

Nationales Programm

HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS)

2011–2017



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit, Dezember 2010

Auskunft: Sektion Prävention und Promotion, BAG, 3003 Bern

Telefon +41 (0)31 323 88 11, aids@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch/aids

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer, englischer und italienischer Sprache.

Sie kann auch als Datei im PDF-Format heruntergeladen werden.

Projektverantwortung: Roger Staub, Leiter Sektion Prävention und Promotion (BAG)

Projektleitung: Gaby Szöllösy, Matthias Gnädinger (BAG)

Projektbegleitung:

Eidgenössische Kommission für Aidsfragen EKAF

Strategieausschuss (bestehend aus den wichtigsten Dachverbänden, Betroffenenengruppen und Ärzte-Fachgesellschaften der HIV- und STI-Arbeit)

Aids Service Action Plan (ein von UNAIDS und der Weltbank offerierter Service, der nationale HIV-Strategien begutachtet)

Redaktionsteam BAG: Gaby Szöllösy, Matthias Gnädinger, Martin Werner, Luciano Ruggia, Steven Derendinger, Simone Eigenmann Schüttel, Stefan Boller, Deborah Gaspoz, Karen Klaue, Martin Gebhardt, Francisca Morán Cadenas, Jean-Luc Richard, Norina Schwendener, Eos Chelberg, Virginie Simon

Beiträge von: Prof. Dr. Pietro Vernazza (Präsident EKAF), Prof. Dr. Kurt Pärli (Vizepräsident EKAF),

Dr. Claudia Kessler (Swiss Centre for International Health, Basel), Dr. Barbara Haering (econcept, Zürich)

Gestaltung und Layout: visu'! AG, Agentur für Identity und Kommunikation, Bern

BAG-Publikationsnummer: OeG 12.10 1200 d 600 f 100 i 400 e 20EXT 1015

Bezugsquelle:

BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern

www.bundespublikationen.admin.ch

BBL-Lagerartikelnnummer: 311.932.d

Nachdruck: mit Quellenangabe gestattet (auch auszugsweise)

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

1	Zusammenfassung	5
2	Die Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen führt die bewährte Arbeit weiter und setzt neue Akzente	9
3	HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Public-Health-Relevanz und medizinische Erkenntnisse	15
4	Biologische Surveillance: eine Übersicht zu HIV und anderen meldepflichtigen STI	21
4.1	HIV: Epidemiologie in der Schweiz und in Europa	23
4.1.1	HIV in der Schweiz	23
4.1.2	HIV in Europa	30
4.2	Andere STI: Epidemiologie in der Schweiz und in Europa	32
4.2.1	Meldepflichtige STI in der Schweiz	32
4.2.2	STI in Europa	42
5	Verhaltenssurveillance: eine Übersicht zu den einzelnen Bevölkerungsgruppen	43
6	Hohe Ansteckungsraten trotz engagierter HIV-Arbeit	53
7	Präventionsarbeit steht vor neuen Herausforderungen	57
7.1	Prävention benötigt Partizipation und bezweckt Empowerment	60
7.2	Der Umgang mit dem HIV-Test	63
7.3	Die Präventionsbotschaften	66
8	Die für die Umsetzung notwendigen Ressourcen	67
9	Die Vision des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen	71
10	Vier Oberziele beschreiben die Richtung der künftigen HIV- und STI-Arbeit	75
11	Drei Interventionsachsen strukturieren die künftige HIV- und STI-Arbeit	81

12	Die Präambel zu den Zielen des Programms	87
13	Ziele nach Interventionsachsen sowie dazugehörige Massnahmen und Zuständigkeiten	91
13.1	Ziele in der Interventionsachse 1	94
13.2	Ziele in der Interventionsachse 2	98
13.3	Ziele in der Interventionsachse 3	102
14	Unterstützungsaufgaben ermöglichen die Zielerreichung	107
14.1	Engagement gegen die Diskriminierung und Stigmatisierung HIV- und/oder STI-betroffener und vulnerabler Menschen	109
14.2	Governance – eine koordinierte Zusammenarbeit als Schlüsselement für eine erfolgreiche HIV- und STI-Arbeit	112
14.3	Evidenz liefert die Grundlage für die Planung von (Präventions-)Massnahmen	114
14.4	Gezielte Forschung schliesst Wissenslücken	117
14.5	Einbettung der HIV- und STI-Arbeit in den internationalen Kontext	120
15	Anhang	125
15.1	Stakeholder, die zur Erarbeitung des Programms beigetragen haben	127
15.2	Operationalisierung des NPHS durch die verschiedenen Akteure: eine Rollenklärung	129
15.3	Wichtigkeit der Erreger, basierend auf epidemiologischen und nicht-epidemiologischen Kriterien	133
15.4	Übersichtstabelle zu den sexuell übertragbaren Infektionen	134
15.5	Spritzenabgabe hilft nicht nur Drogensüchtigen	140
15.6	Stellungnahme der EKAF zu ausgewählten rechtlichen Fragen bezüglich Partnerinformation im NPHS	141
15.7	Auszug aus dem Bericht: Forschung zu Sexual Health/STI: Übersicht und Möglichkeiten der Förderung	142
16	Glossar	145
17	Abkürzungsverzeichnis	159
18	Referenzenliste	163

1 ZUSAMMENFASSUNG



Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 – abgekürzt NPHS – strebt an, die sexuelle Gesundheit der Schweizer Bevölkerung zu verbessern. Es basiert auf der gesetzlichen Grundlage des Epidemiengesetzes und agiert auf der Ebene der Krankheitsbekämpfung: Das NPHS ist eine Nationale Strategie zur Prävention sowie zur Diagnose und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) – wie Chlamydien, Syphilis, Gonorrhoe, Hepatitiden, Human Papilloma Virus, Lymphogranuloma Venerum, Herpes und weiteren.

Das Programm beruht auf wissenschaftlicher Evidenz und stützt sich wesentlich auf die Erkenntnisse von vier externen Studien¹ international renommierter Fachkräfte. Es wurde in einem partizipativen Prozess mit den wichtigen Stakeholdern erarbeitet. Das Programm setzt die inhaltlichen Leitlinien der HIV- und STI-Arbeit für die nächsten sieben Jahre in der Schweiz, es stellt somit die «unité de doctrine» dar für alle auf dem Gebiet von HIV und STI tätigen Organisationen.

Vier Hauptgründe sprechen für die Entwicklung eines neuen Programms im Bereich von HIV und STI:

1. HIV ist eine schwerwiegende, komplexe, chronische Erkrankung, deren Eradikation zurzeit unrealistisch scheint, HIV und Aids sind behandelbar, aber nicht heilbar. Weder ist ein potentes Medikament entwickelt, das Betroffene zu heilen vermag, noch besteht die Hoffnung, dass in den nächsten Jahren ein wirksamer Impfstoff zum Einsatz kommen könnte.
2. In den letzten 10 Jahren infizierten sich in der Schweiz jährlich 600 bis 800 neu mit HIV. Diese Personen benötigen dereinst eine medikamentöse Therapie – für den Rest ihres Lebens. Die Behandlung einer infizierten Person kostet bis zu einer Million Schweizer Franken (Lifetime-Kosten für die Therapie: CHF 25'000 pro Jahr während einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 40 Jahren). Unbehandelt führt HIV zum Tod.
3. STI können unbehandelt schwere Folgen nach sich ziehen: chronische Erkrankungen, Unfruchtbarkeit, Krebs, Schwangerschaftskomplikationen sowie ernsthafte Missbildungen oder Probleme bei Neugeborenen. Infektionen mit Chlamydia trachomatis sind in Europa die Hauptursache ungewollter Kinderlosigkeit.
4. HIV und STI haben – gerade angesichts der Globalisierung und Reisetätigkeit – weiterhin epidemisches Potenzial und können die öffentliche Gesundheit der Schweiz bedrohen.

Aus dieser Ausgangslage leitet sich *die Vision* des NPHS ab:

In der Schweiz sind die Voraussetzungen gegeben, dass die Menschen selbstbestimmt und in gegenseitigem Respekt eine unbeschwerte, risikoarme Sexualität leben können. Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 trägt massgeblich hierzu bei, indem es die Bewohnerinnen und Bewohner befähigt, ihre sexuelle Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern.

Das Programm setzt vier Oberziele:

1. Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz werden mittels geeigneter Sensibilisierung und Aufklärung dazu befähigt, ihre Rechte im Bereich der Sexualität (die sich von den Menschenrechten ableiten) wahrzunehmen.
2. Durch effektive und innovative Massnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention sinkt das Übertragungsrisiko von HIV und anderen Public-Health-relevanten STI.
3. Infizierte Menschen werden früh diagnostiziert, rechtzeitig und richtig behandelt sowie umfassend begleitet, so dass sie bei möglichst hoher Lebensqualität weiterhin fähig sind, ihren Alltag fortzusetzen. Frühe Diagnose und richtige Behandlung vermindern Folgeschäden und längerfristige Beeinträchtigungen der Gesundheit.
4. Die HIV- und STI-Arbeit wirkt nachhaltig, weil sie von der Bevölkerung akzeptiert ist; weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und gleichzeitig Innovationen zulässt. Die Angebote sind auf die Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt, sie sind untereinander koordiniert.

Modell der 3 Interventionsachsen

Um die HIV- und STI-Arbeit zu strukturieren, bündelt das NPHS alle Interventionen in drei Achsen. Jede Interventionsachse richtet sich an bestimmte Bevölkerungsgruppen. Die Achseneinteilung erfolgt nach Kriterien der Prävalenz und der Vulnerabilität (Gefährdung):

■ **Interventionsachse 1:** Alle Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz.

In dieser Achse geht es darum, das hohe Schutzverhalten in der Allgemeinbevölkerung aufrechtzuerhalten. Alle in der Schweiz lebenden Personen sollen sich bewusst sein, dass HIV und STI nach wie vor ein Problem darstellen, und sie sollen sich bei möglichen Risikokontakten schützen (Safer Sex).

■ **Interventionsachse 2:** Sexuell aktive Menschen mit erhöhtem Expositionsrisiko für HIV und/oder STI (Männer, die Sex mit Männern haben, MigrantInnen aus Hochprävalenzländern, SexworkerInnen, injizierend Drogenkonsumierende, Gefängnisinsassen) sowie deren PartnerInnen.

¹ Kessler et al. (2009) Nationales HIV/Aids- und STI-Programm: Webbasierte Stakeholderbefragung 2009
 Rosenbrock et al. (2009) Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts
 Kessler (2009) International Context Analysis. HIV und STI Strategies and Programmes: The European and International Reference
 Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

In dieser Achse besteht die Aufgabe darin, die weitere Ausbreitung von HIV und STI maximal zu bremsen. Menschen, die zu einer Gruppe mit hoher STI- und/oder HIV-Prävalenz gehören oder in einer solchen Umgebung verkehren, sollen trotz erhöhtem Risiko HIV-negativ und frei von anderen STI bleiben.

- **Interventionsachse 3:** Menschen mit HIV und/oder einer STI sowie deren (nicht infizierte) Partner und Partnerinnen.

Der Auftrag in dieser Achse ist, die Infektiosität der betroffenen Menschen rasch zu eliminieren oder auf das kleinstmögliche Mass zu reduzieren, Infektionen in Partnerschaften zu vermeiden sowie zu verhindern, dass sich HIV-positive oder STI-betroffene Menschen mit weiteren STI anstecken.

Die beschriebenen Oberziele werden nun auf die einzelnen Interventionsachsen heruntergebrochen, was die Ziele in jeder Achse ergibt.

Innovation

Die neue Strategie entwickelt einerseits die bewährte Arbeit auf dem Gebiet von HIV/Aids weiter und enthält andererseits einige wichtige *Innovationen*:

- 1. Der Einbezug der anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) ins Programm:** Diese Erweiterung drängt sich aus verschiedenen Gründen auf:

- Epidemiologie – Diagnosen von Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien steigen seit 2000 an.
- STI sind ein Motor der HIV-Epidemie: STI erhöhen die Infektiosität von HIV-Trägern, erhöhen Empfänglichkeit für HIV, die Interaktion zwischen HIV und anderen STI kann die jeweiligen Therapien erschweren.
- Synergien schaffen: Präventionsbotschaften von HIV sind teils dieselben wie bei STI oder ähnlich. Für die Prävention lassen sich die bereits vorhandenen Strukturen der HIV-Arbeit nutzen.
- Der Einbezug der STI entspricht dem internationalen Trend: Etliche entwickelte Länder (z.B. Grossbritannien) haben kombinierte Strategien.

- 2. Die Information über die Rechte in Bezug auf die Sexualität:** Diese Rechte des Menschen bezogen auf die Sexualität sind abgeleitet von den Menschenrechten und umfassen die Freiheit, die Gleichstellung, die Privatsphäre, die Selbstbestimmung, die Integrität und Würde aller Menschen. In der Schweiz sind diese Rechte garantiert, doch nicht allen Menschen gelingt es, sie wahrzunehmen. Durch die entsprechende Information befähigt das Programm die Bewohner und Bewohnerinnen, selbstbestimmt ihre Sexualität zu leben und für ihre sexuelle Gesundheit zu sorgen, indem sie bei Bedarf die Präventions- und Versorgungsangebote in Anspruch nehmen.

- 3. Prävention für besonders betroffene Bevölkerungsgruppen:** Das NPHS fokussiert die Prävention stärker als bisher auf die betroffenen Zielgruppen – vorgesehen sind Massnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention auch in den Settings der Zielgruppen sowie spezifische Testkonzepte.

- 4. Normalisierung der freiwilligen Partnerinformation:** Bei jeder Diagnose wird die infizierte Person ermuntert, die (wenn nötig anonyme) Information ihrer Sexualpartner zu unterstützen. Partner werden rasch getestet und gegebenenfalls therapiert, um Pingpong-Ansteckungen zu vermeiden.

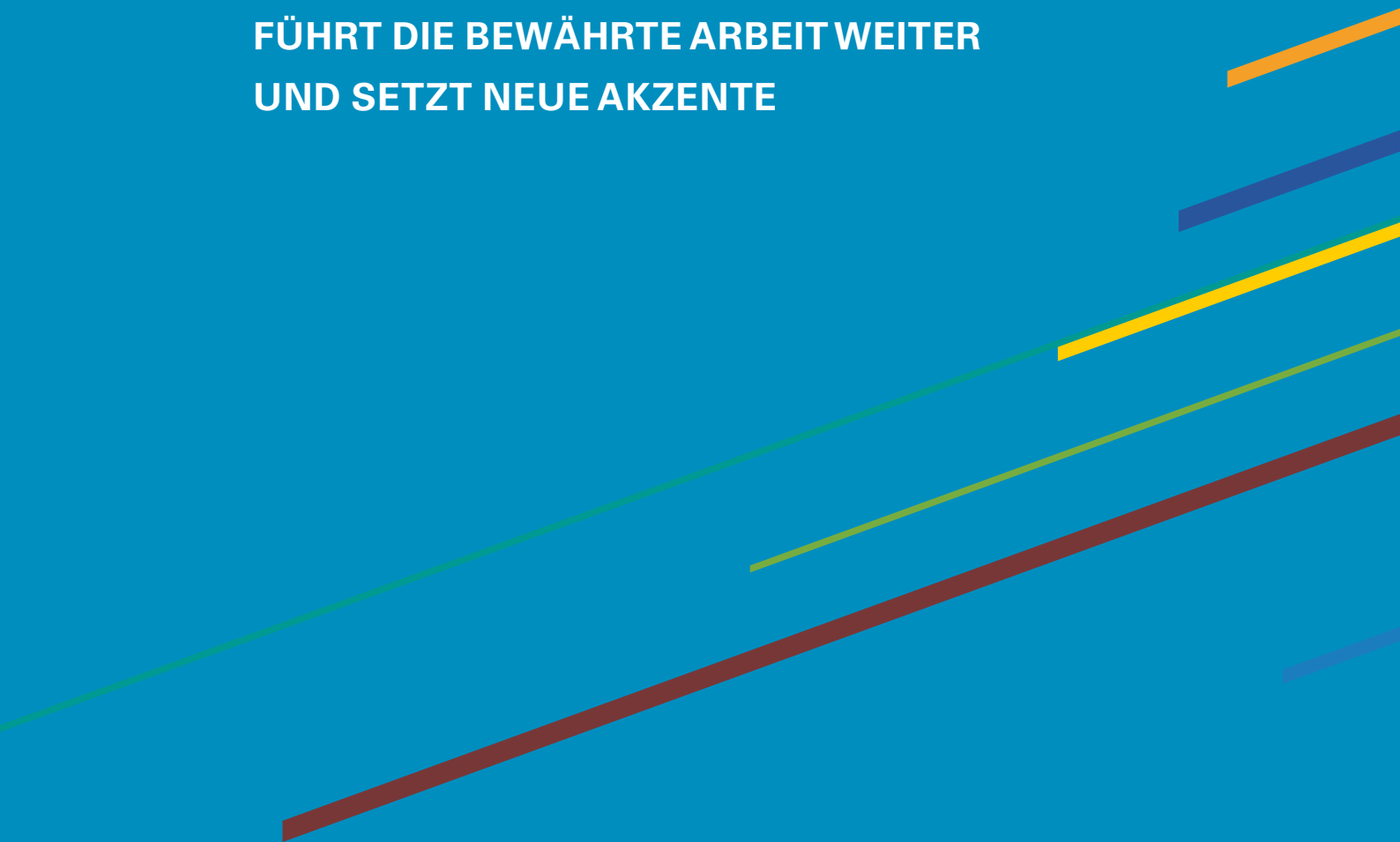
- 5. Diagnose und Therapie sind wichtige Elemente der Prävention:** Je rascher die Behandlung einer STI oder von HIV, desto geringer ist das Risiko einer weiteren Verbreitung. Infizierte Personen werden deshalb zur rechtzeitigen Therapie ermutigt und mit Anreizen zur nötigen Adhärenz motiviert. Bei Menschen mit einer STI sollen die Leistungserbringer in der Regel nach erfolgter Behandlung deren Erfolg überprüfen.

- 6. Umfassendere Behandlung von HIV-PatientInnen:** Angesichts der Bedeutung der Adhärenz für Public Health wie für den Patienten müssen HIV-Positive umfassend behandelt und gegebenenfalls (juristisch, sozial etc.) unterstützt werden. Ein Pilotprojekt zur Prüfung eines Disease-Management-Modells im Bereich HIV/STI ist zu lancieren, damit die Qualität der Therapie weiter gesteigert werden kann.

- 7. Third Generation Surveillance bringt die nötige Evidenz:** Heute sind strategische Entscheidungen zur Ressourcenallokation erschwert, da die verschiedenen Präventionsmassnahmen in Bezug auf Wirksamkeit und Kosten untereinander nicht vergleichbar sind. Das NPHS sieht die Entwicklung eines Modells zur Third Generation Surveillance vor. Diese erweitert die biologische Surveillance im Bereich STI und schliesst Lücken in der Verhaltenssurveillance. Sie kombiniert die Erkenntnisse der HIV- und der STI-Überwachung und beinhaltet ein Monitoring inklusive Kosten-Nutzen-Analyse der Präventions- und Versorgungsangebote.

- 8. Innovative Projekte fördern:** Ein Innovationspool ermöglicht eine Anschubfinanzierung für erfolgversprechende, neue Projekte (oder Pilotprojekte) im Bereich Prävention, Diagnose und Therapie. Diese Massnahme soll gewährleisten, dass innovative Ideen – auch wenn sie von kleineren Organisationen stammen – eine Chance haben, erprobt zu werden, begleitet vom entsprechenden Monitoring. Erprobte Ideen führen im besten Fall zu neuer Evidenz.

2 DIE PRÄVENTION VON HIV UND ANDEREN SEXUELL ÜBERTRAGBAREN INFEKTIONEN FÜHRT DIE BEWÄHRTE ARBEIT WEITER UND SETZT NEUE AKZENTE



Die Schweiz blickt auf fast drei Jahrzehnte Erfahrung in der HIV-Arbeit zurück. 1981 wurde hierzulande erstmals bei einem Menschen die »Diagnose »Aids gestellt (die mit einem »Pfeil versehenen Begriffe sind im Glossar, Kapitel 16, erklärt), seither haben der Bund und seine wichtigsten Partner vier Nationale HIV-Programme umgesetzt und viel dabei erreicht: Praktisch alle sexuell aktiven Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz kennen die Gefahr einer HIV-Infektion und wissen, wie sie sich davor schützen können. Der Zugang zu professionellen Beratungsangeboten und hochwertiger medizinischer Versorgung ist grundsätzlich gewährleistet. Trotzdem stecken sich jährlich zwischen 600 und 800 Menschen mit dem »HI-Virus an. Mehr als 20'000 Personen leben heute mit HIV in der Schweiz. Obwohl eine HIV-Infektion nicht mehr automatisch zu Aids führt, weil sie medikamentös therapierbar (wenn auch nicht heilbar) ist, wurden in den letzten Jahren immer noch an die 200 Aidsfälle jährlich diagnostiziert. Auch hierzulande sterben mehrere Dutzend Personen jährlich an Aids.

Um den Ausbruch der Krankheit Aids zu verhindern, müssen HIV-Infizierte ein Leben lang Medikamente einnehmen. Die Gesamtkosten einer antiretroviralen Therapie können im Laufe des Lebens gegen eine Million Schweizer Franken (CHF 25'000 pro Jahr während einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 40 Jahren) betragen. Die jährlichen Aufwendungen für Behandlungen mit »antiretroviralen Medikamenten (ART) zulasten der obligatorischen Krankenversicherung beliefen sich laut Hochrechnungen² 2008 auf mehr als 200 Millionen Franken (ca. 8000 Patienten à CHF 25'000), und sie steigen Jahr für Jahr um 10% an. Die Behandlung von HIV kostet also immerhin fast ein Prozent des jährlichen Prämienvolumens. Mit andern Worten: Jede einzelne Ansteckung, die wir verhindern, erspart der obligatorischen Krankenversicherung dereinst Medikamentenkosten von über zwanzigtausend Franken jährlich. Und sie erspart den Betroffenen eine Therapie, die sie nach einem vorgegebenen Zeitplan ohne Unterbruch während Jahrzehnten befolgen müssen.

Dass der medizinische Fortschritt die Infektion mittelfristig auszumerzen vermag – etwa durch neue Medikamente, die eine vollständige Heilung bewirken, oder mittels eines potenten Impfstoffes, welcher die »Eradikation der HI-Viren realistisch erscheinen lässt – blieb bislang unerfüllte Hoffnung. Und selbst wenn in nächster Zeit ein medizinischer Durchbruch gelingen sollte, dauert es erfahrungsgemäss mehrere Jahre oder gar Jahrzehnte, bis ein Präparat oder eine Massnahme grossflächig einsetzbar ist und damit Breitenwirkung erzielt. Deshalb braucht es ein fünftes Nationales Programm, das mittels »Prävention, Früher-

kennung und richtiger Behandlung die Weiterverbreitung von HIV und »STI bekämpft und die Lebensqualität von HIV- und/oder STI-betroffenen Menschen verbessert.

Integration der anderen sexuell übertragbaren Infektionen

Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 baut auf den Erfahrungen und Errungenschaften vergangener Strategien auf, es entwickelt die bewährte HIV-Arbeit in den Bereichen Prävention, Diagnose und Behandlung weiter: die äusserst erfolgreiche »«LOVE LIFE STOP AIDS»-Kampagne zur Sensibilisierung der Allgemeinbevölkerung, die »zielgruppenspezifischen Präventionsmassnahmen, die professionellen Angebote zu Beratung und Test, die hochwertige medizinische Versorgung und die integrierte »Forschung zu HIV/Aids – beispielsweise im Rahmen der schweizerischen »Kohortenstudie (SHCS).

Gleichzeitig erfährt das Programm eine entscheidende Neuerung: Es integriert die anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI), was sich im Namen des Programms widerspiegelt. Diese Erweiterung drängt sich aus mehreren Gründen auf:

Erstens spricht die epidemiologische Entwicklung für den Einbezug der anderen STI, da sich in den letzten Jahren die »Inzidenz verschiedener STI erhöhte. So hat sich die Anzahl gemeldeter Chlamydieninfektionen seit 2000 verdreifacht – die Anzahl diagnostizierter Fälle von Syphilis ist in derselben Zeitspanne ebenfalls angestiegen, wobei hier die Zunahme vor allem Männer betrifft. Infektionen mit Gonokokken (Gonorrhoe) bleiben auf hohem Niveau stabil. Syphilis und Gonorrhoe sind in der Schweiz stärker verbreitet als im westeuropäischen Durchschnitt. Oft verlaufen STI asymptomatisch, was deren Entdeckung erschwert. Unbehandelte STI können jedoch auch schwerwiegende Spätfolgen nach sich ziehen, namentlich chronische Erkrankungen, Krebs, Unfruchtbarkeit, Schwangerschaftskomplikationen sowie Schädigungen des Fötus oder Gebrechen bei Neugeborenen. STI können also zu schwerem individuellem Leid führen und – da etliche von ihnen relativ leicht übertragbar und/oder weit verbreitet sind – die öffentliche Gesundheit bedrohen.

² Die Hochrechnung des Bundesamtes für Gesundheit BAG basiert auf Umfragen unter den Krankenversicherern und Daten der schweizerischen HIV-Kohortenstudie.

Zweitens sind medizinische Tatsachen ausschlaggebend für die konzentrierte Prävention von HIV und STI. Denn zwischen HIV und anderen STI bestehen Wechselwirkungen: Die meisten STI erhöhen die Empfänglichkeit für eine HIV-Infektion, bei HIV-positiven Menschen kann eine gleichzeitige STI die Infektiosität von HIV anheben.³ STI sind bei HIV-betroffenen Menschen zum Teil schwerer zu erkennen, und die Therapie einer STI ist bei ihnen manchmal komplizierter. Andere STI haben also Implikationen auf die Ausbreitung von HIV, nach heutigem Wissen sind sie ein bedeutender Motor der HIV-↘Epidemie.

Dies führt drittens zur Erkenntnis, dass eine gemeinsame Bekämpfung von HIV und anderen STI sinnvoll ist und Synergien schafft, da die STI-Prävention auf der Grundlage und im Wesentlichen in den Strukturen der bereits etablierten HIV-Prävention vorangetrieben werden kann. Dies umso mehr, als die im Rahmen der HIV-Bekämpfung formulierten Regeln des ↘Safer Sex auch helfen, das Infektionsrisiko der meisten anderen STI zu mindern (wenn auch nicht gänzlich zu beseitigen): Die Präventions-Botschaften sind teils dieselben oder sie sind ähnlich. Allerdings bedarf es gezielter zusätzlicher Präventionsmassnahmen und -botschaften im Bereich der andern STI. Denn ein Grossteil der Bevölkerung – inklusive gefährdeter Gruppen – ist bisher schlecht über STI informiert, und die gegenseitige Wechselwirkung zwischen STI und HIV ist kaum bekannt.

Viertens entspricht die Schweiz mit dem Einbezug der STI in die nationale Strategie dem Wunsch vieler ↘Stakeholder, welche im Alltag bereits die kombinierte Prävention von HIV und anderen STI praktizieren, und nimmt den internationalen Trend auf: Mehrere Staaten, so beispielsweise Grossbritannien, Frankreich, Schweden und Norwegen, haben Strategien zur gemeinsamen Bekämpfung von HIV und anderen STI entwickelt. Zum Teil (Grossbritannien) handelt es sich dabei um eigentliche ↘Sexual-Health-Programme (zur Förderung der sexuellen Gesundheit).

Diese Gründe erläutern, weshalb das NPHS über weite Strecken HIV und die andern STI auf derselben strategischen Ebene ansiedelt und sie gemeinsam nennt. Dabei ist allerdings zu beachten, dass HIV eine viel schwerwiegendere chronische Krankheit ist als die meisten anderen STI: Das Leben der Infizierten verändert sich durch HIV und die damit verbundene Therapie nachhaltig, und HIV stellt durch seine Komplexität ganz andere Anforderungen an die Leistungserbringer als die meisten anderen STI.

Kein Sexual-Health-Programm

Das NPHS ist jedoch keine eigentliche Strategie zur ganzheitlichen Förderung der sexuellen Gesundheit. Zwar sollen die angestrebten Interventionen immer darauf abzielen, die sexuelle Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Doch das Programm agiert vornehmlich auf der Ebene der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, also von HIV und anderen STI. Anders als die britische kann die Schweizer Strategie (noch) nicht zum eigentlichen Sexual-Health-Programm avancieren, das beispielsweise auch die Bekämpfung von sexuellem Missbrauch oder Fertilitätsbehandlungen umfasst. Denn obwohl einige Kantone Präventionsgesetze kennen, fehlt in der Schweiz zurzeit noch eine nationale gesetzliche Grundlage für die Prävention.⁴ Deshalb basiert die Schweizer Strategie auf der Grundlage des Epidemiengesetzes,⁵ und dieses erteilt Bund und Kantonen lediglich die Aufgabe, übertragbare Krankheiten zu bekämpfen und die Menschen vor deren Erreger zu schützen. Die Schweiz verfügt mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) über ein nationales Rückvergütungssystem.

³ Im Wesentlichen sind folgende Gründe ausschlaggebend für die erhöhte Empfänglichkeit und Infektiosität: Schleimhautgeschwüre bilden eine wichtige Ein- und Austrittspforte für HIV. Die bei Verletzungen und Entzündungen in grossen Mengen vorhandenen spezialisierten Immunzellen schaffen eine für das HIV empfängliche Umgebung. Die durch Bestandteile von Erregern angeregte Produktion von Botenstoffen durch Abwehrzellen stimuliert die HIV-Vermehrung.

⁴ Das Präventionsgesetz (SR 818.31) befindet sich zum Publikationszeitpunkt des vorliegenden Programms in der parlamentarischen Beratung.

⁵ Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1970) Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz). SR 818.101

Das vorliegende Programm führt die enge Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen, kommunalen Behörden und nicht-staatlichen Organisationen weiter, denn dies war das entscheidende Element für den Erfolg vergangener Strategien. Das vorliegende Programm wurde demzufolge in einem partizipativen Prozess mit den verschiedenen Akteuren⁶ entwickelt – sie hatten an mehreren Workshops und mittels schriftlicher Eingaben mehrmals Gelegenheit, ihre Anforderungen an die neue Strategie einzubringen und die Vorschläge des Bundesamts für Gesundheit zu diskutieren. Das gemeinsam erarbeitete Dokument setzt für alle in der HIV- und STI-Arbeit tätigen Institutionen und Akteure die Leitplanken. Strategie und Ziele sind für die Schweiz verbindlich.⁷ Die einzelnen Akteure entscheiden, wie die konkrete Umsetzung erfolgt und wie vorhandene Mittel eingesetzt werden. Der Bund hat die Aufgabe, die Massnahmen zu koordinieren.

Aufbau und Dauer des Programms

Das Dokument soll gleichzeitig Fachpersonen und interessierten Laien als Nachschlagewerk dienen. In einem ersten Teil bietet es eine Übersicht über die wichtigsten Erkenntnisse im Zusammenhang mit der HIV- und STI-Bekämpfung: Erläuterungen zur \Public-Health-Relevanz der einzelnen STI und HIV und zu den Charakteristika der Übertragung, Resultate der \biologischen \Surveillance und der \Verhaltenssurveillance sowie eine Analyse der wichtigsten Entwicklungen und neuen Herausforderungen in der HIV- und STI-Arbeit zur Strukturierung der Interventionen. Ebenso sind darin Ausführungen zu den notwendigen Ressourcen enthalten. Somit hat der erste Teil die Funktion, den Schweizer Kontext zum Zeitpunkt der Verabschiedung des NPHS zu erklären. In einem zweiten Teil sind die Zielsetzungen (mit der Vision, den Oberzielen und den einzelnen Zielen) aufgeführt und erläutert. Schliesslich enthält das Programm konkrete Vorschläge zur Umsetzung der Ziele. Diese Vorschläge auf der operativen Ebene können aber je nach Veränderungen der Situation ebenfalls Änderungen unterworfen sein, sie erheben zudem keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ebenso bietet das NPHS eine Rollenklärung, die besagt, welche Akteure für welche Aufgaben zuständig sind. Sie befindet sich im Anhang (15.2) und gibt einen Überblick zur Operationalisierung des Programms. Aufgrund der beschränkten Direktivmacht des

Bundes – im föderalen System der Schweiz liegt die Kompetenz zur Umsetzung von Public-Health-Massnahmen vornehmlich bei den Kantonen – handelt es sich dabei um eine Auslegeordnung mit empfehlendem Charakter.

Das Programm hat eine Laufzeit von sieben Jahren. Dies mag unüblich erscheinen. Aber weil sich im Präventionsbereich Erfolge meist erst mittelfristig zeigen, scheint diese Dauer angemessen. Es erlaubt, die Massnahmen zur Zielerreichung auf fünf Jahre auszurichten. Danach werden die Massnahmen und deren Beitrag zur Zielerreichung einer umfassenden \Evaluation unterzogen. Alsdann bleibt Zeit, um ein Nachfolgeprogramm zu erarbeiten. Falls sich innerhalb dieser 7 Jahre aufgrund von neuer \Evidenz Änderungen aufdrängen, so sind diese gemäss den im Programm definierten Prozessen durchzuführen. Bei der Entwicklung des jetzigen Programms hat sich gezeigt, wie wertvoll es ist, über genügend Zeit zu verfügen, um die Zielsetzung in Zusammenarbeit mit den wichtigen Partnern und Stakeholdern fundiert erarbeiten zu können. Nur so wird sie letztlich von ihnen auch mitgetragen. Der Schlüssel für den Erfolg des vorliegenden Programms liegt darin, alle beteiligten Kräfte hinter die beschriebene Zielsetzung zu scharen: Denn um die weitere Ausbreitung von HIV und anderen STI zu stoppen, braucht es ein konzertiertes Vorgehen und eine koordinierte Umsetzung der beschlossenen Strategie in der ganzen Schweiz.

Wir bedanken uns bei allen Stakeholdern, die sich an der Erarbeitung des Programms beteiligt haben. Ihre Arbeit war sehr engagiert und wertvoll, ohne sie wäre das vorliegende Programm nicht das, was es heute ist. Wir freuen uns auf die gemeinsame Umsetzung des Programms.

⁶ Die hier unspezifisch genannten Akteure sind im Anhang 15.1 aufgeführt (Stakeholder, die zur Erarbeitung des Programms beigetragen haben).

⁷ Nach Art. 118 Abs. 2 Bst. b der Bundesverfassung (BV) erlässt der Bund Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren. HIV und andere STI fallen darunter. Der Bund hat demnach die Kompetenz, den Kantonen und Gemeinden Leitplanken zu setzen, wie das HIV- und STI-Programm umzusetzen ist. Gemäss Epidemiengesetz hat der Bund auch die Oberaufsicht und sorgt für die Koordination kantonaler Massnahmen (Art. 9 EpG). Deshalb ist der Bund für die Strategieentwicklung zuständig und er überwacht die Umsetzung der Strategie, seine Vorgaben sind insofern verbindlich.

3 HIV UND ANDERE SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN: PUBLIC-HEALTH-RELEVANZ UND MEDIZINISCHE ERKENNTNISSE



Mehr als 20 Infektionskrankheiten können auf sexuellem Weg übertragen werden. Sie werden hauptsächlich durch Bakterien und Viren, aber auch durch Pilze oder Parasiten verursacht und unterscheiden sich stark im Hinblick auf Symptome, Krankheitsverlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Nicht alle sind gleich relevant für die öffentliche Gesundheit, und eine Priorisierung drängt sich nur schon deshalb auf, weil finanzielle und personelle Ressourcen für die Überwachung und Bekämpfung der Erreger limitiert sind.

Um eine Priorisierung in der Public Health Surveillance vorzunehmen, hat das BAG im Jahr 2008 ein sogenanntes «Priority Setting Tool» entwickelt. Kriterien für Entscheidungen im Bereich von Public Health sollen objektiv, transparent, evidenzbasiert, explizit und messbar sein, damit die begrenzten Ressourcen optimal eingesetzt werden. Das Tool gewichtet die Infektionskrankheiten nach verschiedenen Modellen, so aufgrund epidemiologischer Kriterien⁸, nicht-epidemiologischer Kriterien⁹ und nach der Wahrnehmung in der Bevölkerung – oder in der Kombination der verschiedenen Kriterien. Das Tool ermöglicht also einen einfachen Zugang zu standardisierten, auf Evidenz basierenden Informationen über eine grosse Anzahl von Erregern und lässt Vergleiche zwischen den Erregern zu. Die Datenbasis des Tools stammt aus dem Jahr 2005/2006. HIV steht gemäss den erwähnten Kriterien an zweiter Stelle in der Rangliste der Public-Health-Relevanz, in der Zwischenzeit dürfte sich daran kaum etwas geändert haben (siehe auch die graphische Darstellung im Anhang 15.3 zur Wichtigkeit der Erreger basierend auf epidemiologischen und nicht-epidemiologischen Kriterien). Die Datenlage zu den anderen sexuell übertragbaren Infektionen ist weniger klar (vgl. Kapitel 4.2 zu Epidemiologie STI). Aufgrund der zur Verfügung stehenden Meldedaten und der epidemiologischen Kriterien gelten zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Programms nebst HIV folgende sexuell übertragbaren Infektionen als Public-Health-relevant:

- Gonorrhoe
- Syphilis
- Chlamydien
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Humanes Papillomavirus (HPV)
- Herpes (HSV 1 und 2)
- Lymphogranuloma venerum (LGV)

Übertragung von HIV und anderen STI

HIV und anderen STI gemeinsam – und deswegen auch namensgebend – ist die Übertragung beim ungeschützten Sexualverkehr. Die Erreger unterscheiden sich jedoch bezüglich Infektiosität und weiterer Übertragungswege. Dieses Kapitel bietet einen Überblick über die unterschiedlichen Übertragungsrisiken von HIV und anderer STI. Im Anhang 15.4 findet sich zudem eine Tabelle zu den wichtigsten STI, die detailliert Symptome, Komplikationen, Prävalenz und mögliche Behandlungsmethoden erläutert.

HIV wird am häufigsten beim ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen, unter Anwendung der Safer-Sex-Regeln vermindert sich das Ansteckungsrisiko markant. Gemäss Meldewesen (siehe Kapitel 4.1 zu Epidemiologie HIV) wurden im Jahr 2009 in der Schweiz 646 Menschen neu HIV-positiv getestet, davon waren rund 90 % dieser Infektionen oder 578 Fälle auf ungeschützten Geschlechtsverkehr zurückzuführen.¹⁰

Nicht alle Praktiken weisen dabei das gleiche Risiko einer HIV-Übertragung auf. Ungeschützter Analverkehr ist in Bezug auf eine HIV-Infektion die risikoreichste Praktik – für beide Personen. Ungeschützter Vaginalverkehr gilt als Praktik mit dem kleineren Risiko. Anders als häufig angenommen, haben HIV-negative Männer mit einer HIV-positiven Partnerin nur ein unwesentlich geringeres Ansteckungsrisiko als umgekehrt HIV-negative Frauen mit HIV-positiven Partnern. Bei orogenitalen Sexualkontakten kann ein Risiko nicht ausgeschlossen werden, wenn Sperma in den Mund genommen oder geschluckt wird oder wenn während des Cunnilingus Menstruationsblut in den Mund der Partnerin/des Partners gelangt. Oralverkehr ohne Ejakulation bzw. ausserhalb der Menstruation gilt als sicher, solange keine andere STI vorliegt. Das Risiko, sich in diesen Situationen mit HIV zu infizieren bzw. andere mit HIV anzustecken, ist unter Umständen deutlich höher, wenn eine der beteiligten Personen zusätzlich an einer anderen aktiven STI leidet, aber deutlich tiefer als bei analer oder vaginaler Penetration.

Andere STI werden ebenfalls und häufig leichter als HIV über den Kontakt mit genitaler oder analer Schleimhaut übertragen, so z.B. Chlamydien, Gonorrhoe, Syphilis, Hepatitis B, Herpes genitalis (HSV), Humanes Papillomavirus

⁸ Epidemiologische Kriterien sind unter anderen: Schweregrad der Krankheit, Inzidenz, Risikogruppen mit höherem Schweregrad, Neu- resp. Wiederauftreten eines Erregers, Notwendigkeit von sofortigen Public-Health-Massnahmen, Ausbreitungspotenzial, Änderungen in der Inzidenz, bereits existierende Public-Health-Interventionen.

⁹ Nicht-epidemiologische Kriterien sind unter anderen: nationales Interesse anderer Sektoren, internationales Interesse anderer Sektoren, bioterroristisches Potenzial, Medieninteresse.

¹⁰ Siehe auch: Bundesamt für Gesundheit (2010) HIV-Quartalszahlen per 31. März 2010, S. 480–483. Der restliche Prozentanteil betrifft Übertragungen durch Spritzen- und Nadeltausch bei Drogenkonsum, vertikale Übertragungen von der Mutter auf das Kind sowie Bluttransfusionen. Das Übertragungs- bzw. Ansteckungsrisiko ist auch abhängig von Art und Dauer der Exposition gegenüber HIV (höheres Infektionsrisiko bei massiver Exposition, z.B. bei Bluttransfusion) sowie von der Virusmenge (Personen mit höherer Viruslast z.B. während der Primoinfektion scheinen infektiöser zu sein) und Kofaktoren (z.B. Mangelernährung, gleichzeitig bestehenden Infektionen des Urogenitaltrakts), siehe auch <http://www.aidsfinder.org>.

(HPV), Lymphogranuloma venerum (LGV) und weitere. Auch STI sind orogenital übertragbar, wobei der Schleimhautkontakt meistens ausreicht und nicht wie bei HIV üblicherweise ein Kontakt mit Genitalsekreten (Sperma, Menstruationsblut) vorhanden sein muss. Dies ist zum Beispiel bei Chlamydien, Gonorrhoe, Syphilis, Hepatitis B, Herpes genitalis (HSV), Humanes Papillomavirus (HPV) und Lymphogranuloma venerum (LGV) der Fall. Alle STI, auch HIV, können auch als sogenannte Schmierinfektionen über verschmutzte Gegenstände wie Dildos (oder auch via die Hände) übertragen werden.¹¹ Wie bei HIV kann auch bei verschiedenen STI eine vertikale Übertragung von der Mutter auf das Kind während der Geburt stattfinden, so bei Gonorrhoe, Chlamydien, Syphilis, Herpes, Hepatitis B, Hepatitis C und HPV.

Massnahmen, die vor einer sexuellen Ansteckung schützen

Sicheren Schutz vor HIV und allen STI bieten Enthaltensamkeit oder strikte Monogamie in einer HIV/STI-freien Beziehung. Dies ist jedoch keine realistische Public-Health-Massnahme. Vielmehr sollen alle Menschen über die Möglichkeit verfügen, informierte Entscheidungen zu treffen, um verantwortungsvoll mit dem Übertragungsrisiko von HIV oder einer andern STI umzugehen und sich vor einer Ansteckung zu schützen.

Das Präservativ schützt nicht vor allen STI gleich gut wie vor HIV, da bei gewissen Erregern auch eine Infektion über die intakte Haut möglich ist und ein Präservativ nur die Eichel und den Penischaft abdeckt. So kann der Kontakt mit einer syphilisbedingten Hautveränderung ausserhalb des Genitalbereichs zu einer Übertragung von Syphilis führen.¹²

Die Beschneidung der Vorhaut des Penis (Zirkumzision) vermindert ebenfalls das Ansteckungsrisiko von HIV und STI. Gemäss wissenschaftlichen Studien kann sich bei HIV das Risiko einer Übertragung bei >heterosexuellen Kontakten um bis zu 60% reduzieren.¹³ Deshalb empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation, die Zirkumzision ebenso als Mittel zur Bekämpfung von HIV/Aids und anderer STI in Betracht zu ziehen. Gleichzeitig muss jedoch klar gesagt werden, dass eine Beschneidung alleine keinen sicheren Schutz vor einer Infektion darstellt.

¹¹ So sind zum Beispiel bei Herpes genitalis (HSV) Schmierinfektionen relativ leicht möglich. Siehe auch:
– AHS et al. (2008) Sexuell übertragbare Infektionen. Informationen für Beratende
– Flepp et al. (1999) Präventionsempfehlungen zur Reduktion des HIV-Übertragungsrisikos bei orogenitalen Sexualpraktiken behalten ihre Gültigkeit.

¹² Siehe auch: AHS et al. (2008) Sexuell übertragbare Infektionen. Informationen für Beratende

¹³ WHO et al. (2007) New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications

Die frühe Diagnose und Therapie hat auch präventiven Charakter: Bei relativ leicht übertragbaren STI (wie Gonorrhoe, Syphilis oder Chlamydia trachomatis) geht es nicht in erster Linie darum, a priori jede Ansteckung zu vermeiden, sondern eine mögliche Infektion früh zu erkennen, durch die richtige Therapie vollständig zu heilen und die weitere Ausbreitung des Erregers dadurch zu stoppen (Betroffene sollen während ihrer infektiösen Phase zu Schutzmassnahmen motiviert werden). Bakterielle STI sind oft einfach heilbar. Bei Gonorrhoe helfen Antibiotika, ebenso bei Chlamydien (wo häufig eine Spontanheilung stattfindet). Eine Syphilis kann ebenfalls durch eine Antibiotikatherapie geheilt werden, zumindest in den frühen Stadien der Infektion. Virale STI sind meist schwieriger zu behandeln. So kann im Falle von Hepatitis B die chronische Infektion mit antiviralen Medikamenten therapiert werden. Mit der Behandlung wird die Virusvermehrung unter Kontrolle gehalten, und bei bestimmten Therapieformen erfolgt bei etwa 20–30% eine vollständige Heilung. Bei HSV kann mit antiviralen Medikamenten die Dauer von Herpes-Episoden verkürzt werden, und bei häufigen Episoden kann eine kontinuierliche Therapie die Häufigkeit derselben vermindern.

Antiretrovirale Medikamente als Präventionsmassnahme werden zunehmend thematisiert. Im Bereich der Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) wurde an der Welt-Aids-Konferenz in Wien (Juli 2010) eine grössere Studie angekündigt. Selbst wenn die Studie die Wirksamkeit dieser Methode beweisen würde, so wären vor der Propagierung von PrEP noch etliche Fragen zu klären. So kann etwa eine prophylaktische Therapie, die bei einem unerkannt positiven Menschen angewandt wird, zu Resistenzen gegen das Medikament führen. Und der breite Einsatz antiretroviraler Medikamente könnte diese schneller unwirksam werden lassen.

Mikrobizide sind Arzneimittel, die lokal angewendet werden und eine Barriere gegen HIV und andere STI bilden sollen. Auf dem Gebiet der Mikrobizide haben Wissenschaftler an der Welt-Aids-Konferenz in Wien (Juli 2010) eine Untersuchung vorgestellt, wonach ein Mikrobizid (ein Gel, das auf die Schleimhaut von Vagina, Penis oder Anus appliziert wird) HIV-Infektionen sowie Herpes-Übertragungen vermindern konnte. Das Übertragungsrisiko sank in einer breit angelegten südafrikanischen Studie um durchschnittlich rund 40% für HIV.¹⁴ Im Unterschied zu früheren (wirkungsschwachen) Mikrobiziden, die auf dem Prinzip chemischer Barrieren beruhten, wird nun mit Mikrobiziden experimentiert, die antiretrovirale Wirkstoffe enthalten, wie sie auch für die HIV-Therapie zum Einsatz kommen. Für vulnerable Frauen (beispielsweise für Sexworkerinnen)

¹⁴ CAPRISA – Centre for the AIDS Programme of Research in South Africa (2010) The CAPRISA 004 tenofovir gel trial results

könnten wirksame Mikrobizide dereinst ein wichtiges Schutzmittel darstellen, da sie diese vor dem Sexualkontakt und unabhängig vom Sexualpartner selbst anwenden können. Allerdings sind noch weitere Forschungen und Entwicklungsschritte nötig, bis ein breit einsetzbares Arzneimittel zur Verfügung steht. Zudem wirken Mikrobizide nur, wenn sie vorschriftsgemäss eingenommen werden, was für etliche Teilnehmerinnen der Studie eine Schwierigkeit darstellte.

Impfstoff für HIV in weiter Ferne

Impfstoffe sind nur gegen Hepatitis B, HPV und die fäkal-orale Hepatitis A (die sehr selten sexuell übertragen wird) verfügbar. Im Fall von HIV blieben die Anstrengungen bezüglich Impfstoffentwicklung bisher weitgehend ohne konkretes Ergebnis. An der Aids Vaccine Conference in Paris im Oktober 2009 konnte jedoch ein bescheidener Erfolg einer Impfung gegen HIV gemeldet werden: Während drei Jahren wurde in Thailand an über 16'000 Männern und Frauen eine randomisierte, Placebo-kontrollierte Studie durchgeführt. Dabei erhielt nur die Hälfte der Probanden in der Impfung den Impfstoff, die andere Hälfte bekam ein Placebo. Von den 8200 Geimpften haben sich im Beobachtungszeitraum 51 Personen mit HIV angesteckt, während im gleichen Zeitraum 74 Personen in der Placebo-Gruppe erkrankt sind. Die Wirksamkeit der Impfung lag bei rund 30%. Mathematischen Modellen zufolge wäre ein Impfstoff, der 60% der HIV-Übertragungen verhindern kann, bereits ein grosser Durchbruch und würde die Verbreitung von HIV in einer Population entscheidend reduzieren, aber Individuen nicht sicher schützen. Euphorie ist also verfrüht, noch besteht kein wirksamer und sicherer Impfstoff, der in der breiten Bevölkerung angewendet werden kann. Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang die Worte von UNAIDS Executive-Director Michel Sidibé an der Pressekonferenz derselben Aids Vaccine Conference: «A ready to use vaccine against HIV could be more than a decade away [...] Meanwhile we have to redouble our combination HIV prevention efforts to stop the continuing tide of new HIV infections.»¹⁵ Bis ein gebrauchsfertiger Impfstoff vorliege, dauere es möglicherweise mehr als ein Jahrzehnt. Bis es so weit sei, sollten die Präventionsbemühungen intensiviert werden, um den kontinuierlichen Anstieg der Anzahl Neuinfektionen zu stoppen.

Trotz erster Teilerfolge auf dem Gebiet Impfungen ist also klar: Auch in der zweiten Dekade des 21. Jahrhunderts bleiben wirksame Prävention, Früherkennung und effiziente Behandlung der einzige erfolgversprechende Ansatz, die Anzahl Neuinfektionen tief zu halten. Deshalb sind die Themen HIV-Impfung sowie Mikrobizide und Prä-Expositions-Prophylaxe kein integrierter Bestandteil der vorliegenden

Strategie. Die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) hat gemäss ihrem Mandat die Aufgabe, neue Erkenntnisse auf dem Gebiet HIV und anderer sexuell übertragbarer Infektionen zu überwachen. Falls sich aufgrund dessen Anpassungen der Strategie aufdrängen, wird die EKAF das Bundesamt für Gesundheit dahingehend beraten und entsprechende Modifikationen anmahnen.

¹⁵ UNAIDS (2009) Scientists come together for the AIDS Vaccine Conference 2009

4 BIOLOGISCHE SURVEILLANCE: EINE ÜBERSICHT ZU HIV UND ANDEREN MELDEPFLICHTIGEN STI



4.1 HIV: EPIDEMIOLOGIE IN DER SCHWEIZ UND IN EUROPA

HIV infiziert Zellen des Immunsystems, die normalerweise Krankheitserreger abwehren und pathologisch veränderte Körperzellen eliminieren (CD-4 Zellen, sogenannte Helferzellen). Deren Funktionsstörung infolge einer HIV-Infektion kann nur bis zu einem gewissen Grad kompensiert werden. Bei einer **unbehandelten HIV-Infektion** werden folgende Phasen unterschieden:

1. Akute HIV-Infektion (↘Primoinfektion): Mehrere Tage bis wenige Wochen nach der Infektion können vorübergehende Symptome wie Fieber, Lymphknotenschwellungen, Gelenkschmerzen und unspezifische Beschwerden auftreten. Gut die Hälfte der Infizierten macht eine symptomatische Primoinfektion durch.
2. Asymptomatische Phase: In der folgenden im Mittel 8–10 Jahre dauernden Phase treten in der Regel keine HIV-bedingten klinischen Beschwerden auf; dennoch findet eine Virusvermehrung mit Neuinfektion weiterer Immunzellen statt. Die betroffene Person ist, je nach ↘Viruslast, weiterhin mehr oder weniger stark ansteckend.
3. Beginnende Immunschwäche: Mit Aids («Acquired Immune Deficiency Syndrome») wird das Stadium bezeichnet, bei dem das Immunsystem stark beeinträchtigt ist und Aids-definierende, lebensbedrohliche Erkrankungen auftreten, so opportunistische Infektionen (z.B. Pneumocystis-Pneumonie, zerebrale Toxoplasmose), Tumorerkrankungen (z.B. Kaposi-Sarkom, Non-Hodgkin Lymphome) oder schwere Allgemeinsymptome (z.B. Fieber unklarer Ursache, neurologische Erkrankungen). Mit Einführung der antiretroviralen Kombinationstherapien ist die Zahl der Aids-Fälle in jenen Ländern zurückgegangen, in denen ein funktionierendes Gesundheitssystem und antiretrovirale Medikamente in ausreichendem Mass zugänglich sind.

4.1.1 HIV IN DER SCHWEIZ

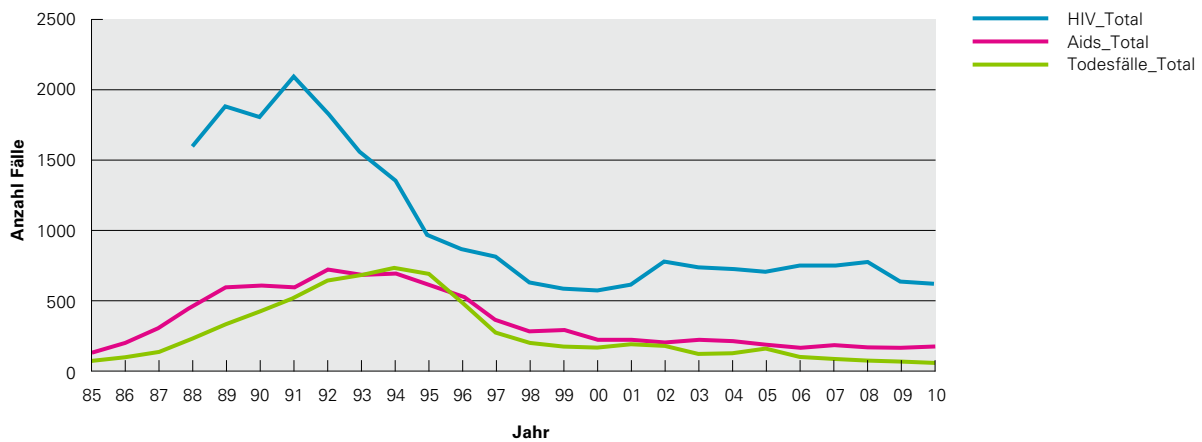
HIV muss sich schon in den 1970er Jahren in der Schweiz ausgebreitet haben, denn die erste Aids-Diagnose wurde im Jahr 1981 (retrospektiv) gestellt. Ab 1985 waren einzelne Labors in der Schweiz in der Lage, Antikörper gegen HIV nachzuweisen und meldeten positive Befunde an das BAG. Im Dezember 1987 wurden HIV und Aids ↘meldepflichtig.

In den ersten beiden Jahren nach der Einführung des HIV-Tests, 1985 und 1986, wurden zunächst vor allem prävalente HIV-Infektionen diagnostiziert und gemeldet, d.h. Infektionen, die sich seit dem unbekannten Beginn der Epidemie in der Bevölkerung angehäuften (2800 Meldungen für das Jahr 1985). Einiges tiefer waren die Zahlen in den Jahren 1987 und 1988. Im Jahr 1988 betrafen von total 1604 gemeldeten positiven HIV-Tests über die Hälfte injizierend Drogen Konsumierende (engl. IDU), über ein Viertel Männer, die Sex mit Männern haben (↘MSM), und rund 20% Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg (HET). Während die Anzahl HIV-Diagnosen bei IDUs im Jahr 1988 bereits stark rückläufig war und diejenige der MSM nur noch schwach zunahm, war der Trend bei den Heterosexuellen noch stark steigend, was sich erst im Jahr 1992 änderte (Abbildung 1). Vermutlich auch als Folge der Präventionsbemühungen und unter dem Eindruck der stark sichtbaren Aids-Epidemie war der Trend danach bis ins Jahr 2000 in allen Gruppen stark rückläufig.

Im Jahr 2001 zeigte sich erstmals wieder ein Anstieg der positiven HIV-Tests (von 578 auf 631). Im Jahr 2002 stieg die Zahl weiter auf 794 – eine Zunahme von über 25% gegenüber dem Vorjahr. Die Aufschlüsselung nach Geschlecht, Ansteckungsweg und Nationalität zeigt, dass die positiven HIV-Tests vor allem bei MSM und bei Frauen aus Ländern mit generalisierter Epidemie¹⁶ zunahmen. Nach einigen Jahren, in denen die Gesamtzahl neuer HIV-Diagnosen relativ stabil zwischen 740 und 780 Fällen verharret war, nahm sie im Jahr 2009 erstmals wieder um 17% ab.

¹⁶ In der Schweiz sind dies in erster Linie Länder aus der Subsahara-Region (96,6%), ausserdem einige Länder in der Karibik (2,4%) und Länder in Mittelamerika oder Südamerika (1%). (Prozentangaben aufgrund der Arztmeldungen von 2000 bis 2009)

HIV-Fälle, Aids-Fälle und HIV/Aids-Todesfälle in der Schweiz



HIV-Fälle, Aids-Fälle und HIV/Aids-Todesfälle bei Heterosexuellen

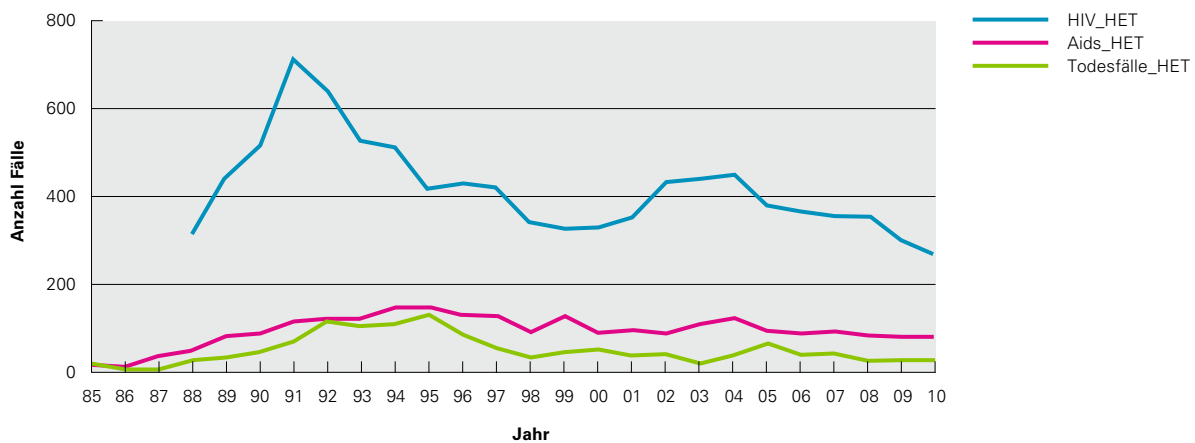


Abbildung 1: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen, neue Aids-Fälle und Todesfälle pro Jahr bei Personen mit HIV oder Aids in der Schweiz insgesamt und nach Ansteckungswegen. Am meisten ins Auge springt die Abnahme von Aids-Fällen und HIV/Aids-Todesfällen ab Mitte der 1990er Jahre, welche durch den breiten Einsatz antiretroviraler Therapien bewirkt wurde.

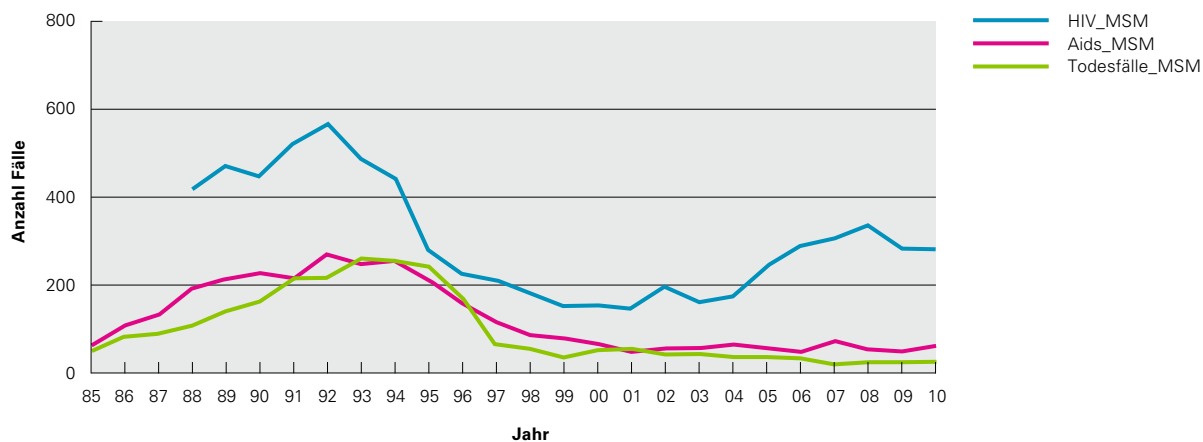
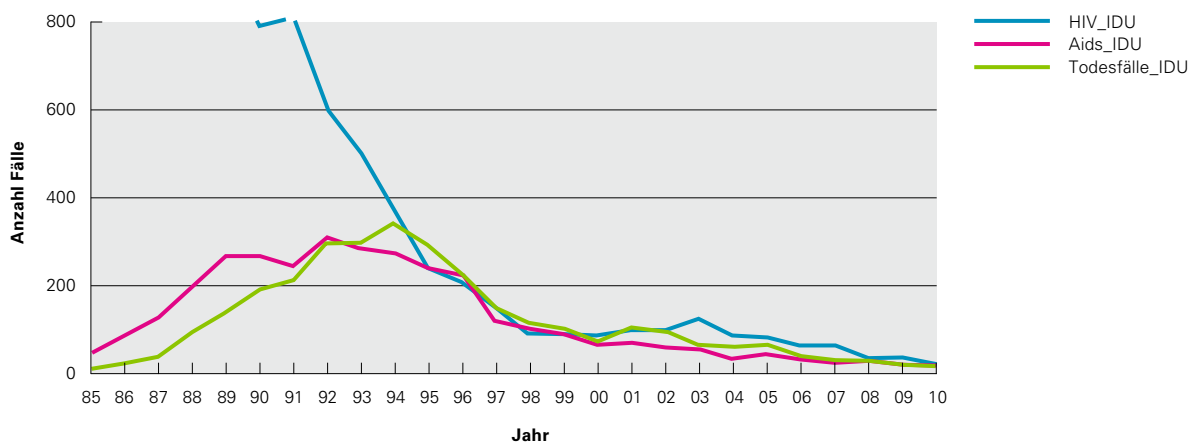
HIV-Fälle, Aids-Fälle und HIV/Aids-Todesfälle bei MSM**HIV-Fälle, Aids-Fälle und HIV/Aids-Todesfälle bei IDU**

Abbildung 1: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen, neue Aids-Fälle und Todesfälle pro Jahr bei Personen mit HIV oder Aids in der Schweiz insgesamt und nach Ansteckungswegen (MSM: Männer, die Sex mit Männern haben, IDU: Injizierend Drogen Konsumierende). Am meisten ins Auge springt die Abnahme von Aids-Fällen und HIV/Aids-Todesfällen ab Mitte der 1990er Jahre, welche durch den breiten Einsatz antiretroviraler Therapien bewirkt wurde.

Anzahl noch lebender Personen mit diagnostizierter HIV-Infektion oder Aids (2010 extrapoliert)

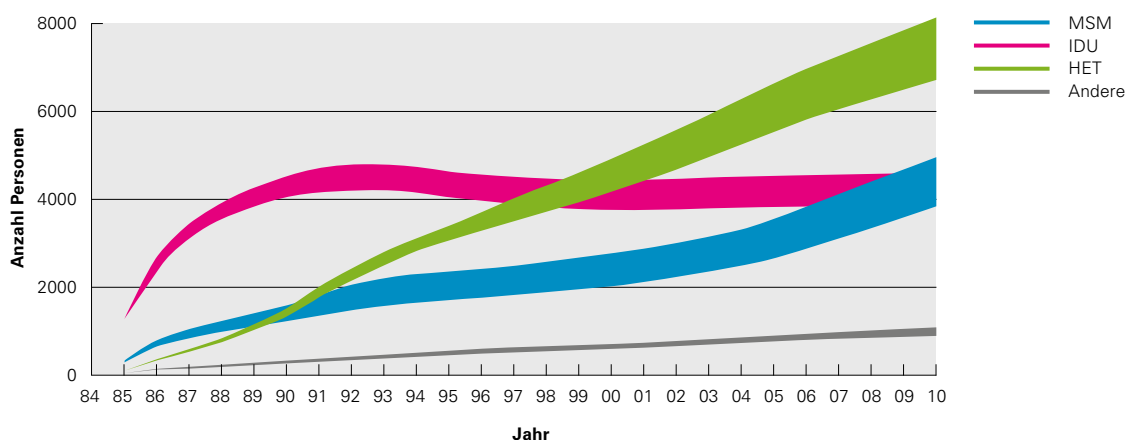


Abbildung 2: Statistische Schätzung der Anzahl Personen in der Schweiz mit positivem HIV-Test und/oder Aids nach Ansteckungsweg. An der Kurve, die den oberen Rand eines Bereiches bildet, lässt sich die totale Zahl der Personen mit positivem HIV-Resultat ablesen, an der Kurve des unteren Randes die Zahl der Personen darunter ohne Aids-Diagnose. Der farbige Bereich markiert demnach die Zahl der Personen mit Aids-Diagnose.

