

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)

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

Gestaltung und Layout: visu'1 AG, Agentur für Identity und Kommunikation, Bern

BAG-Publikationsnummer: OeG 12.10 2000 d 1000 f 300 i 1000 e 20EXT1014

Bezugsquelle:

BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern

www.bundespublikationen.admin.ch

BBL-Lagerartikelnnummer: 311.931.d

Nachdruck: mit Quellenangabe gestattet (auch auszugsweise)

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

1	Heutige Situation in der Schweiz: HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen	2
1.1	Übertragungswege	3
1.2	Speziell von HIV betroffene Gruppen	4
1.3	Kosten von HIV	7
1.4	Aufwand für Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen	7
2	Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS)	8
2.1	Partizipative Erarbeitung des Programms	9
3	Vision und Oberziele des NPHS	11
4	Drei Interventionsachsen für die HIV- und STI-Arbeit	14
5	Ziele nach Interventionsachsen, Massnahmen und Akteure	17
5.1	Interventionsachse 1	17
5.2	Interventionsachse 2	18
5.2.1	Männer, die mit Männern Sex haben	18
5.2.2	Migranten und Migrantinnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie	19
5.2.3	Injizierend Drogen konsumierende Menschen	20
5.2.4	Sexworker und Sexworkerinnen	21
5.2.5	Gefängnisinsassen	21
5.3	Interventionsachse 3	22
6	Unterstützungsaufgaben ermöglichen die Zielerfüllung	24
7	Wissenswertes über HIV	27
8	Wissenswertes über sexuell übertragbare Infektionen	34

1 HEUTIGE SITUATION IN DER SCHWEIZ: HIV UND ANDERE SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN

HIV bleibt ein wichtiges Thema der öffentlichen Gesundheit: In der Schweiz leben im Jahr 2010 mindestens 20 000 Menschen mit HIV, jährlich werden zwischen 600 und 800 Menschen positiv auf den Erreger getestet. Für die Betroffenen stehen wirksame antiretrovirale Medikamente (ART) zur Verfügung. Diese müssen während des ganzen Lebens eingenommen werden, sind teuer und können Nebenwirkungen haben. Für eine erfolgreiche Behandlung sind zwei Faktoren von entscheidender Bedeutung: die frühe Diagnose, damit der Betroffene zum richtigen Zeitpunkt mit der Behandlung beginnen kann, und die zuverlässige Einnahme der Medikamente. Eine Heilung ist nicht möglich. Die Behandlung bewirkt nur die weitgehende Unterdrückung der Virenreplikation, was den Ausbruch von Aids-definierenden Krankheiten (und damit den Tod) verhindert. Gemäss der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) sind HIV-positive Menschen mit erfolgreicher Therapie und nicht mehr nachweisbarer Virenlast (viral load) unter bestimmten Umständen nicht mehr ansteckend (siehe EKAF-Statement, Seite 28). Trotz verfügbaren Therapien werden aber jährlich noch immer bis zu 200 neue Aids-erkrankungen diagnostiziert, und zwischen 30 und 50 Menschen sterben daran. Eine Impfung gegen HIV ist in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.

Andere sexuell übertragbare Infektionen – in der englischen Abkürzung STI genannt – sind in der Öffentlichkeit wenig bekannt. Die epidemiologische Überwachung verschiedener

¹ 2010/11 meldepflichtige STI sind: Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydia trachomatis, Hepatitis B, Hepatitis C. Als zusätzlich Public Health-relevant (aber zurzeit nicht meldepflichtig) gelten: Humane Papillomaviren (HPV), Herpes (HSV 1 und 2), Lymphogranuloma venereum (LGV). Kapitel 8 bietet einen kurzen Überblick über wissenschaftliche Fakten zu den STI.

HEUTIGE SITUATION IN DER SCHWEIZ: HIV UND ANDERE SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN

STI¹ zeigt, dass diese zunehmen. Einige Erreger sind in der Schweiz stärker verbreitet als im westeuropäischen Durchschnitt. Oft verlaufen solche Infektionen asymptomatisch, was deren Entdeckung erschwert. Unbehandelt können STI aber schwerwiegende Folgen haben: chronische Erkrankungen, Krebs, Unfruchtbarkeit, Schwangerschaftskomplikationen sowie Schädigungen des Fötus oder Gebrechen bei Neugeborenen. STI können zu grossem persönlichem Leid führen. Für die öffentliche Gesundheit stellen die STI eine ernsthafte Bedrohung dar, weil etliche der Erreger relativ leicht übertragbar sind.

Zudem bestehen zwischen HIV und anderen STI Wechselwirkungen: Eine STI kann bewirken, dass die Betroffenen empfänglicher sind für das HI-Virus. Eine STI kann auch die Infektiosität von HIV-positiven Menschen erhöhen und überdies die Wirksamkeit der HIV-Therapie beeinträchtigen. Nach heutigem Wissen stellen die anderen STI einen bedeutenden Motor zur Verbreitung von HIV dar.

1.1 ÜBERTRAGUNGSWEGE

Am häufigsten stecken sich Menschen beim Geschlechtsverkehr mit HIV an. Orogenitale Kontakte stellen dann ein Risiko dar, wenn Sperma oder Menstruationsblut in den Mund gelangen, Oralverkehr ohne Ejakulation bzw. ausserhalb der Menstruation gilt als sicher. Aber: Die Möglichkeit, sich auch in einer als sicher geltenden Situation mit HIV anzustecken, ist deutlich erhöht, wenn eine der beteiligten Personen zusätzlich an einer anderen STI leidet.

Die Übertragung von STI geschieht häufig noch einfacher als beim HI-Virus: Bakterielle STI sind in der Regel infektiöser, und das Präservativ deckt nicht alle befallenen Stellen ab; Schleimhautkontakt reicht meist für eine Ansteckung aus. Bakterielle STI wie Gonorrhoe oder Chlamydien sind heilbar, bei Syphilis kann eine Antibiotika-Therapie zu Beginn der Erkrankung auch zur vollständigen Heilung führen.

Schwieriger ist es bei viralen Erkrankungen wie beispielsweise bei Hepatitis C, hier ist manchmal nur eine Symptombehandlung möglich.

Injizierend Drogen konsumierende Menschen scheinen sich gut zu schützen. Dank erfolgreicher «harm reduction»-Programme (einfacher Zugang zu sauberem Spritzbesteck, Konsumräume, Substitutionsprogramme) kommt die gemeinsame Benützung von Injektionsmaterial seltener vor. Seit einigen Jahren werden nur wenige HIV-Infektionen in dieser Zielgruppe neu diagnostiziert. Weitergehende Anstrengungen braucht es bei Hepatitis C: Hier ist die Zahl der Neuansteckungen immer noch hoch.

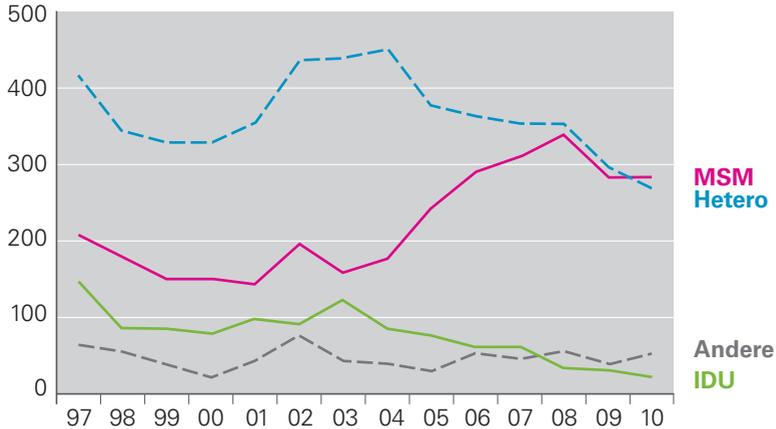
Die Mutter-Kind-Übertragung von HIV während der Schwangerschaft und Geburt ist in der Schweiz selten. In den letzten Jahren kam kein Neugeborenes mehr mit HIV zur Welt, wenn die Infektion der Mutter bekannt war. Die Empfehlung, während der Schwangerschaft einen HIV-Test durchzuführen, wird gut befolgt.

