



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG)

Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS)

Commissione federale per la salute sessuale (CFSS)

Cumissiuin federala per la sanadad sexuala (CFSS)

Roadmap zur Elimination von HIV/Aids in der Schweiz

Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG)

EKSG/ENS

Endfassung März 2019



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Einleitung.....	7
1. Arbeitsdefinition von «Elimination von HIV/Aids in der Schweiz»	8
2. Epidemiologische Entwicklung.....	9
2.1 HIV/Aids-Epidemie in der Schweiz	9
2.2 Die HIV-«Cascade of Care (CoC) ».....	14
2.3 Verhaltenssurveillance.....	14
3. Verfügbare Gesundheitsdienstleistungen für die Elimination	17
4. Narrativ und Visualisierung von «Elimination»	19
5. Günstige Bedingungen für eine Eliminationsstrategie	23
5.1 Internationale Richtlinien	23
5.2 Recht auf Gesundheit.....	23
5.3 Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit.....	24
5.4 Epidemiengesetz.....	24
5.5 Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–17/21	25
6. Entwurf einer Strategie für die HIV/Aids-Elimination in der Schweiz bis 2030	26
6.1 Technischen Strategie für die HIV/AIDS-Elimination in der Schweiz bis 2030	26
6.1.1 Vision und Ziele.....	28
6.1.2 Ziele und Meilensteine.....	30
6.1.3 Wesentliche Herausforderungen bei der Erreichung der Hauptziele	31
6.1.4 Zentrale Herausforderungen	34
6.1.5 Andere STI	44
7. Fazit.....	45

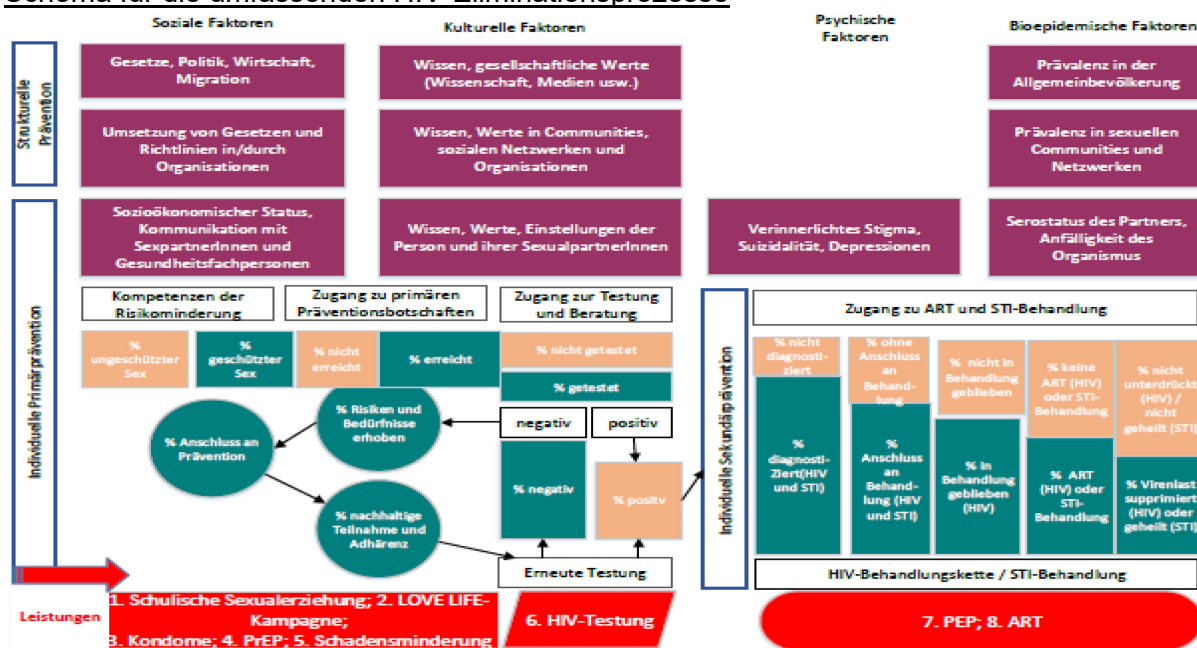


Zusammenfassung

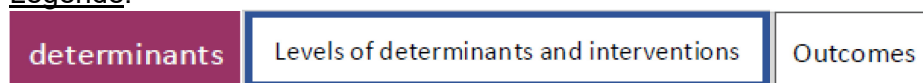
Das *Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017/21 (NPHS)* läuft Ende 2021 aus. 2021 entscheidet der Bundesrat über ein neues Programm. Gestützt auf ihren Auftrag empfiehlt die Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) dem Bundesrat, den Schwerpunkt des nächsten Nationalen Programms zu HIV und sexuell übertragbaren Infektionen (STI) auf die **Elimination von HIV/Aids in der Schweiz** zu legen. Die Elimination dieser Epidemie würde nicht nur Tausenden von Einzelpersonen zugutekommen, sondern der gesamten Gesellschaft. Durch die Elimination von HIV/Aids könnten bei den direkten Therapie- und Behandlungskosten rund 8 Millionen Franken pro Jahr und somit in den nächsten 50 Jahren insgesamt 400 Millionen Franken eingespart werden. Um die Elimination zu realisieren, hält die Kommission eine jährliche Verringerung der Zahl der neuen Fälle um 30% für notwendig und unter den derzeitigen und voraussichtlichen Umständen machbar.

Die EKSG definiert den Begriff «Elimination von HIV/Aids in der Schweiz» wie folgt: **HIV-Übertragungen und Aids-Fälle in der Schweizer Bevölkerung mithilfe von bewussten und laufenden Bemühungen und Massnahmen und einer wirksamen Surveillance stoppen, um ein Wiederauftreten zu verhindern.** Für die Darstellung und das Narrativ der «Elimination von HIV/Aids» empfiehlt die EKSG folgendes Schema:

Schema für die umfassenden HIV-Eliminationsprozesse



Legende:



V.l.n.r. Einflussfaktoren; Ebenen der Einflussfaktoren und Massnahmen; Ergebnisse;



V.l.n.r. Ergebnismessung: Präventionserfolg; Ergebnismessung: Präventionsversagen.



Narrativ der HIV/Aids-Elimination

Alle neuen HIV-Infektionen und HIV-bedingten Todesfälle sind vermeidbar. Verpasste HIV-Präventionsmassnahmen und Behandlungsmöglichkeiten sind als Public-Health-Notfälle zu betrachten; den Bemühungen zur raschen Schliessung der Lücken in der Leistungserbringung für alle HIV-betroffenen und -gefährdeten Menschen muss absolute Priorität zukommen. Programme zur Elimination von HIV und anderen STI sollen in einen breiteren Kontext der sexuellen Gesundheit eingebettet werden. Damit wird die Integration von Dienstleistungen zur Krankheitsbekämpfung in die Gesundheitsförderung und deren Akzeptanz und Zugänglichkeit verbessert. Ausserdem werden die Rechte des Menschen und die Befähigung, Gesundheitsentscheidungen zu treffen, gestärkt, und die Stigmatisierung von Zielgruppen verhindert.

Die Schweiz hat eine **konzentrierte HIV/Aids-Epidemie**. Sie betrifft insbesondere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sowie heterosexuelle Frauen aus dem Ausland.

2017 gab es 445 **neue HIV-Diagnosen**. Das entspricht einem historischen Tief und einem Rückgang um 16 % gegenüber dem Vorjahr. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) schätzt, dass in der Schweiz Ende 2017 rund 16 600 mit HIV infizierte Menschen lebten. Bei schätzungsweise 15 000 handelte es sich um diagnostizierte Fälle (90 %), 14 400 erhielten eine HIV-Therapie (96 %), und bei 13 800 war die Virusvermehrung erfolgreich unterdrückt (96 %). Mit andern Worten hat die Schweiz die drei 90-90-90-Ziele der HIV-«Cascade of Care» der WHO gemäss den Schätzungen des BAG bereits erreicht. Dies weist auf die insgesamt sehr gute Qualität des Gesundheitssystems in Bezug auf die Diagnose, die Behandlung und die Behandlungsergebnisse von HIV-infizierten Personen hin.

Der markante Rückgang der Neuinfektionen im Jahr 2017 wird vom BAG im Wesentlichen als positive Auswirkung einer **Test-and-Treat-Strategie** interpretiert. ***Die EKSG hält dafür, dass die chemische Infektionsprophylaxe PrEP eine herausragende Bedeutung für die Verhinderung von Neuinfektionen hat und in zunehmendem Mass haben wird. Sie erwartet, dass der medizinisch kontrollierte Einsatz und die epidemiologische Überwachung des Einflusses der PrEP auf die Fallzahlen künftig systematisiert werden.***

Die EKSG ist überzeugt, dass nun die **Voraussetzungen für eine Strategie zur Elimination von HIV/Aids gegeben** sind. Alle dafür notwendigen Gesundheitsdienstleistungen (core services and tools) sind vorhanden: schulische Sexualaufklärung; «LOVE LIFE»-Kampagne; die Präventionsmittel Kondome und PrEP; Schadensminderung für PWID; breite Testangebote; Medikamente zur Notfallprophylaxe; antiretrovirale Therapie und medizinische Betreuung von Menschen mit HIV. Die EKSG ist überzeugt, dass diese Dienstleistungen und Instrumente in der Schweiz diskriminierungsfrei zugänglich gemacht werden können und dass die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen dafür vorliegen. Internationale Leitdokumente wie das *Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit* oder die *politische Deklaration zu HIV/AIDS (2016)*, aber auch nationale Grundlagen wie das *Epidemiengesetz* oder das *Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten (NPHS) 2011–2017/21* zielen auf eine rigorose Bekämpfung von HIV/Aids über die nächsten Jahre und letztlich auf ein Ende der HIV/AIDS-Epidemie ab.

In der vorliegenden Roadmap schlägt die EKSG folgende **Vision** für ein neues HIV/Aids-Programm vor: «HIV-Übertragungen und Aids in der Schweizer Bevölkerung stoppen». Weiter schlägt die EKSG **vier operationelle Oberziele** vor:



1. Zuständigkeit: Alle Stakeholder – staatliche Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene, Nichtregierungsorganisationen, gewinnorientierte Organisationen – erfüllen ihre gesetzliche Pflicht, alle Gesundheitsdienstleistungen rund um die umfassenden HIV-Eliminationsprozesse der gesamten Schweizer Bevölkerung diskriminierungsfrei zur Verfügung zu stellen. Bei der Dienstleistungserbringung werden die Menschenrechte und die medizinische Ethik respektiert. HIV-betroffene oder -gefährdete Menschen werden nicht stigmatisiert.
2. Zugang
 - 2.1. Prioritärer Zugang: Zielgruppen mit einem erhöhten Expositions- und Übertragungsrisiko für HIV und einer erhöhten Vulnerabilität, wie Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Anwenderinnen und Anwender oraler Chemoprophylaxe (PrEP), Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern, injizierende Drogenkonsumierende (PWID), Sexarbeitende, Transgender, Flüchtlinge und Gefängnisinsassen, werden prioritär behandelt. Die Gesundheitsdienstleistungen sind auf besondere Risiken, Vulnerabilität und Bedürfnisse ausgerichtet.
 - 2.2. Integrierter Zugang: Die Zielgruppen werden durch Sexuelle Gesundheit Schweiz und andere Gesundheitsdienste sowie durch Communityarbeit und aufsuchende Sozialarbeit identifiziert und erhalten Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen.
 - 2.3. Allgemeiner Zugang: Alle in der Schweiz lebenden Personen haben ohne finanzielle Risiken uneingeschränkten Zugang zu allen Gesundheitsdienstleistungen.
3. Nachhaltigkeit: Die Eliminationsprozesse sind nachhaltig, weil sie auf der Beteiligung der Zielgruppen, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, Innovationen und breiter politischer Unterstützung aufbauen.
4. Surveillance-Response: Basierend auf einem «Reverse-Engineering»-Ansatz überwacht ein Surveillance-System Erfolge oder Misserfolge in der gesamten Präventions- und Behandlungskette und informiert alle Beteiligten über den Fortschritt der Elimination und die Wirkung der Massnahmen mit Schwerpunkt auf Nachvollziehbarkeit, Zugang und Akzeptanz. Bei der Analyse und Interpretation der Daten werden sowohl die gesellschaftlichen Kontexte und Konstrukte als auch Erfolge und Misserfolge der Präventionsbemühungen berücksichtigt. Der Surveillance-Response-Ansatz ermöglicht eine rechtzeitige Umsetzung von Massnahmen zur Verhinderung von Übertragungen.

Die EKSG schlägt auf der Grundlage epidemiologischer Daten und neuester Modellierungen der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHCS) ein neues Programm vor, das auf eine jährliche Reduktion der neuen HIV- und Aids-Fälle um 30 % abzielt. Dies würde eine Elimination bis 2030 ermöglichen.

Die EKSG sieht in diesem Zusammenhang unter anderem folgende **zentrale Herausforderungen**:

- Raschere administrative Prozesse bei der Bekämpfung von HIV/Aids: «Elimination» erfordert eine Beschleunigung der gesamten Eliminationsprozesse (vgl. Abbildung 2). Entscheidend ist, dass auch die administrativen Prozesse zur Bereitstellung von Innovationen wie PrEP beschleunigt werden. Die verantwortlichen Stellen wie Swissmedic müssen eng und transparent mit dem BAG zusammenarbeiten und rechtzeitig und erfolgreich kommunizieren, um bessere Public-Health-Ergebnisse zu



erzielen. Kompetenzen und Prozesse sollen so ausgerichtet sein, dass Innovationen effizient und rasch auf ihre Kosteneffizienz hin bewertet und zur rechtmässigen Anwendung freigegeben werden können. Dies ist ein wesentlicher Bestandteil der Verantwortung eines Staates, um seine Bürgerinnen und Bürger vor potenziell tödlichen Krankheiten zu schützen. Eine solche Reform ist nicht nur für die Bekämpfung von HIV/Aids und STI von Vorteil, sondern für alle Public-Health-Programme mit dem Ziel einer raschen Reaktion.

- Stärkung und bessere Koordination der HIV-Test-Strategie - In der Schweiz besteht keine umfassende und koordinierte Strategie oder ein Netzwerk für HIV-Tests. Das Erreichen der HIV-Elimination erfordert umfangreiche Bemühungen, um die Lücken in der HIV-Test-Strategie zu schliessen. Klare und einfache Leitlinien wie eine Empfehlung für alle Bürgerinnen und Bürger, sich mindestens einmal im Leben auf HIV testen zu lassen, sind notwendig, damit die Allgemeinbevölkerung, Zielgruppen, Gesundheitsfachpersonen und Stakeholder der Communities wissen, wer sich wann und wo auf HIV testen soll. Alle bekannten Hindernisse, die sich beim Testen von HIV stellen, müssen in den Ziel- und Subgruppen systematisch angegangen werden. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit mit diesen Gruppen. Das Potenzial von Schnelltests und Selbsttests («Heimtests») muss voll ausgeschöpft werden, um unterversorgte und benachteiligte Menschen/Populationen besser zu erreichen. Die Bemühungen um eine Elimination werden auf einer umfassenden Analyse der derzeitigen HIV-Teststrategie und unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Arbeitsgruppe Testing der EKSG aufbauen.
- Bevölkerungsdynamik als Herausforderung in allen Populationen - Eine der grössten Herausforderungen für jedes Public-Health-Programm in Zeiten globaler Mobilität ist die Bevölkerungsdynamik. Ob Angehörige eines bestimmten Staates oder Ausländerinnen und Ausländer – alle Populationen weisen eine zunehmende Migrationsdynamik auf, die auf wirtschaftliche (z. B. Mobilität der Arbeitskräfte; Migration aufgrund wirtschaftlicher Anreize), politische (z. B. Flüchtlinge) oder sozioökonomische und kulturelle (z. B. Touristen) Anreize zurückzuführen ist. Für jedes Programm zur Krankheitsbekämpfung muss daher entschieden nach Wegen gesucht werden, diese Dynamik stets im Blick zu behalten und sich ihr anzupassen. Ein wirksames Surveillance-System muss in der Lage sein, die Bevölkerungsdynamik in allen Populationen abzubilden und zu interpretieren und daraus Empfehlungen zur Krankheitsprävention und -bekämpfung abzuleiten.

