i>7.30</i>	<i>8.70</i>	<i>10.30</i>	<i>8.10</i>	<i>7.80</i>	<i>12.00</i>	<i>7.90</i>	<i>10.00</i>
Syphilis				37			90			90		
				<i>6.60</i>			<i>1.20</i>			<i>4.90</i>		
Zoonosen												
Zeckenenzephalitis							205	135	115	3		
							<i>2.80</i>	<i>1.90</i>	<i>1.60</i>	<i>0.20</i>		
Malaria	1	5	2	14	12	19	197	218	249	46	58	71
	<i>0.70</i>	<i>3.60</i>	<i>1.40</i>	<i>2.50</i>	<i>2.10</i>	<i>3.40</i>	<i>2.70</i>	<i>3.00</i>	<i>3.50</i>	<i>2.50</i>	<i>3.20</i>	<i>3.90</i>
Hämorrhagische Fieber												
Brucellen							7	10	5		1	1
							<i>0.10</i>	<i>0.10</i>	<i>0.10</i>		<i>0.10</i>	<i>0.10</i>
Andere Meldungen												
Häufungen		1		3	6	1	30	62	31	15	23	4
Botulismus							1	3		1		
							<i>0.01</i>	<i>0.04</i>		<i>0.05</i>		
Tetanus									3			
									<i>0.04</i>			
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit <sup>d</sup>										6		

Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit  
Abteilung Übertragbare Krankheiten  
Telefon 031 323 87 06

# Übertragbare Krankheiten

## Sentinella-Statistik

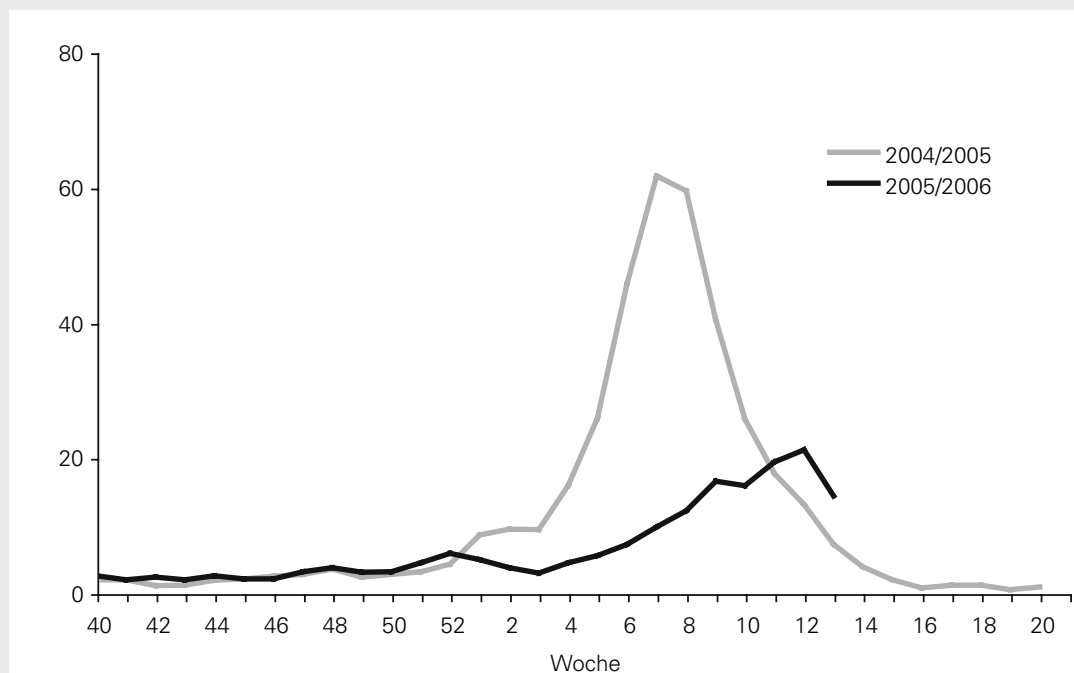
**Meldungen (N) der laufenden 4 Wochen bis 31. 3. 2006 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10<sup>3</sup>)**  
Freiwillige Erhebung bei Hausärzten und -ärztinnen (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	10		11		12		13		Mittel 4 Wochen	
Thema	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>
Influenza	269	15.9	325	19.4	370	21.2	218	14.4	295.5	17.7
Masern	1	0.1	0	0	0	0	1	0.1	0.5	0
Röteln	2	0.1	0	0	1	0.1	1	0.1	1	0.1
Mumps	2	0.1	1	0.1	0	0	0	0	0.8	0
Pertussis	1	0.1	3	0.2	4	0.2	4	0.3	3	0.2
Otitis media	113	6.7	82	4.9	125	7.2	96	6.4	104	6.3
Pneumonie	39	2.3	52	3.1	53	3	39	2.6	45.8	2.8
Akute Gastroenteritis	67	4	66	3.9	51	2.9	57	3.8	60.3	3.7
Meldende Ärzte	173		172		176		157		169.5	

Provisorische Daten

## Meldungen von Influenzaverdacht im Sentinella-Meldesystem

### Grippe



Y-Achse: Wöchentliche Meldungen grippeähnlicher Erkrankungen pro 1000 Konsultationen

In der Schweiz meldeten in der Woche 13/2006 insgesamt 157 Ärztinnen und Ärzte des Sentinella-Meldesystems 14.4 Grippeverdachtsfälle auf 1000 Arztkonsultationen. Nachdem der Wert letzte Woche auf über 20/1000 Konsultationen ange-

stiegen ist, fiel er diese Woche erstmals wieder unter den nationalen epidemiologischen Schwellenwert von 15/1000 Konsultationen. Die Grippewelle scheint ihren Höhepunkt bereits durchlaufen zu haben. Die Ärztinnen und Ärzte des Senti-

nella-Meldesystems meldeten dieses Jahr insgesamt sehr wenige Grippeverdachtsfälle.