Gesamtzahl der HIV-positiven Menschen in der Schweiz

Die Zahl der in der Schweiz lebenden Personen mit einer HIV- oder Aids-Diagnose steigt stetig (Abbildung 2), da es seit Beginn der Epidemie und in allen betroffenen Gruppen praktisch immer mehr Neudiagnosen gab als Todesfälle. Für das Jahr 2009 ergibt die Berechnung ein Total von zwischen 14'000 und 21'000 Personen mit HIV, davon ungefähr 43% (zwischen 6200 und 9200 Personen) mit heterosexuellem Ansteckungsweg und je ein Viertel (zwischen 3600 und 5500 Personen) MSM und IDU.¹⁷ Dazu kommen jene, die zwar infiziert sind, aber nicht von ihrer Infektion wissen. Anhand von Studien in vergleichbaren Industriestaaten (UK und Kanada) lässt sich für die Schweiz folgende Schätzung erstellen: Insgesamt dürften mindestens 20'000 Menschen mit HIV/Aids leben.

Seit Beginn der Epidemie bis Ende 2009 wurden in der Schweiz insgesamt 31'579 HIV-Tests bestätigt. Die Ärztinnen und Ärzte hatten total 8977 Aids-Fälle gemeldet. Unter Berücksichtigung der Meldeverzögerungen führt das zu einer Schätzung von insgesamt total rund 9100 Aidsdiagnosen in der Schweiz. Die Todesfallstatistik ergibt ca. 7000 Todesfälle bei Personen mit HIV-Infektion, davon ca. 5900 Fälle, bei denen eine Aids-Diagnose vorlag und Aids die wahrscheinlichste Todesursache war.¹⁸

¹⁷ Die Berechnung berücksichtigt eine aufgrund verschiedener Quellen geschätzte Rate unerkannter Wiederholungstests, Meldeverzögerungen von neuen Aidsdiagnosen und Todesfällen. Da sich diese Fehlerquellen über die Jahre kumulieren, ist die Berechnung nicht sehr präzise. Ausserdem ist daran zu denken, dass HIV-Infektionen bei Personen, die noch nie einen HIV-Test gemacht haben, nicht in diesen Zahlen eingeschlossen sind.

¹⁸ Meldestand 31.3.2010. Berücksichtigt wurden die Meldungen der HIV-Bestätigungslaboratorien seit 1985, die HIV-Ergänzungsmeldungen der Ärztinnen und Ärzte (total 14'736 seit ihrer Einführung im Jahr 1988) und die Aids-Ergänzungsmeldungen seit 1983; ausserdem Todesscheine, die bis zum 31.3.2010 verfügbar waren. Als Wiederholungstest erkennbare Labormeldungen wurden ausgeschlossen.

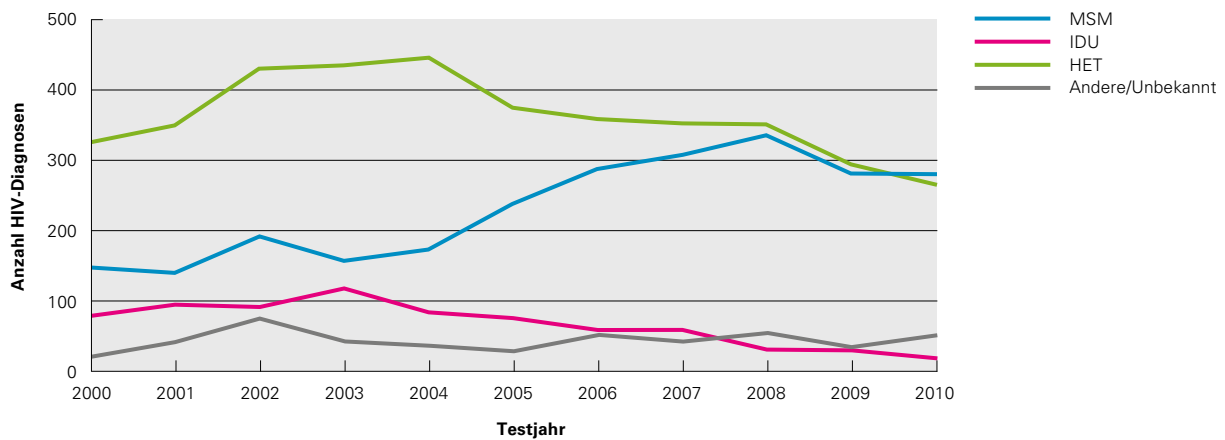
Anzahl HIV-Diagnosen nach Ansteckungsweg

Abbildung 3: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen in der Schweiz für die Haupt-Ansteckungswege nach Jahr des Tests (auf den Arztmeldungen beruhende Schätzung).

Entwicklungen der Jahre 2000 bis 2009

Im Jahr 2001 zeigte sich nach einer längeren Periode des Rückgangs erstmals wieder ein Anstieg der positiven HIV-Tests, der sich im Jahr 2002 fortsetzte (Abbildung 3). Der Anstieg war vor allem bei Schweizer MSM und bei Frauen aus der Subsahara-Region zu beobachten. In den darauf folgenden Jahren blieb zwar die Gesamtzahl der positiven HIV-Tests relativ stabil, doch verbargen sich dahinter gegenläufige Tendenzen: Die HIV-Diagnosen bei den MSM nahmen zwischen 2004 und 2008 von 175 auf 335 zu – bei Heterosexuellen hingegen von 445 auf 355 ab. Der Anteil Frauen an den positiven HIV-Tests pendelte zwischen 2000 und 2003 um 40% und nahm dann ebenfalls kontinuierlich ab (auf 27% im Jahr 2009).

Im Jahr 2009 wurden zum ersten Mal auch bei den MSM wieder weniger HIV-Diagnosen gestellt, was zusammen mit den weiterhin rückläufigen Trends in den anderen Gruppen zu einem relativen Rückgang gegenüber dem Vorjahr von gesamthaft 17% führte.

Der Anteil von HIV-Diagnosen, die nicht durch sexuelle Kontakte oder Drogeninjektion verursacht wurden, sondern beispielsweise durch Transfusion von infiziertem Blut oder bei der Geburt von der Mutter aufs Kind, schwankt zwischen 1,5% und 2,8%. Ein grosser Teil der HIV-Infektionen bei Neugeborenen in der Schweiz wird vom Nationalen Zentrum für Retroviren (NZR) untersucht. Nach dessen Statistik nahm der Anteil der Kinder, die bei der Geburt infiziert wurden, nach Mitte der 1990er Jahre auf unter 5% ab, und in den Jahren 2004–2006 wurde kein einziges vom NZR untersuchtes Kind einer HIV-positiven Mutter infiziert. Dies war wahrscheinlich Folge häufigerer HIV-Testung von Schwangeren und der dadurch ermöglichten medizinischen Massnahmen zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung (antiretrovirale Therapie, Kaiserschnitt).

Während sich unter den MSM mit neuer HIV-Diagnose viele Schweizer befinden (deren Anteil betrug 60% in den Jahren 2008/2009), sind unter den Heterosexuellen mit neuer HIV-Diagnose lediglich 35% Schweizerinnen und Schweizer: Über ein Drittel der Diagnosen mit heterosexuellem Ansteckungsweg betrifft Personen, die gemäss UNAIDS-Angaben aus einem Land mit generalisierter HIV-Epidemie stammen.¹⁹

¹⁹ Für die Schweiz sind dies vornehmlich einige Länder südlich der Sahara, zudem werden in der Schweiz bei Personen aus Ländern in der Karibik, die gemäss Angaben von UNAIDS ebenfalls als HIV-Hochprävalenzländer gelten, in kleinen Anzahlen, aber regelmässig HIV-Infektionen diagnostiziert. Seit dem Jahr 2000 waren es insgesamt 47 Fälle, darunter 18 bei Personen aus der Dominikanischen Republik, 14 aus Kuba und 10 aus Haiti. (UNAIDS et al. [2009] 2009 AIDS epidemic update)

FrISChe und ältere HIV-Infektionen nach Halbjahr und Gruppe (bis 2010.2 hochgerechnet, da Meldestand 30. 9. 2010)

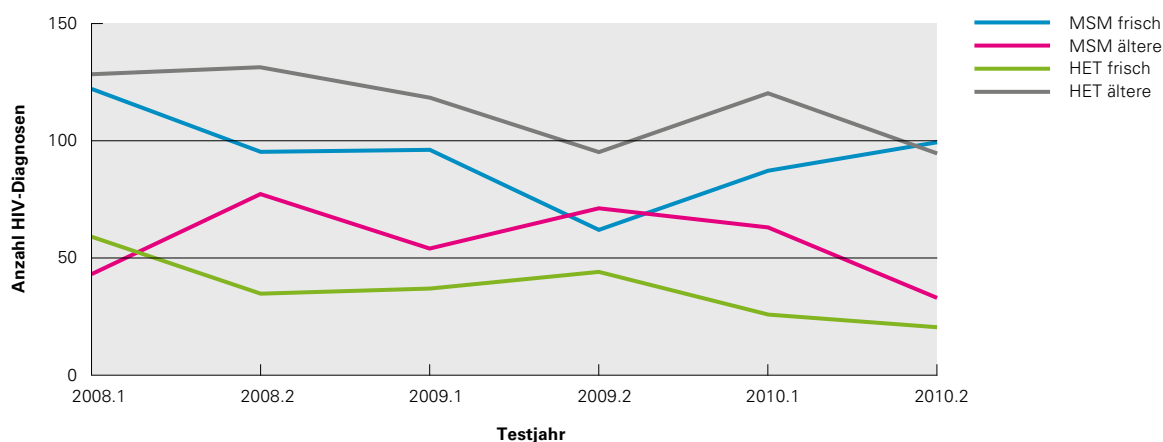


Abbildung 4: Als frISChe bzw. ältere Infektionen klassifizierte HIV-Diagnosen bei MSM und heterosexuellem Ansteckungsweg, 2008, 2009 und 2010 nach Halbjahr.

Zeitpunkt der Diagnosestellung

In den Jahren 2000 bis 2009 erfolgten nur 18% der HIV-Diagnosen in den ersten Monaten nach der Ansteckung, das heisst während oder kurz nach der Primoinfektion, und 28% in einem späten Stadium (13% bereits im Stadium Aids). Primoinfektionen wurden am häufigsten bei MSM diagnostiziert (27%), am wenigsten häufig bei Heterosexuellen (13%). Umgekehrt war ein spätes Stadium in der heterosexuellen Gruppe signifikant häufiger als bei MSM.

Neben der Stadieneinteilung erlaubt seit 2008 auch eine vom Nationalen Zentrum für Retroviren entwickelte Labormethode, frISChe Infektionen von schon länger etablierten Infektionen zu unterscheiden.²⁰ Die Aufschlüsselung dieser Resultate im Zeitverlauf ergibt, dass bei MSM die frISChe Infektionen von 2008 zu 2009 abnahmen, nicht jedoch bei den Fällen mit heterosexuellem Ansteckungsweg (Abbildung 4).

Dies unterstützt die Interpretation, dass es bei den MSM 2009 tatsächlich weniger Infektionen gegeben hat, während der Rückgang in der heterosexuellen Gruppe eher durch Migration von Personen aus Ländern mit generalisierter Epidemie erklärbar ist.

Spättestester

Ein «Spättestester» ist dem Wortsinn nach eine Person, deren HIV-Diagnose erst geraume Zeit nach der Infektion erfolgt. Im Folgenden werden als Spättestester jene HIV-Betroffenen bezeichnet, die erst im fortgeschrittenen Stadium der Immunschwäche (bei CD-4-Werten unter 200/ul) von ihrer Infektion erfahren. Wie oben erwähnt, lag der durchschnittliche Anteil der spät diagnostizierten HIV-Infektionen (gemessen an der Gesamtzahl der Diagnosen) im Durchschnitt der Jahre 2000–2009 bei fast 28%, wobei sich der Anteil in der genannten Zeitspanne reduzierte. Im Jahr 2009 lag er noch bei rund 20%. Dieser Anteil variierte aber je nach Ansteckungsweg und Herkunft der betroffenen Personen (Abbildung 5).

Unter den MSM nahmen die Spättestester deutlich ab (vor allem in der ersten Hälfte der Dekade) – der Anteil lag im Jahr 2009 bei 12%. Auch in der Gruppe der Heterosexuellen nahm der Anteil Spättestester ab, allerdings weniger stark. Bezeichnenderweise war er bei Schweizerinnen und Schweizern sowie Europäerinnen und Europäern höher (28%) als bei Personen aus einem Land mit generalisierter Epidemie (20%).

²⁰ Im InnoLia-Assay, einem dem Westernblot-ähnlichen Verfahren zum Nachweis HIV-spezifischer Antikörper, sind die Bandenintensitäten umso stärker, je älter die Infektion ist. Das Verfahren wurde im Lauf des Jahres 2007 von den HIV-Bestätigungslabors eingeführt, und seit 2008 enthalten fast alle neuen HIV-Diagnosen die Information, ob es sich wahrscheinlich um eine frISChe (d.h. weniger als ca. ein Jahr alte) Infektion handelt (die Sensitivität der Methode beträgt 50%). (Siehe z.B. Fachkommission Labor und Diagnostik von HIV/Aids des BAG FLD [2006] Das schweizerische HIV-Testkonzept – aktualisierte Übersicht über Technisches Konzept und Laborkonzept; Bundesamt für Gesundheit [2010] Neuerungen im HIV-Laborkonzept)

Späte Stadien bei der HIV-Diagnose

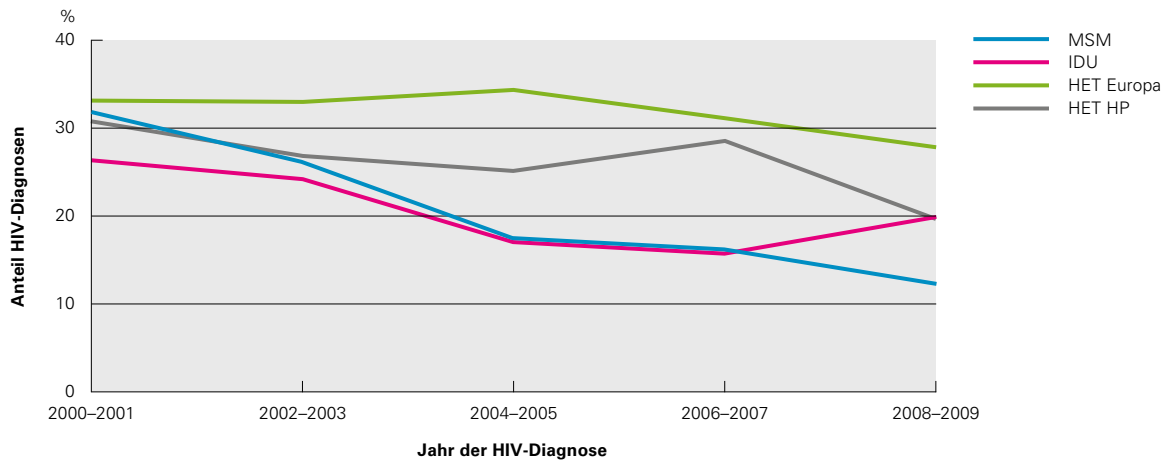


Abbildung 5: Anteil Spättest unter den HIV-Diagnosen 2000–2009 im Zeitverlauf, nach Ansteckungsweg, Herkunftsregion. (HET Europa: Heterosexuelle, die nicht aus einem Land mit generalisierter Epidemie stammen, vor allem EuropäerInnen. HET HP: Heterosexuelle aus einem Land mit generalisierter Epidemie)

Die Quote der Spättest lässt sich auch anhand der neuen Aids-Diagnosen beurteilen. Dabei zeigt sich, dass der Anteil jener Personen, deren HIV-Infektion erst kurz vor der Aids-Diagnose diagnostiziert wurde (maximal zwei Monate davor²¹) bei 30% bis 35% liegt. Demnach wären rund ein Drittel der Aids-Fälle dadurch zu erklären, dass sie nicht durch eine ART verhindert werden konnten, weil die HIV-Infektion nicht rechtzeitig bekannt war.

Ort der Infektion

Im Jahr 2007 wurde für die Ergänzungsmeldung von HIV-Diagnosen ein neues Formular eingeführt, auf dem auch Fragen zum vermutlichen Infektionsort gestellt werden. Dieses ist seit 2008 mehrheitlich in Gebrauch. Von den total 1149 Ergänzungsmeldungen der Jahre 2008 und 2009 enthielten 878 (76%) Angaben über den vermutlichen Infektionsort. Diesen Angaben zufolge fand die Infektion in 40% der Fälle im Ausland statt (sowohl 2008 wie 2009).

Dass die HIV-Infektion vermutlich im Ausland stattfand, wurde signifikant häufiger für HIV-positive Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg geäußert (in 57% der Fälle) als für MSM (23%) und IDU (20%). Bei den Fällen mit vermutlichem Infektionsort in der Schweiz wurden zu 70% noch zusätzliche Angaben gemacht. Danach infizierten sich fast 97% der MSM in urbanem Gebiet, bei den Heterosexuellen waren es 81%.

Sexuell übertragbare Infektionen (STI), die der HIV-Diagnose vorangingen

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte führen bei der HIV-Diagnose eine Anamnese für früher diagnostizierte STI durch.²² Im Zeitraum 2000 bis 2009 wurde auf 14% der Ergänzungsmeldungen die frühere Diagnose von mindestens einer der drei betrachteten STI genannt (insgesamt 5870 Meldungen). Bei 7% war die STI-Diagnose innerhalb der letzten zwei Jahre vor der HIV-Diagnose erfolgt. Je nach Ansteckungsweg waren die Häufigkeiten von Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien unterschiedlich hoch (Abbildung 6). Bei den MSM wurde Syphilis häufiger als Gonorrhoe diagnostiziert.

²¹ Die willkürlich gewählte Anzahl Monate («cut-off») ist für die Ergebnisse unerheblich, da die HIV-Diagnose in fast allen Fällen entweder sehr kurz (2 Monate oder weniger) oder dann gleich viel länger (über ein Jahr) vor der Aids-Diagnose erfolgte. Zu beachten ist, dass die Prozentzahl von Spättestern, die auf den Aids-Diagnosen beruht, nicht direkt mit derjenigen aufgrund der HIV-Meldungen verglichen werden kann, weil sich die Daten auf verschiedene Melde-Gesamtheiten beziehen.

²² Spezifisch gefragt wird nach Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydieninfektionen. Bis zur Fragebogenrevision von 2007 wurde auch nach «anderen» STI gefragt. Im Zeitraum 2000–2007 gab es pro Jahr zwischen 20 und 30 HIV-Ergänzungsmeldungen mit der Nennung «anderer» STI. Am häufigsten wurden Hepatitis B oder C, Herpes genitalis und HPV genannt.

STI-Diagnose höchstens zwei Jahre vor der HIV-Diagnose

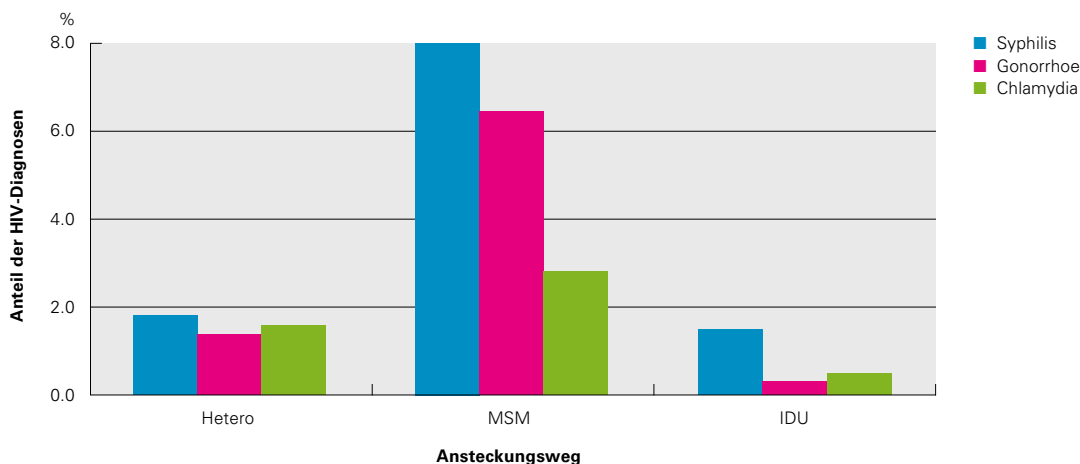


Abbildung 6: Anteil der HIV-Diagnosen 2000–2009 mit positiver Anamnese für Syphilis, Gonorrhoe oder Chlamydien höchstens zwei Jahre vor dem positiven HIV-Test, nach Ansteckungsweg.

4.1.2 HIV IN EUROPA

Die HIV-Epidemie hat sich in allen Ländern Europas²³ ausgebreitet, und zwar, wie in der Schweiz, konzentriert in bestimmten Personengruppen mit erhöhtem Ansteckungsrisiko (MSM, IDU). Welche Gruppen am meisten von HIV betroffen sind, variiert je nach Land. Grosse Unterschiede gibt es auch, was die Gesamtrate von HIV-Diagnosen pro Million Einwohner und Jahr betrifft (Tabelle 1). Praktisch in allen Ländern der Region stieg die Zahl der HIV-Meldungen seit dem Jahr 2000 stetig an.²⁴

Die höchsten Raten neuer HIV-Diagnosen wurden für die Länder in Osteuropa gemeldet (durchschnittlich 179 pro Million Einwohner im Jahr 2008), mehr als doppelt so hoch wie für Westeuropa (72 pro Million) und sogar mehr als zehnmal so hoch wie für Zentraleuropa (15 pro Million). Innerhalb der Regionen gab es zudem grosse Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern: Die höchste Rate in Westeuropa verzeichnete im Jahr 2008 das Vereinigte Königreich (120 pro Million, gegenüber knapp 30 pro Million in Finnland); in Osteuropa registrierten zwei der baltischen Staaten sowie die Ukraine und Moldawien die höchsten Raten (über 400 pro Million in Estland, gegenüber rund 30 pro Million in Litauen). Die Schweiz figuriert mit über 100

HIV-Neudiagnosen pro Million Einwohner (2008) unter den Ländern mit den höchsten Raten in Westeuropa.

Der heterosexuelle Ansteckungsweg dominierte in den meisten Ländern Europas. In Westeuropa liegt das an einem hohen Anteil von Fällen bei Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz, die sich wahrscheinlich im Herkunftsland infiziert hatten.

Ungeschützter Sex zwischen Männern war der dominierende Ansteckungsweg vor allem in Ländern Zentraleuropas und denjenigen Ländern Westeuropas, wo die Fälle bei Personen aus Ländern mit einer generalisierten HIV-Epidemie weniger ins Gewicht fallen. Mit Ausnahme von Georgien soll dieser Ansteckungsweg in den Ländern Osteuropas relativ selten sein oder sogar fast nicht existieren. Es ist anzunehmen, dass dies mindestens teilweise durch die Diskriminierung der Homosexuellen und Homophobie zu erklären ist, die in vielen dieser Länder herrscht und verhindert, dass die Betroffenen den tatsächlichen Ansteckungsweg deklarieren. Vor allem in den Ländern Osteuropas mit hohen Infektionsraten dominierte der Ansteckungsweg über injizierenden Drogenkonsum (IDU).

²³ Die WHO-Region Europa umfasst 53 Länder, von denen 48 Daten über gemeldete HIV-Diagnosen an die ECDC lieferten. Keine oder ungenügende Daten liegen vor für Österreich, Dänemark, Monaco, Russland und die Türkei. In der Tabelle sind 38 der 48 Länder aufgeführt. Für die übrigen waren entweder die absoluten Fallzahlen zu klein (Zypern, Malta, Island, Albanien, Andorra, Mazedonien, Montenegro, Monaco, San Marino), oder die Zahlen standen nicht in geeignetem Format zur Verfügung (Kasachstan).

²⁴ European Centre for Disease Prevention and Control et al. (2009) HIV/AIDS surveillance in Europe 2008

Land	Region	Total HIV-Diagnosen (2005–2008)	Rate pro Million Einwohner (2008)	Ansteckungswege (Anteile in Prozent)			
				MSM	IDU	HET	anderer/ unbekannt
Vereinigtes Königreich	W	30'376	119	34	2	56	8
Portugal	W	6'003	106	15	23	59	3
Schweiz	W	3'028	102	34	7	42	18*
Belgien	W	4'200	101	26	1	36	37
Luxemburg	W	234	97	32	10	53	4
Italien	W	6'617	97	26	9	46	19
Irland	W	1'475	92	22	14	47	16
Niederlande	W	4'608	83	60	1	32	7
Spanien	W	6'035	82	37	12	43	8
Frankreich	W	21'255	64	24	3	42	32
Norwegen	W	1'042	63	30	5	60	5
Israel	W	1'436	55	28	12	51	8
Griechenland	W	2'309	48	44	2	25	28
Schweden	W	1'742	39	26	9	49	16
Deutschland	W	10'748	34	53	5	26	15
Finnland	W	667	29	31	7	45	17
Slowenien	Z	156	24	14	77	10	14
Polen	Z	2'921	21	6	15	9	70
Bulgarien	Z	249	16	12	38	35	14
Serbien	Z	403	16	47	10	26	16
Kroatien	Z	424	15	54	5	33	7
Ungarn	Z	451	14	55	2	15	29
Tschechische Republik	Z	450	14	61	6	29	4
Slowakei	Z	140	10	58	4	29	10
Rumänien	Z	818	8	7	1	55	37
Bosnien und Herzegowina	Z	43	2	23	12	63	2
Estland	O	1'178	406	0	13	0	87
Ukraine	O	53'695	341	0	51	44	4
Moldavien	O	1'526	219	0	24	71	5
Lettland	O	1'306	158	13	87	5	35
Uzbekistan	O	10'594	113	0	56	21	22
Kirgistan	O	1'375	102	36	23	0	59
Weissrussland	O	3'355	91	29	11	0	30
Georgien	O	1'213	81	66	4	2	55
Aserbaidschan	O	1'324	50	37	5	0	64
Tadschikistan	O	1'029	48	20	15	52	28
Armenien	O	386	44	2	36	57	5
Litauen	O	421	28	20	6	59	21

* Bei den Ansteckungsweisen ist der relativ hohe Anteil von unbekannten Ansteckungen in der Schweiz deswegen so hoch, weil die Ergänzungsmeldungen dem BAG (und somit dem ECDC) oft zeitverzögert übermittelt werden.

Tabelle 1: Gemeldete HIV-Diagnosen der Jahre 2005 bis 2008 in Ländern der WHO-Region EURO. Die Länder sind nach Regionen gruppiert (W = West-, Z = Zentral- und O = Osteuropa, Einteilung nach ECDC) und innerhalb der Regionen nach absteigender Rate pro Million Einwohner geordnet. Die Vergleichbarkeit zwischen den Regionen ist aufgrund unterschiedlicher Meldesysteme nicht gegeben. Für jedes Land wurde der dominierende Ansteckungsweg hervorgehoben. Ansteckungswege: MSM = Männer, die Sex mit Männern haben, IDU = Injizierend Drogen Konsumierende

4.2 ANDERE STI: EPIDEMIOLOGIE IN DER SCHWEIZ UND IN EUROPA

4.2.1 MELDEPFLICHTIGE STI IN DER SCHWEIZ

Die Daten zur epidemiologischen Überwachung der STI stammen in der Schweiz hauptsächlich aus dem obligatorischen Meldesystem. Prävalenzstudien liegen nur wenige vor, die zumeist in Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten STI-Risiko durchgeführt wurden. Schätzungen zur Prävalenz der verschiedenen STI sind daher vage, und es ist zu vermuten, dass die Prävalenz in bestimmten Gruppen (Personen mit erhöhtem Ansteckungsrisiko wie z.B. MSM, Sexworkerinnen, Migrantinnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus²⁵) höher ist als in der Gesamtbevölkerung.

Die STI-Überwachung in der Schweiz wurde 2005 einer Evaluation unterzogen, was ab 2006 Anpassungen im Meldesystem zur Folge hatte.²⁶ So sind die anerkannten Labors seither verpflichtet, dem kantonsärztlichen Dienst und dem BAG alle positiven Testresultate auf Chlamydien, Syphilis und Gonorrhoe zu melden. Meldepflichtig sind auch die Hepatitiden B und C, Erstere eine klassische, Letztere eine gelegentlich sexuell übertragbare Infektion. Während die Meldepflicht für Chlamydien und Gonorrhoe seit 1988 besteht, ist die Situation bei Syphilis komplizierter: Von 1988 bis 1998 mussten die Labors positive Syphilis-Tests melden, zwischen 1999 und 2005 hingegen war diese Meldepflicht aufgehoben, sodass für diesen Zeitraum keine Überwachungsdaten vorliegen. Das BAG hat neben dieser Meldepflicht für Labors ab 2006 eine Meldepflicht für die Ärztinnen und Ärzte eingeführt: Bei Syphilis- und Gonorrhoe-Diagnosen müssen sie dem kantonsärztlichen Dienst innerhalb von sieben Tagen eine Ergänzungsmeldung zukommen lassen. Die ärztlichen Ergänzungsmeldungen enthalten Angaben zu den durchgeführten Tests sowie wichtige erregerspezifische Informationen (z.B. Ansteckungsweg oder Krankheitsstadium).

Mit dem Überwachungssystem zum Zeitpunkt der Programmentwicklung (2010) lassen sich Prävalenz und Inzidenz der verschiedenen STI nicht zuverlässig einschätzen, da wichtige Nominatoren unbekannt sind (beispielsweise die Anzahl negativer Tests oder die Gesamtzahl der durchgeführten Tests). Generell ist die Qualität der Meldedaten aufgrund fehlender oder unvollständiger Ergänzungsmeldungen eingeschränkt, was epidemiologische Analysen erschwert.

²⁵ Wolff et al. (2008) Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study

²⁶ Bundesamt für Gesundheit (2008) Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 1988 bis 2006: Aktueller Stand und Ausblick

STI-Diagnose und ärztliches Fachgebiet

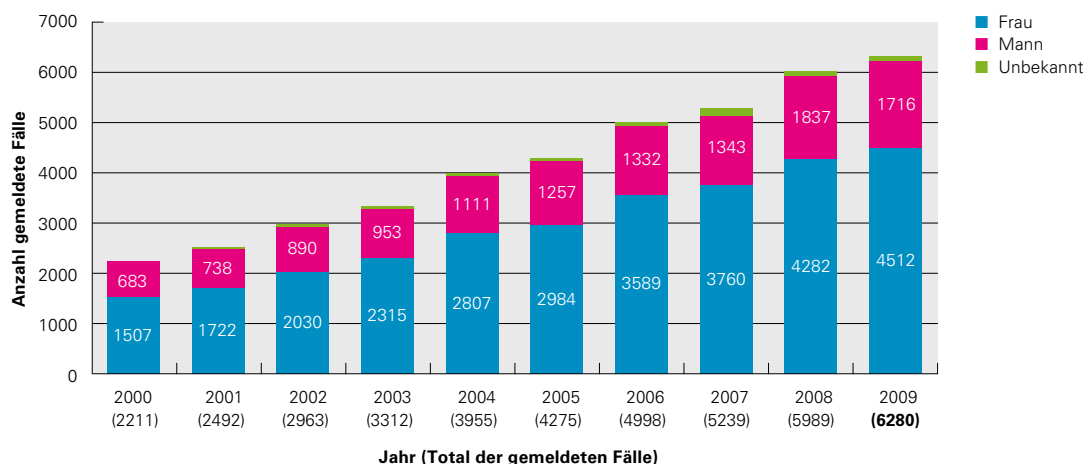
2004 hat das BAG zum ersten Mal erhoben, welche Fachärzte STI-Diagnosen erstellen. Diese Analyse zeigt, dass Chlamydien-Infektionen häufiger im Fachgebiet Gynäkologie diagnostiziert wurden, während Gonorrhoe-Diagnosen eher in der Allgemeinmedizin und in der inneren Medizin gestellt wurden. Weitere Analysen in den Jahren 2007 und 2008 (die auch Syphilis-Diagnosen umfassten) bestätigten diese Beobachtungen:²⁷ Rund 50% der Chlamydien-Infektionen wurden von Gynäkologinnen und Gynäkologen diagnostiziert, während Gonorrhoe- und Syphilis-Fälle eher von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern gemeldet wurden (fast 45% beziehungsweise 32%). Diese Erkenntnisse sind wichtig, um abzuschätzen, wo sinnvollerweise die Präventionsinterventionen (beispielsweise durch Beratung oder Abgabe von Informationsmaterial) verstärkt werden sollen.

Chlamydia trachomatis

Chlamydien-Infektionen werden durch Bakterien (am häufigsten durch *Chlamydia trachomatis*) verursacht und sind die am häufigsten diagnostizierten sexuell übertragbaren Infektionen bakterieller Herkunft. Es gibt jedoch keine genauen Daten für die Inzidenz bzw. Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung der Schweiz. Je nach Alters- und Bevölkerungsgruppe wird der Anteil der sexuell aktiven Personen, die mit Chlamydien infiziert sind, auf 3–10% geschätzt. Die Infektion kann durch oralen, vaginalen und analen Geschlechtsverkehr oder bei der Geburt von der Mutter auf das Neugeborene übertragen werden. Ein erhöhtes Risiko besteht bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einem neuen Partner sowie bei Personen, die mehrere Geschlechtspartner haben. Etwa 70% der Frauen und etwa 25% der Männer mit einer Chlamydien-Infektion haben nur geringfügige oder gar keine Beschwerden. Wenn Beschwerden vorhanden sind, so äussern sich diese vor allem durch Brennen und Schmerzen beim Wasserlassen.²⁸

²⁷ Baillif et al. (2010) Diagnosed bacterial sexually transmitted infections in Switzerland: analysis of notifications data, according to physician specialty and setting. Unveröffentlichtes Papier

²⁸ Krech et al. (2010) Urogenitale Humane Papillomviren und Chlamydien. Epidemiologie bei Schweizer Frauen unter Anwendung neuer Nachweisverfahren
Paget et al. (2002) National laboratory reports of Chlamydia trachomatis seriously underestimate the frequency of genital chlamydial infections among women in Switzerland

***Chlamydia trachomatis*, 2000–2009**Abbildung 7: Meldungen von *Chlamydia trachomatis* 2000 bis 2009, nach Geschlecht.

Eine Chlamydien-Infektion kann mit Antibiotika geheilt werden oder auch spontan ausheilen. Unbehandelte Infektionen können bei Frauen zu Unfruchtbarkeit oder zur Verklebung der Eileiter und in der Folge zu Bauchhöhlenschwangerschaften führen.

Zunahme in den letzten 10 Jahren: Die Zahl der jährlich gemeldeten Chlamydien-Infektionen hat in den letzten zehn Jahren zugenommen.²⁹ 2009 gingen beim BAG 6280 Meldungen ein. Die Verteilung der Fälle nach Geschlecht und Altersgruppe hat sich im Verlauf der Zeit praktisch nicht verändert. Der Frauenanteil beträgt etwa 72% (4512 von 6280, Abbildung 7). Bei den Frauen bezogen sich 2009 rund 87% der Meldungen auf die Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen. Die Infektion scheint besonders häufig bei jungen Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren aufzutreten (Tabelle 2). Bei den Männern betrafen etwa 71% der Meldungen die Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen.

Altersgruppen	2009			
	Mann	%	Frau	%
0–14	19	1	39	1
15–19	85	5	841	19
20–24	377	22	1608	36
25–29	373	22	991	22
30–34	267	15	482	11
35–39	203	12	244	5
40–44	170	10	151	3
≥45	219	13	146	3
Unbek.	3	0	10	0
Total	1716	100	4512	100

Tabelle 2: Meldungen von *Chlamydia trachomatis* 2009, nach Altersgruppen und Geschlecht.

²⁹ Bundesamt für Gesundheit (2009) Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 2006 bis 2008

Gonorrhoe – *Neisseria gonorrhoeae*

Gonorrhoe (auch Tripper genannt) wird durch das Bakterium *Neisseria gonorrhoeae* verursacht. Die Infektion kann durch oralen, vaginalen und analen Geschlechtsverkehr sowie bei der Geburt von der Mutter auf das Neugeborene übertragen werden. Bei homosexuellen und bisexuellen Männern, bei Personen mit mehreren Geschlechtspartnern und im Bereich der Prostitution ist die Krankheit weiter verbreitet als in der übrigen Bevölkerung.

Asymptomatische Infektionen sind wesentlich seltener als bei Chlamydien.³⁰ Die bakteriellen Erreger, auch unter dem Namen Gonokokken bekannt, verursachen am Ort der Infektion eine Entzündung der Schleimhäute. Meist treten 2–7 Tage nach einer Infektion die ersten Symptome auf. Beim Mann kommt es zuerst zu einer Rötung und einer Schwellung an der Harnröhrenmündung mit Schmerzen beim Urinieren und einem eitrigen Ausfluss (daher der Name Tripper von «in Tropfen herabfallen»). Unbehandelt greift die Infektion auf Prostata und Nebenhoden über. Auch bei der Frau kann es zu eitrigem Ausfluss, Harndrang und schmerzhaftem Wasserlösen kommen, eventuell ist auch der Geschlechtsverkehr schmerzhaft. Häufiger bei der Frau als beim Mann verläuft die Infektion ohne oder mit mildereren Symptomen und wird deshalb lange nicht bemerkt. Je nach Sexualpraktik können auch Infektionen im Mund- oder Rachenraum sowie im Analbereich auftreten, hier als Rötung und Reizung.

Heilung bringt eine Antibiotikatherapie. Unfruchtbarkeit kann eine (seltene) Spätfolge einer unbehandelten Gonorrhoe bei beiden Geschlechtern sein. Weitere seltene Komplikationen sind Entzündungen an Gelenken, Haut und Bindehaut. Kinder infizierter Mütter können sich während der Geburt anstecken, was zu einer eitrigem Bindehautentzündung beim Neugeborenen führt.

Gonorrhoe-Meldungen: Die Zahl der Gonorrhoe-Meldungen blieb 2009 auf hohem Niveau stabil. Die Verteilung der Fälle nach Geschlecht hat sich praktisch nicht verändert, der Männeranteil beträgt über 80% (785 von 963) (Tabelle 3). Hingegen zeigt sich in der Verteilung der Fälle nach Altersgruppe eine Veränderung gegenüber den Vorjahren (Abbildung 8). Werden beide Geschlechter zusammen betrachtet, ist die Zahl der Gonorrhoe-Fälle in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen am höchsten (während bis 2008 die meisten Diagnosen bei den 25- bis 29-Jährigen gestellt wurden). Die am meisten betroffene Altersgruppe ist somit dieselbe wie bei den Chlamydien-Infektionen.

Exposition und Risikofaktoren (Daten 2009): Bei rund 90% der von den Labors gemeldeten Gonorrhoe-Fälle ging 2009 eine ärztliche Ergänzungsmeldung ein. Die folgenden Resultate beziehen sich auf die Arztmeldungen (894 von 963 Fällen, siehe Total bestätigte Fälle, Tabelle 3).

In Bezug auf die sexuelle Präferenz und die Art der Beziehung führen 37% der Männer die Infektion auf eine heterosexuelle Beziehung und 25% auf eine homosexuelle Beziehung zurück; in Gelegenheitsbeziehungen trat die Infektion häufiger auf (36%) als in einer festen Beziehung (19%). Als Ansteckungsort wird häufiger die Schweiz (47%) als das Ausland (13%) gemeldet. Fast 15% der Männer geben an, bereits eine STI durchgemacht zu haben.

Bei den Frauen erfolgte die Exposition in 26% der Fälle in einer festen Beziehung und in 13% der Fälle in einer Gelegenheitsbeziehung. Wie bei den Männern liegt der Ansteckungsort häufiger in der Schweiz (44%) als im Ausland (11%). 9% der Frauen haben nach eigenen Angaben bereits eine STI durchgemacht.

³⁰ Bundesamt für Gesundheit (2009) Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 2006 bis 2008

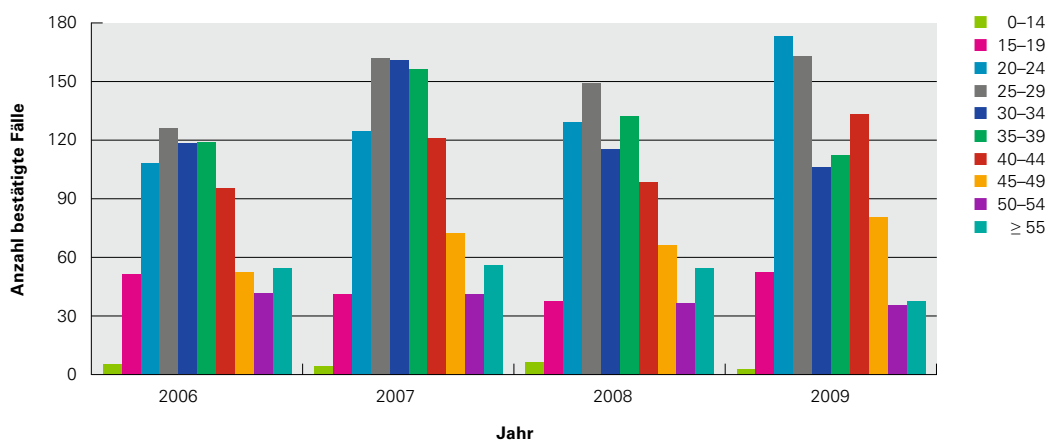
Gonorrhoe 2006–2009 (Total beide Geschlechter)

Abbildung 8: Bestätigte Gonorrhoe-Fälle 2006 bis 2009, nach Altersgruppen.

	2009			
	Mann	%	Frau	%
Sexuelle Präferenz				
Heterosexuell	268	37	90	56
Homosexuell	180	25	2	1
Bisexuell	14	2	2	1
Keine Angaben	270	36	68	42
Total bestätigte Fälle	732	100	162	100
Alle gemeldeten Fälle	785		178	
Art der Beziehung				
Feste Beziehung	141	19	43	26
Gelegenheitsbeziehung	264	36	22	13
Mit SexworkerIn	40	6	1	1
Mit zahlendem Kunden	2	0	1	1
Unbekannt	91	12	12	7
Keine Angaben	194	27	84	52
Total bestätigte Fälle	732	100	163	100
Expositionsort				
Schweiz	344	47	72	44
Ausland	99	13	18	11
Unbekannt/keine Angaben	289	40	72	45
Total bestätigte Fälle	732	100	162	100

Tabelle 3: Bestätigte Gonorrhoe-Fälle 2009, nach Exposition und Risikofaktoren.

Syphilis – *Treponema pallidum*

Syphilis wird durch das Bakterium *Treponema pallidum* verursacht. Die Infektion wird während des Primär-, Sekundär- und frühen Latenz-Stadiums durch den direkten Kontakt mit Haut- oder Schleimhautläsionen übertragen, die hauptsächlich im genito-analen Bereich, aber auch in der Mundhöhle auftreten können. Ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht vor allem bei Männern, die Sex mit Männern haben, bei Personen mit mehreren wechselnden Sexualpartnern und im Bereich der Prostitution. Während der Schwangerschaft und bei der Geburt kann die Infektion von der Mutter auf das Kind übertragen werden (kongenitale Syphilis). Deshalb besteht für schwangere Frauen entsprechend den Empfehlungen der WHO ein Screening. Ausserdem ist in bestimmten Stadien auch eine Übertragung durch Bluttransfusionen möglich.

Syphilis tritt unbehandelt in vier verschiedenen Stadien auf:

Primäre Syphilis: Erste Zeichen und Symptome können im Zeitraum von 5–21 Tagen bis zu 3 Monaten nach der Ansteckung auftreten als rote Flecken an der Eintrittspforte des Erregers (Penis, After, Scheide, Rachen oder andere Körperstellen). Diese Flecken entwickeln sich zu Geschwüren. Die Symptome des ersten Stadiums können unentdeckt bleiben und verschwinden in der Regel auch ohne Behandlung wieder. Die Krankheit und deren Übertragbarkeit bleiben aber bestehen.

Sekundäre Syphilis: Das zweite Stadium schliesst sich mehr oder weniger an das erste an und ist durch einen meist nicht juckenden Hautausschlag charakterisiert. Dieser verschwindet ebenfalls ohne Behandlung.

Latente Syphilis: Es folgt eine monate- bis jahrelange Phase, in der die Krankheit fortschreitet, ohne dass Symptome auftreten. Sie führt insbesondere zu Schädigungen des Nervensystems. Dieses Latenzstadium wird unterteilt in ein frühes (<1 Jahr) und ein spätes Latenzstadium (>1 Jahr). Personen im frühen Latenzstadium können noch sporadisch auftretende Läsionen von Haut und Schleimhaut aufweisen und sind dadurch potenziell noch ansteckend.

Tertiäre Syphilis: Eine Syphilis kann sich in diesem Stadium als bleibende Schädigung von Herz, Gehirn, Knochen, Haut und anderen Organen manifestieren. Im Fall einer Neurosyphilis im Tertiärstadium kommt es zu fortschreitendem Abbau von Nervengewebe im Gehirn oder Rückenmark. Mögliche Folgen des Gewebsuntergangs im Gehirn sind Wesensveränderungen bis hin zur Demenz.

Kongenitale Syphilis: Eine angeborene Syphilis kann Missbildungen und schwere andere Probleme – beispielsweise Entzündungen oder Blindheit – beim Kind hervorrufen.

Syphilis-Meldungen: Die Qualität der Daten, die zur Syphilis verfügbar sind, ist weniger gut als bei den oben erwähnten STI, weil viele Ergänzungsmeldungen fehlen oder nur unvollständig ausgefüllt sind. Allgemein gehen zu weniger als der Hälfte der Syphilis-Diagnosen Ergänzungsmeldungen ein. Die unzureichende Repräsentativität der Meldedaten schränkt die Aussagekraft der Analysen ein.

Nachdem die Zahl der Syphilis-Meldungen im Zeitraum 2006–2008 mehr oder weniger stabil war, ist 2009 eine Zunahme der Gesamtzahl der eingegangenen Meldungen sowie der Zahl der bestätigten Fälle zu beobachten. Die Verteilung der Fälle nach Geschlecht hat sich seit 2006 praktisch nicht verändert. So lag der Männeranteil 2009 bei über 80% (273 von 336, Tabelle 4).

Exposition und Risikofaktoren (Daten 2009): Diese Resultate beziehen sich auf die bestätigten Fälle im Jahr 2009, das heisst auf knapp 42% (336 von 804) aller gemeldeten Fälle (Abbildung 9, Tabellen 5 und 6).

In Bezug auf die sexuelle Präferenz und die Art der Beziehung führen 58% der Männer die Infektion auf eine homosexuelle Beziehung und 29% auf eine heterosexuelle Beziehung zurück. 44% schreiben sie einer Gelegenheitsbeziehung und 29% einer festen Beziehung zu. Als Ansteckungsort wird häufiger die Schweiz (54%) als das Ausland (18%) gemeldet. Rund 78% der bestätigten Fälle bei Männern befinden sich in einem infektiösen Stadium (Primär-, Sekundär- oder frühes Latenzstadium).

Was die sexuelle Präferenz und die Art der Beziehung angeht, führen 86% der Frauen die Infektion auf eine heterosexuelle Beziehung zurück, während 3% eine homosexuelle Beziehung angeben. Die Infektion erfolgte in 51% der Fälle in einer festen Beziehung, in 16% der Fälle in einer Gelegenheitsbeziehung und in 5% der Fälle im Rahmen der Prostitution. Zu 28% der Fälle liegen keine Daten vor. Wie bei den Männern liegt der Ansteckungsort häufiger in der Schweiz (48%) als im Ausland (25%). Rund 56% der bestätigten Fälle bei Frauen befinden sich in einem infektiösen Stadium (Primär-, Sekundär- oder frühes Latenzstadium).

Anzahl Fälle (beide Geschlechter)	2009 n = 804			
	Mann	%	Frau	%
Alle gemeldeten Fälle*	576		228	
Bestätigte Fälle**	273	47	63	28

* Alle für das entsprechende Jahr gemeldeten Fälle

** Bestätigter Fall: Labormeldung und dazugehörige Ergänzungsmeldung mit entsprechenden klinischen Informationen

Tabelle 4: Anzahl Syphilis-Meldungen, 2006 bis 2009.

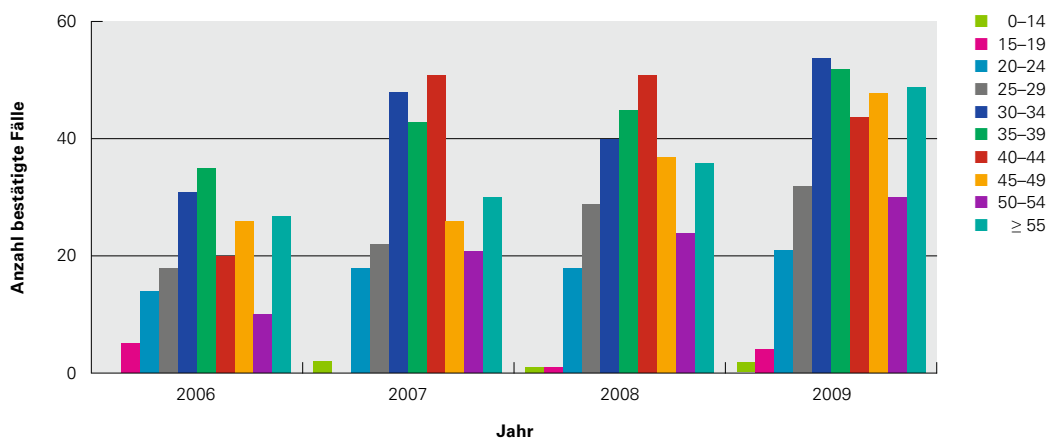
Syphilis, 2006–2009 (Total beide Geschlechter)

Abbildung 9: Bestätigte Syphilis-Fälle 2006 bis 2009, nach Altersgruppe.

	2009			
	Mann	%	Frau	%
Sexuelle Präferenz				
Heterosexuell	79	29	54	86
Homosexuell	159	58	2	3
Bisexuell	9	3	0	0
Keine Angaben	26	10	7	11
Total bestätigte Fälle	273	100	63	100
Art der Beziehung				
Feste Beziehung	79	29	32	51
Gelegenheitsbeziehung	121	44	10	16
Mit SexworkerIn	9	3	1	2
Mit zahlendem Kunden	2	1	2	3
Unbekannt/keine Angaben	62	23	18	28
Total bestätigte Fälle	273	100	63	100
Expositionsort				
Schweiz	146	54	30	48
Ausland	50	18	16	25
Schweiz und Ausland	4	1	0	0
Unbekannt/keine Angaben	73	27	17	27
Total bestätigte Fälle	273	100	63	100

Tabelle 5: Bestätigte Syphilis-Fälle 2009, nach Exposition und Risikofaktoren.

	2009			
	Mann	%	Frau	%
Stadium				
Primär	118	43	14	22
Sekundär	78	29	13	21
Frühe Latenz (<1 Jahr)	16	6	8	13
Späte Latenz (>1 Jahr)	10	4	5	8
Unbekannte Latenzzeit	17	6	6	10
Tertiär	10	4	2	3
Kongenital	3	1	2	3
Unbekannte	4	1	6	9
Keine Angaben	17	6	7	11
Total bestätigte Fälle	273	100	63	100

Tabelle 6: Bestätigte Syphilis-Fälle 2009, nach Infektionsstadium.

Hepatitis B

Hepatitis B ist eine infektiöse Leberentzündung, die durch das Hepatitis-B-Virus (HBV) ausgelöst wird. Dieses wird durch Kontakt mit Körperflüssigkeiten (insbesondere Blut und Genitalsekrete) infizierter Personen, und zwar beim Geschlechtsverkehr und beim gemeinsamen Gebrauch von Injektionsspritzen, aber auch bei kleinsten Verletzungen der Haut oder über die Schleimhaut leicht übertragen. Infizierte Mütter können die Krankheit während der Geburt auf ihre Kinder übertragen.

Der klinische Verlauf ist sehr unterschiedlich. Bei zirka einem Drittel der Patienten verläuft die Krankheit ohne Symptome, wird also gar nicht bemerkt. Beim klassischen Bild der Hepatitis B zeigen sich 45 bis 180 Tage nach der Infektion unspezifische Allgemeinsymptome wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, bisweilen auch Gelenkschmerzen, Fieber und ein Hautausschlag. Nicht immer kommt es zu einer Gelbsucht. Meist heilt eine akute Hepatitis B vollständig aus. Unter 1 % der Erkrankten sterben daran. Bei zirka 5–10 % der Personen, die sich als Erwachsene angesteckt haben und bei 90 % der Säuglinge, die während der Geburt infiziert wurden, entwickelt sich jedoch eine chronische Hepatitis B. Diese kann zu einer Leberzirrhose oder zu Leberkrebs führen. Eine chronische Infektion kann mit antiretroviralen Medikamenten therapiert werden. Zur Vorbeugung gegen Hepatitis B wird die Impfung für alle Jugendlichen und für bestimmte Risikogruppen empfohlen. Safer Sex, kein Spriztentausch und der Verzicht auf Tätowierungen in Ländern mit hohem Durchseuchungsgrad vermindern das Risiko einer Erkrankung ebenfalls.

Akute Hepatitis-B-Meldungen: Die Zahl der akuten Hepatitis-B-Meldungen verharrt in den letzten fünf Jahren der Auswertung (2003–2007) auf tiefem Niveau. Die Verteilung der Fälle nach Geschlecht hat sich im Verlauf der Zeit praktisch nicht verändert: Männer sind weitaus stärker von Hepatitis B betroffen, ihr Anteil beträgt etwa 75 % (376 von 500 Fällen in der Zeitspanne von 2003–2007, siehe Abbildung 10). In der Verteilung der Fälle nach Altersgruppen zeigt sich, dass fast die Hälfte aller akuten Hepatitis-B-Meldungen (46 %) Personen im Alter von 40 Jahren und älter betreffen. Hingegen waren Meldungen bei jungen Altersgruppen eher selten (siehe Abbildung 11).³¹

³¹ Diese Entwicklung spiegelt auch die Einführung der Impfpflicht für Adoleszente: zwischen 1998 und 2002 wurde in allen Kantonen mit der generellen Hepatitis-B-Impfung von Adoleszenten im Alter von 11–15 Jahren begonnen. Siehe auch: Bundesamt für Gesundheit (2004) Hepatitis-B-Impfung von Adoleszenten in der Schweiz: Grosser Einfluss auf die Krankheitsinzidenz in dieser Altersgruppe.

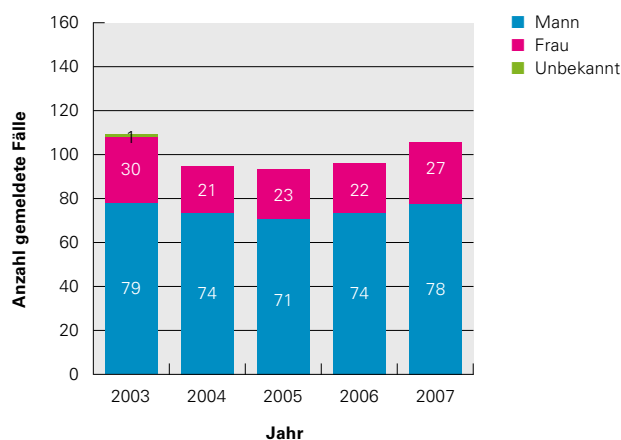
Akute Hepatitis B, 2003–2007

Abbildung 10: Meldungen von akuter Hepatitis B, 2003 bis 2007, nach Geschlecht.

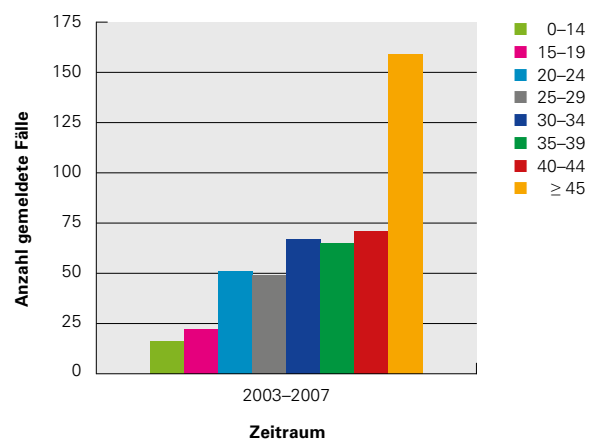
Akute Hepatitis B, 2003–2007 (Total beide Geschlechter)

Abbildung 11: Meldungen von akuter Hepatitis B, 2003 bis 2007, nach Altersgruppen für beide Geschlechter.

Art der Exposition

Der Anteil der akuten Hepatitis-B-Infektionen, die sexuell übertragen wurden, liegt in der Zeitspanne von 2003–2007 bei 45%. In Bezug auf die sexuelle Präferenz entfällt für diese Periode ein gutes Drittel der akuten Infektionen auf homo- respektive bisexuelle Menschen, die restlichen zwei Drittel passierten in einer heterosexuellen Beziehung. Praktisch keine Infektionen sind auf Exposition bei respektive als SexworkerInnen zu verzeichnen (Tabelle 7).

Exposition	2003–2007					
	Mann		Frau		Total	
	n	%	n	%	n	% (total)
Heterosexuell	86	66	44	34	130	66
Homo-, bisexuell	63	98	1	2	64	32
Mit SexworkerIn	0	0	1	0	1	1
Als SexworkerIn	1	100	0	0	1	1
Total	150	76	46	23	196	100

Übertragen durch Sexualkontakte	174	79	47	21	221	45
---------------------------------	-----	----	----	----	-----	----

Tabelle 7: Art der Exposition, Hepatitis B.

Hepatitis C

Hepatitis C ist ebenfalls eine infektiöse Leberentzündung, die durch das Hepatitis-C-Virus (HCV) ausgelöst wird. Da der Krankheitserreger in erster Linie durch Blut einer infizierten Person übertragen wird, besteht die Gefahr einer Infektion vor allem beim gemeinsamen Gebrauch von Injektionsspritzen, bei medizinischen Eingriffen mit ungenügend sterilisierten Instrumenten, bei Tätowierungen und Piercings mit unsterilen Instrumenten oder bei Verletzungen mit diesen. Auch Bluttransfusionen in Ländern, in denen das Spenderblut nicht auf Antikörper getestet wird, sind eine mögliche Infektionsquelle. Sexuelle Übertragungen des Virus sind möglich. Am meisten Anlass zu Besorgnis gibt das HCV bei den IDU: 60 bis 80% der Fälle sind auf intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen. Fachleute weisen darauf hin, dass der Zugang zur Behandlung noch ungenügend ist.³²

Der klinische Verlauf ist sehr unterschiedlich. Häufig verläuft die Infektion ohne Symptome, wird also gar nicht bemerkt. Bei anderen Betroffenen zeigen sich 6–9 Wochen (bis 6 Monate) nach der Infektion Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und manchmal Gelenkschmerzen, Fieber sowie ein Hautausschlag. Bei 5–10% der Infizierten kommt es zu einer Gelbsucht mit Gelbfärbung von Haut, Schleimhaut und Augen, dunklem Urin und hellem Stuhl. Bei 20–30% der Erkrankten heilt eine akute Hepatitis C vollständig aus. Bei zirka 70–80% entwickelt sich jedoch eine chronische Infektion mit dem Risiko, eine Leberzirrhose oder einen Leberkrebs zu entwickeln. Eine Impfung gegen Hepatitis C gibt es nicht.

Akute Hepatitis-C-Meldungen: Die Zahl der akuten Hepatitis-C-Meldungen nimmt seit 2004 kontinuierlich ab. Der Männeranteil ist konstant hoch und beträgt etwa 66% (178 von 268 Fällen in der Zeitspanne von 2004–2007, siehe Abbildung 12). In der Verteilung der Fälle nach Altersgruppen zeigt sich eine starke Häufung von akuten Hepatitis-C-Infektionen vor allem in den Altersgruppen der 20- bis 34-Jährigen und der über 45-Jährigen (siehe Abbildung 13).

³² Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

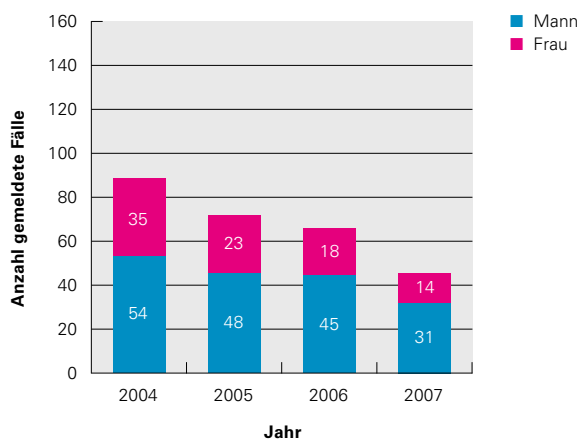
Akute Hepatitis C, 2004–2007

Abbildung 12: Meldungen von akuter Hepatitis C, 2004 bis 2007, nach Geschlecht.

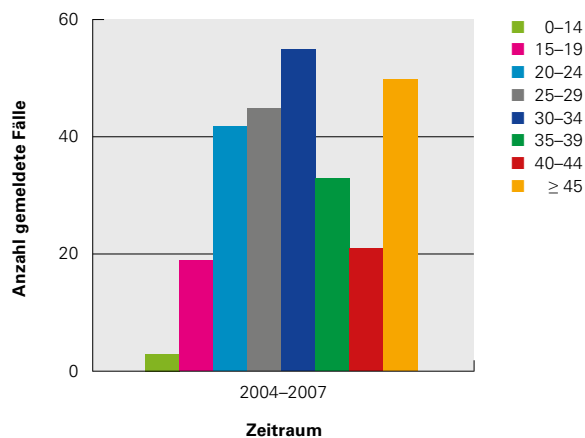
Akute Hepatitis C, 2004–2007 (Total beide Geschlechter)

Abbildung 13: Meldungen von akuter Hepatitis C, 2004 bis 2007, nach Altersgruppen für beide Geschlechter.

Art der Exposition: Eine Übersicht über die Zeitspanne von 1996 bis 2007 zeigt klar, dass akute Hepatitis-C-Fälle vor allem IDU betreffen: Mehr als die Hälfte davon sind auf intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen. Erstaunlich hoch liegt der Anteil der sexuell übertragenen Hepatitis-C-Infektionen, seit 1998 machen diese etwa 20% aus (siehe Tabelle 8).

	2003–2007					
	Mann		Frau		Total	
Exposition	n	%	n	%	n	% (total)
Berufliche Exposition (med. Personal)	3	43	4	57	7	2
Transfusion	1	17	5	83	6	2
Dialyse	6	50	6	50	12	4
IDU	110	68	51	32	161	53
Sexualkontakte	30	52	28	48	58	19
Andere Kontakte	9	64	5	36	14	5
Andere Exposition	15	88	2	12	17	6
Unbekannt (explizit)	22	79	6	21	28	9
Total	196	65	107	35	303	100

Tabelle 8: Art der Exposition, Hepatitis C.

4.2.2 STI IN EUROPA

Generell ist die Anzahl der Neudiagnosen von Chlamydien, Gonorrhoe und Syphilis während der letzten 10 Jahre in mehreren europäischen Ländern deutlich angestiegen. Allerdings unterliegen nicht alle STI in allen europäischen Ländern der Meldepflicht. Kommt hinzu, dass die Überwachungssysteme der verschiedenen Länder Europas unterschiedlich sind, sie basieren unter anderem auf freiwilligen oder obligatorischen Meldungen, auf Meldesystemen der Labors, Meldungen aus Sentinel-Netzwerken, auf Prävalenzstudien und anderen Quellen. Aufgrund der unterschiedlichen Meldesysteme sowie aufgrund der differierenden Diagnostikmethoden sowie der je nach Land unterschiedlichen Gesundheitsdienstleistungen ist ein Vergleich zwischen den Ländern schwierig. Die Inzidenz- und Prävalenzraten der einzelnen Länder sind nicht genau bekannt.