1.2 SPEZIELL VON HIV BETROFFENE GRUPPEN

Im Vergleich mit anderen westeuropäischen Ländern belegt die Schweiz (2010) bei der Anzahl der neu gemeldeten HIV-Infektionen den dritten Platz nach Grossbritannien und Portugal. Die Schweiz ist von einer konzentrierten HIV-Epidemie betroffen; in einigen Bevölkerungsgruppen beträgt der Anteil der Menschen mit HIV über 5 %, so bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), bei Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit einer generalisierten Epidemie und bei injizierend Drogen konsumierenden Menschen (IDU). Gefährdet sind auch Sexworkerinnen bzw. Sexworker und Gefängnisinsassen. Dank erfolgreicher Prävention der letzten 25 Jahre konnte eine Generalisierung der Epidemie in der Gesamtbevölkerung verhindert werden, die Prävalenz (also die Anzahl der infizierten Individuen in der betrachteten Population) liegt weit unter 1 %.

HEUTIGE SITUATION IN DER SCHWEIZ: HIV UND ANDERE SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN

Jährliche HIV-Diagnosen nach Übertragungsweg



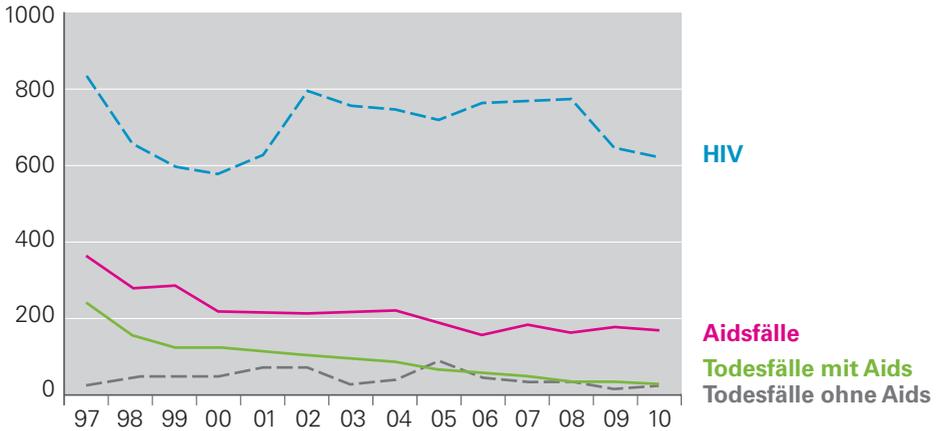
Tendenzen

Im Jahr 2002 stieg die Zahl der positiven HIV-Tests um 25 %, nachdem sie seit 1992 abgenommen hatte.

Davon betroffen waren in erster Linie Männer mit homosexuellen Kontakten (MSM) sowie Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg (bei Letzteren 42 % MigrantInnen aus Hochprävalenzländern).

Bis 2008 war die Gesamtzahl relativ stabil. Dahinter verbarg sich ein starker Anstieg bei den MSM, der durch die Abnahme in den übrigen Gruppen kompensiert wurde. Im Jahr 2009 nahm die Zahl bei den MSM erstmals wieder ab und stabilisierte sich dann bei knapp 280 Fällen.

Jährliche HIV-Diagnosen, Aidsfälle und Todesfälle



Tendenzen

Bei Personen mit HIV-Infektion nahm die Zahl neuer Aidsdiagnosen und der Todesfälle infolge Aids durch den Einsatz hochaktiver antiretroviraler Therapien nach 1995 stark ab. Ein leicht abnehmender Trend hält weiterhin an. Die Mortalität von HIV-positiven Personen aufgrund anderer Todesursachen nahm hingegen nicht ab. Pro Jahr werden weit mehr neue HIV-Diagnosen gestellt, als Personen mit HIV-Infektion sterben. Deswegen nimmt die Zahl lebender Personen mit HIV-Infektion und somit der Bedarf an Betreuung und Therapie langsam, aber stetig zu.

1.3 KOSTEN VON HIV

Alleine die Medikamentenkosten für die antiretrovirale Therapie von HIV-infizierten Menschen betragen 2008 mehr als 200 Millionen Franken (25 000 Franken pro Jahr und Person). Die Kosten steigen jährlich um über 10% an. Die lebenslange Behandlung eines Menschen mit HIV kostet somit bis zu einer Million Franken (Life-Time-Kosten). Auch die Behandlung der Spätfolgen von STI wie Syphilis, Gonorrhoe oder Chlamydien verursachen zum Teil hohe Kosten.

1.4 AUFWAND FÜR PRÄVENTION VON HIV UND ANDEREN SEXUELL ÜBERTRAGBAREN INFEKTIONEN

Der Prävention kommt auch unter dem Kostenaspekt eine wichtige Funktion zu. Die Umsetzung der vorliegenden Strategie benötigt ungefähr gleich viel finanzielle Mittel wie die Umsetzung des letzten HIV/Aids-Programms. Von Seiten des Bundes ist jährlich mit Ausgaben von rund 9 Millionen Franken (inklusive Personal) zu rechnen. Diese Mittel sollen aber etwas anders eingesetzt werden als im letzten Programm: Präventionsangebote für Zielgruppen, die von HIV und STI besonders betroffen sind, sollen auf Kosten von Massnahmen für die Gesamtbevölkerung ausgebaut werden. Mit der Verlagerung dieser Gelder wird der Empfehlung internationaler Experten Rechnung getragen, die Bemühungen dort zu verstärken, wo HIV und die anderen STI häufig(er) vorkommen (z. B. bei MSM, IDU, MigrantInnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie). Aber nicht alleine die Zielgruppenzugehörigkeit spielt hier eine Rolle, auch andere Faktoren sollen einbezogen werden. So stecken sich beispielsweise über 98% der MSM und über 80% der Heterosexuellen im städtischen Raum mit HIV an.

2 DAS NATIONALE PROGRAMM HIV UND ANDERE SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN (NPHS)

Die vorliegende Strategie zur Bekämpfung von HIV und STI schliesst an 25 Jahre Arbeit HIV-Prävention an und führt diese unter Berücksichtigung der heutigen Situation fort: Erstmals werden nebst HIV auch andere STI integriert. Neben der bereits beschriebenen Wechselwirkung von HIV und anderen STI macht dieser Schritt vor allem deswegen Sinn, weil eine gemeinsame Bekämpfung von HIV und anderen STI Synergien schafft: Die STI-Prävention kann im Wesentlichen auf der Grundlage und in den Strukturen der bereits etablierten HIV-Prävention erfolgen. Zudem sind die Präventionsbotschaften weitgehend dieselben oder ähnlich wie diejenigen bei HIV. Bereits haben mehrere europäische Staaten, wie beispielsweise Grossbritannien, Frankreich, Schweden und Norwegen, Strategien zur kombinierten Bekämpfung von HIV und STI entwickelt.

Das NPHS basiert, wie die bisherigen Programme, auf der Lernstrategie: Die HIV- und STI-Arbeit geschieht in Kooperation und unter Einbezug der Betroffenen. Wirksame Prävention – insbesondere in einem so heiklen Bereich wie der Sexualität – kann nur erfolgreich sein, wenn ein Vertrauensverhältnis zwischen Staat, Leistungserbringern und betroffenen bzw. gefährdeten Gruppen/Menschen besteht.

