



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 23. Oktober 2017

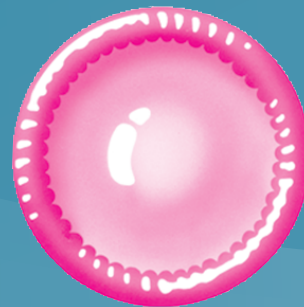
BAG-Bulletin

Woche

43/2017

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Jetzt neu:
Ihr persönlicher
Safer-Sex-Check
auf **lovelife.ch**



Jahresbericht HIV/STI, S. 10

Aktualisierte Safer-Sex-Regeln und ein individueller Safer-Sex-Check, S. 34

Impressum

HERAUSGEBER

Bundesamt für Gesundheit
CH-3003 Bern (Schweiz)
www.bag.admin.ch

REDAKTION

Bundesamt für Gesundheit
CH-3003 Bern
Telefon 058 463 87 79
drucksachen-bulletin@bag.admin.ch

DRUCK

ea Druck AG
Zürichstrasse 46
CH-8840 Einsiedeln
Telefon 055 418 82 82

ABONNEMENTE, ADRESSÄNDERUNGEN

BBL, Vertrieb Bundespublikationen
CH-3003 Bern
Telefon 058 465 5050
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

Das BAG-Bulletin ist eine amtliche Fachzeitschrift, die wöchentlich in französischer und deutscher Sprache erscheint. Sie richtet sich an Medizinfachpersonen, Medienschaffende, aber auch Interessierte. Die Publikation informiert aus erster Hand über die aktuellsten Gesundheitszahlen und relevanten Informationen des BAG.

Abonnieren Sie das Bulletin auch elektronisch unter:
www.bag.admin.ch/bag-bulletin

Inhalt

Meldungen Infektionskrankheiten	4
Sentinella Statistik	6
Wochenbericht zu den Grippeähnlichen Erkrankungen	6
HIV, Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2016: eine epidemiologische Übersicht	10
HIV und Aids in der Schweiz im Jahr 2016	12
Syphilis in der Schweiz im Jahr 2016	20
Gonorrhoe in der Schweiz im Jahr 2016	25
Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2016	30
Testsurveillance	32
Aktualisierte Safer-Sex-Regeln und ein individueller Safer-Sex-Check	35
Informationsmaterial zum Safer-Sex-Check	38
Jetzt gegen die Grippe impfen – sich und andere schützen	40
Ärztetarif TARMED:	
Bundesrat verabschiedet die Verordnungsänderung per 1. Januar 2018	41
Rezeptsperrung	43
Rauchende unterschätzen ihr Erkrankungsrisiko	44
Transplantationsgesetz: Lebendspender werden finanziell besser abgesichert	45

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 41. Woche (17.10.2017)^a

^a Arzt- oder Labormeldungen laut Meldeverordnung. Ausgeschlossen sind Fälle von Personen mit Wohnsitz ausserhalb der Schweiz bzw. des Fürstentums Liechtenstein. Zahlen provisorisch nach Eingangsdatum. Bei den in grauer Schrift angegebenen Daten handelt es sich um annualisierte Angaben: Fälle pro Jahr und 100 000 Wohnbevölkerung (gemäss Statistischem Jahrbuch der Schweiz). Die annualisierte Inzidenz erlaubt einen Vergleich unterschiedlicher Zeitperioden.

^b Siehe Influenza-Überwachung im Sentinella-Meldesystem www.bag.admin.ch/sentinella.

^c Ausgeschlossen sind materno-foetale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen.

^e Die Meldepflicht für Zika-Virus-Infektion wurde auf den 7.3.2016 eingeführt.

^f Eingeschlossen sind Fälle von Haut- und Rachendiphtherie, aktuell gibt es ausschliesslich Fälle von Hautdiphtherie.

Infektionskrankheiten: Stand am Ende der 41. Woche (17.10.2017)^a

	Woche 41			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Respiratorische Übertragung												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	3 1.80	2 1.20	3 1.90	8 1.20	8 1.20	6 0.90	113 1.30	108 1.30	105 1.30	86 1.30	90 1.40	85 1.30
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b	4 2.50	1 0.60	1 0.60	13 2.00	12 1.80	3 0.50	9478 112.10	3696 43.70	5798 69.30	7739 116.10	3570 53.50	5741 87.10
Legionellose	14 8.60	5 3.10	8 5.00	61 9.40	47 7.20	42 6.50	469 5.60	375 4.40	373 4.50	403 6.00	300 4.50	312 4.70
Masern	2 1.20			9 1.40	2 0.30	1 0.20	117 1.40	47 0.60	36 0.40	99 1.50	47 0.70	36 0.60
Meningokokken: invasive Erkrankung		1 0.60		2 0.30	4 0.60	2 0.30	55 0.60	50 0.60	46 0.60	49 0.70	44 0.70	37 0.60
Pneumokokken: invasive Erkrankung	15 9.20	17 10.40	10 6.20	54 8.30	54 8.30	41 6.40	960 11.40	835 9.90	808 9.70	735 11.00	614 9.20	658 10.00
Röteln^c									4 0.05			4 0.06
Röteln, materno-foetal^d												
Tuberkulose	5 3.10	21 12.90		40 6.20	53 8.20	37 5.80	564 6.70	591 7.00	515 6.20	437 6.60	487 7.30	414 6.30
Faeco-orale Übertragung												
Campylobacteriose	82 50.40	123 75.60	156 97.00	534 82.10	611 93.90	600 93.30	6937 82.00	7861 93.00	6842 81.80	5541 83.10	6368 95.50	5337 81.00
Enterohämorrhagische E. coli-Infektion	15 9.20	2 1.20	9 5.60	82 12.60	42 6.50	34 5.30	674 8.00	451 5.30	258 3.10	588 8.80	385 5.80	221 3.40
Hepatitis A	6 3.70	1 0.60		14 2.20	5 0.80	2 0.30	105 1.20	41 0.50	48 0.60	97 1.40	33 0.50	34 0.50
Listeriose			2 1.20		2 0.30	6 0.90	45 0.50	56 0.70	57 0.70	39 0.60	46 0.70	41 0.60
Salmonellose, S. typhi/paratyphi			1 0.60	2 0.30	1 0.20	1 0.20	22 0.30	25 0.30	14 0.20	18 0.30	19 0.30	11 0.20
Salmonellose, übrige	45 27.70	31 19.10	17 10.60	207 31.80	181 27.80	136 21.10	1839 21.70	1504 17.80	1273 15.20	1528 22.90	1196 17.90	1016 15.40
Shigellose	5 3.10	2 1.20	3 1.90	19 2.90	10 1.50	13 2.00	155 1.80	199 2.40	161 1.90	112 1.70	140 2.10	123 1.90