Die letzte Ausgabe des ECDC-Berichts «Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe (2009)»³³ beinhaltet gleichwohl umfassende Informationen über die epidemiologische Situation von STI im Jahr 2007. Dies sind die Schlussfolgerungen aus der Analyse der Daten aus rund 30 Ländern:

- Chlamydien-Infektionen sind die am meisten verbreiteten sexuell übertragbaren Infektionen mit bakteriellem Erreger in Europa. Wie in der Schweiz werden Chlamydien-Infektionen vor allem bei jungen Frauen zwischen 15 und 24 Jahren diagnostiziert.
- Gonorrhoe-Diagnosen betreffen in drei Viertel der Fälle (73%) Männer. Die Anzahl Diagnosen nimmt tendenziell zu bei Männern, die Sex mit Männern haben. Die meisten Diagnosen bei Männern werden zwischen dem 16. und 45. Lebensjahr gestellt, bei den Frauen sind vor allem jene zwischen 15 und 24 Jahren betroffen. Diese Verteilung in Bezug auf Geschlecht und Alter ist (mit leichten Unterschieden) auch in der Schweiz im Zeitraum zwischen 2006 und 2009 beobachtet worden.
- Auch Syphilis wird in rund drei Viertel der Fälle bei Männern diagnostiziert, vor allem in der Altersgruppe zwischen 25 und 44 Jahren. Wie bei den anderen STI ist auch hier die Situation in der Schweiz jener in andern europäischen Ländern ähnlich.

³³ ECDC (EUROPEAN Centre for Disease Prevention and Control) Annual Epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009. www.ecdc.europa.eu

5 VERHALTENSsurveillance: EINE ÜBERSICHT ZU DEN EINZELNEN BEVÖLKERUNGSGRUPPEN



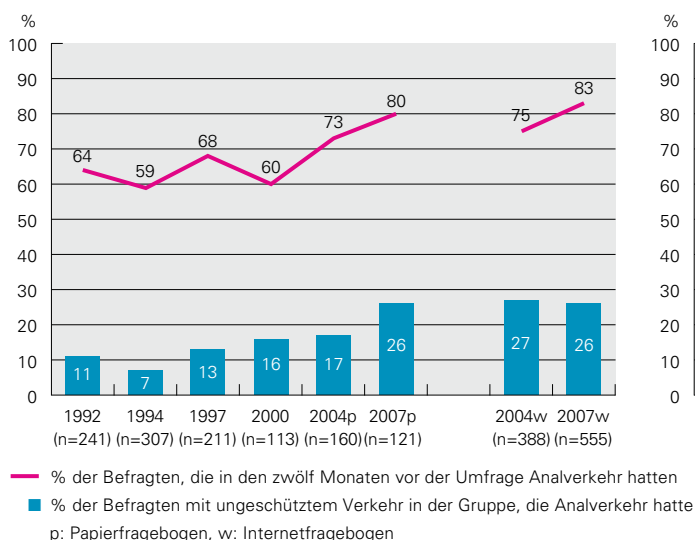
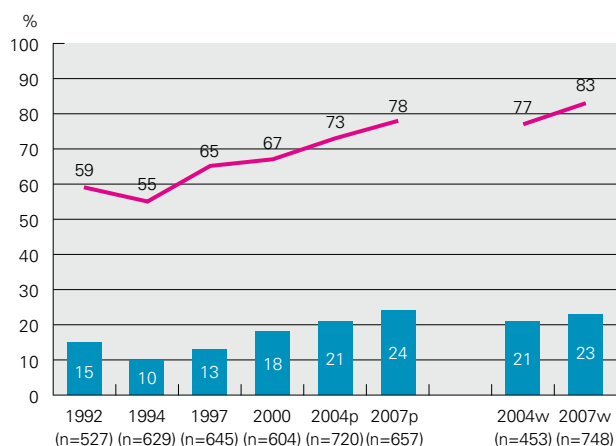
Unter 30 Jahren**Ab 30 Jahren**

Abbildung 1: Anteil der Befragten, die in den vorangegangenen zwölf Monaten mit einem oder mehreren *Gelegenheitspartnern* Analverkehr hatten (in %), und Anteil der Befragten in dieser Gruppe, die ungeschützten Verkehr hatten.

Zusätzlich zur epidemiologischen Überwachung von HIV und anderen STI verfügt die Schweiz über ein Monitoring der Verhaltensweisen in Form eines Überwachungssystems der zweiten Generation (siehe auch Kapitel 14.3 zu Evidenz). Das Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) in Lausanne hat im Auftrag des BAG einen Synthesebericht für den Zeitraum 2004 bis 2008 erstellt.³⁴ Dieser fasst die Analysen, die in den betroffenen Bevölkerungsgruppen durchgeführt wurden, zusammen. Er bietet eine Übersicht des Schutzverhaltens der einzelnen Bevölkerungsgruppen bis ins Jahr 2008 und zeigt Trends auf, die für die künftige HIV- und STI-Arbeit von Bedeutung sind. Das folgende Kapitel gibt einen Überblick zu den wichtigsten Resultaten.

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

Die meisten MSM schützen sich weiterhin wirksam gegen HIV. Doch ist laut IUMSP für die Periode von 2004–2008 ein gewisses Nachlassen des Schutzverhaltens erkennbar.

Schutzverhalten mit Gelegenheitspartnern: Die Zahl der Sexualpartner der MSM ist zwischen 2004 und 2007 stabil geblieben. Allerdings ist seit Mitte der 1990er Jahre ein regelmässiger Anstieg des Anteils der Befragten festzustellen, die beim Analverkehr mit Gelegenheitspartnern nicht konsequent ein Präservativ benutzen: Er erhöhte sich von 8,9% im Jahr 1994 auf 24,2% im Jahr 2007 (im Durchschnitt aller Altersklassen). Zwischen den jungen Befragten (unter 30 Jahren) und den älteren lassen sich keine oder praktisch keine Unterschiede feststellen (Abbildung 1).

Der Gebrauch von Präservativen bei Gelegenheitskontakten wird mehr oder weniger stark davon beeinflusst, was die Befragten von ihrem Partner wissen (oder zu wissen glauben). So ist die Bereitschaft zum ungeschützten Geschlechtsverkehr grösser, wenn man seinen Partner gut kennt oder in ihn verliebt ist. Allgemein scheint das in den Partner gesetzte Vertrauen eine zentrale Determinante für den Umgang mit den Risiken im Kontakt mit Gelegenheitspartnern zu sein. Aus Sicht der Prävention stellt dieses Vertrauen eindeutig einen Risikofaktor dar, da die Partner in einer gelegentlichen Sexualbeziehung zwangsläufig über unvollständige Information verfügen.

³⁴ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

Alle Altersgruppen

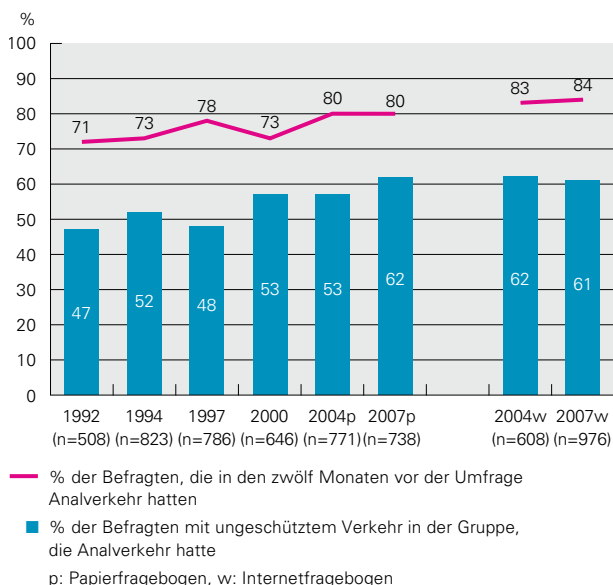


Abbildung 2: Anteil der Befragten, die in den vorangegangenen zwölf Monaten mit ihrem *festen Partner* Analverkehr hatten, und Anteil der Befragten in dieser Gruppe, die ungeschützten Verkehr hatten (in %).

Schutzverhalten in festen Beziehungen: In festen Beziehungen bei MSM ist der Gebrauch von Präservativen seit 2000 rückläufig. Allerdings waren Präservative in diesem Umfeld nie sehr verbreitet, da innerhalb der Partnerschaft andere Möglichkeiten zur Prävention der HIV-Infektion genutzt wurden (HIV-Test zu Beginn der Beziehung, gegenseitige Abmachungen u.a.). Der Anteil der Befragten, die in der festen Partnerschaft nicht systematisch ein Präservativ benutzen, hat sich seit Ende der 1990er Jahre deutlich erhöht: 2007 waren es 62% der Befragten, während es zehn Jahre davor noch 48% waren (Abbildung 2). Ein hoher Prozentsatz der Paare (gegen 40%) ist sich jedoch über den Serostatus des Partners (oder der Partner) nicht im Klaren. Etwa jedes sechste Paar verwendet keine Präservative, obwohl aufgrund der Umstände das Risiko einer HIV-Übertragung besteht. Da sich dieser Anteil im Verlauf der letzten Jahre kaum reduziert hat, stellt die Prävention innerhalb von festen Beziehungen weiterhin eine grosse Herausforderung dar.

Bei den Analysen zur Risikoexposition sind bei den Risikofaktoren – erstmals in der Geschichte der Erhebung – Variablen der sozialen Schichtung berücksichtigt. MSM mit ausländischer Nationalität und MSM ohne nachobligatorische Bildung setzen sich eher einem Übertragungsrisiko aus. Ein schützender Faktor scheint hingegen die Zugehörigkeit zu einer Homosexuellenorganisation zu sein.

Es ist festzustellen, dass die HIV-Infektion stark mit dem Verzicht auf Präservative korreliert, sowohl im Rahmen von Gelegenheitskontakten als auch im Verkehr mit Partnern mit unterschiedlichem oder unbekanntem Serostatus. Diese Feststellung ist nicht neu. Allerdings ist zu betonen, dass die Mehrheit der HIV-positiven MSM mit ihren Sexualpartnern Präservative verwendet. Die meisten MSM, die ungeschützten Analverkehr mit Gelegenheitspartnern hatten, nutzten Alternativstrategien, deren Wirksamkeit weiterhin ungewiss oder gar unbekannt ist.³⁵

Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit generalisierter Epidemie

Hier zeigt sich vor allem Handlungsbedarf bei Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika. Die Zahl der Neuinfektionen bei Personen aus Afrika südlich der Sahara ist noch sehr hoch, vor allem angesichts der Tatsache, dass in der Schweiz nur eine kleine Gruppe aus dieser Region lebt. Eine ganze Reihe von übereinstimmenden Informationen belegt, dass in dieser Gruppe Risikoverhalten besteht. Möglicherweise ist der Zugang zur Prävention unzureichend, dasselbe gilt für den Zugang zum Test.

In Bezug auf die anderen Migrantengruppen weisen die verfügbaren Daten nicht darauf hin, dass grössere Gruppen mit Präventionslücken bestehen (abgesehen von einigen Ländern mit generalisierter Epidemie aus dem karibischen, mittel- und südamerikanischen Raum; siehe auch Kapitel 4.1 zu Epidemiologie HIV). Eine mögliche Ausnahme bilden die Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus.³⁶

Injizierend Drogen konsumierende Menschen (IDU)

Bei den IDU ist die Situation in Bezug auf HIV erfreulicher: Es treten weiterhin nur wenige neue Fälle auf, und der gemeinsame Spritzengebrauch findet selten statt. Die Versorgung mit Injektionsmaterial scheint gut zu sein.

Trotzdem bestehen weiterhin Probleme: Wie die hohe Prävalenz von Abszessen zeigt, ist die Injektionshygiene noch unzureichend, und im Freiheitsentzug werden weiterhin nicht zu unterschätzende Risiken eingegangen. Angaben zur Versorgung mit Injektionsmaterial oder mit Desinfektionsmitteln liegen nicht vor. Am meisten Anlass zu Besorgnis gibt HCV (siehe auch Anhang 15.4 zur Detailübersicht der Public-Health-relevanten STI).³⁷

³⁵ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

³⁶ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

³⁷ Ebenda

Sexworkerinnen und Sexworker

In der Schweiz liegen keine direkten Daten zum Präventivverhalten von Sexworkerinnen vor – ausser sie konsumieren Drogen und werden deshalb von jenem Monitoring erfasst. Die indirekten Daten, die bei Fachpersonen und Freiern erhoben wurden, weisen jedoch übereinstimmend darauf hin, dass in der Regel beim vaginalen und analen Sexualverkehr Präservative benutzt werden. Vulnerable Frauen – etwa solche in Abhängigkeiten, mit illegalem Aufenthaltsstatus oder unter grossem Konkurrenzdruck – schützen sich wahrscheinlich weniger systematisch.

Ein sehr hoher Anteil der weiblichen IDU, die sich prostituieren, schützt sich beim Kontakt mit Freiern; bei den männlichen IDU, die sich prostituieren, ist der Schutz weniger verbreitet.

MSM, die sich prostituieren, setzen sich stärker als die übrigen MSM dem Risiko von STI aus. Die Freier von Sexarbeitern schützen sich häufig beim Analverkehr mit Präservativen, nicht aber beim Oralverkehr (siehe Abbildung 3).³⁸

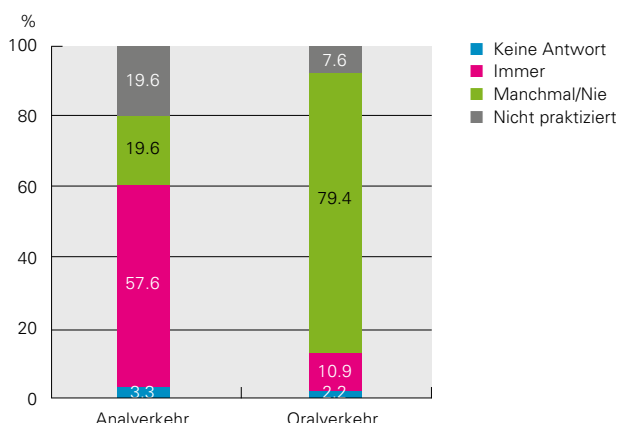


Abbildung 3: Präservativgebrauch beim Geschlechtsverkehr mit Sexarbeitern, Gaysurvey 2007.

Menschen mit HIV/Aids

2008 hatten fast drei Viertel der Personen, die an der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHCS) teilnehmen, in den vorangegangenen sechs Monaten Geschlechtsverkehr mit einem festen Partner. Dieser Anteil hat gegenüber 2007 abgenommen. Der Rückgang lässt sich bei den Männern und bei den Frauen, in allen Übertragungsgruppen und unabhängig vom Status des Partners, feststellen. Bei diesen Personen ist der Anteil jener, die systematisch ein Präservativ benutzen, ebenfalls gesunken: 2007 betrug er 77 %, 2008 waren es noch 72 %.

Bei serodifferenten Paaren war das Schutzverhalten stärker ausgeprägt: 84 % der HIV-positiven Menschen mit einem HIV-negativen festen Partner oder einer solchen Partnerin benutzten systematisch ein Präservativ (siehe Abbildung 4).

Der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der SHCS, die in den vorangegangenen sechs Monaten penetrativen Geschlechtsverkehr mit Gelegenheitspartnern hatten, ist insgesamt stabil geblieben. Auch in dieser Gruppe hat der Anteil der Personen abgenommen, die unter diesen Umständen systematisch ein Präservativ verwenden: Er lag 2008 insgesamt bei 80 % (2007: 85 %). Der Rückgang erfolgte hauptsächlich bei den Männern, und insbesondere bei jenen Männern, die sich bei einem homosexuellen Sexualkontakt infiziert hatten.

Die Daten von GaySurvey 2007 weisen bei den HIV-positiven Befragten ebenfalls darauf hin, dass die Häufigkeit von ungeschütztem Analverkehr mit Gelegenheitspartnern (nicht jedoch mit dem festen Partner) zugenommen hat.³⁹

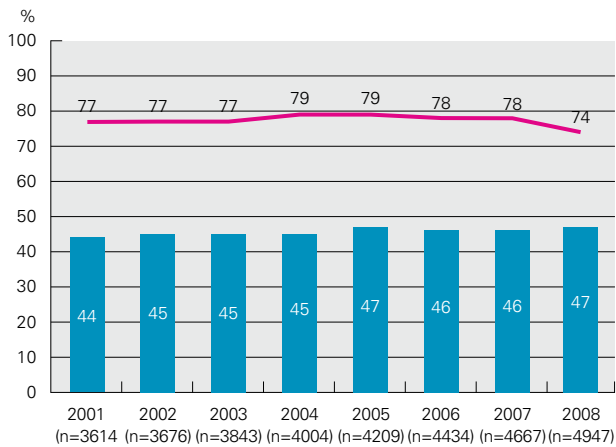
Bei den IDU gaben 2006 7 % der HIV-positiven Personen an, in den vorangegangenen sechs Monaten eine gebrauchte Spritze weitergegeben zu haben (Siehe Abbildung 5).⁴⁰

³⁸ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

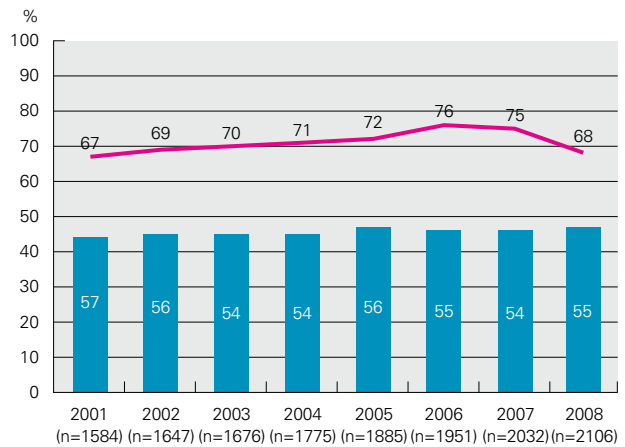
³⁹ Locicero et al. (2010) Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Résultats de Gaysurvey 2009. Raisons de santé 163

⁴⁰ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

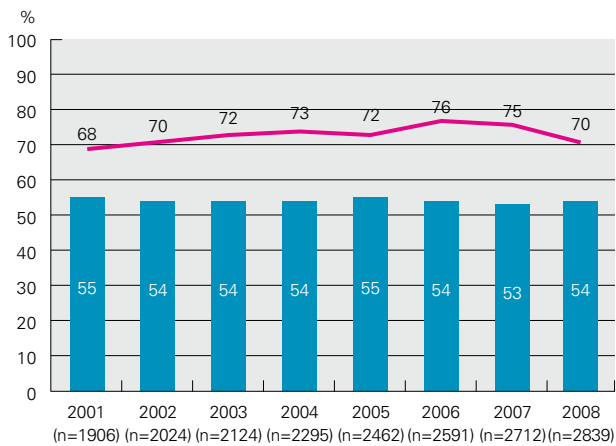
Männer



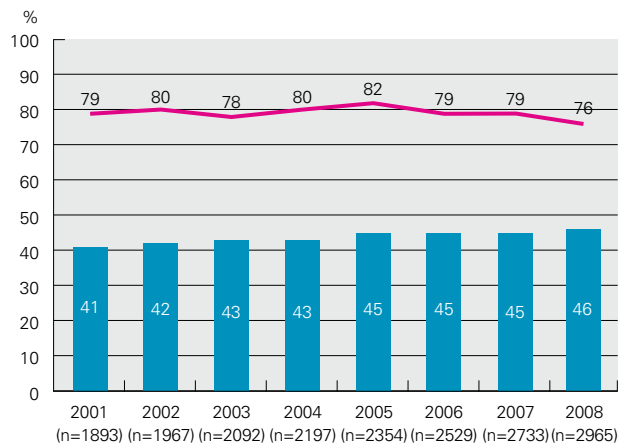
Frauen



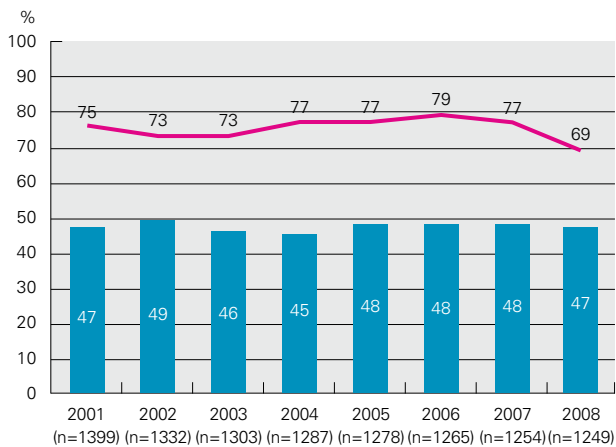
Heterosexuelle



MSM



IDU



Insgesamt

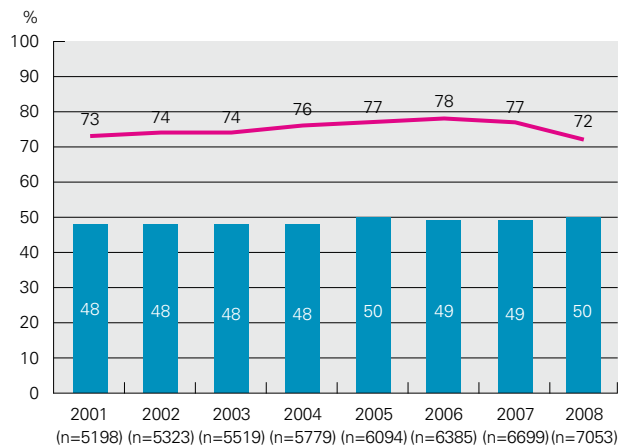
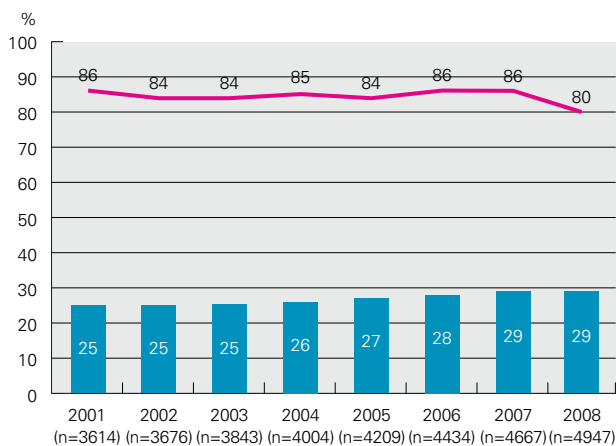
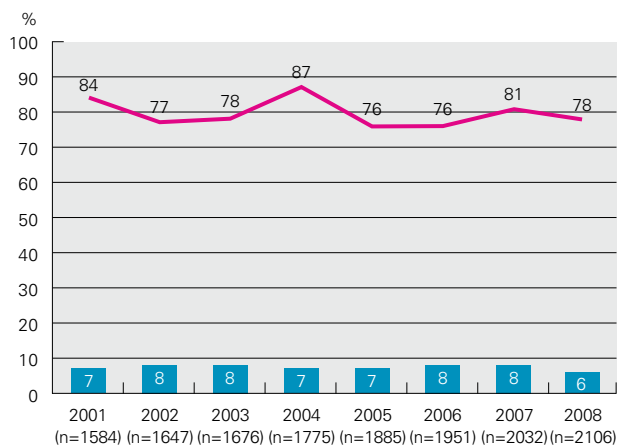


Abbildung 4: Prozentsatz der Patientinnen und Patienten der SHCS, die in den vorangegangenen sechs Monaten Geschlechtsverkehr mit einem festen Partner hatten; nach unterschiedlichen Patientengruppen (blaue Histogramme). Die rote Linie zeigt den systematischen Gebrauch des Präservativs mit diesem Partner.

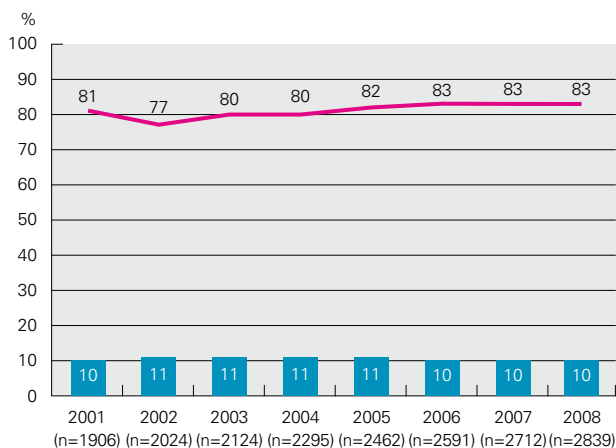
Männer



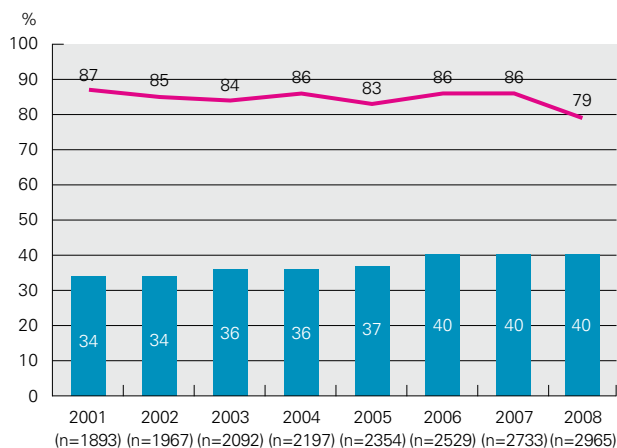
Frauen



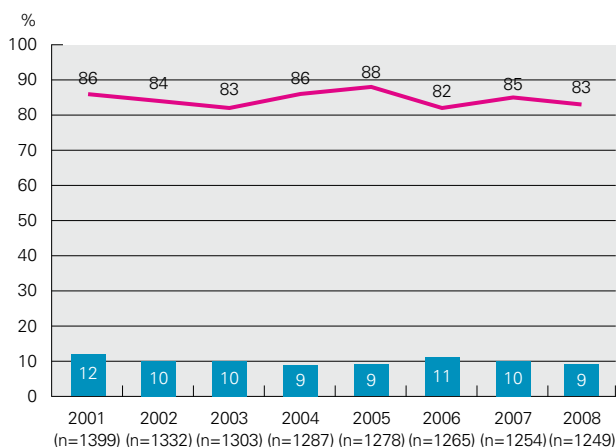
Heterosexuelle



MSM



IDU



Insgesamt

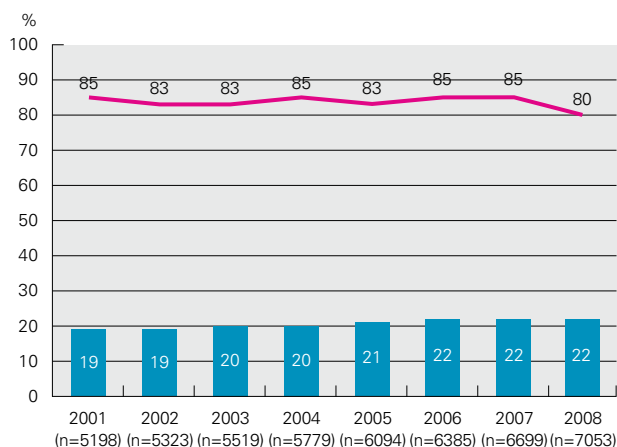
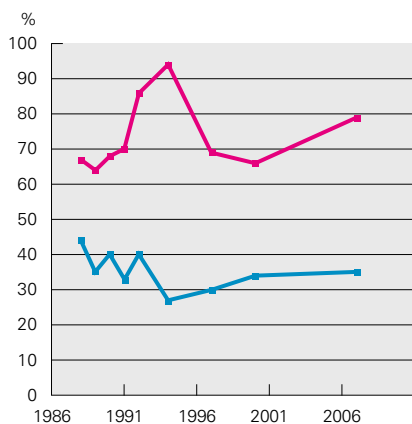
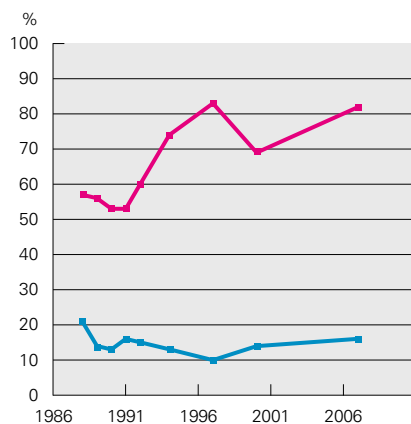


Abbildung 5: Prozentsatz der Patientinnen und Patienten der SHCS, die in den vorangegangenen sechs Monaten Geschlechtsverkehr mit einem oder mehreren Gelegenheitspartnern hatten; nach unterschiedlichen Patientengruppen (blaue Histogramme). Die rote Linie zeigt den systematischen Gebrauch des Präservativs mit diesem Partner.

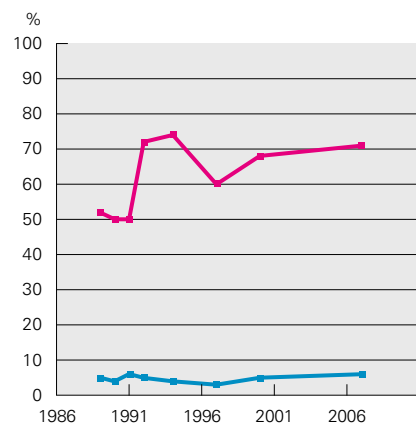
Männer, 17–20 Jahre



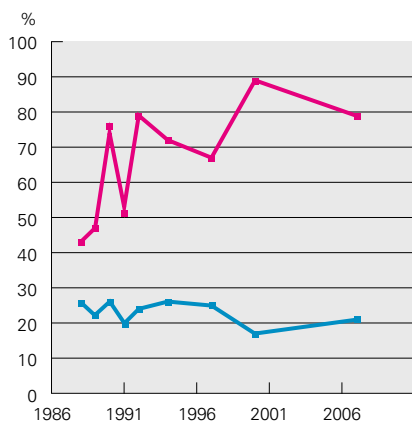
Männer, 21–30 Jahre



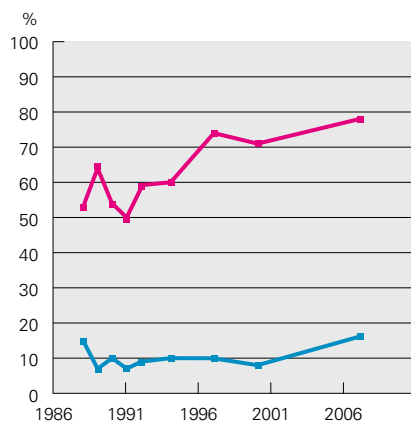
Männer, 31–45 Jahre



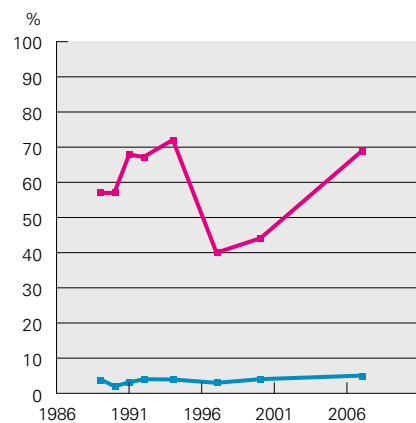
Frauen, 17–20 Jahre



Frauen, 21–30 Jahre



Frauen, 31–45 Jahre

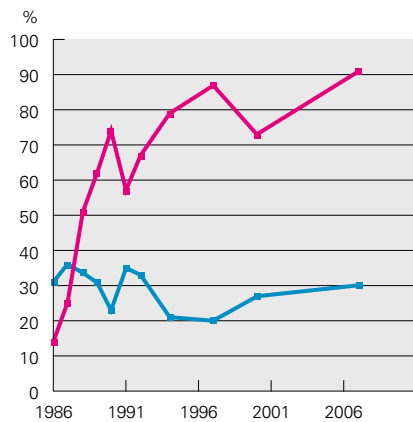
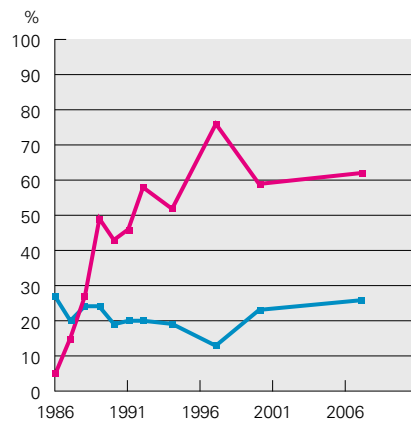
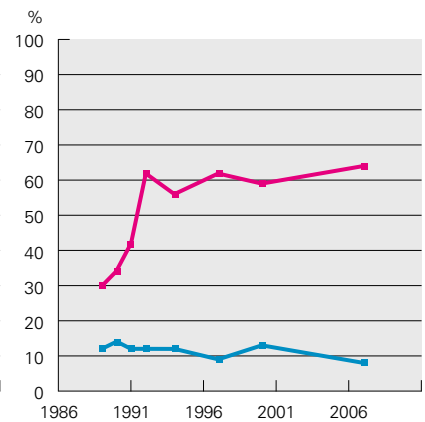
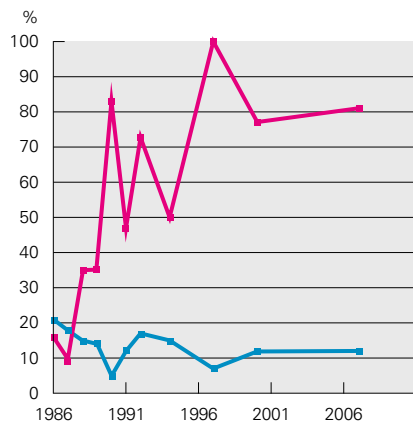
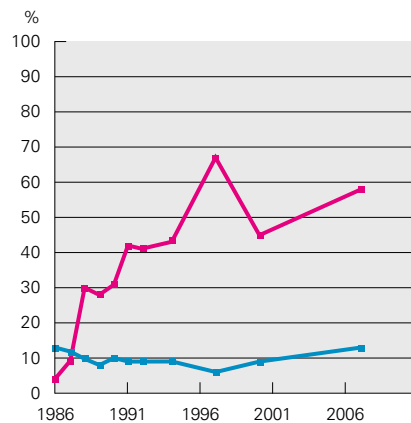
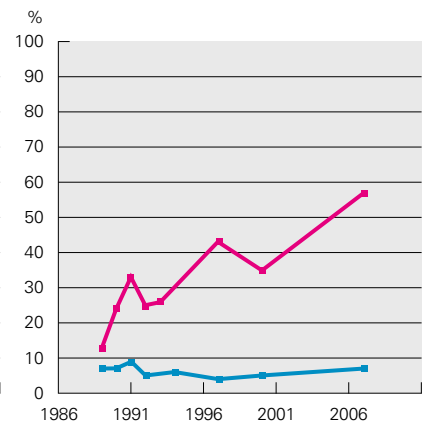


— Gebrauch von Präservativen
— Neuer fester Partner

Abbildung 6: Prozentsatz der Befragten mit einem neuen *festen Partner* im Verlauf des Jahres und zumindest zu Beginn Gebrauch von Präservativen mit diesem Partner, nach Geschlecht und Alter.

Allgemeinbevölkerung und Jugendliche

Bei den 17- bis 45-Jährigen war der Gebrauch von Präservativen mit dem festen Partner, zumindest zu Beginn einer neuen Beziehung, 2007 in allen Alters- und Geschlechtskategorien verbreitet und erreichte einen hohen Anteil zwischen 60 und 80% (siehe Abbildung 6).

Männer, 17–20 Jahre

Männer, 21–30 Jahre

Männer, 31–45 Jahre

Frauen, 17–20 Jahre

Frauen, 21–30 Jahre

Frauen, 31–45 Jahre


— Systematischer Gebrauch von Präservativen
— Gelegenheitspartner

Abbildung 7: Prozentsatz der Befragten mit mindestens einem *Gelegenheitspartner* in den vorangegangenen sechs Monaten und Anteil davon, die systematisch Präservative mit diesen Gelegenheitspartnern benutzten, nach Geschlecht und Alter.

In der Allgemeinbevölkerung im Alter von 17 bis 45 Jahren werden beim systematischen Gebrauch von Präservativen mit Gelegenheitspartnern weiterhin erfreuliche Werte verzeichnet, insbesondere bei Jugendlichen (90% bei den 17- bis 20-jährigen Männern, 80% bei den Frauen). Im höheren Lebensalter (46- bis 74-Jährige) ist jedoch ein deutlicher Rückgang des Präservativgebrauchs in Risikosituationen (neue Partner und Gelegenheitspartner) zu beobachten. Dieser Effekt ist bei den Frauen ausgeprägter als bei den Männern (siehe Abbildung 7).

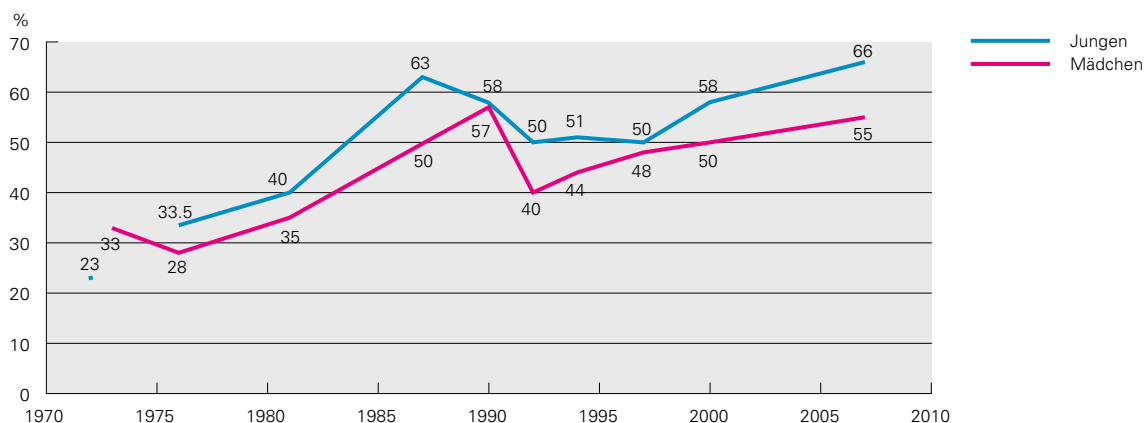


Abbildung 8: Prozentsatz der 17- bis 20-jährigen Jugendlichen, die im Alter von 17 Jahren sexuell aktiv sind.

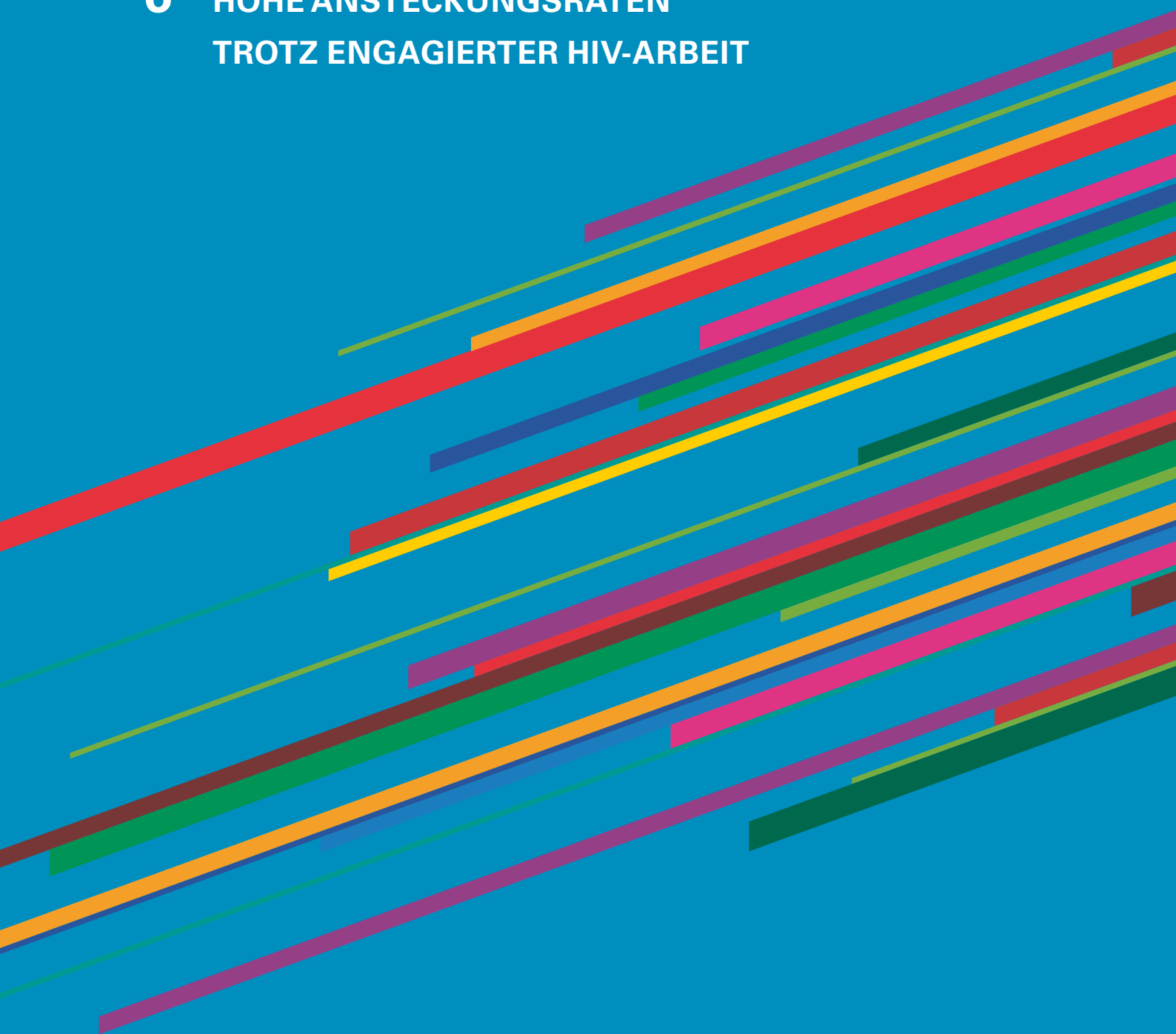
Testrate: Der Anteil der Personen, die in ihrem Leben mindestens einen HIV-Test vornehmen liessen (ausserhalb der Blutspende), nimmt im Verlauf der Zeit zu. 2007 lag er bei den 31- bis 45-jährigen Männern bei 53% und bei den Frauen dieser Altersgruppe bei 62%. 10% der 31- bis 45-Jährigen hatten sich in den vorangegangenen zwölf Monaten testen lassen. Ab dem Alter von 46 Jahren ist der Test weniger verbreitet, auch bei Personen mit Risikoverhalten.

Sexuelle Aktivität bei Jugendlichen: Bei den Jugendlichen nimmt der Anteil der Befragten, die in einem bestimmten Alter sexuell aktiv sind, weiter zu. Im Alter von 17 Jahren sind etwa zwei Drittel der Jungen sexuell aktiv, bei den Mädchen rund jedes zweite. 80% der 17- bis 20-Jährigen geben an, ein Verhütungsmittel zu verwenden: Die meisten Männer benutzen ein Präservativ, die meisten Frauen die Pille.

Sexualerziehung findet an den Schulen in unterschiedlichem Ausmass statt: Eine überwiegende Mehrheit der Jugendlichen hatte im Verlauf der Schulzeit Gelegenheit, über Sexualität und/oder HIV/Aids zu sprechen. Zwischen den Sprachregionen bestehen nur geringfügige Unterschiede. Mehr als acht von zehn befragten Schülern haben Informationen zu den Anlauf- und Beratungsstellen erhalten, die bei Fragen zur Sexualität zur Verfügung stehen. Mit nur zwei Dritteln wurde jedoch der HIV-Test besprochen, und nur etwa die Hälfte aller befragten Schüler haben sich mit dem Thema Homosexualität auseinandergesetzt. Trotz dem offensichtlichen Verbesserungspotenzial sind doch drei von vier Schülerinnen und Schülern mit den Informationen zufrieden, die sie im Rahmen der Schule erhalten haben.⁴¹

⁴¹ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

6 HOHE ANSTECKUNGSRATEN TROTZ ENGAGIERTER HIV-ARBEIT



Die Schweiz hat sich mit ihrer innovativen HIV/Aids-Politik in den vergangenen Jahrzehnten international Anerkennung geschaffen: Die realitätsnahe und witzige STOP-AIDS-Kampagne wurde etliche Male an internationalen Wettbewerben prämiert, die zielgruppenspezifischen Projekte – wie etwa Afrimedia – dienten und dienen noch immer als Modelle der Best Practice; die Spritzenabgabe als wichtigstes Mittel zur Eindämmung der Infektionsübertragung bei drogenabhängigen Personen sorgte für lebhaft Diskussio- nen in ganz Europa und wurde von vielen Ländern kopiert.

Trotz dieser engagierten HIV/Aids-Arbeit weist die Schweiz im westeuropäischen Vergleich eine der höchsten Raten von HIV-Neudiagnosen auf. Wie ist dies zu erklären?

Im Rahmen einer Studie des Schweizerischen Nationalfonds⁴² haben Forschende der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie auf molekularer Ebene rekonstruiert, wie sich HIV in den letzten 30 Jahren in der Schweiz ausbreitete. Sie gelangten zur Erkenntnis, dass die treibenden Faktoren für die Ausbreitung der Epidemie eindeutig Infektionsketten unter Homosexuellen und Drogensüchtigen sowie im Ausland erworbene Infektionen waren. Während es kaum zu Ansteckungen kam zwischen homosexuellen Männern und injizierend Drogen konsumierenden Personen (IDUs), war die Infektion Heterosexueller bei IDUs vor allem in den frühen 1980er Jahren häufig. Eine wichtige Rolle spielte dabei der Drogenstrich.

Die Erklärung für die vergleichsweise hohe HIV-Prävalenz in der Schweiz findet sich demnach in der Analyse der Ausgangslage: Die Kumulation von drei negativen Begebenheiten führte von Beginn an zu einer hohen Durchseuchung.

1. In der Schweiz bestand in den 1970er und 80er Jahren bereits eine grosse «Community» homosexueller Männer. Aufgrund der ökonomischen Prosperität der Schweiz konnten sich zahlreiche dieser Männer Reisen in die USA leisten, wo sie Beziehungen zur dortigen Gay-Community pflegten. Dies führte dazu, dass die HIV-Prävalenz unter homosexuellen Männern in der Schweiz rasch höher lag als in anderen westeuropäischen Ländern, in denen der Austausch zwischen heimischen Homosexuellen und der amerikanischen Schwulenszene weniger intensiv war. Heute ist die Situation in der Bevölkerungsgruppe der MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) vergleichbar mit jener in den nördlichen Ländern Westeuropas.

2. Der intravenöse Drogenkonsum stellte in der Schweiz in den 1980er und 90er Jahren ein massives Problem dar – auch dabei dürfte letztlich der Wohlstand mitgespielt haben. Dadurch, dass die Drogen injizierenden Personen sich gegenseitig ihr Injektionsmaterial ausliehen, konnte sich HIV rasch und effektiv in dieser Bevölkerungsgruppe ausbreiten. Erst die Abgabe von sauberen Spritzen vermochte die Situation nachhaltig zu verbessern, wie die zitierte Studie des Schweizerischen Nationalfonds aufzeigt: Die Epidemie unter den Drogensüchtigen konnte dank der 1986 lancierten Abgabe steriler Spritzen eingedämmt werden. Dies hat dazu geführt, dass sich in der Folge auch weniger heterosexuelle Menschen mit HIV infizierten.
3. Die Schweiz ist ein Einwanderungsland, und besonders in der Romandie haben sich viele MigrantInnen aus Subsahara-Afrika niedergelassen. Diese Migrantenpopulation, die aus einer Region mit generalisierter Epidemie stammt, dürfte die Prävalenz ihrer Herkunftsländer reflektieren – sie liegt damit weit höher als in der Schweizer Bevölkerung.

Diese Ausgangslage mag dazu beigetragen haben, dass sich Personen in der Schweiz häufiger testen liessen als in andern Ländern: Mit über 300'000 Tests jährlich ist die Rate bis heute hoch geblieben.

Die Analyse zeigt, dass die Schweiz zu Beginn gleichsam von drei verschiedenen konzentrierten Epidemien betroffen war – und es bis heute noch immer ist. Denn ein Land, in dem die HIV-Prävalenz bereits zu Beginn der Epidemie vergleichsweise hoch ist, startet den Kampf gegen HIV/Aids unter schwierigen Voraussetzungen. Hinzu kommt im Falle der Schweiz eine drastische Kürzung der Präventionsmittel ab Ende der 1990er Jahre (1994 betrug der Präventionskredit des Bundes noch 16 Millionen Schweizer Franken, im Jahr 2000 waren es 10 Millionen). Die Reduktion der Gelder bewirkte, dass die Präventionsbestrebungen weniger sichtbar waren und dass die Bevölkerung sowie die Zielgruppen nicht mehr in gleicher Masse sensibilisiert werden konnten. Gleichzeitig hatte HIV/Aids seine unmittelbar lebensbedrohliche Komponente verloren, als ab 1996 die antiretroviralen Therapien aufkamen. Diese Kombination von Fakten dürfte dazu beigetragen haben, dass in der Folge (ab 2000) die Anzahl HIV-Neudiagnosen wieder anstiegen.

⁴² Kouyios et al. (2010) Molecular Epidemiology Reveals Long-Term Changes in HIV Type 1 Subtype B Transmission in Switzerland, siehe Anhang 15.5.

Mit dem 2003 verabschiedeten Nationalen HIV/Aids-Programm 2004–2008 gelang es, die Anzahl Ansteckungen wieder zu stabilisieren, die Ausbreitung von HIV auf die Gesamtbevölkerung weiterhin zu verhindern und die «Awareness» der Zielgruppen zu erhöhen.

Das vorliegende Programm hat zum Ziel, die Infektionsraten zu senken: Die Anzahl Neudiagnosen von HIV und der meldepflichtigen STI (Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien, Hepatitis B und Hepatitis C) soll sich innert der nächsten sieben Jahre halbieren (als Indikator gilt die Anzahl Diagnosen im Jahr 2017 verglichen mit dem Jahr 2010). Um dies zu erreichen, werden bewährte Präventionsmassnahmen weitergeführt – so die Sensibilisierungskampagnen für die Gesamtbevölkerung, die Sexualerziehung an den Schulen, die Harm-Reduction-Programme für IDUs sowie weitere zielgruppenspezifische Aktivitäten. Letztere sollen mehr Gewicht erhalten und noch klarer auf die vulnerablen Bevölkerungsgruppen fokussiert sein. Dies bedeutet, dass es vermehrt ganz spezifische Projekte für sexuell aktive MSM geben soll, beispielsweise in den Clubs, in denen diese verkehren. Ebenso sind niederschwellige Projekte für männliche und weibliche Sexworker oder für besonders betroffene Migrantengruppen zu verstärken. Die wichtigsten Innovationen des neuen Programms sind jedoch die kombinierte Bekämpfung von HIV und STI sowie die Kombination von Diagnose/Therapie und Prävention.

7 PRÄVENTIONSARBEIT STEHT VOR NEUEN HERAUSFORDERUNGEN



HIV hat in der Schweiz seinen Sonderstatus als tödliche Infektion mit bedrohlichem Verbreitungspotenzial verloren. Epidemiologisch ist HIV einigermaßen kontrolliert – zumindest in der Schweizer Allgemeinbevölkerung –, und medizinisch immer besser beherrschbar. HIV-positive Menschen sind unter konsequenter Therapie faktisch nicht mehr infektiös, sofern sie nicht an einer anderen STI leiden⁴³, und können mit einer annähernd normalen Lebenserwartung rechnen. Selbst Aids steht nicht mehr als Synonym für den nahenden Tod, sondern lässt sich mit antiretroviralen und anderen Medikamenten in der Regel während Jahren in Schach halten. Diese Entwicklung stellt die Präventionsarbeit vor neue Herausforderungen.

Akzente und Leitmotiv des neuen Programms

Die Aufgabe heute lautet, die Menschen jenseits der Todesbedrohung für den Schutz vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen zu gewinnen: Die sexuelle Gesundheit ist ein bedeutendes Element einer befriedigenden Sexualität und vice versa. Sie spielt damit eine grosse Rolle für das physische und psychische Wohlbefinden. Diese Erkenntnis gilt es in der Bevölkerung zu verankern. Damit die Menschen fähig sind, eigenverantwortlich für ihre sexuelle Gesundheit zu sorgen, müssen sie wissen, dass die Grundrechte auch im Bereich der Sexualität Gültigkeit haben – beispielsweise das Recht auf körperliche Unversehrtheit oder das Recht auf Selbstbestimmung. Sie müssen zudem informiert sein über Präventions- und Versorgungsangebote und Zugang dazu haben. Das neue Programm will deshalb die Sensibilisierung über die Rechte im Bereich der sexuellen Gesundheit verbessern.

Den zweiten Akzent setzt es bei Primärprävention in Bevölkerungsgruppen, die von HIV und/oder anderen sexuell übertragbaren Infektionen besonders betroffen sind: «Put the effort where the virus is», riet das internationale Expertenpanel unter der Leitung des Berliner Public-Health-Professors Rolf Rosenbrock⁴⁴, welches die HIV-Arbeit der Schweiz evaluierte. Gemeint ist damit, dass Prävention vor allem im direkten Umfeld dieser Gruppen oder Personen

stattfinden soll – an jenen Orten, wo sie leben und lieben und wo sich Präventionsinterventionen wegen der erhöhten Prävalenz besonders lohnen. Das NPHS setzt diese Empfehlung um.

Der medizinische Fortschritt hat eine weitere Implikation auf die Prävention: Die frühe Erkennung einer Infektion und deren richtige Behandlung hat für die öffentliche Gesundheit an Bedeutung gewonnen. Die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen hat in ihrem Statement aufgezeigt, dass Menschen, deren Infektion entdeckt und konsequent therapiert ist, nicht mehr infektiös sind, sofern sie nicht an einer anderen STI leiden.⁴⁵ Damit ist die Übertragungskette unterbrochen. Die vorliegende Strategie zielt deshalb darauf ab, dass Infektionen früher erkannt werden und die Qualität der Behandlungen und damit die Therapietreue steigen.

Dem Nationalen Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 liegt folgendes Leitmotiv zu Grunde:

- Verhüten (was einfach und effizient verhütbar ist)
- Impfen (wo Impfungen bestehen und empfohlen sind)
- Früh erkennen
- Rechtzeitig und richtig behandeln

Essenziell in diesem Zusammenhang ist die Förderung der \Partnerinformation:⁴⁶ Infizierte Personen sollen in der Regel ihre festen Partner sowie ihre Sexualpartner entweder selbst informieren oder die von einer Institution angebotene, anonyme Partnerinformation in Anspruch nehmen.⁴⁷ Die Partnerinformation muss jedoch auf Freiwilligkeit beruhen. Die informierten Partner und Partnerinnen werden zu den entsprechenden Tests und gegebenenfalls zur raschen Behandlung motiviert – um Pingpong-Ansteckungen zu vermeiden.

⁴³ Am 30. Januar 2008 publizierte die EKAF in der Schweizerischen Ärztezeitung folgendes Statement: «Die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) hält auf Antrag der Fachkommission Klinik und Therapie des Bundesamtes für Gesundheit, nach Kenntnisnahme der wissenschaftlichen Fakten und nach eingehender Diskussion fest: Eine HIV-infizierte Person ohne andere STD unter einer antiretroviralen Therapie (ART) mit vollständig supprimierter Virämie (im Folgenden: «wirksame ART») ist sexuell nicht infektiös, d.h., sie gibt das HI-Virus über Sexualkontakte nicht weiter, solange folgende Bedingungen erfüllt sind:

- die antiretrovirale Therapie (ART) wird durch den HIV-infizierten Menschen eingehalten und durch den behandelnden Arzt kontrolliert;
- die Viruslast (VL) liegt seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze (d.h., die Virämie ist supprimiert);
- es bestehen keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern (STD).» (Vernazza et al. (2008) HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös)

⁴⁴ Rosenbrock et al. (2009) Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts

⁴⁵ EKAF-Statement vom 30. Januar 2008, Schweizerische Ärztezeitung

⁴⁶ Der Begriff Partnerinformation statt des international verwendeten Terms «Partner notification» unterstreicht die Freiwilligkeit: Partnerinformation kann nur dann stattfinden, wenn die infizierte Person damit einverstanden ist, also nach dem Prinzip des informierten Einverständnisses. Denn in einem hochsensiblen und tabuisierten Bereich wie Sexualität und HIV/STI ist Zwang das falsche Mittel, um nachhaltige Prävention zu betreiben. Vielmehr muss es darum gehen, ein gesellschaftliches Verständnis für die Partnerinformation zu schaffen, eine Kultur, in welcher die Partnerinformation als selbstverständlich und nützlich gilt.

⁴⁷ Die rechtliche Verantwortung für die Information über den HIV-Status vor dem ungeschützten Geschlechtsverkehr liegt grundsätzlich beim HIV-positiven Partner, er hat im Falle der Nichtinformation die straf- und zivilrechtlichen Konsequenzen zu tragen. Verantwortungsbewusstes Handeln erfordert zudem, dass eine HIV-positive Person ihre Sexualpartner informiert, mit denen sie vor der Diagnose ungeschützten Geschlechtsverkehr hatte. Die Unterstützung des Patienten bei der Information des positiven Serostatus an den oder die gegenwärtigen und – soweit relevant – früheren Sexualpartner ist aus rechtlicher Sicht fraglos zulässig bzw. mit Blick auf Sorgfaltspflichten gegenüber dem Patienten (Information über die strafrechtlichen Konsequenzen im Falle einer Nichtinformation) sogar notwendig (siehe auch Anhang, Kapitel 15.6).

Lernstrategie hat weiterhin Gültigkeit

Angesichts dieser Entwicklung mag die Frage aufkommen, ob die bisher verfolgte Lernstrategie überholt und durch eine Seuchenstrategie mit Screening – beispielsweise in gewissen Zielgruppen – und obligatorischer Partnerbenachrichtigung zu ersetzen sei. Die klassische Seuchenstrategie steht unter der Leitfrage: «Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen und wie verhindern wir weitere Infektionen?» Die Lernstrategie hingegen realisiert Antworten auf die Frage: «Wie organisieren wir möglichst schnell Lernprozesse, mit denen sich Individuen, soziale Gruppen und die gesamte Gesellschaft präventiv verhalten und ohne Diskriminierung der Betroffenen auf ein Leben mit den bis auf weiteres unausrottbaren Erregern einstellen können?»

Die Lernstrategie basiert auf Freiwilligkeit, und sie hat trotz auch für HIV gestiegener Bedeutung der frühen Diagnose immer noch Gültigkeit. Denn in einer derart intimen und tabubehafteten Domäne wie der Sexualität laufen zwangsweise verordnete Massnahmen (wie sie die Seuchenstrategie vorsieht) Gefahr, die Prävention, die sie zu fördern beabsichtigt, zu hemmen. Wer befürchtet, nach einer positiven Diagnose bei sämtlichen Sexualpartnern zwangsweise blossgestellt zu werden, wird sich vor einem Test hüten, ein Screening zu vermeiden wissen und die Partnerinformation unterlaufen statt unterstützen. Er/Sie wird sich – auch bei einem Infektionsverdacht – kaum in die Obhut eines anerkannten Arztes begeben, sondern lieber Medikamente bei obskuren Händlern erstehen. Wirksame Prävention im sensiblen Bereich der sexuellen Gesundheit kann nur freiwillig erfolgen, basierend auf dem bewährten Prinzip des informierten Einverständnisses (informed consent). Wichtig in diesem Zusammenhang ist das fortwährende Engagement gegen die ↘Stigmatisierung und Diskriminierung infektionsbetroffener Menschen als Querschnittsaufgabe dieses Programms.

Wirksamen Präventionsbestrebungen zu Grunde liegt eine sorgfältige Überwachung der HIV- und STI-Epidemien. Das neue Programm setzt auch hier einen Schwerpunkt, indem es die Entwicklung eines Modells zur ↘Third Generation Surveillance von HIV und STI vorsieht. Dieses neue Überwachungsmodell erweitert die biologische Surveillance im Bereich STI und schliesst Lücken in der Verhaltenssurveillance. Es kombiniert alsdann die Erkenntnisse der HIV- und der STI-Überwachung. Zusätzlich beinhaltet es ein fortwährendes Monitoring der verschiedenen Präventionsmassnahmen inklusive Kosten-Nutzen-Analyse, sodass in Zukunft «evidence-based policy making» ermöglicht wird.

7.1 PRÄVENTION BENÖTIGT PARTIZIPATION UND BEZWECKT EMPOWERMENT

Die Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen muss vor allem jene Menschen erreichen, die besonders gefährdet sind – sei es, weil in ihrer Gruppe die Prävalenz von HIV und anderen STI erhöht ist, oder weil es für sie schwieriger ist, ihre Gesundheit zu erhalten. Das Ziel aller Bemühungen lautet, diese Personen zu befähigen, selbst Kompetenzen zu erlangen, so dass sie in der Lage sind, Entscheide im Umgang mit Gesundheit und Krankheit selbst zu treffen und die eigene Gesundheit zu beeinflussen. Barrieren, die eine Selbstbestimmung behindern, sind abzubauen. Die in diesem Programm postulierten Präventionsinterventionen zielen im Einklang mit der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2008–2013» auf das ↘Empowerment der gefährdeten Zielgruppen ab und versuchen so, die Chancengleichheit zu verbessern.

Gefährdet in obigem Sinne ist in überdurchschnittlichem Masse ein Grossteil der Migrantinnen und Migranten: Zum einen, weil in gewissen Migrantengruppen die Prävalenz von HIV und/oder STI erhöht ist (beispielsweise bei Menschen aus Subsahara-Afrika). Zum andern, weil sich der Migrationskontext ungünstig auf die Gesundheit oder das Gesundheitsverhalten auswirken. So zeigte das vom BAG durchgeführte Gesundheitsmonitoring der Schweizerischen Migrationsbevölkerung⁴⁸, dass die meisten Migrantinnen und Migranten weniger gesund sind, sich weniger gesund fühlen und häufig weniger für ihre Gesundheit tun (z.B. Sport treiben) als Schweizerinnen und Schweizer. Dies hat oft auch damit zu tun, dass viele von ihnen zu sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten gehören. Kommt hinzu, dass Sprachbarrieren oder auch Unsicherheiten in Bezug auf den Aufenthaltsstatus den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen wesentlich behindern können.

⁴⁸ Bundesamt für Gesundheit (2007) Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung»

Subsahara-MigrantInnen sind besonders vulnerabel

Die beschriebenen Risiken kumulieren sich bei Migrantinnen und Migranten aus Schwarzafrika (Subsahara), so dass weiterhin ein besonderes Augenmerk auf diese Gruppe zu richten ist. Die Subsahara-Region ist am meisten von HIV/Aids betroffen: Zwei Drittel (67%) der HIV Infizierten in der Welt stammen von dort. Unter den neu diagnostizierten Fällen in der Schweiz betreffen in den letzten fünf Jahren zwischen 16 und 23% MigrantInnen aus Subsahara; die Übertragung erfolgt in dieser Gruppe vor allem durch heterosexuelle Kontakte. Gleichzeitig ist das Thema HIV/Aids – überhaupt die sexuelle Gesundheit – auch heute noch häufig tabuisiert in der afrikanischen Gemeinschaft, wie dies auch in anderen Gemeinschaften der Fall ist. Die HIV-Infektion ist dementsprechend mit Stigmatisierung verbunden: HIV-Infizierte leben mit der Gefahr, diskriminiert und aus sozialen Gruppen ausgegrenzt zu werden. Das führt dazu, dass einige Betroffene deshalb ihre Infektion aus Angst vor der drohenden Isolation geheim halten. Dies wiederum erhöht einerseits das Risiko, den Partner anzustecken, andererseits ist es schwieriger, die Betroffenen mit medizinischen Angeboten oder psychosozialer Unterstützung zu erreichen.

Der transkulturelle Ansatz

Bei der Konzeption und Umsetzung von Angeboten für verschiedene Migrantengruppen geht es darum, die Vielseitigkeit der migrationsspezifischen Einflüsse, aber auch die komplexe Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung und die vielfältigen Ansprüche zu berücksichtigen. Dies gelingt am besten mit dem transkulturellen Ansatz. Der transkulturelle Ansatz geht davon aus, dass sich kulturelle Systeme ständig wandeln und keine in sich geschlossenen Kulturkreise existieren.⁴⁹ Transkulturalität fokussiert nicht auf die Unterschiede, sondern auf die Gemeinsamkeiten von Personen mit unterschiedlichem Hintergrund. Adaptiert auf die Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass Projekte und Modelle der Prävention so konzipiert sein sollten, dass sie jederzeit auch den Bedürfnissen von Migrantengruppen entsprechen oder auf deren Bedürfnisse angepasst werden können. Die Migrationsbevölkerung soll also nicht nur mit spezifischen Interventionen bedient, sondern in allen Angeboten der Prävention mitberücksichtigt werden. Parallel dazu sind, wo nötig, spezifische Anstrengungen zu unternehmen, um bestimmte Migrantengruppen zu erreichen.