Dem Programm liegt folgendes Leitmotiv zu Grunde:

1. Durch Schutzmassnahmen verhüten (Safer Sex)
2. Impfen (wo Impfungen bestehen und empfohlen sind: HPV, Hepatiden)
3. Früh erkennen (inklusive individueller Risikoabklärung)
4. Rechtzeitig und richtig behandeln

Die bekannten Safer-Sex-Regeln bleiben bestehen, werden aber ergänzt:

1. Beim eindringenden Verkehr immer Präservative (oder Femidom) verwenden
2. Kein Sperma in den Mund, kein Sperma schlucken, kein Menstruationsblut in den Mund, kein Menstruationsblut schlucken

Dazu kommt, wegen der Integration der STI, eine zusätzliche Regel:

3. Bei Jucken, Ausfluss oder Schmerzen im Genitalbereich umgehend zum Arzt

2.1 PARTIZIPATIVE ERARBEITUNG DES PROGRAMMS

Die vorliegende Strategie wurde 2009/2010 in vier Phasen erarbeitet:

- Konzeptphase: Beschaffung der Evidenz (bis 3. Quartal 2009)
- Entwicklungsphase: Verarbeitung der Evidenz und Formulierung der Ziele (bis 1. Quartal 2010)
- Konsolidierungsphase: Vernehmlassung bei Stakeholdern (bis Ende 1. Quartal 2010)
- Genehmigungsphase: Ämterkonsultation, Bundesratsbeschluss (bis Ende 2010).

Das Bundesamt für Gesundheit hat insgesamt sechs Anlässe durchgeführt, an welchen die Stakeholder die Basis der Strategie in Arbeitsgruppen diskutierten und erarbeiteten. Zudem fanden mehrere Vernehmlassungen statt. Dank dieses breit abgestützten Prozesses liegt mit dem NPHS ein Pro-

gramm vor, welches von den Betroffenen und den Fachleuten mitgetragen wird.

Im Rahmen der Vernehmlassungen wurde auch das von UNAIDS und der Weltbank eingesetzte Expertengremium AIDS Strategy & Action Plan (ASAP) einbezogen. Dieses Gremium prüft, im Sinne einer Qualitätskontrolle, neu erarbeitete Strategien zur Bekämpfung von HIV. In Bezug auf das NPHS hält es fest, es handle sich um eine gut artikulierte und nachvollziehbare Strategie, welche auf einer fundierten Analyse der Epidemie basiere. Insbesondere überzeugte die Reviewer das Modell der verschiedenen Interventionsachsen (siehe Kapitel 4), das auch für andere Settings übernommen werden könne. Des Weiteren betonen sie die Wichtigkeit stufengerechter Sexualerziehung in der Schule sowie fokussierter Präventionsmassnahmen für Migrantinnen und Migranten.

3 VISION UND OBERZIELE DES NPHS

Dem Programm liegt diese Vision zugrunde:

In der Schweiz sind die Voraussetzungen gegeben, dass die Menschen selbstbestimmt und in gegenseitigem Respekt eine unbeschwertere, 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.

Diese Vision soll mit vier Oberzielen erreicht werden:

- 1. Oberziel** *Die Menschen in der Schweiz sind aufgeklärt und fähig, ihre Rechte im Bereich der Sexualität wahrzunehmen.* Sexualität ist ein wesentlicher Teil jeder Persönlichkeit und ein positiver Aspekt des Lebens – sie soll auf Freiwilligkeit und auf gegenseitigem Respekt basieren. Es gilt die Wahrung der Menschenwürde (Art. 7 BV), es darf niemand aufgrund der Identität oder der sexuellen Orientierung diskriminiert werden (Rechtsgleichheit und Diskriminierungsverbot, Art. 8 BV), es besteht 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). Diese Rechte sind in der Bundesverfassung garantiert. Die Kenntnis dieser Rechte ist eine Bedingung, damit die Menschen in der Lage sind, zu ihrer sexuellen Gesundheit Sorge zu tragen und bei Bedarf Dienstleistungsangebote in Anspruch zu nehmen. Zur Bekämpfung von HIV und STI und zur Vermeidung unerwünschter Schwangerschaften spielen die Grundsätze der Ottawa-Charta eine

entscheidende Rolle: Alle Menschen sollen gleichberechtigten Zugang zur (sexuellen) Gesundheitsversorgung, einschliesslich Prävention, Beratung, Diagnose und Therapie haben.

2. Oberziel *Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sinkt.*

Die Menschen werden dazu motiviert, sich in Risikosituationen weiterhin zu schützen und die Regeln des Safer Sex anzuwenden. 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. So gelingt es, die weitere Ausbreitung von HIV maximal zu bremsen und die Ausbreitung von STI zu verhindern.

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

Wer sich einem realen Risiko ausgesetzt hat (ungeschützter Kontakt mit einer Person aus einer Bevölkerungsgruppe mit erhöhter HIV/STI-Prävalenz), soll sich rasch beraten und gegebenenfalls die entsprechenden Tests durchführen lassen. Personen mit Symptomen von HIV, einer STI oder auch undefinierten Beschwerden im Genitalbereich lassen sich umgehend medizinisch untersuchen. Infizierte Personen erhalten eine optimale Behandlung und Betreuung. Die Anzahl spät diagnostizierter oder undiagnostizierter HIV- und STI-Fälle und die damit verbundenen Spätfolgen vermindern sich. Die frühe Diagnose und richtige Behandlung der Infektionen reduzieren deren Verbreitung und tragen damit zur Prävention bei.

4. 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. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit betroffenen Menschen und den Zielgruppen der Interventionen.

Aufgrund der zur Verfügung stehenden Instrumente (Surveillance, Monitoring, Evaluation und Forschung) werden die vorhandenen Mittel nachhaltig eingesetzt. Die Schweiz orientiert sich an internationalen Modellen der best practice und trägt selber zur Weiterentwicklung solcher bei.

4 DREI INTERVENTIONSACHSEN FÜR DIE HIV- UND STI-ARBEIT

Die Oberziele geben die inhaltliche Richtung der HIV- und STI-Arbeit vor. Um diese Arbeit zu strukturieren, bündelt das NPHS sämtliche Interventionen und Massnahmen in drei unterschiedliche Interventionsachsen: Die Interventionen und Massnahmen in einer Achse richten sich an bestimmte Zielgruppen. Diesem Ansatz liegen Überlegungen zur Prävalenz² und zur Vulnerabilität³ zu Grunde. Die Zielgruppe der Achse 1 ist die Gesamtbevölkerung. Diese Achse stellt das Fundament der Präventionsarbeit dar. Darauf bauen die weiteren Achsen auf: Achse 2 ist auf Menschen ausgerichtet, welche sich in einem Umfeld mit erhöhter Prävalenz risikoreich verhalten. Die Achse 3 richtet sich an Menschen mit einer HIV- oder STI-Infektion und an deren Partnerinnen und Partner. Das Achsenmodell ist somit kumulativ angelegt: wer zur Zielgruppe der Achse 2 oder 3 gehört, wird auch durch Massnahmen der Achse 1 erreicht.

Die Interventionsachse 1



richtet sich an alle in der Schweiz lebenden Menschen. Speziell angesprochen werden:

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

Alle in der Schweiz lebenden Menschen sollen wissen, dass HIV und STI ein Problem darstellen, und sich bei

² Die Prävalenz sagt aus, wie viele Menschen einer bestimmten Gruppe (Population) definierter Grösse sich mit einem bestimmten Erreger infiziert haben oder an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind.

³ Vulnerabilität (lat. «vulnus», Wunde) bedeutet Verwundbarkeit oder Verletzbarkeit. Der Begriff wird in verschiedenen Fachgebieten verwendet. In der Medizin beispielsweise bezeichnet der Begriff die Anfälligkeit, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken.



- **Interventionsachse 1** Gesamtbevölkerung Schweiz
- **Interventionsachse 2** Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko
- **Interventionsachse 3** Infizierte Personen und deren PartnerInnen

Risikokontakten schützen. Sie sollen die Safer-Sex-Regeln auch in Ausnahmesituationen wie auf Reisen oder bei unvorhergesehenen sexuellen Erlebnissen einhalten. Es ist ihnen bekannt, wie sie ihre sexuelle Integrität und Gesundheit erhalten können – dafür braucht es beispielweise für Migrantinnen und Migranten spezifische Aufklärungsarbeit.

Die Interventionsachse 2



richtet sich an sexuell aktive Menschen mit erhöhtem Expositionsrisiko, dies sind Angehörige von Bevölkerungsgruppen mit erhöhter Prävalenz oder erhöhter Vulnerabilität.

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

Das Ziel in dieser Interventionsachse ist, dass Menschen, die sich in einem Umfeld mit hoher Prävalenz bewegen, frei von HIV und anderen STI bleiben. Hierfür braucht es auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnittene Massnahmen.