Darüber hinaus hat die EKSG **besondere Herausforderungen in Bezug auf Zielgruppen** mit erhöhtem Expositions- und Übertragungsrisiko für HIV identifiziert. Die Herausforderungen betreffen im Wesentlichen den Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen im Eliminationsprozess.

Was schliesslich die Bekämpfung von anderen STIs als HIV betrifft, so stellt die EKSG fest, dass der derzeit beispiellose Rückgang der Neuinfektionen mit HIV in der Schweiz mit einem Anstieg aller anderen STIs einhergeht, welcher weitgehend auf vermehrte Tests bei den gleichen Zielgruppen wie bei HIV zurückzuführen ist. Folglich werden alle konzentrierten Anstrengungen zur Eliminierung von HIV/Aids, wie in dieser Roadmap vorgeschlagen, auch einen wesentlichen und dynamisierenden Spin-off-Effekt auf die erfolgreiche Kontrolle und mögliche Eliminierung anderer STIs in der Schweiz haben.



Einleitung

Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017/21 (NPHS) läuft Ende 2021 aus. 2021 entscheidet der Bundesrat über ein neues Programm.

In der 2016 veröffentlichten *Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast Track to Accelerating the Fight against HIV and to Ending the AIDS Epidemic by 2030*¹ verkündeten die Vereinten Nationen das Ende der Aids-Epidemie bis 2030. Die Schweiz bekennt sich zu diesem Ziel², das in den Sustainable Development Goals (SDG)³ festgelegt wurde. In der UNAIDS-Strategie 2016–2021⁴ und der WHO-Strategie zu HIV 2016–2021⁵ wurde zudem die Vision formuliert, HIV-Übertragungen bis 2030 zu stoppen. Die WHO hat in ihrer STI-Strategie 2016-2021 die Vision einer STI-Elimination bis 2030 festgehalten.⁶

Vor diesem Hintergrund hat die Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) diese «Roadmap zur Elimination von HIV/Aids in der Schweiz» erarbeitet. In diesem Dokument wird der Begriff «Elimination von HIV/Aids» nach folgender Definition verwendet (Arbeitsdefinition):

«HIV-Übertragungen und Aids-Fälle in der Schweizer Bevölkerung mithilfe von bewussten und laufenden Bemühungen und Massnahmen und einer wirksamen Surveillance stoppen, um ein Wiederauftreten zu verhindern.»

Es gibt starke Argumente, die für konkrete Schritte in Richtung einer Beendigung der HIV/Aids-Epidemie sprechen. Die verfügbaren Dienstleistungen und Instrumente gegen HIV und Aids sind heute so zahlreich und differenziert wie noch nie. Wären diese uneingeschränkt zugänglich und würden sie voll ausgeschöpft, könnte die Epidemie gestoppt werden. Dies hätte nicht nur für Tausende von Einzelpersonen einen Nutzen, sondern für die ganze Gesellschaft. Jedes Jahr werden in der Schweiz rund 400 Personen positiv auf HIV getestet. Sie sind für den Rest ihres Lebens auf eine Therapie mit schädlichen Nebenwirkungen angewiesen. Die Kosten für die lebenslange Behandlung belaufen sich auf eine Million Franken pro Person, basierend auf Therapiekosten (ART) von 20 000 Franken pro Jahr und mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 50 Jahren zum Zeitpunkt der Diagnose. Mit der Elimination von HIV/Aids könnten bei den direkten Therapie- und Behandlungskosten mindestens 8 Millionen Franken pro Jahr und in den nächsten 50 Jahren somit insgesamt 400 Millionen Franken eingespart werden.⁷

¹ Generalversammlung der Vereinten Nationen New York, 8. Juni 2016. *Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast Track to Accelerating the Fight against HIV and to Ending the AIDS Epidemic by 2030*. A/RES/70/266 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/266).

² Vgl. Medienmitteilung des Bundesrates vom 8. Juni 2016: *Internationale Gemeinschaft will AIDS bis 2030 aus der Welt schaffen* (<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-62087.html>).

³ Vgl. Vereinte Nationen. *Sustainable Development Goals. Ziel 3: Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern. Ein Punkt des Ziels 3 besagt: «Bis 2030 die Aids-, Tuberkulose- und Malariaepidemien und die vernachlässigten Tropenkrankheiten beseitigen und Hepatitis, durch Wasser übertragene Krankheiten und andere übertragbare Krankheiten bekämpfen»* (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/health> (Englisch) <http://www.un.org/Depts/german/gv-70/band1/ar70001.pdf> (Deutsch)).

⁴ UNAIDS (2016). *UNAIDS | 2016–2021 Strategy. On the Fast-Track to end AIDS* (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf).

⁵ WHO (2016). *Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021. Towards ending AIDS* (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246178/1/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf>).

⁶ WHO (2016). *Draft global health sector strategies. Sexually transmitted infections, 2016-2021*. A69/33 16 May 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_33-en.pdf?ua=1).

⁷ Grobe Schätzung basierend auf folgender Studie bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 50 Jahren von Personen mit HIV: Leon-Reyes, S. et al. (2018). *Cost estimates for human immunodeficiency virus (HIV) care and patient characteristics for health resource use from linkage of claims data with the Swiss HIV cohort study*. In: *Clinical Infectious Diseases*, ciy564



Die EKSG empfiehlt dem Bundesrat aufgrund ihres Auftrags, den Schwerpunkt des nächsten Nationalen Programms zu HIV und STI auf die «Elimination von HIV/Aids in der Schweiz» zu legen.

1. Arbeitsdefinition von «Elimination von HIV/Aids in der Schweiz»

Die WHO nannte 1998 im Dokument *The principles of disease elimination and eradication*⁸ verschiedene Konzepte zur Krankheitsbekämpfung:

- **Kontrolle:** Reduktion der Inzidenz, Prävalenz, Morbidität oder Mortalität einer Krankheit auf ein lokal akzeptables Niveau als Ergebnis von bewussten Bemühungen; für eine kontinuierliche Reduktion sind laufende Interventionsmassnahmen erforderlich. Beispiel: Durchfallerkrankungen.
- **Elimination von Erkrankungen:** Inzidenz einer bestimmten Krankheit in einem bestimmten geografischen Gebiet mittels bewusster Bemühungen auf null reduzieren; Interventionsmassnahmen erforderlich. Beispiel: Tetanus.
- **Elimination von Infektionen:** Inzidenz von Infektionen, die durch einen bestimmten Erreger in einem bestimmten geografischen Gebiet verursacht werden, mittels bewusster Bemühungen auf null reduzieren; weitere Massnahmen zur Verhinderung erneuter Übertragungen erforderlich. Beispiel: Masern, Poliomyelitis.
- **Eradikation:** Inzidenz von Infektionen, die durch einen bestimmten Erreger in einem bestimmten geografischen Gebiet verursacht werden, mittels bewusster Bemühungen auf null reduzieren; keine Interventionsmassnahmen mehr erforderlich. Beispiel: Pocken.
- **Ausrottung:** Der spezifische Krankheitserreger existiert nicht mehr in Natur und Labor. Beispiel: keines.»

Basierend auf diesen Konzepten, wird der Begriff «Elimination von HIV/Aids in der Schweiz» im vorliegenden Dokument gemäss der folgenden Definition verwendet (Arbeitsdefinition):

«HIV-Übertragungen und Aids-Fälle in der Schweizer Bevölkerung mithilfe von bewussten und laufenden Bemühungen und Massnahmen und einer wirksamen Surveillance stoppen, um ein Wiederauftreten zu verhindern.»

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die HIV/Aids-Epidemie in der Schweiz überproportional auf Ausländerinnen und Ausländer konzentriert, ermöglicht diese Definition eine Früherkennung und eine rasche Behandlung von neu in die Schweiz eingewanderten Menschen. So könnte das Risiko einer weiteren Übertragung in und von diesen Populationen nach ihrer Einwanderung in die Schweiz getilgt werden, unabhängig von ihrem Rechtsstatus.

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciy564/5055332>). Zudem wurde zur Schätzung der Behandlungskosten folgende Medienmitteilung der EKSG berücksichtigt: Universitätsspital Zürich (25. Mai 2018). Medienmitteilung. *Schweizer HIV-Präventionspolitik bei intravenös drogenkonsumierenden Menschen ist ein Erfolgsmodell* (<http://www.usz.ch/news/medienmitteilungen/Seiten/180524-hiv-praeventionspolitik.aspx>).

⁸ Dowdle, W.R. (1998). *The principles of disease elimination and eradication*. In: Bulletin of the World Health Organization, 1998, 76 (Suppl 2) 22-25 (<https://pdfs.semanticscholar.org/385b/d784ede9ce4b77e6df0acd301fc52c88dd4b.pdf>). Hervorhebungen bei «Elimination von Erkrankungen» und «Elimination von Infektionen» durch den Autor; sie sind nicht Bestandteil des zitierten Texts.



2. Epidemiologische Entwicklung

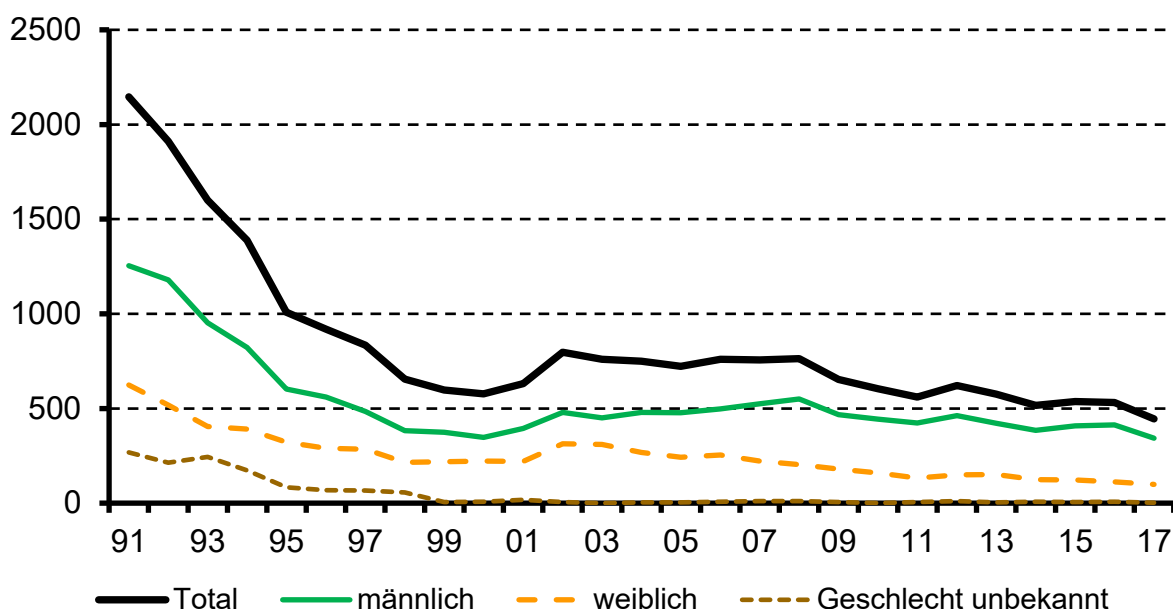
2.1 HIV/Aids-Epidemie in der Schweiz⁹

Die Schweiz ist ein Land mit konzentrierter Epidemie. Sie betrifft insbesondere Männer, die Sex mit Männern haben, sowie vorwiegend heterosexuelle Frauen aus dem Ausland.

Zum Verständnis der folgenden Übersicht ist anzumerken, dass bei den vom BAG publizierten epidemiologischen Auswertungen alle Personen mit fremdländischer (d. h. nicht schweizerischer) Nationalität als «Migrantinnen und Migranten» bzw. als «Ausländerinnen und Ausländer» gelten.

In der Schweiz gab es 2017 insgesamt 445 neue HIV-Diagnosen. Das entspricht einem historischen Tief und einem Rückgang um 16 % gegenüber dem Vorjahr. Der seit 2008 zu beobachtende abnehmende Trend hat sich stärker fortgesetzt.

HIV-Labormeldungen in der Schweiz nach Geschlecht und Testjahr, 1991–2017



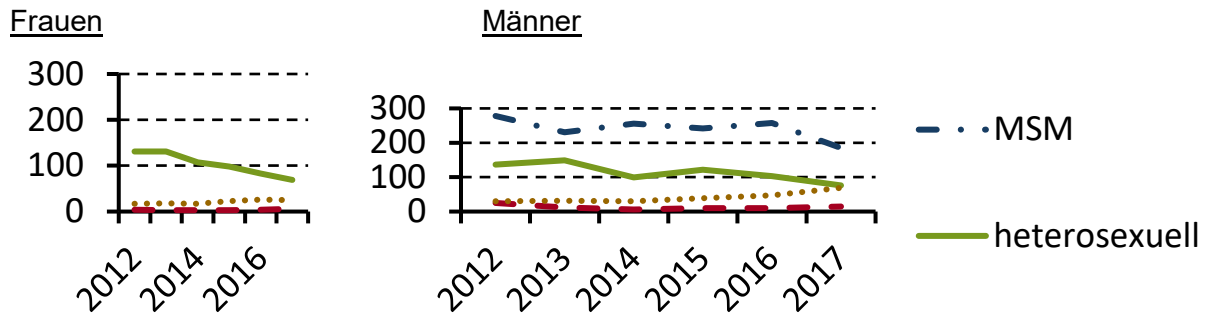
Betroffen waren zu fast 80 % Männer und unter diesen zu ca. 54 % (2016 noch 61 %) **Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)**. Der MSM-Anteil an allen neuen Diagnosen ist rückläufig und betrug ungefähr 42 %. Etwa die Hälfte der MSM steckten sich bei einem Gelegenheitspartner an.

Bei **Frauen** zeigte sich über die vergangenen Jahre ein klar abnehmender Trend bei der Zahl der Diagnosen. Die meisten Frauen steckten sich beim festen Partner an. Aus Sicht der EKSG könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass Männer mit HIV, die einen Migrationshintergrund haben, vom Test- und Behandlungssystem zu spät erfasst werden.

⁹ Bundesamt für Gesundheit (2018). *HIV, Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2017: eine epidemiologische Übersicht*. BAG-Bulletin 47/2018 (19. November 2018) (https://www.bag.admin.ch/hiv-sti-statistiken#accordion_18493262531542625082537).