In seinem Grundsatzpapier zu *Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen* propagiert das Bundesamt für Gesundheit das Verfolgen einer Doppelstrategie: Zum einen wird horizontale Chancengleichheit angestrebt, die sich darin ausdrückt, dass die Migrationsbevölkerung und die autochthone (alteingesessene) Bevölkerung bei denselben Bedürfnissen auch von denselben Gesundheitsdienstleistungen profitieren können. Zum anderen soll eine vertikale Gleichheit realisiert werden: Diese basiert auf der Idee, dass unterschiedliche Bedürfnisse auch unterschiedliche Gesundheitsleistungen bedingen. Der Migrationsbevölkerung sollen deshalb in dem Masse, wie sie andere Bedürfnisse hat als die autochthone Bevölkerung, auch spezifische, bedürfnisgerechte Gesundheitsleistungen zukommen.⁵⁰

Botschaften und Sprache auf die Bedürfnisse der MigrantInnen abstimmen

Menschen mit Migrationshintergrund, die nach ihren Bedürfnissen in Prävention und Gesundheitsförderung befragt wurden, wünschten sich, dass sie von den Präventionsstellen vermehrt aufgesucht würden und dass die Rolle von Vertrauenspersonen gestärkt werde.⁵¹ Schriftliche Informationen – so ihr Anliegen – seien an ihre sprachlichen Bedürfnisse anzupassen, statt viel Text seien vermehrt Bilder einzusetzen. Massnahmen der Verhältnisprävention wurden in diesen Umfragen begrüsst. Wer die einzelnen Migrantengruppen mit Präventionsinterventionen erreichen will, muss solche Aussagen ernst nehmen. Aus weiteren Studien ist bekannt, dass Verwandte und Freunde in der Migrationsbevölkerung einen hohen Stellenwert für Präventionsarbeit haben.⁵² Deshalb erlangt die Arbeit über die Netzwerke der Migrantengruppen (Organisationen, Vereine) und mittels Vertrauenspersonen (Mitglieder dieser Organisationen oder MediatorInnen) einen hohen Stellenwert. Ebenso können Schlüsselpersonen den Zugang zu bestimmten Migrantengruppen erleichtern und für die Prävention von grosser Bedeutung sein. Als Schlüsselpersonen gelten einerseits Personen, welche die Fachleute der Prävention und Gesundheitsförderung über die Gewohnheiten und Bedürfnisse der Migranten informieren – beispielsweise können dies interkulturelle VermittlerInnen sein, die gut in der Zielgruppe verankert sind. Andererseits gelten als Schlüsselpersonen Menschen, die Informationen zu Gesundheit und Prävention an die Migrantengruppen vermitteln – etwa Hausärztinnen, Apotheker oder interkulturelle Vermittlerinnen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Arbeit von Schlüsselpersonen bei vielen Migranten am

⁴⁹ Bundesamt für Gesundheit (2007) Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung»

⁵⁰ Bundesamt für Gesundheit (2008) Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen

⁵¹ Pfluger et al. (2009) Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen

⁵² (U.a.) Salis Gross (2010) Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen

wirksamsten ist, wenn diese die Information mündlich und im informellen Rahmen vermitteln. Dabei ist eine gute Verständigung essentiell – sowohl im individuellen Beratungsgespräch wie an Informationsanlässen für ganze Gruppen.

Auf der Ebene der Kommunikation ist deshalb ebenfalls wichtig, Vertreter der Zielgruppen (in diesem Fall bestimmter Migrantengruppen) in die Arbeit einzubinden. Denn Informationen sind nur dann glaubwürdig, Verhaltensratschläge nur dann überzeugend, wenn sie das Lebensumfeld (den soziokulturellen Kontext) der Personen einbeziehen, die sie ansprechen sollen. Es reicht nicht, das schriftliche Material einer Kampagne einfach zu übersetzen; es sollte unter Beizug von Mitgliedern der Zielgruppe überdacht, umgestaltet und wo möglich über Vertrauensleute verbreitet werden.⁵³ Auch kann es nie nur darum gehen, Information zu vermitteln. Ebenso wichtig ist, dafür zu sorgen, dass die Zielgruppe fähig ist, diese Information auch zu nutzen (Health Literacy): dass die angesprochenen Personen den Zusammenhang zur eigenen Gesundheit herstellen, dass sie erkennen, welchen Wert und Nutzen die eigene Gesundheit hat, und dass sie lernen, wie sie diese erhalten und fördern können. Projekte in diesem Bereich müssen immer darauf abzielen, die Kompetenzen der Zielgruppe punkto Gesundheit zu verbessern, so dass sie selbstbestimmt darauf Einfluss nehmen kann (Empowerment). Im Einklang mit der vom Bundesrat 2007 verabschiedeten Strategie Migration und Gesundheit (2008–2013) trägt somit das vorliegende Programm bei zum «Abbau von vermeidbaren gesundheitlichen Benachteiligungen und verbessert so die Voraussetzungen, dass Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz dieselbe Chance wie Einheimische haben, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten».⁵⁴

Geschlechterspezifische Prävention und Empowerment

Beim oben beschriebenen Empowerment sind insbesondere Frauen ins Auge zu fassen. Häufig beschäftigen sich Frauen intensiver mit Fragen der Gesundheit und Gesundheitsförderung als Männer, also gilt es, sie mit geeigneter Information für die Prävention zu gewinnen. Dabei können sie auch als Mediatorinnen in ihrem familiären Umfeld wirken.

Zu bedenken ist jedoch, dass sehr viele in der Schweiz lebende Frauen – gerade aus Migrantengruppen – in ihrem soziokulturellen Umfeld den Männern nicht gleichgestellt sind, sei es aufgrund traditioneller patriarchalischer Strukturen im Heimatland oder weil sie ökonomisch von ihrem Mann (dem Ernährer der Familie) abhängig sind. Dies bringt häufig mit sich, dass sie oft keine vollständige Selbstbestimmung über ihren Körper haben und deshalb weniger gut in der Lage sind, diesen vor Infektionen zu schützen. Patriarchale Strukturen verlangen zudem oft der Frau absolute Treue ab, während dem Mann eine gewisse Promiskuität erlaubt ist.

Daraus folgert, dass die Präventionsbemühungen in diesem Bereich immer auch genderspezifische Aspekte befolgen müssen: Prävention kann nur dann zur Chancengleichheit beitragen, wenn sie die Gleichstellung und Selbstbestimmung der Frauen fördert respektive gewährleistet. Dabei dürfen die Männer nicht einfach ignoriert werden: Wertvorstellungen und Verhaltensweisen, die als speziell «männlich» gelten (sei dies nun Risikoverhalten oder Promiskuität), sind letztlich auch das Ergebnis von Sozialisierung. Wer Männlichkeitsmodelle, die die sexuelle Gesundheit bedrohen, verändern will, begegnet also einer ganzen Reihe von Herausforderungen, die ohne den direkten Einbezug von Männern nicht zu bewältigen sind.⁵⁵

In derselben Dimension wie das Konzept des Migration Mainstreaming anzuwenden ist, hat auch das Konzept des Gender Mainstreaming zu gelten. Dies bedeutet, dass bei Präventionsprojekten auf allen Ebenen und in allen Phasen immer auch der geschlechterspezifische Blickwinkel einzunehmen ist. Alle Projekte sind darauf zu prüfen, ob sie die Selbstbestimmung der Frau fördern und ob sie genügend auf deren Empowerment fokussieren. Schliesslich hat, was zum Migration Mainstreaming gesagt wurde, auch beim Gender Mainstreaming seine Richtigkeit: Für die Durchsetzung gesundheitlicher Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern sind die Konzepte der horizontalen und vertikalen Gleichheit zentral.⁵⁶

⁵³ Pfluger et al. (2009) Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen

⁵⁴ Bundesamt für Gesundheit (2007) Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008–2013)

⁵⁵ Spencer (2001) «Und Gott schuf die Geschlechter». Geschlechtsspezifische HIV-Prävention

⁵⁶ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel (2008) *Fokusbericht Gender und Gesundheit*

7.2 DER UMGANG MIT DEM HIV-TEST

Die meisten entwickelten Länder setzen ähnliche strategische Leitlinien zur Bekämpfung von HIV/Aids. Grosse Unterschiede bestehen indes bei den angewandten Teststrategien. Staaten wie die USA oder Frankreich empfehlen länger schon HIV-Reihenuntersuchungen (Screenings) für die gesamte Bevölkerung, die mit dem medizinischen System in Kontakt kommt – unabhängig vom Grund des Arztbesuchs. Wer nicht getestet werden will, muss den HIV-Test ausdrücklich ablehnen (opt-out). Die getestete Person wird nur bei einem positiven Resultat beraten.

Die Schweizer Strategie hingegen zielt darauf ab, die freiwillige HIV-Beratung und Testung zu fördern bei Personen, die Risiken eingehen und/oder Kontakt zu Gruppen mit erhöhter HIV-Prävalenz haben oder solchen Netzwerken angehören. Die Tests werden entweder auf Wunsch des Betroffenen nach dem Prinzip des Voluntary Counselling and Testing (VCT) durchgeführt oder gehen vom Leistungserbringer (meistens vom Arzt) aus (Provider Induced Counselling and Testing, PICT). Nur in gewissen, genau definierten medizinischen Fällen wird der Test systematisch angeboten: (z.B. während der Schwangerschaft), aber auch in diesen Situationen mit dem informierten Einverständnis der Betroffenen. Beim Blut spenden ist der Test obligatorisch. Zudem soll seit März 2010 bei Personen mit bestimmten Diagnosen (etwa eine STI oder Tuberkulose) ebenfalls systematisch ein Test durchgeführt werden.

Wie in früheren Kapiteln erläutert, hat die frühzeitige Diagnose und rechtzeitige Therapie von HIV, aber auch etlicher STI, in den letzten Jahren prioritäre Bedeutung erlangt, sowohl für die Gesundheit der Betroffenen als auch im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit (Public Health): Die (zu) späte Diagnose und Therapie einer HIV-Infektion bringt dem Individuum Nachteile (Probleme mit opportunistischen Infektionen, höheres Risiko der Resistenzbildung, schlechtere Ansprechraten der Therapie). Zudem ist eine späte Diagnose auch eine verpasste Chance für eine frühzeitige Beratung und Verhaltensänderung der HIV-infizierten Person zum Schutze der SexualpartnerInnen. Diese Fakten führen zur Frage, inwiefern die aktuelle Schweizer Teststrategie zu ändern sei, um HIV, aber auch andere sexuell übertragbare Infektionen bei den Betroffenen früher zu erkennen.

Die aktuelle Situation

Der HIV-Antikörpertest wird in der Schweiz sehr grosszügig eingesetzt: Über 300'000 Blutproben jährlich erhalten die Labors, um eine HIV-Antikörpertestung durchzuführen. Dazu kommen noch einige Zehntausend HIV-Schnelltests, welche an verschiedenen Testzentren direkt aus Kapillarblut durchgeführt werden. Dies bedeutet, dass jedes Jahr bis zu 5% der Schweizer Bevölkerung einen HIV-Test durchführen. Bei jährlich zwischen 600 und 800 positiven HIV-Testresultaten lässt sich somit ableiten, dass etwa eine HIV-Infektion pro 500 Testungen entdeckt wird. Diese tiefe Trefferquote verursacht hohe Kosten pro diagnostizierte Infektion (zwischen 20'000 und 25'000 Franken). Trotz der hohen Testrate wurde jedoch in den letzten Jahren bei rund einem Viertel der Diagnosen erst im Stadium der fortgeschrittenen Immunschwäche (CD4 Werte unter 200/ul) erfasst, also in einem Stadium, in dem bereits klinische Symptome auftreten. Dies führt zur Erkenntnis, dass offensichtlich nicht die richtigen Personen getestet werden (wollen).

In der Schweiz braucht es somit nicht eine allgemeine Ausweitung der HIV-Testungen. Diese ist aufgrund der tiefen HIV-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung ökonomisch nicht sinnvoll. Die Herausforderung liegt vielmehr darin, jene Personen zu testen, bei denen eine HIV-Infektion wahrscheinlich ist.

Das Problem der verpassten HIV-Primoinfektionen

Eine grosse Chance zur Entdeckung einer HIV-Infektion ist die HIV-Primoinfektion. Mindestens die Hälfte aller frisch infizierten Personen machen in den ersten Wochen nach der Infektion ein symptomatisches Krankheitsbild durch, charakterisiert durch Fieber und unspezifische Symptome einer viralen Erkrankung. Viele dieser Personen gehen mit ihren Beschwerden zum Arzt. Doch die Diagnose wird häufig verpasst, weil die Symptome selbst zwar für eine HIV-Infektion typisch sind, aber in 99 von 100 Fällen von einer anderen Infektion herrühren. Denkt der Arzt/die Ärztin nicht an die Möglichkeit einer HIV-Infektion, wird auch kein Test durchgeführt. Tatsächlich findet sich bei mindestens einem Drittel aller in den letzten Jahren neu diagnostizierten HIV-Infektionen in der Anamnese ein akutes Ereignis mit Arztkontakt, welches mit hoher Wahrscheinlichkeit einer (damals) verpassten HIV-Primoinfektion entspricht – wie eine interne Untersuchung des Kantonsspitals St. Gallen (Prof. Dr. Pietro Vernazza) zeigt. Die verpasste Primoinfektion ist ein Problem von öffentlichem Interesse, denn Personen sind während der HIV-Primoinfektion ein Vielfaches (25–30 Mal) infektiöser als später mit chronischer Infektion.

Mittels neuerer Verfahren lässt sich berechnen, wie gross der Anteil von frischen HIV-Infektionen bei neu diagnostizierten Fällen ist. Dabei wird deutlich, dass HIV-Diagnosen bei MSM und drogensüchtigen Menschen signifikant häufiger früh erkannt werden als bei Menschen, die sich heterosexuell infizierten. Dies bestätigt die Vermutung, dass die Diagnose der HIV-Primoinfektion oft infolge fehlender «Verdachtsmomente» verpasst wird. Diese verpassten Chancen einer rechtzeitigen Diagnostik gilt es zu vermeiden.

PICT: Provider Induced Counselling and Testing

Daraus folgert, dass bei Personen mit Fieber und einer Symptomatik eines viralen Krankheitsbildes immer ein HIV-Test angezeigt ist. Die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer HIV-Infektion liegt in der Grössenordnung von 1 zu 100, was im Vergleich zur Trefferquote in der Gesamtbevölkerung (1 : 500) deutlich besser ist. Dies bedeutet jedoch, dass viele Personen (99 von 100), die nie ein HIV-Risiko eingegangen sind, beim Vorliegen einer entsprechenden Symptomatik getestet werden müssen. Die Testempfehlung der ehemaligen Fachkommission Klinik und Therapie HIV/Aids (FKT) vom 15.3.2010 propagiert deshalb, dass alle Personen mit Erkrankungen, die gehäuft mit HIV vorkommen, ebenfalls auf HIV zu testen sind (z.B. Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Lymphome).⁵⁷

Auslöser für den HIV-Test ist in all diesen Fällen eine klinische Standardsituation – der Test wird vom Leistungserbringer (Arzt, medizinisches Personal) initiiert (PICT). Der Betroffene ist über die Durchführung des Tests zu informieren. Seltene Ausnahmen davon sind im Interesse des Patienten möglich⁵⁸ – sie müssen aber schriftlich dokumentiert werden. Die Forderung, man müsste auch in diesen klinischen Standardsituationen vor der Testempfehlung durch eine Risikoanamnese die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion ermitteln, entbehrt entsprechender Evidenz. Wie die Auswertung von Primoinfektionsstudien zeigt, war die HIV-Risikoanamnese in der Hälfte aller diagnostizierten HIV-Primoinfektionen zum Zeitpunkt der HIV-Testung nicht erfolgt.⁵⁹ Die Empfehlung der ehemaligen FKT lautet, dass in den genannten Standardsituationen die HIV-Infektion nur durch einen HIV-Test und nicht durch eine Risikoanamnese auszuschliessen sei.

Hingegen beinhaltet das Konzept PICT, dass ÄrztInnen und andere Leistungserbringer auch bei PatientInnen ohne entsprechende Erkrankungen oder Symptome von sich

aus eine HIV-Beratung und Testung vorschlagen, wenn sie (etwa durch die Sexualanamnese) Hinweise auf ein riskantes Verhalten des Patienten erhalten. Die Leistungserbringer sollen das frühzeitige Testen gezielt Personen empfehlen, die sich Risiken aussetzen oder gefährdet sind. In diesen Fällen drängt sich eine Beratung der entsprechenden Patienten auf – auch dann, wenn die Diagnose negativ ist – um eine Verhaltensänderung zu bewirken.

Grundsätzlich soll eine Beratung dann stattfinden, wenn sie sinnvoll erscheint – also wenn die zu beratende Person a) ein Risiko eingegangen ist oder häufig Risiken eingeht oder sie b) zu einer Bevölkerungsgruppe mit erhöhter Prävalenz gehört und c) die betroffene Person zugänglich ist für eine Beratung. Sie muss gesundheitlich in der Lage sein, der Beratung folgen zu können; bei Personen mit starken Schmerzen oder sonstigen schweren, nicht mit HIV oder STI zusammenhängenden Gesundheitsproblemen ist die Beratung wenig sinnvoll. Selbstverständlich müssen jedoch Personen mit positiver Diagnose in jedem Fall beraten werden.

VCT: Voluntary Counselling and Testing

Eine ganz andere Testsituation stellt das Voluntary Counselling and Testing (VCT) dar: Hier geht die Initiative zum Test von den Betroffenen selbst aus – das Konzept basiert auf Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit. Nach wie vor der grösste Teil der HIV-Tests wird von Personen gewünscht, die aufgrund eines Risikoverhaltens oder in einer neuen Partnerschaft sicher sein möchten, dass sie nicht HIV-infiziert sind. In dieser Situation drängt sich die Risikoanamnese auf, und die Beratung über mögliche Strategien zur Risikoreduktion sowie über die Verlässlichkeit des Resultats (Sensitivität des angewandten Tests) ist zwingend. Ein HIV-Test ohne individuelle Risikoberatung ist eine verpasste Chance für die Prävention. Beim VCT erfolgen deshalb standardmässig eine Risikoanamnese und eine Beratung über Strategien zur Risikoreduktion (Safer Sex).

⁵⁷ Flepp et al. (2010) Der HIV-Test auf Initiative des Arztes: Empfehlungen zur Durchführung bei Erwachsenen

⁵⁸ Beispiel für eine mögliche Ausnahme im Interesse des Patienten kann eine medizinisch heikle Situation sein: zum Beispiel, wenn der Patient intubiert ist.

⁵⁹ Vanhems et al. (1997) Acute human immunodeficiency virus type 1 disease as a mononucleosis-like illness: Is the diagnosis too restrictive?

Das Counselling nach dem Test trägt entscheidend dazu bei, dass bei der betroffenen Person die gewünschte Verhaltensänderung eintritt – unabhängig davon, ob das Testresultat positiv oder negativ ist. Ein negatives Testresultat bewirkt nicht automatisch, dass sich der Betroffene künftig schützt, sondern kann – ohne Beratung – dazu führen, dass sich dieser in trügerischer Sicherheit (der eigenen Unverletzlichkeit) wähnt. Ein positives Testresultat hat komplexe psychosoziale Konsequenzen, bei deren Bewältigung die HIV-positive Person meist auf Unterstützung angewiesen ist. Das Wissen um die eigene Seropositivität führt meist nicht automatisch zu einer Abnahme des Risikoverhaltens. Hingegen dokumentieren mehrere Studien, dass die Diagnose einer HIV-Infektion mit entsprechender Beratung und Begleitung das Risikoverhalten der diagnostizierten Person anhaltend reduziert.⁶⁰

Noch werden in der Schweiz zu viele Tests ohne die entsprechende Beratung durchgeführt. Die Schweizer Teststrategie zielt deshalb darauf ab, VCT und PICT zu fördern. Gefährdete Personen sollen mit spezifischen Angeboten oder Anreizen motiviert werden, VCT in Anspruch zu nehmen. Die bestehenden, niederschwelligen Angebote zur Selbstevaluation des Risikos (wie das Internet-Tool www.check-your-lovelife.ch) sind auszubauen. Hingegen rät das Bundesamt für Gesundheit weiterhin entschieden von den via Internet erhältlichen HIV-Hometests ab. Auch wenn diese auf den ersten Blick Selbstverantwortung und Autonomie fördern, bringen sie gravierende Nachteile mit sich: Es fehlt die Unterstützung bei der Interpretation des Resultats, es erfolgt keine individuelle Beratung, und die Qualität der Tests ist nicht gesichert.

Kein Screening in Risikogruppen

Die tiefe HIV-Prävalenz in der Schweizer Allgemeinbevölkerung lässt (wie oben dargelegt) nur schon aus ökonomischen Gründen kein Screening zu. In Risikogruppen mit erhöhter Prävalenz (z.B. MSM, Migranten aus Ländern mit generalisierter Epidemie) könnte ein Screening allenfalls kosteneffektiv sein. Gleichwohl empfiehlt die Schweizer Strategie keine solchen Reihenuntersuchungen für Angehörige der Risikogruppen. Denn ein solches Screening würde wohl von vielen Angehörigen der Risikogruppen als stigmatisierend erlebt, und Stigmatisierung wirkt tendenziell präventionshemmend. Viele Männer, die Sex mit Männern haben, fühlen sich nicht a priori einer bestimmten schwulen Gemeinschaft zugehörig und würden alles unternehmen, damit sie nicht als solche identifiziert und dann «automatisch» im Rahmen von Screening getestet werden. Zudem würde ein Screening den Grundpfeiler der HIV- und STI-Prävention unterminieren: die Eigenverantwortung.

Ausblick

Die auf VCT und PICT basierende Teststrategie der Schweiz muss weiter optimiert werden: In Zukunft könnten Sexual-, Jugend-, Schwangerschafts- und Familienberatungsstellen HIV- und STI-Tests anbieten, sofern sie über spezifisch geschultes Personal und die nötige Infrastruktur verfügen. Die zur Verfügung stehenden Schnelltests sind von sehr guter Qualität, wenn sie von kompetentem Personal und im Rahmen eines Qualitätssicherungssystems eingesetzt werden. Für bestimmte Zielgruppen sollen in grösseren Agglomerationen weitere Einrichtungen wie «Checkpoints» eröffnet werden, die den Zugang von vulnerablen Gruppen (z.B. SexworkerInnen) zu niederschwelliger Beratung und Testung erleichtern. Nebst einer professionellen Beratungsqualität müssen solche VCT-Stellen gewährleisten, dass jederzeit eine Blutentnahme durchgeführt werden kann. Dies ist essentiell bei Personen, bei denen ein Verdacht auf eine frische Infektion vorliegt und beim Vorliegen eines positiven Schnelltests.

Ergänzend sind die medizinischen Leistungserbringer weiter für das PICT-Konzept zu sensibilisieren, zu motivieren und zu schulen, damit die Durchführung eines HIV-Tests bei gewissen Symptomen Teil des *Standard of good clinical care* wird.

⁶⁰ U.a. Weinhardt (2005) The effects of HIV diagnosis on sexual risk behavior

7.3 DIE PRÄVENTIONSBOTSCHAFTEN

Alle in der Schweiz lebenden Menschen sollen Kenntnis haben von den Kernbotschaften der Prävention. Diese lauten:

- Jede Person übernimmt im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbst Verantwortung, sich vor einer sexuell übertragbaren Infektion oder HIV zu schützen.
- Wer sexuellen Kontakt hat mit einem Gelegenheitspartner, einer Gelegenheitspartnerin oder einer möglicherweise HIV- und/oder STI-betroffenen Person, befolgt die Regeln des Safer Sex zum Selbstschutz:
 1. Eindringen immer mit Präservativ
 2. Kein Sperma und Blut in den Mund
 3. Bei Jucken, Ausfluss oder Schmerzen im Genitalbereich zum Arzt
- Wer annimmt, sich riskant verhalten zu haben, checkt sein Risiko in einer Beratung oder mittels des Internet-Tools www.check-your-lovelife.ch
- HIV und Aids sind behandelbar, aber nicht heilbar. Die Behandlung ist aufwändig, beschwerlich, teuer und kann Nebenwirkungen hervorrufen. Der beste Schutz vor HIV ist für sexuell aktive Menschen das Präservativ.
- Die meisten STI sind leichter übertragbar als HIV. Sie sind häufig symptomlos, aber nicht ungefährlich. Wer häufig sexuellen Risikokontakt pflegt mit verschiedenen Partnern, lässt sich deshalb regelmässig auf die dem Risiko entsprechenden STI testen.
- Zu einer angstfreien Sexualität gehört die Fähigkeit, mit SexualpartnerInnen auch über das Thema sexuelle Gesundheit und über allfällige Infektionen zu sprechen. Aufgeklärte Menschen tun dies.
- Personen, die eine STI-Diagnose oder eine HIV-Diagnose erhalten haben, unterstützen die Information ihrer Partnerinnen und Partner. Bei neuen Sexualkontakten informieren sie ihre Partner über die Infektion oder halten sich strikt an die Regeln des Safer Sex.
- HIV- und/oder STI-betroffene Menschen dürfen weder stigmatisiert noch diskriminiert werden. Unterstützung von und Solidarität gegenüber den Betroffenen und gegenüber gefährdeten Menschen sind notwendig.

8 DIE FÜR DIE UMSETZUNG NOTWENDIGEN RESSOURCEN



Auf der Basis des Epidemiengesetzes zeichnet der Bund zusammen mit den Kantonen dafür verantwortlich, dass die Zahl der Neuinfektionen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen wieder sinkt. Bund und Kantone erfüllen diese Aufgabe in enger Zusammenarbeit mit kommunalen Behörden sowie mit den in diesem Bereich tätigen privaten Organisationen (NGO). In diesem relativ komplexen Gebilde der HIV- und STI-Arbeit definiert das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 die Ziele, welche schweizweit zur Bekämpfung der sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten (inklusive HIV) verfolgt werden sollen. Strategie und Ziele sind für die Schweiz verbindlich.⁶¹ Die einzelnen Akteure entscheiden, wie die konkrete Umsetzung erfolgt und wie vorhandene Mittel eingesetzt werden. Der Bund hat die Aufgabe, die Massnahmen zu koordinieren.

Diese Ausgangssituation bringt mit sich, dass die notwendigen Ressourcen für die gesamte HIV- und STI-Arbeit nur geschätzt werden können, zumal eine aktuelle Studie fehlt, welche den heutigen Mitteleinsatz über die verschiedenen institutionellen Ebenen hinweg beziffert. Eine im Jahr 2001 publizierte Studie⁶² schätzt die gesamten Kosten der HIV-Prävention auf 41 bis 62 Millionen Franken im Jahr 1998. Heute dürften die Aufwendungen der Kantone und Gemeinden bei rund 50 Millionen Franken liegen, dazu kommt der Aids-Kredit des Bundes, der seit 2002 ca. 9 Millionen Franken pro Jahr beträgt. Für die Forschung im Bereich HIV/Aids wurden in den letzten Jahren rund 15 Millionen ausgegeben – zum grössten Teil vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF), welcher auch die Schweizer HIV-Kohortenstudie (Swiss HIV Cohort Study) finanziert.

Demgegenüber stehen die durch HIV und Aids verursachten direkten Kosten für medizinische Behandlung, Medikamente, Psychotherapie und Pflege, welche gemäss der erwähnten Studie im Jahr 1998 168 Millionen Franken betrugen. Rechnet man die indirekten Kosten hinzu, die durch den Arbeitsausfall und den vorzeitigen Tod der be-

troffenen Personen entstehen, so ergibt dies 443 Millionen. Die Autoren gingen von einer jährlichen Kostenzuwachsrate von 3% aus und prognostizierten so die durch HIV/Aids verursachten Kosten für das Jahr 2005 auf 522 Millionen Franken. Diese Beiträge können nicht mit den geschätzten 200 Millionen Franken zulasten der obligatorischen Krankenversicherung verglichen werden, da Letzterer nur die Aufwendungen für Behandlungen mit antiretroviralen Medikamenten berücksichtigt. Damit bleibt HIV/Aids eine der für die öffentliche Gesundheit relevanten Infektionskrankheiten, deren Kosten die Ausgaben für Prävention um ein Vielfaches übertreffen – selbst dann, wenn diese Krankheitskosten konservativer veranschlagt und die indirekten Kosten ausser Acht gelassen werden.

Nicht mehr Mittel als bisher notwendig

Um die im vorliegenden Programm definierte Zielsetzung zu verfolgen, sind Präventionsmittel im bisherigen Rahmen notwendig, wobei die Gelder zum Teil anders als bisher auf die einzelnen Aufgaben aufgeteilt werden müssten. So sollen beispielsweise schlecht besuchte Beratungsstellen ihr Angebot abbauen zu Gunsten spezifischer Präventionsangebote für von HIV und STI besonders betroffene Zielgruppen im urbanen Raum. Im Bereich der Sexualerziehung sind Doppelspurigkeiten abzubauen. Ob alle Kantone die an sie gerichteten Empfehlungen umsetzen (siehe auch Anhang 15.2) und die dafür notwendigen Mittel im bisherigen Rahmen sprechen, bleibt in ihrem Ermessen. Eine erhebliche Kürzung der kantonalen Präventionskredite hätte jedoch zur Folge, dass nicht alle erforderlichen Massnahmen ergriffen werden – und würde damit die Zielsetzung des Programms gefährden.

Beim Bund sind für die Aids-Prävention im Bundesamt für Gesundheit (BAG) seit 1987 Mittel eingestellt (vgl. Tabelle unten). Zur Umsetzung des NPHS bedarf es bundesseitig nicht mehr Mittel als bisher. Die personellen Ressourcen zur Umsetzung des Programms und zur Bewältigung der Daueraufgaben innerhalb des BAG beanspruchen weiterhin 8,9 Stellen.

Aids-Präventionskredit des Bundes, 1985–2010

1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
3,5 Mio.	3,5 Mio.	11,8 Mio.	12,2 Mio.	12,6 Mio.	13,1 Mio.	12,0 Mio.	13,5 Mio.	14,3 Mio.	16,0 Mio.	14,1 Mio.	15,0 Mio.	14,0 Mio.	13,5 Mio.
1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
11,9 Mio.	10,0 Mio.	9,5 Mio.	9,1 Mio.	9,1 Mio.	9,1 Mio.	9,1 Mio.	9,1 Mio.	8,1 Mio.	8,1 Mio.	8,1 Mio.	8,1 Mio.		

⁶¹ Nach Art. 118 Abs. 2 Bst. b der Bundesverfassung (BV) erlässt der Bund Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren. HIV und andere STI fallen darunter. Der Bund hat demnach die Kompetenz, den Kantonen und Gemeinden Leitplanken zu setzen, wie das HIV- und STI-Programm umzusetzen ist. Gemäss Epidemiengesetz hat der Bund auch die Oberaufsicht und sorgt für die Koordination kantonalen Massnahmen (Art. 9 EpG). Deshalb ist der Bund für die Strategieentwicklung zuständig und er überwacht die Umsetzung der Strategie, seine Vorgaben sind insofern verbindlich.

⁶² Zurn et al. (2001) Social cost of HIV infection in Switzerland

9 DIE VISION DES NATIONALEN PROGRAMMS HIV UND ANDERE SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN



In der Schweiz sind die Voraussetzungen gegeben, dass die Menschen selbstbestimmt und in gegenseitigem Respekt eine unbeschwerte, risikoarme Sexualität leben können. Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 trägt massgeblich hierzu bei, indem es die Bewohnerinnen und Bewohner befähigt, ihre sexuelle Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt Gesundheit nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheiten und Beschwerden, sondern als Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens.⁶³ Spezifiziert wird diese umfassende Definition von Gesundheit in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung,⁶⁴ welche Gesundheit als wichtige Voraussetzung für die soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung erfasst. Dazu gehört die sexuelle Gesundheit: Die Fähigkeit zur Fortpflanzung ist eine Grundfunktion des menschlichen Körpers und damit ein entscheidender Bestandteil des physischen Wohlergehens. Ein befriedigendes, risikoarmes Sexualleben bildet eine wichtige Komponente der Lebensqualität und beeinflusst in hohem Masse das seelische Wohlbefinden.

Die sexuelle Gesundheit trägt somit entscheidend zu einem erfüllten Leben in Gesundheit bei. Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 geht in Übereinstimmung mit den erwähnten WHO-Grundsatzdokumenten und mit der Gesamtstrategie des BAG⁶⁵ von einem ganzheitlichen Gesundheitsansatz aus. Es zielt darauf ab, die Kompetenzen der Bewohnerinnen und Bewohner im Bereich der sexuellen Gesundheit zu verbessern, sodass jede Person in der Lage ist, selbstbestimmt ihr Gesundheitspotenzial auszuschöpfen. Allerdings basiert das Programm auf dem rechtlichen Fundament des Epidemiengesetzes, welches Bund und Kantone den Auftrag erteilt, übertragbare Krankheiten zu bekämpfen. Die Strategie fokussiert deshalb darauf, die Bevölkerung auf die Gefährdung der sexuellen Gesundheit zu sensibilisieren und sie zu deren Erhalt sowie zum Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen zu befähigen.

⁶³ WHO: *Präambel zur Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*, verabschiedet von der internationalen Gesundheitskonferenz in New York vom 19. bis 22. Juli 1946, unterzeichnet am 22. Juli 1946 von 61 Staaten und in Kraft getreten am 7. April 1948 (Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946 SR 0.810.1).

⁶⁴ WHO (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion

⁶⁵ Bundesamt für Gesundheit (2002) Gesamtstrategie BAG

10

VIER OBERZIELE BESCHREIBEN DIE RICHTUNG DER KÜNFTIGEN HIV- UND STI-ARBEIT



Aus der Vision leiten sich für das Programm drei konkrete Oberziele in den drei Bereichen 1. Sensibilisierung, 2. Prävention, 3. Beratung, Diagnostik und Therapie ab. Ein viertes Oberziel definiert die Rahmenbedingungen, die unerlässlich sind, damit die ersten drei Oberziele erreicht werden können. Die Aufgaben, die sich durch das vierte Oberziel ergeben, werden aufgrund dieser unterstützen die Wirkung Unterstützungsaufgaben genannt.

1. Oberziel zur Sensibilisierung auf die Rechte im Bereich der Sexualität

In der Schweiz sind die Rechte des Menschen bezogen auf die Sexualität («Sexual Rights») im Grundsatz gewährleistet. Doch nicht alle Menschen sind gleichermassen aufgeklärt über diese Rechte und in der Lage, sie wahrzunehmen. So ist die Sexualerziehung weder national legitimiert noch in allen Kantonen verbindlich in den Lehrplänen verankert – was den gleichberechtigten Zugang aller Kinder und Jugendlichen zum entsprechenden Wissen behindert.⁶⁶ Auch gelingt es nicht allen Leuten in der gleichen Masse, sich vor unerwünschten Folgen sexueller Begegnungen zu schützen. Erhebungen zeigen gravierende Unterschiede zwischen Schweizerinnen und Migrantinnen: Die Anzahl Schwangerschaftsabbrüche ist bei Migrantinnen dreimal so hoch wie bei Schweizerinnen.⁶⁷ Dies kann auf ein Manko bei der Verhütung hindeuten – erklärbar etwa durch knappe Finanzmittel, einen ungesicherten Aufenthaltsstatus oder durch Vorbehalte gegenüber Verhütungsmitteln. Aber auch Abhängigkeitsverhältnisse in Partnerschaften oder der erschwerte Zugang zu Beratungsangeboten – etwa aufgrund sprachlicher Barrieren – können bewirken, dass gewisse Menschen ihre Rechte im Bereich der Sexualität nicht wahrnehmen.⁶⁸

Oberziel:

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

Die Sexualerziehung beginnt im Elternhaus, wird in der Schule ergänzt und bildet die Basis für die Förderung der sexuellen Gesundheit. Sie ist Voraussetzung dafür, dass Prävention eine nachhaltige Wirkung erzielen kann. Nur informierte Menschen sind in der Lage, für ihre Gesundheit zu sorgen und bei Bedarf Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, die ihnen zustehen. Explizit zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die Rechtsgleichheit und das Diskriminierungsverbot (z.B. aufgrund der sexuellen Orientierung oder Gender-Identität), das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Schutz vor sexuellem Missbrauch) und das Recht auf persönliche Freiheit, welches das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung einschliesst. Dazu gehört zudem das Recht jeder Person, frei zu entscheiden, ob sie eine Ehe eingehen will sowie ob und wann Kinder geboren werden sollen. Diese Rechte sind durch die Schweizerische Bundesverfassung garantiert. Gesundheitspolitisch spezifiziert sind sie in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.⁶⁹

Diese Grundsätze spielen für die Bekämpfung von HIV und STI sowie für die Vermeidung unerwünschter Schwangerschaften eine entscheidende Rolle. Denn sie sollen den gleichberechtigten Zugang aller Menschen zur sexuellen Gesundheitsversorgung, einschliesslich Prävention, Diagnose und Behandlung sicherstellen. Insbesondere Jugendliche, homo-, bi- und transsexuelle Menschen, Personen mit Migrationshintergrund und solche mit einer Behinderung sollen ihre Rechte im Bereich der Sexualität besser wahrnehmen können. Zu diesem Zweck wird das Wissen darüber gefördert. Dies soll im Elternhaus geschehen und in der Schule im Rahmen einer adäquaten Bildung und Beratung ergänzt werden. Kompetente Beratungsstellen bieten darüber hinaus Beratung an: Ihre Angebote kombinieren die Aufklärung über sexualitätsbezogene Rechte und über sexuelle und reproduktive Gesundheit mit der Prävention von HIV und anderen STI sowie der Verhütung von unerwünschten Schwangerschaften. Qualifizierte Beratungen erfolgen stets unter der Prämisse, dass die Sexualität einen wesentlichen Teil der Persönlichkeit eines jeden Menschen ausmacht, dass sie als positiver Aspekt des Lebens anerkannt werden soll und deshalb auf Freiwilligkeit und gegenseitigem Respekt der Sexualpartner basieren muss.

⁶⁶ Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen (2009) Bericht der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen. Jugendsexualität im Wandel der Zeit. Veränderungen, Einflüsse, Perspektiven

⁶⁷ Bundesamt für Gesundheit (2007) Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008–2013)

⁶⁸ Bihr (2009) Migration und sexuelle und reproduktive Gesundheit. Bestandsaufnahme bei den Beratungsstellen für Schwangerschaft und Familienplanung. Definitiver Bericht für das BAG

⁶⁹ WHO (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion

2. Oberziel zur Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen

Die sexuelle Gesundheit ist ein entscheidender Faktor des physischen und psychischen Wohlergehens. Es ist wichtig, dass die Menschen diesen Zusammenhang erfassen und zu ihrer sexuellen Gesundheit Sorge tragen. Dazu gehört, dass sie eine Infektion mit HIV oder einem anderen sexuell übertragbaren Erreger vermeiden. Denn HIV und andere STI können Gesundheitsschäden verursachen und die Lebensqualität der Betroffenen auch auf längere Sicht hinaus beeinträchtigen. Eine Ausbreitung der Epidemie von HIV oder gewisser STI würde die Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen gefährden. Zudem verursacht die Behandlung von HIV oder anderer STI (insbesondere die Behandlung der Spätfolgen einer STI wie Syphilis, Gonorrhoe oder Chlamydia trachomatis) hohe Kosten. Durch kontinuierliche Präventionsanstrengungen in den letzten Jahrzehnten gelang es der Schweiz, eine Generalisierung der HIV-Epidemie und der meisten STI zu verhindern. In bestimmten Bevölkerungsgruppen verbreitet sich HIV jedoch immer noch in besorgniserregendem Ausmass, und bei einzelnen STI nimmt die Anzahl der Neuinfektionen zu.

Oberziel:

Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sinkt.

Die Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz werden motiviert, in Risikosituationen⁷⁰ weiterhin zuverlässig die Regeln des Safer Sex anzuwenden, um sich vor HIV und anderen STI zu schützen. Spezifische Massnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention, Impfprogramme sowie wirksame Konzepte zur Testung und Behandlung bewirken, dass sich insbesondere Menschen mit einem erhöhten Expositionsrisiko künftig besser vor HIV schützen können und eine längerfristige Beeinträchtigung ihrer Gesundheit durch andere STI vermeiden.

Als Folge davon sinkt die Anzahl Neuinfektionen von HIV und anderen STI in der Schweizer Bevölkerung insgesamt wie auch in den von HIV und anderen STI besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen.⁷¹ Die weitere Ausbreitung der HIV-Epidemie wird maximal gebremst, die Ausbreitung verschiedener STI verhindert.

⁷⁰ Unter Risikosituationen sind sexuelle Begegnungen zwischen Menschen zu verstehen, die voneinander nicht wissen, ob sie mit HIV oder einer anderen STI infiziert sind.

⁷¹ Referenzgrösse bildet die Zeitspanne des letzten Programms 2004–2008. Indikatoren sind einerseits die epidemiologischen Daten per Ende 2008, andererseits die Resultate der Behavioural Surveillance im Monitoringbericht: Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008.

3. Oberziel zu Beratung, Diagnostik und Therapie

Aids bleibt eine schwere und unheilbare Krankheit, die HIV-Infektion lässt sich aber durch eine rechtzeitig begonnene und konsequent durchgeführte medikamentöse Therapie in den meisten Fällen unter Kontrolle halten. Der frühen Diagnose und der richtigen Behandlung von HIV kommt deshalb grosse Bedeutung zu, da dies die Lebenserwartung der Betroffenen erhöht und längerfristig deren Lebensqualität steigert.

Bestimmte STI sind in einem frühen Stadium relativ einfach heilbar, oder die richtige Behandlung kann zumindest das Abklingen von Beschwerden und die Verhinderung von Folgeschäden wie etwa schwere chronische Krankheiten oder Unfruchtbarkeit bewirken. Auch bei STI spielt deshalb die frühe Erkennung der Infektion eine wichtige Rolle, um eine längerfristige Gefährdung der individuellen Gesundheit abwenden zu können. Manche STI können jedoch symptomlos verlaufen, was deren frühzeitige Entdeckung erschwert. Die Früherkennung von Infektionen ist nicht nur aus der Perspektive der betroffenen Individuen sinnvoll und notwendig, sondern hat zudem grosse Bedeutung für die öffentliche Gesundheit: Die rasche und wirksame Behandlung von STI unterbindet deren Übertragung auf weitere Individuen und hat demzufolge präventiven Charakter.

Oberziel:

HIV und andere STI werden in einem frühen Stadium erkannt und richtig behandelt.

Dies bedingt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz nach einer realen Risikoexposition⁷² rasch die entsprechenden Dienstleistungen (Beratung, adäquate Testung) in Anspruch nehmen. Personen mit Symptomen von HIV, einer STI oder undefinierten Beschwerden im Genitalbereich sollen sich unverzüglich in medizinische Abklärung begeben. Auf der Basis von anerkannten Testkonzepten wird ihnen eine korrekte Diagnose gestellt. Infizierte Personen erhalten eine optimale, qualitativ hochstehende medizinische und psychosoziale Beratung, Behandlung und/oder Begleitung. Menschen mit einer HIV-Diagnose werden darin motiviert, die Therapie rechtzeitig zu beginnen. Sie bekommen die für sie optimale Kombination von ART und werden unterstützt, diese Therapie dauerhaft einzuhalten. Menschen mit einer STI werden unverzüglich behandelt und (sofern möglich) geheilt. Die Anzahl spät diagnostizierter oder undiagnostizierter HIV- und STI-Fälle

⁷² Unter einer realen Risikoexposition sind ungeschützte sexuelle Begegnungen zu verstehen mit einem Partner oder einer Partnerin, von dem/der man nicht verlässlich weiss, ob er/sie HIV- oder STI-infiziert ist und der/die einer Bevölkerungsgruppe mit erhöhter Prävalenz angehört.

und die damit verbundenen Spätfolgen (wie Mortalität, Aids, chronische Erkrankungen, Krebs, Unfruchtbarkeit, Schwangerschaftskomplikationen oder Beeinträchtigungen von Neugeborenen) vermindern sich. Die frühe Diagnose und richtige Behandlung der Infektionen vermindert deren Verbreitung und trägt damit zur Prävention bei.

4. Oberziel zu den gesellschaftspolitischen und strukturellen Bedingungen

Damit die Strategie zur Bekämpfung von HIV und anderen STI gelingt, müssen zwei Grundbedingungen erfüllt sein: Erstens dürfen HIV- und/oder STI-betroffene Menschen weder stigmatisiert noch diskriminiert werden, denn die Angst vor Stigmatisierung behindert die offene Auseinandersetzung mit dem Thema. Zweitens müssen die Zielgruppen sowie HIV- und/oder STI-betroffene Menschen in die strategische und operationelle Präventionsarbeit eingebunden werden, denn nur wenn die Interventionen den Bedürfnissen der Adressaten entsprechen, wirken sie nachhaltig. Angesichts der begrenzten Mittel ist zudem wichtig, dass die Präventionsgelder dort eingesetzt werden, wo aus der Public Health-Perspektive am meisten erreicht werden kann; hierzu bedarf es der präzisen Analyse der Epidemie und des Verhaltens einzelner Bevölkerungsgruppen. So ist der Erkenntnis, dass der grösste Teil der Infektionen im städtischen Raum stattfindet (bei MSM wie bei Heterosexuellen),⁷³ Rechnung zu tragen. Grundsätzlich sollen sich Projekte und Massnahmen in der HIV- und STI-Arbeit an den anerkannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit messen lassen. Wo dies nicht möglich ist, richten sie sich nach evaluierten Modellen der Best Practice. Gleichzeitig soll weiterhin Spielraum bestehen, um erfolgversprechende Innovationen zu fördern.

Oberziel:

Die HIV- und STI-Arbeit wirkt nachhaltig, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Bevölkerung getragen wird.

Die Qualität des Systems der Prävention, Beratung, Diagnostik und Therapie wird kontinuierlich weiterentwickelt – in Zusammenarbeit mit den betroffenen Menschen und den Zielgruppen der Interventionen.⁷⁴ Die Angebote dieses Systems haben stets deren Empowerment zum Ziel und richten sich nach deren Bedarf und Bedürfnissen aus.

Mithilfe der bewährten wissenschaftlichen Instrumente der Qualitätssicherung (Surveillance, Monitoring, Evaluation und Forschung) ist dafür gesorgt, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen effektiv eingesetzt sind und die Interventionen nachhaltige Wirkung erzielen. Die Leistungserbringer der HIV- und STI-Arbeit der verschiedenen staatlichen und privaten Ebenen kooperieren. Die Schweiz reiht sich mit ihrer Arbeit in die internationale Initiative zur Bekämpfung von HIV und STI ein. Sie orientiert sich an internationalen Modellen der Best Practice und trägt selbst zu deren Weiterentwicklung bei.

⁷³ Siehe Angaben zum Infektionsort im Kapitel 4.1; «HIV: Epidemiologie in der Schweiz und in Europa».

⁷⁴ Dieses Anliegen richtet sich nach dem GIPA-Prinzip (Greater Involvement of People living with HIV and AIDS). Das Prinzip hält fest, dass Menschen mit HIV und AIDS auf allen Ebenen und in allen Programmen und Institutionen massgeblich an der HIV/AIDS-Arbeit beteiligt sein sollen und dafür gegebenenfalls befähigt werden. GIPA wurde am Gipfeltreffen von 42 Staaten in der «Paris Declaration» 1994 beschlossen. Siehe z.B. UNAIDS (2007) The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). Policy Brief.

11 DREI INTERVENTIONSACHSEN STRUKTURIEREN DIE KÜNFTIGE HIV- UND STI-ARBEIT



Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 bündelt die Interventionen und Massnahmen der HIV- und STI-Arbeit in drei Achsen. Jede Interventionsachse richtet sich an bestimmte Bevölkerungsgruppen.

Die Bündelung der Interventionen in drei Achsen hilft, die HIV- und STI-Arbeit zu strukturieren: Sie erleichtert erstens das Festsetzen der strategischen Ziele. Zweitens erlaubt sie, das System HIV/STI organisatorisch zu entflechten und so die Rollen und Verantwortlichkeiten klarer auf die verschiedenen Akteure aufzuteilen.

Prävalenz bestimmt die Zielgruppen der einzelnen Achsen

Der Definition der drei Interventionsachsen liegen Überlegungen zur Prävalenz und zur Vulnerabilität zu Grunde. Das 3-Achsen-Modell baut auf der Logik auf, dass für alle Menschen ein Grundangebot an Präventionsmassnahmen bestehen soll, sodass sie sich wirksam vor HIV oder einer möglichen Gesundheitsgefährdung durch STI sowie vor ungewollten Schwangerschaften schützen können. Die Achse 1 richtet sich an die Gesamtbevölkerung; in dieser Achse wird gleichsam das Fundament der Präventionsarbeit gelegt. Die Achse 2 ist auf Personen ausgerichtet, die sich in einem Umfeld hoher Prävalenz riskant verhalten oder vulnerabel sind. Sie bedürfen zusätzlicher, spezifischer Massnahmen, da ihr Infektionsrisiko grösser ist. Die Achse 3 richtet sich an infizierte Menschen sowie deren Partnerinnen und Partner. Hier ist das Risiko am höchsten: für die negativen Partner der Infizierten, aber auch für die Infizierten selbst, weil diese anfälliger sind, sich zusätzlich zur schon bestehenden Infektion mit einer weiteren STI (oder HIV) anzustecken. Deshalb braucht es in der Achse 3 eine besonders umfassende, individuelle Betreuung.

Das Achsenmodell ist also kumulativ angelegt: Ein Angehöriger einer vulnerablen Bevölkerungsgruppe in Achse 2 ist als Mitglied der Gesamtbevölkerung doppelt angesprochen, er profitiert also von den Massnahmen für die Gesamtbevölkerung sowie von den spezifischen Interventionen für die gefährdete Bevölkerungsgruppe⁷⁵.

⁷⁵ Aus dem Bereich der Gender Studies und der Intersektionalitätsforschung weiss man allerdings, dass in der Realität diese schematische Darstellung nicht auf alle Fälle zutrifft. Besondere Vorsicht ist bei mehrfach diskriminierten Menschen geboten. So könnte sich ein schwuler Drogenabhängiger in keiner Achse angesprochen fühlen, da er sich weder mit IDU identifiziert («Ich bin schwul und kein Süchtiger!»), noch MSM-Angebote in Anspruch nehmen will («ich bin eigentlich gar nicht schwul, denn ich schlafe nur mit Männern, um Geld zu verdienen»). Hier ist bei der Erarbeitung von konkreten Präventionsmassnahmen besondere Vorsicht und Sensibilität vonnöten, damit solche Menschen nicht durch alle Präventionsmaschen fallen.

Dieser Logik folgend, sind die drei Achsen so festgesetzt:

- **Die Interventionsachse 1** richtet sich an alle in der Schweiz lebenden Menschen.
- **Die Interventionsachse 2** richtet sich an sexuell aktive Menschen mit erhöhtem Expositionsrisiko, das heisst Angehörige von Bevölkerungsgruppen mit erhöhter Prävalenz oder erhöhter Vulnerabilität.
- **Die Interventionsachse 3** richtet sich an Menschen mit HIV und/oder einer STI sowie deren (nicht-infizierte) Sexualpartnerinnen und -partner.

Nach UNAIDS⁷⁶ ist die Schweiz von einer konzentrierten HIV-Epidemie betroffen. Dies bedeutet, dass die HIV-Prävalenz in der Gesamtbevölkerung unter 1 % liegt.⁷⁷ Es gibt jedoch Bevölkerungsgruppen, die eine weit höhere HIV-Prävalenz aufweisen: Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), MigrantInnen, die aus Regionen mit einer generalisierten Epidemie kommen, sowie Personen, die injizierend Drogen konsumieren (IDU).⁷⁸ Zu den anderen STI existieren nur rudimentäre Prävalenz-Schätzungen. Bei gewissen STI (Syphilis, Gonorrhoe, Lymphogranuloma, Hepatitiden) ist ebenso von einer konzentrierten Epidemie auszugehen, teils in denselben Bevölkerungsgruppen wie bei HIV (MSM). Bei bestimmten STI scheint die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung erhöht⁷⁹.

⁷⁶ «In North America and in Western and Central Europe, national epidemics are concentrated among key populations at higher risk, especially men who have sex with men, injecting drug users and immigrants.» (UNAIDS et al. (2009) AIDS epidemic update : November 2009)

⁷⁷ Die Anzahl Menschen mit einer diagnostizierten HIV-Infektion in der Schweiz liegt laut Berechnungen des BAG zwischen 14'000 und 21'000 Personen. Dazu kommen jene, die zwar infiziert sind, aber nicht von ihrer Infektion wissen. Anhand von Studien in vergleichbaren Industriestaaten (UK und Kanada) lässt sich für die Schweiz eine Schätzung erstellen: Insgesamt dürften mindestens 20'000 Menschen mit HIV/Aids leben. Bei einer Einwohnerzahl von 7,8 Millionen ergibt dies eine Prävalenz in der Gesamtbevölkerung von ca. 0,3 %.

⁷⁸ Von den Personen mit diagnostizierter HIV-Infektion in der Schweiz sind rund 25 % MSM und rund 25 % IDU (also je zwischen 3600 und 5500 Personen). Dies zeigt, dass die Prävalenzen in diesen Gruppen deutlich höher liegen als in der Allgemeinbevölkerung. Bei den sexuell aktiven MSM wird sie aufgrund von Prävalenzstudien vergangener Jahre und aufgrund von BAG-Berechnungen auf 6 bis 10 % geschätzt. Bei den IDU erreicht die Prävalenz gemäss Schätzungen gar an die 30 %. Die Prävalenz der MigrantInnen aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara lässt sich nicht genau abschätzen, reflektiert aber mit einiger Wahrscheinlichkeit die Prävalenz im Herkunftsland.

⁷⁹ Bei gewissen viralen STI (Humanes Papillomavirus [HPV] und Herpes simplex [HSV 1 + 2]) ist aufgrund von Studien davon auszugehen, dass deren Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung über 5 % beträgt. Im Falle der Chlamydia trachomatis wird die Prävalenz auf über 3 % geschätzt – betroffen scheinen vor allem junge Frauen. Krech et al. (2010) Urogenitale Humane Papillomviren und Chlamydien. Epidemiologie bei Schweizer Frauen unter Anwendung neuer Nachweisverfahren Bundesamt für Gesundheit (2009) Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 2006 bis 2008 AHS et al. (2008) Sexuell übertragbare Infektionen. Informationen für Beratende



Neben der Prävalenz spielt bei der Achseneinteilung die Vulnerabilität eine Rolle: Besonders gefährdet durch eine STI sind Personen, die häufig Sex mit wechselnden oder anonymen Partnern/Partnerinnen haben – beispielsweise sich prostituierende Frauen und Männer. Studien und Beobachtungen der letzten Jahre deuten darauf hin, dass auch Gefängnisinsassen in besonderem Masse von STI gefährdet sind.⁸⁰

Die Prävalenzen der unterschiedlichen STI sind nicht durchwegs in denselben Bevölkerungsgruppen erhöht wie im Falle von HIV. Gleichwohl definiert das NPHS für die gesamte STI-Prävention dieselbe Achseneinteilung wie für die HIV-Prävention. Dies aus Gründen der Praktikabilität: Ein nach einzelnen STI differenziertes Achsenmodell würde so kompliziert, dass es sich kaum mehr als Strukturierungshilfe eignen würde und somit sein wichtigstes Ziel – nämlich Klarheit zu schaffen – verfehlte.

Verschiedene Kommunikationsebenen in jeder Achse

Die Definition der Zielgruppen in den einzelnen Achsen entspricht der Analyse der heutigen Situation. Diese Analyse kann sich aber – je nach Verlauf der Epidemien – ändern, was allenfalls eine Neubeurteilung notwendig macht. Deshalb erachtet es das BAG als nötig, die Achsenzuteilung in die Hände des Organs zu legen, welches den Bundesrat berät – die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF): Sie soll aufgrund der Surveillance die Achsenzuteilung überwachen und gegebenenfalls Anpassungen vornehmen.

Gemäss der heutigen Datenlage und der oben beschriebenen Überlegungen lassen sich die Zielgruppen der einzelnen Achsen im Moment so konkretisieren:

Interventionsachse 1:

Alle in der Schweiz lebenden Menschen. Speziell anzusprechen sind:

- Jugendliche sowie junge Frauen und Männer
- Migrantinnen und Migranten aus Ländern ohne generalisierte HIV-Epidemie
- Freier
- Reisende in Endemiegebiete

⁸⁰ Für den internationalen Kontext: Niveau (2006) Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: A review. Für die Schweiz: Iten et al. (2005) Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande (EPIPS). Deuxième phase de l'étude. Rapport Final

Alle in der Schweiz lebenden Personen sollen wissen, dass HIV und STI ein Problem darstellen, und sich bei Risikokontakten schützen. Der Fokus in der Interventionsachse 1 liegt demnach auf der Sensibilisierung der Bevölkerung für ihre Rechte in Bezug auf die Sexualität, für eine mögliche Gefährdung der sexuellen Gesundheit, auf der Sexualerziehung und auf der transkulturellen Gesundheitsförderung. Konkret geht es darum, Menschen auch in Ausnahmesituationen zu Safer Sex anzuhalten – etwa bei Reisen oder unvorhergesehenen sexuellen Erlebnissen mit Gelegenheitspartnern sowie in schwierigen Lebensabschnitten mit psychosozialen Problemen. Jugendliche sollen mittels Sexualerziehung zu einem verlässlichen Schutzverhalten motiviert werden. Bei Migrantinnen und Migranten besteht die Herausforderung darin, sie mit den Präventionsbotschaften besser zu erreichen als bis anhin und sie dazu zu bewegen, bei Bedarf Beratungs- und Versorgungsangebote in Anspruch zu nehmen. Für bestimmte Migrantengruppen braucht es spezifische Aufklärungsarbeit, damit sie ihre sexualitätsbezogenen Rechte wahrnehmen, also ihre sexuelle Integrität und Gesundheit erhalten können.

Interventionsachse 2:

Alle Menschen mit erhöhtem Expositionsrisiko

- Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)⁸¹
- Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit generalisierter Epidemie
- Sexworkerinnen und Sexworker⁸²
- Injizierend Drogen konsumierende Menschen (IDU)
- Gefängnisinsassen

Zu erreichen ist in dieser Achse, dass Menschen, die in einem Umfeld mit hoher Prävalenz verkehren, trotz erhöhtem Risiko HIV-negativ und möglichst STI-frei bleiben (auch in Ausnahmesituationen). Dazu braucht es zusätzliche, auf die speziellen Bedürfnisse der Zielgruppen zugeschnittene Angebote. Der Fokus liegt auf der spezifischen Sensibilisierung, Information und Motivation zu vermehrter

Schutz, ebenso auf Interventionen der Verhältnisprävention im unmittelbaren Umfeld der einzelnen Zielgruppen.

Interventionsachse 3:

Menschen mit einer HIV-Infektion und/oder einer STI sowie deren Sexualpartnerinnen und -partner.

Menschen mit HIV sollen rechtzeitig, richtig und zeitstabil therapiert werden, sodass sie ihre Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt und sie nicht mehr infektiös sind. Menschen mit STI müssen, wo dies möglich ist, so rasch als möglich therapiert (geheilt) sein. Eine weitere Herausforderung besteht darin, die Partnerinnen und Partner der Infizierten infektionsfrei zu erhalten. Dies kann nur gelingen, wenn die Partner informiert sind über die Infektion der Betroffenen. Der Schwerpunkt liegt demzufolge auf der Intensivierung der Partnerinformation sowie auf der individuellen medizinischen, kurativen und, falls nötig, psychosozialen und rechtlichen Begleitung (inklusive Diskriminierungsschutz) der Betroffenen und ihrer Partnerinnen und Partner.

Achsenmodell als Grundlage der HIV- und STI-Arbeit

Die einzelnen Zielgruppen einer Achse sind jedoch nicht homogen, sondern weisen eine grosse Varianz auf. Bei der Präventionsarbeit ist dieser Varianz Rechnung zu tragen: So ist beispielsweise nicht jeder homosexuelle Mann infektionsgefährdet. Auch lassen sich die Zielgruppen in Untergruppen aufteilen, die möglicherweise mit unterschiedlichen Interventionen und Botschaften für die Prävention motiviert werden müssen.⁸³

Das Achsenmodell strukturiert die gesamte HIV- und STI-Arbeit, es enthält sämtliche Interventionen in den Bereichen Sensibilisierung, Prävention, Diagnose, Therapie und Beratung. In jeder der drei Achsen sind Interventionen vorgesehen, die Breitenwirkung erzielen (etwa die LOVE LIFE-Kampagne in der Achse 1 oder Sensibilisierungskampagnen für MSM in der Achse 2), Massnahmen, die vertiefende Kenntnisse vermitteln (etwa die Information über eine mögliche Gefährdung durch HPV für junge Frauen oder die Aufklärung von Freiern in der Achse 1), sowie individuelle Beratungs- oder Behandlungsangebote (als Beispiel können hier die Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit in der Achse 1 dienen oder die spezifischen Beratungs- und Test-Angebote der Checkpoints für MSM in der Achse 2). Nur diese Vielfalt an unterschiedlichen Interventionen ermöglicht die nachhaltige Bekämpfung von HIV und anderen STI.

⁸¹ Der Grund, weshalb nicht alle homosexuellen und bisexuellen Menschen als Zielgruppe genannt sind, sondern nur MSM, liegt in deren höherer Gefährdung: Lesben und andere Frauen, die Sex mit Frauen haben, sind deshalb ebenso wie Transgender-Menschen Teil der Interventionsachse 1. Im Fall, dass sie sich prostituieren, gehören sie in die Interventionsachse 2. Im Moment besteht in der Schweiz keine Evidenz, die besagt, dass Lesben und andere Frauen, die Sex mit Frauen haben, sowie Transgender-Menschen ein höheres Infektionsrisiko aufweisen als die heterosexuelle Bevölkerung.

⁸² Bei den Sexworkerinnen ist auf die besondere Problematik des Menschenhandels bzw. Frauenhandels hinzuweisen: Frauen aus ärmeren Regionen Europas, Afrikas, Südamerikas und Asiens werden mit falschen Arbeitsangeboten oder Heiratsversprechen in die Schweiz gebracht, entführt oder gekauft, oder kommen als Cabaret-Tänzerinnen in die Schweiz und werden in der Folge zur Prostitution gezwungen. Sie befinden sich in einer ausgesprochen starken Abhängigkeit (illegaler Aufenthalt), haben keinen Zugang zu Informationen und keine Möglichkeit zur sexuellen Selbstbestimmung. Das kann zur Folge haben, dass sie auf die Benutzung eines Präservativs verzichten (müssen). Diese Frauen sind sehr schwer erreichbar, weshalb dieser Gruppe besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

⁸³ Sexarbeiterinnen beispielsweise sind keine homogene Gruppe, sondern lassen sich gemäss Studien in folgende Untergruppen aufteilen: Cabaret-Tänzerinnen und Barhostessen, reguläre Sexarbeiterinnen Indoor oder Outdoor, irreguläre Sexarbeiterinnen, drogenabhängige Sexarbeiterinnen.

12 DIE PRÄAMBEL ZU DEN ZIELEN DES PROGRAMMS



Rechtliche Voraussetzungen des Programms

Die Grundwerte des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 basieren auf den Grundrechten. Um die Ziele des NPHS erreichen zu können, müssen demnach die folgenden rechtlichen Voraussetzungen respektiert werden:

Internationale Menschenrechtsabkommen: Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948 der UNO (AEMR)⁸⁴ stellt den Grundstein für den internationalen Menschenrechtsschutz dar. Die AEMR sowie die anderen Menschenrechtsabkommen der UNO⁸⁵ und des Europarats⁸⁶ bilden das Fundament dieses Programms. Das Programm respektiert die Würde des Menschen sowie die Rechtsgleichheit und es stützt das Verbot jeglicher Diskriminierung, sei es aufgrund der sexuellen Orientierung oder Gender-Identität oder aufgrund einer Infektion mit HIV beziehungsweise einer anderen STI.

Bundesverfassung: Ebenfalls findet das Programm seine Grundlage in den Grundrechten der Bundesverfassung (BV).⁸⁷ Relevant sind neben dem Schutz der Menschenwürde (Art. 7 BV), der Rechtsgleichheit und dem Diskriminierungsverbot (Art. 8 BV) vor allem das Recht auf persönliche Freiheit einschliesslich sexueller Selbstbestimmung (Art. 10, Abs. 2 BV) und der Schutz der Privatsphäre (Art. 13 BV) sowie der Schutz der Kinder und Jugendlichen (Art. 11 BV).