Regionen der Schweiz (Woche 13/2006)  
Anhand der Grippeverdachtsfälle

und der isolierten Proben herrscht nur noch in den Regionen 3 (AG/BL/BS/SO), 4 (GL/LU/NW/OW/SZ/UR/ZG) und 6 (GR/TI) weit verbreitete Aktivität. In den übrigen Regionen wurde erhöhte Aktivität registriert.

#### Virologie (Woche 12/2006)

Am Nationalen Zentrum für Influenza sind aus 58 eingesandten Proben 28 Proben positiv auf Influenza getestet worden (55%). In 23 Proben wurde das Influenza-B-Virus nachgewiesen, wovon 13 dem Stamm Malaysia und 5 dem Stamm Jiangsu zugeordnet werden konnten. In 5 Proben wurde das Influenza-A-Virus isoliert. Insgesamt sind in der aktuellen Saison 145 Influenza-B- (81%) und 33 Influenza-A-Viren (19%) isoliert worden.

#### Europa (Woche 12/2006)

Die saisonale Grippeepidemie hat in dieser Saison in Europa spät begonnen. Die Konsultationsrate für grippeähnliche Erkrankungen nahm in Dänemark, der Slowakei, Slowenien der Tschechischen Republik und Ungarn weiterhin zu. Drei Länder, Belgien, Irland und die Niederlande, verzeichneten erneut eine Zunahme, obwohl sie in den letzten Wochen bereits einen Höhepunkt durchschritten hatten. Eine hohe Konsultationsrate war insbesondere in den Altersklassen 0–4 und 5–14 Jahre zu verzeichnen.

Belgien, Dänemark, die Niederlande, Norwegen, Slowenien und Ungarn meldeten weit verbreitete Aktivität. Deutschland, Frankreich und Spanien meldeten regionale Aktivität, sechs Länder lokale Ausbrüche, zehn Länder sporadische Aktivität und Nordirland keine Aktivität.

Erstmals in dieser Saison waren gesamteuropäisch mehr Influenza-A- als Influenza-B-Viren gemeldet worden. Insgesamt sind in dieser Saison jedoch mehr Influenza-B- (64%) als Influenza-A- (36%) Viren nachgewiesen worden.

Informationen zur Situation der saisonalen Grippe in der Schweiz finden Sie unter <http://www.bag.admin.ch/sentinella/influenza/d/index.htm> und unter [www.influenza.ch](http://www.influenza.ch) (Nationales Zentrum für Influenza). Informationen zur Grippesituation in Europa finden Sie unter [www.eiss.org](http://www.eiss.org) (European Influenza Sur-

veillance Scheme). Unter <http://www.grippe.admin.ch> erhalten Sie Auskunft über die nationale Grippepräventionskampagne des BAG.

Weitere Informationen zur Grippe im Allgemeinen, ihrer Verhütung und Behandlung liefert die Arbeits-

gruppe «Unis contre la grippe» auf [www.grippe.ch](http://www.grippe.ch) ■

Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit  
Abteilung Übertragbare Krankheiten  
Telefon 031 323 87 06

## DIE ÜBERWACHUNG DER SAISONALEN INFLUENZA

*Die epidemiologische Beurteilung der saisonalen Influenzaaktivität beruht auf wöchentlichen Meldungen von Influenzaverdachtsfällen durch Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte, Untersuchungen von Rachenabstrichen eines Teils der durch meldende Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte betreuten Patientinnen und Patienten am Nationalen Zentrum für Influenza (NZI) in Genf und der Meldepflicht von Laborbestätigungen. Die Typisierungen durch das NZI in Zusammenarbeit mit dem Sentinella-Meldesystem erlauben eine laufende detaillierte Überprüfung der in der Schweiz zirkulierenden Grippeviren.*

# Übertragbare Krankheiten

## Influenza A (H5N1): Aktuelle Situation (Stand 5.4.2006)

### ANZAHL HUMANE FÄLLE

Am 3. April 2006 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vier Fälle von Influenza A (H5N1) infizierten Personen in Ägypten bestätigt. Zwei der erkrankten Personen sind verstorben. Am 4. April hat die WHO einen weiteren Todesfall in Indonesien bestätigt. Nach offiziellen Angaben der WHO haben sich seit Anfang 2003 in neun Ländern 191 Personen mit dem Vogelgrippevirus angesteckt; 108 davon verstarben (siehe Tabelle). In seltenen Fällen ist das Virus vom Geflügel auf den Menschen übertragen worden. Die Übertragung erfolgte hauptsächlich durch engen Kontakt zu infiziertem Geflügel und dessen Ausscheidungen (Sekrete, Kot).