HIV-Fälle in der Schweiz bei Frauen und Männern nach Ansteckungsweg und Diagnosejahr, 2012–2017



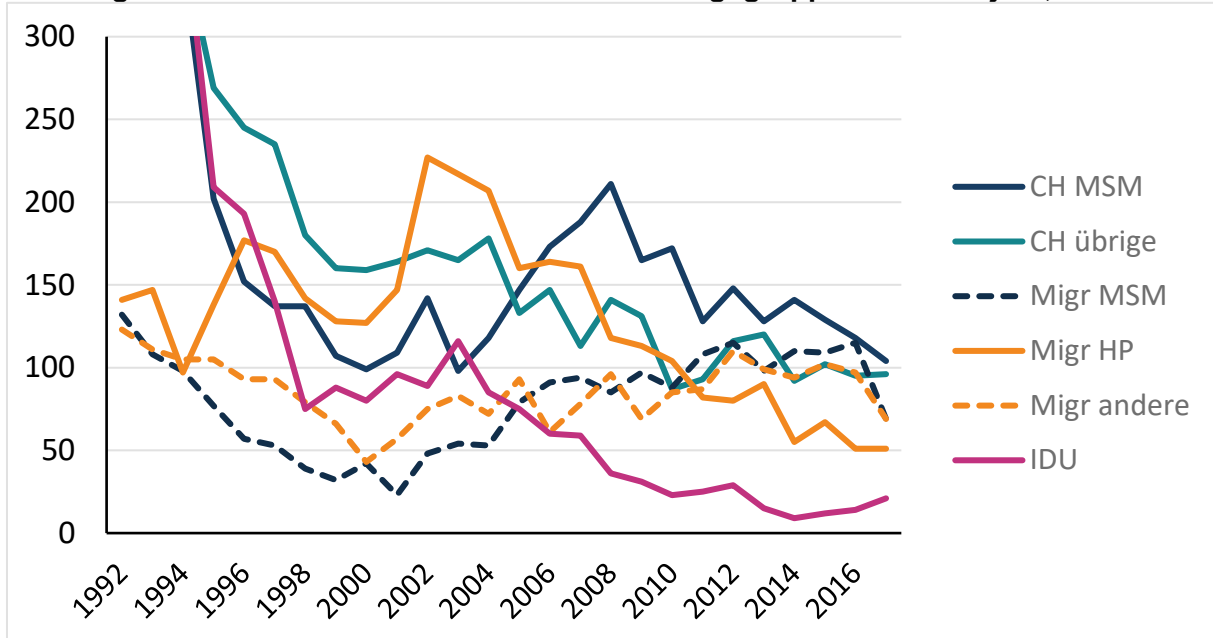
Die **Inzidenz** sank von 6,4 (2016) auf 6,0 pro 100 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. Sie lag bei Männern über dreimal höher als bei Frauen. Die höchsten Werte fanden sich in der **Grossregion Zürich und in der Genfersee-Region**, wo es grosse städtische Zentren gibt. In den ländlichen Regionen lagen die Werte deutlich tiefer.

Fast die Hälfte aller neuen Diagnosen betrafen – sofern die Nationalität bekannt war – **Ausländerinnen und Ausländer** (48 %). Gemäss einer nicht veröffentlichten Analyse des BAG von den Nationalitätsangaben in den Arztmeldungen (Anm. d. Autors: Klassifizierung der Nationalitäten gemäss Verzeichnis der Staaten und Gebiete des Bundesamtes für Statistik) betrafen von allen Meldungen von Ausländerinnen und Ausländern in den Jahren 2013-2018 (Stand 14.12.2018) 38 % europäische Länder inklusive Russland und Türkei, 4 % betrafen asiatische Länder, 25,5 % andere nicht europäische Länder, und 32,5 % betrafen afrikanische Länder und Hochprävalenzländer¹⁰ (siehe auch Fussnoten 11, 14). Bei den MSM betrug der Ausländeranteil rund 40 %, Tendenz rückläufig. 24 % aller betroffenen MSM stammten aus dem europäischen Ausland. 66 % der betroffenen Frauen waren Ausländerinnen und rund ein Drittel stammte aus einem Hochprävalenzland.

¹⁰ Als Hochprävalenzländer bzw. als Länder mit generalisierter Epidemie gelten Länder mit einer HIV-Prävalenz von mehr als 1 %. Wikipedia veröffentlicht regelmässige Länderlisten, die auf dem CIA World Factbook basieren, vgl. Wikipedia. *List of countries by HIV/AIDS adult prevalence rate* (https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_HIV/AIDS_adult_prevalence_rate) und vgl. CIA. *The World Factbook* (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2155rank.html>). Aufgrund der erwähnten Analyse des BAG sowie der geltenden Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen ist zu vermuten, dass es sich bei zahlreichen mit HIV diagnostizierten Ausländerinnen und Ausländern um Personen handelt, die ein Asylgesuch gestellt haben oder die nicht aufenthaltsberechtigt sind. Das dürfte insbesondere auf Personen aus Afrika zutreffen. In einem Bericht im Auftrag des Staatssekretariats für Migration (SEM) zu Sans Papiers steht: «Bei einer Mehrheit afrikanischer und asiatischer Sans-Papiers dürfte es sich um untergetauchte Asylsuchende handeln.». Vgl. Morlok, M et al. (2015). *Sans-Papiers in der Schweiz 2015. Schlussbericht zuhanden des Staatssekretariats für Migration (SEM)* (https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/internationales/illegale-migration/sans_papiers/ber-sanspapiers-2015-d.pdf).

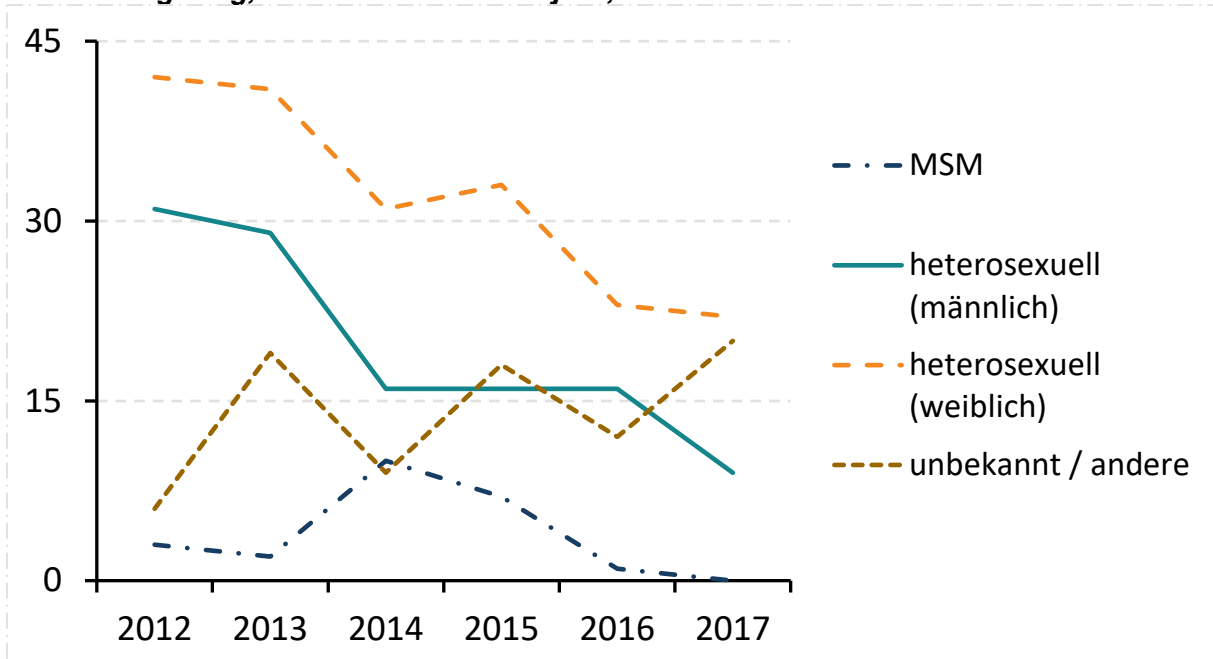


HIV-Diagnosen in der Schweiz nach Ansteckungsgruppe und Testjahr, 1992–2017



Ansteckungen im Zusammenhang mit **intravenösem Drogenkonsum** (IDU) spielten für das Gesamtbild über die letzten Jahre nur noch eine geringe Rolle.

HIV-Diagnosen in der Schweiz bei Personen aus einem Hochprävalenzland, nach Ansteckungsweg, Geschlecht und Testjahr, 2012–2017





Der **Ansteckungsort** war bei heterosexuellen Schweizerinnen und Schweizern mehrheitlich die Schweiz, bei heterosexuellen Ausländerinnen und Ausländern eher das Ausland (Heimatland). Bei MSM ist das Muster ähnlich, aber weniger ausgeprägt.

Gemäss einer internationalen Vergleichsstudie ist davon auszugehen, dass sich fast die Hälfte aller Ausländerinnen und Ausländer mit HIV-Diagnose nach der Einwanderung in die Schweiz angesteckt haben.¹¹

Bei den MSM machte der Anteil an **neuen Infektionen** (Infektion innerhalb des vergangenen Jahres) etwas mehr als die Hälfte aller Neuinfektionen aus. Bei weniger als einem Fünftel (18 %) aller Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg und bei fast der Hälfte (48 %) aller Männer mit heterosexuellem Ansteckungsweg waren die Infektionen frisch. Seit Jahren ist der Anteil frischer Infektionen bei den MSM höher als bei heterosexuellen Personen, vermutlich, weil sich diese Personen häufiger testen lassen.

Bei den MSM wurde bei einem Viertel aller Neudiagnosen eine akute Infektion (**Primoinfektionen**; hohe Virenlast und Übertragungswahrscheinlichkeit in den ersten Wochen nach einer Infektion) festgestellt (im Vorjahr noch bei etwa einem Drittel), bei den Heterosexuellen (beide Geschlechter) nur bei einem Sechstel.

Sowohl der Anteil frischer als auch der Anteil akuter Infektionen weist darauf hin, dass bei den MSM die **Diagnose** früher gestellt wird, wahrscheinlich, weil sie sich häufiger testen lassen. Testgründe waren zu einem Drittel Symptome, wobei es sich bei 38 % davon um Symptome einer Primoinfektion handelte. Wurde hingegen ein Test aufgrund einer Risikoexposition oder aus anderen Gründen veranlasst, handelte es sich meist nicht um eine Primoinfektion. Primoinfektionssymptome waren also ein wichtiger Grund für einen Test, insbesondere bei den MSM. Das entspricht auch der Empfehlung «Provider-initiated counselling and testing» (PICT). **Späte Diagnosen** betrafen 2017 insgesamt 14 % (2016 waren es 20 %) der MSM und 22 % (2016: 25 %) der Heterosexuellen.

Die Zahl neuer **Aids-Fälle** nimmt seit Jahren ab. Für das Jahr 2017 wurden 104 Fälle gemeldet, wovon 50 bereits gemeldet wurden. Bei den Aids-Meldungen durch die Ärztinnen und Ärzte gibt es immer Meldeverzögerungen von bis zu 50 %. Tatsächlich wurden im Jahr 2017 also 54 neu diagnostizierte Fälle gemeldet. Bei 88 % der neuen Fälle mit bekanntem Ansteckungsweg fielen 43 % auf den heterosexuellen Ansteckungsweg, 42 % auf MSM und 15 % auf PWID (*people who inject drugs – intravenös Drogen konsumierende Menschen*, Anm. d. Verf.). Bei den neu diagnostizierten Aids-Fällen lag der Anteil an Heterosexuellen höher als bei den HIV-Fällen. Dies war bereits 2016 so, wobei das BAG wie folgt begründete: «Der höhere Anteil des heterosexuellen Ansteckungsweges bei den Aids-Fällen erklärt sich wahrscheinlich dadurch, dass Aids in der Schweiz vor allem bei Personen diagnostiziert wird,

¹¹ Alvarez-del Arco D. et al. *High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries*. In: AIDS 2017, Vol. 31 No. 14: 1979-1988 (<https://boris.unibe.ch/101709/8/00002030-201709100-00010.pdf>). Die Definition des Begriffs «Migrantin oder Migrant» in dieser Studie entspricht nicht jener, die das BAG bei seinen epidemiologischen Publikationen zu HIV/Aids und anderen STI verwendet. Werden in letzteren alle Personen, die keinen Schweizer Pass besitzen, als «Migrantin oder Migrant»/«Ausländerin oder Ausländer» verstanden, wird das Sample der Studie von Alvarez-del Arco et al. so beschrieben: «Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren über 18 Jahre alt, wurden innerhalb der letzten 5 Jahre positiv auf HIV getestet (um Recall Bias zu verringern), wohnten ausserhalb ihres Herkunftslandes und waren seit mindestens 6 Monaten in einem der folgenden 9 Länder ansässig: Belgien, Deutschland, Griechenland, Italien, Holland, Portugal, Spanien, Schweiz und Vereinigtes Königreich (...) In der Schweiz wurden Migrantinnen und Migranten aus den Nachbarländern Österreich, Frankreich, Deutschland und Italien ausgeschlossen.» Alvarez-del Arco et al. verweisen indirekt auf den Bedarf nach definitorischer Klarheit beim Begriff «Migrantin oder Migrant»: «Die wichtigste (*Grenze der Studie, Anm. d. Verf.*) ergibt sich aus der fehlenden Grundlage für die Auswahl der HIV-positiven Migrantinnen und Migranten innerhalb der 9 EU/EWR-Staaten.» Zum Definitionsproblem beim Begriff «Migrantin oder Migrant» vgl. auch Fussnote 14.



bei denen nicht rechtzeitig eine wirksame Therapie gegen HIV begonnen wurde, was bei Personen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz öfter der Fall sein dürfte als bei Schweizerinnen und Schweizern. Auch PWID waren unter den Aids-Fällen häufiger als unter den HIV-Fällen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass Therapieabbrüche in dieser Gruppe seit Jahren häufiger vorkommen als bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg oder bei MSM.»¹²

In seinem Fazit zur epidemiologischen Situation im Jahr 2017 schreibt das BAG:

«Die deutliche Abnahme der HIV-Neudiagnosen verweist auf die Wirksamkeit der Schweizer Präventionspolitik der letzten Jahre: Vermehrtes Testen, vor allem der besonders exponierten Personengruppen, frühzeitiger Therapiestart sowie eine kontinuierlich gute Begleitung der Patientinnen und Patienten. (...). Dies schlägt sich nun auch in den sinkenden Zahlen nieder. Die Verschreibung der PrEP für Personen mit hohem Expositionsrisiko kann weiter dazu beitragen, dem nationalen Ziel einer HIV-Elimination näherzukommen. »

Aus Sicht der EKSG besteht in Bezug auf die epidemiologische Entwicklung in drei Punkten dringender Klärungsbedarf; alle unterstreichen die Notwendigkeit und Bedeutung von wirksamen Surveillance-Response-Ansätzen (vgl. Kapitel 4; 6.1.; 6.1.1. (Hauptziel 4)):

Die drei Punkte und Voraussetzungen sind:

1. Besseres Verständnis der Bedeutung und Wirkung der PrEP. Künftig muss der Einfluss der PrEP auf die Fallzahlen systematisch dokumentiert, analysiert und interpretiert werden. Eine Modellierung der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie SHCS hat ergeben, dass in den Jahren 2012–2015 über ein Fünftel aller Neuinfektionen hätten verhindert werden können, wenn 50 % aller MSM, welche nicht konsistent Kondome verwenden, PrEP verwendet hätten.¹³
2. Besseres Verständnis der Dynamik und der epidemiologischen Entwicklung bei **Migrantinnen und Migranten**. Die Annahme, dass die oben zitierte Erklärung des BAG – vermehrtes Testen besonders exponierter Personengruppen, frühzeitiger Therapiestart und kontinuierlich gute Begleitung der Betroffenen – zur Erklärung der sinkenden Fallzahlen auch bei Migrationspopulationen herangezogen werden kann, ist ohne weitere Abklärungen ebenso wenig statthaft wie die Annahme, der Rückgang bei der Migrationsbevölkerung sei einem negativen Migrationssaldo in diesen Gruppen geschuldet. Hier braucht es dringende Abklärungen, die sowohl den Zugang zur Versorgung als auch die Populationsdynamik umfassen. Dabei sind sowohl die verschiedenen Rechtsstellungen von Personen mit Migrationshintergrund (inklusive Einbürgerung) als auch deren Zugehörigkeit zur sogenannten Erst- oder Zweitgeneration zu berücksichtigen. Es braucht einen konzeptuellen Rahmen zur differenzierten Erfassung der Migrationsbevölkerung, welcher internationale und nationale Normen berücksichtigt.¹⁴ (Vgl. dazu auch Kapitel 6.1.4.).