Epidemiengesetz: Das Programm basiert auf dem Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz).⁸⁸ Es erteilt dem Bund und den Kantonen den Auftrag, die nötigen Massnahmen zu ergreifen, um übertragbare Krankheiten des Menschen zu bekämpfen und die Menschen vor Erregern zu schützen (Art. 1). Dabei kommt dem Bund die Rolle zu, die Oberaufsicht über den Vollzug des Gesetzes auszuüben und, wenn nötig, die Massnahmen der Kantone zu koordinieren (Art. 9). Deshalb ist

der Bund für die Strategieentwicklung zuständig und er überwacht die Umsetzung der Strategie.

Rechte des Menschen bezogen auf die Sexualität: Das Programm bezweckt, die einzelnen Rechte, die im Zusammenhang mit der menschlichen Sexualität stehen, umzusetzen. In Anlehnung an den englischen Begriff der «Sexual Rights» werden die sexualitätsbezogenen Rechte auch als «sexuelle Rechte» bezeichnet. Der Begriff «sexuelle Rechte» verweist auf bestehende Normen im Bereich der Grund- und Menschenrechte, die auf die Sexualität angewandt werden – die International Planned Parenthood Federation (IPPF) hat sie in einer Erklärung definiert.⁸⁹ Diese Rechte des Menschen bezogen auf die Sexualität umfassen die Freiheit, die Gleichstellung, die Privatsphäre, die Selbstbestimmung, die Integrität und Würde aller Menschen. In der Schweiz sind diese Rechte auf Verfassungsebene garantiert.

Gesellschaftspolitische Voraussetzungen des Programms

Die Umsetzung der Ziele im NPHS setzt zudem Konsens zu den folgenden gesellschaftspolitischen Prinzipien voraus, die eine effiziente HIV und STI-Arbeit erst ermöglichen:

Chancengleichheit: Alle Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz haben im Bereich der sexuellen Gesundheit gleichberechtigt Zugang zu Information, Beratung, Diagnostik, Therapie und Pflege – unabhängig von Herkunft, Rasse, Geschlecht, Alter, Sprache, sozialer Stellung und Lebensform sowie unabhängig von der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung und von gesundheitlichen Behinderungen (vgl. Art. 8, Abs. 2 BV). Auf die Pluralität der Gesellschaft wird eingegangen: Die Massnahmen und Botschaften zur Prävention wie auch die Angebote der Versorgung tragen den unterschiedlichen Bedürfnissen der einzelnen Bevölkerungsgruppen Rechnung. Wo nötig, sind spezifische Präventionsmassnahmen oder Versorgungsangebote für besonders vulnerable Gruppen etabliert. Die Interventionen nehmen stets Rücksicht auf den soziokulturellen und sprachlichen Hintergrund der einzelnen Zielgruppen (bei MigrantInnengruppen sind bei Bedarf interkulturelle Vermittler beizuziehen). Ihre Organisationen sind – sofern sie das wünschen – in die Präventionsarbeit eingebunden.

⁸⁴ UNO (1948) Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

⁸⁵ UNO (1966) Internationaler Pakt vom 16. Dezember 1966 über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte SR 0.103.1

UNO (1966) Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte SR 0.103.2

UNO (1965) Internationales Übereinkommen vom 21. Dezember 1965 zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung SR 0.104

Übereinkommen vom 18. Dezember 1979 zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau SR 0.108

UNO (1989) Übereinkommen über die Rechte des Kindes SR 0.107

UNAIDS (2010) Human rights and HIV

⁸⁶ Europarat (1950) Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) SR 1.01

⁸⁷ Schweizerische Eidgenossenschaft (1999) Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SR 101)

⁸⁸ Schweizerische Eidgenossenschaft (1970) Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz SR 818.101)

⁸⁹ International Planned Parenthood Federation IPPF (2009) Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung

Sexuelle Orientierung und Gender-Identität:⁹⁰ Homosexualität, Bisexualität, Transgender-Identität und Intersexualität werden als sexuelle Orientierung oder Gender-Identität akzeptiert und respektiert. Homosexuelle, bisexuelle, transgender und intersexuelle Menschen geniessen in der Schweiz denselben Respekt wie heterosexuelle Menschen. Das NPHS stützt sich hierbei auf die Empfehlung, welche das Ministerkomitee des Europarates zuhanden der Mitgliedstaaten verabschiedet hat, und die sich mit der Bekämpfung der Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung und der Gender-Identität befasst. Die Empfehlung ist das erste Rechtsinstrument, welches ausdrücklich die Diskriminierung von lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgender Menschen (LGBT) behandelt.⁹¹ Nicht namentlich erwähnt sind darin die intersexuellen Menschen – diese haben aber selbstredend dasselbe Recht auf Selbstbestimmung und auf Schutz vor Diskriminierung.

Partizipation der Zielgruppen und der Betroffenen (NGIPA): Die Zielgruppen sowie HIV- und/oder STI-betroffene Menschen, beziehungsweise deren Organisationen, sind in die strategische und operationelle Präventionsarbeit eingebunden. Sie bringen ihr Wissen ein oder gestalten entsprechende Angebote aktiv mit. Alle Angebote zu Gunsten von Zielgruppen oder Betroffenen haben zum Ziel, diese in ihrem eigenverantwortlichen Verhalten zu unterstützen und zu bestärken (Empowerment).

Prinzip des Selbstschutzes: Die Schweizer Präventionsarbeit basiert seit 1987 auf dem Prinzip des Selbstschutzes: Personen, die geistig und physisch in der Lage sind, sich vor HIV und/oder einer STI zu schützen, sind bei freiwilligen Sexualkontakten selbst für ihren eigenen Schutz verantwortlich.⁹² Dieses Prinzip entbindet die Personen aber nicht jeglicher Verantwortung ihren Sexualpartnern gegenüber: Sexualität in gegenseitigem Respekt gibt es nur, wenn eine möglicherweise infizierte Person entweder mit ihrem Partner Safer Sex praktiziert oder diesen transparent über eine mögliche Infektion informiert.

Partnerinformation: Menschen mit einer HIV-Infektion und/oder einer STI sind sich ihrer Verantwortung gegenüber ihren (Sexual-)partnern bewusst. Sie unterstützen die (bei Bedarf anonyme) Partnerinformation, um die Weiterverbreitung des Erregers zu verhindern und den Partnern eine allfällige Behandlung zu ermöglichen. Die Partnerinformation geschieht stets im Rahmen des freiwilligen und informierten Einverständnisses der infizierten Person, die den Nutzen einer solchen einsieht.

Prinzip der Freiwilligkeit (informed consent): Die individuellen Interventionen in diesem Programm basieren auf dem Grundsatz der Freiwilligkeit. Das heisst, die Nutzniesser, Adressaten, KlientInnen oder PatientInnen einer Intervention müssen informiert werden und ihr Einverständnis zu einer bestimmten Massnahme (beispielsweise einem HIV-Test oder einer Behandlung) geben – es muss also ihre von Information und Aufklärung getragene Einwilligung dazu vorliegen (informed consent).⁹³

⁹⁰ Das NPHS verwendet im Gegensatz zur EU-Richtlinie 2000/78/EG nicht den Begriff «sexuelle Ausrichtung», sondern «sexuelle Orientierung» kombiniert mit dem Begriff «Gender-Identität». Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass es Menschen gibt, die sich affektiv und sexuell zum anderen Geschlecht (heterosexuell), zum gleichen Geschlecht (homosexuell) oder zu beiden Geschlechtern (bisexuell) hingezogen fühlen. Die Gender-Identität beschreibt die persönliche Überzeugung einer Person, eine Frau oder ein Mann zu sein. Dabei spricht man von Transgender-Identität, wenn die Gender-Identität nicht mit dem biologischen Geschlecht übereinstimmt.

⁹¹ Council of Europe et al. (2010) Recommendation CM/Rec(2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity

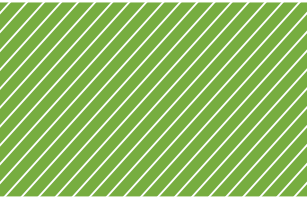
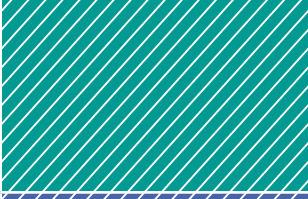
⁹² Das dem Programm zu Grunde liegende Verständnis des Selbstschutzes steht im Einklang mit Artikel 6 der Schweizerischen Bundesverfassung, welcher besagt, dass jede Person Verantwortung für sich selber wahrnimmt (Schweizerische Eidgenossenschaft [1999] Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [SR 101]).

⁹³ Die «individuellen Interventionen» werden in diesem Sinne als Handlungen aufgefasst, welche im Rahmen einer ärztlichen Behandlung erfolgen. Die Behandlungspflicht des Arztes ist hier durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten begrenzt. Dieses Prinzip kann jedoch im Bereich der kollektiven Präventionsmassnahmen – etwa der Sexualerziehung – oder der Sensibilisierungskampagnen aufgebrochen werden. Beispielsweise ist nicht zulässig, dass sich Kinder (bzw. deren Eltern) auf das Prinzip des «informed consent» berufen, um sich vom obligatorischen Sexualunterricht dispensieren zu lassen.

13 ZIELE NACH INTERVENTIONSACHSEN SOWIE DAZUGEHÖRIGE MASSNAHMEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN



Matrix mit Interventionsachsen und Oberzielen:

Interventionsachsen Oberziele	Gesamtbevölkerung Schweiz ↓ 1	Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko ↓ 2	Infizierte Personen und deren PartnerInnen ↓ 3
Sensibilisierung			
Prävention			
Diagnose + Beratung/ Therapie			

Die Matrix zeigt eine Übersicht zu den Oberzielen in den verschiedenen Zielgruppen (Interventionsachsen). Für jedes Oberziel gibt es zu erreichende Ziele. Die Schwerpunkte in der Interventionsachse sind jeweils schraffiert gekennzeichnet. Das heisst beispielsweise, für die Gesamtbevölkerung werden Sensibilisierungsmassnahmen angeboten und es besteht auch ein Angebot an Prävention. Bei Personen mit erhöhtem Risiko liegt der Schwerpunkt auf der Prävention, es werden aber auch Massnahmen der Sensibilisierung und der Diagnose, Beratung und Therapie angeboten. Bei infizierten Menschen und ihren Partnern liegt der Fokus auf Diagnose, Beratung und Therapie. Ein Augenmerk gilt aber auch hier der Prävention: HIV-Infizierte werden sensibilisiert, das Virus nicht weiterzugeben, nicht-infizierte Partner werden motiviert, sich nicht zu infizieren.

Interventionsachse

Gesamtbevölkerung
Schweiz



13.1 ZIELE IN DER INTERVENTIONSACHSE 1

Sensibilisierung (Ziel 1 in Achse 1)

Die Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz sind sensibilisiert für den Wert der sexuellen Gesundheit und für die Rechte des Menschen im Bereich der Sexualität.

Die Sensibilisierung bereitet den Boden, dass die Menschen die sexualitätsbezogenen Rechte wahrnehmen und infizierte Mitmenschen nicht diskriminieren. Sie bewirkt, dass sie eine mögliche Gefährdung durch HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen erkennen, dass sie sich effektiv und selbständig vor HIV und anderen STI sowie vor ungewollten Schwangerschaften schützen – auch in aussergewöhnlichen Situationen (z. B. auf Reisen, unter Drogeneinfluss oder bei psychischen Problemen) –, dass sie im Falle einer vermuteten Risikoexposition rasch ihr Risiko abklären und im Falle einer Infektion die Partnerinformation unterstützen.

Massnahmen (die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und kann aufgrund der Evidenz geändert werden): Sensibilisierung via LOVE LIFE-Kampagne, Beratungsstellen, Ärzteschaft.

Zuständigkeit: Bund in Zusammenarbeit mit relevanten Dachorganisationen und -verbänden sowie deren Mitglieder, Kantone, Ärzteschaft, weitere Fachkräfte (Pflegepersonal, Sozialarbeitende, Lehrpersonen, Sexual- und EheberaterInnen), nach Bedarf Migrantenorganisationen.

Prävention (Ziel 2 in Achse 1)

Die Bevölkerung ist informiert über HIV und andere STI. Der Zugang zu Impfboten sowie zu Präventionsmitteln ist für alle gewährleistet.

Die Information umfasst die Rechte des Menschen im Bereich der Sexualität und propagiert die grundlegenden Massnahmen zum Schutz vor unerwünschten Schwangerschaften, vor HIV oder vor längerfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die durch STI ausgelöst werden. Diese grundlegenden Massnahmen lauten:

1. Verhüten (was einfach und effizient verhütbar ist)
2. Impfen (wo Impfungen bestehen und empfohlen sind)
3. Früh erkennen
4. Rechtzeitig und richtig behandeln

Die Menschen haben einfachen Zugang zu weitergehenden Informationen oder zu qualifizierten Beratungsstellen.

Massnahmen: Informationsbroschüren und Flyer stehen in verschiedenen Sprachen zur Verfügung. Als Schutzstrategie wird propagiert: Safer Sex bei Gelegenheitspartnern, treue Paare können erst nach einem negativen HIV-Test auf Safer Sex verzichten.

Interventionsachse

Gesamtbevölkerung
Schweiz



Eine Informations- und Austauschplattform aller Akteure («\isis-info.ch») liefert verlässliche Informationen für Fachkräfte und die Allgemeinbevölkerung.

Sexuelle Gesundheit ist ein Teil der Informationsmaterialien, die MigrantInnen bei der Regelung ihres Aufenthaltsstatus angeboten erhalten.

Infos zur allgemeinen Prävention bei Reisen (Impfungen usw.) erweitern um Thema Schutzverhalten bei Gelegenheitsbekanntschaften und «käufllichem Sex».

***Zuständigkeit:** Bund in Zusammenarbeit mit relevanten Dachorganisationen und -verbänden sowie deren Mitglieder, Kantone, Ärzteschaft, weitere Fachkräfte (Pflegepersonal, Sozialarbeitende, Lehrpersonen, Sexual- und EheberaterInnen), nach Bedarf Migrantenorganisationen sowie Institute der Reisemedizin und die Reisebranche.*

In Zusammenarbeit mit den Kantonen wird darauf hingewirkt, dass im Rahmen der Gesundheitsförderung eine stufengerechte Sexualerziehung in die Lehrpläne der obligatorischen und nachobligatorischen Schule integriert wird⁹⁴. Sie vermittelt Aufklärung, verankert Wissen über sexuelle Gesundheit und wirkt der Stigmatisierung von Menschen mit HIV und/oder anderen STI entgegen. Sie behandelt wertfrei verschiedene Ausrichtungen der sexuellen Orientierung und Gender-Identität und erleichtert so Jugendlichen, ihre eigene zu finden. In enger Zusammenarbeit mit den Kantonen wird angestrebt, dass Sexualpädagogik an den Pädagogischen Hochschulen (unter der politischen Verantwortung der Kantone) sowie an Fachhochschulen für Soziale Arbeit und für Sozialpädagogik unterrichtet wird.

***Massnahmen:** Die Fortbildung für Lehrpersonen zum Thema Sexualerziehung ist an Pädagogischen Fachhochschulen und an Hochschulen für Soziale Arbeit ein Bestandteil des Unterrichts. Eine Vertiefung der Thematik in Form von obligatorischen Modulen während des Bachelor-Studiums an Fachhochschulen für Soziale Arbeit wird diskutiert.*

Im Rahmen des vorliegenden Programms etabliert das Kompetenzzentrum Sexualpädagogik und Schule der PHZ (Pädagogische Hochschule Zentralschweiz) Standards für die Sexualerziehung an den Schulen, im Einvernehmen mit interessierten Kantonen und PLANeS.

PLANeS etabliert Standards für die ausser schulische Jugendbetreuung und stellt diese den betroffenen sowie den interessierten Akteuren zur Verfügung. Auf das Verlangen der Akteure überprüft PLANeS die Einhaltung dieser Standards.

***Zuständigkeit:** Kantone; Kompetenzzentrum Sexualpädagogik und Schule (PHZ) und weitere Bildungsstätten, PLANeS.*

⁹⁴ Bundesamt für Gesundheit (2009) Schulische Sexualpädagogik; Pädagogische Hochschule Zentralschweiz (Hrsg.) (2009) Grundlagenpapier Sexualpädagogik und Schule. Grundlagen für die schweizweite Verankerung von Sexualerziehung in der Schule sowie Überlegungen für die Aus- und Weiterbildung von Lehrpersonen an Hochschulen

Interventionsachse

Gesamtbevölkerung Schweiz



Die kontinuierliche und qualitativ hochstehende Fortbildung für Fachpersonen im Präventionsbereich, MultiplikatorInnen sowie für die Ärzteschaft ist gewährleistet.

Massnahmen: In Zusammenarbeit mit den betroffenen Instituten sowie den betroffenen Bundesstellen werden geeignete Fortbildungskonzepte geschaffen.

Zuständigkeit: EKAF, Bund in Zusammenarbeit mit Ärzteschaft, Kantonen und weiteren Fachkräften.

Jugendliche und erwachsene Bewohnerinnen und Bewohner werden dazu ermuntert, sich gemäss den Empfehlungen der Eidgenössischen Impfkommision (EKIF) impfen zu lassen.

Massnahmen: Informationen zu Impfungen (über Kampagnen oder an den Schulen) motivieren alle Jugendlichen, sich gegen Hepatitis B impfen zu lassen. Den jungen Frauen, evtl. später den jungen Männern wird eine HPV-Impfung nahe gelegt. Erwachsene werden motiviert, sich gegen Hepatitis B impfen zu lassen.

Zuständigkeit: Bund in Zusammenarbeit mit EKIF, Ärzteschaft.

Präventions- und Verhütungsmittel sind schweizweit erhältlich.

Diagnose und Beratung (Ziel 3 in Achse 1)

In der Schweiz ist der Zugang zu einem bedarfsgerechten Netz von qualitativ hochstehenden und umfassenden Angeboten zur Beratung, zu Test und Diagnose und zu Notfallinterventionen gewährleistet.

Die Bewohnerinnen und Bewohner klären nach einer vermuteten Risikoexposition rasch ihr individuelles Risiko ab mittels einer Beratung oder anonym (z. B. über ein anerkanntes Internet-Tool). Sexuell aktive Personen mit wechselnden PartnerInnen checken regelmässig (mehrmals jährlich) ihr Risiko.

Massnahmen: Tool für individuelle Risikoabklärung (Check Your Lovelife) wird auf STI adaptiert und weiterhin propagiert.

Zuständigkeit: Bund in Zusammenarbeit mit relevanten Dachorganisationen und -verbänden sowie deren Mitglieder.

Interventionsachse

Gesamtbevölkerung
Schweiz



Sexuell aktive Frauen und Männer nehmen bei Problemen mit ihrer sexuellen Gesundheit das Versorgungssystem aus eigenem Antrieb in Anspruch.

Personen mit Problemen der sexuellen Gesundheit erhalten Unterstützung, sofern sie dies wünschen (z.B. an einer Beratungsstelle).

Personen mit einem negativen STI- und/oder HIV-Testresultat sind umfassend und individuell über Schutzstrategien aufgeklärt.

Der Ärzteschaft und den Testzentren stehen anerkannte Testkonzepte zur Testung von HIV und anderen STI zur Verfügung. PICT wird in Zusammenarbeit mit kompetenten Partnern gestärkt. Die Konzepte umfassen auch Screenings von Schwangeren und beinhalten die Partnerinformation. Sie haben zum Ziel, die Anzahl undiagnostizierter HIV-Infektionen und STI zu reduzieren. In der Schweiz sollte es keine vertikale Übertragung von HIV und anderen gesundheitsgefährdenden STI geben.

Massnahmen: Testkonzepte werden erarbeitet. Pilotprojekte zur Chlamydienprävention werden erarbeitet.

Zuständigkeit: Bund in Zusammenarbeit mit Ärzteschaft, EKAF.

In grösseren Städten bestehen nach Möglichkeit «Walk-in»-Angebote im Bereich HIV und STI unter ärztlicher Aufsicht, wo Menschen nach dem Prinzip von VCT niederschwellig beraten, bei Indikation getestet und behandelt werden oder eine Notfallintervention erhalten (z.B. postkoitale Verhütung). Die Kostenübernahme dieser Angebote sollte so geregelt sein, dass sie den Zugang nicht behindert.

Zuständigkeit: Kantone in Zusammenarbeit mit betroffenen Städten, bei Bedarf mit einer relevanten Dachorganisation, Krankenversicherer (Krankenkasse).

HIV- und STI- Prävention sind ein integrierter Bestandteil von Beratungsangeboten zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Ärztinnen und Ärzte sind kompetent, sorgfältige Sexualanamnesen und qualitativ hochstehende Beratungen durchzuführen.

Massnahmen: Für bestimmte Zielgruppen der Achse 1 – namentlich für Jugendliche sowie für vulnerable Migrantengruppen – werden spezifische Angebote geschaffen, oder die regulären Angebote sind so gestaltet, dass sie deren spezifische Bedürfnisse abdecken können (beispielsweise migrationsfreundliche medizinische Dienstleistungen).

Zuständigkeit: Kantone, Städte, relevante Dachorganisationen und -verbände, Migrantenorganisationen.

Interventionsachse

Personen mit erhöhtem
Expositionsrisiko

2

13.2 ZIELE IN DER INTERVENTIONSACHSE 2

Sensibilisierung (Ziel 1 in Achse 2)

Die Zielgruppen in der Interventionsachse 2 werden zusätzlich und spezifisch sensibilisiert.

Die zusätzliche und spezifische Sensibilisierung schärft das Bewusstsein dafür, dass sich die Angehörigen der Zielgruppen in einem Umfeld mit erhöhter Prävalenz von HIV und/oder anderen STI bewegen und deshalb einem höheren Expositionsrisiko ausgesetzt sind.

Massnahmen (die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und kann aufgrund der Evidenz geändert werden):

- Zielgruppenspezifische Broschüren, Flyer, Aktionen/Kampagnen, Internet
- Aktionen mit Opinion-Leaders der einzelnen Zielgruppen
- Separate Telefon-Hotlines/Telefonberatung für die Angehörigen der Zielgruppen

Zuständigkeit: Bund in Zusammenarbeit mit relevanten Dachorganisationen und -verbänden sowie deren Mitglieder, Kantone, Städte, Ärzteschaft, weitere Fachkräfte (Sozialarbeitende, Lehrpersonen, Sexual- und EheberaterInnen), nach Bedarf Migrantenorganisationen.

Fach- und Betreuungspersonen (z.B. Ärzteschaft, Gefängnisangestellte), die mit den Angehörigen der entsprechenden Zielgruppen arbeiten, sind für die HIV- und STI-Prävention sensibilisiert.

Massnahmen: Fach- und Betreuungspersonen werden mit den notwendigen Informationen versorgt, Weiterbildungsmaterial wird erarbeitet.

Zuständigkeit: Bund in Zusammenarbeit mit relevanten Dachorganisationen und -verbänden sowie deren Mitglieder, Kantone, Städte, relevante Bundesämter, GefängnisdirektorenInnen, Gefängnisärzte.

Prävention (Ziel 2 in Achse 2)

Spezifische Konzepte zur Information und zur Verhältnisprävention in den einzelnen Zielgruppen vermindern das Ansteckungsrisiko. Der Bund und die Kantone erachten die zielgruppenspezifische Prävention in der Interventionsachse 2 als prioritär.

Zuständigkeit: Bund in Zusammenarbeit mit relevanten Dachorganisationen und -verbänden sowie deren Mitglieder, Kantone, Städte, Beratungsstellen, Ärzteschaft, weitere Fachkräfte.

Interventionsachse

Personen mit erhöhtem
Expositionsrisiko



Die zusätzliche Information für Angehörige der Zielgruppen beinhaltet:

- risikobegünstigende Faktoren/Settings/Verhaltensweisen
- verschiedene Schutzstrategien und Risikominderungsstrategien und deren Zuverlässigkeit
- empfohlene Impfungen
- mögliche Erkennungszeichen von HIV und anderen STI (z.B. Primoinfektion)
- spezifische Anlaufstellen für Test und Beratung

Massnahmen: Spezifische Impfempfehlungen für die Zielgruppen in deren Sprache und Kontext.

Zuständigkeit: EKIF, Bund in Zusammenarbeit mit relevanten Dachorganisationen und -verbänden.

Für die einzelnen Zielgruppen sind spezifische Konzepte zur Verhältnisprävention in ihrem Umfeld etabliert. Diese erinnern an die Notwendigkeit von Schutzmassnahmen und erleichtern deren Anwendung. Die Akteure setzen sich zum Ziel, auch jene Menschen für die HIV- und STI-Prävention zu sensibilisieren, die sich in präventionsbehindernden Situationen befinden (beispielsweise Personen in Abhängigkeitsverhältnissen).

Die Netzwerke und Organisationen der Zielgruppen setzen sich für eine präventionsfreundliche Kultur in ihrer Community ein und engagieren sich gegen die Diskriminierung HIV- und STI-Betroffener und gegen deren Stigmatisierung.

Massnahmen:

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

- Spezifische Informationsangebote und spezifisches Präventionsmaterial für die unterschiedlichen Untergruppen der MSM
- Spezifisches Internet-Tool für Risikoanamnese mit Anreiz zu Beratung und Test, falls Indikation dafür besteht
- Betriebe und Veranstalter, welche mit ihren Anlässen Übertragungsrisiko erhöhen, stellen Präventions- und Informationsmaterial bereit und/oder gewähren Präventionsspezialisten Einlass in ihren Betrieb
- Niederschwelliges Impfangebot für MSM im Setting, wo sie verkehren (Hepatitis A und B, HPV bei MSM unter 20)

MigrantInnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie

- Outreach-Health-Promotion
- MediatorInnenarbeit
- Spezifisches Informationsmaterial mit Adressen von Fachstellen anbieten, wenn Aufenthaltsstatus auf Ausländeramt geregelt wird
- Spezifisches Internet-Tool für Risikoanamnese mit Anreiz zu Beratung und Test, falls Indikation dafür besteht
- Asylsuchende aus Ländern mit generalisierter Epidemie zu Beratung motivieren
- Beratungsstellen transkulturell ausbilden

Interventionsachse

Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko

2

SexworkerInnen

- *Spezifisches Internet-Tool für Risikoanamnese mit Anreiz zu Beratung und Test, falls Indikation dafür besteht*
- *Betriebe und Veranstalter, welche mit ihren Anlässen Übertragungsrisiko erhöhen, sollten Präventions- und Informationsmaterial bereitstellen und/oder Präventionsspezialisten Einlass in ihren Betrieb gewähren*
- *Ausländerämter empfehlen Cabaret-TänzerInnen den Besuch einer Informationsveranstaltung zu HIV und anderen STI*
- *Aufsuchende Präventionsarbeit auf dem Strassenstrich*
- *Niederschwelliges Impfangebot für SexworkerInnen im Setting, wo sie verkehren.*

Injizierend Drogen Konsumierende (IDU)

- *Die Mittel der Harm Reduction werden grundsätzlich aufrechterhalten und dem Bedarf angepasst*
- *Zentren für IDUs betreiben auch Prävention von HIV und anderen STI*
- *Präventionsmaterial, spezifische Info für IDUs, die sich prostituieren*
- *Sensibilisierung für Gefahr und hohe Prävalenz von Hepatitis C*

Gefängnisinsassen

- *Projekt BIG⁹⁵ wird weiterentwickelt*
- *Angebote zur Prävention, Impfung, Testung und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie zur Drogentherapie; die Angebote erfüllen das Postulat der Äquivalenz (gleichwertige Gesundheitsversorgung im Freiheitsentzug wie in der übrigen Gesellschaft).*

Die Präventionsdienstleistungen für die Zielgruppen der Interventionsachse 2 können auch Angebote umfassen, die nicht direkt HIV- und STI-Prävention bewirken, sich jedoch positiv auf die Gesundheit der Individuen auswirken.

Zuständigkeit: *Bund in Zusammenarbeit mit relevanten Dachorganisationen und -verbänden sowie deren Mitglieder, betroffene Bundesämter, Kantone, Städte, Ärzteschaft, Präventionsanlaufstellen, Besitzer von Etablissements, wo Verhältnisprävention betrieben wird, weitere Fachkräfte und Akteure.*

⁹⁵ Das Projekt «Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis (BIG)» wird gemeinsam vom Bund (Bundesamt für Gesundheit BAG, Bundesamt für Justiz BJ) und der Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren KKJPD realisiert. Das Projekt verfolgt folgende Ziele:

1. minimale Risiken der Übertragung von Infektionskrankheiten im Vollzug;
2. minimale Risiken der Übertragung von Infektionskrankheiten aus dem Vollzug in die Aussenwelt und umgekehrt;
3. in Relation zur Aussenwelt äquivalente Testung, Prävention, Beratung, Therapie und Pflege in Bezug auf Infektionskrankheiten im Vollzug;
4. in Relation zur Aussenwelt äquivalente Drogentherapie im Vollzug;
5. die Sicherstellung der Nachhaltigkeit der entwickelten Massnahmen und Instrumente.

Interventionsachse

Personen mit erhöhtem
Expositionsrisiko



Diagnose und Beratung (Ziel 3 in Achse 2)

Den Angehörigen der verschiedenen Zielgruppen stehen spezifische Angebote zur Beratung, Notfallintervention, Testung (VCT) und Behandlung zur Verfügung.

Bei Indikation erhalten sie rasch die richtigen Tests und allenfalls eine geeignete Notfallintervention (z. B. ↘ Post-Expositions-Prophylaxe PEP). Integrierte Zentren, welche die verschiedenen Angebote kombinieren, werden gefördert.

Für die einzelnen Zielgruppen bestehen spezifische Testkonzepte (welche sich vornehmlich an PICT und VCT orientieren). Die Testkonzepte zielen darauf ab, bei den Angehörigen der Zielgruppen in der Interventionsachse 2 die frühe Diagnose von HIV und anderen STI zu fördern. Die Testung ist für sie kostengünstig und Zugang wie Prozedere sind unkompliziert. Von HIV-Hometests wird abgeraten, da ihre Anwendung nicht im Rahmen einer professionellen Beratung und Diagnose geschieht. Die Testkonzepte umfassen auch Standards zur Partnerinformation. Die Ärzteschaft und die qualifizierten Institutionen kennen die Testkonzepte und handeln danach.

Massnahmen: Labor-, PICT-, VCT-Konzept für STI differenziert für die einzelnen Zielgruppen. Aufklärung über Probleme mit HIV-Hometests (falsche Interpretation, keine Kontrolle über die Qualität der Tests etc.).

Testangebote in Treffpunkten von SexarbeiterInnen oder Freiern und in Lokalen, wo sexuelle Begegnungen stattfinden (mobile Checkpoints ausbauen).

Zuständigkeit: Bund in Zusammenarbeit mit relevanten Dachorganisationen und -verbänden, EKA, Ärzteschaft, regionale HIV- und STI-Zentren.

Personen mit einem negativen STI- und/oder HIV-Testresultat werden mittels geeigneter Anreize motiviert, sich auf längere Sicht nicht zu infizieren.

Personen, deren sexuelle Gesundheit und Schutzfähigkeit durch psychische Probleme gefährdet ist, erhalten bei Bedarf Unterstützung.

Interventionsachse

Infizierte Personen
und deren PartnerInnen

3

13.3 ZIELE IN DER INTERVENTIONSACHSE 3

Sensibilisierung (Ziel 1 in Achse 3)

Personen mit einer HIV- und/oder STI-Diagnose sowie ihre Partnerinnen und Partner sind kompetent, ihre Gesundheit entsprechend ihrer Situation zu verbessern oder zu erhalten.

HIV-positive oder STI-betroffene Menschen sind sensibilisiert für die relevanten Faktoren im Zusammenhang mit ihrer Infektion – so für ein adäquates Schutzverhalten, für die Gefahr von $\searrow$ Koinfektionen und Therapieunterbrüchen. Sie sehen den Nutzen der Partnerinformation ein.

Die negativen PartnerInnen von HIV- und/oder STI-Betroffenen sind sensibilisiert für ihre spezifische Situation mit erhöhtem Risiko.

Prävention (Ziel 2 in Achse 3)

Personen mit einer HIV-Diagnose oder einer STI-Diagnose erhalten und verstehen alle für sie wichtigen Informationen im Zusammenhang mit der Infektion. PartnerInnen von Menschen mit HIV- und/oder STI-Diagnose sind über die Infektion ihres Partners informiert.

Massnahmen (die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und kann aufgrund der Evidenz geändert werden): Richtlinien und Empfehlungen für die Ärzteschaft und für Präventionsspezialisten und -institutionen.

Zuständigkeit: Bund in Zusammenarbeit mit relevanten Dachorganisationen und -verbänden, z.B. AHS, PLANeS.

Personen mit einer STI- und/oder HIV-Infektion werden darin unterstützt, sich selbst vor weiteren Erregern zu schützen und sie werden motiviert, eine Übertragung des Erregers auf den Partner/die Partnerin zu vermeiden. HIV-positive Menschen befolgen die Regeln des Safer Sex, solange ihre Viruslast nachweisbar ist. Sie sind über die Details des $\searrow$ EKAF-Statements⁹⁶ informiert.

HIV- und/oder STI-betroffene Schwangere erhalten alle notwendigen Informationen und profitieren von allen medizinischen Massnahmen, um eine Übertragung des Erregers auf ihr ungeborenes Kind oder auf Neugeborene zu verhindern.

⁹⁶ Siehe Kapitel 7: Präventionsarbeit steht vor neuen Herausforderungen.

Interventionsachse

Infizierte Personen
und deren PartnerInnen



Massnahmen: Die Information erfolgt:

- auf kollektiver Ebene (Tools, Internetseiten, Broschüren). Die Information auf kollektiver Ebene befähigt die Individuen, Qualitätsansprüche an die Leistungserbringer geltend zu machen.
- auf individueller Ebene. Die Leistungserbringer klären Personen mit Indikation für eine HIV- und/oder STI-Behandlung umfassend über alle Belange der individuellen Therapie auf (Nebenwirkungen, alternative Möglichkeiten, Wichtigkeit der Adhärenz wegen Resistenzbildung).

Zuständigkeit: Bund in Zusammenarbeit mit Ärzteschaft und qualifizierten Leistungserbringern und mit relevanten Dachorganisationen und -verbänden.

PartnerInnen von Menschen mit HIV- und/oder STI-Diagnose sind im Einverständnis der infizierten Person über die Infektion ihres Partners informiert. Die Leistungserbringer thematisieren bei jeder Diagnose die Partnerinformation und ermuntern und unterstützen infizierte Menschen darin, ihre Partner zu informieren. Das Gebot der Freiwilligkeit und der Datenschutz bleiben dabei gewährleistet.

Zuständigkeit: Bund und Kantone in Zusammenarbeit mit relevanten Dachorganisationen und -verbänden unter Beizug der geeigneten DatenschutzspezialistInnen und Betroffenenorganisationen.

Partnerinnen und Partner von Infizierten sind umfassend aufgeklärt über taugliche Schutzstrategien, damit sie den Erreger nicht aufnehmen. Sie sind, mit Einverständnis des Partners, in dessen Beratung einzubeziehen oder nehmen eine eigene Beratung in Anspruch und lassen rasch die entsprechenden Tests durchführen. Anreize sorgen dafür, dass die qualifizierten Leistungserbringer ein optimales Partnermanagement gewährleisten und die nicht infizierten PartnerInnen dauerhaft infektionsfrei bleiben.

Zuständigkeit: Bund und Kantone in Zusammenarbeit mit regionalen Teststellen.

Interventionsachse

Infizierte Personen und deren PartnerInnen

3

Diagnose und Therapie (Ziel 3 in Achse 3)

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

Personen mit einer heilbaren STI werden so früh als möglich erfolgreich therapiert. Die qualifizierten Leistungserbringer halten sich an Guidelines der Best Practice oder überweisen die PatientInnen an Spezialisten. Der Erfolg der Therapie wird systematisch überprüft.

PartnerInnen von STI-Infizierten werden bei einer realen Risikoexposition oder bei Vorliegen von positiven Testresultaten rasch (sofern möglich gemeinsam mit der infizierten Person) behandelt. HIV-PatientInnen erhalten professionelle Unterstützung und Begleitung, um ihre Lebensqualität so gut als möglich zu erhalten.

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

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

HIV-PatientInnen mit Indikation für eine Therapie sind motiviert, diese Therapie rasch zu beginnen. Sie erreichen dauerhaft und ohne Unterbruch das Therapieziel einer Viruslast unter der Nachweisgrenze. Sie erhalten professionelle Beratung und Begleitung, um ihre Therapiebereitschaft und Adhärenz zu stärken. Bei Bedarf haben sie Zugang zu Angeboten der paramedizinischen Unterstützung oder der Rechtshilfe, welche ihr Empowerment bezwecken.

Massnahmen: Pilotprojekt zur Prüfung eines Disease-Management-Modells im Bereich HIV/STI.⁹⁷

Zuständigkeit: Ärzteschaft, Managed-Care-Institutionen im Gesundheitswesen.

Die Behandlung von HIV erfolgt evidenzbasiert. Spezialisierte FachärztInnen sorgen für die adäquate Behandlung von HIV-PatientInnen, Grundversorger behandeln diese in Zusammenarbeit mit FachärztInnen oder spezialisierten Zentren. Für HIV-PatientInnen stehen integrierte Versorgungsmodelle zur Verfügung, welche die Qualität einer auf das Individuum angepassten Behandlung langfristig gewährleisten und präventive Funktionen übernehmen (beispielsweise Komorbiditäten verhindern). Die integrierten Versorgungsmodelle arbeiten mit geeigneten Anreizen, um das Therapieziel zu erreichen.

Massnahmen: Behandlungsguidelines für die relevanten STI und für HIV entwickeln bzw. überarbeiten.

Zuständigkeit: EKA, Bund.

⁹⁷ Die Bezeichnung Disease Management steht für ein System, das die integrierte Versorgung (speziell chronisch) erkrankter Patienten verbessert. Die funktionierende Zusammenarbeit der verschiedenen Beteiligten sowie die aktive Einbindung der Patienten sind wesentliche Bestandteile des Konzepts.

Interventionsachse

**Infizierte Personen
und deren PartnerInnen**



Die Leistungserbringer befolgen die vom BAG empfohlenen Behandlungsguidelines.

Für Schwerkranken oder sterbende HIV- und/oder STI-PatientInnen, bei denen keine Therapie mehr Wirkung zeigt, steht Palliative Care zur Verfügung.⁹⁸

⁹⁸ Palliative Care hat zum Ziel, die Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch-fortschreitenden Krankheiten zu verbessern. Sie umfasst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychische, soziale und spirituelle Unterstützung in der letzten Lebensphase. Die betroffene Person bestimmt soweit möglich selbst, wie und wo sie die letzte Lebensphase verbringen möchte. Bund und Kantone haben sich das Ziel gesetzt, Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Forschungswesen zu verankern. Sie haben deshalb die «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» lanciert. Siehe auch: Bundesamt für Gesundheit et al. (2009) Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012

14

UNTERSTÜTZUNGSAUFGABEN ERMÖGLICHEN DIE ZIELERREICHUNG



Die Unterstützungsaufgaben tragen entscheidend zum Gelingen der ersten drei Oberziele (1. Sensibilisierung, 2. Prävention, 3. Beratung, Diagnostik und Therapie) bei. Sie bilden gleichsam die gesellschaftspolitischen und strukturellen Rahmenbedingungen, die eine erfolgreiche und nachhaltige HIV- und STI-Arbeit erst ermöglichen. Die anstehenden Arbeiten im Bereich der Unterstützungsaufgaben werden in den folgenden Kapiteln beschrieben und ähnlich den Programmzielen mit Indikatoren und Meilensteinen ausgestattet.

14.1 ENGAGEMENT GEGEN DIE DISKRIMINIERUNG UND STIGMATISIERUNG HIV- UND/ ODER STI-BETROFFENER UND VULNERABLER MENSCHEN

«Die Menschenrechte bilden das Fundament für jede Politik zur Eindämmung von HIV und STI. Das Nationale Programm muss sich nach ihnen ausrichten. Namentlich im Rahmen der Präventionsarbeit und bei der Unterstützung von Menschen mit HIV ist die Respektierung der Menschenrechte zu fördern – sowohl in der Schweiz als auch auf internationaler Ebene.»⁹⁹

«Die Diskriminierung Betroffener behindert die Prävention. Deshalb muss die Diskriminierung von Betroffenen bekämpft und die Solidarität mit ihnen gefördert werden.»¹⁰⁰

Engagement gegen Diskriminierung als wichtige Querschnittsaufgabe des Programms

Die Diskriminierung HIV-positiver oder STI-betroffener Menschen ist unannehmbar: Sowohl die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte¹⁰¹ als auch etliche weitere internationale Übereinkommen und Deklarationen¹⁰² sowie die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft¹⁰³ verbieten die Diskriminierung von Menschen beispielsweise aufgrund einer körperlichen Behinderung. Die Schweiz hat sich in der Vergangenheit im Rahmen der internationalen HIV/Aids-Arbeit stets für die Einhaltung dieses Grundrechts eingesetzt.

Das Engagement gegen die Diskriminierung HIV- und STI-Betroffener und der Einsatz gegen Stigmatisierungen rund um HIV/STI bleiben auch innerhalb der Schweiz als Pflicht bestehen und bilden eine wichtige Querschnittsaufgabe dieser Strategie. Zumal die Bemühungen um Prävention, Diagnose und Behandlung von HIV und STI nicht zum Erfolg führen können, wenn betroffene Menschen fürchten müssen, von der Gesellschaft ausgeschlossen oder geächtet zu werden, sobald sie als TrägerInnen einer solchen Infektion zu erkennen sind: Die Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung kann Betroffene hemmen, gegenüber ihren (Sexual-)Partnern eine STI- oder HIV-Infektion offenzulegen und mit ihnen über geeignete Schutzmassnahmen zu sprechen. Sie kann zudem Menschen daran hindern, rechtzeitig einen Test durchzuführen oder eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, was dem strategischen Ziel entgegenläuft, die frühe Erkennung und Therapie von HIV und anderen STI zu fördern. Diese Problematik kann in besonderem Masse bei jenen Migrantengruppen auftreten, in denen Sexualität und sexuelle Gesundheit traditionellerweise Tabuthemen sind und deshalb die Angst vor einer Stigmatisierung gross, zum Teil existenziell, ist.

Zu stützen ist in der Schweiz einerseits der gesellschaftliche Konsens, dass Menschen, die mit HIV/Aids oder einer STI leben, davon betroffen oder dadurch besonders gefährdet sind, dieser Gesellschaft als gleichberechtigte Mitglieder angehören und dass sie auf allen Ebenen dieselben Rechte und Pflichten haben wie nicht-betroffene Menschen. Zu fördern ist andererseits die Unterstützung von HIV-

⁹⁹ These 1.1 aus: BAG et al. (2009) Die Thesen zur Entwicklung des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017

¹⁰⁰ These 1.6 aus: BAG et al. (2009) Die Thesen zur Entwicklung des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017

¹⁰¹ «Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich und haben ohne Unterschied Anspruch auf gleichen Schutz durch das Gesetz. Alle haben Anspruch auf gleichen Schutz gegen jede Diskriminierung, die gegen diese Erklärung verstösst, und gegen jede Aufhetzung zu einer derartigen Diskriminierung.» UNO (1948) Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Artikel 7

¹⁰² Siehe Fussnoten 85 und 86, S. 76

¹⁰³ «Niemand darf diskriminiert werden, namentlich nicht wegen der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung.» Schweizerische Eidgenossenschaft (1999) Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SR 101), Artikel 8, Absatz 2

oder STI-betroffenen Menschen sowie das Verständnis dafür, dass sie sich in einer besonderen Situation befinden, die möglicherweise mit Beeinträchtigungen einhergeht und die daher spezifische Bedürfnisse hervorrufen kann.

Situation in der Schweiz vergleichsweise gut – aber verbesserungsfähig

Die Situation für Menschen mit HIV/Aids in der Schweiz gilt im internationalen Vergleich als gut. So figuriert die Schweiz beispielsweise in der kürzlich erschienenen Vergleichsstudie «The Euro HIV Index 2009»¹⁰⁴ auf dem dritten Platz. Diese Studie wurde unter der schwedischen EU-Ratspräsidentschaft von einem unabhängigen Forschungsinstitut angefertigt und klassiert 29 europäische Länder nach ihren Anstrengungen gegen die HIV-Epidemie. Die gute Position verdankt die Schweiz insbesondere ihrer Kohortenstudie. Doch hat die Studie Probleme im Bereich Diskriminierung/Stigmatisierung ermittelt. Auch hierzulande werden HIV-positive Menschen nicht immer gleichbehandelt wie Nicht-Infizierte. Nach wie vor sind sie von gewissen Versicherungsleistungen ausgeschlossen. Gemäss der AHS sind viele solche Ausschlüsse nicht gerechtfertigt, insbesondere in Anbetracht der neuen Behandlungsmöglichkeiten von HIV. Jegliche ungerechtfertigte Diskriminierung, sei es im Bereich der Versicherungen oder in anderen Bereichen, muss vermieden werden. Auch im Arbeitsalltag kommen immer wieder Diskriminierungen von HIV-positiven Menschen vor, wie das entsprechende Monitoring der Aids-Hilfe Schweiz im Auftrag der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) aufzeigt. Dabei betreffen diese Diskriminierungen das gesamte Arbeitsverhältnis, von der Anstellung über die Arbeitnehmersicherungen bis hin zur Kündigung. Zusätzlich gelten in mehreren Ländern Reisebeschränkungen für Menschen mit HIV, die deren Einreise oder den Aufenthalt verunmöglichen.

Negativ bewertet wird in der genannten Studie der Umstand, dass in der Schweiz vergleichsweise viele HIV-Betroffene strafrechtlich verfolgt und verurteilt werden, weil sie andere Menschen dem Virus aussetzen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung¹⁰⁵ macht sich ein HIV-positiver Mensch strafbar, der durch ungeschützte sexuelle Kontakte die Verbreitung von HIV oder Aids riskiert – selbst wenn die andere Person freiwillig mitmacht und von der Erkrankung des Sexualpartners weiss. Damit wird die Verantwortung einseitig den HIV-positiven Menschen aufgebürdet. Dies enthebt HIV-negative Menschen der

Pflicht, beim Schutz vor HIV Eigenverantwortung zu übernehmen. Auf internationaler Ebene werden vermehrt Anstrengungen unternommen, die Übertragung von HIV zu entkriminalisieren, wenn keine Absicht einer Übertragung erkennbar ist. Hauptakteur in diesen Bemühungen ist UNAIDS.¹⁰⁶ Erwähnenswert ist auch, dass Länder wie Frankreich, Italien, Spanien, Holland oder Grossbritannien in ihrem jeweiligen Strafrecht keine spezifischen Artikel zu HIV oder anderen STI kennen. Jedoch können absichtliche Übertragungen von HIV und anderen STI auf der Basis des Strafrechts verfolgt werden.

Gemäss UNAIDS kann die Strafbarkeit einer HIV-Übertragung die Prävention unterminieren: Sie kann Personen daran hindern, sich rechtzeitig auf HIV testen zu lassen, wenn diese annehmen, die Unkenntnis des eigenen HIV-Status stelle in einem Strafverfahren die überzeugendste Verteidigungslinie dar. Zudem kann die Strafbarkeit das Vertrauen zwischen HIV-Betroffenen und professionellen Leistungserbringern untergraben, wenn die Betroffenen fürchten, Informationen über ihren Status könnten in einem Strafverfahren gegen sie verwendet werden.

Die strafrechtliche Verfolgung und die dem Strafrecht zu Grunde liegende Täter-Opfer-Perspektive stehen zudem im Widerspruch zum Grundgedanken der Schweizer HIV- und STI-Präventionsstrategie, welche den sexuell aktiven Personen Selbstverantwortung auferlegt: Sie selbst sollen für den Erhalt ihrer (sexuellen) Gesundheit verantwortlich sein – die Prävention zielt darauf ab, sie dazu zu befähigen.

Gebot der Gleichstellung als Fundament aller Dienstleistungen

Prävention kann nur gelingen, wenn Diskriminierung und Stigmatisierung überwunden werden. Daraus erklärt sich das Engagement für die Gleichstellung HIV- und STI-Betroffener im Rahmen der Strategie. Es geht darum, die Bevölkerung, aber auch Versicherungen, Arbeitgeber und weitere Akteure zu sensibilisieren. Das Gebot der Gleichstellung soll das Fundament aller Dienstleistungen in der HIV- und STI-Arbeit bilden. Alle Präventionsmassnahmen sind so zu gestalten, dass sie Menschen mit HIV oder chronischen STI nicht diskriminieren.

¹⁰⁴ Die Daten, die etwa dreissig Basisindikatoren umfassen, wurden bei nationalen Gesundheitsministern oder bei nationalen NFOs gesammelt (siehe auch <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report%20Euro%20HIV%20index%20091008-3.pdf>).

¹⁰⁵ Vgl. hierzu: Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (StGB, SR 311.0), Artikel 122 ff. (Körperverletzung) und 231 (Verbreiten menschlicher Krankheiten).

¹⁰⁶ Anand Grover hat in seinem «Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health», präsentiert vor dem UNO-Menschenrechtsrat am 4. Juni 2010, dargelegt, inwiefern die Kriminalisierung von HIV-Übertragungen gegen die Prinzipien der Menschenrechte verstösst (cfr.: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf>). Eine neue Initiative, die von UNDP und UNAIDS lanciert wurde, zieht Bilanz in Anbetracht der verschiedenen Gerichtsurteile betreffend HIV und Menschenrechte (Global Commission on HIV and the Law (<http://www.hivlawcommission.org>)).

Das Programm bezeichnet im Bereich Anti-Diskriminierung/Anti-Stigmatisierung keine eigentlichen Ziele, es definiert aber die Aufgaben, die erfüllt sein müssen, damit die Strategie zum Erfolg führen kann. Die Aufgaben sind ebenfalls an messbare Indikatoren gekoppelt, und deren Einhaltung soll regelmässig und verbindlich überprüft werden.

Aufgaben:

1. Gleichstellung und Nichtdiskriminierung

Menschen, die mit HIV oder einer chronischen STI leben oder davon betroffen sind, haben in allen Lebensbereichen die gleichen Rechte und die gleiche Verantwortung wie nicht infizierte Personen. Die Akteure der HIV- und STI-Arbeit sorgen dafür, dass dieser gesellschaftliche Konsens erhalten bleibt, und dass die Bevölkerung für das Gebot der Gleichstellung sensibilisiert ist. Das Engagement gegen Diskriminierung HIV- und STI-Betroffener und der Einsatz gegen Stigmatisierung rund um HIV und andere STI ist verbindlich in die Sexualpädagogik und die Sexualerziehung an den Schulen integriert.

HIV- oder STI-betroffene Menschen werden insbesondere in den Bereichen Familie, Arbeit, Bildung, Strafwürdigkeit und Versicherung aufgrund ihrer Infektion weder diskriminiert noch stigmatisiert. Diskriminierungen und Stigmatisierungen werden weiterhin von der AHS gesammelt und der EKAF gemeldet, unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Konkrete Massnahmen gewährleisten, dass solche Diskriminierungen und Stigmatisierungen wirksam bekämpft und verhindert werden.¹⁰⁷ Für Migrantengruppen, in denen die Diskriminierung und Stigmatisierung Betroffener besonders weit verbreitet ist, bestehen spezifische Massnahmen. Die Forschung in diesem Bereich geht den Gründen für die Diskriminierung nach.

2. Partizipation und Empowerment

Menschen mit HIV sind eingebunden in die HIV- und STI-Arbeit. Das heisst, sie beteiligen sich an der Entwicklung der Strategie, an der Erarbeitung von geeigneten Massnahmen und sie wirken bei deren Umsetzung und Evaluation mit.¹⁰⁸ Die Aktivitäten zu Gunsten der HIV- oder STI-Betroffenen haben stets deren Empowerment zum Ziel. Der Bund fördert die Schaffung und Vernetzung von repräsentativen Betroffenenorganisationen.

Meilensteine

1. Auf der Grundlage durchgeführter Bestandesaufnahmen schlägt die EKAF zum ersten Mal Ende 2012 und in der Folge regelmässig jenen Körperschaften, welche HIV- und/oder STI-Betroffene diskriminieren, geeignete Gegenmassnahmen vor.
2. Bis Ende 2013 veranlasst die EKAF einen Bericht über die Einhaltung der GIPA-Prinzipien durch die NGOs/NPOs.

Zuständigkeiten

- Der *Bund* lässt in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) den Stand der Gleichstellung regelmässig überprüfen und sorgt für die geeignete Kommunikation und Publikation der Resultate. Zudem überwachen Bund und EKAF, dass den Organisationen, welche das Gebot der Gleichstellung verletzen, geeignete Gegenmassnahmen vorgeschlagen werden.
- Der *Bund* wirkt in Zusammenarbeit mit den Kantonen darauf hin, dass das Thema Nicht-Diskriminierung und Anti-Stigmatisierung in die Sexualpädagogik und die Sexualerziehung an den Schulen integriert wird.
- Der *Bund* unterstützt die Schaffung und Vernetzung von repräsentativen Betroffenenorganisationen.
- Die *EKAF* überprüft periodisch, dass die repräsentativen Betroffenenorganisationen in die Präventionsarbeit von HIV und anderen STI eingebunden sind.

¹⁰⁷ UNAIDS hat 10 Bereiche der Diskriminierung identifiziert:

I. Gesundheit
II. Arbeit
III. Justiz
IV. Verwaltung
V. Soziale Sicherheit
VI. Wohnen
VII. Erziehung
VIII. Familienleben und Fortpflanzung
IX. Versicherungen und finanzielle Dienstleistungen
X. Zugang zu anderen Dienstleistungen des Service Public (beispielsweise Bestattungsdienste)
UNAIDS (2000) Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV

¹⁰⁸ Die Idee, dass die persönlichen Erfahrungen von Menschen mit HIV genutzt werden sollen und genutzt werden können, um eine Antwort auf die HIV-Epidemie zu gestalten, wurde auf dem Paris AIDS Summit 1994 formal angenommen, als 42 Länder «Greater Involvement of People Living with HIV and AIDS (GIPA)» zum Kriterium erklärten für die Planung ethischer und effektiver Antworten auf die Epidemie. UNAIDS (2007) The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). Policy Brief

- Das BAG verlangt von seinen MandatnehmerInnen im Bereich HIV und andere STI, dass ihre Produkte und Leistungen die Gleichstellung von Menschen mit HIV oder einer chronischen STI fördern.
- *Betroffenenorganisationen* sind verbindlich eingebunden ins Engagement gegen die Diskriminierung HIV- und STI-Betroffener und den Einsatz gegen Stigmatisierung rund um HIV und anderen STI. Sie wirken bei den diesbezüglichen Projekten massgeblich mit.
- Die AHS dient allen Einrichtungen, die Menschen mit HIV und STI beraten, als Meldestelle für Diskriminierungen. Sie stellt diese Informationen der EKAF zur Verfügung und steht dieser bei der Entwicklung und Umsetzung geeigneter Massnahmen zur Vermeidung von Diskriminierung zur Verfügung.
- Die AHS wirkt bei der Sensibilisierung der Bevölkerung gegen Diskriminierung und Stigmatisierung mit.

14.2 GOVERNANCE – EINE KOORDINIERT ZUSAMMENARBEIT ALS SCHLÜSSELELEMENT FÜR EINE ERFOLGREICHE HIV- UND STI-ARBEIT

«Das Programm definiert die Ziele für die einzelnen Präventionsachsen und klärt die Zuständigkeiten der Dachverbände. Es sieht vor, dass diese Synergien nutzen und ihre Aktivitäten koordinieren.»¹⁰⁹

Zusammenarbeit der Akteure

Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 ist ein gemeinsames Werk von Bund, Kantonen und den wichtigsten Akteuren in der HIV- und STI-Arbeit. Bei der Erarbeitung und der Koordination der Strategie nimmt der Bund gemäss Auftrag im Epidemiengesetz die Leaderrolle ein. Die Umsetzung der Strategie erfolgt partnerschaftlich, wobei den Kantonen und weiteren Stakeholdern eine entscheidende Rolle zukommt. Die Koordination dieser Zusammenarbeit wird auch als Governance bezeichnet.¹¹⁰

Diese historisch gewachsene Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure hat zwar zur Folge, dass das System zur Bekämpfung von HIV/Aids komplex ist. Doch gleichzeitig stellt diese Zusammenarbeit seit jeher eine Stärke dar: Spezialisten der verschiedensten Fachgebiete engagieren sich mit ihren unterschiedlichen Kompetenzen für dieselbe Sache. Das neue Programm entstand denn auch in diesem Geiste und knüpft an die Tradition der gemeinsamen Arbeit an.

Während der Konzeptphase der Programmentwicklung wollte das BAG mittels einer Stakeholder-Umfrage einerseits die Stärken und Schwächen des bisherigen Nationalen HIV/Aids-Programms 2004–2008 beurteilen lassen, andererseits die Wünsche an das neu zu entwickelnde Programm (NPHS 2011–2017) identifizieren. Deshalb gab das BAG beim Swiss Tropical and Public Health Institute eine webbasierte Umfrage unter den Akteuren der HIV- und STI-Arbeit in Auftrag. Rund hundert Stakeholder beteiligten sich und kamen zu einem klaren Fazit: Dem Programm sei es gelungen, eine gemeinsame Zielrichtung der HIV/Aids-Arbeit zu definieren, doch sei die Koordination zwischen den Akteuren mangelhaft. Die Stakeholder wünschten sich vom Bund eine Verbesserung dieser Koordination, zudem sollten die Rollen der einzelnen Akteure klarer beschrieben und damit die Verantwortlichkeiten präziser definiert werden.¹¹¹

Zu einer eher kritischen Beurteilung der Strukturen des HIV/Aids-Systems Schweiz gelangte auch ein internationales Expertenpanel, das unter der Leitung des Public Health-Spezialisten Rolf Rosenbrock das bisherige Programm evaluierte: Das schweizerische System charakterisiere sich durch strukturelle Unbeweglichkeit, und der Dynamik der HIV-Epidemie sei in den letzten Jahren nur ungenügend Rechnung getragen worden. Auch sei, entgegen der internationalen Tendenz, die HIV-Prävention zu wenig im Kontext von Sexual Health angegangen worden (Rosenbrock et al. 09).¹¹²

Das neue Programm integriert den Bereich der anderen STI. Konsequenterweise muss der Wandel der HIV-Prävention zu einer HIV- und STI-Prävention strukturell nachvollzogen werden. Zudem soll eine klare Rollen- und Mittelverteilung nach Public-Health-Überlegungen die HIV- und STI-Arbeit in Zukunft effizienter gestalten. Die Interventionen müssen evidenzbasiert, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Gleichzeitig soll Raum für Innovationen bestehen.¹¹³

¹⁰⁹ These 1.7 aus BAG et al. (2009) Die Thesen zur Entwicklung des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017

¹¹⁰ Der Begriff Governance steht für ein Steuerungs- und Regelungssystem im Sinn von Strukturen (Aufbau- und Ablauforganisation) einer politisch-gesellschaftlichen Einheit wie Staat, Verwaltung, Gemeinde, privater oder öffentlicher Organisation. Weiteres dazu siehe Glossar.

¹¹¹ Kessler et al. (2009) Nationales HIV/Aids- und STI-Programm: Webbasierte Stakeholderbefragung 2009

¹¹² Rosenbrock et al. (2009) Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts. Expert Report.

¹¹³ Ebenda; siehe auch: Kessler (2009) International Context Analysis. HIV und STI Strategies and Programmes: The European and International Reference

Aufgaben

1. Koordination

Es besteht ein Konzept zur Rollen- und Aufgabenteilung in der Schweizer und internationalen HIV- und STI-Präventionsarbeit: Das BAG hat den Lead bei der Entwicklung der nationalen Strategie und koordiniert deren Umsetzung auf Bundesebene – die Arbeit auf internationaler Ebene wird von der DEZA in Zusammenarbeit mit dem BAG umgesetzt. Das NPHS ist integriert in ein weltweites System zur Prävention von HIV und anderen STI und orientiert sich an den Empfehlungen, Richtlinien und Qualitätsstandards der internationalen Fachorganisationen (z.B. WHO, UNAIDS). Für alle Akteure (Bund, Kantone, NGOs, weitere Stakeholder) bildet das NPHS die breit akzeptierte «Unité de doctrine».

2. Qualität

Um eine hohe Qualität der HIV- und STI-Arbeit in der Schweiz sowie eine effiziente Mittelverwendung zu gewährleisten, werden die Erfüllung und Zuteilung der Aufgaben sowie die Ressourcenzuteilung regelmässig überwacht und gegebenenfalls in Relation zu folgenden Faktoren angepasst: epidemiologische Entwicklung¹¹⁴, Public-Health-Relevanz, Qualität der einzelnen Präventionsmassnahmen, Kosten-Nutzen-Analyse.¹¹⁵

3. Ausweitung auf STI

Die bisherigen VCT-Stellen und regionalen HIV-Zentren sowie andere wichtige Leistungserbringer in der HIV-Prävention weiten ihr Beratungs- und Testangebot auf die Public-Health-relevanten STI aus.

4. Überwachung der Strategie

Die zuständige ausserparlamentarische Kommission, welche den Bundesrat berät (heute Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen, EKAF), hat die Aufgabe, Entwicklungen im Bereich der Prävention, Diagnose und Therapie sowie medizinische Fortschritte zu überwachen. Die Kommission entscheidet, ob neue Evidenz strategische Anpassungen im NPHS 2011–2017 erfordert. Sie empfiehlt gegebenenfalls dem Bundesamt für Gesundheit, entsprechende Modifikationen vorzunehmen.

5. Innovation

Zur Förderung innovativer Projekte wird ein Projektfinanzierungs-Pool geschaffen. Der Pool alimentiert Projekte, die durch neue Ansätze bestechen, neuartige Methoden verwenden oder innovative Massnahmen einführen.

Meilensteine

1. Bis zum 1. Januar 2012 – dem Beginn der neuen, vierjährigen Periode der ausserparlamentarischen Kommissionen – ist das Mandat der heutigen Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) gemäss der Rollenbeschreibung des NPHS 2011–2017 neu definiert: Es berücksichtigt den Einbezug von STI. Ebenso ist geklärt, welche Arbeitsgruppen – eventuell unter Einbezug von weiteren Experten – bestehen.
2. Bis Ende 2011 besteht ein Projektfinanzierungs-Pool zur Förderung innovativer Projekte. Das dazugehörige Konzept wird vom BAG unter Mitwirkung der wichtigen Dachorganisationen und -verbände erarbeitet.

Anhang

Im Anhang 15.2 sind die Rollen der einzelnen Akteure zur Operationalisierung des NPHS 2011–2017 vorgeschlagen. Diese Rollenklärung dient auch als Übersicht zur HIV- und STI-Arbeit in der Schweiz.

¹¹⁴ Dabei spielt nicht nur eine Rolle, welcher Erreger sich wie stark verbreitet. Von Bedeutung ist auch die örtliche Dimension: Beispielsweise, ob die meisten Neuansteckungen im urbanen oder im ländlichen Umfeld erfolgen – oder ob gewisse Regionen besonders von einem Erreger betroffen sind.

¹¹⁵ Siehe auch Fussnote 113 unter «Third Generation Surveillance System».

14.3 EVIDENZ LIEFERT DIE GRUNDLAGE FÜR DIE PLANUNG VON (PRÄVENTIONS-) MASSNAHMEN

«Die Massnahmen im neuen HIV- und STI-Programm sollen auf Evidenz basieren, zweckmässig und wirtschaftlich sein.»¹¹⁶

Innovationsbedarf im Bereich Surveillance

Die Schweizer Präventionsarbeit ist evidenzbasiert: Basis der Interventionen bilden die Surveillance der Übertragungen von HIV oder anderen STI sowie die Überwachung von Schwangerschaftsabbrüchen. Ebenso wird das Verhalten der Gesamtbevölkerung und einzelner, stark betroffener Bevölkerungsgruppen im Rahmen der Surveillance regelmässig erhoben.

Zum Zeitpunkt der Programmentwicklung sind jedoch strategische Entscheidungen zur Ressourcenallokation in der Prävention von HIV und anderen STI erschwert, da die verschiedenen Präventionsmassnahmen in Bezug auf ihre Wirksamkeit und ihre Kosten untereinander nicht vergleichbar sind. Um deren Vergleichbarkeit zu ermöglichen, sieht das Programm Kosten-Nutzen-Analysen mit geeigneten Indikatoren vor. Dies bedingt, dass Wissenslücken in der Surveillance geschlossen werden.

Im Rahmen des NPHS ist deshalb ein umfassendes System der **Third Generation Surveillance** zu erarbeiten und umzusetzen¹¹⁷. Damit sollen einerseits Veränderungen der Anzahl Neudiagnosen sowie Veränderungen des Verhaltens in einzelnen, besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen besser erkannt werden. Andererseits sollen die politischen Entscheidungsträger ein präziseres Instrumentarium erhalten, um abschätzen zu können, welche Interventionen sich unter welchen Umständen lohnen. Die Third Generation Surveillance liefert somit ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung und Effektivitätsbeurteilung der Prävention.