Tabelle  
**Offizielle Fallzahlen von Vogelgrippe des Subtyps Influenza A (H5N1) beim Menschen (laborbestätigte Fälle) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Stand 4. April 2006)**

Land	Anzahl Fälle	Anzahl Todesfälle
Ägypten	4	2
Aserbaidschan	7	5
China	16	11
Indonesien	30	23
Irak	2	2
Kambodscha	5	5
Thailand	22	14
Türkei	12	4
Vietnam	93	42
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>108</b>

### AKTUELLE SITUATION DER TIERSEUCHE

Trotz weitgreifender internationaler Bemühungen, die Vogelgrippe unter Kontrolle zu bringen, breitet sich das Influenza-A-(H5N1)-Virus in den Geflügelbeständen geografisch weiter aus. Vom Zeitpunkt des ersten Auftretens der Vogelgrippe Ende 2003 haben sich die Ausbrüche der aviären Influenza auf Geflügelbestände des ostasiatischen Raumes ausgebreitet, und in der Folge traten im Oktober 2005 die ersten Fälle von Influenza A (H5N1) in Osteuropa auf. Seit Februar 2006 hat die

Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) den Nachweis des Influenza-A-(H5N1)-Virus in mehreren Ländern, insbesondere in fünf afrikanischen Ländern (Ägypten, Burkina Faso, Kamerun, Niger, Nigeria) und in 12 Ländern der Europäischen Union (Dänemark, Deutschland, Frankreich, Italien, Griechenland, Österreich, Polen, Schweden, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik und Ungarn) bestätigt. Seit Februar 2006 sind in der Schweiz 32 Wildvögel positiv auf das Vogelgrippevirus H5 getestet worden, wovon bisher vier durch das OIE Referenzlabor in Weybridge (GB) als Influenza A (H5N1) bestätigt wurden.

### BEMERKUNGEN ZU DEN EMPFEHLUNGEN ZUM VORGEHEN BEI EINEM VERDACHTSFALL VON AVIÄRER INFLUENZA H5N1

Mit dem Auftreten von Influenza-A-(H5N1)-Virus bei Geflügel in Europa hat sich die epidemiologische Situation in der Schweiz nicht substantiell verändert. Es besteht keine Gefahr für die hiesige Bevölkerung. Reisende aus den von Vogelgrippe betroffenen Regionen können jedoch an der saisonalen Grippe oder an anderen Infektionskrankheiten erkranken, was zu Verwechslungen führen kann. Deshalb soll erneut auf die wichtigsten Punkte und das Vorgehen hingewiesen werden, welche beim Auftreten von H5N1-Verdachtsfällen befolgt werden sollen:

- Ein relevanter Verdacht auf eine mögliche H5N1-Infektion besteht nur bei denjenigen Personen mit Fieber, respiratorischen Symptomen und/oder Durchfall, die direkt mit erkranktem Geflügel oder dessen Ausscheidungen in Kontakt kamen.
- Im BAG-Bulletin 12/06 wurden das Ablaufschema und die Falldefinition in angepasster Version publiziert.

Erfahrungsgemäss ergeben sich immer wieder Situationen, in denen differentialdiagnostische oder psychologische Gründe einen Labortest auf Influenza A (H5N1) erforderlich machen, obschon die Kriterien für einen Verdachtsfall nur teilweise erfüllt sind. Auch unter diesen Umständen sollen Proben

nur nach Rücksprache mit den Behörden an die Laboratorien verschickt werden. Diese Absprachen sind aus Gründen der Sicherheit notwendig. Sie erlauben eine vollständige Trennung der Proben, die auf H5N1 (ohne Kultur) bzw. auf herkömmliche Grippeviren (häufig mit Kultur) untersucht werden. Für die Behörden sind Angaben zu allen durchgeführten H5N1-Labortests auch deshalb wichtig, damit die Bevölkerung korrekt und sachlich informiert werden kann. So lassen sich von vornherein Unklarheiten, Gerüchte und Vermutungen verhindern. ■

Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit  
Abteilung Übertragbare Krankheiten  
Telefon 031 323 87 06

Weitere Informationen  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)



# Ein Überwachungssystem der zweiten Generation für eine bessere Überwachung von HIV/Aids in der Schweiz

## WAS IST EIN HIV-ÜBERWACHUNGSSYSTEM DER ZWEITEN GENERATION?

Unter einem biologischen Überwachungssystem für Infektionskrankheiten versteht man ein System, in welchem Informationen über Krankheiten, Symptome und Diagnoseuntersuchungen in organisierter und zentralisierter Form erfasst werden, um das Auftreten von Epidemien und deren Entwicklung zu überwachen. Bei HIV/Aids basiert das in der Schweiz eingerichtete Überwachungssystem auf der obligatorischen Meldung der neuen positiven HIV-Testresultate durch die Laboratorien sowie der neu diagnostizierten Aidsfälle durch die Ärzte<sup>a</sup>.

Diese Art der Überwachung dient dazu, Interventionen zu planen, die Bevölkerung zu warnen und die Wirkung von Präventionsmassnahmen zu ermitteln. Sie liefert jedoch kein vollständiges Bild, das auch Aufschluss darüber geben könnte, was im Vorfeld der HIV-Ansteckung passiert. Mit einer umfassenderen Darstellung könnte ein besseres Verständnis der Entwicklungen der Epidemie gewonnen und die HIV-Übertragung könnte wirksamer verhindert werden.

Aus diesem Grund haben UNAIDS und die WHO ein umfassenderes System vorgeschlagen: das so genannte HIV-Überwachungssystem der zweiten Generation. Die wichtigste zusätzliche Komponente dieser Systeme ist die Untersuchung des Sexual- und Präventionsverhaltens durch wiederholte Befragungen, die in gewisser Weise als Frühwarnung dienen. In Verbindung mit der biologischen Überwachung kann die Überwachung des Verhaltens Informationen liefern, die spezifischer für die Prävention genutzt werden können. Daneben können weitere ergänzende Informationsquellen beigezogen werden, wie beispielsweise das Auftreten von anderen sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten.