¹² Bundesamt für Gesundheit (2017). *HIV und Aids in der Schweiz im Jahr 2016*. BAG Bulletin 43/17 (23. Oktober 2017) ([HIV und Aids in der Schweiz im Jahr 2016](#)).

¹³ Kusejko, K. et al. (2018). *Quantifying the drivers of HIV transmission and prevention in men who have sex with men: a population model-based analysis in Switzerland*. In: *HIV Medicine* (2018), 19, 688–697 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/hiv.12660>).

¹⁴ Entsprechende Grundsatzüberlegungen wurden beispielsweise vom BAG im Rahmen der Forschungen zu gesundheitlicher Chancengleichheit angestellt, siehe: Bundesamt für Gesundheit (2016). *Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes in schweizerischen Gesundheitsdatenerhebungen* ([Schlüsselmerkmale Migrationshintergrund](#)). Generell



3. Reduktion des Anteils an neuen Diagnosen, bei welchen der Übertragungsweg unbekannt ist. Im Jahr 2017 betrug dieser Anteil mehr als ein Fünftel aller neuen Diagnosen.

2.2 Die HIV-«Cascade of Care (CoC)»

Die HIV-CoC ist ein Konzept, das die Qualität eines Gesundheitssystems in Bezug auf die Diagnose, die Behandlung und die Resultate der Behandlung von Personen, die sich mit HIV infiziert haben, misst und visualisiert. Sie bildet die Phasen eines Prozesses ab, den jede HIV-infizierte Person betrifft, wobei das Gesundheitssystem in 3 Stufen aktiv wird: nicht diagnostiziert; diagnostiziert - Stufe 1; in Behandlung - Stufe 2; erfolgreich behandelt, d. h. das Virus ist nicht mehr nachweisbar – Stufe 3. Die CoC zielt darauf ab, dass in jeder Stufe jeweils 90 % der vorherigen Stufe bzw. der ersten Phase erreicht werden. Aus diesem Grund wird auch von den 90-90-90-Zielen der HIV-Kaskade gesprochen. Zu den Stufen 1–3 verfügt die Schweiz dank der langjährigen Meldepflicht für HIV und Aids sowie der Schweizerischen HIV-Kohorte über gute Daten. Hingegen ist die Abschätzung, wie viele HIV-infizierte Personen in der Schweiz nicht diagnostiziert sind, eine Herausforderung, die mit Modellierungen angegangen werden muss und nur eine Schätzung bietet.

F

Das BAG schätzt, dass in der Schweiz Ende 2017 rund 16 600 HIV-infizierte Menschen lebten. Bei schätzungsweise 15 000 handelte es sich um diagnostizierte Fälle (90 %), 14 400 erhielten eine HIV-Therapie (96 %), und bei 13 800 war die Virusvermehrung erfolgreich unterdrückt (96 %).

Dies bedeutet, dass die Schweiz die drei 90-90-90 Ziele der HIV-«Cascade of Care» der WHO erreicht. Neuste Modellierungen haben gezeigt, dass diese Ziele bereits 2012 erreicht worden waren.

Die Schweiz hat gemäss ersten Schätzungen mit weniger als 10 % nicht-diagnostizierten HIV-infizierten Personen alle drei 90-90-90-Ziele schon im Jahr 2012 erreicht.

2.3 Verhaltenssurveillance¹⁵

Neben der biologischen betreibt die Schweiz auch eine Surveillance des Schutz- und Risikoverhaltens. In diesem Rahmen wurden vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne (IUMSP) mehrere Berichte zu relevanten Themen und Zielgruppen verfasst. Namentlich sind dies nationale Umfragen bei MSM (Gaysurvey 2012 und 2014), bei Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Ländern (ANSWER-Studie, 2014), bei Sexarbeitenden (SWAN-Studie, 2016), bei PWID in niederschweligen Anlaufstellen (consommateurs de drogue fréquentant les structures à bas seuil, SBS-Studie, 2011). Zudem wurde vom IUMSP eine Sekundäranalyse der Daten zum Sexualverhalten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB 2012), sowie ein Monitoring zur Spritzenabgabe an PWID in verschiedenen Settings (niederschwellige Anlaufstellen und im Rahmen von Heroinabgabeprogrammen HeGeBe) durchgeführt. Weiter wurden Daten zum Verkauf von Kondomen in der Schweiz analysiert, und das IUMSP hat sich an Studien anderer Institutionen beteiligt, wie z. B. an der Evaluation der Präventionskampagne «Break the

ist zu berücksichtigen, dass Migration/ ein multidimensionales, dynamisches und damit komplexes Phänomen ist. Jedes analytische Vorhaben muss daher seine Prioritäten und Aspekte der Migration definieren, die für die zu untersuchende Frage relevant sind.

¹⁵ Locicero, S. et al. (2016). *Système de Surveillance du VIH et des IST de deuxième génération en Suisse. Rapport de Synthèse 2012–2016* (<https://www.iumsp.ch/fr/rds/278>).



Chains» bei MSM (2015)¹⁶, oder an einer Marktstudie zur Schätzung des Kondomverkaufs in der Schweiz. Weiter wurden u. a. eine Studie zu Spritzentauschangebote für inhaftierte PWID (2016) sowie zu den HIV- und STI-Risiken von Transpersonen durchgeführt (2016).

Die wichtigsten verfügbaren Erkenntnisse wurden in einem 2016 publizierten Synthesebericht des IUMSP (vgl. S. 71) in vereinfachter Darstellung der verfügbaren Informationen und des für die Hauptindikatoren der HIV-STI-Verhaltensüberwachung empfohlenen Wachsamkeitsniveaus zusammengefasst (vgl. Übersichtstabelle, abgedruckt auf der nächsten Seite):

- **Allgemeinbevölkerung:** Die berücksichtigten Studien sagen relativ wenig aus. Sie weisen auf eine verbesserungswürdige Testrate und Kondomnutzung hin.
- **MSM:** Die berücksichtigten Studien weisen auf verbesserungswürdige bis gute Testraten. Sie verweisen auf einen guten Wissensstand betreffend Übertragungswege und Zugang zu Testangeboten sowie auf einen guten Zugang zu den entsprechenden Schutzbotschaften. Sie weisen auf einen tendenziell beunruhigend inkonsistenten Kondomgebrauch bei Sexualkontakten mit Gelegenheitspartnern sowie auf mangelndes Wissen über die Möglichkeiten PrEP hin. Die EKSG hält jedoch dafür, dass sich dieses inzwischen stark verbessert hat, datieren die vom IUMSP Lausanne ausgewerteten Daten doch aus dem Jahr 2016 bzw. aus den Jahren davor.
- **Menschen aus Ländern südlich der Sahara** (Hochprävalenzländer): Die berücksichtigten Studien weisen auf beunruhigende Raten von Erfahrungen sexueller Gewalt hin. Sie weisen auf einen stark verbesserungswürdigen Zugang zu den Schutzbotschaften und einen verbesserungswürdigen Wissensstand zu den Übertragungswegen und zum Zugang zu Testangeboten hin. Ausserdem zeigen sie grosse Lücken in der Evidenz auf.

Im Hinblick auf die Dynamik in allen Populationen (siehe Kapitel 6.1.4. Seite 33) wird es in Zukunft unerlässlich sein, in allen Zielgruppen oder *key populations* (siehe Fussnote 36) nach Migrationsstatus und, zur Erfassung der zeitlichen Dimension, nach Migrationsgeschichte zu differenzieren, sowie Wege zu finden, auch bei Personen ohne Migrationshintergrund die unterschiedlichen Mobilitätsmuster innerhalb einer Population zu operationalisieren.

¹⁶ Frey K. et al. (2015). *Measurement of the effectiveness of Break the Chains 2015* (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/p-und-p/msm/measurement-effectiveness-btc.pdf.download.pdf/measurement-effectiveness-btc.pdf>).



Tableau 23 Vue simplifiée des informations disponibles et du niveau de vigilance préconisé pour les principaux indicateurs de la surveillance comportementale VIH/IST

	Population générale	HSH	Migrant-e-s ASS	TS	UD
Connaissances sur la transmission du VIH et lieux de dépistage		Vert	Rayé vert/orange	Rayé vert/orange	
Accès aux messages de prévention VIH/IST		Vert	Orange	Orange	
Connaissance sur les symptômes de la primo-infection par le VIH		Rayé vert/orange			
Connaissance sur la PEP		Rayé vert/orange		Rouge	
Connaissances sur la PrEP		Rayé orange/rouge			
Niveau d'information par rapport aux autres IST		Rayé vert/orange	Rouge	Orange	
Rapport sexuels sous la contrainte durant la vie			Rouge	Rouge	Orange
Risques liés à l'injection de drogue par voie iv					Rayé vert/orange
Non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel (chez TS = un client) et ≥ 2 partenaires sexuels dans les 12 derniers mois	Orange	Rayé orange/rouge	Orange	Orange	
Réalisation d'un test VIH durant la vie	Rayé vert/orange	Vert	Vert	Vert	Vert
Réalisation d'un test VIH durant les 12 derniers mois	Rayé vert/orange	Orange	Orange	Rayé vert/orange	Rayé vert/orange
Taux de personnes se déclarant VIH+ qui rapportent être sous traitement antirétroviral		Rayé vert/orange	Orange	Orange	Orange
Réalisation d'un test pour une IST autre que le VIH dans les 12 derniers mois		Orange		Orange	
Taux de personnes se déclarant VHC+ qui rapportent être ou avoir été sous traitement anti-VHC		Orange			Rouge

Code couleurs : Vert = situation favorable confirmée (le suivi de l'indicateur peut être espacé) ; Rayé vert/orange = situation plutôt favorable ou en voie de le devenir ; Orange = situation intermédiaire avec une marge de progrès importante ; Rayé orange/rouge = situation intermédiaire en voie de devenir préoccupante ; Rouge = situation préoccupante ; Blanc = pas de donnée récente ou absence de donnée.



3. Verfügbare Gesundheitsdienstleistungen für die Elimination

Die HIV/Aids-Epidemie in der Schweiz liesse sich mit den folgenden verfügbaren Gesundheitsdienstleistungen und Instrumenten (*core services and tools*) stoppen:

Glieder der Behandlungskette	Gesundheitsdienstleistungen (core services and tools)
Präventionsbotschaften	<ol style="list-style-type: none"> 1. Für eine ganzheitliche schulische Sexuaufklärung, die u.a. einen Beitrag zur Prävention von HIV und STI leistet, bestehen evidenzbasierte Konzepte¹⁷, die in der Schweiz breit anerkannt sind¹⁸. 2. Die «LOVE LIFE»-Kampagne stellt der Bevölkerung nebst der einfachen Schutzbotschaft <i>Vaginal- und Analsex mit Kondom</i> im Internet individuelle, risikobasierte Schutzbotschaften zur Verfügung.
Präventionsmittel	<ol style="list-style-type: none"> 3. Nebst Kondomen sind zur Verhütung von Ansteckungen inzwischen auch 4. Medikamente zur chemischen Infektionsprophylaxe (PrEP) auf dem Markt, die eine mindestens gleich gute Schutzwirkung wie Kondome haben und eine Ansteckung auch dann zuverlässig verhindern, wenn der Sexualpartner/die Sexualpartnerin eine akute HIV-Infektion hat.
Schadensminderung	<ol style="list-style-type: none"> 5. Seit Jahren sind niederschwellige Angebote der Schadensminderung (Spritzentausch sowie Angebote der Drogensubstitution und der heroingestützten Behandlung) für PWID verfügbar.
Testung ¹⁹	<ol style="list-style-type: none"> 6. HIV-Tests <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Selbsttests können eine HIV-Infektion nach 12 Wochen ausschliessen. 6.2. Schnelltests der 4. Generation können eine mögliche HIV-Infektion bereits nach 6 Wochen ausschliessen. 6.3. Labortests der 4. Generation können eine tatsächliche Infektion frühestens nach zwei Wochen bestätigen und eine mögliche HIV-Infektion nach 6 Wochen ausschliessen.

¹⁷ WHO-Regionalbüro für Europa und BZgA (2011). *Standards für die Sexuaufklärung in Europa. Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln, (<https://publikationen.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=734>).

¹⁸ Der Schweizerische Bundesrat, 21. Februar 2018: *Prüfung der Grundlagen zur Sexuaufklärung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 14.4115 Regazzi vom 10. Dezember 2014*, S. 2 (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/p-und-p/diverses/pruefung-der-grundlagen-zur-sexualaufklaerung.pdf.download.pdf/pruefung-der-grundlagen-zur-sexualaufklaerung.pdf>).

¹⁹ Für eine Detailanalyse der Methoden der HIV-Erkennung in der Schweiz vgl. Bize R., Vu F., Dubois-Arber, F. et al. *Analyse des stratégies, de l'offre, et des lacunes en matière de dépistage du VIH et des autres IST en Suisse. Rapport du groupe de travail 5 « Testing » de la Commission fédérale pour la santé sexuelle*. Bern, 2018.



Notfallprophylaxe	7. Für Notfälle, in denen Personen unmittelbar nach einer Risikosituation eine Arztpraxis aufsuchen, steht eine medikamentöse postexpositionelle Prophylaxe (PEP) zur Verfügung. Rechtzeitig eingeleitet, kann damit eine HIV-Infektion verhindert werden.
Behandlung und Betreuung	8. Personen, bei welchen HIV diagnostiziert wurde, steht grundsätzlich rasch eine antiretrovirale Therapie (ART) zur Verfügung. Damit kann mit grosser Wahrscheinlichkeit verhindert werden, dass die betroffenen Personen an Aids erkranken. Die Viruslast in ihrem Blut lässt sich bei guter Therapietreue dauerhaft unterdrücken, sodass sich das HI-Virus durch sie nicht weiter übertragen lässt.

4. Narrativ und Visualisierung von «Elimination»

Für ein Programm/eine Strategie für die HIV-Elimination liefern Horn et al. (2016)²⁰ ein Narrativ und eine visuelle Darstellung, die der EKSG, dem BAG und ihren Partnern als Ausgangspunkt für die Entwicklung des Nationalen HIV- und STI-Programms 2022–2030 dienen könnten.

Narrativ der HIV/Aids-Elimination

Horn et al. präsentieren folgendes Narrativ der HIV/Aids-Elimination, die aus Sicht der EKSG voraussetzt, dass alle ungehinderten Zugang zu Dienstleistungen erhalten.

Alle neuen HIV-Infektionen und HIV-bedingten Todesfälle sind vermeidbar. Verpasste HIV-Präventionsmassnahmen und Behandlungsmöglichkeiten sind als Public-Health-Notfälle zu betrachten; den Bemühungen zur raschen Schliessung der Lücken in der Leistungserbringung für alle HIV-betroffenen und -gefährdeten Menschen muss absolute Priorität zukommen.

Darstellung der HIV/Aids-Elimination

Mit der HIV-Präventionskette und der HIV-Behandlungskette haben Horn et al. das konzeptuelle Modell «Umfassender HIV-Präventionsprozess» entwickelt. Dieses Modell hat die EKSG an die Gegebenheiten in der Schweiz angepasst.