Da sich Erreger von HIV und STI nicht an Landesgrenzen halten, ist es erforderlich, dass sich die Schweiz mit ihrer HIV/STI-Surveillance in ein gesamteuropäisches System einordnet. Ein europäisches Surveillance-System ist seit

2008 unter der Ägide von ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) im Aufbau¹¹⁸. Die von ECDC vorgeschlagenen Indikatoren zur Verhaltenssurveillance sind jetzt schon weitgehend kompatibel mit den Schweizer Indikatoren, sodass einer Integration des schweizerischen ins europäische System keine grossen Hindernisse entgegenstehen.

Surveillance in der Schweiz (Situation 2010)

Die Schweiz hat mit einer HIV-Prävalenz von unter 0.5% in der Allgemeinbevölkerung und von über 5% in gefährdeten Gruppen (MSM, MigrantInnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie, injizierend Drogen Konsumierende) gemäss UNAIDS-Definition eine konzentrierte HIV-Epidemie.¹¹⁹ Die Prävalenz der meisten anderen STI in der Allgemeinbevölkerung liegt Schätzungen zufolge ebenfalls unter 1%. Ausnahme bilden Trichomonaden, Herpes (HSV 1+2), Chlamydien (besonders bei jungen Frauen) sowie HPV, wo die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung deutlich höher liegen dürfte. Auch bei den anderen STI sind die Pathogene in bestimmten Bevölkerungsgruppen besonders verbreitet – im Falle von Syphilis und Gonorrhoe vor allem bei MSM sowie zum Teil bei weiblichen und männlichen Sexworkern.

Für Länder mit einer konzentrierten HIV-Epidemie empfiehlt UNAIDS¹²⁰ folgende Massnahmen:

- Ein Meldesystem für neue Diagnosen von HIV/Aids
- Untersuchung von Blutspenden
- Surveillance von STI und anderen biologischen Risikofaktoren
- Biologische Surveillance in gefährdeten Gruppen oder Gruppen mit Risikoverhalten
- Erhebung von Verhaltens-Daten in Gruppen mit Risikoverhalten (cross-sectional survey)
- Erhebung von biologischen und Verhaltens-Daten in so genannten «Bridging Groups» (Personen mit Risikoverhalten und Kontakt zur Allgemeinbevölkerung)
- Querschnittsuntersuchungen bezüglich Verhalten in der Allgemeinbevölkerung, v. a. bei Jungen (dies sollte dazu dienen, Verbindungen zwischen Personen mit Low-Risk-Verhalten und Gruppen mit erhöhter HIV-Prävalenz nachzuweisen); es wird empfohlen, diese Querschnittsuntersuchungen alle 4–5 Jahre zu wiederholen
- HIV-Sentinel-Überwachung in der Allgemeinbevölkerung (bspw. bei Schwangeren), v.a. in städtischen Gebieten

¹¹⁶ These 1.4 aus BAG et al. (2009) Die Thesen zur Entwicklung des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017

¹¹⁷ Die Third Generation Surveillance (abgekürzt TGS) benennt ein umfassendes Surveillance-System, bei dem neben der biologischen Surveillance sowie der Verhaltenssurveillance zusätzlich die einzelnen Präventionsmassnahmen und Betreuungsangebote einem Monitoring unterzogen werden, um so deren Wirksamkeit eruiieren zu können. Das Monitoring beinhaltet auch eine Kosten-Nutzen-Analyse. Ziel der Third Generation Surveillance ist es, die Präventionsmassnahmen bezüglich ihres Nutzens und ihrer Kosten vergleichbar und so priorisierbar zu machen.

¹¹⁸ European Centre for Disease Prevention and Control ECDC (2009) Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Technical Report

¹¹⁹ Office fédéral de la santé publique (2010) Rapport de situation nationale à l'intention de l'UNGASS. Suisse. Période considérée: janvier 2008–décembre 2009

¹²⁰ UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance (2000) Guidelines for Second generation HIV Surveillance. Second generation surveillance for HIV: The next decade

Die Schweiz hält sich im Grundsatz an die WHO-Empfehlungen, das Surveillance-System hat jedoch einige Lücken. Da die Meldepflicht für HIV, seit 2008 auch für Gonorrhoe, relativ gut funktioniert, kann die epidemiologische Entwicklung dieser Infektionen beschrieben und hinsichtlich der betroffenen Gruppen analysiert werden. Bei Syphilis ist der Rücklauf der ärztlichen Ergänzungsmeldungen weniger hoch, so dass es schwierig ist, differenzierte Schlüsse (beispielsweise über den Übertragungsweg) zu ziehen. Bei anderen STI fehlen Ergänzungsmeldungen ganz (Chlamydia trachomatis), oder es besteht gar keine Meldepflicht (z.B. für HSV), sodass die Fallzahlen für diese Erreger nicht zuverlässig eingeschätzt werden können.

Die Verhaltenssurveillance ist etabliert und zum Teil vorbildlich in den Bereichen Allgemeinbevölkerung, Jugendliche, MSM, IDU und Personen, die mit HIV/Aids leben. Bei anderen gefährdeten Gruppen ist die Verhaltenssurveillance erst angelaufen (beispielsweise bei MigrantInnen) oder basiert nur auf Expertenaussagen (im Fall der SexworkerInnen)¹²¹.

In der Schweiz fehlt zudem eine umfassende Serosurveillance. Deshalb sind Anstrengungen nötig, um Messgrößen zur Abschätzung von Prävalenzen und Inzidenzen in der Allgemeinbevölkerung sowie in gefährdeten Gruppen zu erhalten. Zum Zeitpunkt der Programmentwicklung können Fragen zur Inzidenz oder Prävalenz nur rudimentär beantwortet werden.

Einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis der HIV-Epidemie leistet zudem die molekulare Epidemiologie. Diese erlaubt zu rekonstruieren, welche Stränge des HI-Virus sich über welche Personenketten weiterverbreiten. Mit der Methode der molekularen Epidemiologie lassen sich «Clusters» identifizieren – Gruppen von Personen, die sich alle mit dem identischen Virusstamm angesteckt haben. Somit kann die molekulare Epidemiologie – immer unter der Wahrung der Datenschutz- und Persönlichkeitsrechte – die zielgerichtete Prävention massgebend unterstützen und die Wirkung von bestimmten Präventionsmassnahmen (beispielsweise der Abgabe von sterilem Injektionsmaterial an Drogenkonsumierende) eruieren. Die Möglichkeiten der molekularen Epidemiologie sind noch nicht ausgeschöpft.

Monitoring/Evaluation

In der Schweiz werden etliche Präventionsmassnahmen in qualitativer Hinsicht evaluiert, ebenso liefern die oben genannten Umfragen Indizien über deren Wirksamkeit. Doch systematische Kosten-Nutzen-Analysen der einzelnen Präventionsmassnahmen – die zu einem Third Generation Surveillance System gehören würden – fehlen.

Die Schweizer HIV-Kohortenstudie liefert verlässliche Daten zur Qualität der Behandlung und Therapie von HIV-Patienten. Im Bereich der STI fehlt indes eine systematische Erhebung der Qualität der Diagnose und Behandlung.

Aufgaben

1. Evidenzbasis

Surveillance, Monitoring, Evaluation und Forschung bilden die Grundlage für eine wirksame HIV- und STI-Arbeit: Die Interventionen in den Bereichen Prävention sowie Diagnose und Behandlung stützen sich auf die dadurch gewonnene und vernetzte Evidenz. Die Erkenntnisse zur Evidenz (national und international) stehen allen Akteuren zur Verfügung. Der Bund und seine Partner ermitteln Modelle der Best Practice und setzen sie um.

2. Third Generation Surveillance

In der Schweiz entsteht ein verlässliches, koordiniertes, sich gegenseitig ergänzendes System der Third Generation Surveillance für HIV und definierte STI.¹²² Die Daten werden im Einverständnis und unter Mitwirkung der Betroffenen gesammelt. Der Datenschutz und die Menschenrechte sind dabei gewährleistet.

¹²¹ Jeannin et al. (2010) Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008

¹²² Das Konzept definiert und priorisiert die Relevanz der einzelnen STI für Public Health.

Teilaufgaben

a) Surveillance

Die Meldepflicht für HIV und die Gesamtzahl der HIV-Tests bleibt bestehen, die hohe Qualität wird beibehalten und optimiert.

Die Meldepflicht im Bereich der Public-Health-relevanten STI wird überarbeitet. Das Konzept hierzu wird vom BAG und dessen Partnern gemeinsam erstellt. Die Daten sind kompatibel mit den Daten der HIV-Meldepflicht, das Konzept schöpft das Synergiepotenzial mit dem HIV-Meldekonzzept aus. Es wird von den am System beteiligten Akteuren akzeptiert.

Das BAG wertet die gewonnenen Daten regelmässig und systematisch aus, leitet sie an die relevanten internationalen Gremien weiter und bringt sie den Akteuren der HIV- und STI-Arbeit zur Kenntnis.

Früherkennung: Um detailliertere Erkenntnisse über die Entwicklung der HIV- und STI-Fallzahlen und Trends in besonders betroffenen oder vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu erhalten (vor allem von MSM, weiblichen und männlichen Sexworkern sowie Migrantinnen und Migranten), wird an ausgewählten Zentren (z.B. Checkpoints, spezifische Testzentren für SexworkerInnen und gynäkologische Zentren von universitären Spitälern) ein Sentinel-System etabliert. Diese Zentren sind für die permanente Überwachung besorgt und bilden untereinander und mit dem BAG einen Qualitätszirkel, der den regelmässigen Austausch gewährleistet. Die Zentren nehmen so Frühwarn-Funktion wahr.

Surveillance Achse 1: Der Bund veranlasst regelmässig Befragungen zum Sexualverhalten in der Allgemeinbevölkerung mittels der Schweizerischen Gesundheitsbefragung oder spezieller Umfragen.

Surveillance Achse 2: Die von HIV oder STI besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen werden im Auftrag des Bundes systematisch durch Verhaltensumfragen und nach Bedarf durch Prävalenzstudien überwacht.

Surveillance Achse 3: Bei Personen, die mit HIV leben, wird innerhalb der Kohortenstudie systematisch und regelmässig der physische und psychische Gesundheitszustand erhoben, und sie werden zu ihrer Zufriedenheit mit den angebotenen (medizinischen und psychosozialen) Dienstleistungen und zu ihrem Verhalten bezüglich Adhärenz und Sexual Health befragt.

Bei Personen, die wegen einer STI in Behandlung waren, geben stichprobenmässige Nachbefragungen Aufschluss darüber, ob die PatientInnen erfolgreich behandelt wurden.

Resistenzen auf Medikamente werden dokumentiert – ein verlässliches Resistenzmonitoring existiert.

b) Monitoring/Evaluation

Die zur STI- und HIV-Prävention durchgeführten Massnahmen unterstehen einem professionellen Monitoring – deren Wirksamkeit wird in regelmässig durchgeführten Evaluationen beurteilt. Zur Evaluation gehört eine Kosten-Nutzen-Analyse der Massnahmen, insbesondere der Massnahmen für die Angehörigen der bezeichneten Zielgruppen.

Kosten-Nutzen-Analyse: Präventionsmassnahmen und Betreuungsangebote werden regelmässig mittels Kernindikatoren überprüft und einer Kosten-Nutzen-Analyse unterzogen. Ein geeigneter Indikator (z.B. QALY) ist zu definieren.

c) Molekulare Epidemiologie

Untersuchungen auf molekularer Ebene (mittels phylogenetischer Analysen) geben Aufschluss, über welche Übertragungsketten sich das HI-Virus in der Schweiz verbreitet. Diese Untersuchungen werden regelmässig durchgeführt – sie entstehen mit dem Einverständnis der Betroffenen. Datenschutz und Persönlichkeitsrechte werden dabei respektiert. Die Untersuchungen haben zum Ziel, besonders geeignete oder besonders notwendige Präventionsmassnahmen zu eruieren.

d) Vernetzung/Wissenstransfer

Fachkräfte und Institutionen, die in der Schweiz im Bereich Surveillance, Monitoring, Evaluation und Forschung tätig sind, tauschen ihre Erkenntnisse regelmässig untereinander und mit den massgeblichen Institutionen und Fachkräften im Ausland aus.

Die Kanäle zum regelmässigen Austausch sind etabliert (z.B. Internetplattform).

Eine verbesserte Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft sorgt dafür, dass die Anzahl und Qualität der Ergänzungsmeldungen steigt.

Die in der Schweiz gesammelten Daten sind harmonisiert. Die Indikatoren sind kompatibel mit europäischen Indikatoren.

e) Analyse/Bewertung

Eine Gruppe von geeigneten Fachkräften unter der Federführung der zuständigen ausserparlamentarischen Kommission (heute die EKAF) ist zuständig für die umfassende und zusammenhängende Bewertung der aus der Surveillance gewonnenen Daten und Erkenntnisse. Die Analyse und Bewertung folgt dem gemeinsam erarbeiteten Konzept. Die Gruppe nimmt mindestens einmal jährlich eine Beschreibung der aktuellen Situation vor. Diese Aufgabe umfasst:

1. Eine Bewertung der Entwicklung der HIV- und STI-Fallzahlen und Trends sowie der Risiken in verschiedenen Bevölkerungsgruppen.
2. Die Kommunikation der Schlussfolgerungen und Empfehlungen an die zuständige ausserparlamentarische Kommission sowie an das BAG, sodass die notwendigen Korrekturen der Interventionen oder zusätzliche Interventionen an die Hand genommen werden können.

Meilensteine

1. Bis 2012 besteht ein Konzept inklusive Machbarkeitsstudie zur Einführung eines wirksamen Surveillance Systems der dritten Generation («Third Generation Surveillance System»). Dessen Indikatoren sind kompatibel mit den Indikatoren von ECDC und UNGASS. Das Konzept beinhaltet eine Definition und Priorisierung der Public-Health-Relevanz einzelner STI (einschliesslich HIV). Bei der Erarbeitung des Konzepts ist der Datenschutzberater des BAG beizuziehen.
2. Bis Ende 2011 besteht ein Konzept inklusive Vorprojekt zur Klärung offener Fragen für ein effizientes modernes Meldesystem im Bereich der Public-Health-relevanten STI. Die Partner sind in die Erarbeitung des Konzepts eingebunden.
3. Ende 2013 wird das Meldesystem ein erstes Mal evaluiert. Danach erfolgt eine periodische Evaluation, die auch Aufschluss darüber gibt, wie hoch die Fehlerquote des Meldesystems ist.

14.4 GEZIELTE FORSCHUNG SCHLIESST WISSENSLÜCKEN**Forschungsbedarf im Bereich Sexual Health**

Forschungsergebnisse liefern, gemeinsam mit den Daten aus Meldewesen, Monitoring, Evaluation und Erkenntnissen aus der Praxis, die Grundlagen für eine effektive und effiziente HIV- und STI-Arbeit.

Die Forschung im Bereich HIV ist gut entwickelt und soll auch in Zukunft einen grossen Stellenwert innerhalb der Forschung sowie innerhalb der HIV-Arbeit einnehmen. Während der Entwicklung des NPHS hat sich jedoch gezeigt, dass grosse Wissenslücken im Bereich Sexual Health und der sexuell übertragbaren Infektionen bestehen. Die Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) haben aus diesem Grund wiederholt angeregt, diese Wissenslücken zu schliessen und Evidenz zu schaffen für eine künftige innovative Strategie zur Förderung der sexuellen Gesundheit. In der Folge hat das BAG eine externe Forschungsspezialistin¹²³ beauftragt, die Forschungslandschaft Schweiz im Bereich HIV, STI und Sexual Health zu analysieren und dem BAG Empfehlungen zur Förderung der Forschung zu erarbeiten (siehe Anhang 15.6). Das folgende Kapitel orientiert sich an ihrer Studie.¹²⁴

Verschiedene Forschungszugänge

Wie in vielen Bereichen der Gesundheitsforschung wird bei den Themen Sexual Health sowie HIV und anderen STI von drei Forschungszugängen ausgegangen:

■ **Biomedizinische Grundlagenforschung:** Die biomedizinische Grundlagenforschung geht den biologischen und genetischen Krankheitsursachen nach, um diese kausal behandeln bzw. ihnen effektiv vorbeugen zu können. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Grundlagenforschung und klinischer Forschung ist unabdingbar, denn ohne geeignete Grundlagenforschung können die klinischen Behandlungseffekte nicht quantifiziert werden. Die Pharmaunternehmen betreiben die grössten Anstrengungen in der biomedizinischen Forschung, aber auch der Schweizerische Nationalfonds sowie mehrere Universitätsspitäler und medizinische Fakultäten der Universitäten forschen im Bereich Sexual Health und STI.

■ **Klinische Forschung:** Die klinische Forschung sucht nach Möglichkeiten, Krankheiten zu heilen oder deren Symptome zu mildern. Das Forschungsgebiet der klinischen und therapeutischen Forschung umfasst die As-

¹²³ Es handelt sich um Dr. Barbara Haering, alt Nationalrätin, Fachexpertin verschiedener Kommissionen und Mitglied in verschiedenen Gremien der Forschungspolitik, u.a. des ETH-Rats sowie des Beirats für den Europäischen Forschungsraum (ERAB) der Europäischen Union.

¹²⁴ Haering et al. (2010) Forschung zu Sexual Health/STI: Übersicht und Möglichkeiten der Förderung. Schlussbericht z.H. BAG

pekte der krankheits- und patientenorientierten Forschung, der Epidemiologie und der Prävention. Es wird dabei der Einfluss einer medizinischen Behandlung auf den Verlauf einer Krankheit erforscht. Das grösste momentan aktive Forschungsgefäss in der klinischen Forschung ist die Schweizerische HIV Kohortenstudie (Swiss HIV Cohort Study, SHCS).¹²⁵ Verschiedene klinische und Surveillance-Studien machen von der SHCS Gebrauch.¹²⁶ Die meisten klinischen Studien, etliche epidemiologische und einige sozialwissenschaftliche Studien basieren auf Daten der SHCS. Neben diesem grossen Projekt beschäftigen sich einzelne Institute der Universitätsspitäler und Universitäten mit kleineren klinischen Forschungsprojekten. Auch etliche Pharmaunternehmen betreiben in ausgeprägtem Mass klinische Forschung.

- **Public-Health- und sozialwissenschaftliche Forschung:** Die Public-Health-Forschung bzw. Gesundheitsforschung befasst sich mit den individuellen, ökonomischen, juristischen und gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen die Bevölkerung eine gute Gesundheit erreichen und erhalten kann (BAG 2003). Im Bereich der Public-Health- und sozialwissenschaftlichen Forschung haben für das NPHS praxis- und problemorientierte Fragestellungen in den Forschungsfeldern «Disease Management» (Steuerung der Behandlung) und «Disease Prevention» (Krankheitsprävention) Priorität. Zu folgenden Themen wird Forschung betrieben: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von HIV/Aids, Leben mit HIV aus der Perspektive der Betroffenen und damit zusammenhängende soziale, wirtschaftliche, juristische und politische Aspekte sowie Forschung über das Behandlungs- und Betreuungssystem. Gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen in der Thematik Sexual Health und STI werden von einzelnen Universitäten und Fachhochschulen bearbeitet. Privatwirtschaftliche Forschungsunternehmen forschen ab und zu im Rahmen von Ressortforschungsprojekten in diesem Bereich.

Die Entwicklung der Forschungsförderung im Bereich Sexual Health in der Schweiz

In der Schweiz wurde bis heute von der öffentlichen Hand im Bereich Sexual Health praktisch ausschliesslich die HIV-Forschung gefördert. Anfang 1990 beschloss der Bundesrat die HIV/Aids-Forschung spezifisch und zentral zu fördern. Es wurde ein nationales Forschungsprogramm initiiert, welches die erste Phase der Forschungsförderung zu HIV/Aids einläutete. Die ausserparlamentarische Kom-

mission zur Kontrolle der Aidsforschung (KKAF) leitete dieses Programm. Die KKAF stellte in der Geschichte der Schweizer Forschungsförderung eine Besonderheit dar: Die Förderung der Grundlagenforschung durch eine unabhängige, vom Bundesrat eingesetzte, multidisziplinär zusammengesetzte Kommission, welche organisatorisch einem Bundesamt angegliedert war und nicht nur die Finanzierung der Forschung, sondern auch Animation, Qualitätskontrolle und Koordination übernahm, blieb bis heute einzigartig.

Zu Beginn des Jahres 2000 wurde die KKAF aufgelöst und die spezifische HIV/Aidsforschung in den Schweizerischen Nationalfonds (SNF) integriert. Der SNF gründete die Fachkommission Aids und wählte die Mitglieder der KKAF in diese neue Fachkommission. Als das Mandat der Fachkommission Aids im Jahr 2004 abgelaufen war, wurde die gesamte Forschungsförderung im Bereich Sexual Health, inklusive HIV/Aids, in die normale Projektförderung SNF integriert (Abteilung I für Geistes- und Sozialwissenschaften und Abteilung III für Biologie und Medizin). Dementsprechend gibt es keine speziellen Strukturen mehr innerhalb des SNF für HIV/Aids oder Sexual Health, weder im nationalen noch im internationalen Kontext.¹²⁷

Während also im HIV/Aids-Bereich seit den 1980er Jahren intensiv geforscht wurde, stiessen andere sexuell übertragbare Infektionen auf wenig Interesse und wurden vernachlässigt. Heute bestehen einerseits in praktisch allen Gebieten der STI-Thematik Forschungs- und Wissenslücken, da in vielen öffentlichen Forschungsinstitutionen (hauptsächlich Universitäten) der Fokus noch immer stark auf die HIV/Aids-Forschung gelegt wird. Andererseits brachte der beschriebene Wandel der Forschungsstrukturen die Public-Health-Forschung im gesamten Bereich Sexual Health (STI und HIV) unter finanziellen Druck, da für sie kein spezielles Fördergefäss mehr zur Verfügung steht. Die beiden anderen Forschungsrichtungen (biomedizinische Grundlagenforschung sowie klinische Forschung) konnten die Auflösung der Fachkommission HIV/Aids durch andere Fördergefässe kompensieren. Im Falle der klinischen Forschung geschah dies durch die Fachkommission «Patientenorientierte klinische Forschung» (PaKliF) und bei der biomedizinischen Forschung durch private Stiftungen sowie durch die Förderpraxis der SNF-Abteilung III. Ausserdem bestehen im klinischen und biomedizinischen Bereich ausgeprägte privatwirtschaftliche Forschungsinteressen. Den drei Forschungsrichtungen wird somit heute unterschiedliche Beachtung geschenkt.

¹²⁵ Mehr zu SHCS: → Glossar, S. 129 ff.

¹²⁶ Beispiele dazu in: Haering et al. (2010), Anhang A3.

¹²⁷ Für eine genauere Darstellung siehe Haering et al. (2010) Forschung zu Sexual Health/STI: Übersicht und Möglichkeiten der Förderung. Schlussbericht z.H. BAG

Forschungsförderung Sexual Health

Die Analyse der Situation in Deutschland zeigt, dass die Forschung im Bereich Sexual Health – insbesondere die Public-Health-Forschung – ohne spezifische Förderung verkümmert.¹²⁸ Die Pharmaunternehmen werden auch in Zukunft ihre Prioritäten nicht bei der Public-Health-Forschung auf dem Gebiet von Sexual Health setzen, sondern bei der Erforschung von Medikamenten und Impfstoffen im Bereich HIV. Andere Forschungsinstitutionen bekommen den Konkurrenzdruck massiv zu spüren und werden es sehr schwierig haben, Forschungsprojekte zu lancieren. Oft sind die geplanten Forschungsprojekte zu klein oder zu anwendungsorientiert für die klassische Forschungsförderung des SNF.

Das NPHS zielt darauf ab, die Forschung im Bereich Sexual Health zu fördern – insbesondere die biomedizinische und klinische Forschung im Bereich der STI und die Public-Health-Forschung im Bereich HIV und STI. Denn es fehlt an evidenzbasierten Grundlagen, um effektives und effizientes staatliches Handeln zu gewährleisten.

Die vom BAG in Auftrag gegebene Studie¹²⁹, die sich mit der Frage befasste, wie diese Forschung am effektivsten zu fördern sei, kommt sinngemäss zu folgendem Fazit:

Um die Forschung im Bereich Sexual Health und STI sowie die Public-Health-Forschung in diesem Bereich erfolgreich zu fördern, genügt es nicht, nur konkrete Forschungsprojekte bei den Förderinstitutionen einzureichen. Vielmehr ist es nötig, das Forschungsgebiet Sexual Health und STI gleichzeitig in den strategischen Konzepten dieser Institutionen zu verankern und die Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren.

Aus diesem Fazit leiten sich die Aufgaben für das NPHS ab:

Aufgaben

1. Von der Aidsforschung zur HIV/STI/Sexual Health-Forschung

- STI und Sexual Health erhalten in der Forschung ein grösseres Gewicht. Wichtige anstehende Forschungsbedürfnisse werden eruiert, und deren Eingabe in entsprechenden Institutionen zur Forschungsförderung wird unterstützt.
- Im Bereich der Ressortforschung des BAG werden Projekte zum Thema Sexual Health ausgeschrieben.
- Den Eigenständigkeiten, Interdependenzen und Überschneidungen der Forschungsgebiete HIV, andere STI und Sexual Health wird in den Ausschreibungen und Projekteingaben Rechnung getragen.

2. Public-Health-Forschung wird gestärkt

- Neben der Grundlagen- und klinischen Forschung wird die Public-Health-Forschung zu einem eigenständigen Stakeholder im Dienste der Qualitätssicherung des öffentlichen Handelns im Bereich HIV, andere STI und Sexual Health.

3. Eine Public-Health-Forschungsplattform HIV/STI/Sexual Health vernetzt und bedient alle relevanten Forschungsakteure.

4. Schweizerische HIV-Kohortenstudie (SHCS)

- Die Finanzierung der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie muss gesichert sein.
- Sie öffnet sich der Public-Health-Forschung und beteiligt sich personell an einer Public-Health-Forschungsplattform.

Meilenstein

Ab 2012 ist eine Public-Health-Forschungsplattform als Koordinations- und Anlaufstelle für handlungsorientierte Forschungsakteure etabliert.

¹²⁸ Frey et al. (2006) Sozialwissenschaftliche HIV/Aids-Forschung in der Schweiz 1987–2006. Förderung, Vermittlung und zukünftige Entwicklung. 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Zürcher Politik- und Evaluationsstudien Nr. 4

¹²⁹ Haering et al. (2010)

14.5 EINBETTUNG DER HIV- UND STI-ARBEIT IN DEN INTERNATIONALEN KONTEXT

Die These:

«Das neue Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 ist integriert in ein weltweites System zur Kontrolle von HIV/Aids und STI. Diese Integration umfasst drei verschiedene Dimensionen:

- *Die Schweiz orientiert ihr HIV- und STI-Programm an den Empfehlungen, Richtlinien und Qualitätsstandards der internationalen Fachorganisationen (z.B. WHO, UNAIDS), und sie hält sich an die mit anderen Staaten und supranationalen Organisationen eingegangenen Verpflichtungen und Übereinkommen (z.B. UNGASS).*
- *Die Schweiz, als eines der Länder mit grosser Erfahrung im Kampf gegen HIV/Aids und genügend Ressourcen, muss ihre Solidarität mit betroffenen Nationen unter Beweis stellen, indem sie sich zur Entwicklungszusammenarbeit verpflichtet. Gerade in der Entwicklungszusammenarbeit ist die Verknüpfung von SRG und HIV/STI für die nachhaltige Verankerung zentral. Im Programm sind die entsprechenden Zuständigkeiten festgehalten.*
- *Eine gute Zusammenarbeit mit den europäischen Partnern trägt zur Qualitätssteigerung des Programms bei.»*

Ausgangslage

Übertragbare Krankheiten halten sich an keine Landesgrenzen. Ausgehend von dieser einfachen Erkenntnis weist die Bekämpfung von HIV und anderen STI eine internationale Dimension auf. Angesichts der internationalen Vernetzung, der Mobilität und der Migration sind globale Massnahmen ein Gebot der Solidarität und liegen im ureigensten Interesse der Schweiz.

Richtungsweisend für die HIV/Aids-Arbeit auf internationaler Ebene sind die «Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids»¹³⁰ (2001) und das Ziel 6 der «Millennium-Entwicklungsziele» (2000) der Generalversammlung der Vereinten Natio-

nen¹³¹. Diese globalen Verpflichtungen wurden 2006 wiederholt und bekräftigt, indem die UNO-Generalversammlung eine neue politische Erklärung verabschiedete, die das Konzept des allgemeinen Zugangs zu Prävention, Diagnostik, Therapie und Betreuung in den Vordergrund stellt.¹³²

Die Schweiz bindet sich in die Verantwortung zur Bekämpfung von HIV/Aids auf globaler Ebene ein. Sie nimmt aktiv und kohärent ihre internationalen Verpflichtungen wahr – durch ihr fachliches und finanzielles Engagement in der bilateralen und multilateralen Zusammenarbeit, z.B. an internationalen Nicht-Regierungs-Organisationen wie Aids-focus und IPPF, oder durch internationale Organisationen wie UNAIDS, WHO, GFATM (The global Fund to fight against Aids, Tuberculosis and Malaria), UNFPA (United Nations Population Fund) und an der Weltbank sowie durch den Technologie- und Wissenstransfer. Die Schweiz leistet ebenfalls einen Beitrag zum internationalen Dialog, indem sie ihre Expertise sowie ihre Erfahrungen und Best Practices der nationalen HIV/Aids-Arbeit einbringt.

Zudem kommt die Schweiz regelmässig den Monitoring-Anfragen der UNGASS zum Stand der HIV/Aids-Bekämpfung in ihrem Land nach und beteiligt sich auf unterschiedliche Weise an den grossen internationalen HIV/Aids-Konferenzen. Seit der Verabschiedung des Vorgängerprogramms (NHAP 04-08)¹³³ sind grössere Entwicklungen bei der Koordination der HIV/Aids-Bekämpfung auch auf europäischer Ebene zu verzeichnen.

Am 24. Februar 2004 haben alle Mitgliedstaaten der europäischen Region der WHO in Dublin eine Erklärung mit dem Titel «Grenzen überschreiten: Partnerschaft im Kampf gegen HIV/Aids in Europa und Zentralasien» angenommen, welche die Länder in der Region beauftragt, gegen die Verbreitung von HIV/Aids zu kämpfen.¹³⁴ Diese Erklärung erlaubte es zum ersten Mal, die HIV/Aids-Arbeit auf europäischer Ebene zu koordinieren und die entsprechenden Strukturen dafür zu errichten.

¹³⁰ Die «Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids» wurde 2001 an der Sondersession der Generalversammlung der Vereinten Nationen zu HIV/Aids verabschiedet. Sie beschreibt das Ausmass der HIV-Epidemie, ihre Auswirkungen und die adäquaten Antworten darauf. Sie gibt auch das entsprechende Engagement der Teilnehmerstaaten wieder. Die Schweiz nahm teil und unterschrieb diese sogenannte UNGASS-Erklärung (UNO [2001] Declaration of Commitment on HIV/AIDS)

¹³¹ Die «Millennium-Entwicklungsziele», die bis 2015 umgesetzt werden sollen, sind Teil der im Jahr 2000 an der UNO-Generalversammlung verabschiedeten «Millenniumserklärung». Das Ziel Nummer 6 umfasst unter anderem die Bekämpfung von HIV/Aids. (United Nations [2000] United Nations Millennium Development Declaration)

¹³² UNO (2006) Political Declaration on HIV/AIDS

¹³³ Bundesamt für Gesundheit (2003) Nationales HIV/Aids-Programm 2004–2008

¹³⁴ Member States of the WHO European Region (2004) Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia

Die Europäische Union liess der Erklärung konkrete Massnahmen folgen, indem sie in einem ersten Schritt den HIV-Think Tank ins Leben rief. Diesem zweimal jährlich zusammentretenden Diskussionsforum gehören auch die übrigen europäischen Länder an (so auch die Schweiz). Im Jahr 2005 gründete die Europäische Union ausserdem das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), eine Fachagentur mit Sitz in Stockholm, deren Aufgabe darin besteht, die europäische Koordination bei der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten einschliesslich HIV und anderer STI zu verstärken. Anlässlich der Konsultationen zur Vorbereitung des vorliegenden Programms stiess ein Beitritt der Schweiz zum ECDC bei einer grossen Mehrheit der Akteure der HIV- und STI-Arbeit auf ein sehr positives Echo. Ein solcher Beitritt hängt allerdings von den derzeit laufenden Verhandlungen über ein bilaterales Gesundheitsabkommen zwischen der Schweiz und der Europäischen Union ab.

Mobilität und Migration bedingen internationale Koordination und Kooperation

In der Schweiz stellen die Migrantinnen und Migranten aus der Subsahara-Region angesichts der erhöhten Prävalenz in ihren Herkunftsländern nach wie vor eine Schlüsselgruppe dar (siehe auch Kapitel 6.1 «Prävention benötigt Partizipation und bezweckt Empowerment»).

Die Migrationsströme aus Afrika in Richtung Europa dürften in den kommenden Jahren anhalten, ja sogar zunehmen. Dies trifft nicht nur in der Schweiz, sondern auch in zahlreichen weiteren Ländern Europas zu. Seit Inkrafttreten der Abkommen zur Personenfreizügigkeit hat sich die innereuropäische Mobilität dieser Bevölkerungsgruppen verstärkt. Unter den Migrantinnen und Migranten mit einem regulären Aufenthaltsstatus in der Schweiz kann auch eine zunehmende Mobilität zwischen dem Aufnahme- und dem Herkunftsland festgestellt werden.

Diese Situation erfordert die Zusammenarbeit und die Nutzung von Synergien insbesondere mit den europäischen Nachbarländern. Die Bundesverwaltung, vertreten durch das BAG, die DEZA und das BFM, und die NGOs wie die AHS und jene mit Fokus auf die Subsahara-MigrantInnen müssen sich um Möglichkeiten des Austauschs, des Dialogs und der Koordination bemühen. Dabei sollen innovative Strategien sowie grenzübergreifende Präventionsprojekte und -ansätze geprüft werden.

Auch die Situation der HIV- und STI-Epidemien in Osteuropa ist für die Schweiz von Interesse, nicht nur wegen der Möglichkeit, Schweizer Erfahrungen in die Bekämpfung dieser Epidemien einzubringen, sondern auch im Hinblick auf die nationale Epidemie. Die Migrationsbewegungen, aber auch die starke Mobilität durch wirtschaftliche Bezie-

hungen, Tourismus und Sexgewerbe aus Ländern mit steigender Prävalenz kann einen Einfluss auf die nationale Situation haben. Im Rahmen des NPHS verfolgt die Schweiz die Entwicklung und antizipiert, wenn angebracht, adäquate Präventionsmassnahmen.

Rollenaufteilung

Das internationale Instrumentarium und die internationale Stellung der Schweiz bringen hinsichtlich unserer internationalen Beziehungen unterschiedliche Verantwortlichkeiten mit sich, die einer näheren Klärung bedürfen.

Einerseits sind im Rahmen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit der Schweiz die Anstrengungen nach Massgabe unserer aussenpolitischen Instrumente und hauptsächlich unter der Koordination der DEZA weiterzuführen.

Andererseits muss sich die nationale Arbeit nach den Leitlinien richten, die durch die internationalen Instrumente und die eingegangenen Verpflichtungen vorgegeben sind. Die bedeutenden Entwicklungen bei der europäischen Koordination der HIV- und STI-Arbeit seit dem Jahr 2004, die geografische Lage der Schweiz im Herzen Europas sowie die erhöhte Mobilität der Menschen und die in der Schweiz und anderen Industrieländern Europas ähnlichen Epidemieeckdaten machen eine intensivere Kooperation als bisher auf europäischer Ebene notwendig. Hierfür ist im Wesentlichen das BAG zuständig in Koordination mit dem BFM und der DEZA.

Die beiden internationalen Facetten der HIV- und STI-Arbeit bedingen selbstverständlich eine gute Koordination der verschiedenen Akteure. Seit 2006 gibt es zu diesem Zweck ein Zielsetzungsübereinkommen zwischen dem EDI und dem EDA, das eine kohärente Aussenpolitik der Schweiz bezüglich Gesundheit (Gesundheitsaussenpolitik, GAP¹³⁵) betreibt. Die GAP ermöglicht eine enge Zusammenarbeit und Koordinierung zwischen dem EDA (DEZA und die Politische Direktion) und dem BAG. Zudem versammelt sie regelmässig die anderen Beteiligten der eidgenössischen Verwaltung, die von der Gesundheit betroffen sind, innerhalb einer interdepartementalen Konferenz und einer interdepartementalen Arbeitsgruppe. Der Kampf gegen HIV/Aids ist ausdrücklich als Zielsetzung in der GAP enthalten.

¹³⁵ Eidgenössisches Departement des Innern EDI et al. (2006) Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik. Aussenpolitische Zielvereinbarung im Bereich Gesundheit

Aufgabe

1. Koordination

Die Schweiz koordiniert das NPHS mit den Bestrebungen der internationalen Zusammenarbeit im Bereich HIV und STI und der Sexuellen und Reproduktiven Gesundheit

Unter der Federführung der DEZA leistet die Schweiz zur Armutsreduktion und zur Stärkung der internationalen Solidarität einen Beitrag zur Bekämpfung von HIV und anderen STI und zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Entwicklungs- und Schwellenländern. Im Sinne der Gesundheitsaussenpolitik der Schweiz wirkt das vorliegende Programm im Bereich internationale Koordination komplementär und strebt nach einem kohärenten Ansatz mit der internationalen Kooperation. Der Dialog zwischen den Schweizer Akteuren der nationalen und internationalen HIV- und STI-Antwort ist gestärkt. Das BAG, die DEZA und andere Bundesämter stimmen ihre Beiträge regelmässig untereinander ab und binden einander frühzeitig in die Konsultation neuer Programm- und Strategieentwicklungen ein. Unter anderem die EKAF unterstützt dieses Ziel und gewährleistet auch die Einbindung der nicht-staatlichen Akteure in den Austausch- und Lernprozess (Zivilgesellschaft, NGOs, Klinik und Forschung etc). Das Mandat, die wichtigsten Kooperationsprinzipien der internationalen Zusammenarbeit und die HIV-Arbeitsstrategie der DEZA sind den Schweizer Akteuren und den wichtigsten Dachverbänden mit internationalen Aktivitäten bekannt. Die «lessons learned» des nationalen Programms und der Schweizer Beitrag zu UNGASS und dem 6. Millennium-Entwicklungsziel werden national und international bekannt gemacht. Die DEZA berücksichtigt, soweit im jeweiligen Kontext sinnvoll und im Dialog mit den Partnern in den Kooperationsländern als Priorität erkannt, etablierte Expertisen der nationalen HIV-Antwort, wie zum Beispiel die Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung bestimmter vulnerabler Gruppen (Drogenabhängige, MSM, SexarbeiterInnen, mobile Bevölkerungsgruppen etc.) oder die Ansätze der Harm Reduction.¹³⁶

Wegen der zunehmenden innereuropäischen Mobilität ist die Entwicklung der Epidemien in den Schwellenländern Osteuropas für die Schweiz von besonderem Interesse und besonderer Bedeutung.

2. Kooperation:

Das nationale Programm der Schweiz ist Teil der europäischen HIV- und STI-Antwort

Das NPHS 2011–2017 gilt international als Vorzeigemodell, und die Schweizer HIV-Expertise ist international gefragt. Eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit mit den europäischen Partnern erhöht die Wirksamkeit des vorliegenden Programms und trägt zur Qualitätssteigerung bei. Das NPHS wird in enger Koordination mit den relevanten europäischen Instanzen entwickelt und umgesetzt.

Die Schweiz hält internationale Abkommen im Bereich HIV und anderer STI ein und bringt ihre Kompetenzen und Ressourcen aktiv in den europäischen und internationalen Dialog ein, um zur Stärkung der europäischen/internationalen Ansätze und Instrumente beizutragen. Die Schweiz führt die Zusammenarbeit mit den europäischen Gremien und der WHO Europa weiter und stärkt ihre Ländervertretung und ihre Beiträge an internationalen Gremien. Schweizer Richtlinien bauen auf europäischen Empfehlungen und Strategien auf, zu deren Entwicklung die Schweiz beiträgt. Während die internationale Koordination der Schweiz auf dem Gebiet HIV gut etabliert ist, müssen für den Bereich STI Kontrolle, Surveillance und Forschung gefördert und gestärkt werden. Die Surveillance und die verwendeten Indikatoren für das Monitoring des NPHS werden an die europäischen Standards angepasst werden, um vergleichbare Daten zu generieren.¹³⁷

¹³⁶ Siehe auch: Kessler (2010) Expertensicht – die internationalen Bezüge des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017. Bericht z.H. BAG

¹³⁷ Siehe auch: Kessler (2010) Expertensicht – die internationalen Bezüge des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017. Bericht z.H. BAG

Meilensteine

1. Zur Intensivierung der gegenseitigen Information und Absprache zwischen den Ämtern soll ein kontinuierlicher Austausch gewährleistet sein. Zu den Ergebnissen dieses Austausches soll in der Interdepartementalen Arbeitsgruppe zur Gesundheitsausserpolitik (IdAG GAP) Bericht erstattet werden.
2. Die nächste externe Evaluation des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 beinhaltet auch die Beurteilung des erzielten Fortschritts in Richtung einer verstärkten Kohärenz der nationalen und internationalen HIV- und STI-Antwort der Schweiz (Bestandteil des Pflichthefts). Kriterien für die Evaluation dieses Meilensteins werden Anfang 2011 von den Hauptakteuren des Programms festgelegt.

Zudem unterstützen andere Meilensteine des Programms die zwei obengenannten Ziele, so zum Beispiel Evidenz (siehe auch Unterstützungsaufgabe Evidenz): Bis Ende 2011 besteht ein Konzept inklusive Machbarkeitsstudie zur Einführung eines wirksamen Surveillance Systems der dritten Generation. Dessen Indikatoren sind europakompatibel.

3. Die Schweiz (Lead BAG) organisiert ein Treffen der relevanten Akteure der Schweiz, mit dem Ziel, bis Anfang 2012 den Austausch und die Kooperation mit europäischen Netzwerken im Bereich Migration, wie zum Beispiel «Aids und Mobility Europe», zu intensivieren.¹³⁸

Zuständigkeiten

Der Bund koordiniert seine nationale und internationale HIV- und STI-Antwort sowohl mit den eingegangenen internationalen Verpflichtungen als auch mit den Massnahmen der internationalen Fachorganisationen.

Er bezieht HIV und andere STI in seine Bestrebungen zur Harmonisierung der Epidemienbekämpfung auf europäischer Ebene ein.

UNAIDS unterstützt seit 2004 das Prinzip der «Three Ones»¹³⁹, welches folgende Punkte vorsieht:

1. Es gibt einen Aktionsrahmen, welcher die Basis für die Aids-Arbeit aller beteiligten Akteure bildet und deren Arbeit koordiniert.
2. Es gibt eine koordinierende Autorität in der Aids-Arbeit mit einem breitgestützten Mandat: Die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF), vom Bundesrat eingesetzt, berät den Bundesrat und insbesondere das BAG in aktuellen Fragen zum Thema HIV/Aids. Sie fungiert insofern als höhere unabhängige Stelle des gesamten Systems.
3. Es gibt ein landesweites Monitoring- und Evaluationssystem.

Das BAG ist in der Schweiz für die internationalen Begleit- und Monitoring-Tätigkeiten verantwortlich (z. B. «Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids», verabschiedet 2001 an der Sondersession der Generalversammlung der Vereinten Nationen zu HIV/Aids (UNGASS)¹⁴⁰ und Erklärung von Dublin über Partnerschaft zur Bekämpfung von HIV/Aids¹⁴¹ von 2004). Diese Aufgabe erfüllt es in Zusammenarbeit mit allen anderen relevanten Institutionen.

Das BAG arbeitet möglichst eng mit allen europäischen Fachgremien zusammen (EU, ECDC, WHO EURO usw.), um die europäische und schweizerische HIV- und STI-Antwort bestmöglich zu koordinieren.

¹³⁸ «The main aim of Aids&Mobility Europe is to reduce HIV vulnerability of migrant and mobile populations in Europe, through the development, implementation and promotion of appropriate policies and measures within a European wide network», aids&mobility europe (2010)

¹³⁹ UNAIDS (2004) «Three Ones» key principles. «Coordination of National Responses to HIV/AIDS».

¹⁴⁰ UNO (2001) Declaration of Commitment on HIV/AIDS

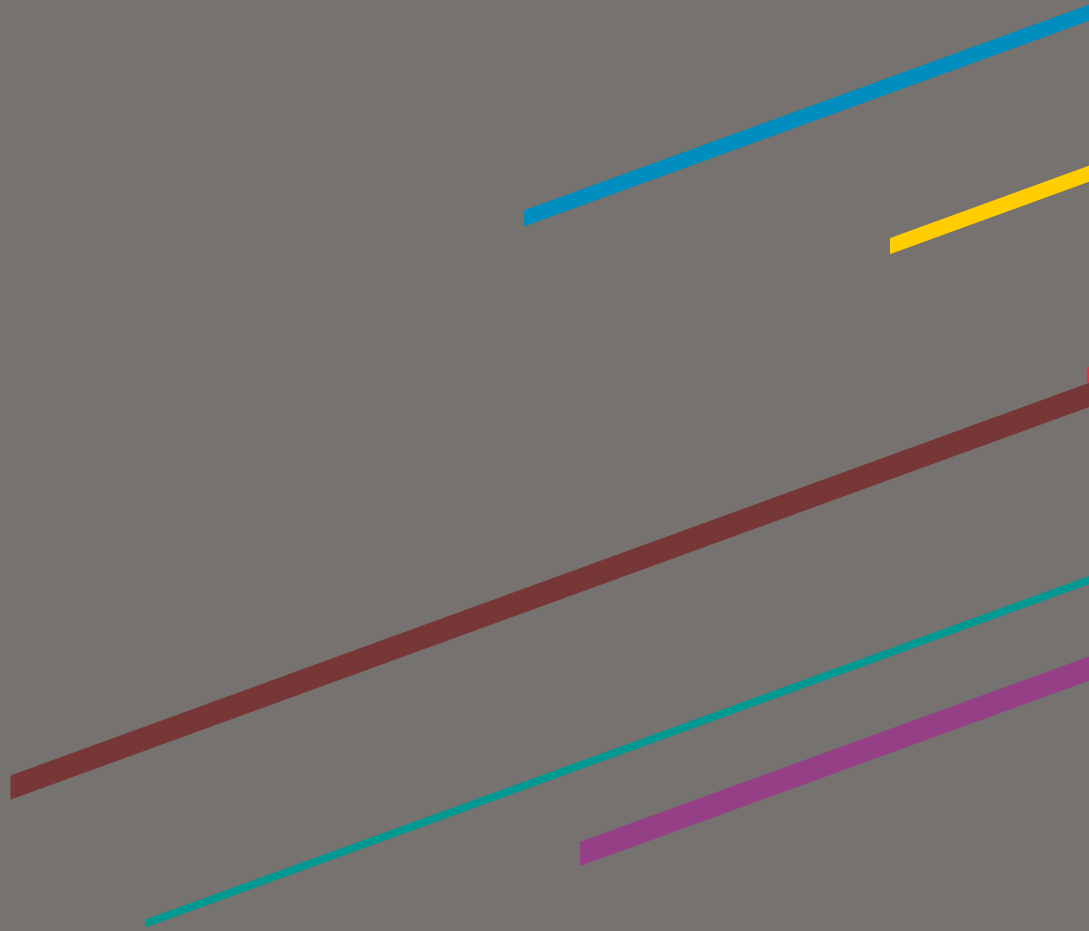
¹⁴¹ Member States of the WHO European Region (2004) Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia

Die DEZA setzt sich gemäss ihrem Auftrag auf dem Gebiet der Entwicklungszusammenarbeit und der humanitären Hilfe für die Verwirklichung des sechsten Ziels der «Millennium-Entwicklungsziele»¹⁴² der Vereinten Nationen in den Entwicklungsländern (des Südens) und den Schwellenländern (des Ostens) ein, und dies sowohl auf bilateraler als auch auf multilateraler Ebene. Sie vertritt unser Land in den relevanten internationalen Institutionen und leistet die von unserem Land gewährte Finanzhilfe.

Forschung im Bereich Sexual Health und STI trägt auch dazu bei, Wissenslücken auf globaler Ebene zu diesen Themen zu schliessen. Die Forschungsbemühungen sollen international vergleichbare Ergebnisse anstreben, nicht zuletzt in bisher wenig erforschten Gebieten: Zum Beispiel Verhaltensforschung und narrative Forschung bei Menschen mit kulturellen Verbindungen zu zwei Ländern; Forschung zur Partizipation von HIV-positiven Menschen in der Entscheidungsfindung (GIPA); Forschung zu Menschenrechten und Kriminalisierung von HIV-Übertragung; sowie Forschung zur menschlichen Sexualität und ihrer Auswirkung auf Public Health. Die Schweiz soll dabei ihre Erfahrungen und Best Practices aktiv bekannt und international zugänglich machen.

¹⁴² United Nations (2000) United Nations Millennium Development Declaration

15 ANHANG



15.1 STAKEHOLDER, DIE ZUR ERARBEITUNG DES PROGRAMMS BEIGETRAGEN HABEN

Bund (inklusive parastaatliche Stellen)

Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT
 Bundesamt für Justiz BJ
 Bundesamt für Migration BFM
 Bundesamt für Sozialversicherung BSV
 Bundesamt für Statistik BFS
 Bundeskanzlei BK
 Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA
 Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung
 von Frau und Mann EBG
 Eidgenössischer Datenschutz- und
 Öffentlichkeitsbeauftragter EDÖB
 Eidgenössische Finanzverwaltung
 Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB
 Eidgenössische Kommission für Aidsfragen EKAF
 Eidgenössisches Personalamt EPA
 Eidgenössische Zollverwaltung EZV
 Generalsekretariat EDA
 Generalsekretariat EDI
 Generalsekretariat EFD
 Generalsekretariat EJPD
 Generalsekretariat EVD
 Generalsekretariat UVEK
 Generalsekretariat VBS
 Preisüberwachung PUE
 Staatssekretariat für Bildung und Forschung SBF
 Staatssekretariat für Wirtschaft SECO
 Swissmedic

Kantone und interkantonale Organisationen

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
 Département des affaires régionales, de l'économie et
 de la santé (DARES), Genève
 Gesundheitsdirektion Kanton Zürich,
 Kantonsärztlicher Dienst
 Gesundheitsdepartement St. Gallen,
 Kantonsärztlicher Dienst
 Hôpitaux Universitaires de Genève
 Institut Central des Hôpitaux Valaisans
 Instituto Cantonale di Microbiologia, Ticino
 Inselspital Bern
 Kantonaler Schulärztlicher Dienst Zürich
 Kanton Glarus, Finanzen und Gesundheit
 Kantonsarztamt Bern
 Kantonsärztin Basel
 Kantonsarzt Genf
 Kantonsarzt Luzern (Stv.)
 Kantonsarzt Solothurn
 Kantonsarzt Tessin (Stv.)
 Kantonsspital St. Gallen
 Kommission für Aidsfragen des Kantons Zürich

Medizinisch-soziale Dienste der Stadt Zürich
 Schweizerische Konferenz der kantonalen
 Erziehungsdirektoren
 Schweizerische Konferenz der kantonalen
 Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
 Städtische Gesundheitsdienste Zürich
 Universitätsspital Zürich
 Universitätsspital Basel

Nicht-Regierungsorganisationen

Aids-Aufklärung Schweiz
 Aids-Hilfe Aargau
 Aids-Hilfe beider Basel
 Aids-Hilfe Bern
 Aids-Hilfe Graubünden
 Aids-Hilfe Luzern
 Aids-Hilfe Oberwallis
 Aids-Hilfe Schweiz
 Aids-Hilfe TG/SH
 Aids-Hilfe Zug
 Aids-Infostelle Winterthur
 Aidspfarramt Zürich
 Alpagai
 Antenne Sida du Valais romand
 Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang
 mit Drogen ARUD, Zürich
 ARTANES Association romande et tessinoise animatrices
 et animateurs en éducation sexuelle
 Association Aspasie Genève
 Association Dialogai
 Association Solidarité Femmes Africaines de
 Genève ASFAG
 Beratungsstelle für Familienplanung, Sexualität,
 Schwangerschaft und Partnerschaft Graubünden
 Centre Empreinte, Fribourg
 Checkpoint Genf
 Checkpoint Zürich
 Centre Jurassien de Planning Familial
 Fachzentrum eff-zett Zug, Fachstelle Sexual- und
 Schwangerschaftsberatung
 Fachstelle Behinderung und Sexualität
 Fachstelle für Aids- und Sexualfragen, St. Gallen
 FMH
 Fondation Agnodice
 Fondation Profa
 Gesundheit Schwyz, Fachbereich Sexualität/Aids
 Groupe information sexuelle et prévention à la santé GIS,
 Neuchâtel
 Groupe SIDA Jura
 Homosexuelle Arbeitsgruppen beider Basel HABS
 Imbarco Immediato, associazione gay lesbica Ticino
 Isla Victoria (Zürcher Stadtmission)
 Juragai
 Lestime

LHIVE

Ligues de la santé, Waadt

Loge 70

LOS, Lesbenorganisation Schweiz

Medicus Mundi Schweiz

Medigay

Personnes Vivant Avec (Genève)

Pink Cross

PLANeS

Planning familial Bienne

Planning familial et Information Sexuelle, Fribourg

Planning familial, Genève

Planning familial, La Chaux-de-Fonds

Planning familial, Moutier

Planning familial, Neuchâtel

Radix Gesundheitsförderung

Santé PluriELLE

Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und
Venerologie

Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und
Geburtshilfe

SEDES (Vereinigung der SexualpädagogInnen der
deutschen Schweiz)

Sexualité et handicaps pluriels

SID'Action

SID'Actuel

Stiftung Aids und Kind

Swiss Centre for International Health (SCIH)

Swiss Transgender Network

UBPRESS

Vogay

VEGAS

Verein Gütesiegel für Präservative

Walliser Dachverband der SIPE-Zentren

Zürcher Aids-Hilfe

Profit-Organisationen

Interpharma

Janssen-Cilag AG

Life Science Communication

Merck Sharp und Dohme Chibret MSD

Forschungseinrichtungen

Fachhochschule Nordwestschweiz

Gewerbliche und industrielle Berufsfachschule,
Fribourg

Haute Ecole de Santé La Source, Lausanne

Institut für Medizinische Mikrobiologie,
Universität Basel

Institut universitaire de médecine sociale et préventive
IUMSP, Lausanne

Kompetezzentrum Sexualpädagogik und Schule,
PHZ Luzern

Swiss HIV Cohort Study

Unité d'évaluation de programmes de prévention, IUMSP
Lausanne

International

World Bank, UNAIDS: AIDS Service Action Plan

15.2 OPERATIONALISIERUNG DES NPHS DURCH DIE VERSCHIEDENEN AKTEURE: EINE ROLLENKLÄRUNG

BAG

Steuerung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Das BAG führt und koordiniert die Umsetzung des NPHS 2011–2017, setzt thematische Prioritäten und leitet die Projekte entsprechend seiner Zuständigkeit. Es lädt die Stakeholder ein, ihre Planung der Programmumsetzung vorzunehmen und diese dem BAG und der EKAF zur Kenntnis zu bringen. In seiner Führungsrolle ist das BAG auch verantwortlich für die Qualitätssicherung (Zwischenberichterstattung und Evaluation) des Programms sowie für die Vorbereitung des Folgeprogramms. Ferner verantwortet das BAG die Umsetzung jener Ziele, die im Kompetenzbereich des Bundes liegen.

Koordination, Kooperation: Das BAG arbeitet eng mit anderen Bundesstellen, mit den kantonalen Behörden und den Dachorganisationen und -verbänden von NGOs zusammen. Es stellt die Koordination mit anderen Bundesstellen sicher, vermeidet Doppelspurigkeiten und sorgt für den effizienten Einsatz von Ressourcen. Es steht mit kantonalen Behörden im Austausch über die Umsetzung des vorliegenden Programms. Gemeinsam mit privaten Dachorganisationen und Verbänden entwickelt das BAG adäquate Massnahmen und bietet Unterstützung bei der Umsetzung.

Information: Das BAG informiert Fachleute der Epidemiologie und Präventionsfachleute in ausgewählten Medien (Bulletin¹⁴³, Spectra¹⁴⁴, SAN¹⁴⁵) zu verschiedenen Aspekten von HIV und STI.

Prävention: Das BAG unterstützt die breite und kohärente Information der Bevölkerung.

Surveillance von HIV und anderen STI: Das BAG garantiert die epidemiologische Überwachung von HIV und Public-Health-relevanten STI und lässt zusätzlich Daten im Sinne von Second- und Third Generation Surveillance (siehe Kapitel Evidenz) erheben.

Richtlinien und Empfehlungen: Zusammen mit den entsprechenden Fachgremien (EKIF, EKAF, Fachgesellschaften/FMH; weitere relevante Akteure) erarbeitet das BAG auf der Grundlage der aktuellen nationalen und internationalen Daten Richtlinien und Empfehlungen zum Impfen so-

wie zu Diagnose, Beratung und Therapie von Menschen mit HIV und/oder STI. Das BAG unternimmt Anstrengungen, damit Aus- und Fortbildungsstandards zu HIV- und STI-Prävention, -Diagnostik und Therapie entwickelt werden.

Sexualpädagogik: Die Kantone wirken in Zusammenarbeit mit dem Bund darauf hin, dass in der Schweiz Voraussetzungen für eine flächendeckende und ausreichende Sexualpädagogik gegeben sind.

Wissensmanagement: Auf der Basis von Meldewesen, Monitoring, Evaluation und Forschung arbeitet das BAG evidenzgestützt. Es orientiert sich an Modellen guter Praxis. Es sichert dieses Wissen systematisch und kommuniziert wichtige Erkenntnisse regelmässig. Der Bund koordiniert die diversen existierenden Plattformen und Foren zum HIV- und STI-Wissensmanagement in der Schweiz.

Produktesicherheit: In Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Heilmittelinstitut Swissmedic ist das BAG für die Anerkennung von HIV-Testlabors zuständig. Für die Sicherheit von Blutprodukten und für die Marktüberwachung von HIV-Tests und Präservativen ist Swissmedic verantwortlich.

Internationale Koordination: Das BAG fördert die Kooperation mit internationalen Gremien (UN, WHO, UNAIDS, ECDC) und die Umsetzung entsprechender Vorgaben und Deklarationen bezüglich Prävention, Beratung, Diagnose und Therapie sowie der Gleichstellung von Menschen mit HIV.

Aufgaben der Bundesverwaltung

Die Bundesverwaltung unterstützt die Umsetzung des NPHS 2011–2017. Die einzelnen Bundesämter leisten ihren Beitrag gemäss den Aufgaben und Zuständigkeiten in den entsprechenden Zielen.

Kantone

Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Die kantonalen Behörden sind zuständig für die Umsetzung und Koordination von Massnahmen innerhalb ihres Kantonsgebiets. Mittels Finanzierung und Controlling von lokalen Institutionen (z.B. regionale HIV- und STI-Behandlungszentren oder Präventions- und Beratungsstellen) stellen sie qualitativ angemessene HIV- und STI-spezifische Angebote in den Bereichen Prävention, Beratung, Diagnose und Therapie sicher.

Koordination, Kooperation: Kantone und Bund arbeiten im Themenbereich HIV und STI inhaltlich, strukturell und finanziell zusammen und leiten entsprechende Koordinationsmassnahmen ein (oder erhalten diese). Der Bund ist verpflichtet, bei Kantonen, deren Aufwendungen für die

¹⁴³ BAG (Hrsg.) (2011) Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit

¹⁴⁴ BAG (Hrsg.) (2011) spectra – Gesundheitsförderung und Prävention

¹⁴⁵ Aids-Hilfe Schweiz (Hrsg.) (2011) Swiss Aids News – SAN

HIV- und STI-Prävention nicht der epidemiologischen Situation entsprechen, dieses Missverhältnis festzustellen und mit dem Kanton gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Sexualerziehung in den Schulen: Die kantonalen Behörden stellen die Einführung und Umsetzung der Sexualerziehung in den Schulen sicher. Sie gewährleisten eine stufengerechte Integration der Thematik in die Lehrpläne und definieren – in Absprache mit Fachleuten – Qualitätskriterien für die Sexualerziehung in den Schulen.

Beitrag zum Meldewesen: Die kantonalen Behörden sind zuständig für die Meldung der HIV- und STI-Diagnosen und Aids-Fälle gemäss Melde-Verordnung.¹⁴⁶

Berufliche Aus- und Fortbildung: Die kantonalen Behörden setzen sich dafür ein, dass die national definierten Ausbildungsstandards im Bereich HIV und STI in den kantonalen Institutionen umgesetzt werden.

Qualitätssicherung: Die Ärzteschaft überwacht in Zusammenarbeit mit dem Bund die Aus- und Fortbildung des medizinischen Personals. Die Qualitätssicherung hierzu obliegt den Kantonen.

Bildungsstätten

Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Die Bildungsstätten tragen durch Forschung und Aus- und Fortbildung an Fachhochschulen und Universitäten zur Umsetzung des NPHS 2011–2017 bei. In den Schulen ist Sexualerziehung stufengerecht in die Lehrpläne integriert.

Koordination, Kooperation: Die Bildungsstätten arbeiten je nach Bedarf mit praxis- und/oder strategisch orientierten Akteuren inhaltlich, strukturell und finanziell zusammen.

EKAF

Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Die EKAF bietet Unterstützung in strategischer wie fachlicher Hinsicht: Sie berät den Bundesrat, das BAG und die Akteure bezüglich Planung, Meilensteinen und speziellen Fragen bei der Umsetzung des Programms und kontrolliert, ob die strategischen Leitlinien umgesetzt werden.

Richtlinien und Empfehlungen: Die EKAF formuliert und propagiert Richtlinien und Empfehlungen für die Beratung, therapieunterstützende Diagnostik und Therapie von Menschen mit HIV/Aids und/oder STI.

Dialog mit ExpertInnen: Die EKAF pflegt den kontinuierlichen Dialog mit ExpertInnen des Felds HIV und STI und stellt damit ihre Sensitivität für aktuelle Themen und Entwicklungen sicher.

Förderung des politischen Verständnisses: Die EKAF setzt sich für das politische Verständnis der HIV- und STI-Problematik ein.¹⁴⁷ Sie bereitet relevante Themen für die politische Entscheidungsfindung auf nationaler Ebene vor und ist dafür besorgt, dass notwendige Handlungsspielräume geschaffen werden.

EKIF

Richtlinien und Empfehlungen: In Zusammenarbeit mit dem BAG und weiteren relevanten Partnern trägt die EKIF zur Erarbeitung von Richtlinien und Empfehlungen zu Impfungen bei.

Nationale NGOs (Dachorganisationen und -verbände)

Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Die nationalen NGOs stellen entsprechend ihren Leitbildern und Verträgen ein professionelles Informations-, Präventions- und Beratungsangebot zur Verfügung:

■ PLANeS

PLANeS ist hauptsächlich zuständig für die Umsetzung der Ziele in der Interventionsachse 1.

■ **Dachorganisationen und -verbände, die Jugendinteressen vertreten:** Sie tragen zum Erreichen der Ziele in der Interventionsachse 1 bei.

■ **Dachorganisationen und -verbände, die lesbische, schwule, bisexuelle und Transgender-Interessen vertreten:** Sie tragen zum Erreichen der Ziele in den Achsen 1 und 2 bei.

¹⁴⁶ Der Schweizerische Bundesrat (1999) Verordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Melde-Verordnung). SR 818.141.1

¹⁴⁷ UNAIDS empfiehlt jedem Land, im Rahmen der sogenannten «Three Ones» eine koordinierende Autorität in der HIV/Aids-Arbeit mit einem breit gestützten Mandat zu unterhalten: Im Falle der Schweiz war dies bis jetzt die EKAF, die, vom Bundesrat eingesetzt, das BAG und den Bundesrat in aktuellen Fragen zum Thema HIV/Aids beriet. Zu «Three Ones» siehe auch: UNAIDS (2004) «Three Ones» key principles. «Coordination of National Responses to HIV/AIDS» Guiding principles for national authorities and their partners

■ AHS

Die AHS ist hauptsächlich zuständig für die Interventionsachse 2 (Sensibilisierung, Information, Prävention und Beratung) mit den Zielgruppen: MSM, SexworkerInnen, Migranten aus Ländern mit erhöhter Prävalenz, weitere vulnerable Migrationsgruppen, IDU (die AHS unterstützt das System der Drogen- und Suchthilfe bei der Sensibilisierung, Information, Prävention und Beratung von IDU), Gefängnisinsassen.

■ Dachorganisationen und -verbände, die Gay-Betriebe vertreten:

Sie tragen zum Erreichen der Ziele in Achse 2 bei.

■ Dachorganisationen und -verbände, die HIV-Betroffene vertreten:

Sie tragen vor allem zum Erreichen der Ziele in den Achsen 2 und 3 bei.