Für UNAIDS und für die WHO haben die Überwachungssysteme der zweiten Generation folgende Zielsetzungen:

- «Besseres Verständnis der Entwicklungen der Epidemie
- Besseres Verständnis der Verhaltensweisen, welche die Epidemie in einem Land begünstigen
- Stärkere Ausrichtung der Überwachung auf die Untergruppen mit dem höchsten Infektionsrisiko
- Einrichten einer flexiblen Überwachung, die sich den Erfordernissen und dem Ausmass der Epidemie anpasst
- Bessere Nutzung der Überwachungsdaten, um das Wissen über die Epidemie zu vertiefen und die Prävention und die Behandlung zu planen.»[1]

UNAIDS und die WHO haben drei Typen von epidemischen Situationen definiert:

1. Epidemie auf tiefem Niveau: Bei dieser Form der Epidemie kann die HIV-Infektion schon seit mehreren Jahren vorhanden sein, ohne jedoch je eine bedeutende Häufigkeit erreicht zu haben, auch in keiner Untergruppe der Bevölkerung. Die Infektionsfälle beschränken sich grösstenteils auf Einzelpersonen, die hochriskante Verhaltensweisen aufweisen, wie zum Beispiel SexarbeiterInnen, Drogen injizierende Personen sowie Männer, die Sex mit Männern haben. Zahlenmässige Schätzung: Die HIV-Prävalenz überschreitet in keiner Untergruppe regelmässig die 5%-Marke. Diese Situation ist in Mitteleuropa zu beobachten, beispielsweise in der Tschechischen Republik oder in Slowenien.
2. Konzentrierte Epidemie: HIV hat sich in einer oder in mehreren bestimmten Untergruppen sehr rasch verbreitet, aber die Gesamtbevölkerung nicht erfasst. Der weitere Verlauf der Epidemie hängt von der Häufigkeit und der Art der Kontakte zwischen den von der Infektion stark betroffenen Untergruppen und der Gesamtbevölkerung ab. Zahlenmässige Schätzung: Die HIV-Prävalenz liegt mindestens in einer bestimmten Untergruppe regelmässig über 5%. Bei den schwangeren Frauen in städtischen Gebieten beträgt die HIV-Prävalenz unter 1%. Diese Definition trifft auf die Situation in der Schweiz zu:

Man schätzt, dass die HIV-Prävalenz bei den Homosexuellen und den Drogen injizierenden Personen die 5%-Marke übersteigt, aber in der Gesamtbevölkerung weniger als 1% beträgt.

3. Generalisierte Epidemie: HIV hat sich in der Gesamtbevölkerung etabliert. Auch wenn die Hochrisikogruppen verhältnismässig stark zur Verbreitung des HIV beitragen, reichen die sexuellen Kontaktnetze in der Gesamtbevölkerung bereits aus, damit sich die Epidemie unabhängig von den Untergruppen mit höherem Infektionsrisiko ausbreiten kann. Zahlenmässige Schätzung: Die HIV-Prävalenz liegt bei den schwangeren Frauen regelmässig über 1%. Diese Situation findet man in zahlreichen afrikanischen Ländern südlich der Sahara vor.

## DIE EMPFEHLUNGEN VON UNAIDS/WHO

Für die konzentrierte Epidemie – die der Situation in der Schweiz entspricht – haben UNAIDS und die WHO folgende Empfehlungen zur Überwachung der zweiten Generation formuliert [1]:

- Überwachung der sexuell übertragbaren Infektionen (STI)
- Meldung der HIV-Infektionen und der Aidsfälle
- HIV-Kontrolle bei Blutspenden
- HIV-Überwachung und Verhaltensmonitoring in den Untergruppen mit Risikoverhalten
- HIV-Überwachung und Verhaltensmonitoring bei den Gruppen mit Brückenfunktion (zwischen Risikogruppen und Allgemeinbevölkerung; z.B. Sexworker und ihre Freier)
- Querschnittsuntersuchungen über die Verhaltensweisen bei der Allgemeinbevölkerung
- Sentinel-Überwachung von HIV bei der Allgemeinbevölkerung in städtischen Gebieten.

## DAS SCHWEIZERISCHE SYSTEM

Langfristiges Monitoring von Prozess- und Ergebnisindikatoren der HIV/Aids-Präventionsstrategie war von Anfang an Bestandteil der Re-

<sup>a</sup> [www.bag.admin.ch/infekt/surv/d/index.htm](http://www.bag.admin.ch/infekt/surv/d/index.htm)

aktion der Schweiz auf die Epidemie. Dies vollzog sich im Rahmen einer Globalevaluation, mit der das Bundesamt für Gesundheit seit 1987 die Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin in Lausanne beauftragte [2–5].

Dabei wurden bis vor kurzem wiederholte Umfragen zu sexuellen Verhaltensweisen und intravenösem Drogenkonsum in verschiedenen Bevölkerungsgruppen durchgeführt. Damit entspricht die Schweiz eigentlich dem Verhaltensmonitoring (*«behavioural surveillance»*) eines Überwachungssystems der zweiten Generation. Dieses Verhaltensmonitoring ist jedoch noch nicht so stark institutionalisiert, wie die biologische HIV-Überwachung, da es noch nicht routinemässig erfolgt, mit festen Zeitabständen zwischen den Datenerhebungen.

In den Jahren 2004–2008 möchte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) dieses System konsolidieren und das Monitoring seiner HIV/Aids-Präventionsstrategie langfristig sichern [6]. Daher hat es die UEPP beauftragt, für die Schweiz ein Überwachungs- und Monitoringsystem vorzuschlagen, das den Empfehlungen von UNAIDS zur *«Second generation surveillance for HIV»* entspricht und in der Lage ist, die Evaluation der Aids-Bekämpfungsstrategie langfristig zu sichern. Der Vorschlag soll die fortlaufenden und periodischen Elemente dieser Evaluation bestimmen.

Für das Verhaltensmonitoring wurden folgende Bevölkerungsgruppen ausgewählt: Gesamtbevölkerung, Jugendliche, Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Drogen injizierende Personen (IDUs), MigrantInnen und Prostituierte.