Abbildung 1

Schema für die umfassenden HIV-Präventionsprozesse

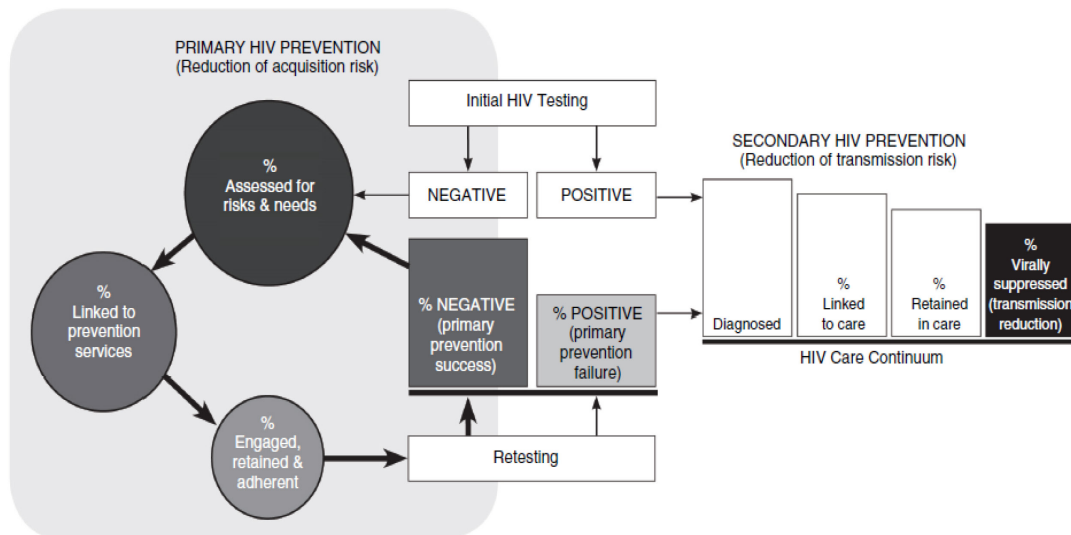


Figure 1. Comprehensive HIV prevention processes. Conceptual framework illustrating the interplay between processes to halt both the acquisition and transmission of HIV. The primary HIV prevention cycle, left, begins with HIV testing. Risk and needs assessments, linkage to services, engagement in risk-reduction prevention interventions and HIV testing are repeated for as long as an individual remains at risk for HIV acquisition.

Gemäss Horn et al. bietet dieses konzeptuelle Schema eine standardisierte Roadmap, um aktiv und entschieden auf die Erreichung der nationalen HIV-Inzidenz- und Pflegeziele

²⁰ Horn T et al. (2016). *Towards an integrated primary and secondary HIV prevention continuum for the United States: a cyclical process model*. Journal of the International AIDS Society 2016, 19:21263 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5116064/pdf/JIAS-19-21263.pdf>).



hinzuarbeiten. Die Roadmap berücksichtigt den individuellen primären HIV-Präventionsbedarf, um das Risiko einer HIV-Ansteckung in der Bevölkerung zu senken und den kritischen Zusammenhang zwischen einem umfassenden primären Präventionsprozess und der Behandlungskette zu veranschaulichen. So können die Gesundheitsergebnisse weiter verbessert und das HIV-Übertragungsrisiko verringert werden. Im Modell wird die Primärprävention als zyklischer Prozess dargestellt: Das Hauptziel, HIV-negativ zu bleiben, wird durch wiederholtes Testen bestätigt und ist kein statisches Ergebnis, sondern ein dynamischer Prozess, der langfristig von der Bevölkerung, dem Netzwerk und den individuellen Schwankungen der biomedizinischen und unterstützenden Pflegebedürfnisse abhängt. Hierzu fügt die EKSG an, dass auch die sozialen Bedürfnisse der Zielgruppe zu berücksichtigen sind. Ferner betont die EKSG, dass das Testen nicht zwingend der einzige Zugang zur Prävention ist. Vielmehr sollte die Bevölkerung dazu befähigt werden, die bestehenden Gesundheitsdienstleistungen zu nutzen, um ihre Risiken zu kennen und zu minimieren.

Surveillance-Response als Schlüssel zur Elimination

Im Hinblick auf eine Elimination ist eine Verschiebung vom herkömmlichen Monitoring- und Evaluationssystem hin zu Surveillance-Response-Ansätzen entscheidend. Surveillance-Response bedeutet, Systeme einzurichten, welche die wesentlichen Informationen (auch in Bezug auf das Verhalten) in Raum und Zeit erfassen, um rasch die entsprechenden öffentlichen und individuellen Gesundheitsmassnahmen in der öffentlichen Gesundheit und auf individueller Ebene einzuleiten. Somit wird die Surveillance zu einer Intervention und sichert den Weg zur Elimination.

In Bezug auf die Surveillance merken Horn et al. an, dass im Gegensatz zu den relativ linearen Daten, die für die Auswertung der Ergebnisse entlang der HIV-Behandlungskette genutzt werden, die erforderlichen Paradigmen für die primäre HIV-Präventionskette mit verschiedenen Versorgungssystemen, Interventionen und Ergebnismessungen sehr komplex sind und häufig keine adäquaten oder vollständigen Bevölkerungsdaten vorliegen. Zur Schliessung der Lücken bei den Daten, die für die Planung und Umsetzung erforderlich sind, liefern Horn et al. zwei mögliche Ansätze:

a.) Bestehende Datenquellen validieren

Eine breit angelegte Datenerhebung und -validierung für Elemente der mittleren Phase der HIV-Präventionskette, wie z. B. der Anteil der Deckung durch die Krankenversicherung, Anbindung an Dienstleister und Nutzung evidenzbasierter Interventionen.

b.) «Reverse-Engineering»-Ansatz

Nutzung solider HIV-Surveillance-Daten von Personen, die positiv auf HIV getestet wurden. Hier liegt die Annahme zugrunde, dass jede Neuinfektion eine verpasste Chance der primären HIV-Prävention darstellt. Im Rahmen der erweiterten Präventionsmöglichkeiten für HIV-gefährdete Personen braucht es eine neue strategische Nutzung der HIV-Surveillance-Daten über neue Diagnosen, um Präventionslücken und verpasste Präventionschancen systematisch nachzuvollziehen und die Prioritäten der primären HIV-Präventionskette durch «Reverse Engineering» rasch umzusetzen. Jede neue Infektion ist als Sentinel-Ereignis zu betrachten, um genau zu verstehen, wo Lücken in der primären HIV-Präventionskette auftreten, zumal PrEP und PEP in vielen Ländern vermehrt zum Einsatz kommen. Beispiele für mögliche Lücken sind unter anderem die folgenden: mangelndes Wissen über die Symptome und das hohe Übertragungsrisiko bei einer akuten HIV-Infektion; mangelndes Bewusstsein oder keine Verfügbarkeit von PrEP, PEP, SEP oder anderen Interventionen; schlechte Adhärenz an Präventionsdienste; strukturelle Hindernisse für eine bezahlbare



Krankenversicherung, eine angemessene medizinische Versorgung und andere Unterstützungsdienstleistungen. Eine grundlegende Annahme im «Reverse-Engineering»-Ansatz ist, dass HIV-gefährdete Menschen ähnliche Eigenschaften und Risikofaktoren aufweisen wie diejenigen, die neu diagnostiziert wurden, sodass eine Extrapolation der Daten der einen Population auf die andere möglich ist.

Das BAG hat unter der Leitung von Marianne Jossen die «umfassenden HIV-Präventionsprozesse» von Horn et al. mit den entscheidenden sozialen, ökonomischen, kulturellen, psychologischen und bio-epidemiologischen Bestimmungsfaktoren ergänzt. Zudem wurden die Gesundheitsdienstleistungen (vgl. Kapitel 3) integriert. Diese Darstellung dient als Illustration der «*umfassenden HIV-Eliminationsprozesse*» (vgl. Abbildung 2, nächste Seite).

Die EKSG empfiehlt dringend, das in Abbildung 2 dargestellte erweiterte konzeptuelle Eliminationsschema in den breiteren Kontext der sexuellen Gesundheit zu stellen. Das Narrativ soll folgendermassen ergänzt werden:

Narrativ der HIV/Aids-Elimination im Kontext der sexuellen Gesundheit

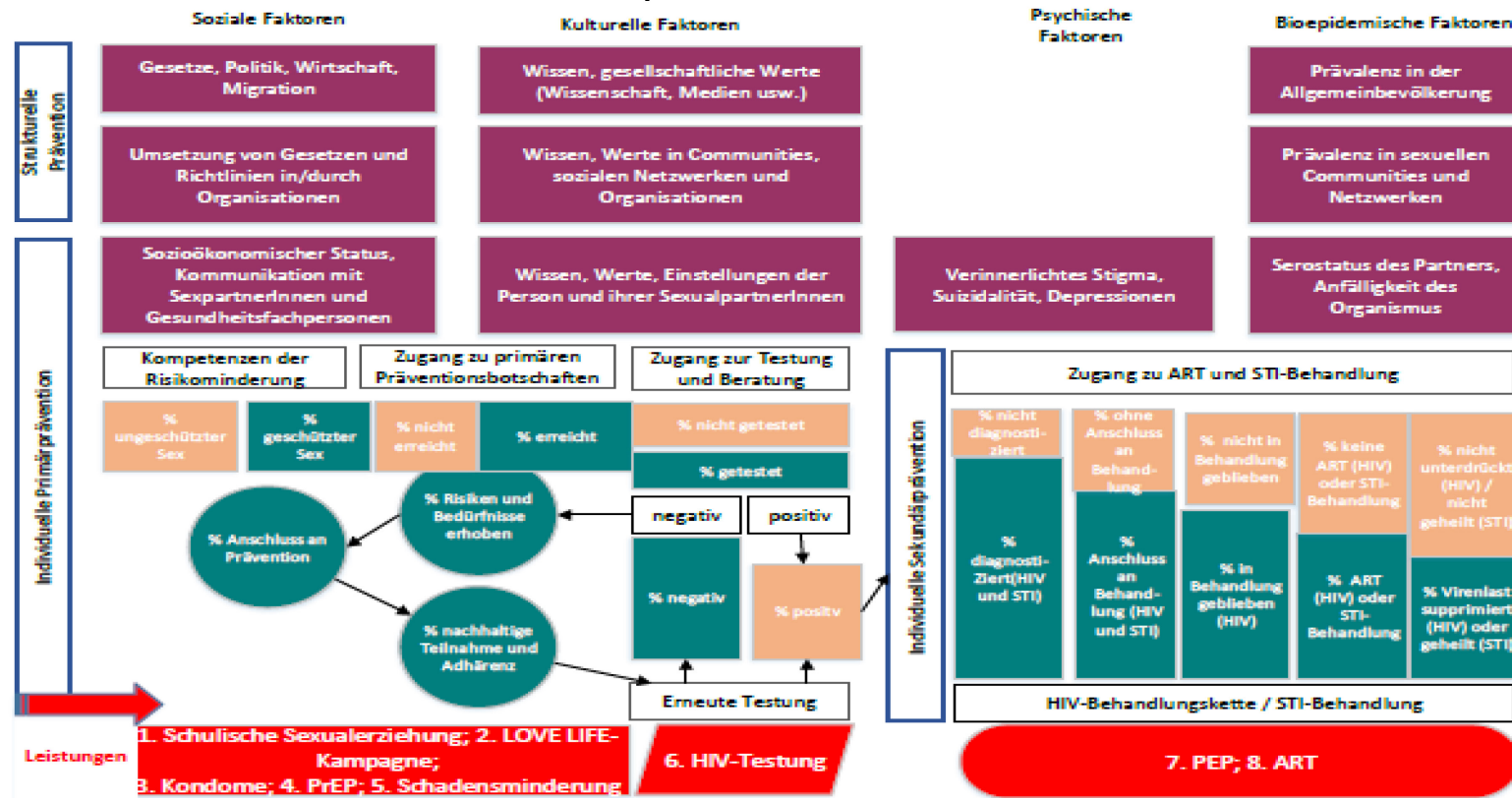
«Alle neuen HIV-Infektionen und HIV-bedingten Todesfälle sind vermeidbar. [...] [V]erpasste HIV-Präventionsmassnahmen und Behandlungsmöglichkeiten sind als Public-Health-Notfälle zu betrachten; den Bemühungen zur raschen Schliessung der Lücken in der Leistungserbringung für alle HIV-betroffenen und -gefährdeten Menschen muss absolute Priorität zukommen.²¹ *Programme zur Elimination von HIV und anderen STI sollen in einen breiteren Kontext der sexuellen Gesundheit eingebettet werden. Damit wird die Integration von Dienstleistungen zur Krankheitsbekämpfung in die Gesundheitsförderung und deren Akzeptanz und Zugänglichkeit verbessert. Ausserdem werden die Rechte des Menschen und die Befähigung, Gesundheitsentscheidungen zu treffen, gestärkt, und die Stigmatisierung von Zielgruppen verhindert.*»²²

²¹ Horn, T. et al.

²² Zur Rolle der sexuellen Gesundheit in wirksameren Präventionsprogrammen vgl.: Douglas Jr., J. M., Fenton, K. A. (2013). *Understanding sexual health and its role in more effective prevention programs*. Public Health Reports / 2013 Supplement / Vol. 128 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562741/pdf/phr128s10001.pdf>).



Abbildung 2
Schema zu den umfassenden HIV-Eliminationsprozessen in der Schweiz



Legende:



V.l.n.r. Einflussfaktoren; Ebenen der Einflussfaktoren und Massnahmen; Ergebnisse; Ergebnismessung: Präventionserfolg; Ergebnismessung: Präventionsversagen.



5. Günstige Bedingungen für eine Eliminationsstrategie

Die notwendigen Gesundheitsdienstleistungen für eine Elimination von HIV/Aids sind bereits vorhanden (vgl. Kapitel 3) und lassen sich zugänglich machen (vgl. Kapitel 6.1.3). Darüber hinaus sind gegenwärtig auch die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, um eine HIV/Aids-Elimination bzw. ein Ende der HIV/Aids-Epidemie in der Schweiz ins Auge zu fassen, günstig. Auf internationaler und nationaler Ebene bestehen wesentliche Leitdokumente zur Entwicklung und Umsetzung einer Eliminationsstrategie. Sie verbriefen nicht nur das Ziel, die HIV/AIDS-Epidemie zu beenden, sondern auch das Ziel der Nichtdiskriminierung und Nichtstigmatisierung.

5.1 Internationale Richtlinien

In der 2016 veröffentlichten *Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast Track to Accelerating the Fight against HIV and to Ending the AIDS Epidemic by 2030*²³ verkündeten die Vereinten Nationen das Ende der Aids-Epidemie bis 2030. Die Schweiz bekennt sich zu dieser Vision²⁴, die in den Sustainable Development Goals (SDG)²⁵ festgelegt wurde. In der UNAIDS-Strategie 2016–2021²⁶ und der WHO-Strategie zu HIV 2016–2021²⁷ wurde zudem das Ziel formuliert, HIV-Übertragungen bis 2030 zu stoppen. Die WHO hat in ihrer STI-Strategie 2016–2021²⁸ das Ziel einer STI-Elimination bis 2030 festgehalten. In allen erwähnten Dokumenten wird betont, dass die Beendigung von Stigmatisierung und Diskriminierung im Zusammenhang mit HIV und Aids für die Elimination der Epidemie eine Voraussetzung darstellt.

5.2 Recht auf Gesundheit

Im Hinblick auf eine Elimination von HIV/Aids stellt das in Artikel 12 des *Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Pakt I)* im Jahr 2000 verankerte *Recht auf Gesundheit*²⁹ eine wesentliche Legitimationsgrundlage dar. Die Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung von HIV/Aids gehört gemäss dem Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte zu dessen Kerngehalt, m. a. W. zu den Mindestverpflichtungen des Staates unter diesem Paktrecht³⁰:

Art. 12

(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit an.

(2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Massnahmen

²³ Generalversammlung der Vereinten Nationen. New York, 8. Juni 2016. *Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast Track to Accelerating the Fight against HIV and to Ending the AIDS Epidemic by 2030*. A/RES/70/266 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/266).

²⁴ Vgl. Medienmitteilung des Bundesrates vom 8. Juni 2016: *Internationale Gemeinschaft will AIDS bis 2030 aus der Welt schaffen* (<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-62087.html>).

²⁵ Vgl. Fussnote 3.

²⁶ UNAIDS (2016). *UNAIDS | 2016–2021 Strategy. On the Fast-Track to end AIDS* (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf).

²⁷ WHO (2016). *Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021. Towards ending AIDS* (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246178/1/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf>).