Die Zuteilung einzelner Bevölkerungsgruppen (Zielgruppen) in Achse 2 entspricht der momentanen Situationsanalyse – sollte sich die Situation verändern, wird die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) dem Bund entsprechende Anpassungen vorschlagen.

Die Interventionsachse 3



richtet sich an Menschen mit HIV und/oder einer STI sowie deren (nicht-infizierte) Sexualpartnerinnen und -partner. Menschen mit HIV sollen rechtzeitig, richtig und zeitstabil therapiert werden, sodass ihre Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt und sie beim sexuellen Kontakt nicht mehr infektiös sind. Menschen mit einer STI müssen so rasch als möglich therapiert und – wo dies möglich ist – geheilt werden. Die wichtigste Herausforderung besteht darin, die (sexuellen) Partnerinnen und Partner infektionsfrei zu halten. Deshalb kommt der freiwilligen Partnerinformation eine wichtige Bedeutung zu.

5 ZIELE NACH INTERVENTIONSACHSEN, MASSNAHMEN UND AKTEURE



5.1 INTERVENTIONSACHSE 1

Die LOVE LIFE-Kampagne sensibilisiert die Bevölkerung für die Problematik von HIV und STI und ruft die Safer Sex-Regeln immer wieder ins Bewusstsein. Die Kampagne wird durch den Bund und die privaten Partner Aids-Hilfe Schweiz (AHS) und Schweizerische Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit (PLANeS) weitergeführt. Die Menschen sollen so in der Lage sein, sich bei sexuellen Kontakten zu schützen und bei Bedarf wissen, wie sie sich weiter informieren können. Ein Informationsinstrument ist das Internet-Tool «Check Your Love Life» (www.check-your-lovelife.ch): Damit lässt sich einfach herausfinden, ob Beratung und Testung sinnvoll sind und wo diese angeboten werden.

Die Kantone stellen sicher, dass es in ihrem Kanton mindestens eine von ihnen anerkannte Jugend-/Sexual-/Schwangeschafts- und/oder Familienberatungsstelle gibt. Menschen, die eine persönliche Beratung wünschen, finden Adressen von kantonal anerkannten Stellen (Jugend-/Sexual-/Schwangerschafts- und/oder Familienberatungsstelle) unter www.isis-info.ch. Die Dachverbände PLANeS und AHS koordinieren die Beratungsstellen und stellen die Aus- und Weiterbildung der Fachstellen mit Unterstützung des Bundes sicher.

Zudem wird in Zusammenarbeit mit den Kantonen die Integration einer stufengerechten Sexualerziehung in die Lehrpläne angestrebt. Dazu gehört auch, dass die Lehrpersonen in ihrer Aus- und Weiterbildung befähigt werden, qualitativ guten Sexualunterricht zu erteilen.



5.2 INTERVENTIONSACHSE 2

Zusätzlich zur Information, welche für die Gesamtbevölkerung zur Verfügung steht, spricht die Interventionsachse 2 Gruppen und Individuen an, welche aus zwei Gründen ein höheres Infektionsrisiko haben: Sei es, weil die Prävalenz in ihrem Umfeld erhöht ist (MSM, IDU, Migrantinnen mit generalisierter Epidemie im Herkunftsland, Gefängnisinsassen) oder weil sie aufgrund ihrer Tätigkeit vulnerabel sind (Sexworker und Sexworkerinnen). Diese Gruppen müssen sich ihres höheren Risikos bewusst sein und wissen, dass sie stärker gefährdet sind, sich mit HIV oder einer anderen STI zu infizieren als die Bevölkerung.

Die Massnahmen für die Zielgruppen der Interventionsachse 2 sollen verstärkt werden. Damit wir die Prävention dort ausgebaut, wo die Infektionen tatsächlich vorkommen. Denn Investitionen in dieser Interventionsachse sind effektiver als im Bereich der Gesamtbevölkerung. Durch verhaltens- und verhältnispräventive Massnahmen in den Lebenswelten der Zielgruppen wird das Ansteckungsrisiko weiter reduziert.

Es gibt für die jeweiligen Zielgruppen spezifische Beratungs- und Testeinrichtungen. Wer ein Risiko eingegangen ist, kann so auf einfache Weise eine adäquate Beratung erhalten. Die Beratung ist ein wichtiges Instrument der Prävention: Sie soll diejenigen, die sich nicht infiziert haben, motivieren, sich in Zukunft zu schützen und so infektionsfrei zu bleiben. Fällt ein Testergebnis positiv aus, wird hier eine Begleitung bzw. adäquate Behandlung eingeleitet.

5.2.1 Männer, die mit Männern Sex haben

Es müssen zwei Gruppen von Männern erreicht werden: Nebst den sich als homosexuell identifizierenden Männern gibt es Männer, die zwar Sex mit Männern haben, sich aber nicht als homosexuell bezeichnen. Männer, welche sich als homosexuell identifizieren, werden insbesondere in der Szene und über die schwulen Medien

erreicht. In diesen Kanälen (Zeitschrift, Internet) braucht es sichtbare Prävention. Von den Betreibern und Veranstaltern von Einrichtungen, in welchen sexuelle Begegnungen möglich sind, wird die Einhaltung des Minimalstandards der Prävention verlangt.

Die Szene der Homosexuellen konzentriert sich auf wenige städtische Gebiete, hauptsächlich in Zürich, Genf und Lausanne.

Weitere Treffpunkte gibt es in Basel, Bern, Luzern, St. Gallen und im Tessin.

In diesen Zentren und Städten braucht es niederschwellige Beratungs- und Testangebote nach dem Modell Checkpoint (anonyme *gayfriendly* Einrichtungen).

Weil sich die Homosexuellen nicht gleichmässig auf die ganze Schweiz verteilen, unterstützt der Bund die Kantone mit grosser Homosexuellen-Szene.

Männer, die zwar Sex mit Männern haben, sich aber nicht als homosexuell identifizieren, sind schwieriger erreichbar. Hier ist einerseits eine aufsuchende Präventionsarbeit an den Sextreffpunkten wichtig, andererseits muss Präventions- und Informationsarbeit auf den Datingplattformen stattfinden bzw. sichtbar sein. Weil diese Männer schwer erreichbar sind, braucht Sex zwischen Männern auch in der Interventionsachse 1 explizite Sichtbarkeit und ist deshalb auch immer Teil der LOVE LIFE-Kampagne, welche sich an die Gesamtbevölkerung richtet.

**5.2.2 Migranten und
Migrantinnen aus
Ländern mit
generalisierter Epidemie**

Durch Migration kommen Menschen aus Ländern in die Schweiz, in welchen es eine generalisierte HIV-Epidemie gibt (Prävalenz in der Gesamtbevölkerung grösser als 1%).

Deren Infektionsrate ist zwar nicht unbedingt identisch mit derjenigen der Gesamtbevölkerung im Herkunftsland, im Vergleich mit der Schweizer Bevölkerung aber doch deutlich erhöht. Angehörige dieser Zielgruppe müssen sich ihrer Gefährdung bewusst sein.

Die Schweiz kann keinen direkten Einfluss nehmen, ob sich Menschen in ihren Herkunftsländern infizieren oder nicht. Die weitere Verbreitung in der Schweiz muss aber vermindert werden. Zur systematischen Information braucht es an Schlüsselstellen, so zum Beispiel bei Arbeitsstellen, bei welchen sich Migrantinnen und Migranten melden müssen, sachliche Information in den entsprechenden Sprachen. Darüber hinaus sollen die Menschen dieser Zielgruppe auch motiviert werden, sich selber zu organisieren und ihre Präventionsarbeit selbst zu betreiben. Diese Präventionsarbeit kann beispielsweise über die Ausbildung von Mediatoren und Mediatorinnen geschehen, welche an formellen und informellen Treffpunkten Informations- und Sensibilisierungsarbeit leisten (z. B. Afrimedia). Bund und Kantone unterstützen solche Projekte entsprechend dem Vorkommen von Migrantengruppen. Diese verteilen sich vor allem aus sprachlichen Gründen nicht gleichmässig auf die Schweiz, sondern insbesondere auf die Westschweiz und die grösseren Städte der Deutschschweiz.