#### *Gesamtbevölkerung und Jugendliche*

Seit 1987 wird eine periodische Telefonbefragung über das Sexualverhalten der Bevölkerung von 17–45 Jahren im Hinblick auf HIV/Aids durchgeführt (EPSS)<sup>b</sup> [7, 8]. Mittelfristig ist geplant, auf diese spezifische Befragung zu HIV/Aids (EPSS) zu verzichten und stattdessen die alle 5 Jahre durchgeführte Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)<sup>c</sup> [9] mit einem Modul zur Sexualität zu ergänzen, das einige zentrale Fragen (*«core questionnaire»*) der Telefonumfrage aufnehmen und weiterführen würde. Die nächste EPSS wird allerdings im Jahr 2007 noch stattfinden, im gleichen Jahr wie die SGB, die das neue Modul zur Sexualität enthalten wird. Die gleichzeitige Durchführung dieser beiden Umfragen dient zur Kalibrierung des Moduls. Anschliessend soll dafür gesorgt werden, dass das Modul zur Sexualität künftig einen festen Bestandteil der SGB bildet.

#### *Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)*

Seit 1987 wird ebenfalls eine periodische Befragung<sup>d</sup> bei den MSM in der Schweiz [10] in Zusammenhang mit HIV/Aids durchgeführt. Ein entsprechender Fragebogen wird den Schwulenzeitschriften beigelegt, von Schwulen-Vereinigungen verteilt und seit kurzem (2004) auch im Internet platziert. Die nächste Umfrage ist für das Jahr 2007 vorgesehen. Anschliessend soll sie in Zeitabständen von 3–5 Jahren wiederholt werden.

#### *Drogen injizierende Personen*

Seit 1993 wird periodisch<sup>e</sup> [11] eine Befragung der Klientel von niederschweligen Einrichtungen (Kontakt- und Anlaufstellen) durchgeführt. Zu den Hauptangeboten dieser Einrichtungen gehört die Abgabe von Injektionsmaterial. Die nächste Umfrage wird im Jahr 2006 stattfinden und dann in Zeitabständen von 3–5 Jahren weitergeführt. Daneben wurde in den Kernteil der Umfragen zur Suchtbetreuung (Act-Info<sup>f</sup>) ein Modul mit spezifischen Fragen zum injizierenden Drogenkonsum und zum Spritzentausch eingefügt.

#### *MigrantInnen, besonders aus Ländern mit einer generalisierten Aids-Epidemie*

Dieser Teil der Bevölkerung ist klein und heterogen, ist jedoch Quelle eines recht beträchtlichen Anteils der neu diagnostizierten HIV-Fälle bei den Heterosexuellen [12]. Die Sekundäranalyse der im Rahmen der EPSS- und SGB-Umfragen gewonnenen Daten wird ergänzt durch den Beizug einer oder mehrerer Expertengruppen für das Monitoring derjenigen Migrationsgruppen, die dem HIV/Aids-Infektionsrisiko am stärksten ausgesetzt sind. Diese Expertengruppen treffen sich regelmässig, um die Entwicklung der Verhaltensweisen in diesen Bevölkerungsgruppen zu untersuchen. Sie erfüllen damit eine Frühwarnfunktion.

#### *Sexworker und Freier*

Diese ebenfalls kleine und heterogene Gruppe hat eine Brückenfunktion für die Übertragung von HIV in die Gesamtbevölkerung. In Bezug auf die Freier von männlichen und weiblichen Prostituierten werden wiederum Bevölkerungsdaten aus EPSS und SGB einer Sekundäranalyse unterzogen. Zudem wird periodisch eine Expertengruppe konsultiert.

Punktuell können weitere Informationsquellen genutzt werden, falls sie Hinweise über das Sexualverhalten oder den injizierenden Drogenkonsum liefern. Dies war beispielsweise bei den Umfragen über die Gesundheit der Jugendlichen der Fall.

#### **Umsetzung in der Schweiz**

Tabelle 1 fasst die wichtigsten Bestandteile des Überwachungssystems der zweiten Generation in der Schweiz zusammen und gibt an, in welchem Masse die entsprechenden WHO-Empfehlungen bereits realisiert sind.

#### **Vergleich mit Europa**

Aus Tabelle 2 ist ersichtlich, wie sich die Situation der Überwachungssysteme der zweiten Generation in einigen europäischen Ländern im Vergleich zur Schweiz präsentiert. Dabei ist festzustellen, dass die meisten der aufgeführten Länder sowohl Komponenten eines biologischen Überwachungssystems

<sup>b</sup> EPSS-Umfragen wurden in den Jahren 1987, 1988, 1989, 1990, 1992, 1994, 1997 und 2000 durchgeführt.

<sup>c</sup> Befragt werden Personen zwischen 15 und 75 Jahren.

<sup>d</sup> Die Fragebogenbefragung erfolgte in den Jahren 1987, 1990, 1992, 1994, 1997, 2000 und 2004.

<sup>e</sup> Diese Umfrage fand in den Jahren 1993, 1994, 1996 und 2000 statt.