²⁸ WHO (2016). *Draft global health sector strategies. Sexually transmitted infections, 2016–2021*. A69/33, 16. Mai 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_33-en.pdf?ua=1).

²⁹ *Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte*. Abgeschlossen in New York am 16. Dezember 1966. Von der Bundesversammlung genehmigt am 13. Dezember 1991. Schweizerische Beitrittsurkunde hinterlegt am 18. Juni 1992. In Kraft getreten für die Schweiz am 18. September 1992. (0.103.1) (<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19660259/index.html>).

³⁰ Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, 11. August 2000 (in Dokument E/C.12/2000/4). *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)* (<http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>).



c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten

5.3 Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit

Im Mai 2016 erklärte der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte das *Recht auf Sexuelle und Reproduktive Gesundheit* zum integralen Bestandteil des Rechts auf Gesundheit³¹. Damit wurde die Grundlage zur Legitimation der Vision «HIV/Aids-Elimination» bzw. «Ende der HIV/Aids-Epidemie» weiter gestärkt. Zum Kerngehalt, m.a.W. zu den staatlichen Mindestverpflichtungen unter dem Recht auf Sexuelle und Reproduktive Gesundheit gehören laut dem Ausschuss (vgl. § 49) unter anderem:

- (a) Das Aufheben oder Eliminieren von Gesetzen, Richtlinien und Praktiken, die den Zugang von Personen oder einer bestimmten Gruppe zu Einrichtungen und Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, Güter und Informationen kriminalisieren, behindern oder unterminieren;
- (c) Das Gewährleisten eines umfassenden und gerechten Zugangs zu erschwinglichen, annehmbaren und qualitativ hochwertigen Dienstleistungen und Produkten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, insbesondere für Frauen und benachteiligte Gruppen und Randgruppen;
- (f) Der Zugang zu umfassender, nichtdiskriminierender, unvoreingenommener und evidenzbasierter Aufklärung und Information über sexuelle und reproduktive Gesundheit für alle Personen und Gruppen;
- (g) Die Bereitstellung von Arzneimitteln, Ausrüstungen und Technologien, die für die sexuelle und reproduktive Gesundheit von grundlegender Bedeutung sind, einschliesslich der Arzneimittel gemäss der WHO-Liste für unentbehrliche Arzneimittel.

Unter den Letzteren finden sich laut dem Ausschuss auch Medikamente zur Präexposition prophylaxe von HIV: *13. [...] Unentbehrliche Arzneimittel sollten auch verfügbar sein, einschliesslich einer breiten Palette von Verhütungsmitteln wie Kondome [...] und Medikamente zur Prävention und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen und HIV. Die WHO Model List of Essential Medicines³² führt PrEP unter dem Titel 6.4.2 Antiretrovirals auf: Basierend auf aktuellen Erkenntnissen und Anwendungserfahrungen gehören Medikamente aus den folgenden drei Klassen antiretroviraler Arzneimittel zu den unentbehrlichen Arzneimitteln für die Behandlung und Prävention von HIV (Verhinderung Mutter-Kind-Übertragung, Prä-Expositions-Prophylaxe (wo angegeben) und Post-Expositions-Prophylaxe).*

5.4 Epidemiengesetz³³

Das neue *Bundesgesetz vom 28. September 2012 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz; EpG)* ist seit 1.1.2016 in Kraft. Es ermöglicht eine frühzeitige Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung. Die im vorliegenden Zusammenhang bedeutendste Neuerung ist, dass der Bund mit dem neuen Epidemiengesetz explizit und dauerhaft die Kompetenz erhalten hat, nationale Ziele und Strategien im Bereich zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten festzulegen. Dazu gehören insbesondere Impfungen, therapieassoziierte Infektionen und Resistenzen bei Krankheitserregern sowie HIV

³¹ Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, 2. Mai 2016. *General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)* (http://digitallibrary.un.org/record/832961/files/E_C.12_GC_22-EN.pdf?version=1).

³² WHO Model List of Essential Medicines. 20. Liste (März 2017) (Überarbeitet: August 2017) (http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th_EML2017_FINAL_amendedAug2017.pdf?ua=1).

³³ Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG; SR 818.101) (<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20071012/201701010000/818.101.pdf>).



und andere sexuell übertragbare Krankheiten. Diese neue Kompetenz stärkt in diesen Bereichen die Führungsrolle und -Möglichkeiten des Bundes. Das Gesetz legt in Bezug auf HIV/Aids fest:

Art. 5 Nationale Programme

1 Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erarbeitet unter Einbezug der Kantone themenspezifische nationale Programme zur Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, insbesondere in den Bereichen:

c. HIV und andere sexuell übertragbare Krankheitserreger.

2 Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für die Umsetzung der nationalen Programme.

5.5 Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–17/21³⁴

Der Bundesrat hat im September 2017 beschlossen, das *Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS)* um vier Jahre von 2018 bis 2021 zu verlängern. Die vom Bundesrat herausgegebene Medienmitteilung³⁵ zu dieser Entscheidung lautet: «Seit der Lancierung des Programms im Jahre 2011 hat sich die Zahl der neuen diagnostizierten HIV-Fälle bei rund 500 pro Jahr stabilisiert. (...). Mit der Verlängerung des Programms ist die Schweiz auf der Linie der WHO und anderer internationaler Akteure, deren Ziel es ist, die HIV- und STI-Ansteckungen in den nächsten 10 bis 15 Jahre rigoros zu bekämpfen. Jede einzelne Ansteckung, die verhindert werden kann, vermindert nicht nur das individuelle Leid, sondern auch hohe volkswirtschaftliche Kosten. (...). Auch wenn sich vieles bewährt hat, sollen ab 2018 laufend neue Erkenntnisse geprüft und, wo sinnvoll und zweckmässig, ins Programm integriert werden. »

³⁴ Bundesamt für Gesundheit (2010). *Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017* (NPHS_D; NPHS_Engl; NPHD_F).

³⁵ Der Bundesrat (Hg.) Medienmitteilung vom 06.09.2017. *Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen verlängert* (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-67985.html>).



6. Entwurf einer Strategie für die HIV/Aids-Elimination in der Schweiz bis 2030

Der folgende Entwurf einer *technischen Strategie für die HIV/Aids-Elimination in der Schweiz bis 2030* basiert auf der *Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021. Towards Ending AIDS* der WHO (vgl. Fussnote 5) erstellt.

6.1 Technischen Strategie für die HIV/AIDS-Elimination in der Schweiz bis 2030

Public-Health-Kontext: Sexuelle Gesundheit			
Strategische Prinzipien			
<ul style="list-style-type: none"> – Menschenrechte, einschliesslich der Rechte auf sexuelle und reproduktive Gesundheit, medizinische Ethik – Public-Health-Ansatz – Allgemeiner Zugang und Gesundheitsversorgung – Gesundheitliche Chancengleichheit – Dienstleistungskette 			
Strategische Säulen			
1. Säule	2. Säule	3. Säule	4. Säule
Grundlegende Massnahmenpakete	Chancengleichheit	Nachhaltige Finanzierung	Innovation
Grundlegende Gesundheitsdienstleistungen in den «umfassenden HIV-Eliminationsprozessen» (vgl. Abbildung 2) definieren und diese in erschwingliche National-Health-Pakete integrieren.	Die besten Methoden und Ansätze identifizieren, um die HIV-Dienstleistungskette verschiedenen Zielgruppen in vielfältigen Kontexten und Gebieten zugänglich zu machen und dadurch Chancengleichheit und maximale Wirkung zu erzielen.	Nachhaltige Modelle für die Finanzierung der HIV-Bekämpfung definieren, damit Dienstleistungen in Anspruch genommen werden können, ohne in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten.	Bereiche identifizieren, in denen grosse Wissensdefizite und technologische Lücken bestehen. Rechtliche und politische Hürden identifizieren.
Strategische Grundlage: Surveillance-Response – das «wer», «wo» und «wann»			



- HIV-Surveillance in eine Hauptintervention umwandeln
- Informationen für zielgerichtetes und rechtzeitiges Handeln



6.1.1 Vision und Ziele

Vision:	Elimination	HIV-Übertragungen und Aids in der Schweizer Bevölkerung stoppen.
<u>1. Hauptziel:</u>	Zuständigkeit/ Verantwortung	Alle Stakeholder – staatliche Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene, Nichtregierungsorganisationen, gewinnorientierte Organisationen – erfüllen ihre gesetzliche Pflicht, alle Gesundheitsdienstleistungen rund um den <i>umfassenden HIV-Eliminationsprozess</i> der gesamten Schweizer Bevölkerung diskriminierungsfrei zur Verfügung zu stellen. Bei der Leistungserbringung werden die Menschenrechte und die medizinische Ethik respektiert und es kommt nicht zu einer Stigmatisierung von HIV-betroffenen oder -gefährdeten Menschen.
<u>2. Hauptziel:</u>	Zugang	
2.1.	<i>Prioritärer Zugang</i>	Zielgruppen ³⁶ mit einem erhöhten Expositions- und Übertragungsrisiko für HIV und einer erhöhten Vulnerabilität ³⁷ , wie MSM, Anwenderinnen und Anwender oraler Chemoprophylaxe (PrEP), Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern, PWID, Sexarbeitende, Transgender, Flüchtlinge und Gefängnisinsassen, werden prioritär behandelt. Die Gesundheitsdienstleistungen sind auf besondere Risiken, Vulnerabilität und Bedürfnisse ausgerichtet. ³⁸ Vorrangig werden Dienstleistungen in den geografischen Zentren der Epidemie angeboten,

³⁶ World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2016). *Action plan for the health sector response to HIV in the WHO European Region* (S. 2, Fussnote 1). «(...) Zielgruppen (...) sind Personen, die ein erhöhtes Expositions- und Übertragungsrisiko für HIV aufweisen und deren Engagement für eine erfolgreiche Bekämpfung entscheidend ist. In der europäischen Region der WHO zählen zu den Zielgruppen Menschen mit HIV, PWID, MSM, Transgender, Sexarbeitende, Gefängnisinsassen und Migrantinnen und Migranten. Die Sexualpartner der Menschen in diesen Gruppen werden ebenfalls als Zielgruppen betrachtet.» (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/357478/HIV-action-plan-en.pdf?ua=1).

³⁷ Bronfman M.N et al. (2002). *AIDS* 2002, 16 (suppl 3): S43. *Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action*. «Während das Risiko auf die Wahrscheinlichkeit und das individuelle Verhalten hinweist, ist die Vulnerabilität ein Indikator für soziale Ungleichheit und fordert Antworten auf sozialer und politischer Ebene (...).» (<https://pdfs.semanticscholar.org/f610/c8a6392870d13c7667e1df279ed73995733b.pdf>).

³⁸ World Health Organization (WHO) (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. 2016 update*. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf?sequence=1>).



		und die Kapazitäten der geografischen Zentren werden gestärkt. ³⁹ Machbarkeit und Kosteneffektivität von kostenlosen Dienstleistungen für Personen der Zielgruppen, die sich in einer wirtschaftlich schwierigen Situation befinden, sollen überprüft werden. Überdies sollen soziale Indikatoren für die Anspruchsvoraussetzungen (z. B. «Asyl Suchende/r», «Gefängnisinsassin/Gefängnisinsasse», «Jugendliche/r vor der Volljährigkeit», «Sans-Papiers» (illegale Migration)) entwickelt werden.
2.2.	<i>Integrierter Zugang</i>	Die Zielgruppen werden durch Sexuelle Gesundheit Schweiz und andere Gesundheitsdienste sowie durch Communityarbeit und aufsuchende Sozialarbeit identifiziert und erhalten Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen rund um die <i>umfassenden HIV-Eliminationsprozesse</i> . Dies erfordert unter anderem die Entwicklung einer umfassenden Strategie, um den Zugang der Zielgruppen und der Allgemeinbevölkerung zu HIV-Tests zu verbessern. ⁴⁰
2.3.	<i>Allgemeiner Zugang</i>	Alle in der Schweiz lebenden Personen haben ohne finanzielle Risiken uneingeschränkten Zugang zu allen Gesundheitsdienstleistungen rund um die <i>umfassenden HIV-Eliminationsprozesse</i> .
<u>3. Hauptziel:</u>	Nachhaltigkeit	Die Eliminationsprozesse sind nachhaltig, weil sie auf der Beteiligung der Zielgruppen, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, Innovation und breiter politischer Unterstützung aufbauen.
<u>4. Hauptziel:</u>	Surveillance-Response⁴¹	Basierend auf einem «Reverse-Engineering»-Ansatz überwacht ein Surveillance-System Erfolge oder Misserfolge in der gesamten Präventions- und Behandlungskette und informiert alle Beteiligten über den Fortschritt der Elimination und die

³⁹ Z. B. wenn Schweizer Städte eine aktive Rolle spielen im «Fast Track Cities»-Netzwerk der International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC) und von UNAIDS (<http://www.fast-trackcities.org/>).

⁴⁰ Vgl. Bize R., Vu F., Dubois-Arber F. et al., footnote 19.

⁴¹ World Health Organization (WHO). *Public-Health-Surveillance*. «Public-Health-Surveillance ist die systematische Sammlung, Analyse und Interpretation von Gesundheitsdaten, die für die Planung, Implementierung und Evaluation der Public-Health-Praxis benötigt wird. Diese Surveillance dient als Frühwarnsystem zur Verhinderung von Public-Health-Notfällen, zur Dokumentation der Wirksamkeit von Massnahmen und zur Überwachung von Fortschritten und der Epidemiologie von Gesundheitsproblemen. So können Prioritäten gesetzt und Public-Health-Strategien festgelegt werden.» (http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/); World Health Organization (WHO). *Surveillance*. «Überwachung ist die systematische laufende Sammlung, Zusammenstellung, Analyse und Interpretation von Daten sowie die Verbreitung von Informationen an diejenigen (Stellen), die informiert werden müssen, damit Massnahmen ergriffen werden können.» (https://www.who.int/tobacco/surveillance/about_surveillance/en/).



	Wirkung der Massnahmen mit Schwerpunkt auf Nachvollziehbarkeit, Zugang und Akzeptanz. Bei der Analyse und Interpretation der Daten werden sowohl die gesellschaftlichen Kontexte als auch Erfolge und Misserfolge der Präventionsbemühungen berücksichtigt. Der Surveillance-Response-Ansatz ermöglicht eine rechtzeitige Umsetzung von Massnahmen zur Verhinderung von Übertragungen. Die Surveillance wird somit selbst zu einer Intervention.
--	--

6.1.2 Ziele und Meilensteine

Unter Berücksichtigung der neusten epidemiologischen Entwicklungen und dem zukünftigen Potenzial von Interventionen wie PrEP schlägt die EKSG basierend auf der Annahme eines stetigen Rückgangs von jährlich 30 % folgende Entwicklung für neue HIV- und Aids-Fälle vor (basierend auf den Werten aus dem Jahr 2017 und unter Berücksichtigung neuester Modellierungen der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHCS) – vgl. Fussnote 13). Diese Entwicklung setzt voraus, dass alle Gesundheitsdienstleistungen rund um den Eliminationsprozess (vgl. Abbildung 2 und Kapitel 3) allgemein zugänglich gemacht und die dafür notwendigen Ressourcen konsequent bereitgestellt und genutzt werden:

Meilensteine	Dauer (Jahre)	HIV-Fälle	Aids-Fälle	jährliche Reduktion in %
2017	0	445	104	30
2018	1	312	73	30
2019	2	218	51	30
2020	3	153	36	30
2021	4	107	25	30
2022	5	75	17	30
2023	6	52	12	30
2024	7	37	9	30
2025	8	26	6	30
2026	9	18	4	30
2027	10	13	3	30
2028	11	9	2	30
2029	12	6	1	30
2030	13	4	1	30

Wichtige Ziele und Meilensteine neben der kontinuierlichen Reduzierung der Fälle:

- Bis 2020: Keine fortgeschrittene HIV-Erkrankung (m. a. W. keine Aids-Fälle) zum Zeitpunkt der HIV-Diagnose. Grundsatz: Keine verspätete Behandlung. Als spät gilt eine HIV-Diagnose, wenn gleichzeitig oder höchstens drei Monate nach der HIV-Diagnose Aids-Symptome festgestellt wurden.⁴²

⁴² Vgl. Fussnote 12.