5.2.3 Injizierend Drogen konsumierende Menschen (IDU)

Intravenöser Drogenkonsum ist heute in der Öffentlichkeit wenig präsent, ein Infektionsrisiko besteht nur beim Utensilientausch. Dennoch ist die Problematik bei ehemaligen oder aktuell Drogen injizierend Menschen gross: Die Prävalenz von HIV wird auf ca. 30% geschätzt, auch Hepatitis B und C stellen grosse Probleme dar. Hepatitis C kann nur schlecht behandelt werden.

Die Wirksamkeit der Viersäulen-Drogenpolitik und insbesondere der Schadensminderung ist wissenschaftlich zweifelsfrei belegt. Angesichts der noch immer hohen Prävalenz unter den IDU ist es absolut zentral, die Schadensminderung weiterzuführen. Die Kantone sind deshalb aufgerufen, die bisherigen Strukturen und Programme der «harm reduction» beizubehalten.

IDU infizieren sich aber nicht nur beim Drogenkonsum, auch die sexuelle Übertragung spielt eine Rolle (unter Drogeneinfluss ungeschützter Sex). Die Fachleute, welche

IDU betreuen, sollen auch für diese Problematik sensibilisiert bleiben.

**5.2.4 Sexworker
und Sexworkerinnen**

Bis jetzt wurde keine erhöhte Prävalenz bei Sexworkern und Sexworkerinnen festgestellt. Aber alleine aufgrund der Frequenz ihrer sexuellen Kontakte sind Angehörige dieser Zielgruppe besonders gefährdet, mit HIV oder einer anderen STI infiziert zu werden.

Bei Sexworkerinnen und Sexworkern aus Ländern mit erhöhter Prävalenz ist es wahrscheinlich, dass einige von ihnen bereits infiziert in die Schweiz gekommen sind. Sexworkerinnen mit ökonomischen Schwierigkeiten oder prekärem Aufenthaltsstatus sind speziell gefährdet, dem Druck der Freier auf ungeschützten Sex nachzugeben und auf Schutzmassnahmen zu verzichten.

Darum gilt: Die Sexworker und Sexworkerinnen müssen für ihre besondere Gefährdung sensibilisiert sein, es braucht Information über Präventionsmassnahmen sowie niederschweligen Zugang zu Beratung und Testung für HIV und andere STI. Für Etablissements und bordellähnliche Betriebe sollte kantonal oder kommunal vorgeschrieben sein (z. B. in Gesetzen und/oder Verordnungen, welche die Prostitution regeln), dass die elementaren Präventionsanforderungen (Präservative und Gleitmittel sind frei verfügbar, Informationen zu HIV und STI liegen auf, Präventionsmitarbeitende können das Personal besuchen und beraten) durch die Betreiber erfüllt werden.

**5.2.5 Gefängnis-
insassen**

Internationale und nationale Untersuchungen zeigen, dass die Prävalenz von Infektionskrankheiten im Straf- und Massnahmenvollzug gegenüber der Bevölkerung erhöht ist. Der Staat ist aufgrund der Fürsorgepflicht für die Gesundheit der Insassen verantwortlich. Das Äquivalenzprinzip fordert, dass im Gefängnis die gleiche Gesundheitsgrundversorgung wie in Freiheit gewährleistet sein muss. Die Gesellschaft hat ein Interesse, dass Menschen im Straf- und Massnahmenvollzug infektionsfrei bleiben: Bei den allermeisten Gefängnis-

insassen gibt es nach dem Straf- und Massnahmenvollzug wieder eine Zeit in Freiheit.

Die Kantone sind für die Gefängnisse verantwortlich und somit auch für die Schulung und Weiterbildung ihres Gefängnispersonals. Sie sollen präventive Massnahmen und den Zugang zu Beratung, Testung und Behandlung für die Insassen verbessern.

Dazu und um das Äquivalenzprinzip umzusetzen und eine bessere Datengrundlagen zu erhalten, läuft seit 2008 das Projekt «Infektionskrankheiten in Gefängnissen» (BIG). Darin engagieren sich das Bundesamt für Gesundheit, das Bundesamt für Justiz und die Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren.



5.3 INTERVENTIONSACHSE 3

In der Interventionsachse 3 geht es um die Personen mit HIV und/oder STI und ihre (Sexual-)PartnerInnen. Hier werden – im Gegensatz zu den Interventionsachsen 1 und 2 – Individuen und nicht mehr ganze Bevölkerungsgruppen angesprochen. Bei Menschen mit HIV ist ab dem Zeitpunkt der Diagnose eine medizinische Begleitung garantiert, der Verlauf der HIV-Infektion wird regelmässig beurteilt. Diese Verlaufskontrollen haben einerseits das Ziel, den richtigen Zeitpunkt für den Beginn der Behandlung zu erkennen. Andererseits müssen diese Kontakte für die Prävention genutzt werden: Die Betroffenen sollen für die Nichtweitergabe des Virus sensibilisiert und motiviert werden, möglichst gemeinsam mit ihren (Sexual-)PartnernInnen.

Menschen mit einer STI werden sofort nach der Diagnose korrekt therapiert, möglichst unter Einbezug ihrer (Sexual-)PartnerInnen, um zu vermeiden, dass immer wieder gegenseitige Infektionen stattfinden. Generell sollen (Sexual-)PartnerInnen von HIV- oder STI-Betroffenen in die Therapie einbezogen sein.

Es wird ein kultureller Wandel angestrebt, so dass in den nächsten Jahren die freiwillige Partnerinformation «aus Einsicht» selbstverständlich wird. Infizierte sollen ermutigt werden, ihre festen Partner wie auch (Sexual-)PartnerInnen über ein positives Testresultat zu informieren. Dabei erhalten sie Unterstützung durch das Medizin- und Beratungssystem. Neue Konzepte und moderne Kommunikationstechnologien werden ausprobiert, sowohl für HIV und als auch für STI.

Eine erfolgreiche antiretrovirale Therapie (ART) basiert auf mehreren Voraussetzungen: Sie muss mit medizinischer Indikation zum richtigen Zeitpunkt begonnen und dauerhaft und in der richtigen Kombination durchgeführt werden. So kann die Viruslast in der Regel unter die Nachweisgrenze gesenkt werden. Der Nutzen einer erfolgreichen Therapie für das betroffene Individuum ist die Verbesserung seiner Lebensqualität und -erwartung. Die erfolgreiche Therapie hat aber auch einen gesellschaftlich relevanten Nutzen: Menschen sind, gemäss der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen, unter erfolgreicher ART nicht mehr infektiös. Deshalb besteht ein zusätzliches gesellschaftliches Interesse an richtig durchgeführten Therapien bei HIV.

6 UNTERSTÜTZUNGSAUFGABEN ERMÖGLICHEN DIE ZIELERFÜLLUNG

Das vierte Oberziel fordert, dass die HIV- und STI-Arbeit nachhaltig wirkt, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Bevölkerung getragen wird. Um das vierte Oberziel zu erreichen, sind im NPHS zusätzlich zu den Zielen in den drei Interventionsachsen sogenannte Unterstützungsaufgaben formuliert. Während die oben beschriebenen Ziele die Kernaufgaben der HIV- und STI-Arbeit beschreiben (Sensibilisierung, Prävention, Diagnose, Beratung und Therapie), tragen die Unterstützungsaufgaben zu einem guten Gelingen dieser Ziele bei. Sie bilden die gesellschaftspolitischen und strukturellen Rahmenbedingungen, welche eine erfolgreiche und nachhaltige HIV- und STI-Arbeit erst ermöglichen.