<sup>f</sup> [www.suchtunddaids.bag.admin.ch/themen/sucht/forschung/actinfo/](http://www.suchtunddaids.bag.admin.ch/themen/sucht/forschung/actinfo/)

Tabelle 1  
**UNAIDS-Empfehlungen für ein Überwachungssystem der zweiten Generation in Ländern mit konzentrierter Epidemie: Stand der Umsetzung in der Schweiz**

Empfehlung UNAIDS	Stand der Realisierung in der Schweiz
1. Überwachung der STI und der übrigen biologischen Risikomarker	Realisiert: obligatorische Meldung der neuen Fälle von Gonokokken- und Chlamydieninfektionen durch die Laboratorien und Meldung der Hepatitis A,B,C durch die Ärzte und Laboratorien
2. Meldung der HIV-Infektionen und der Aidsfälle	Realisiert
3. HIV-Kontrolle bei Blutspenden	Realisiert
4. HIV-Überwachung und Verhaltensmonitoring in den Untergruppen mit Risikoverhalten	Realisiert (biologisch: im Meldesystem mit den Ansteckungsgruppen; Verhaltensmonitoring durch periodische Umfragen bei den MSM und den Drogenkonsumierenden mit Selbstdeklaration des HIV-Status). Keine biologischen Proben bei den Umfragen.
5. HIV-Überwachung und Verhaltensmonitoring bei den Gruppen mit Brückenfunktion	Teilweise realisiert (biologisch: im Meldesystem, für Freier; Verhaltensmonitoring in den periodischen Umfragen bei den Drogenkonsumierenden mit Partnern, die keine Drogen konsumieren, bei den Bisexuellen, bei der Allgemeinbevölkerung [zur Erfassung der Freier])
6. Querschnittsuntersuchungen zum Verhalten der Allgemeinbevölkerung	Realisiert
7. Sentinel-Überwachung von HIV bei der Allgemeinbevölkerung in städtischen Gebieten	Nicht realisiert

wie auch eines Verhaltensmonitorings eingerichtet haben [13]. Man kann jedoch nicht in jedem Fall von einem wirklichen System sprechen. In der **Schweiz** existiert ein solches System faktisch seit langer Zeit, wenn es auch nicht umfassend integriert ist. So ist etwa auf der Homepage des BAG das Verhaltensmonitoring nicht unter der Rubrik Epidemiologie von HIV/Aids zu finden, und die langfristige Finanzierung dieses Verhaltensmonitorings ist nicht gesichert. In **Frankreich** sind das biologische Überwachungssystem und das Verhaltensmonitoring nach Angaben des *Institut de veille sanitaire* etwas weniger stark ausgebaut als in der Schweiz (Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung werden nicht erwähnt). In Tat und Wahrheit werden jedoch periodisch solche Umfragen durchge-

führt. Zudem wurden mehrmals periodische Synthesen erstellt, welche beide Elemente beinhalten [14–16]. In **Deutschland** existieren verschiedene Elemente, die jedoch formell nicht miteinander verbunden sind, weder in einem institutionellen Rahmen noch in Form von aktuellen Synthesen. Man kann hier also eigentlich nicht von einem System sprechen. In **England** existiert ein sehr umfassendes, institutionalisiertes System mit einem starken biologischen Teil, welches wiederholte Untersuchungen bei Drogen injizierenden Personen mithilfe anonymen Studien (unlinked anonymous testing) einschliesst. **Katalonien** hat ebenfalls ein umfassendes System mit einem starken biologischen Teil eingerichtet, allerdings ohne obligatorisches Meldesystem für HIV, weil ein solches in Spanien fehlt.

## SCHLUSSFOLGERUNGEN

Das Verhaltensmonitoring, welches in der Schweiz seit Ende der achtziger Jahre im Rahmen der Evalua-

tion durchgeführt wird, entspricht im Grossen und Ganzen dem Verhaltensteil eines Überwachungssystems der zweiten Generation. Das System wird nach seinem Ausbau in den Jahren 2004–2008 den Empfehlungen der WHO noch besser entsprechen. Diese Änderungen betreffen folgende Punkte:

- *Notwendige Kalibrierung beim Wechsel auf ein anderes Instrument:* Eine gleichzeitige Durchführung der EPSS<sup>k</sup> und der SGB im Jahr 2007 wird eine Feinanalyse der Unterschiede erlauben, die auf die Charakteristiken der Instrumente zurückzuführen sind, und eine solide Grundlage für die Deutung langfristiger Trends liefern.
- *Verbesserung der Überwachung der STI ab dem 1.1.2006* mit der Wiedereinführung der obligatorischen Syphilis-Meldung durch die Laboratorien und der Einführung einer Ergänzungsmeldung der Syphilisfälle sowie der Gonorrhöefälle durch die Ärzte.
- *Maximale Nutzung der vorhandenen Informationen ohne Einsatz zusätzlicher Instrumente:* Aus diesem Grund wird der Schwerpunkt auf die Analyse der EPSS- und SGB-Daten zu Prostitution und Migration gelegt.
- *Konzentration der Bemühungen auf Gruppen mit hoher HIV-Prävalenz* (MSM und Drogenkonsumierende) durch die Weiterführung spezifischer Instrumente.
- *Verstärktes Augenmerk auf unerwartete Veränderungen:* Die für die Prostitution und die Migrationsbevölkerung vorgeschlagenen Frühwarnsysteme lassen sich ohne grossen Aufwand durchführen. Sie bilden eine Ergänzung zu den Informationen, die mit den Instrumenten für die Allgemeinbevölkerung (EPSS und SGB) gesammelt werden und stellen gleichzeitig eine Vorsichtsmassnahme dar, um Entwicklungen zu erfassen, die diesen Instrumenten aufgrund ihrer verfahrenstechnischen Beschränkungen möglicherweise entgehen<sup>l</sup>.
- *Beachtung der Repräsentativität:* Die verschiedenen Instrumente des vorgeschlagenen Systems sind nicht geeignet, um repräsentative Daten auf Kantonsebene zu liefern<sup>m</sup>; mit ihnen lassen sich

<sup>k</sup> Und allenfalls der MSM.

<sup>l</sup> Beschränkte Reichweite: nur telefonisch erreichbare Personen, die in der Lage sind, in einer der Landessprachen an einem Interview teilzunehmen.

<sup>m</sup> Sie sind jedoch repräsentativ für die Sprachregionen.