Koordination und Kooperation: Nebst der Koordination und Kooperation im Rahmen ihrer Funktion als Dachorganisation oder -verband pflegen die nationalen NGOs Kontakte untereinander und kooperieren gemäss Synergie-Erfordernissen mit weiteren Akteuren.

Förderung des politischen Verständnisses und Lobbying: Die NGOs setzen sich auf nationaler Ebene für das politische Verständnis der HIV- und STI-Problematik ein und arbeiten mit, eine Lobby für das Thema HIV und STI (und davon Betroffene) sowie für Sexual Health zu etablieren.

Wissensmanagement: Nationale NGOs tragen dazu bei, Wissen im Bereich HIV und STI systematisch zu sichern. Sie kommunizieren wichtige Erkenntnisse regelmässig an den dafür vorgesehenen Plattformen und Foren.

Qualitätssicherung: Nationale NGOs sorgen in Zusammenarbeit mit regionalen NGOs, Kantonen und Städten für Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Fachleute der Prävention im Bereich Sexual Health.

Kantonale, regionale und lokale NGOs (Mitglieder der Dachorganisationen und -verbände):

Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Die kantonalen, regionalen und lokalen NGOs stellen entsprechend ihren Leitbildern und Verträgen ein professionelles Informations-, Präventions- und Beratungsangebot zur Verfügung. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten wirken sie bei Aufgaben mit, welche national gesteuert, jedoch kantonal, regional oder lokal umgesetzt werden.

Intra- und interkantonale Koordination und Kooperation: Die regionalen und nationalen NGOs koordinieren ihre Arbeit intra- und interkantonale gemäss synergetischen Erfordernissen. Sie stellen im Rahmen ihrer Möglichkeiten Wis-

sen und Know-how für Projekte und Aufgaben der Dachorganisationen und -verbände zur Verfügung und pflegen den entsprechenden Austausch.

Förderung des politischen Verständnisses und Lobbying: Die NGOs setzen sich auf regionaler Ebene für das politische Verständnis der HIV- und STI-Problematik ein und leisten die entsprechende Öffentlichkeitsarbeit.

Weitere NGOs

Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Weitere im Bereich HIV und STI tätige NGOs tragen entsprechend ihren Leitbildern zum Erreichen der Ziele des NPHS bei.

Koordination und Kooperation: Die NGOs kooperieren gemäss synergetischen Erfordernissen mit weiteren Akteuren.

Regionale HIV- und STI-Zentren

Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Die regionalen HIV- und STI-Zentren setzen sich jeweils in ihrer geographischen Region für die Einhaltung und Umsetzung der beraterischen, diagnostischen und klinischen Standards des NPHS 2011–2017 ein und stehen dem BAG im Rahmen der Arbeitsgruppen der EKAF beratend zur Seite.

Individuelle Beratung und anonyme Testangebote: Regionale HIV-Zentren unterhalten ein Beratungs- und Informationsangebot betreffend HIV und STI und führen gegebenenfalls entsprechende HIV- und /oder STI-Tests durch.

Überwachung der Epidemie/Meldewesen: Die regionalen HIV-Zentren unterstützen die Kantone und das BAG bei der Einhaltung der Melde-Verordnung. Im Rahmen ihrer klinischen Arbeit und im Rahmen der SHCS übernehmen sie Sensorfunktion für neue wissenschaftliche Erkenntnisse.

Zusammenarbeit mit der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHCS): Im Rahmen der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie und mit dem Einverständnis der betroffenen PatientInnen sammeln die regionalen HIV-Zentren klinisch-epidemiologische Daten, die zentral ausgewertet werden. Diese Analysen ergänzen die epidemiologischen Erhebungen des BAG. Die Zentren bilden zusammen mit der SHCS die Plattform für die klinische HIV- und STI-Forschung in der Schweiz.

Richtlinien und Empfehlungen: In Zusammenarbeit mit dem BAG und weiteren relevanten Partnern erstellen die Vertreter der regionalen HIV-Zentren Richtlinien und Empfehlungen zu Diagnostik, Beratung und Therapie. Sie setzen sich für die Verbreitung und Einhaltung dieser Richtlinien in ihrer Region ein.

Fach- und Beratungsstellen

Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Die Fach- und Beratungsstellen stellen entsprechend ihren Leitbildern und Verträgen ein professionelles Informations-, Präventions- und Beratungsangebot zur Verfügung.

Intra- und interkantonale Koordination und Kooperation: Die Fach- und Beratungsstellen koordinieren ihre Arbeit intra- und interkantonale gemäss synergetischen Erfordernissen.

Fachgesellschaften/FMH

Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Die Fachgesellschaften sowie die FMH beraten den Bund in fachlichen Fragen und bringen ihr Know-how in die Formulierung von Richtlinien und Empfehlungen zu HIV- und STI-Prävention, -Beratung, -Diagnose und Behandlung ein.

Qualitätssicherung: Die Ärzteschaft (in Gestalt ihrer Berufsverbände) überwacht in Zusammenarbeit mit dem Bund die Aus- und Fortbildung des medizinischen Personals. In der Zusammenarbeit mit dem Bund ist die FMH dafür besorgt, dass genügend medizinisches Fachpersonal für den Bereich HIV und STI zur Verfügung steht.

Medizinische HIV- und STI-SpezialistInnen

Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Medizinische HIV- und STI-SpezialistInnen tragen im Rahmen ihrer Tätigkeit zur Umsetzung des NPHS 2011–2017 bei. Hierfür werden ihnen vom Bund geeignete Instrumente zur Verfügung gestellt (Richtlinien und Empfehlungen).

Richtlinien und Empfehlungen: Medizinische HIV- und STI-SpezialistInnen bringen ihr Know-how in die Formulierung von Richtlinien und Empfehlungen zu HIV- und STI-Prävention, -Beratung, -Diagnose und Behandlung ein.

Zusammenarbeit mit der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHCS): Im Rahmen der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie und mit dem Einverständnis der betroffenen PatientInnen sammeln die medizinischen HIV- und STI-SpezialistInnen klinisch-epidemiologische Daten, die zentral ausgewertet werden. Diese Analysen ergänzen die epidemiologischen Erhebungen des BAG.

VCT-Stellen/Teststellen:

Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Die VCT- und Teststellen leisten ihren Beitrag zur Umsetzung des NPHS 2011–2017. VCT-Stellen halten sich an die vom BAG herausgegebenen Empfehlungen über die freiwillige HIV-Beratung und -Testung (VCT) unter Verwendung von HIV-Schnelltests. Sie übernehmen Sensorfunktion für das BAG und unterstützen das Meldewesen. Die Verwendung des Internet-Tools *↳BerDa* vereinfacht diese Unterstützung.

Individuelle Beratung und anonyme Testangebote: VCT-Stellen unterhalten ein Beratungs- und Informationsangebot betreffend HIV und STI und führen gegebenenfalls entsprechende Tests von HIV und/oder STI durch.

Überwachung der Epidemie/Meldewesen: Die VCT- und Teststellen unterstützen die Kantone und das BAG bei der Einhaltung der Meldeverordnung.

Krankenversicherer

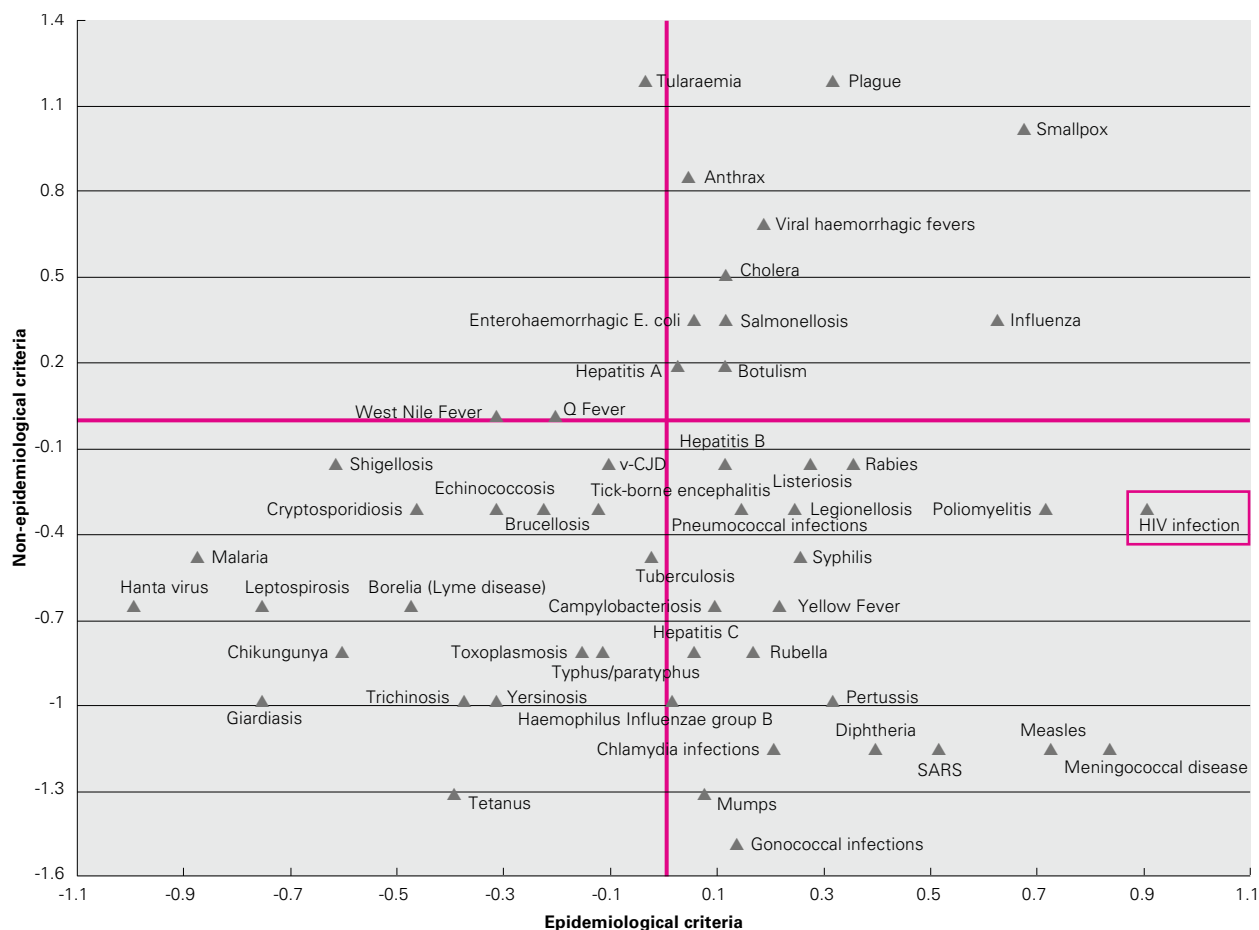
Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen: Bund und Krankenversicherer arbeiten im Themenbereich HIV und STI strukturell und finanziell zusammen.

Alle Akteure

Sie planen periodisch die Programmumsetzung und koordinieren regelmässig ihre Arbeit im Sinne des NPHS mittels der dafür vorgesehenen Koordinationsgefässe.

15.3 WICHTIGKEIT DER ERREGER, BASIEREND AUF EPIDEMIOLOGISCHEN UND NICHT-EPIDEMIOLOGISCHEN KRITERIEN

Die nachfolgend aufgeführte Darstellung zeigt, wie das im Text Kapitel 3, Seite 14, vorgestellte «Priority Setting Tool» die übertragbaren Krankheitserreger nach Public-Health-Relevanz ordnet (Datenbasis: CH 2005/2006; Quelle: BAG)



15.4 ÜBERSICHTSTABELLE ZU DEN SEXUELL ÜBERTRAGBAREN INFESTIONEN

STI	Symptome	Komplikationen	Prävalenz/Inzidenz	Übertragungsweise	
Chlamydiose Bakterien <i>Chlamydia trachomatis</i>	Die Chlamydieninfektion verläuft bei 70% der ♀ und bei 25% der ♂ in der Regel asymptomatisch oder mit nur geringgradigen Symptomen. Andernfalls: eitriger Ausfluss, Brennen beim Wasserlösen, Unterbauchschmerzen (♀), Harnröhrenentzündung (♂). Dieses Krankheitsbild tritt gewöhnlich bei ♂ 1 bis 3 Wochen nach der Exposition auf und unterscheidet sich nicht von demjenigen der Gonorrhoe.	Ohne Antibiotikatherapie entwickeln 20 bis 40% der infizierten Frauen eine entzündliche Beckenerkrankung, die Sterilität oder extrauterine Schwangerschaften zur Folge haben kann. Bei ♂ (2%) kann es zu Nebenhodenentzündungen und anderen lokalen Komplikationen kommen. Bei Neugeborenen: Bindehautentzündung, Lungenentzündung.	3 bis 10% der sexuell aktiven Bevölkerung je nach Alterskategorie und Bevölkerungsgruppe. ♀ sind zwei Mal häufiger betroffen (70% vs. 30%). Bei ♀ betreffen 87% die 15- bis 34-Jährigen und bei ♂ die 20- bis 34-Jährigen; Prävalenz bei heterosexuellen ♂ drei Mal höher als bei Männern mit sexuellen Kontakten zu Männern (MSM). Im Jahr 2008 markanter Anstieg der gemeldeten Fälle bei 20- bis 24-jährigen ♀. Das Infektionsrisiko ist bei sexuell aktiven Personen unter 25 Jahren erhöht.	Schleimhautkontakt (genital, anal, oral) und Kontakt mit Genitalsekreten; vertikale Übertragung von der Mutter auf das Kind während der Geburt.	
Gonorrhoe – Bakterien <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Die ersten Symptome treten 1 bis 7 Tage nach der Infizierung auf. Bei ♀ häufig asymptomatischer Verlauf. Andernfalls: eitriger Ausfluss, Brennen beim Wasserlösen, Harnröhrenentzündung, Rötungen und Reizungen in der Analregion, Bindehautentzündung, unspezifische Halssymptome.	Unbehandelt kann Gonorrhoe zu Sterilität sowohl bei der ♀ als auch beim ♂ führen. Entzündungen der Gelenke, der Haut und des Herzens sind seltenere Komplikationen. Bei Neugeborenen: Bindehautentzündung, Hornhautschädigungen, Blindheit.	Ca. 800 neue bestätigte Fälle pro Jahr in der Schweiz. 85% der Fälle betreffen ♂. 75% davon gehören der Alterskategorie der 20- bis 44-Jährigen an. 28% betreffen homosexuelle Beziehungen und 48% heterosexuelle Beziehungen. 37% im Rahmen von Gelegenheitsbeziehungen und 29% in festen Beziehungen. ♀: 70% sind zwischen 20 und 39 Jahre alt (62% in einer festen Partnerschaft und 16% in einer Gelegenheitsbeziehung).	Schleimhautkontakt (genital, anal, oral) und Kontakt mit Genitalsekreten; vertikale Übertragung. Ohne Behandlung ist eine Übertragung über Monate möglich.	
Hepatitis A HAV	Die Inkubationszeit beträgt 5 bis 50 Tage (durchschnittlich 4 Wochen). Symptome: akute Erkrankung mit Fieber, Unwohlsein, Ikterus, Appetitlosigkeit und Übelkeit. Bei Kindern unter 6 Jahren verläuft die Infektion nur in 30% der Fälle symptomatisch und häufig ohne Ikterus. Bei älteren Kindern und Erwachsenen verläuft die Infektion in der Regel symptomatisch und die Krankheit dauert typischerweise mehrere Wochen (bis zu 6 Monate), wobei in 70% der Fälle ein Ikterus auftritt. Normalerweise tritt eine Spontanheilung ein. Die Infektion ist niemals chronisch und hinterlässt keine Folgeschäden.	Fulminante Hepatitis (selten: <0,1%): betrifft häufiger Personen mit einer vorbestehenden Lebererkrankung.	Seit 2001 weniger als 200 gemeldete akute Hepatitis-A-Fälle. Die am häufigsten betroffene Altersgruppe sind die 20- bis 30-Jährigen beiderlei Geschlechts. ♂ sind öfter betroffen als ♀ (verweist auf männlich dominierte Risikogruppen: <i>drogeninjizierende</i> Personen, MSM).	Fäko-orale Übertragung durch Genuss von kontaminierten Nahrungsmitteln oder Getränken oder durch Berührung. Übertragung durch Blut möglich, aber äusserst selten.	

	Prävention	Tests	Behandlung	Impfung	Kosten		Erläuterungen
					Test*	Beh.**	
	Präservative/Femidome schützen zu ca. 80%, jedoch nicht beim oralen Geschlechtsverkehr.	Probeentnahme (des infizierten Areals), Urin-test (PRC) und Antigentest. Bisher kein Routinetest für schwangere Frauen.	Häufig Spontanheilung (♀: 80%, ♂: 50%). Therapie mit Antibiotika: Azithromycin oder Doxycycline. Ohne Behandlung kann die Infektion über Monate andauern. Eine Therapie kann nur erfolgreich sein, wenn alle Sexualpartner mitbehandelt werden.	Kein Impfstoff. Intensive Forschung nach einem Impfstoff.	♂: PCR 181.– ♀ PCR 95.–***	45.–	Gemäss WHO ist die Gefahr von Extrauterin-graviditäten bei Frauen, die eine Infektion im oberen Genitaltrakt durchgemacht haben, um das 6- bis 10-Fache erhöht, und 40 bis 50% der extrauterinen Schwangerschaften sind auf eine Infektion im oberen Genitaltrakt zurückzuführen.
	Präservative/Femidome bieten zuverlässigen Schutz (wenn sie auch beim oralen Geschlechtsverkehr benutzt werden).	Probeentnahme, Urin-test.	Antibiotikatherapie mit Cefixim. Eine Therapie kann nur erfolgreich sein, wenn alle Sexualpartner mitbehandelt werden.	Kein Impfstoff.	♂: PCR 181.– ♀: PCR 95.–	15.–	
	In der Schweiz gibt es VHA nicht mehr. Eine Infektion ist heute folglich nur in Ländern mit ungünstigen hygienischen Bedingungen möglich. Wichtigstes Mittel zur Prävention einer Hepatitis A-Übertragung: Einhaltung grundlegender Hygieneregeln: Händewaschen, vor allem nach Toilettenbesuch, vor der Zubereitung von Speisen und vor dem Essen; keine gemeinsame Benutzung der Wäsche für den Intimbereich (Handtücher, Bettwäsche usw.); Waschen der Wäsche und Reinigung der Küchenutensilien mit heissem Wasser; Trennung potenziell kontaminierter roher Nahrungsmittel von gekochten; Impfempfehlung für bestimmte Situationen oder Risikogruppen.		Dank einer Impfung innerhalb von 7 Tagen nach der Exposition (z. B. Kontakt mit einer infizierten Person) lässt sich in 85% der Fälle das Auftreten der Krankheit verhindern.	Verschiedene Empfehlungen für die VHA-Impfung (vgl. BAG-Impfplan 2010). Betreffend das nationale HIV und STI-Programm: Drogenkonsumierende, MSM, Personen mit Kontakt zu Drogenkonsumierenden oder mit Personen aus Endemiegebieten, Personen mit einer gleichzeitigen HIV-, VHB- und VHC-Infektion. Für nicht gegen VHB geimpfte Personen wird die Verabreichung des kombinierten VHA- und VHB-Impfstoffs mit einer grösseren Wirkung empfohlen.	♂: 35.–/45.–	–	

* Die Tests und die Behandlungen können je nach gegebener Situation unterschiedlich ausfallen; die Preise können daher variieren. Das BAG hat sowohl für die Tests als auch für die Behandlungen Grundpreise festgelegt. Zu diesen Preisen kommen jedoch die Honorare des medizinischen Personals (Tarmed) sowie die Kosten in Zusammenhang mit der Überwachung (z. B. im Labor) hinzu. Für eine Kostenschätzung wurden die im Checkpoint (VCT-Stelle für MSM) angewandten Preise beigezogen. Diese Angaben stammen von Benedikt Zahno des Checkpoints Zürich und von Dr. Pietro Vernazza.

** ebd.

*** Für die Frauen handelt es sich bei den angegebenen Preisen um die Kosten für die Laboranalysen (eine administrative Gebühr von CHF 24.– pro Auftrag ist ebenfalls zu berücksichtigen). Diese Angaben stammen von Dr. Lorenz Risch (Spezialist in Labormedizin) auf Anfrage von Dr. Christiane Roth, Generalsekretärin von gynécologie suisse.

STI	Symptome	Komplikationen	Prävalenz/Inzidenz	Übertragungsweise	
Hepatitis B HBV	Inkubationszeit zwischen 1 und 6 Monaten (Durchschnitt zw. 2 und 3 Monaten). Bei einem Drittel der Erwachsenen können folgende Symptome auftreten: akute Erkrankung mit Fieber, Unwohlsein, Ikterus, Appetitlosigkeit und Übelkeit. Die Infektion verläuft bei Neugeborenen sehr selten symptomatisch, entwickelt sich aber in 70 bis 90% der Fälle chronisch.	Gefahr der chronischen Entwicklung. 1/10–20 infizierten Personen kann den Virus nicht eliminieren und bleibt ihr Leben lang ansteckend mit dem Risiko von schweren Komplikationen (progrediente Zerstörung der Leber, Zirrhose, Krebs).	Weniger als 5% der Bevölkerung, davon entwickeln sich 5% der Fälle chronisch. Die Hochrisikogruppe bilden Personen, die ungeschützten Geschlechtsverkehr haben (sowohl Hetero- als auch Homosexuelle). Die Zahl der jährlichen Neuinfektionen wird auf 300 bis 500 geschätzt.	Blutkontakt, Schleimhautkontakt (genital, anal, oral) sowie Kontakt mit Genitalsekreten; vertikale Übertragung, horizontale nicht sexuelle Übertragung (enger Kontakt mit infizierter Person). 10 Mal ansteckender als HIV.	
Hepatitis C HCV	Inkubationszeit zwischen 20 Tagen und 6 Monaten. Eine Hepatitis-C-Infektion führt selten zu einer akuten Hepatitis (10–20%) und verläuft meistens klinisch stumm (die Hälfte der infizierten Personen weiss nichts von ihrer Infektion).	Bei über 50 bis 80% der Fälle entwickelt sich eine chronische Infektion. Innerhalb von 5 bis 50 Jahren entsteht bei 5 bis 50% der chronisch infizierten Personen eine Leberzirrhose mit einer erhöhten Gefahr von Leberkrebs.	60 bis 80% der neuen Fälle hängen mit intravenösem Drogenkonsum zusammen. 60% sind Männer, die in der Regel 25 bis 29 Jahre alt sind. Rund 60 gemeldete Fälle pro Jahr seit 2003.	Blutkontakt, analer Geschlechtsverkehr (selten), vertikale Übertragung.	
Genitalherpes – Virus (HSV-1 und HSV-2)	Die Krankheit ist durch das Auftreten von brennenden und juckenden Bläschen an allen Schleimhäuten des Körpers gekennzeichnet. Der häufigste Typ HSV-1 beschränkt sich meistens auf den Mund und die Lippen. Der Typ HSV-2 betrifft besonders den Genitalbereich. Bei rund 80% der mit HSV-2 infizierten Personen bleibt die Infektion asymptomatisch. Rezidivierende Episoden. Die erste tritt in der Regel 2 bis 12 Tage nach dem ersten Kontakt mit dem HSV auf.	Eine schwere Primoinfektion bei der ♀ in den ersten 12 Wochen der Schwangerschaft kann zu einem Abort führen. In den industrialisierten Ländern ist der neonatale Herpes äusserst selten. In seltenen Fällen kann das Virus eine Meningitis oder eine Enzephalitis hervorrufen.	Rund 20% der Bevölkerung.	Schleimhautkontakt, Kontakt mit infizierter Haut, Schmierinfektion, vertikale Übertragung; Ansteckungsgefahr während der asymptomatischen Intervalle. Genitale Übertragung des HSV-1 möglich.	
Humanes Papillomavirus (HPV, Warzen) – Virus <i>Human papilloma-virus</i>	2/3 der Infektionen verlaufen asymptomatisch. Symptome: Hautveränderungen (Warzen/ Kondylome) Die mittlere Dauer einer neuen HPV-Infektion beträgt 8 Monate. In 70% der Fälle verschwindet das Virus innerhalb eines Jahres nach der Infektion und in 90% der Fälle innerhalb von 2 Jahren.	Jährlich: Rund 5000 Frauen weisen eine Dysplasie des Gebärmutterhalses und 250 einen Gebärmutterhalskrebs auf. Bei einer von 4 bis 5 Frauen entwickelt sich folglich eine Infektion mit dem HPV-16- oder HPV-18-Virus zu einer Dysplasie oder zu Krebs. Das HPV-16- und das HPV-18-Virus sind für 70% der Gebärmutterkrebsfälle verantwortlich (HPV-Viren sind zu nahezu 100% für die Krebsfälle verantwortlich).	Rund 15% der Bevölkerung. Nach Schätzungen ziehen sich 70% bis 80% der sexuell aktiven ♀ und ♂ HPV-Viren im Laufe ihres Lebens zu. Geschätzte jährliche HPV-Infektionsrate bei ♀: 2% (HPV 16/18: 1%) bei den 12- bis 14-Jährigen; 14–16% (HPV 16/18: 7–9%) bei den 16- bis 25-Jährigen; 8% (HPV 16/18: 2%) bei ≥ 50-Jährigen	Schleimhautkontakt, Kontakt mit infizierter Haut, Schmierinfektion (selten), vertikale Übertragung.	
Syphilis (Lues, Harter Schanker) – Bakterien <i>Treponema pallidum</i>	Symptome treten 10 Tage bis 3 Monate nach der Ansteckung auf. Primärstadium: indolenter Schanker bei der Eintrittspforte der Bakterien (Genitalbereich, Mund). Sekundärstadium: Ausbreitung im Blut: Anschwellen der Lymphdrüsen; Haut- und Schleimhautveränderungen. Latente Phase: lang dauernde Phase (einige Monate bis Jahre), asymptomatisch, kontinuierliche Verbreitung bis ins Nervensystem. Tertiärstadium: Beeinträchtigung verschiedener Organe, irreversible Läsionen.	Neugeborene: Tod bei der Geburt, kongenitale Syphilis.	84% der Fälle betreffen ♂. 60% sind zwischen 30 und 49 Jahre alt. Mehrheitlich MSM (53.5% der ♂ bringen die Infektion mit einer homosexuellen Beziehung in Verbindung), Personen mit mehreren Partnern und im Prostitutionsmilieu. Rund 670 gemeldete Fälle pro Jahr in der Schweiz.	Direkter Kontakt (nicht nur genital) mit syphilisbedingten Hautveränderungen, Bluttransfusion, vertikale Übertragung.	

	Prävention	Tests	Behandlung	Impfung	Kosten		Erläuterungen
					Test*	Beh.**	
	Präservative/Femidome verringern das Risiko; Safer Use. Impfpfempfehlung für bestimmte Situationen oder Risikogruppen.	Bluttest.	Eine Behandlungsmethode der akuten Infektion existiert nicht. Bei der Mehrheit der Patienten erfolgt eine Spontanheilung. Eine chronische Infektion kann mit antiviralen Medikamenten wie Lamivudin und Interferon therapiert werden (begrenzter Erfolg 20–30%). Mit der Behandlung wird die Virusvermehrung unter Kontrolle gehalten.	Verschiedene Empfehlungen für die VHB-Impfung (vgl. BAG-Impfplan 2010). Betreffend das nationale HIV- und STI-Programm: alle Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren, Personen mit häufigem Wechsel des Sexualpartners und Personen aus Endemiegebieten. 3 Dosen verteilt auf 6 bis 12 Monate.	♂ : 35.–/45.– ♀ : 20.–	Preis variiert von Fall zu Fall (= HIV. ca. 30'000.–)	
	Steriles Injektionsmaterial und strenge Hygienemassnahmen.	Bluttest.	Bei einer frühzeitigen antiviralen Behandlung mit Ribavirin in Kombination mit pegyliertem Interferon beträgt die Heilungsrate 50 bis 90%.	Kein Impfstoff.	♂ : 45.– ♀ : 1740	15'000.– bis 30'000.–	
	Präservative/Femidome bieten wegen der Übertragung über die Haut keinen Schutz vor Genitalherpes.	Probeentnahme bei Verletzungen, Bluttest.	Nur eine Symptombehandlung ist möglich. Eine kontinuierliche orale antivirale Therapie mit Valaciclovir kann die Häufigkeit von Rezidiven und die Dauer der Schübe verringern.	Kein Impfstoff.	♂ : Bluttest 105.– Abstrich 205.– ♀ : PCR 180.– Kultur 74.–	6720	Koinfektion Typ 1 und 2. Nach dem Strategiepapier zur STI-Prävention und -Kontrolle 2006 bis 2015 der WHO kann das HSV-2 in bestimmten Fällen für eine HIV-Infektion verantwortlich sein. Für HIV-negative Personen erhöht eine HSV-2-Infektion das HIV-Infektionsrisiko um mehr als das Zweifache.
	Präservative/Femidome verringern das Risiko. Impfpfempfehlung für Mädchen.	Medizinische Untersuchung, u. U. mit Essigprobe (Essigsäure) und Anoskopie/ Kolposkopie.	Chirurgische Behandlung und/oder oft langfristig lokal applizierte Medikamente.	Präventive Impfung (für noch nicht infizierte Personen) gegen HPV 16 und 18, empfohlen für alle Mädchen im Alter von 11–14 Jahren. Sollte auch für Knaben gefördert werden. 3 Dosen über einen Zeitraum von 6 bis 12 Monaten.	♂ : 205.–		Der HPV-Impfstoff lässt sich gleichzeitig mit dem Hepatitis-B-Impfstoff verabreichen. Altersgrenze für die Impfung: 26 Jahre. Die Kosten für diese Impfung werden ab dem 20. Altersjahr nicht mehr übernommen. Für junge Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren ist die Kostenvergütung noch bis zum Jahr 2012 vorgesehen.
	Präservative/Femidome verringern das Risiko; Gummihandschuhe bei Fisting.	Probeentnahme, Bluttest. Für schwangere Frauen: Routinetest.	In den ersten beiden Stadien Antibiotikatherapie mit Benzathin-Penicillin G; im Tertiärstadium bleiben Folgeschäden zurück (Organschäden).	Kein Impfstoff.	♂ : 60.– Schnelltest 20.– ♀ : 42.–	Ca. 10.–	

STI	Symptome	Komplikationen	Prävalenz/Inzidenz	Übertragungsweise	
Trichomoniasis – Protozoa <i>Trichomonas vaginalis</i>	Keine typischen Symptome bei der Hälfte der ♀; beim ♂ in der Regel asymptomatisch. Symptome: eitriger Ausfluss, Brennen beim Wasserlösen, Juckreiz; Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (♀). Häufig nicht zu diagnostizieren, da keine akuten Symptome.	Unbehandelt kann eine Infektion zur Sterilität sowohl bei der ♀ als auch beim ♂ führen. Es treten atypische Entzündungen des Beckens auf. Bei Schwangeren: Fehlgeburt, vermindertes Geburtsgewicht des Neugeborenen und es besteht ein erhöhtes Endodermitis-Risiko.	Häufigste STI mit 5 Mio. neuen Fällen pro Jahr weltweit; betrifft besonders ♀ und junge Menschen.	Kontakt mit Genitalsekreten und anderen infektiösen Flüssigkeiten, Schmierinfektion, vertikale Übertragung.	
Lymphogranuloma venereum (LGV) – Bakterien <i>Chlamydia trachomatis</i> (Sero-typen L1-L3)	Inkubationszeit beträgt 2 bis 60 Tage. Häufig asymptomatisch. Symptome: Primärstadium: nicht schmerzhaft Entzündung an der Eintrittspforte. Sekundärstadium: Anschwellen der Lymphdrüsen mit Schmerzen und Fieber; Blutungen, eitriger Ausfluss, Verstopfung und/oder Abszess und anale Ulzera gepaart mit Fieber.	Ohne rechtzeitige Behandlung kann die Infektion schwere Läsionen im Anus verursachen (Narben und Krämpfe), die einen chirurgischen Eingriff erfordern. Ausserdem markantes Anschwellen der Eichel und der Hoden.	Sehr selten in der Allgemeinbevölkerung, aber ansteigend bei MSM und HIV-positiven MSM (Annahmen, nicht durch Zahlen belegt).	Schleimhautkontakt (genital, anal, oral).	

Referenzen

- AHS et al. (2008) Sexuell übertragbare Infektionen. Informationen für Beratende
- Jaton et al. (2005) Chlamydia : signes d'appel, diagnostic et traitement
- Menzi et al. (2008) Handbuch Prävention und Therapie
- Nau (2009) Nouvelle alerte à la lymphogranulomatose vénérienne rectale
- Bundesamt für Gesundheit (2008) Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 1988 bis 2006: Aktueller Stand und Ausblick
- Bundesamt für Gesundheit (2009) Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 2006 bis 2008
- Bundesamt für Gesundheit et al. (2010) Schweizerischer Impfplan 2010. Richtlinien und Empfehlungen
- Bundesamt für Gesundheit et al. (2008) Empfehlungen zur Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV). Richtlinien und Empfehlungen
- Bundesamt für Gesundheit et al. (1997) Empfehlungen zur Hepatitis-B-Impfung. Richtlinien und Empfehlungen (ehemals Supplementum II)
- Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) et al. (2006) Hepatitis B: Ursachen, Folgen, Vorbeugung
- Van de Laar (2010) The emergence of LGV in Western Europe: what do we know, what can we do?
- World Health Organization (2007) Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. Breaking the chain of transmission
- Kayser et al. (2005) Medizinische Mikrobiologie

	Prävention	Tests	Behandlung	Impfung	Kosten		Erläuterungen
					Test*	Beh.**	
	Präservative/Femidome	Probeentnahme und Untersuchung direkt unter dem Mikroskop.	Behandlung mit antiparasitären Medikamenten wie dem Antibiotikum Metronidazol. Eine Therapie kann nur erfolgreich sein, wenn alle Sexualpartner mitbehandelt werden.	Impfstoff für eine aktive Immunisierung (bei bereits infizierten Personen; kein gesicherter Erfolg).	105.–		Der Parasit kann überleben und sich während mehrerer Stunden vermehren (Hände, Toilettenartikel, benutzte Badeanzüge). Begünstigt durch feuchtes und alkalisches Milieu. Häufig in Verbindung mit einer Gonokokken-Infektion.
	Präservative/Femidome, Gummihandschuhe bei Fisting, Kofferdämme.	Probeentnahme, Bluttest.	Antibiotikatherapie mit Doxycyclin oder Erythromycin.	Kein Impfstoff.	♂ : 385.–	30.–	Häufige Koinfektion mit HSV und HIV.

15.5 SPRITZENABGABE HILFT NICHT NUR DROGENSÜCHTIGEN



SCHWEIZERISCHER NATIONALFONDS
ZUR FÖRDERUNG DER WISSENSCHAFTLICHEN FORSCHUNG

Bern, 06. Mai 2010

Ausbreitung des Aids-Erregers HIV in der Schweiz

Erstmals haben Forschende der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie auf molekularer Ebene rekonstruiert, wie sich der Aids-Erreger HIV in den letzten 30 Jahren in der Schweiz ausgebreitet hat. Die Daten zeigen, dass die 1986 eingeführte Abgabe von sterilen Spritzen an Drogenabhängige auch viele Menschen vor der Krankheit bewahrt hat, die nicht drogensüchtig sind. Eine Botschaft, die insbesondere auch für Länder wichtig ist, wo die Abgabe von sterilen Spritzen noch nicht eingeführt ist.

Seit dem Auftreten der ersten Fälle in den frühen 1980er Jahren rollt eine Infektionswelle über die Schweiz. Jahr für Jahr stecken sich mehrere hundert Menschen mit dem HI-Virus an, das die Immunschwächekrankheit Aids auslöst. Folgt diese Ausbreitung irgendwelchen Mustern? Unterscheiden sich diese Muster zwischen verschiedenen Übertragungsgruppen wie Drogensüchtigen, Homo- oder Heterosexuellen?

Diesen Fragen gingen vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF)¹⁴⁸ unterstützte Forschende mit Hilfe modernster molekularer Methoden nach. Bei ihrer soeben im Fachmagazin «The Journal of Infectious Diseases» publizierten Untersuchung¹⁴⁹ konzentrierten sie sich auf den HIV-1 Subtyp B, der in der Schweiz etwa 70% aller Fälle ausmacht. Sie bestimmten das HIV-Erbgut bei 5700 anonymisierten Menschen, die sich zwischen 1981 und 2007 mit dem Erreger infiziert hatten. Ihre Idee: Je ähnlicher die Viren von zwei Patienten, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese sich beieinander angesteckt haben. So bestimmten die Forschenden in Zusammenarbeit mit Kollegen der ETH Zürich so genannte Übertragungsketten, in denen das Virus von einem Patienten auf den nächsten weitergegeben wurde.

Zwei unterschiedliche Übertragungswege

Insgesamt fanden die Forschenden 60 verschiedene Übertragungsketten, in denen sich mindestens je zehn Menschen mit HIV angesteckt hatten. Doch alle diese Ketten gehörten einem von nur zwei Kettentypen an: Einerseits Übertragungsketten, die sich hauptsächlich aus suchtkran-

ken Menschen, die sich Heroin oder andere Drogen in die Blutgefässe spritzen, und aus Heterosexuellen zusammensetzen; und andererseits der Kettentyp, in dem sich das Virus vorwiegend unter homosexuellen Männern verbreitet. Die Ketten mit Drogensüchtigen und Heterosexuellen umfassten im Schnitt 144 Patienten; in der grössten Übertragungsgruppe infizierten sich sogar 1051 Menschen. Studienleiter Huldrych Günthard vom Universitätsspital Zürich führt dies vor allem auf die einfachere Verbreitung im Drogenmilieu zu Beginn der Epidemie zurück: «Das Virus gelangte durch den Austausch verseuchter Spritzen von ein paar anfänglich infizierten Personen rasch vom Blut eines Drogensüchtigen in das des nächsten», sagt er. Bei Homosexuellen dagegen, wo das Virus durch Geschlechtsverkehr übertragen wird, erfolgt die Ausbreitung in viel kleineren Ketten: In den Übertragungsketten der Homosexuellen steckten sich weniger Partner – durchschnittlich 29 Menschen – an.

Wichtige Rolle des Drogenstrichs

«Interessanterweise fanden wir keine Übertragungsketten, in denen das Virus vorwiegend von Heterosexuellen weitergegeben wurde», sagt Günthard. Das bedeutet, dass die treibenden Faktoren für die Ausbreitung der Epidemie in der Schweiz eindeutig die Infektionsketten unter Homosexuellen und Drogensüchtigen einerseits sowie im Ausland erworbene Infektionen andererseits waren. Allerdings schwappte das Virus immer wieder von einer Gruppe zur anderen. So stammt beispielsweise jedes neunte HI-Virus bei Heterosexuellen aus den Übertragungsketten der Homosexuellen. Während es zwischen Homosexuellen und Drogenabhängigen kaum zu Ansteckungen kommt, war die Infektion Heterosexueller durch Drogenabhängige vor allem in den frühen 1980er Jahren sehr häufig. «Eine wichtige Rolle nahm dabei sicher der Drogenstrich ein», sagt Günthard.

Die Zahlen der Forschenden zeigen aber, dass die Ansteckungen zwischen Drogensüchtigen und Heterosexuellen später stark abnahmen. Das liege vor allem daran, dass die Epidemie unter den Drogensüchtigen dank der 1986 lancierten Abgabe steriler Spritzen – im Austausch gegen die gebrauchten – eingedämmt werden konnte. Dies habe dazu geführt, dass sich auch weniger heterosexuelle Menschen mit HIV infizierten. Die Spritzenaustauschprogramme schützten also die gesamte Gesellschaft. Laut Günthard ist dies eine international wichtige Botschaft. Denn obwohl Spritzenabgabe-Programme weltweit inzwischen in 77 Ländern vorhanden sind, bleibt sie in vielen Ländern umstritten und wurde etwa in Island, in der Türkei und im Kosovo immer noch nicht eingeführt.

¹⁴⁸ na Presseportal. Medienmappe. Schweizerischer Nationalfonds

¹⁴⁹ Kouyios et al. (2010) Molecular Epidemiology Reveals Long-Term Changes in HIV Type 1 Subtype B Transmission in Switzerland

15.6 STELLUNGNAHME DER EKAF ZU AUSGEWÄHLTEN RECHTLICHEN FRAGEN BEZÜGLICH PARTNERINFORMATION IM NPHS

I) Straf- und zivilrechtliche Aspekte der HIV-Übertragung:

1. Wer als HIV-positive Person ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einem HIV-negativen Sexualpartner vollzieht, macht sich nach der Bundesgerichtspraxis wegen vorsätzlicher schwerer Körperverletzung (Art. 122 StGB) – soweit es zur Übertragung kommt – oder wegen versuchter schwerer Körperverletzung strafbar. Zudem erfolgt eine Bestrafung des HIV-positiven Partners wegen erfolgter oder versuchter Verbreitung einer gefährlichen menschlichen Krankheit (Art. 231 StGB). Auch zivilrechtlich liegt eine Persönlichkeitsverletzung vor, die eine Schadenersatz- und Genugtuungsforderung des Verletzten nach sich ziehen kann.
2. Nach der bundesgerichtlichen Praxis entfällt die Strafbarkeit wegen (versuchter) schwerer Körperverletzung, wenn die HIV-positive Person ihren Sexualpartner über die Infektion aufklärt und dieser dennoch in den ungeschützten Geschlechtsverkehr einwilligt. Die Strafbarkeit wegen Verletzung von Art. 231 StGB entfällt jedoch auch bei vorliegender Einwilligung des HIV-negativen Partners nicht.
3. Strafbar nach Art. 122 und Art. 231 StGB macht sich nach der Bundesgerichtspraxis auch, wer zwar nicht weiss, dass er HIV-positiv ist, jedoch konkrete Anhaltspunkte für die eigene HIV-Infektion hat und dennoch ungeschützten Geschlechtsverkehr vornimmt (fahrlässige Körperverletzung und fahrlässiges Verbreiten menschlicher Krankheiten, siehe BGE 134 IV 193).
4. Nicht strafbar ist, wer trotz Wissen um die HIV-Infektion seinen Sexualpartner nicht informiert und *sich an die Safer-Sex-Regeln* des Bundesamtes für Gesundheit hält.

Eine Information der HIV-positiven Person an den Sexualpartner ist juristisch gesehen nicht notwendig, sofern und soweit die Safer-Sex-Regeln beachtet werden. Die Nichtinformation des HIV-negativen durch den HIV-positiven Sexualpartner kann (wenn es zur Strafuntersuchung kommt) strafrechtliche und zivilrechtliche (wenn die Geschädigte Person entsprechende Klagen einreicht) Konsequenzen haben.

Nicht Gegenstand strafrechtlicher oder zivilrechtlicher Verfahren bildete bis heute die Frage, ob eine neu diagnostizierte HIV-positive Person verpflichtet ist, die Partner früherer ungeschützter Sexualkontakte über die möglicherweise bereits im damaligen Zeitpunkt bestehende HIV-Infektion zu informieren. Im Lichte der bisherigen Rechtsprechung ist nicht auszuschliessen, dass es der-einst zu einer Verurteilung wegen Unterlassen dieser Information kommt.

II) Patienten- und datenschutzrechtliche Aspekte:

1. Persönlichkeits- und Datenschutzgesetze und das durch Art. 321 StGB geschützte Patientengeheimnis verbieten, dass medizinisches Personal ohne Einwilligung des Patienten oder Vorliegen eines anderen Rechtfertigungsgrundes Patienteninformationen an Dritte weitergeben.
2. Wenn keine Einwilligung vorliegt und wenn durch die Nichtinformation an den HIV-negativen Sexualpartner für dessen Gesundheit eine nicht anders abwendbare Gefahr besteht, kann sich der Arzt durch den Kantonsarzt vom Patientengeheimnis entbinden lassen und den HIV-negativen Sexualpartner informieren.

Was folgt aus den obigen Informationen für das vorliegende Programm?

Die rechtliche Verantwortung für die Information über den HIV-Status vor dem ungeschützten Geschlechtsverkehr liegt grundsätzlich beim HIV-positiven Partner, er hat im Falle der Nichtinformation die straf- und zivilrechtlichen Konsequenzen zu tragen.

Verantwortungsbewusstes Handeln erfordert zudem, dass eine HIV-positive Person ihre Sexualpartner informiert, mit denen sie vor der Diagnose ungeschützten Geschlechtsverkehr hatte.

Die Unterstützung des Patienten bei der Information des positiven Serostatus an den oder die gegenwärtigen und – soweit relevant – früheren Sexualpartner ist aus rechtlicher Sicht fraglos zulässig bzw. mit Blick auf Sorgfaltspflichten gegenüber dem Patienten (Information über die strafrechtlichen Konsequenzen im Falle einer Nichtinformation) sogar notwendig.

EKAF, Juli 2010

15.7 AUSZUG AUS DEM BERICHT: FORSCHUNG ZU SEXUAL HEALTH/STI: ÜBERSICHT UND MÖGLICHKEITEN DER FÖRDERUNG

Empfehlungen zur Forschungsförderung Sexual Health/STI

Für eine erfolgreiche Stärkung der Forschungsförderung zum Thema Sexual Health/STI ist es wichtig, nicht nur konkrete Forschungsprojekte bei den Förderinstitutionen einzureichen, sondern das Thema und die entsprechenden Forschungsbedürfnisse gleichzeitig in strategischen Grundlagen der Forschungsförderung zu verankern und die Öffentlichkeit dafür zu sensibilisieren. Dieses Kapitel enthält entsprechende Empfehlungen und Massnahmenvorschläge, wobei wir übergeordnete und operative Massnahmen unterscheiden. Nachstehend werden die wichtigsten dieser Empfehlungen zusammengefasst.

Übergeordnete Massnahmen

Die von uns vorgeschlagenen übergeordneten bzw. strategischen Massnahmen schaffen das Fundament und die Legitimation einer verstärkten Forschungsförderung im Bereich Sexual Health/STI. Es sollten dabei drei strategische Ansätze verfolgt werden:

- *Strategische Grundlagendokumente:* Als Erstes sollte das Thema und die Notwendigkeit der verstärkten Forschungsförderung im Bereich Sexual Health/STI in die relevanten strategischen Grundlagendokumente zur Forschungsförderung integriert werden. Der Integration der Thematik in diese Forschungsstrategien muss auch von der terminlichen Betrachtung her Priorität zugemessen werden, da die entsprechenden periodischen Strategien auf Bundesebene in diesen Monaten in Bearbeitung sind.
- *Öffentlichkeitsarbeit:* Als zweiter Schritt sollte durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit die Fachöffentlichkeit sowie ein breiteres Publikum für die Forschungsbedürfnisse im Bereich Sexual Health/STI sensibilisiert werden. Dazu dienen Artikel in verschiedenen Medienformen sowie Informationsveranstaltungen für Fachgremien.

- *Öffnung EKAF-Mandat:* Als weitere zentrale Massnahme empfehlen wir die Öffnung des EKAF-Mandats hin zu einem breiteren Ansatz von Sexual Health/STI. Die EKAF hätte die Expertise und die Legitimität zur Federführung im Bereich Forschung zu Sexual Health/STI. Auch nach dem sogenannten «Normalisierungsprozess» im HIV/Aids-Bereich braucht es eine Institution, welche langfristige Perspektiven in diesem Bereich entwickeln und deren Umsetzung begleiten kann. Wir empfehlen dabei eine horizontale sowie eine vertikale Erweiterung des EKAF-Mandats. Die horizontale Erweiterung öffnet die Kommission inhaltlich für weitere STI und Themen im Bereich Sexual Health. Die vertikale Erweiterung verändert das Aufgabenspektrum der EKAF. Heute hat die EKAF zwei Hauptaufgaben: die Unterstützung und Beratung des BAG bei der Umsetzung des Nationalen HIV/Aids-Programms in strategischer und fachlicher Hinsicht sowie die Überprüfung und Evaluation von Planung und Meilensteinen im Bereich HIV/Aids. Als neue Aufgabe käme die strategische Entwicklung von Perspektiven zur Forschungsförderung im Bereich Sexual Health/STI hinzu.

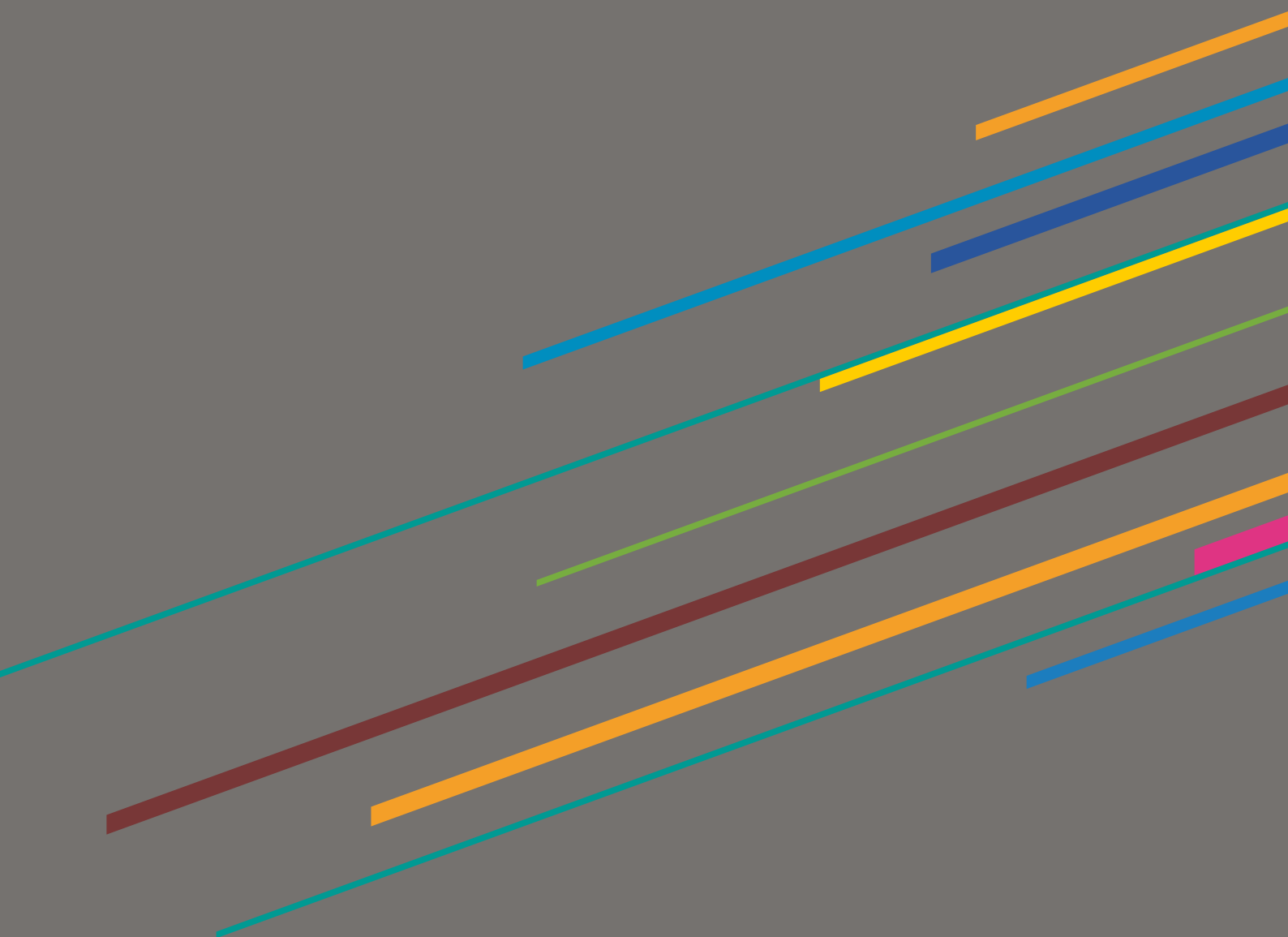
Ebene	Gefässe	Massnahme	Wann	Lead	Bemerkungen
Übergeordnete Massnahmen					
Sexual Health/STI in Forschungsstrategien integrieren	Ressortforschungsprogramm BAG	Verankerung der Forschungsbedürfnisse im Bereich Sexual Health/STI im Ressortforschungsprogramm 2012–2016	Bis Mitte 2010	BAG	Die Verankerung der Forschungsbedürfnisse im Bereich Sexual Health/STI im Ressortforschungsprogramm BAG stellt eine zentrale Voraussetzung dar für alle weiteren Schritte.
	Botschaft über die Förderung von Bildung, Forschung und Innovation (BFI-Botschaft)	Verankerung der Forschungsbedürfnisse im Bereich Sexual Health/STI in der BFI-Botschaft 2012–2016	Bis Ende 2010	SBF	Die Verankerung in der BFI-Botschaft setzt einen entsprechenden Hinweis im Ressortforschungsprogramm voraus – und bedingt gleichzeitig eine Einflussnahme durch die Leitung des BAG.
	Leistungsauftrag SNF	Verankerung der Forschungsbedürfnisse im Bereich Sexual Health/STI im Leistungsauftrag SNF 2012–2016	Bis Ende 2011	SBF	Die Verankerung der Forschungsbedürfnisse im Bereich Sexual Health/STI im Leistungsauftrag SNF stellt eine zentrale Voraussetzung dar für die Einflussnahme des SNF bei Projekteingaben zu Kohortenstudien sowie bei einer allfälligen Prioritätensetzung der Mittelvergabe im Rahmen der Projektförderung der Abteilungen 1–3.
	SNF Mehrjahresprogramm 2012–2016	Verankerung der Forschungsbedürfnisse im Bereich Sexual Health/STI im SNF Mehrjahresprogramm 2012–2016	Bis Ende 2011	SNF	Im Mehrjahresplan wird bereits die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit der sozial- und geisteswissenschaftlichen sowie der klinisch-medizinischen Gesundheitsforschung angestrebt. Eine spezielle Erwähnung der Sexual Health-Forschung wäre wünschenswert.
Öffentlichkeit	Fachpresse	Fachartikel	2010	BAG	Ziel dieser Massnahmen ist es, die Öffentlichkeit für die Forschungsbedürfnisse im Bereich Sexual Health/STI zu sensibilisieren.
	NZZ/Le temps	Publikumsartikel	2010	BAG	
	Radio/Fernsehen	Beitrag DOK oder Puls	2011	BAG	
	Parl. Gruppe Gesundheitspolitik	Informationsveranstaltung mit der Parlamentarischen Gruppe Gesundheitspolitik	2011	BAG	Kontakt via Präsidium der Parlamentarischen Gruppe
	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK)	Information im Rahmen eines passenden SGK-Themas	2011	BAG	Kontakt via Sekretariat der SGK
	Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW)	Informationsveranstaltung im Rahmen der SAMW	2010	BAG	Kontakt via Generalsekretariat
	Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW)	Informationsveranstaltung im Rahmen der SAGW	2011	BAG	Kontakt via Generalsekretariat
Öffnung EKAF Mandat	EKAF	Die Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen öffnet ihr Themenspektrum in Richtung anderer sexuell übertragbarer Krankheiten und übernimmt verstärkt die strategische Führung und Steuerung der Forschungsförderung im Bereich Sexual Health und STI.	Ab Legislatur 2012	EKAF	Wie schon im Jahresbericht 2006 der EKAF erwähnt, sollte das EKAF Mandat ab der Legislaturperiode 2012 ihr Themenspektrum in Richtung anderer STI erweitern.