- Die Arbeit soll *evidenzbasiert* sein: Eine wirksame und effiziente HIV- und STI-Arbeit ist angewiesen auf eine evidenzbasierte Grundlage. Das neue Programm setzt hier einen Schwerpunkt, indem es die Entwicklung eines Modells zur Third Generation Surveillance von HIV und STI vorsieht. Diese erweiterte Surveillance verbessert die biologische Überwachung 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» möglich wird.
- Die Arbeit soll *koordiniert* ablaufen: Das NPHS ist eine gemeinsame Strategie von Bund, Kantonen und den (privaten) Akteuren der HIV- und STI-Arbeit. Die Umsetzung der Strategie erfolgt partnerschaftlich. Der Einbezug der STI-Prävention muss auch in den Strukturen nachvollzogen

werden, so weiten beispielsweise die bisherigen VCT-Stellen⁴ und regionalen HIV-Zentren ihr Beratungs- und Testangebot aus. Um eine hohe Qualität der HIV- und STI-Arbeit zu gewährleisten, werden Erfüllung und Zuteilung der Aufgaben sowie die Ressourcenzuteilung regelmässig überwacht und gegebenenfalls dynamisch in Bezug zu folgenden Faktoren angepasst: epidemiologische Entwicklung, Public-Health-Relevanz, Qualität der einzelnen Präventionsmassnahmen, Kosten-Nutzen-Analyse.

- HIV und STI stellen eine *internationale* Herausforderung dar: Die Migrationsbewegungen, aber auch die starke Mobilität durch wirtschaftliche Beziehungen, Tourismus und Sexgewerbe aus Ländern mit zunehmender Prävalenz können einen Einfluss auf die nationale Situation haben. Deshalb muss die HIV- und STI-Arbeit in den internationalen Kontext eingebettet sein. Einerseits orientiert sich die Schweiz an internationalen Empfehlungen, Richtlinien und Qualitätsstandards internationaler Fachorganisationen (z. B. WHO, UNAIDS, ECDC). Andererseits bindet sich die Schweiz in die Verantwortung zur Bekämpfung von HIV/Aids und STI auf globaler Ebene ein und engagiert sich fachlich und finanziell. Die Schweiz nimmt beispielsweise regelmässig an dem durch die Europäische Union ins Leben gerufenen HIV-Think-Tank teil.
- Verschiedene gesetzliche Grundlagen verbieten die Diskriminierung von Menschen beispielsweise aufgrund einer körperlichen Behinderung. Das *Engagement gegen die Diskriminierung HIV- und STI-Betroffener* und der Einsatz gegen Stigmatisierungen rund um HIV und STI bleiben weiterhin als Aufgabe bestehen und stellen eine wichtige Querschnittsaufgabe der vorliegenden Strategie dar. Bemühungen um Prävention, Diagnose und Behandlung von HIV und STI können nicht zum Erfolg führen, wenn

⁴ Voluntary Counselling and Testing, siehe Kapitel 7: Testkonzepte

betroffene Menschen befürchten müssen, von der Gesellschaft ausgeschlossen oder geächtet zu werden, sobald sie als Träger einer solchen Infektion zu erkennen sind. Zu stützen ist in der Schweiz einerseits der gesellschaftliche Konsens, dass Menschen, die mit HIV/Aids oder einer STI leben oder besonders gefährdet sind, dieser Gesellschaft als gleichberechtigte Mitglieder angehören und dass sie auf allen Ebenen dieselben Rechte und Pflichten haben wie nicht direkt betroffene Menschen. Jegliche ungerechtfertigte Diskriminierung gilt es zu vermeiden, sei es in Versicherungs- oder anderen Bereichen.

7 WISSENSWERTES ÜBER HIV

Natürlicher Verlauf von HIV/Aids

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 lässt sich nur bis zu einem gewissen Grad kompensieren. Im Einzelnen werden bei einer unbehandelten HIV-Infektion folgende Phasen unterschieden:

1. *Akute HIV-Infektion (Primoinfektion)*: Mehrere Tage bis wenige Wochen nach der Infektion können vorübergehende Symptome wie Fieber, Lymphknotenschwellungen, Gelenkschmerzen und unspezifischen Beschwerden auftreten. Gut die Hälfte der Infizierten macht eine Primoinfektion durch. In dieser Phase sind die Betroffenen sehr infektiös.
2. *Asymptomatische Phase*: Die zweite Phase dauert im Durchschnitt 8–10 Jahre. In der Regel treten in dieser Zeit keine HIV-bedingten klinischen Beschwerden auf, dennoch findet eine mehr oder weniger starke Virusvermehrung mit gleichzeitiger Zerstörung des Immunsystems statt. Diese Zerstörung der Immunabwehr lässt sich am Abfall der CD4-Zellen messen. Die betroffene Person ist, je nach Viruslast, weiterhin mehr oder weniger infektiös.
3. *Beginnende Immunschwäche*: Mit Aids («Acquired Immune Deficiency Syndrome») wird jenes Stadium bezeichnet, bei dem das Immunsystem stark beeinträchtigt ist und Aids-definierende, lebensbedrohliche Erkrankungen auftreten, so opportunistische Infektionen (z. B. Pneumocystis-Pneumonie, zerebrale Toxoplasmose), Tumor-Erkrankungen (z. B. Kaposi-Sarkom, Non-Hodgkin Lymphome), 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 funktionie-

rendes Gesundheitssystem und antiretrovirale Medikamente in ausreichendem Mass zugänglich sind.

Postexpositions- Prophylaxe

Nach Situationen mit eindeutig hohem Übertragungsrisiko⁵ gibt es die Möglichkeit, spätestens innerhalb von 72 Stunden ein HIV-Behandlungszentrum aufzusuchen. Dort schätzen Fachleute aufgrund der Situationsbeschreibung das Risiko einer Infektion ein und schlagen eventuell eine so genannte HIV-Postexpositions-Prophylaxe vor.

Dies ist eine vorbeugende, mehrwöchige medikamentöse Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten, die das Risiko einer allfälligen Übertragung wahrscheinlich deutlich senken – aber nicht ausschliessen kann. Der Erfolg ist umso grösser, je schneller nach der Risikosituation mit der Behandlung begonnen werden kann.

Statement der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF)

Am 30. Januar 2008 publizierte die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen 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 STI, unter einer antiretroviralen Therapie (ART) mit vollständig supprimierter Virämie ist sexuell nicht infektiös, d. h., sie gibt das HI-Virus über Sexualkontakte nicht weiter, solange folgende Bedingungen erfüllt sind:

- die antiretrovirale Therapie wird durch den HIV-infizierten Menschen eingehalten und durch den behandelnden Arzt kontrolliert
- die Viruslast (VL) liegt seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze
- es bestehen keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern (STI)».

⁵ Darunter versteht man das Ausüben von riskanten Sexualpraktiken mit einem Partner aus einer Bevölkerungsgruppe mit deutlich erhöhter Prävalenz.

HIV-Test Mit einem negativen HIV-Test («Aids-Test») kann erst 3 Monate nach einer Risikosituation eine HIV-Infektion sicher ausgeschlossen werden. So lange kann es dauern, bis der Körper nach einer allfälligen Infektion Antikörper gegen das Virus gebildet hat: Lautet das Resultat «negativ», konnten im Test keine Antikörper nachgewiesen werden. Somit hat keine Infektion stattgefunden. Lautet das Resultat «positiv», konnten Antikörper nachgewiesen werden, folglich hat eine Infektion mit dem HI-Virus stattgefunden. Ein allfällig positives Testresultat wird in jedem Fall mit einem Bestätigungstest an einer neuen Blutprobe überprüft. Der Bestätigungstest beruht auf einer anderen Nachweismethode. Gleichzeitig wird in der Regel noch ein dritter Test zur Bestimmung der Viruslast durchgeführt. Nach einem positiven Bestätigungstest ist also ausgeschlossen, dass das positive Resultat falsch ist. Der standardmässig in der Schweiz verwendete HIV-Test ist ein Kombinationstest, der im Blut Antikörper und/oder Virusbestandteile (p24-Antigen) nachweisen kann. Seit 2010 gibt es diesen Kombitest auch als «Schnelltest» zum Einsatz während der Beratung.