Tabelle 2  
Vergleich mit einigen europäischen Ländern

Empfehlung	Schweiz	Frankreich <sup>g</sup>	Deutschland <sup>h</sup> [17]	UK <sup>i</sup> [18]	Katalonien <sup>i</sup> [19]
1. Überwachung der STI und der übrigen biologischen Risikomarker*	G, Chl Hep	S, G, Hep	S, G, Chl, Hep	S, G, Chl, HPV, Hep	S, G, Chl, HPV, HG
2. Meldung der HIV-Infektionen und Aidsfälle	Ja	Ja	Ja	Ja	Aids obligatorisch, HIV freiwillige Meldung
3. HIV-Kontrolle bei Blutspenden	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4. HIV-Überwachung und Verhaltensmonitoring in den Untergruppen mit Risikoverhalten	Biologisch: Meldesystem mit Ansteckungsgruppen. Verhaltensmonitoring: MSM periodisch, IDUs periodisch	Biologisch: Meldesystem mit Ansteckungsgruppen. Verhaltensmonitoring: MSM periodisch, IDUs periodisch.	Biologisch: Meldesystem mit Ansteckungsgruppen. Verhaltensmonitoring: MSM periodisch.	Biologisch: Meldesystem mit Ansteckungsgruppen und «unlinked anonymous testing» (UAT) jährlich für Hep A, B, C HIV c/o IDUs; Verhaltensmonitoring: IDUs und MSM jährlich	Biologisch: freiwilliges Meldesystem mit Ansteckungsgruppen und freiwilliges und anonymes Testing für HIV c/o IDUs auf der Gasse (2 Jahre) und bei Therapieeintritt (jährlich), MSM (2 Jahre); Verhaltensmonitoring: IDUs und MSM (jährlich)
5. HIV-Überwachung und Verhaltensmonitoring bei den Gruppen mit Brückenfunktion	Biologisch: Nein Verhaltensmonitoring: MSM (bisexuelle) und IDUs	Biologisch: Nein Verhaltensmonitoring: MSM (bisexuelle) und IDUs	Biologisch: Nein Verhaltensmonitoring: MSM (bisexuelle)	Biologisch: IDUs? Verhaltensmonitoring: MSM (bi) und IDUs	Biologisch: MSM und IDUs? Verhaltensmonitoring: MSM (bi) und IDUs
6. Querschnittsuntersuchungen zum Verhalten der Allgemeinbevölkerung	Ja, periodisch	Ja, periodisch [16]	Ja, jährlich [20]	Ja, alle 10 Jahre [21]	Nein
7. Sentinel-Überwachung von HIV bei der Allgemeinbevölkerung in städtischen Gebieten	Nein	Nein	Nein	UAT Schwangere	UAT jährlich: Neugeborene, Arbeitnehmer, TB-Patienten  Freiwillig und anonym: IDUs jährlich
System der zweiten Generation?	Ja: HIV, STI, Verhaltensweisen der MSM, der IDUs und der Allgemeinbevölkerung	Ja: HIV, STI, Verhaltensweisen MSM, IDUs, Allgemeinbevölkerung	Nein	Ja: HIV, STI, UAT IDUs/Schwangere Verhaltensweisen MSM/IDUs	Ja: HIV, STI, UAT Neugeborene/IDUs/MSM Verhaltensweisen MSM, IDUs

\* S = Syphilis, G = Gonorrhö, Chl = Chlamydiose, Hep = Hepatitis (ABC), HPV = Kondylome (genital warts), HG = Herpes genitalis

<sup>g</sup> [www.invs.sante.fr/departements/dmi/index.htm](http://www.invs.sante.fr/departements/dmi/index.htm)

<sup>h</sup> [www.rki.de](http://www.rki.de)

<sup>i</sup> [www.phls.co.uk/infections/topics\\_az/hiv\\_and\\_sti/default.htm](http://www.phls.co.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/default.htm)

<sup>j</sup> [www.ceescat.org](http://www.ceescat.org)

aber die Entwicklungen in der Gesamtbevölkerung sowie bei den Gruppen, die für die Entwicklung der Epidemie eine wichtige oder eine potenziell wichtige Rolle spielen, verfolgen.

Ab 2009 wird man sich über Weiterführung der Umfragen bei den At-Risk-Gruppen (MSM und Drogen-

konsumierende) Gedanken machen müssen, und es wird sich die Frage stellen, wie häufig diese Befragungen durchgeführt werden sollen. Die Erfahrungen bei der Arbeit mit Expertengruppen, die eine Art Frühwarnfunktion haben, sollten erneut ausgewertet werden, um zu beurteilen, welchen Nutzen dieses Sys-

tem für kleinere, schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen hat.

#### AutorInnen

Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agustoni G.  
UEPP, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne ■



## Liste der Abkürzungen

Act-Info	Das Monitoring-Netzwerk der Suchtberatung und -therapie in der Schweiz
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EPSS	(Enquête périodique téléphonique sur les comportements sexuels de la population Suisse) Periodische Telefonbefragung über das Sexualverhalten der Bevölkerung von 17–45 Jahren im Hinblick auf HIV/Aids
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	<i>Human Papilloma Virus</i>
IDU	Drogen injizierende Person ( <i>i/v drug user</i> )
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
STI	Sexuell übertragbar Infektion ( <i>sexually transmitted infection</i> )
UAT	<i>Unlinked anonymous testing</i>
UEPP	Unité d'évaluation de programmes de prévention, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne
UNAIDS	HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen
WHO	Welt-Gesundheits-Organisation

Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit  
Abteilung Übertragbare Krankheiten  
Sektion Aids  
Telefon 031 323 88 11