Ebene	Gefässe	Massnahme	Wann	Lead	Bemerkungen
Operative Massnahmen					
Plattform	SNF, Hochschulen	Unterstützung des Aufbaus oder der Wiederbelebung einer interdisziplinären Forschungsplattform, welche als Forschungskompetenzzentrum agiert.	Anfang 2011	BAG/ Hochschulen	Durch eine Wiederbelebung der Thuner Tagung und eine Öffnung dieser für weitere STI könnte ein Kompetenzzentrum aufgebaut werden. Die SHCS sollte in dieser Plattform unbedingt vertreten sein.
Monitoring, Information	SNF, Hochschulen	Das Sekretariat der Plattform sammelt die Forschungsergebnisse und -eingaben im Bereich Sexual Health und STI und erstellt eine Dokumentation zuhanden der Interessierten.	Anfang 2011	BAG/ Hochschulen	Dieses Kompetenzzentrum sollte auch für ein Monitoring der Forschung im Bereich Sexual Health und STI verantwortlich sein. Durch die Dokumentation und Aufbereitung der Forschungsergebnisse werden diese für die Praxis besser zugänglich. Sie sollte eine aktuelle Website sowie einen halbjährlichen Newsletter für Interessierte zur Verfügung stellen.
Zugangserleichterung SHCS	PaKlIF, SHCS	Innerhalb der Schweizer HIV-Kohortenstudie sollten verhaltenswissenschaftliche (Risikoverhalten, präventives Verhalten) Fragestellungen untersucht werden.	2011	BAG, Fachkommission PaKlIF	In einer Beurteilung der Schweizer HIV-Politik durch internationale Experten (Rosenbrock et al. 2009) wird geraten, Sozialwissenschaftler und Repräsentanten der betroffenen Gruppen in die Organisationsstruktur der Schweizer HIV-Kohortenstudie zu integrieren. Dieser Entscheid muss durch die PaKlIF fallen, welche durch ihre Geschäftsordnung einem integrativen Forschungsansatz verpflichtet sind. Des Weiteren sollte die Zusammenarbeit des SHCS mit der Praxis (BAG, Präventionsstellen) verbessert werden. Nur so können diese Institutionen das Wissen der Kohortenstudie auch nutzen.
Seed-Money	Wahl des Förderinstruments je nach Forschungsprojekt	Konkretisierung der Forschungsfragestellungen Design konkreter Forschungsvorhaben Anschubfinanzierung durch BAG für die Vorbereitung der Projekteingaben	Ab 2010	BAG/ Partner	Ein Teil der Ressortforschungsgelder wird interessierten Forschern zur Verfügung gestellt, um ihnen eine qualitativ hochstehende Projekteingabe zu ermöglichen.
Ressortforschung	Ressortforschung des BAG	Es werden verstärkt Ressortforschungsprojekte ausgeschrieben, um die grössten Wissenslücken der Verwaltung im Bereich STI zu schliessen.	Ab 2010	BAG	Es muss definiert werden, welches Wissen als dringend notwendig betrachtet wird, um dem BAG effektives und effizientes Handeln zu ermöglichen (z.B. für effektive Prävention muss man wissen, wer STI hat und warum).
Information Zielgruppen	Informationsschreiben	Alle Institutionen, welche im Bereich Sexual Health und STI forschen, werden über die Möglichkeiten der Forschungsförderung in diesem Bereich informiert.	Ab 2010	BAG	

Handlungsempfehlungen: Strategische sowie operative Massnahmen

(Haering et al. [2010] Forschung zu Sexual Health/STI: Übersicht und Möglichkeiten der Förderung. Schlussbericht z.H. BAG)

16 GLOSSAR



Achsen	Siehe Interventionsachsen
Adhärenz	Wörtlich Anhänglichkeit: Fachbezeichnung für die Einhaltung therapeutischer Vorgaben durch Patienten und Ärzte mit dem Ziel, einen Behandlungserfolg zu erreichen. Im Rahmen einer antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion ist Adhärenz wichtig, um eine regelmässige Medikamenteneinnahme zu gewährleisten und die Entwicklung von Resistenzen zu vermeiden. Einen positiven Einfluss haben unter anderem Unterstützung des sozialen Umfelds, Information und Aufklärung. Negativ können sich psychische Krisen (z.B. Depressionen) oder Alkohol- und Rauschmittelkonsum auswirken. <i>Seiten 8, 103, 104, 116</i>
Aids	AIDS: Abkürzung für (engl.) Acquired Immune Deficiency Syndrome, erworbenes Immunschwächesyndrom. Aids ist die Spätfolge einer Infektion mit dem HI-Virus. Die Wissenschaft teilt den Verlauf einer HIV-Infektion in verschiedene Stadien ein. Mit Aids wird jenes Stadium bezeichnet, bei dem das Immunsystem stark beeinträchtigt ist und AIDS-definierende, lebensbedrohliche Erkrankungen auftreten, so opportunistische Infektionen (z.B. Pneumocystis-Pneumonie, Toxoplasmose), Tumorerkrankungen (z.B. Zervixkarzinom, Kaposi-Sarkom, malignes Lymphom), schwere Allgemeinsymptome (z.B. Wasting-Syndrom, Fieber unklarer Ursache, neurologische Erkrankungen). Mit Einführung der antiretroviralen Kombinationstherapien ist die Zahl der AIDS-Fälle seit 1997 in jenen Ländern zurückgegangen, in denen antiretrovirale Medikamente in ausreichendem Mass zugänglich sind.
Anamnese	Vorgeschichte einer Krankheit nach Angaben des Patienten: Im Rahmen der Anamnese wird die Vorgeschichte eines Patienten in Bezug auf seine aktuellen Beschwerden erhoben. Eine sorgfältige Anamneseerhebung schliesst biologische, psychische und soziale Aspekte mit ein. Die dabei erhaltenen Einzelinformationen erlauben oftmals Rückschlüsse auf Risikofaktoren und kausale Zusammenhänge (siehe auch Sexualanamnese). <i>Seiten 29, 30, 63</i>
Antiretrovirale Kombinationstherapie (ART)	Antiretrovirale (in der Regel gegen HIV gerichtete) Behandlung mit mehreren Medikamenten, die unterschiedliche Wirkmechanismen oder Angriffsorte haben und die Virusvermehrung hemmen. Therapieziel ist eine Senkung der Viruslast unter die Nachweisgrenze. <i>Seiten 11, 23, 24 f., 27, 55, 59, 69</i>
BerDa	Vom BAG entwickeltes Internet-Tool, um ein qualitativ hohes Niveau der Beratung in den VCT-Teststellen der Schweiz zu garantieren. Ausgehend von einem Fragebogen erstellt BerDa ein automatisches Risikoprofil der zu testenden Person, das den MitarbeiterInnen der Teststelle eine Reihe von Empfehlungen liefert, die für das Verhalten der Testperson relevant sind und eine entsprechende Strukturierung der Beratung und Behandlung ermöglichen. BerDa dient auch der automatischen Erfassung statistischer Daten, die für die Überwachung und zur Beobachtung verschiedener Tendenzen in der Schweiz nutzbar gemacht werden können. Zudem dient es der Qualitätssicherung bei Verwendung von Schnelltests. <i>Seite 132</i>
Biologische Surveillance	Biologische Surveillance besteht im Sammeln und Auswerten von Daten über den Infektionsstatus von HIV und relevanten STI sowie relevanten Komorbiditäten. Die Datenerhebung erfolgt in der Regel mittels Screening in der Allgemeinbevölkerung oder in definierten Personengruppen. In der Schweiz wird biologische Surveillance im Rahmen des Blutspendenscreenings (für HIV, HBV, HCV und Syphilis) durchgeführt sowie in der Regel bei Schwangeren (HIV und Syphilis) und bei STI-Patienten und Patientinnen (HIV). <i>Seiten 8, 13, 23 ff., 60, 114</i>

Bisexualität, bisexuell	Der Begriff bringt zum Ausdruck, dass es Menschen gibt, die sich affektiv und sexuell zu beiden Geschlechtern (bisexuell) hingezogen fühlen. <i>Seiten 34 f., 39, 77, 85, 90, 130</i>
Checkpoint	Checkpoints sind niederschwellig zugängliche Gesundheitszentren für MSM, die zielgruppenspezifische, massgeschneiderte Angebote mit einer umfassenden Betreuung im Bereich HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen anbieten – von Diagnose mit Vor- und Nachberatung über Behandlung bis zu Impfungen. Die Zentren entsprechen einem modernen, integrierten Präventions- und Schadensminderungsverständnis. Zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Programms existiert je ein Checkpoint in Zürich und Genf, ein Checkpoint in Lausanne ist in Planung. <i>Seiten 65, 85, 101, 116, 127, 135</i>
Check-Your-Loveline (CYLL)	Check-Your-Loveline (CYLL) ist ein internetbasiertes Risikoabklärungs-Tool: Wer ungeschützten Sex hatte, kann auf www.check-your-lovelife.ch das eingegangene Risiko überprüfen und herausfinden, ob ein HIV-Test sinnvoll ist und wo ein solcher durchgeführt werden kann. <i>Seiten 65 f., 96</i>
Diagnose	Erkennung einer Krankheit und ihre Benennung mit dem entsprechenden wissenschaftlichen Begriff gemäss eines bestehenden Diagnoseregisters (ICD 10 der WHO oder z.B. DSM IV der Amerikanischen Psychiatrievereinigung). Diagnosen sind immer auch Arbeitshypothesen, häufig sind sie vorläufig, manchmal erst im zeitlichen Verlauf endgültig zu stellen. In der Regel ist eine Diagnose als Arbeitshypothese nur dann sinnvoll, wenn sich daraus eine mögliche Intervention oder Behandlung ableiten lässt. <i>Seiten 7 f., 11, 18, 23, 26 ff., 42, 55 f., 59 f., 63 ff., 77–79, 85, 93, 96, 101 ff., 109, 113–116, 129 f., 132, 141</i>
Disease Management	Disease Management ist die strukturierte, kontinuierliche und sektorenübergreifende Versorgung chronisch kranker Patientengruppen nach wissenschaftlich anerkannten Methoden (meist mit Behandlungsleitpfaden). Die aktive Einbindung der Patienten ist ein wesentlicher Bestandteil des Konzepts. Im Sinne eines lernenden Systems schliesst Disease Management die regelmässige Evaluation der Programme ein. Im Gegensatz zum Case Management gilt es, gesamte Patientengruppen mit hohen und kostenträchtigen Krankheitsrisiken zu identifizieren und im Sinne des Konzepts zu behandeln. Im Rahmen der ganzheitlichen Behandlung des Patienten kommen auch Massnahmen der Prävention und Früherkennung verstärkt zum Einsatz. Der Patient soll durch Schulung einen besseren Umgang mit seiner Erkrankung erlernen (Empowerment) und kooperativ mit den Behandelnden zusammenarbeiten (Compliance). Disease Management erfordert ein integriertes Versorgungssystem ohne traditionelle Grenzen sowie umfassendes Wissen über Prävention, Diagnose, Therapie und Beeinflussungsmöglichkeiten einer Krankheit. Zur Einhaltung festgelegter Behandlungspfade sind geeignete Leistungsanreize für kooperierende Leistungserbringer einzuführen. <i>Seiten 8, 104, 118</i>
Diskriminierung	Als Diskriminierung im weiteren Sinne bezeichnet man alle illegitimen Formen der Benachteiligung sozialer Gruppen. Dabei kommen als Diskriminierungsgründe vorab gewisse Merkmale (Geschlecht, Ethnie, Herkunft, Sprache, Alter, Gesundheitszustand usw.) in Frage. Es gibt allerdings auch weniger transparente Diskriminierungsmerkmale (Benahmen, sozialer Status, schwache Schulbildung etc). <i>Seiten 30, 60, 66, 77, 79, 85, 89–90, 94, 99, 109 ff., 122</i>

EKAF-Statement	Statement in einem Paper der EKAF, welches am 30. Januar 2008 in der Schweizerischen Ärztezeitung veröffentlicht wurde¹⁵⁰: «Die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) hält auf Antrag der Fachkommission Klinik und Therapie des Bundesamtes für Gesundheit, nach Kenntnisnahme der wissenschaftlichen Fakten und nach eingehender Diskussion fest: Eine HIV-infizierte Person ohne andere STD unter einer antiretroviralen Therapie (ART) mit vollständig supprimierter Virämie (im Folgenden: «wirksame ART») ist sexuell nicht infektiös, d.h., sie gibt das HI-Virus über Sexualkontakte nicht weiter, solange folgendende drei Bedingungen erfüllt sind: ■ die antiretrovirale Therapie (ART) wird durch den HIV-infizierten Menschen eingehalten und durch den behandelnden Arzt kontrolliert; ■ die Viruslast (VL) liegt seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze (d.h., die Virämie ist supprimiert); ■ es bestehen keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern (STD).» <i>Seiten 59, 102</i>
Empowerment	Wörtlich (engl.) Ermächtigung oder Bevollmächtigung: Mit Empowerment bezeichnet man Strategien und Massnahmen, die geeignet sind, den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen oder Gemeinschaften zu erhöhen, und die es ihnen ermöglichen, ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten. Empowerment bezeichnet dabei sowohl den Prozess der Selbstbemächtigung als auch die professionelle Unterstützung der Menschen, ihre Gestaltungsspielräume und Ressourcen wahrzunehmen und zu nutzen. <i>Seiten 60 ff., 79, 90, 104, 111, 121</i>
Endemie	Fachbezeichnung für übertragbare Krankheiten, deren Ausbreitungsmuster durch ein beständiges Vorkommen in einem geographisch begrenzten Gebiet oder einer bestimmten Bevölkerungsgruppe charakterisiert ist. <i>Seiten 84, 135, 137</i>
Epidemie	Fachbezeichnung für übertragbare Krankheiten, deren Ausbreitungsmuster durch ein zunehmendes Vorkommen in einer Region, einem Grossraum oder einer Bevölkerungsgruppe (konzentrierte Epidemie) charakterisiert ist. <i>Seiten 7 f., 12 f., 23, 26 ff., 46, 55, 60, 65, 69, 73, 78 f., 83–85, 89, 99, 110 ff., 114 f., 120 ff., 131 f., 140</i>
Eradikation	Fachbezeichnung für die vollständige Entfernung von Krankheitserregern aus Körper, Geweben oder Organen. Sie ist bei vielen Infektionen durch die Immunantwort oder eine Therapie (z.B. mit Antibiotika oder Chemotherapeutika) möglich. Bisherige Versuche zu einer Eradikation von HIV aus dem Körper, z.B. mit antiretroviraler Kombinationstherapie, Immunaktivierung oder gentherapeutischen Eingriffen sind fehlgeschlagen, da in Virusreservoirs vorhandene latente HI-Viren nicht erreicht wurden. <i>Seiten 7, 11</i>
Ergänzungsmeldung	Die epidemiologische Überwachung (Meldewesen) verfolgt den Zweck, Gesundheitsprobleme frühzeitig zu erkennen, damit notwendige Massnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten rechtzeitig eingeleitet werden können. Bei mehreren Erregern deckt die initiale Meldung die epidemiologischen Bedürfnisse noch nicht ab. Es sind auf die spezifische Infektion zugeschnittene zusätzliche Angaben nötig, etwa zu Impfstatus und Exposition. Diese «Ergänzungsmeldung» holt die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt beim meldenden oder nachbehandelnden Arzt ein. Mit diesen zusätzlichen Angaben können u.a. nötige Massnahmen eingeleitet werden. Die Ergänzungsmeldung leitet die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt an das BAG weiter. <i>Seiten 29, 31 f., 34, 36, 115 f.</i>

¹⁵⁰ Vernazza et al. (2008) HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös

Evaluation	Evaluation wird speziell als Instrument zur Beurteilung der Wirksamkeit staatlicher Massnahmen benutzt. Evaluationen sind gezielte und zeitlich begrenzte Untersuchungen. Sie haben zum Ziel, Konzept, Vollzug und Wirkungen staatlichen Handelns zu identifizieren sowie diese wenn möglich zu messen und immer auch eine Bewertung vorzunehmen, inwieweit sie zum gemeinsamen Wohlergehen beitragen. Evaluationen dienen dem Zweck, (1) Rechenschaft über staatliches Handeln abzulegen, (2) Ansatzpunkte für Verbesserungen aufzuzeigen und Lernprozesse auszulösen, (3) Erkenntnisse für die Gestaltung und Anpassung staatlicher Massnahmen und deren Planung bereitzustellen und (4) generell das Wissen über staatliche Massnahmen bzw. die Erfolgsvoraussetzungen staatlichen Handelns zu erweitern. Häufigste Beurteilungskriterien für die Evaluation staatlicher Massnahmen sind die Zweckmässigkeit, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit. Die Evaluation kann bei ihren Untersuchungen «Monitoring»-Daten sowie die Resultate der Surveillance berücksichtigen. <i>Seiten 13, 32, 65, 79, 111, 115 ff., 123, 129, 142</i>
Evidenz	Die wissenschaftliche Evidenz setzt sich zusammen aus dem durch Monitoring, Evaluation, Surveillance und Forschung gewonnenen Wissen. Auf Evidenz basierende Massnahmen werden aufgrund dieser vorhandenen wissenschaftlichen Informationen gefällt. Die wissenschaftliche Evidenz stellt den Programmverantwortlichen und den politischen Entscheidungsträgern der öffentlichen Gesundheit kontinuierlich Entscheidungsgrundlagen für Steuerung, Weiterentwicklung und bedarfsgerechte Finanzierung von Interventionen zur Verfügung. In Bezug auf das NPHS 2011–2017 ist sie somit unerlässliches Instrument zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung des Programms und der gesamten HIV- und STI-Arbeit. <i>Seiten 7 f., 13, 17, 45, 64, 79, 85, 94, 98, 102, 104, 112 f., 114 ff., 123, 129</i>
Forschung	Unter Forschung verstehen wir die auf bestimmte Methoden aufbauende Suche nach neuen Erkenntnissen. Unterschieden wird dabei zwischen der Grundlagenforschung und der angewandten Forschung. Während Erstere versucht, zweckfrei die wissenschaftlichen Kenntnisse zu erweitern, ist die angewandte Forschung bestrebt, konkretes, für die Praxis direkt relevantes Wissen zu schaffen. Eine besondere Form der angewandten Forschung ist die Surveillance. <i>Seiten 11, 19, 69, 79, 111, 115 f., 117 ff., 122, 124, 128, 129 ff., 135, 142 ff.</i>
Gender-Identität	Die Gender-Identität beschreibt die persönliche Überzeugung einer Person, eine Frau oder ein Mann zu sein, unabhängig von der biologischen Realität. <i>Seiten 77, 89 f., 95</i>
GIPA	Greater Involvement of People living with HIV and AIDS (GIPA) wurde am Gipfeltreffen von 42 Staaten in der «Paris Declaration 1994» beschlossen. Das Prinzip hält fest, dass Menschen mit HIV und AIDS auf allen Ebenen und in allen Programmen und Institutionen massgeblich an der HIV/AIDS-Arbeit beteiligt sein sollen und dafür gegebenenfalls befähigt werden.¹⁵¹ <i>Seiten 79, 90, 111, 124</i>

¹⁵¹ UNAIDS (2007) The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). Policy Brief

Governance	Governance steht für ein Steuerungs- und Regelungssystem im Sinn von Strukturen (Aufbau- und Ablauforganisation) einer politisch-gesellschaftlichen Einheit wie Staat, Verwaltung, Gemeinde, privater oder öffentlicher Organisation. Der Ausdruck ist – im politischen Umfeld – alternativ zum Begriff Government (Regierung) entstanden und soll ausdrücken, dass innerhalb der jeweiligen politisch-gesellschaftlichen Einheit Steuerung und Regelung nicht nur vom Staat («Erster Sektor»), sondern auch von der Privatwirtschaft («Zweiter Sektor») und vom «Dritten Sektor» (Vereine, Verbände, Interessenvertretungen) wahrgenommen werden. Allgemeiner gesagt steht der Begriff für alle Formen und Mechanismen der Koordinierung zwischen mehr oder weniger autonomen Akteuren, deren Handlungen interdependent sind, sich also wechselseitig beeinträchtigen oder unterstützen können.¹⁵² <i>Seiten 112 f.</i>
Harm Reduction	Im Rahmen akzeptierender Drogenarbeit geprägte Bezeichnung für einen Umgang mit (illegalen) Drogen, der darauf abzielt, das Risiko gesundheitlicher, psychischer und sozialer Schäden durch Drogengebrauch zu vermeiden oder zu verringern. Der Begriff umfasst Informationen über Rauschmittel und einzelne Substanzen, über die von ihnen ausgelösten psychischen und physischen Vorgänge, Kenntnisse zum Risikomanagement (z.B. Vermeidung von Überdosierungen) sowie zu möglichst risikoarmen Anwendungsmethoden (z.B. Safer Use). <i>Seiten 56, 100, 122</i>
Heterosexualität, heterosexuell	Heterosexualität ist eine sexuelle Orientierung oder Identität, bei der Liebe, Romantik und sexuelles Begehren für Personen des anderen Geschlechts empfunden werden. <i>Seiten 18, 23 ff., 34 ff., 48 f., 55, 61, 64, 79, 85, 90, 134, 136, 140</i>
HIV	HIV: Abkürzung für (engl.) Human Immunodeficiency Virus, humanes Immundefizienzvirus; Lentivirus aus der Familie der Retroviren. HIV-1 wurde 1983 als Erreger von AIDS identifiziert (zunächst bezeichnet als LAV-1, Lymphadenopathie-assoziiertes Virus oder ARV, AIDS-related Virus, bzw. als HTLV-III); mit HIV-2 ist seit 1986 eine weitere Virusart bekannt. Beide Virusarten sind weltweit verbreitet, wobei HIV-1 wesentlich häufiger vorkommt als HIV-2, das fast ausschliesslich in Teilen Westafrikas nachgewiesen wird. HIV-1 wird in die drei Gruppen HIV-1 M (Main, Hauptgruppe), HIV-1 N (non-M, non-O) und HIV-1 O (Outlier, Sonderfall) eingeteilt; mehr als 90% aller Infektionen werden durch Viren der Gruppe HIV-1 M verursacht, in der mindestens zehn Subtypen (A bis K) unterschieden werden können. Am häufigsten sind die Subtypen B (vor allem in Nord- und Südamerika und Europa), A und D (vor allem in Afrika) und C (vor allem im südlichen Afrika und Asien).
Homophobie	Homophobie bezeichnet hauptsächlich eine soziale, gegen Homosexuelle gerichtete Aversion beziehungsweise Feindseligkeit oder «die irrationale, weil sachlich durch nichts zu begründende Angst vor homosexuellen Menschen und ihren Lebensweisen. Homophobie wird in den Sozialwissenschaften zusammen mit Phänomenen wie Rassismus, Xenophobie oder Sexismus unter den Begriff «gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit» gefasst. <i>Seite 30</i>
Homosexualität, homosexuell	Homosexualität ist eine sexuelle Orientierung oder Identität, bei der Liebe, Romantik und sexuelles Begehren für Personen des eigenen Geschlechts empfunden werden. Homosexuelle Frauen werden auch Lesben und homosexuelle Männer auch Schwule genannt. Das Adjektiv homosexuell wird auch auf sexuelle Handlungen zwischen Menschen des gleichen Geschlechts angewendet, die nicht schwul oder lesbisch sind. <i>Seiten 30, 34 ff., 47, 52, 55, 85, 90, 127, 134, 136, 140</i>

¹⁵² Vgl. Benz et al. (2007) Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder, S. 9, sowie www.wikipedia.com (5.02.10)

Indikation	Von lat. «indicare» = anzeigen: Als Indikation bezeichnet man in der Medizin den Grund für den Einsatz einer therapeutischen oder diagnostischen Massnahme in einem definierten Krankheitsfall. <i>Seiten 97, 99 ff., 103 f.</i>
Intersexualität, intersexuell	Im Falle von Intersexualität kann bei einem neugeborenen Kind das Geschlecht nicht definitiv bestimmt werden, da seine inneren und äusseren Geschlechtsmerkmale gegensätzlich sind. Äusserlich weibliche Individuen beispielsweise sind genetisch männlich (XY-Chromosomen), anstelle von Eileitern und Gebärmutter sind Hoden vorhanden. Aufgrund ihres Genitals als Jungen deklarierte Kinder wiederum weisen einen weiblichen Chromosomensatz (XX) und ebensolche Fortpflanzungsorgane auf. Es wird in diesen Fällen von Intersexualität gesprochen, wobei dies nur zwei Beispiele der Vielfalt von intersexuellen Formen sind. Oft weist die Abweichung des Genitals auf die Intersexualität hin: das Spektrum reicht von der vergrösserten über die penisähnliche Klitoris bis zum Mikropenis. <i>Seite 90</i>
Interventionsachsen	Das NPHS bündelt die Interventionen und Massnahmen der HIV- und STI-Arbeit in drei Achsen. Jede Interventionsachse richtet sich an bestimmte Bevölkerungsgruppen, und in jeder Achse sind unterschiedliche Ziele zu erreichen. Die Bündelung der Interventionen in drei Achsen hilft, die HIV- und STI-Arbeit zu strukturieren: Sie erleichtert erstens das Festsetzen von strategischen Zielen. Zweitens erlaubt sie, das System HIV/STI organisatorisch zu entflechten und so die Rollen und Verantwortlichkeiten klarer auf die verschiedenen Akteure aufzuteilen. <i>Seiten 7, 83 ff., 93 ff., 130</i>
Inzidenz	Von lat. «incidere» = vorfallen: Inzidenz bezeichnet die Anzahl neu auftretender Fälle/Ereignisse (Krankheit, Störung, Infektion) in einer definierten Population während einer definierten Zeitdauer. <i>Seiten 11, 17, 32, 38, 42, 115, 134, 136, 138</i>
Isis-Info	Die Website Isis-info.ch gibt Auskunft über die Angebote aller in der Schweiz von den Kantonen beauftragten Beratungsstellen zu Schwangerschaft, Familienplanung, Sexualität sowie zu den Aids-Hilfen. Sie ist somit die Informationsplattform der Schweizer Beratungsstellen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (SRG). <i>Seite 95</i>
Koinfektion	Eine Koinfektion ist eine gleichzeitige Infektion mit zwei Krankheitserregern. Im weiteren Sinne sind dies auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten erworbene, aber gleichzeitig bestehende Infektionen. <i>Seiten 102, 137, 139</i>
Komorbidität	Gleichzeitiges Vorliegen von mehr als einer Krankheit, Störung oder Auffälligkeit. <i>Seite 104</i>
LOVE LIFE-Kampagne	Seit 2005 informieren das BAG und die AHS mit der «LOVE LIFE STOP AIDS»-Kampagne (ehemals STOP AIDS) alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz regelmässig über HIV/Aids. Die Kampagne ist ein wichtiges Element der nationalen HIV-Präventionsstrategie des BAG. Sie soll die Bevölkerung in die Lage versetzen, sich vor einer HIV-Infektion zu schützen. <i>Seiten 11, 85, 94</i>

Integrierte Versorgungsmodelle (Managed Care)	Steuerungssystem im Gesundheitswesen: Managed Care bezeichnet ein medizinisches Versorgungskonzept, das eine ganzheitliche, von einer Hand gesteuerte Gesundheitsversorgung durch die gesamte Leistungskette und über alle Versorgungssektoren hinweg gewährleisten soll. Das Ziel dabei ist, Versorgungsabläufe effizient und effektiv zu gestalten. Zentrale Elemente sind die Qualitätssicherung der Versorgung und die Budgetmitverantwortung der Managed-Care-Leistungserbringer. <i>Seite 104</i>
Meldepflicht	In der Schweiz sind HIV, Aids, und andere sexuell übertragbare Infektionen (Hepatitis B und C, Gonorrhoe, Syphilis und Chlamydien-Infektionen für Labors und (mit Ausnahme von Chlamydien) für Ärzte meldepflichtig. Im Rahmen der Meldepflicht werden neben biologischen Parametern auch soziodemografische Daten sowie Angaben über die vermutete Exposition erhoben. <i>Seiten 23, 32, 42, 115 f.</i>
Mikrobizide	Mikrobizide sind chemische Substanzen, die Mikroben abtöten. Eine der möglichen Anwendungen eines Mikrobizids ist die Vorbeugung einer Infektion mit HIV oder einer STI während des Geschlechtsaktes. <i>Seiten 18 f.</i>
Monitoring	Monitoring ist die routinemässige, permanente und systematische Sammlung von vergleichbaren Daten. Sein Zweck besteht darin, den verschiedenen Akteuren staatlicher Massnahmen zu helfen, Veränderungen und/oder Trends bei der Umsetzung, beim Verhalten der Zielgruppen oder bei den Wirkungen festzustellen. Der Fokus liegt hauptsächlich auf Prozessen, Ergebnissen und Wirkungen, wobei auch biologische und Verhaltensdaten herbeigezogen werden können. <i>Seiten 8, 45, 47, 60, 79, 110, 114 ff., 120, 122 f., 129, 144 f.</i>
MSM (Men who have Sex with Men)	Kurzbezeichnung für Männer, die Sex mit Männern haben. Gemeint sind nicht nur Männer mit einer schwulen Identität, die ausschliesslich Sex mit Männern haben, sondern auch bisexuell und heterosexuell veranlagte Männer, die manchmal homosexuellen Sex praktizieren. <i>Seiten 23, 25 ff., 45 ff., 55 f., 64 f., 79, 83, 85, 99, 114 ff., 122, 131, 134 ff.</i>
Partnerinformation	Bezeichnung für die Weitergabe von Informationen über medizinische Befunde, Gesundheits- oder Serostatus einer Person an deren Partner oder Partnerinnen, die durch Betroffene selbst oder Dritte (z.B. Ärzte) erfolgen kann. <i>Seiten 8, 59 f., 85, 90, 94, 97, 101 ff.</i>
Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)	Fachbezeichnung für sekundärprophylaktische Massnahmen nach vermuteter oder erfolgter Exposition gegenüber einem Krankheitserreger mit dem Ziel, eine Infektion oder Erkrankung zu verhindern. Zur HIV-PEP bei beruflicher oder nicht-beruflicher (z.B. sexueller) Exposition wird ein sofortiger Beginn einer antiretroviralen Kombinationstherapie empfohlen (möglichst innerhalb von 24 Stunden, nicht später als 72 Stunden), bei Nadelstichverletzungen zusätzlich ein Auswaschen und Reinigen der Wunde, bei oraler Exposition (orogenitale Sexualkontakte mit Ejakulation) eine Mundspülung. Falls möglich, ist nach Beratung und Einverständnis der Person, von der eventuell ein Infektionsrisiko ausgegangen ist, die Durchführung eines Schnelltests zur Bestimmung des Serostatus und Beurteilung des Infektionsrisikos sinnvoll. Die PEP wird in der Regel über 28 Tage durchgeführt; eine möglichst rasch eingeleitete PEP kann das Risiko für eine HIV-Infektion senken. <i>Seite 101</i>

Prävalenz	Die Prävalenz sagt aus, wie viele Menschen einer bestimmten Gruppe (Population) definierter Grösse sich mit einem bestimmten Erreger infizierten oder an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind. Anders als bei der Inzidenz werden bei der Prävalenz die neu diagnostizierten Fälle zu den zum Untersuchungszeitpunkt bereits kranken (oder infizierten) Menschen dazu gezählt. <i>Seiten 7f., 17, 27, 30, 32, 42, 46, 55, 59f., 63ff., 78, 83ff., 98, 100, 114ff., 121, 131, 134, 136, 138</i>
Prävention	Oberbegriff für alle Massnahmen, die zur Reduktion des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsbeeinträchtigungen beitragen. Unter Präventionsmassnahmen fallen medizinische, psychologische und erzieherische Interventionen, Umweltkontrolle, gesetzgeberische Massnahmen, Lobbying und massenmediale Kampagnen. Die «Verhaltensprävention» richtet sich direkt an Personen; die «Verhältnisprävention» richtet sich primär an Strukturen (Gesellschaft/Politik/Gesetzgebung und Settings). Diese werden als intervenierende Variable zwischen der präventiven Intervention und dem individuellen Verhalten verstanden.
Primoinfektion	Erstmalige Infektion mit einem Krankheitserreger. Im Falle von HIV breitet sich das Virus in der Regel nach drei bis zehn Tagen (manchmal bis zu 3 Monate) rasch im Körper aus und richtet sich definitiv ein. Diese Phase wird oft mit grippeähnlichen Symptomen wie Fieber, geschwollene Lymphknoten, Halsschmerzen etc. erlebt. Während der Primoinfektion ist die Viruslast im Blut und im Sperma stark erhöht, das heisst, die betroffene Person ist hoch ansteckend. <i>Seiten 17, 23, 28, 63f., 99, 136</i>
Provider-Initiated Counselling and Testing (PICT)	Das Konzept provider-initiated counselling and testing (PICT) ergänzt das Konzept VCT (voluntary counselling and testing), bei dem die Initiative für den HIV-Test von der Klientin oder dem Klienten ausgeht. Der wesentliche Unterschied zwischen diesen beiden Ansätzen besteht darin, dass beim PICT ein Arzt, eine Ärztin der Person, die ihn/sie (meist aus anderen Gründen) aufsucht, den Test vorschlägt. Grundsätzlich müssen beide Verfahren die Kriterien der drei C erfüllen: consentment (Einwilligung: kein Test ohne ausdrückliche, freiwillig erteilte Zustimmung), confidentiality (Vertraulichkeit: Test und Resultat für Dritte nicht zugänglich) und counselling (Beratung vor und nach dem Test). <i>Seiten 63ff., 97, 101</i>
Public Health	Definition WHO, 1998: Public Health (wörtlich: Öffentliche Gesundheit) ist ein soziales und politisches Konzept, das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität der Bevölkerung abzielt. <i>Seiten 7f., 13, 17ff., 46, 59, 63, 79, 112f., 116ff., 129, 133</i>
Reproductive Health, reproduktive Gesundheit	Nach der Definition des Aktionsprogramms der UN-Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 bedeutet reproduktive Gesundheit, dass «Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervor Gebrauch machen wollen». <i>Seiten 77, 97, 122</i>

Safer Sex	Wörtlich (engl.) sichereres Sexualverhalten: In den 1980er Jahren entstandene Bezeichnung für sexuelle Praktiken, bei denen eine Übertragung von HIV (und z.T. anderer sexuell übertragbarer Infektionen) sehr unwahrscheinlich ist. Mit der Bezeichnung kommt zum Ausdruck, dass eine Risikoreduzierung möglich, eine vollständige Risikoausschaltung (Safe Sex) aber nur in Ausnahmefällen realistisch ist (z.B. ausschliessliche Beschränkung auf Masturbation). Auf den Punkt gebracht sind die Safer-Sex-Regeln: kein Eindringen ohne Gummi, kein Sperma oder Blut in den Mund. Bei Jucken, Ausfluss oder Schmerzen im Genitalbereich zum Arzt. <i>Seiten 7, 12, 17, 38, 64, 66, 78, 85, 90, 94, 102, 141</i>
Screening	Screening ermöglicht die Erkennung von Auffälligkeiten oder Risikofaktoren durch einfache Tests, Untersuchungen oder andere Verfahren, die schnell im grösseren Rahmen durchgeführt werden können. Screening soll keine Diagnose ersetzen. Personen mit positiven oder verdächtigen Befunden müssen an Gesundheitseinrichtungen zur Diagnose und Behandlung weitergeleitet werden. Ein selektives Screening richtet sich an eine ausgewählte Gruppe mit angenommenem erhöhtem Risiko für eine bestimmte Krankheit beziehungsweise Störung. <i>Seiten 36, 60, 63, 65, 97</i>
Second Generation Surveillance System (SGS)	Die Second Generation Surveillance (SGS) bezeichnet eine Surveillance, bei der biologische Daten sowie Meldungen von neuen HIV- und STI-Diagnosen kombiniert werden mit Verhaltensdaten – etwa dem Sexualverhalten, dem Schutz- oder Risikoverhalten. Diese Daten werden regelmässig und systematisch erhoben und ausgewertet. Die SGS erlaubt nicht nur, den Schweregrad eines Public-Health-Problems einzuschätzen, sondern auch dessen Ursachen zu analysieren und den künftigen Verlauf einer Epidemie zu prognostizieren. <i>Seite 129</i>
Sentinel-Meldesystem (in der Schweiz «Sentinella»)	Das Sentinella-Meldesystem der Schweiz dient der Gewinnung epidemiologischer Daten, der Überwachung übertragbarer und anderer akuter Erkrankungen und der Forschung in der Hausarztmedizin. Sentinel-Meldesysteme dieser Art bestehen in verschiedenen Ländern Europas zum Teil seit mehreren Jahren, wie beispielsweise in Grossbritannien, Frankreich, den Niederlanden, Belgien, Deutschland, Italien, Portugal und Spanien. In der Schweiz wurde 1986, nach Erprobung in einem regionalen Pilotprojekt, das Netzwerk «Sentinella» zur Überwachung häufiger übertragbarer Krankheiten geschaffen. Seither hat sich das Spektrum erhobener Themen auch auf nichtinfektiöse Krankheiten ausgedehnt. Neben spezifischen Registern, wie sie beispielsweise für Krebserkrankungen existieren, ist Sentinella somit das einzige Instrument in der Schweiz, das Einblick in das bevölkerungsweite, nicht meldepflichtige Krankheitsgeschehen und die Primärversorgung durch die Hausärzte zulässt. <i>Seiten 42, 114, 116</i>
Serodifferent (serodiskordant)	Serodifferent (früher serodiskordant) bezeichnet unterschiedliche Befunde bei der Untersuchung des Serums von Paaren, zum Beispiel den HIV-Antikörnernachweis bei nur einem Partner. <i>Seite 47</i>
Serostatus	Der Serostatus ist der Zustand des Blutserums (flüssiger Bestandteil des Bluts), bei dem zwei Zustände auftreten können: Als seropositiv werden Individuen bezeichnet, wenn Antikörper gegen ein bestimmtes Antigen gefunden werden konnten, bei negativem Befund ist das Individuum seronegativ. Dem Verfahren zum Nachweis von Antikörpern sind jedoch Grenzen gesetzt aufgrund zweier zeitlicher Faktoren: Zum einen muss der infizierte Organismus überhaupt mit der Bildung von Antikörpern begonnen haben, zum zweiten müssen diese in ausreichender Konzentration vorliegen. <i>Seiten 46, 59, 141</i>

Setting	(engl.) Lebenswelt: Der Lebenswelt-Ansatz geht davon aus, dass das Verhalten von Personen mitbestimmt ist von den Systemen, in denen sie leben, also Familie, Schule, Betrieb, Gemeinde. Präventive Interventionen, die sich an ganze Systeme richten, versprechen gemäss diesem Ansatz mehr Erfolg als solche, die sich ausschliesslich an Individuen richten. <i>Seiten 8, 99f.</i>
Sexualanamnese	Die Sexualanamnese ist der Teil der Anamnese, der systematisch die Symptomatik und den Hintergrund sexueller Beschwerden und Beeinträchtigungen erhebt. <i>Seiten 64, 97</i>
Sexualerziehung	Die Sexualerziehung stattet (junge) Menschen mit grundlegendem Wissen und den Fähigkeiten, Fertigkeiten und Werten aus, die sie benötigen, um ihre Sexualität sowohl physisch, psychisch wie auch emotional zu erfahren. <i>Seiten 52, 56, 69, 77, 85, 90, 95, 111, 130</i>
Sexualpädagogik	Sexualpädagogik ist die Bezeichnung für ein Teilgebiet der Erziehungswissenschaften, das sich mit der Erarbeitung von Grundlagen, Handlungsansätzen und Materialien für die Sexuaufklärung bzw. Sexualerziehung befasst. <i>Seiten 95, 111, 129</i>
Sexual Health, Sexuelle Gesundheit	Sexual Health beschreibt einen Zustand (oder auch Rahmenbedingungen) in der menschlichen Entwicklung, in dem Sexualität subjektiv, befriedigend und ohne Schaden für andere gelebt werden kann. Die Definition der WHO ist folgende: Das Konzept «Sexual Health» beinhaltet als Zielvorgabe einen Zustand physischen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur die Abwesenheit von sexueller Krankheit, Schwäche oder Behinderung. «Sexual Health» bedingt eine positive und respektvolle Einstellung gegenüber Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Möglichkeit zu lustvollen und sicheren sexuellen Erlebnissen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Damit der Zustand «Sexual Health» erreicht und erhalten werden kann, müssen die sexualitätsbezogenen Rechte aller Menschen respektiert, geschützt und in Anspruch genommen werden ¹⁵³ (WHO 2002). <i>Seiten 7f., 12, 59ff., 66, 73, 77f., 85, 89, 94f., 97, 101, 109f., 112, 116ff., 117, 124, 131, 142ff.</i>
Sexuelle Orientierung	Der Begriff bringt zum Ausdruck, dass es Menschen gibt, die sich affektiv und sexuell zum anderen Geschlecht (heterosexuell), zum gleichen Geschlecht (homosexuell) oder zu beiden Geschlechtern (bisexuell) hingezogen fühlen. <i>Seiten 77, 89f., 95</i>
SHCS, Schweizerische HIV-Kohortenstudie	Die Schweizerische HIV-Kohortenstudie hat mit der Schaffung einer breiten Kohorte von HIV-PatientInnen den Aufbau eines repräsentativen Datenpools ermöglicht, der allen interessierten Forschenden (der biomedizinischen und klinischen Forschung) offen steht. Als interdisziplinäres, kooperatives Netzwerk umfasst die SHCS Aspekte der krankheits- und patientenorientierten Forschung. <i>Seiten 11, 47, 55, 69, 110, 115f., 118f., 131f., 140, 143f.</i>
Stakeholder	Wörtlich (engl.) Interessierte Person: Ein Stakeholder (Projektbeteiligter, Interessensgruppe, interessierte Partei) ist: ■ eine Person, Personengruppe oder eine Organisation, ■ die aktiv am Projekt beteiligt ist oder durch den Projektverlauf oder das Projektergebnis beeinflusst wird, ■ die gegebenenfalls den Projektverlauf oder das Projektergebnis beeinflussen kann. <i>Seiten 7, 12f., 112f., 119, 127f., 129</i>

¹⁵³ WHO (2006) Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva

STI (sexuell übertragbare Infektion)	STI steht für (engl.) sexually transmitted infections: Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingeführte Bezeichnung für Infektionen, die (unabhängig davon, ob sie eine Erkrankung verursachen) durch Sexualkontakte übertragen werden können.
Stigmatisierung	Der Begriff Stigma bezeichnet ein körperliches, psychisches, charakterliches oder soziales Merkmal einer Person, das ihm Dritte zuschreiben. Das Stigma ruft Ablehnung, Beklemmung oder Unbehagen bei Dritten hervor und entwertet die Stigmaträger. <i>Seiten 60 f., 65, 79, 95, 99, 109 ff., 122</i>
Surveillance	Die Surveillance beschreibt das regelmässige und/oder kontinuierliche und systematische Erheben von epidemiologischen und anderen Daten (mit vergleichbaren Indikatoren) und deren Auswertung nach relevanten Kriterien (beispielsweise Alter, Geschlecht, Übertragungsweg etc.) zur kohärenten Beobachtung einer Epidemie. In der HIV- und STI-Arbeit sind dies unter anderen Daten zu neu diagnostizierten Infektionen von HIV und STI sowie Daten zu Aidserkrankungen und Aids-attribuierten Todesfällen. Surveillance ist somit ein wichtiges Instrument zur Bewältigung der Herausforderungen im Bereich Public Health eines Landes. In der Schweiz sind HIV, Aids, Gonorrhoe, Syphilis und Chlamydien-Infektionen für Labors (und mit Ausnahme von Chlamydien) für Ärzte meldepflichtig. Im Rahmen der Meldepflicht werden neben biologischen Parametern auch soziodemografische Daten sowie Angaben über die vermutete Exposition erhoben. <i>Seiten 13, 17, 84, 114 ff., 122, 129</i>
Symptom	Zeichen: medizinische Fachbezeichnung für Krankheitszeichen. <i>Seiten 17, 23, 34, 36, 38, 40, 63 ff., 78, 117, 134, 136, 138</i>
Third Generation Surveillance	Das vorliegende Programm NPHS nimmt diesen Begriff der WHO aus dem Jahr 2002 ¹⁵⁴ auf und erweitert ihn folgendermassen: Die Third Generation Surveillance benennt ein umfassendes Surveillance-System, bei dem neben der biologischen und epidemiologischen Surveillance sowie der Verhaltenssurveillance zusätzlich die einzelnen Präventionsmassnahmen und Betreuungsangebote einem Monitoring unterzogen werden, um so deren Wirksamkeit eruieren zu können. Das Monitoring beinhaltet auch eine Kosten-Nutzen-Analyse. Ziel der Third Generation Surveillance ist, zu erreichen, dass die Präventionsmassnahmen bezüglich ihres Nutzens und ihrer Kosten vergleichbar und so priorisierbar werden. Damit erhalten die Entscheidungsträger die nötigen Grundlagen, um die knappen Ressourcen optimal den einzelnen Präventionsmassnahmen zuzuteilen. Die Third Generation Surveillance ist somit ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung und Effektivitätsbeurteilung der Prävention. <i>Seiten 8, 60, 114 ff., 129</i>
Transgender-Identität (Transgender-Personen/ Transsexuelle)	Personen, deren Gender-Identität nicht mit dem biologischen Geschlecht übereinstimmt. Oft besteht das Bestreben nach einer Geschlechtsumwandlung (Hormonbehandlung/chirurgischer Eingriff). <i>Seiten 85, 90, 130</i>
Verhältnisprävention	Bezeichnung für eine Strategie zur Vermeidung von Krankheiten und anderen Gesundheitsbeeinträchtigungen, die auf die Schaffung eines präventionsfreundlichen Klimas mit flächendeckendem, niederschwelligem Zugang zu Informations- und Präventionsangeboten zielt, um so die Nutzung individueller Schutz- und Präventionsmassnahmen zu erleichtern. <i>Seiten 7, 61, 85, 98 ff.</i>
Verhaltensprävention	Bezeichnung für präventive Strategien mit dem Ziel, individuelles Risikoverhalten durch Veränderungen bestimmter Verhaltensweisen zu reduzieren. <i>Seiten 7, 78</i>

¹⁵⁴ WHO (2002) Guidelines for the Upgrading of HIV/AIDS/STI Surveillance in the Caribbean (2002). The Third Generation Surveillance of HIV/AIDS/STI. Linking HIV, AIDS and STI Case-Reporting Behavioural and Care Surveillance.

Verhaltenssurveillance	Verhaltenssurveillance besteht im regelmässigen Sammeln und Auswerten von präventionsrelevanten Daten über das Verhalten der Menschen in bestimmten Bevölkerungsgruppen. Die Intensität und der Fokus der Verhaltenssurveillance orientiert sich daran, welche Gruppen in einem Land von HIV und/oder STI besonders betroffen sind und in welchem Ausmass. Die Surveillance von HIV- und STI-bezogenem Schutz- und Risikoverhalten ist ein wertvolles ergänzendes Public-Health-Instrument, weil sie erlaubt, zu überwachen, wie das Risiko einer Übertragung von HIV/STI in der Gesamtbevölkerung und in gefährdeten Gruppen verteilt ist und wie es sich im Zeitverlauf entwickelt. <i>Seiten 13, 43 ff., 60, 114 f.</i>
Viruslast (viral load)	Virusmenge im Blut, angegeben als natürliche oder logarithmische Zahl der Viruskopien/ml. Bei einer akuten HIV-Infektion kommt es anfänglich zu einer sehr hohen Viruslast, die sich im Verlauf zurückbildet, aber bei zunehmender Immunschwäche wieder ansteigt. Individuelle Schwankungen und vorübergehende Anstiege (z.B. bei Infektionen, nach Schutzimpfungen) sind möglich. Bei hoher Viruslast ist das Risiko einer Krankheitsprogression erhöht. <i>Seiten 17, 23, 59, 85, 102, 104</i>
Voluntary Counselling and Testing (VCT)	Voluntary Counselling and Testing (VCT, freiwillige HIV-Beratung und -Testung) bezeichnet eine international erprobte HIV-Präventions-Intervention an Individuen, die mittels einer einheitlich strukturierten Kombination von HIV-Beratung und -Testung zur Verminderung von HIV-Übertragungsrisiken führen soll. VCT garantiert KlientInnen Vertraulichkeit. Ein HIV-Test erfolgt ausschliesslich bei Vorliegen des freiwilligen und informierten Einverständnisses der Klientin/des Klienten zum Test. <i>Seiten 63 ff., 97, 101, 113, 132</i>
Vulnerabilität	Vulnerabilität (lat. «vulnus», Wunde) bedeutet Verwundbarkeit oder Verletzbarkeit und bezeichnet die Anfälligkeit, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken. <i>Seiten 7, 83 f.</i>
Wissensmanagement	Wissensmanagement ist die Gesamtheit der Strategien und Prozesse zur Wissensnutzung und -entwicklung auf verschiedenen Ebenen der Institution. Wissensmanagement bezieht sich nicht so sehr auf die Inhalte des Wissens, sondern mehr auf die Gestaltung von Rahmenbedingungen, Strukturen, Prozessen und Methoden. In der Praxis gibt es zwei unterschiedliche Richtungen des Wissensmanagements: das «Management von Wissen» und das «Management für Wissen». Ersteres konzentriert sich darauf, Wissen zu bewirtschaften. Das Management für Wissen orientiert sich an der dynamischen, impliziten und mehrdeutigen Qualität von Wissen und fokussiert auf die relevanten Rahmenbedingungen und Spielregeln für Wissensnutzung und -entwicklung. <i>Seiten 129, 131</i>
Zielgruppe	Gruppe von Personen (mit vergleichbaren Merkmalen), die gezielt auf etwas angesprochen, mit etwas erreicht werden soll. <i>Seiten 7 f., 11, 55 f., 60, 62, 65, 69, 79, 83 ff., 89 f., 93, 97 ff., 101, 116, 131, 144</i>

Quellen:

Last J. Mast, A Dictionary of Epidemiology, New York, Oxford University Press 2005.

Duden: Universalwörterbuch, Fremdwörterbuch

Dr. Stephan Dressler, HIV/Aids Taschenlexikon, Berlin 2008.

Glossar Aids-Hilfe Schweiz, www.aids-moodle.ch

www.wikipedia.com, 12.04.2010.

www.public-health.ch, 12.04.2010

Wörterbuch der Sozialpolitik: www.socialinfo.ch, 12.04.2010

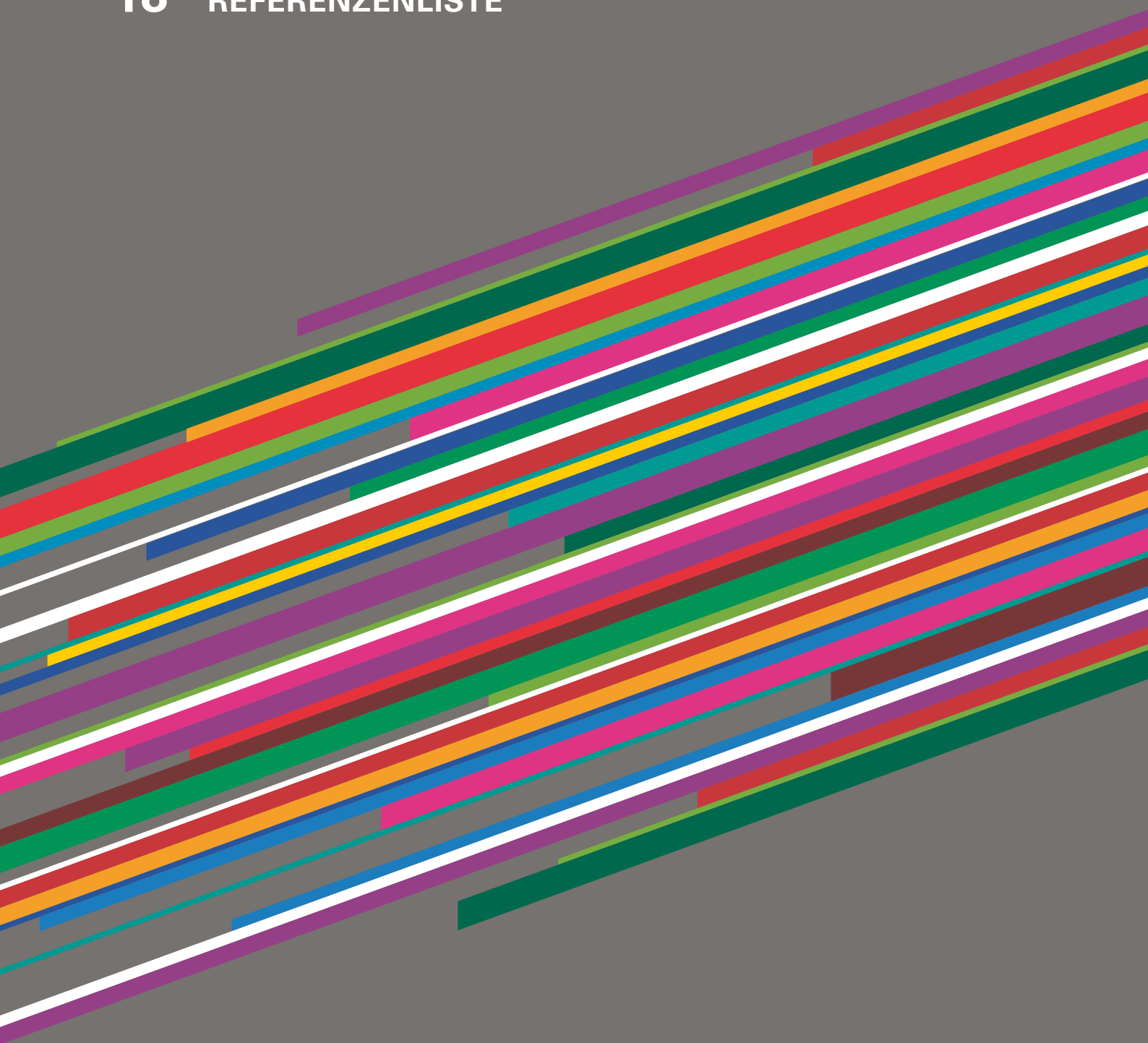
17 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS



AHS	Aids-Hilfe Schweiz
Aids	Erworbenes Immunschwächesyndrom (Acquired immune deficiency syndrome)
ART	Antiretrovirale Kombinationstherapie
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BerDa	Beratungsleitfaden und Datenverarbeitungssystem für VCT-Stellen
BFM	Bundesamt für Migration
BIG	Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis
BRB	Bundesratsbeschluss
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (USA)
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CYLL	Check-Your-Loveline
DEZA	Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EDA	Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EDK	Eidgenössische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren
EKAF	Eidgenössische Kommission für Aidsfragen
EKIF	Eidgenössische Kommission für Impffragen
EpiG	Eidgenössisches Epidemiengesetz
FKT	Fachkommission Klinik und Therapie HIV/Aids
FLD	Fachkommission Labor und Diagnostik HIV/Aids
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FSW	Sexarbeiterin (Female sex worker)
GAP	Gesundheitsaussenpolitik
GFATM	The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria
GIPA	Greater Involvement of People Living with HIV/Aids
HIV	Immunschwächevirus beim Menschen (Human immunodeficiency virus)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HPV	Humanes Papillomavirus
HSV	Herpes genitalis
IDU	Injizierend Drogen Konsumierende (Injecting Drug Users)
ILO	International Labour Organisation
IPPF	International Planned Parenthood Federation
KKAF	Kommission zur Kontrolle der Aidsforschung
LGBT	Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender
LGV	Lymphogranuloma venereum
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
MSW	Sexarbeiter (Male sex worker)
MTCT	Mutter-Kind-Übertragung
NGO	Nicht-Regierungsorganisation (Non-Governmental Organisation)
NHAP	Nationales HIV/Aids-Programm
NPO	Non-Profit-Organisation
NPHS	Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen
NZR	Nationales Zentrum für Retroviren
PEP	Post-Expositions-Prophylaxe
PHZ	Pädagogische Hochschule Zentralschweiz – Luzern
PICT	Provider-Induced Counselling and Testing
PLANeS	Schweizerische Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit
PrEP	Prä-Expositions-Prophylaxe
SAN	Swiss Aids News
SCIH	Swiss Centre for International Health
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie

SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
SGS	Second Generation Surveillance System
SHCS	Schweizerische HIV-Kohortenstudie (Swiss HIV cohort study)
SNF	Schweizerischer Nationalfonds
SRG	Sexuelle und reproduktive Gesundheit
STI	Sexuell übertragbare Infektionen (Sexually transmitted infections)
TGS	Third Generation Surveillance
UEPP/IUMSP	Unité d'évaluation de programmes de prévention/Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
UNAIDS	HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen (The Joint United Nations Programme on HIV/Aids)
UNFPA	Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (United Nations Population Fund)
UNGASS	Sondersession der Vereinten Nationen zu HIV/Aids 2001 (United Nations General Assembly Special Session on Aids)
VCT	Beratung und Test auf freiwilliger Basis (Voluntary Counselling and Testing)
VEGAS	Verein Gaybetriebe Schweiz
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

18 REFERENZENLISTE



- AHS, PLANeS & BAG (2008): Sexuell übertragbare Infektionen. Informationen für Beratende. Zürich, Bern: AHS, BAG. http://www.aids.ch/shop/produkte/fuerfachleute/pdf/1371_STI_beratende.pdf
- aids&mobility europe (2010): Hannover: aids&mobility europe. <http://www.aidsmobility.org/114.0.html>
- Aids-Hilfe Schweiz (Hrsg.) (2011): Swiss Aids News – SAN. Zürich: Aids-Hilfe Schweiz. <http://www.aids.ch/d/information/newsletter.php>
- BAG, AHS, PLANeS, LHIVE, EKAF, SGGG & SGDV (2009): Die Thesen zur Entwicklung des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017. Bern: BAG. Unveröffentlicht.
- BAG (Hrsg.) (2011): Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/07914/index.html?lang=de>
- BAG (Hrsg.) (2011): spectra – Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de>
- Baillif, A. & Low, N. (2010): Diagnosed bacterial sexually transmitted infections in Switzerland: analysis of notifications data, according to physician specialty and setting. Unveröffentlichtes Papier. Bern: Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM).
- Benz, A., Lütz, S., Schimank, U., Simonis, G. & (Hrsg.) (2007): Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bihr, S. (2009): Migration und sexuelle und reproduktive Gesundheit. Bestandsaufnahme bei den Beratungsstellen für Schwangerschaft und Familienplanung. Definitiver Bericht für das BAG. Bern: PLANeS. http://www.plan-s.ch/IMG/pdf_092112__migration_und_srg_PLANeS_DEF_korr.pdf
- Bundesamt für Gesundheit (2002): Gesamtstrategie BAG. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2003): Nationales HIV/Aids-Programm 2004–2008. Bern: Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch/shop/00032/00038/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2004): Hepatitis-B-Impfung von Adoleszenten in der Schweiz: Grosser Einfluss auf die Krankheitsinzidenz in dieser Altersgruppe. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 49: 923–931. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/01798/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2007): Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008–2013). Bern: BAG. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2007): Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung». Bern: BAG. <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00242/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2008): Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen. Bern: BAG. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07694/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2008): Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 1988 bis 2006: Aktueller Stand und Ausblick. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 8: 140–149. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/04412/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2009): Schulische Sexualpädagogik. Bern: BAG. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05470/05482/index.html?lang=de
- Bundesamt für Gesundheit (2009): Sexuell übertragbare Infektionen (STI) in der Schweiz 2006 bis 2008. Bern: BAG. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01071/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2010): HIV-Quartalszahlen per 31. März 2010. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 18: 480–483. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/07914/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2010): Neuerungen im HIV-Laborkonzept. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 35: 791. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05490/05494/index.html?lang=de
- Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) (2010): Schweizerischer Impfplan 2010. Richtlinien und Empfehlungen. Bern: BAG. <http://www.bag.admin.ch/ekif/04423/04428/index.html?lang=de>

Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) und Arbeitsgruppe HPV-Impfung (2008): Empfehlungen zur Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV). Richtlinien und Empfehlungen. Bern: Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/index.html?lang=de>

Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Kommission für Impffragen (SKIF) & Schweizerische Expertengruppe für virale Hepatitis (SEVHEP) (1997): Empfehlungen zur Hepatitis-B-Impfung. Richtlinien und Empfehlungen (ehemals Supplementum II). Bern: Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00685/02114/index.html?lang=de>

Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012. Bern: B. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/10907/index.html?lang=de>

CAPRISA – Centre for the AIDS Programme of Research in South Africa (2010): The CAPRISA 004 tenofovir gel trial results. Congella: Nelson R. Mandela School of Medicine, University of KwaZulu-Natal. <http://www.caprisa.org/joomla/>

Cebolla, B. & Björnberg, A. (2009): The Euro HIV Index 2009 – a reality check of public policy and best practice in 29 countries. Report. Stockholm/Brussels/Winnipeg: Health Consumer Powerhouse. <http://www.healthpowerhouse.se/files/Report%20Euro%20HIV%20index%20091008-3%20with%20cover.pdf>

Council of Europe & committee of ministers (2010): Recommendation CM/Rec(2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity. Strasbourg Cedex: Council of Europe. [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec\(2010\)5&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec(2010)5&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383)

Der Schweizerische Bundesrat (1999): Verordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Melde-Verordnung). SR 818.141.1. Bern: Die Bundesbehörden der schweizerischen Eidgenossenschaft. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/818.141.1.de.pdf>

Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1970): Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz). SR 818.101. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft. http://www.admin.ch/ch/d/sr/c818_101.html

Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF), Bundesamt für Gesundheit & SEVHEP (Swiss Experts in Viral Hepatitis) (2006): Hepatitis B: Ursachen, Folgen, Vorbeugung. Bern: Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch/shop/00047/00199/index.html?lang=de>

Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen (2009): Bericht der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen. Jugendsexualität im Wandel der Zeit. Veränderungen, Einflüsse, Perspektiven. Bern. http://www.ekkj.admin.ch/c_data/d_09_Jugendsexualitaet.pdf

Eidgenössisches Departement des Innern EDI und Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten EDA (2006): Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik. Aussenpolitische Zielvereinbarung im Bereich Gesundheit. Bern: EDI, EDA. <http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11523/index.html?lang=de>

Europarat (1950): Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) SR 1.01. Bern. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i1/0.101.de.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control & WHO Regional Office for Europe (2009): HIV/AIDS surveillance in Europe 2008. Stockholm: ecdc and WHO Europe. http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0912_SUR_HIV_AIDS_surveillance_in_Europe.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control ECDC (2009): Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Technical Report. Stockholm: ECDC. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_Mapping_of_HIV_STI_Behavioural_Surveillance_in_Europe.pdf

Fachkommission Labor und Diagnostik von HIV/Aids des BAG FLD (2006): Das schweizerische HIV-Testkonzept – aktualisierte Übersicht über Technisches Konzept und Laborkonzept. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 51: 1022–1034. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/01795/index.html?lang=de>

- Flepp, M., Cavassini, M., Vernazza, P. L., Furrer, H. & für die Fachkommission Klinik und Therapie HIV/Aids (FKT) (2010): Der HIV-Test auf Initiative des Arztes: Empfehlungen zur Durchführung bei Erwachsenen. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 11: 364–366. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/07914/index.html?lang=de>
- Flepp, M., Jost, P., Vernazza, P. L., Hirschel, B., Bernasconi, E., Bundesamt für Gesundheit, Subkommission Klinik (SKK) der Eidg. Kommission für Aids-Fragen (EKAF) und Subkommission Klinik (SKK) der Eidgenössischen Kommission für Aids-Fragen (EKAF) (1999): Präventionsempfehlungen zur Reduktion des HIV-Übertragungsrisikos bei orogenitalen Sexualpraktiken behalten ihre Gültigkeit. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 11: 210–211. www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05490/05494/index.html
- Frey, K. & Kübler, D. (2006): Sozialwissenschaftliche HIV/Aids-Forschung in der Schweiz 1987–2006. Förderung, Vermittlung und zukünftige Entwicklung. 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Zürcher Politik- und Evaluationsstudien Nr. 4. Zürich: Universität Zürich, Institut für Politikwissenschaft. <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02062/03524/index.html?lang=de>
- Haering, B. & Lother, M. (2010): Forschung zu Sexual Health/STI: Übersicht und Möglichkeiten der Förderung. Schlussbericht z.H. BAG. Zürich: econcept AG. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=de
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel (2008): Fokusbericht Gender und Gesundheit. Bern: BAG. http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_207.pdf
- International Planned Parenthood Federation IPPF (2009): Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung. London: IPPF. <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/49E80704-61E5-455E-AF59-306FF3E1F96E/0/SexualRightsGerman.pdf>
- Iten, A. & Gravier, B. (2005): Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande (EPIPS). Deuxième phase de l'étude. Rapport Final. Lausanne: Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Canton de Vaud.
- Jaton, K. & Greub, G. (2005): Chlamydia: signes d'appel, diagnostic et traitement. Revue Médicale Suisse 13. <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=30280>
- Jeannin, A., Meystre-Agustoni, G., Locicero, S. & Dubois-Arber, F. (2010): Monitoring der Schweizer Präventionsstrategie gegen HIV/Aids. Synthesebericht 2004–2008. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds155b_de.pdf
- Kayser, F. H., Böttger, E. C. & Zinkernagel, R. M. (2005): Medizinische Mikrobiologie. Stuttgart-Fuerbach: Thieme.
- Kessler, C. (2009): International Context Analysis. HIV und STI Strategies and Programmes: The European and International Reference. Basel und Bern: SCHI und BAG. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=de
- Kessler, C. (2010): Expertensicht – die internationalen Bezüge des Nationalen HIV und STI Programms 2011–2017. Bericht z.H. BAG. Basel: Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=de
- Kessler, C., Weiss, S. & Stucki, C. (2009): Nationales HIV/Aids und STI Programm: Webbasierte Stakeholderbefragung 2009. Basel und Bern: Swiss Center for International Health (SCIH) und BAG. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=de
- Kouyos, R. D., Von Wyl, V., Yerly, S. & Böni, J. (2010): Molecular Epidemiology Reveals Long-Term Changes in HIV Type 1 Subtype B Transmission in Switzerland. The Journal of Infectious Diseases 201: 1488–1497. http://www.usz.ch/SiteCollectionDocuments/Medienmitteilungen/MM_2010/100507_Spritzenabgabe_SNF-Studie_Kouyos_JID_Mol_Epi_Subtyp_B_SHCS_May_2010.pdf
- Krech, T., Cassinotti, P., Deseö, N., Biegert, A., Gesenhues, T. & Käppli, F. (2010): Urogenitale Humane Papillomviren und Chlamydien. Epidemiologie bei Schweizer Frauen unter Anwendung neuer Nachweisverfahren. Schweiz Med Forum 10: 230–232. http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2010/2010-12/2010-12-285.PDF
- Locicero, S., Dubois-Arber, F. & Jeannin, A. (2010): Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Résultats de Gaysurvey 2009. Raisons de santé 163. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds163_fr.pdf

Member States of the WHO European Region (2004): Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Copenhagen: WHO Europe. http://www.unicef.org/ceecis/The_Dublin_Declaration.pdf

Menzi, P., Leu, M. & Galgado, M. (2008): Handbuch Prävention und Therapie. Bern: infodrog, Bundesamt für Gesundheit.

Nau, J.-Y. (2009): Nouvelle alerte à la lymphogranulomatose vénérienne rectale. Revue Médicale Suisse Décembre. <http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=2404>

Niveau, G. (2006): Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: A review. Journal of the Royal Institute of Public Health 120: 33-41. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B73H6-4H0BT2F1-1&_cdi=11546&_user=7305403&_pii=S003335060500154X&_origin=search&_coverDate=01%2F31%2F2006&_sk=998799998&view=c&wchp=dGLbVIW-zSkzV&md5=b0341dc3823cf43ddb845abb8623ce98&ie=/sdarticle.pdf

Office fédéral de la santé publique (2010): Rapport de situation nationale à l'intention de l'UNGASS. Suisse. Période considérée: janvier 2008-décembre 2009. Berne: OFSP. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/05468/index.html?lang=de

Pädagogische Hochschule Zentralschweiz (Hrsg.) (2009): Grundlagenpapier Sexualpädagogik und Schule. Grundlagen für die schweizweite Verankerung von Sexualerziehung in der Schule sowie Überlegungen für die Aus- und Weiterbildung von Lehrpersonen an Hochschulen. Luzern: PHZ. http://www.wbza.luzern.phz.ch/fileadmin/media/wbza.luzern.phz.ch/gesundheitsfoerderung/Grundlagenpapier_Sexualpaedagogik_Version_4_1_D.pdf

Paget, J. W., Zbinden, R., Ritzler, E., Zwahlen, M., Lengeler, C., Stürchler, D., Matter, H. C. & Swiss Sentinel Surveillance Network of Gynecologists (2002): National laboratory reports of Chlamydia trachomatis seriously underestimate the frequency of genital chlamydial infections among women in Switzerland. Sex Transm Dis. 29: 715-720. http://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2002/11000/National_Laboratory_Reports_of_Chlamydia.16.aspx

Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2009): Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen. Zurich: Research Institute for Public Health and Addiction. <https://www.zora.uzh.ch/28145/>

Rosenbrock, R., Almedal, C., Elford J., Kübler, D., Lert, F. & Matic, S. (2009): Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts. Horgen: Syntagma. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=de

Rosenbrock, R., Almedal, C., Elford J., Kübler, D., Lert, F. & Matic, S. (2009): Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts. Expert Report. Horgen: Syntagma. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=de

Salis Gross, C. (2010): Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen. SuchtMagazin 1: 18-21. http://www.isgf.ch/fileadmin/downloads/SuMag_01_2010_gross.pdf

Schweizerische Eidgenossenschaft (1970): Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) (SR 818.101). Bern: Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. http://www.admin.ch/ch/d/sr/c818_101.html

Schweizerische Eidgenossenschaft (1999): Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SR 101). Bern: Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/101/>

Spencer, B. (2001): «Und Gott schuf die Geschlechter». Geschlechtsspezifische HIV-Prävention. AIDS INFOTHEK 2: 4-9. http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_132.pdf

UNAIDS (2000): Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC295-Protocol_en.pdf

UNAIDS (2004): «Three Ones» key principles. «Coordination of National Responses to HIV/AIDS». Guiding principles for national authorities and their partners. Genf: UNAIDS. http://data.unaids.org/UNA-docs/Three-Ones_KeyPrinciples_en.pdf

UNAIDS (2007): The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). Policy Brief. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1299-PolicyBrief-GIPA_en.pdf

UNAIDS (2008): Criminalization of HIV Transmission. Policy Brief. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf

- UNAIDS (2009): Scientists come together for the AIDS Vaccine Conference 2009. Geneva: UNAIDS. http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20091015_AIDS_Vaccine.asp
- UNAIDS (2010): Human rights and HIV. Geneva: UNAIDS. <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/HumanRights/default.asp>
- UNAIDS & WHO (2009): 2009 AIDS epidemic update. Geneva: UNAIDS. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>
- UNAIDS & WHO (2009): AIDS epidemic update: November 2009. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf
- UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance (2000): Guidelines for Second generation HIV Surveillance. Second generation surveillance for HIV: The next decade. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epiworkinggrp.asp>
<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epiworkinggrp.asp>
- United Nations (2000): United Nations Millennium Development Declaration. New York: UNO. <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>
- UNO (1948): Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. New York: UNO. <http://www.un.org/Depts/german/grunddok/ar217a3.html>
- UNO (1965): Internationales Übereinkommen vom 21. Dezember 1965 zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung SR 0.104. Bern. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i1/0.104.de.pdf>
- UNO (1966): Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte SR 0.103.2. Bern. http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_103_2/
- UNO (1966): Internationaler Pakt vom 16. Dezember 1966 über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte SR 0.103.1. Bern. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i1/0.103.1.de.pdf>
- UNO (1989): Übereinkommen über die Rechte des Kindes SR 0.107. Bern. http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_107/
- UNO (2001): Declaration of Commitment on HIV/AIDS. New York: UNO. United Nations General Assembly Special Session UNGASS. Dok. Nr. A/RES/S-26/2 01 43484 <http://www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf>
- UNO (2006): Political Declaration on HIV/AIDS. New York: UNO. http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf
- Van de Laar, M. J. (2010): The emergence of LGV in Western Europe: what do we know, what can we do? *Eurosurveillance* 11: pii=641. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=641>
- Vanhems, P., Allard, R., Cooper, D. et al. (1997): Acute human immunodeficiency virus type 1 disease as a mononucleosis-like illness: Is the diagnosis too restrictive? *Clin. Infect. Dis.* 24: 965-970.
- Vernazza, P. L. (2009): Endlich: Zum ersten Mal ein erfolgreiches Resultat einer HIV-Impfung. St. Gallen: Fachbereich Infektiologie/Spitalhygiene Kantonsspital St.Gallen. <http://www.infekt.ch/kategorien/lehreforschung/literaturescreen/hiv/1901-endlich-zum-ersten-mal-ein-erfolgreiches-resultat-einer-hiv-impfung.html>
- Vernazza, P. L., Hirschel, B., Bernasconi, E. & Flepp, M. (2008): HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. *Schweiz Ärztezeitung* 89: 165–169. http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-05/2008-05-089.PDF
- Weinhardt, L. S. (2005): The effects of HIV diagnosis on sexual risk behavior. In: Kalichman, S. C. (Ed.): *Positive Prevention: Reducing risk among people living with HIV*. New York: Kluwer.
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Geneva: WHO. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- WHO (2002): Guidelines for the Upgrading of HIV/AIDS/STI Surveillance in the Caribbean (2002). The Third Generation Surveillance of HIV/AIDS/STI. Linking HIV, AIDS and STI Case-Reporting Behavioural and Care Surveillance. Geneva: WHO. <http://www.who.int/hiv/strategic/pubcarecspsti/en/index.html>

WHO (2006): Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

WHO & UNAIDS (2007): New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/mc_recommendations_en.pdf

Wolff, H., Lourenço, A., Bodenmann, P., Epiney, M., Uny, M., Andreoli, N., Irion, O., Gaspoz, J.-M. & Dubuisson, J.-B. (2008): Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study. BMC Public Health 8: 10.1186/1471-2458-8-391. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/391>

World Health Organization, D. o. R. H. a. R. (2007): Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. Breaking the chain of transmission. Geneva: WHO. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/print.html>

Zurn, P., Taffé, P., Rickenbach, M. & Danthine, J.-P. (2001): Social cost of HIV infection in Switzerland. Lausanne: Institut d'économie et management de la santé (IEMS). <http://www.hec.unil.ch/jdanthine/other%20reports/hiv.pdf>