Empfehlungen des BAG zum HIV-Combo-Schnelltest

Die Einführung des Combo-Schnelltests (HIV-Antigen/Antikörper) ist eine weitere Verbesserung bei der HIV-Beratung und Testung. Das BAG empfiehlt deshalb den spezialisierten Arztpraxen, VCT-Stellen, anonymen Teststellen und HIV-Zentren dessen Einsatz. Menschen, die sich vor weniger als 12 Wochen einem HIV-Übertragungsrisiko ausgesetzt haben, können sofort beraten und getestet werden. Dies hat in jedem Fall, v.a. aber bei Angehörigen von Risikogruppen, eine präventive Wirkung auf künftiges Risikoverhalten. Zudem kann bei rasch vorliegendem Hinweis auf eine potenziell vorhandene Infektion und entsprechender Beratung die Weitergabe des Virus eher verhindert werden. Diese Vorteile rechtfertigen den generellen Einsatz des neuen Schnelltests trotz leicht höherem Preis.

Primoinfektion – die Chance, eine frühe Diagnose zu stellen
Mindestens die Hälfte aller frisch mit HIV infizierten Menschen durchlebt in den ersten Wochen nach der Infektion das Krankheitsbild einer Primoinfektion. Die Symptome gleichen jenen anderer viraler Infektionen: Fieber und unspezifische Symptome. Hier ist es wichtig, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte an die Möglichkeit einer HIV-Infektion denken und von sich aus einen HIV-Test anbieten.

Testkonzepte

PICT: Provider induced counselling and testing

Bei Personen mit Fieber und Symptomatik eines viralen Krankheitsbildes ist immer ein HIV-Test angezeigt; der Ausschluss einer HIV-Infektion alleine aufgrund der Risikoanamnese genügt nicht. Es hat sich gezeigt, dass insbesondere bei Heterosexuellen die Primoinfektion wegen fehlender «Verdachtsmomente» übersehen wird. Dies gilt es zu vermeiden.

Zudem sollen auch alle Personen mit Erkrankungen, die gehäuft mit HIV vorkommen, auf HIV getestet werden (z. B.: Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Lymphome). Das Konzept PICT beinhaltet darüber hinaus, dass Ärztinnen und Ärzte und andere Leistungserbringer auch bei Patientinnen und Patienten 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 erhalten. In diesen Fällen drängt sich eine Beratung auch dann auf, wenn die Diagnose negativ ist. Ein Test darf aber in der Regel nur mit dem informierten Einverständnis der betroffenen Person durchgeführt werden. Nur in eng definierten Ausnahmesituationen (z. B. intubierter Patient) darf ein Test ohne Einwilligung erfolgen. Dieser muss aber schriftlich dokumentiert werden.

VCT: Voluntary counselling and testing

Die VCT-Situation ist eine andere als bei PICT: Die Initiative für den Test geht von den Betroffenen aus, das Konzept basiert auf Freiwilligkeit und Eigenverantwortung. Die meisten Tests werden hier aufgrund einer eingegangenen Risikosituation

oder einer neuen Beziehung durchgeführt. Unter diesen Umständen wäre ein HIV-Test ohne Beratung eine verpasste Gelegenheit zur Prävention. Deshalb werden hier standardmässig eine Risikoanamnese und eine Beratung über Strategien der Risikoreduktion (Safer Sex) durchgeführt.

Antiretrovirale Therapie

Seit 1996 gibt es so genannte Kombinationstherapien (antiretrovirale Therapie = ART) gegen HIV, dabei werden mehrere Wirkstoffklassen gleichzeitig eingesetzt. Die virushemmenden Medikamente unterdrücken die Virusreplikation in den befallenen Zellen so, dass die Zahl der freien Viren im Blut (Viruslast) ab- und die der Helferzellen zunimmt. Mit diesen Therapien gelingt es oft, das Fortschreiten einer HIV-Infektion wesentlich zu bremsen. Dadurch lässt sich auch der Ausbruch schwerer Krankheiten, die Folge der HIV-Infektion sind, hinauszögern. Diese sogenannten aidsdefinierenden Krankheiten werden seltener, und weniger Menschen sterben an Aids. Die Medikamente können aber auch unerwünschte Nebenwirkungen haben.

Ziel einer optimalen Therapie ist es, die Virusreplikation möglichst vollständig zu unterdrücken und damit den Zustand des Immunsystems zu verbessern und langfristig zu stabilisieren. Zentral ist dabei ein gutes Arzt-Patient-Verhältnis, die Bereitschaft der Patienten und Patientinnen, sich zu informieren und an der Behandlung mitzuwirken, sowie die Unterstützung durch das soziale Umfeld, weil die Kombinationstherapie eine lebenslange hohe Einnahmedisziplin erfordert, um wirksam zu sein.

Eine Kombinationstherapie gegen HIV – zum richtigen Zeitpunkt begonnen, individuell zugeschnitten und richtig durchgeführt – kann die Lebenserwartung deutlich erhöhen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist eine gute ärztliche Betreuung. Nur Spezialistinnen und Spezialisten können z. B. den optimalen Zeitpunkt für den Beginn der Therapie oder die geeignete Medikamentenkombination bestimmen.

Nebenwirkungen und Wechselwirkungen

Bei allen bisher bekannten Medikamenten gegen HIV können Nebenwirkungen auftreten. Diese sind meistens mild. In wenigen Fällen aber muss das Medikament wegen schwerer Nebenwirkungen abgesetzt werden. Fast immer findet sich ein Alternativmedikament für eine verträgliche Kombination. Die Langzeitfolgen einer antiretroviralen Therapie sind Gegenstand der Forschung. Doch noch lässt sich nichts aussagen über die Verträglichkeit der ART über zwanzig, dreissig oder gar vierzig Jahre täglicher Medikamenteneinnahme.

Adhärenz (Medikamenteneinnahmetreue)

Der wichtigste Faktor für eine erfolgreiche Therapie ist die Adhärenz. Ist diese nicht gegeben, so hat es auch bei einer klaren Therapieindikation keinen Sinn, eine Therapie einzuleiten. Bei unregelmässiger Medikamenteneinnahme kommt es relativ rasch zu einem Therapieversagen infolge Resistenzbildung des HI-Virus. In einem solchen Fall können die Medikamente, gegen welche das Virus resistent geworden ist, nicht mehr eingesetzt werden, weil sie ihre Wirksamkeit für immer verloren haben. Wenn sich in Zukunft resistente Viren verbreiten, stellt dies ein Problem für die öffentliche Gesundheit dar. Auch aus diesem Grund besteht ein öffentliches Interesse an erfolgreichen Therapien.

Keine HIV-Impfung in Sicht

Trotz regelmässig auftauchender Sensationsmeldungen in den Medien ist bei der Suche nach einem Impfstoff gegen das HI-Virus kein Durchbruch in Sicht. Natürlich wurden und werden immer wieder Impfstoffe erforscht. Aber erstens befinden sich diese Studien in frühen Phasen und zweitens wird heute davon ausgegangen, dass von den heute erprobten Wirkstoffen im besten Fall eine teilweise Schutzwirkung gegen die HIV-Infektion zu erwarten ist (das Erreichen einer Schutzwirkung zwischen 40 und 60 % wäre bereits ein bedeutender Erfolg). Würde in der Erprobung dieser Impfstoffe ein Durchbruch gelingen, würde es dennoch mindes-

tens ein Jahrzehnt dauern, bis ein wirksamer Impfstoff im Ausland und in der Schweiz zugelassen würde und erhältlich wäre. Dies vor allem deshalb, weil jedes neue Medikament nebst der Entwicklungs- und Erprobungsphase noch umfangreiche Tests bestehen muss, damit die Verträglichkeit, die Anwendungssicherheit und die Wirksamkeit gewährleistet sind. Zum jetzigen Zeitpunkt ist deshalb nach wie vor vollkommen ungewiss, wann mit einer zumindest teilweise wirksamen Impfung gerechnet werden kann.

8 WISSENSWERTES ÜBER SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFESTIONEN

Die Anzahl der Neuerkrankungen von STI hat sich in den letzten Jahren erhöht: Die Fälle von Chlamydieninfektionen hat sich seit 2000 verdreifacht, die Anzahl der Syphilisdiagnosen ist ebenfalls angestiegen, Gonorrhoe ist auf hohem Niveau stabil.