## Literatur

1. ONUSIDA/OMS. Groupe de travail sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST. Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH. ONUSIDA/OMS, editor. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5.UNAIDS/00.03F, 1–40. 2000. Genève.
2. Somaini B, Billo N, Dubois JA, Staub R. Epidemiology and prevention of AIDS in the population (German). Soz Präventivmed 1988; 33 (7): 340–344.
3. Dubois-Arber F, Lehmann P, Hausser D. Towards improved action against AIDS. World Health Forum 1988; 9: 376–381.
4. Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. AIDS 1999; 13: 2571–2582.
5. Somaini B. Epidemiologie und Prävention von AIDS. Soz Präventivmed 1992; 37: 64–72.
6. Office fédéral de la santé publique. Programme national VIH et sida 2004–2008. Berne: 2003.
7. Dubois-Arber F, Jeannin A, Konings E, Paccaud F. Increased condom use without other major changes in sexual behavior among the general population in Switzerland. Am J Public Health 1997; 87: 558–566.
8. Jeannin A, Konings E, Dubois-Arber F, Landert C, Van Melle G. Validity and reliability in reporting sexual partners and condom use in a Swiss population survey. Eur J Epidemiol 1998; 14: 139–146.
9. Office fédéral de la statistique (OFS). Enquête Suisse sur la Santé 2002: premiers résultats. 2003. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique (OFS).
10. Moreau-Gruet F, Jeannin A, Dubois-Arber F. Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992–2000. AIDS Care 2006; 18: 35–43.
11. Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. Rev Epidemiol Sante Publique 1998; 46: 205–17.
12. Gebhardt M. Sida et VIH en Suisse: situation épidémiologique à fin 2002. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2003.
13. Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2002.
14. Evaluer la prévention du sida en France: un inventaire des données disponibles. Paris: Agence nationale de recherches sur le sida et Agence française de lutte contre le sida 1992.
15. Bozon M, Doré V, Laporte A, Lert F, Meyer L, Théry I et al. Evaluer la prévention de l'infection par le VIH en France: synthèse des données quantitatives: 1994–1999. 1999. ANRS (Agence nationale de recherches sur le sida). Sciences sociales et sida.
16. Rollet C, de la Bretèche L, Bousquet F, Robin C, Le Boulter S. La politique de lutte contre le sida 1994–2000: rapport de l'instance d'évaluation présidée par Christian Rollet. Paris: La documentation française, 2003.
17. Robert Koch-Institut. HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 31.12.2004). Halbjahres-

bericht II/2004. 2005. Berlin, Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin 12. April 2005/Sonderausgabe A.

18. The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. Focus on Prevention. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom in 2003. London: Health Protection Agency Centre for Infections, 2004.
19. Casabona J. SIVES 2004. Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiologica de VIH/ITS en Cataluña (SIVES). Informe anual CEESCAT. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut/ Centro de estudios epidemiológicos sobre el VIH/sida de Cataluña (CEESCAT), 2005.
20. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Aids im öffentlichen Bewusstsein des Bundesrepublik Deutschland 2004. Kurzfassung. Köln: BZgA, 2005.
21. Johnson AM, Mercer CH, Erens B, Copas AJ, McManus S, Wellings K et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. Lancet 2001; 358 (9296): 1835–1842.

## Master of Advanced Studies in Intervention und Prävention von sexueller Gewalt

Unter der Leitung von Prof. Daniel Hell bietet die Universität Zürich ab Herbst 2006 für Fachleute die Möglichkeit an, eine berufsbegleitende interdisziplinäre Weiterbildung «Intervention und Prävention von sexueller Gewalt» zu absolvieren.

Für die Gesundheitsberufe stellt die professionelle Kompetenz im Umgang mit den Folgen sexueller und anderer Gewalterfahrungen eine grundlegende Anforderung dar. Die Schnittstellenproblematik bedingt zudem Kenntnisse aus vielen anderen Fachbereichen. Zur Ausweitung der Professionalität gehört auch der Erwerb einer kommunikativen Kompetenz im Zusammenspiel mit den übrigen involvierten Fachleuten.

Namhafte Experten und renommierte Fachleute aus dem In- und Ausland konnten als Referenten gewonnen werden. Zudem werden in tutoriatsgeführten Kleingruppen praxistaugliche Handlungsstrategien und Lösungsansätze erarbeitet.

Das Studienangebot richtet sich an Fachleute, die mit der Thematik zu tun haben: Ärztinnen, Ärzte, übrige Fachleute im Gesundheitswesen, Juristinnen, Juristen, Untersuchungs- und Administrativbehörden, Lehrkräfte, Personalverantwortliche.

Erst ein in sich greifendes Zusammenspiel der einzelnen Massnahmen führt zu wirkungsvollen Interventionen. Die Praxisbezogenheit des Studiengangs gewährleistet einen optimalen Wissenstransfer. ■

Universität Zürich  
Dr. med. Werner Tschan  
Programm-Direktion MPS  
Scheuchzerstrasse 21  
8006 Zürich

### Weitere Informationen

Dr. med. Werner Tschan  
Telefon 044 634 29 25 (Mi, Fr)  
E-Mail: [wtschan@wb.unizh.ch](mailto:wtschan@wb.unizh.ch)

[www.weiterbildung.unizh.ch/mps/](http://www.weiterbildung.unizh.ch/mps/)  
Anmeldeschluss ist der 30. Juni 2006

## Ein Glas zu viel gibt viel zu reden



**1 Glas zu  
viel bringt  
Krach unter  
dem Dach.**

 Schau zu dir und nicht zu tief ins Glas.

CH Bundesrat

Bundesamt für Gesundheit. [www.alles-im-griff.ch](http://www.alles-im-griff.ch)