- Bis 2020: Keine Hospitalisierung von Personen mit fortgeschrittener HIV-Erkrankung, deren Diagnose mehr als 6 Monate zurückliegt. Grundsatz: Keine verspätete Rückkehr in die Pflege.
- Bis 2020: Keine Therapieabbrüche bei PWID.⁴³ Grundsatz: Keine weiteren Übertragungen und keine weiteren Aids-Fälle.
- Bis 2020: Keine Aids-bedingten Todesfälle.

6.1.3 Wesentliche Herausforderungen bei der Erreichung der Hauptziele

Die EKSG hat 2018 einige der wesentlichen Herausforderungen, die sich bei der HIV/Aids-Elimination stellen, diskutiert. Im Folgenden werden die Ergebnisse der EKSG zusammengefasst.

	Hauptziel	Von der EKSG identifizierte Herausforderungen
	Elimination	<ul style="list-style-type: none"> • Das BAG und die Kantone erarbeiten und verabschieden eine nationale Strategie für die Elimination von HIV und Aids. • Das BAG entwickelt in Zusammenarbeit mit NGOs und den Kantonen eine umfassende Strategie für einen erleichterten Zugang der Zielgruppen und der Allgemeinbevölkerung zu HIV-Tests.⁴⁴ • Elimination Mutter-Kind-Übertragung.
1	Zuständigkeit/ Verantwortung	<ul style="list-style-type: none"> • Unter der Leitung des BAG sollen gemeinsam und in Absprache mit den Kantonen, die für den Zugang zuständig sind, mit Aids-Hilfe Schweiz, Sexuelle Gesundheit Schweiz, der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHCS) und anderen relevanten Organisationen ein Narrativ der «HIV-Elimination» und zentrale Massnahmen erarbeitet werden. • Die Kantone (z. B. kantonale Gesundheitsdirektionen, Kantonsärztinnen und -ärzte) sollen sich für einen besseren Zugang einsetzen, z. B. Massnahmen für die Überwindung von Sprachbarrieren; kultursensible Dienstleistungen; Abschaffung von schwarzen Listen mit Personen, die ihre Prämien nicht bezahlen. • Der Bund soll sich für einen besseren Zugang einsetzen, z. B. Ausweitung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf alle Gefängnisinsassen; Befreiung der Präventivtests für HIV und andere STI von der Franchise der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, systematisches HIV-Test-Angebot für alle Asyl Suchenden in den Zentren des Bundes.
2	Zugang	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung eines niedrigschwelligen, auch dezentralen Zugangs zu allen Einrichtungen und Gesundheitsdienstleistungen, auch zu Generika, entlang der HIV-Behandlungskette / entlang der HIV-«Cascade of Care» für Zielgruppen wie MSM, Migrantinnen und Migranten aus

⁴³ Vgl. Fussnote 12.

⁴⁴ Für eine ausführliche Übersicht über die Lücken und Möglichkeiten beim Testen von HIV in der Schweiz vgl. Bize R., Vu F., Dubois-Arber F. et al., Fussnote 19.



		<p>Hochprävalenzländern und Personen in Situationen hoher Vulnerabilität, wie Gefängnisinsassen, Asyl Suchende, Sexarbeitende und Transgender.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskriminierung und (Selbst-)Stigmatisierung bei bestimmten Interventionen vermeiden (z. B. Angebot von Routinetests für Asyl Suchende), indem Zielgruppen in die Massnahmenkonzipierung und -implementierung einbezogen werden. • Fokus auf «Übertragerinnen und Übertrager» • Fokus auf Partnerinnen und Partner von Personen auf PrEP. • Fokus auf die wichtigsten geografischen Gebiete mit anhaltender Übertragung (z. B. «Fast Track Cities», vgl. Fussnote 39). • Angebot kostenloser Dienstleistungen für Personen der Zielgruppen nach klar definierten sozialen Indikatoren, wie z. B. «Asyl Suchende/r», «Gefängnisinsassin/Gefängnisinsasse», «Jugendliche/r vor der Volljährigkeit», «<i>Sans-Papiers</i>» (illegale Migration). • Alle in der Schweiz lebenden Personen und vor allem diejenigen aus den Zielgruppen sollen Zugang zu den benötigten Dienstleistungen erhalten, ohne in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten.
3	Nachhaltigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Die erwarteten finanziellen und strategischen Auswirkungen der Elimination im Vergleich zum Status quo in der Krankheitsbekämpfung sollen erläutert werden. Das Ziel ist es, eine Prognose zur Kosteneffizienz einer Strategie zur HIV/Aids-Elimination in der Schweiz zu erstellen. • Modelle bezüglich Population, Dienstleistungen und Kosten entwickeln, die einen Einblick geben über den allgemeinen Zugang und die Gesundheitsversorgung in der Schweiz, z. B. in Anlehnung an das WHO-Modell zur allgemeinen Gesundheitsversorgung⁴⁵, das sich in drei Dimensionen gliedert und Antworten auf folgende Fragen gibt: 1) Bevölkerung: Wer ist versichert? 2) Dienstleistungen: Welche Dienstleistungen sind versichert? 3) Direkte Kosten: Wie hoch ist der Anteil der gedeckten Kosten?
4	Surveillance-Response	<ul style="list-style-type: none"> • Daten bezüglich des Verhaltens sollen systematisch als «Ereignisse» im Sinne von Art. 3 Bst. b Epidemiengesetz (SR 818.101) und unter Berücksichtigung von Art. 14 Epidemiengesetz gesammelt werden. Dies ist bei einer verhaltensbedingten Epidemie entscheidend, bei der die Prävention direkt auf das Verhalten abzielt. Diese Daten ermöglichen eine Überwachung des Verhaltens, was ein unverzichtbares Element der Surveillance darstellt.⁴⁶

⁴⁵ World Health Organization. *Universal Coverage – three dimensions* (http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/).

⁴⁶ Das BerDa-Tool des BAG dient als Beispiel einer guten Praxis für die Verhaltenssurveillance (vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/freiwillige-beratung-und-testung.html>).



		<ul style="list-style-type: none">• Das Ziel des Surveillance-Systems im Kontext der Elimination kann nicht darin bestehen, die Stakeholder des Nationalen Programms im Nachhinein über die Epidemiologie des letzten Jahres zu informieren.• Das Ziel muss vielmehr sein, alle neuen – symptomatischen und nicht symptomatischen – HIV-Infektionen zu erkennen, jeden einzelnen Infektionsfall zu untersuchen und dabei zwischen eingeführten und in der Schweiz erworbenen Fällen zu unterscheiden und sicherzustellen, dass jeder Fall rasch behandelt wird, um Sekundärinfektionen zu vermeiden. Dies erfordert höchste Disziplin in der Berichtspflicht, die stark verbessert werden muss.• Die HIV/Aids-Surveillance soll zu einer Hauptintervention im Nationalen Programm werden. Die Daten sollen kontinuierlich erfasst werden, sodass Massnahmen optimiert, Krankheitstrends eingeschätzt und Ausbrüche bekämpft werden können.• Die Surveillance soll sich nach den standardisierten Indikatoren gemäss WHO/UNAIDS/ECDC richten.• Die Surveillance soll sich auf minimale wesentliche Daten in Raum und Zeit fokussieren und mindestens folgende Indikatoren enthalten:<ul style="list-style-type: none">- HIV-«Cascade of Care» – Grundsatz: Eine effektive Behandlung stoppt Übertragungen;- Zeit zwischen Infektion und Behandlung; Motivation für die Testung; sexuelles (Risiko-)Verhalten (Warum wurde das Risiko eingegangen? Warum gab es keine effektive Risikoreduktionsstrategie?) – Grundsatz: Die meisten Infektionen treten auf, wenn infizierte Personen noch nicht in Behandlung sind.• Surveillance-Response soll an verschiedene Zielgruppen angepasst und die minimalen wesentlichen Indikatoren/Daten in Raum und Zeit sollen dementsprechend definiert oder verändert werden. – Grundsatz: Zielgruppen rechtzeitig erreichen.• Informationen über die Partnerinnen und Partner von Personen auf PrEP sammeln, da diese der Infektionsgefahr am stärksten ausgesetzt sind.• Informationen zur Frage «Warum haben Sie sich testen lassen?» unter den Personen, die sich neu mit HIV infiziert haben.
--	--	---



6.1.4 Zentrale Herausforderungen

Raschere administrative Bekämpfung von HIV/Aids

«Elimination» erfordert eine Beschleunigung der gesamten Eliminationsprozesse (vgl. Abbildung 2). Entscheidend ist, dass auch die administrativen Prozesse zur Bereitstellung von Innovationen wie PrEP beschleunigt werden. Die verantwortlichen Stellen wie Swissmedic müssen eng und transparent mit dem BAG zusammenarbeiten und zeitnah und erfolgreich kommunizieren, um bessere Public-Health-Ergebnisse zu erzielen. Kompetenzen und Prozesse sollen so ausgerichtet sein, dass Innovationen effizient und rasch auf ihre Kosteneffizienz hin bewertet und zur rechtmässigen Anwendung freigegeben werden können. Dies ist ein wesentlicher Bestandteil der Verantwortung eines Staates, um seine Bürgerinnen und Bürger vor potenziell tödlichen Krankheiten zu schützen. Eine solche Reform ist nicht nur für die Bekämpfung von HIV/Aids und STI von Vorteil, sondern für alle Public-Health-Programme, die auf eine rasche Reaktion abzielen.

Stärkung und bessere Koordination der HIV-Teststrategie

In der Schweiz gibt es keine umfassende und koordinierte Strategie und kein Netzwerk für die Testung von HIV. Das Erreichen der HIV-Elimination erfordert umfangreiche Bemühungen, um die Lücken in der HIV-Test-Strategie zu schliessen. Klare und einfache Leitlinien wie eine Empfehlung für alle Bürgerinnen und Bürger, sich mindestens einmal im Leben⁴⁷ auf HIV testen zu lassen, sind notwendig, damit die Allgemeinbevölkerung, Zielgruppen, Gesundheitsfachpersonen und Stakeholder der Communities wissen, wer sich wann und wo auf HIV testen soll. Alle bekannten Hindernisse, die sich beim Testen von HIV stellen, müssen in den Ziel- und Subgruppen systematisch angegangen werden. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit mit diesen Gruppen. Das Potenzial von Schnelltests und Selbsttests muss vollkommen ausgeschöpft werden, um unterversorgte Gruppen besser erreichen zu können. Die Bemühungen um eine Elimination werden auf einer umfassenden Analyse der aktuellen HIV-Teststrategie aufbauen, und die Empfehlungen der *Arbeitsgruppe Testing* der EKSG sollen berücksichtigt werden.⁴⁸

Bevölkerungsdynamik als Herausforderung in allen Populationen

Eine der grössten Herausforderungen für jedes Public-Health-Programm in Zeiten globaler Mobilität ist die Bevölkerungsdynamik. Ob Angehörige eines bestimmten Staates oder Ausländerinnen und Ausländer – alle Populationen weisen eine zunehmende Migrationsdynamik auf, die auf wirtschaftliche (z. B. Mobilität der Arbeitskräfte; Migration aufgrund wirtschaftlicher Anreize), politische (z. B. Flüchtlinge) oder sozioökonomische

⁴⁷ Vgl. z. B.: Haute autorité de santé (HAS). *Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations*. (Mars 2017) (https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_conclusions_reco.pdf).

⁴⁸ Vgl. Bize, R., Vu, F., Dubois-Arber, F. et al., Fussnote 19.



und kulturelle (z. B. Touristen) Anreize zurückzuführen ist. Für jedes Programm zur Krankheitsbekämpfung muss daher entschieden nach Wegen gesucht werden, diese Dynamik stets im Blick zu behalten und sich ihr anzupassen. Ein effektives Surveillance-System muss daher in der Lage sein, die Bevölkerungsdynamik in allen Populationen abzubilden und zu interpretieren und daraus Empfehlungen für die Krankheitsprävention und -bekämpfung abzuleiten (vgl. Auch Fussnoten 10, 11 und 14).

Herausforderungen bezüglich aller Zielgruppen

Die EKSG hat einige zentrale Herausforderungen identifiziert, die für alle Zielgruppen relevant sind.

Herausforderungen	Grundsatz
Bei allen Zielgruppen ist regelmässig die Grösse der jeweiligen Population zu berücksichtigen.	Zur Abschätzung der Prävalenz und Inzidenz in Zielgruppen und zur Berücksichtigung ihrer demografischen Entwicklung. Dies ist auch sinnvoll, damit das Konzept der «Zielgruppen» seine innere Dynamik behält. Eine heutige Zielgruppe ist in Zukunft möglicherweise keine mehr und die Krankheitsbelastung in Zielgruppen kann sich mit der Zeit verändern.
Die HIV-«Cascade of Care» (CoC) soll für alle Zielgruppen regelmässig angepasst werden.	Zur Messung und Visualisierung der Qualität des Gesundheitsversorgungssystems bezüglich Diagnose, Behandlung und Ergebnissen der Behandlung von Zielgruppen mit HIV und zur Einschätzung der Gesamtzahl der Personen in Zielgruppen, die infiziert sind, und der Gesamtzahl der Personen in Zielgruppen, die infiziert sind, jedoch nichts von ihrer Infektion wissen.
Für alle Zielgruppen sollen offizielle Test-Leitlinien mit evidenzbasierten und differenzierten Algorithmen zur Anwendung kommen.	Es braucht klare Richtlinien, um die Test-Kosten von der Franchise der obligatorischen Krankenpflegeversicherung befreien zu können.
Für alle Zielgruppen sollen die Test-Kosten von der Franchise der obligatorischen Krankenpflegeversicherung befreit werden.	Die Senkung der Test-Kosten ist entscheidend für einen besseren Zugang zum Testen als wichtige Dienstleistung im Eliminationsprozess.
Allen Personen aus den Zielgruppen, die nicht krankenversichert sind (entweder weil sie nicht berechtigt sind oder aus anderen Gründen) sollen kostenlose HIV- und STI-Tests angeboten werden.	Die Senkung der Test-Kosten ist entscheidend für einen besseren Zugang zum Testen als wichtige Dienstleistung im Eliminationsprozess.



Herausforderungen bezüglich bestimmter Zielgruppen

Die EKSG hat einige Herausforderungen identifiziert, die nur für bestimmte Zielgruppen relevant sind.

Zielgruppe	Betroffene Gesundheitsdienstleistung* (vgl. Kapitel 3)	Herausforderungen bei den Hauptzielen			
		1. Verantwortung	2. Zugang	3. Nachhaltigkeit	4. Surveillance-Response
MSM	4. ⁴⁹	<ul style="list-style-type: none"> •Swissmedic, das BAG und die Pharma stellen PrEP kostengünstig als zugelassenes Präventionsmedikament in einer medizinisch überwachten Umgebung zur Verfügung. •Ziel: Deckung durch Krankenversicherung. 	MSM aktiv die Vorteile von medizinisch überwachtem PrEP vermitteln.	<ul style="list-style-type: none"> •Sicherstellen, dass alle PrEP-Anwenderinnen und -Anwender medizinisch engmaschig betreut werden, indem entsprechend der steigenden Anzahl von Personen auf PrEP, denen empfohlen wird, sich alle 3 Monate ärztlich untersuchen zu lassen, unter anderem Checkpoints und andere 	Volumen/Erfolg/Misserfolg der angestrebten Dienstleistungen messen.