Chlamydien

Laut Schätzungen sind zwischen 3–10 % der sexuell aktiven Bevölkerung von Chlamydien betroffen, davon sind 73 % Frauen. 87 % der Fälle treten in der Altersgruppe der 15–34-Jährigen auf. Chlamydien werden durch oralen, vaginalen oder analen Geschlechtsverkehr wie auch während der Geburt von der Mutter auf das Kind übertragen; Neugeborene erkranken infolgedessen an einer Bindehaut- oder an einer Lungenentzündung. Eine Chlamydieninfektion verläuft oft asymptomatisch und kann mit Antibiotika geheilt werden oder auch spontan abheilen. Wird eine Infektion aber nicht erkannt, kann sie zur Verklebung der Eileiter führen, was Unfruchtbarkeit oder Bauchhöhlenschwangerschaften zur Folge hat.

Gonorrhoe

Der Anteil der Männer ist bei Gonorrhoe mit 80 % sehr hoch, die Altersgruppe der 20–24-jährigen ist am stärksten betroffen. Die Infektion kann durch oralen, vaginalen und analen Geschlechtsverkehr sowie bei der Geburt von der Mutter auf das Neugeborene übertragen werden; dies führt zu einer eitrigen Bindehautentzündung. Bei Erwachsenen treten am Ort der Infektionen Entzündungen der Schleimhäute auf, je nach Sexualpraktiken können sich auch Infektionen im Mund- oder Rachenraum sowie im Analbereich manifestieren. Gonorrhoe kann mit Antibiotika geheilt werden. Allerdings beunruhigen Meldungen über Stämme mit Resistenzen gegen Antibiotika, gegen welche das Bakterium bis vor wenigen Jahren praktisch immer empfindlich war. Unbehandelt führt

die Gonorrhoe zu Infektionen der Prostata, der Nebenhoden und bei beiden Geschlechtern zu Unfruchtbarkeit.

Syphilis Über 80 % der mit Syphilis Infizierten sind Männer. Syphilis wird durch den Kontakt mit kleinsten Haut- und Schleimhautverletzungen übertragen; diese treten hauptsächlich im genitoanalen Bereich, aber auch in der Mundhöhle auf. Während der Schwangerschaft und bei der Geburt kann die Infektion von der Mutter auf das Kind übertragen werden. Dies kann zu angeborenen Missbildungen, Blindheit und anderen schweren Erkrankungen führen. Deshalb empfiehlt die WHO ein Syphilis-Screening bei Schwangeren. Syphilis kann auch via Bluttransfusion übertragen werden. Der Krankheitsverlauf unterteilt sich in unterschiedliche Stadien, erste Anzeichen wie Flecken oder Geschwüre können unentdeckt bleiben und wieder verschwinden, es kann zu Hautausschlag kommen, aber es gibt auch längere Phasen ohne Symptome, in der die Krankheit aber weiter fortschreitet. Syphilis kann mit Antibiotika geheilt werden, kann aber unbehandelt schwerwiegende Folgen haben, z. B. Schädigungen von Herz, Gehirn, Knochen, Haut und anderen Organen. Mögliche Folgen sind auch Wesensveränderungen bis hin zur Demenz.

Hepatitis B Frauen sind mit 71 % stärker von Hepatitis B betroffen als Männer, gesamthaft gesehen sind die Fälle aber auf tiefem Niveau stabil. Das Virus wird durch Kontakt mit Körperflüssigkeiten (insbesondere Blut und Genitalsekreten) übertragen; beim Geschlechtsverkehr, beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzen und auch bei Verletzungen der Haut oder über die Schleimhaut. Infizierte Frauen können während der Geburt ihre Kinder infizieren. 90 % der infizierten Neugeborenen und 5–10 % der Erwachsenen entwickeln eine chronische Hepatitis B, dies kann zu Leberzirrhose oder zu Leberkrebs führen. Eine chronische Infektion kann mit antiretroviralen Medikamenten therapiert werden. Die Impfung ist allen Jugendlichen und bestimmten Risikogruppen empfohlen.

Hepatitis C

Der Frauenanteil der mit Hepatitis C Infizierten ist mit 64 % erhöht. Insgesamt sind 60–80 % der gesamten Infektionen auf intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen. Der Erreger wird in erster Linie durch Blut übertragen, sei dies durch den gemeinsamen Gebrauch von Spritzen, bei medizinischen oder kosmetischen Eingriffen (Tätowierungen, Piercings) mit ungenügend sterilisierten Instrumenten oder durch Blutkonserven in Ländern, in welchen das Spenderblut nicht auf Antikörper getestet wird. Auch eine sexuelle Übertragung ist möglich. Bei manchen Betroffenen verläuft die Infektion ohne Symptome, andere haben Fieber, leiden unter Appetitlosigkeit oder haben andere Symptome. Wenige entwickeln eine Gelbsucht. Bei 20–30 % heilt eine akute Hepatitis C vollständig aus, bei 70–80 % entwickelt sich eine chronische Erkrankung mit der Gefahr, eine Leberzirrhose oder einen Leberkrebs zu entwickeln. Hepatitis C kann nur schlecht behandelt werden. Eine Impfung gegen Hepatitis C gibt es nicht.

Herpes (HSV-1 und HSV-2)

Rund 20 % der Bevölkerung leidet an Herpes. Die Virusinfektion 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. Infiziert sich eine Frau während der ersten 12 Schwangerschaftswochen, kann dies zu einem Abort führen. Zudem ist eine Übertragung des Virus bei der Geburt auf das Neugeborene möglich. Geschieht dies, kann es beim Kind zu einer schweren, teilweise lebensbedrohlichen Erkrankung kommen. Herpes ist nicht heilbar, aber die Symptome lassen sich lindern, und der Schweregrad und die Dauer der akuten Phasen lassen sich vermindern.

**Humanes Papilloma-
virus (HPV, Warzen)**

Rund 15 % der Bevölkerung ist von HPV betroffen, nach Schätzungen infizieren sich 70–80 % der sexuell aktiven Frauen und Männer im Laufe ihres Lebens mit HPV. Besonders betroffen sind die 16–25-Jährigen. Zwei Drittel der Infektionen verlaufen asymptomatisch. Wenn Symptome auftreten, zeigen sich diese als Hautveränderungen (Warzen). Diese treten im Innern der Vagina oder im After auf und sind zuweilen nur bei einer gezielten ärztlichen Untersuchung zu erkennen. In 70 % der Fälle verschwindet das Virus innerhalb eines Jahres nach der Infektion und in 90 % der Fälle innerhalb von 2 Jahren. Schlimmste mögliche Folgen sind Gebärmutterhalskrebs (Frauen) oder Enddarm- bzw. Analkrebs (Frauen und Männer). Ein Impfstoff gegen einige HP-Viren-Stämme, die Gebärmutterhalskrebs auslösen können, ist vorhanden, die Erkrankung ist auch behandelbar.

Trichomoniasis

Trichomoniasis ist weltweit die häufigste STI. Besonders betroffen sind junge Menschen, Männer wie Frauen. Eine Infektion äussert sich mit Juckreiz, Brennen beim Wasserlösen und süsslich übel riechendem Ausfluss. Aber bei der Hälfte der Frauen treten keine Symptome auf, bei Männern ist der asymptomatische Verlauf die Regel.

**Lymphogranuloma
venereum (LGV)**

LGV kommt sehr selten in der Allgemeinbevölkerung vor, wird aber bei MSM und HIV-positiven MSM vermehrt diagnostiziert. Die Infektion verläuft häufig asymptomatisch. Treten Symptome auf, handelt es sich meist um unspezifische Beschwerden im Bereich Anus/Enddarm, allenfalls um Schleim oder Blutabgang. Ohne rechtzeitige Behandlung kann die Infektion schwere Läsionen im Anus verursachen (Narben und Krämpfe), die einen chirurgischen Eingriff erfordern. Ausserdem schwellen die Eichel und der Hoden markant an. Die Infektion ist mit Antibiotika behandelbar.

Pilzkrankungen

Pilzkrankungen äussern sich oft durch Juckreiz, Schmerzen und Ausfluss, sind aber gut heilbar.

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.