⁴⁹ Die SwissPrEPared-Studie und das SwissPrEPared-Programm sind gute Modelle eines Surveillance-Response-Systems für Gesundheitsdienstleistungen für Zielgruppen mit dem Ziel, den Menschen, die sich mit PrEP behandeln lassen, eine optimale Versorgung zu bieten.



				Anlaufstellen zur Verfügung gestellt werden. •PrEP in gut konzipierte Public-Health-Programme implementieren (vgl. Fussnote 49).	
	6.; 1. – 4.	Weiterhin in Checkpoints investieren.	Möglichkeiten der Telemedizin prüfen; MSM mit Migrationshintergrund zugänglich machen.		Checkpoints regelmässig evaluieren.
	6	Weiterhin in Test-Kampagnen wie STARMAN investieren.	MSM mit Migrationshintergrund zugänglich machen.		
Sexarbeitende ⁵⁰	1.; 3.;	•Der Bund überwacht die Umsetzung von Art. 27 EpV (SR 818.101.1).	Fokus auf MSM und Zugang zu PrEP.		Regelmässig überprüfen, wie verbreitet die Verwendung von Kondomen bei

⁵⁰ Für weitere Informationen zu Gruppencharakteristika und -bedürfnissen und empfohlenen Präventionstätigkeitsbereichen vgl.: Locicero et al. (2017). *Les comportements face au VIH et autres IST des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Enquête SWAN 2016*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé 276) (https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds276_fr.pdf).



		•Werbung für den Kondomgebrauch im Kontakt mit Sexarbeitenden.			Kunden von Sexarbeitenden ist.
	6	Beratung bei sexueller Gewalt und Sucht in die Standards für freiwillige HIV-Tests und -Beratung für Sexarbeitende integrieren.			
	7	Sexarbeitenden, die ungeschützten Geschlechtsverkehr praktizieren, PEP zur Verfügung stellen.			
	Alle Gesundheitsdienstleistungen		Sexarbeitende vermehrt mit umfassenden Präventionstätigkeiten ansprechen, um das Bewusstsein zu Risiken und Schutz zu fördern.		Regelmässig evaluieren, wie die Präventionsbotschaften von den Sexarbeitenden verstanden werden.



Migrantinnen und Migranten	1.; 2.; 3.; 4.	<ul style="list-style-type: none"> •Das BAG engagiert sich für kultursensible Kampagnen. •Die Kantone engagieren sich für eine kultursensible Sexualaufklärung. •Das BAG informiert über Verwendung und Nutzen von Kondomen und PrEP. •Alle Stakeholder setzen sich für erschwingliche Präventionsmittel ein. 	<ul style="list-style-type: none"> •Präventionsbotschaften allen Migrantinnen und Migranten zugänglich machen. •Alle Präventionsmittel allen Menschen entsprechend Risiken, Vulnerabilität und Bedürfnissen zugänglich machen. 	<ul style="list-style-type: none"> •Der Zugang ist nur dann gewährleistet, wenn Informationen und Kommunikation kulturell und sprachlich angepasst werden. •Der Zugang hängt von der Erschwinglichkeit ab. •Weitreichende Aktivitäten bezüglich Prävention und HIV-Tests entwickeln. 	Regelmässig evaluieren, wie die Präventionsbotschaften von den Migrantinnen und Migranten aufgenommen werden.
Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern	6.; 3.-4.	Das BAG und Partner richten Checkpoints für Migrantinnen und Migranten ein, um eine frühzeitige Identifizierung eingeführter HIV-	Kultursensibles Personal und Dolmetscherinnen und Dolmetscher für einen niederschweligen Zugang.	•Frühzeitiger Zugang zu freiwilligen HIV-Tests und -Beratung für Migrantinnen und Migranten in der Schweiz, um	Checkpoints regelmässig evaluieren.



		Fälle und weiterer Übertragungen in der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen.		anhaltende Übertragungen zu vermeiden. •Weitreichende Aktivitäten bezüglich Prävention und HIV-Tests entwickeln.	
Geschlossene Umgebungen					
Asyl Suchende in Asylzentren	6. (Als Gateway zu allen anderen Interventionen auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen der Epidemienverordnung (Art. 31 EpV; SR 818.101.1) und von Artikel 8 der neuen Verordnung des EJPD über den Betrieb von Zentren des Bundes und Unterkünften an den Flughäfen ⁵¹)	•Das Staatssekretariat für Migration (SEM) und die Kantone stellen systematisch allen Asyl Suchenden freiwillige HIV-Tests und -	Kostenloses Testen.	•Bei der Bereitstellung von Dienstleistungen zwischen den verschiedenen Gruppen von Asyl Suchenden keine Unterschiede	Regelmässig die Prävalenz bei Asyl Suchenden in den Asylzentren des Bundes und der Kantone evaluieren. Regelmässig evaluieren, ob die Möglichkeit des Testens von den

⁵¹ Verordnung des EJPD über den Betrieb von Zentren des Bundes und Unterkünften an den Flughäfen (<https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/aktuell/news/2018/2018-12-07/vo-zentrumsbetrieb-d.pdf>). Für alle relevanten Dokumente im Zusammenhang mit der Beschleunigung der Asylverfahren vgl.: <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/aktuell/news/2018/2018-12-05.html>. Wichtig im Zusammenhang mit dem Ziel einer Elimination von HIV/Aids ist, dass zahlreiche Asylsuchende nach einem Dublin- oder Asylerkenntnis nicht in ihre Heimat bzw. in einen Dublin-Staat ausreisen, sondern sogenannt «unkontrolliert abreisen» bzw. unter «andere Abgänge» in der Asylstatistik aufgeführt werden; dies betraf im Jahr 2017 ca. 60 % aller Fälle von abgewiesenen Asyl Suchenden. Vgl. Asylstatistik Total - Stand ZEMIS vom 31.10.2018 (<https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/publiservice/statistik/asylstatistik/uebersichten.html>). Laut Medienberichten verschwinden damit «über 60 % der Flüchtlinge spurlos» (*Asylsuchende sind keine Gefangenen und gehören auch nicht auf Vorrat eingesperrt*. NZZ vom 13.06.2018 (<https://www.nzz.ch/meinung/ein-asylgesuch-ist-kein-haftgrund-ld.1394173>)). Es ist deshalb möglich, dass sich zahlreiche ehemalige Asyl Suchende weiterhin als «Sans-Papiers» (Status: illegale Migration) in der Schweiz aufhalten (vgl. Fussnote 10), für welche der Zugang zum Gesundheitssystem i.d.R. schwieriger ist als für Asyl Suchende. Umso wichtiger wäre es, dass alle Asyl Suchenden die Chance haben, ihren Serostatus zu erfahren und, wenn nötig, die entsprechende Therapie und Behandlung zu erhalten. Gemäss Informationen des BAG entfielen z.B. in den Jahren 2013-2018 82 Neudiagnosen auf «Eritrea» und 60 auf «Kamerun», beides Länder, die auch in der



		<p>Beratung zur Verfügung.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Machbarkeit, Nutzen und Legitimität eines Opt-out-Ansatzes prüfen. •Der Bund implementiert ein Monitoring der Umsetzung von Art. 31 EpV (SR 818.101.1). 		<p>machen, um eine Stigmatisierung zu vermeiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Flüchtlingen frühzeitig freiwillige HIV-Tests und -Beratung zugänglich machen, um Behandlung und Pflege gewährleisten zu können. •Weitreichende Aktivitäten bezüglich Prävention und HIV-Tests entwickeln. 	<p>Migrantinnen und Migranten in den Asylzentren des Bundes und der Kantone in Anspruch genommen wird.</p>
Gefängnisinsassen	6 (Als Gateway zu allen anderen)	•Die Kantone stellen allen	Kostenloses Testen.	•Bei der Bereitstellung	Regelmässig die Prävalenz bei

Asylstatistik stark vertreten sind. Auch die Nationale Kommission zur Verhütung von Folter (NKVF) nimmt in einem Bericht indirekt Stellung für ein aktives HIV-Testangebot bereits in den Bundeszentren: «Die Kommission begrüsst das systematische medizinische Screening, vermisste hingegen beim Eintritt eine eigentliche medizinische Untersuchung bei der die somatischen und psychiatrischen Bedürfnisse von einer fachmedizinischen Person erfasst und bei Bedarf weiter untersucht werden.» Vgl. Nationale Kommission zur Verhütung von Folter (1. November 2018). *Bericht an das Staatssekretariat für Migration (SEM) betreffend Überprüfung durch die Nationale Kommission zur Verhütung von Folter in den Zentren des Bundes im Asylbereich 2017-2018*, S. 5 (<https://www.nkvf.admin.ch/dam/data/nkvf/Berichte/2018/bundesasylzentren/bericht-bundesasylzentren.pdf>). Und schliesslich befürworten auch der UNHCR, UNAIDS und die WHO in einer gemeinsamen Empfehlung, dass Asyl Suchenden freiwillige HIV- Tests und Beratung angeboten werde. Vgl.: UNHCR/UNAIDS/WHO (2014). *Policy Statement on HIV Testing and Counselling for Refugees and other persons of concern to UNHCR* (<https://www.unhcr.org/53a816729.html>).



	Gesundheitsdienstleistungen basierend auf den gesetzlichen Bestimmungen der Epidemienverordnung (Art. 30 EpV; SR 818.101.1) und den Leitlinien für die aktive Fallfindung in Gefängnissen durch das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) ⁵²	Gefängnisinsassen systematisch freiwillige HIV-Tests und -Beratung zur Verfügung. • Der Bund überwacht die Umsetzung von Art. 30 EpV (SR 818.101.1).		von Dienstleistungen zwischen den verschiedenen Gruppen von Gefängnisinsassen keine Unterschiede machen, um eine Stigmatisierung zu vermeiden. • Gefängnisinsassen frühzeitig freiwillige HIV-Tests und -Beratung zugänglich machen, um Übertragungen zu vermeiden und Pflege zu gewährleisten.	Gefängnisinsassen evaluieren. Regelmässig evaluieren, wie die Information über HIV-Tests von Gefängnisinsassen aufgenommen wird.
PWID	5.; 8.	Bestehendes Dienstleistungsniveau beibehalten.	Kostenlose Dienstleistung.	Keine Therapieabbrüche bei PWID.	• Regelmässig über die Prävalenz bei PWID und über die

⁵² European Centre for Disease Prevention and Control, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings* (<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Active-case-finding-communicable-diseases-in-prisons.pdf>).



					Evaluation von 5. berichten.
--	--	--	--	--	------------------------------

* 1. Schulische Sexualaufklärung; 2. «LOVE LIFE»-Kampagne; 3. Kondome; 4. PrEP; 5. Schadensminderung; 6. HIV-Tests; 7. PEP; 8. ART



6.1.5 Andere STI

In ihrer Global Health Sector Strategy on STIs 2016-2021 hat die Weltgesundheitsorganisation eine Vision zur Beseitigung aller gesundheitsrelevanten STIs formuliert. In der Schweiz beobachten wir derzeit einen beispiellosen Rückgang der HIV-Neuinfektionen, der mit einem Anstieg aller anderen STIs einhergeht. Der Anstieg bei Syphilis und höchstwahrscheinlich auch bei Gonorrhö scheint hauptsächlich auf eine Zunahme der Tests zurückzuführen zu sein, insbesondere bei MSM. Daher werden alle konzentrierten Bemühungen um die Beseitigung von HIV/AIDS auch einen massiven Spin-off-Effekt auf die erfolgreiche Kontrolle und eventuelle Beseitigung anderer STIs mit Bedeutung für die öffentliche Gesundheit haben. Die Schweiz kann daher die Vision und das langfristige Ziel verfolgen, nicht nur HIV/AIDS, sondern auch andere STIs, insbesondere Syphilis und Gonorrhoe, zu eliminieren, die in der gleichen Zielgruppe (MSM) wie HIV konzentriert sind. Daher können integrierte Maßnahmen, die sich an Zielgruppen richten, gleichzeitig die Beseitigung von HIV, Syphilis und Gonorrhö ermöglichen. Auf der Ebene der Kommunikation und Umsetzung wird das Narrativ der HIV-Elimination daher auch die Elimination anderer STIs anführen. Darüber hinaus sind spezifische strategische Anstrengungen erforderlich, um die Dienstleistungen auf jede STI und jede Bevölkerungsgruppe zuzuschneiden.



7. Fazit

Die Elimination von HIV/Aids ist in der Schweiz ein erreichbares Ziel. Alle erforderlichen Gesundheitsdienstleistungen sind verfügbar und können verschiedenen Populationen entsprechend Risiken, Vulnerabilität und Bedürfnissen zugänglich gemacht werden.

Die EKSG schlägt dem Bundesrat vor, den Schwerpunkt des zukünftigen Nationalen Programms zu HIV und STI auf die «Elimination von HIV/Aids in der Schweiz» zu setzen und damit den Weg für die Elimination anderer STI wie Syphilis und Gonorrhoe zu bereiten.

Es braucht ein starkes politisches Engagement, ein klares Bild der Elimination und Verbindlichkeit auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene, vonseiten der NGOs und der gewinnorientierten Organisationen. Ein schlüssiges Narrativ der Elimination soll als überzeugendes Kommunikationsmittel auf allen politischen Ebenen dienen. Die Kommunikation soll durch einen Investment-Case unterstützt werden, der die Kosteneffizienz der Elimination aufzeigt. Eine Beschleunigung der administrativen Prozesse zur Bekämpfung von HIV/Aids ist entscheidend, z. B. wenn es um die Zulassung neuer Indikationen für Medikamente geht, wie dies bei den Medikamenten für PrEP der Fall ist.

Für den Erfolg entscheidend sind die Zielgruppen mit einem erhöhten Expositions- und Übertragungsrisiko für HIV und einer erhöhten Vulnerabilität, wie MSM, Anwenderinnen und Anwender oraler Chemoprophylaxe (PrEP), Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern, PWID, Sexarbeitende, Transgender, Flüchtlinge und Gefängnisinsassen. Die Ressourcen müssen prioritär für diese Zielgruppen eingesetzt werden, und die Dienstleistungen müssen auf die geografischen Gebiete ausgerichtet werden, auf die sich die Epidemie konzentriert. Allen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz soll angeboten werden, sich so früh wie möglich nach der Einwanderung über ihren HIV-Status zu informieren, damit alle infizierten Personen die nötige Behandlung und Pflege erhalten und das HIV nicht weiter übertragen. Allen mobilen Personen, die in der Schweiz leben und vom Ausland zurückkehren, nachdem sie sich einem HIV-Risiko ausgesetzt haben, soll die Möglichkeit geboten werden, sich sobald wie möglich nach der Rückkehr über ihren HIV-Status zu informieren, damit alle infizierten Personen die nötige Behandlung und Pflege erhalten und das HIV nicht weiter übertragen.

Das Ziel der HIV-Elimination erfordert umfangreiche Bemühungen, um die Lücken in der aktuellen HIV-Test-Strategie zu schliessen. Es braucht klarere und einfachere Leitlinien, damit die Zielgruppen, Gesundheitsfachpersonen, Akteure in den Communities und die Allgemeinbevölkerung wissen, wer sich wann und wo auf HIV testen soll. Alle Hindernisse, die sich beim Testen von HIV stellen, müssen in allen Ziel- und Subgruppen systematisch ausgeräumt werden. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit mit diesen Gruppen. Das Potenzial von Schnelltests und Selbsttests («Heimtests») muss voll ausgeschöpft werden, um unterversorgte Gruppen besser erreichen zu können.

Erfolge und Misserfolge werden anhand eines Surveillance-Response-Systems mit einem «Reverse-Engineering»-Ansatz gemessen. So können Ergebnisse rechtzeitig in Massnahmen umgesetzt werden. Die weitere Surveillance muss die Bevölkerungsdynamik in allen Gruppen abbilden und interpretieren und daraus Empfehlungen zur Krankheitsprävention und -bekämpfung ableiten.