	Woche 41			Letzte 4 Wochen			Letzte 52 Wochen			Seit Jahresbeginn		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Durch Blut oder sexuell übertragen												
Aids		1 0.60		5 0.80	2 0.30	6 0.90	86 1.00	69 0.80	83 1.00	71 1.10	55 0.80	66 1.00
Chlamydiose	163 100.20	181 111.30	209 130.00	892 137.10	859 132.00	821 127.60	11042 130.60	10962 129.60	9919 118.60	8748 131.20	8695 130.40	7842 118.90
Gonorrhoe	38 23.40	44 27.00	41 25.50	207 31.80	177 27.20	153 23.80	2465 29.20	2377 28.10	1823 21.80	1987 29.80	1935 29.00	1499 22.70
Hepatitis B, akut		2 1.20	1 0.60		4 0.60	1 0.20	25 0.30	38 0.40	36 0.40	13 0.20	32 0.50	26 0.40
Hepatitis B, total Meldungen	3	38	34	108	132	112	1227	1480	1379	936	1162	1044
Hepatitis C, akut		1 0.60			1 0.20	1 0.20	30 0.40	50 0.60	46 0.60	24 0.40	37 0.60	37 0.60
Hepatitis C, total Meldungen	14	26	34	92	115	113	1414	1517	1537	1112	1217	1119
HIV-Infektion	11 6.80	34 20.90		41 6.30	52 8.00	18 2.80	493 5.80	518 6.10	533 6.40	385 5.80	444 6.70	434 6.60
Syphilis	22 13.50	17 10.40	24 14.90	122 18.80	73 11.20	98 15.20	1296 15.30	983 11.60	1082 12.90	1036 15.50	792 11.90	856 13.00
Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten												
Brucellose		1 0.60			2 0.30		9 0.10	6 0.07	2 0.02	8 0.10	6 0.09	1 0.02
Chikungunya-Fieber	1 0.60	1 0.60	1 0.60	2 0.30	4 0.60	1 0.20	18 0.20	37 0.40	53 0.60	16 0.20	31 0.50	32 0.50
Dengue-Fieber		4 2.50	4 2.50	2 0.30	13 2.00	19 3.00	146 1.70	202 2.40	178 2.10	107 1.60	162 2.40	154 2.30
Gelbfieber												
Hantavirus-Infektion				1 0.20		1 0.20	3 0.04	1 0.01	2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.03
Malaria	6 3.70	7 4.30	3 1.90	20 3.10	25 3.80	29 4.50	345 4.10	364 4.30	372 4.40	298 4.50	268 4.00	314 4.80
Q-Fieber					4 0.60	2 0.30	33 0.40	49 0.60	38 0.40	28 0.40	43 0.60	30 0.50
Trichinellose									1 0.01			1 0.02
Tularämie			3 1.90	5 0.80	8 1.20	7 1.10	89 1.00	59 0.70	44 0.50	76 1.10	44 0.70	33 0.50
West-Nil-Fieber												
Zeckenzephalitis	5 3.10	2 1.20	2 1.20	21 3.20	16 2.50	5 0.80	246 2.90	210 2.50	110 1.30	230 3.40	186 2.80	96 1.50
Zika-Virus Infektion [®]					3 0.50		11 0.10	51 0.60		8 0.10	51 0.80	
Andere Meldungen												
Botulismus						1 0.20	3 0.04	1 0.01	2 0.02	2 0.03	1 0.01	2 0.03
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit					2 0.30		14 0.20	18 0.20	16 0.20	12 0.20	12 0.20	13 0.20
Diphtherie ^f							3 0.04	5 0.06	9 0.10	1 0.01	4 0.06	9 0.10
Tetanus									1 0.01			1 0.02

Sentinella Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 13.10.2017 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

Woche	38		39		40		41		Mittel 4 Wochen	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Influenzaverdacht	7	0.6	14	1.1	11	1.0	16	2.1	12	1.2
Mumps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis	9	0.7	2	0.2	10	0.9	2	0.3	5.8	0.5
Zeckenstiche	8	0.7	6	0.5	3	0.3	7	0.9	6	0.6
Lyme Borreliose	7	0.6	7	0.6	3	0.3	5	0.7	5.5	0.6
Herpes Zoster	10	0.8	4	0.3	8	0.8	3	0.4	6.3	0.6
Post-Zoster-Neuralgie	4	0.3	2	0.2	0	0	2	0.3	2	0.2
Meldende Ärzte	145		142		122		95		126	

Wochenbericht zu den Grippeähnlichen Erkrankungen

Grippeähnliche Erkrankungen treten in unseren Breitengraden saisonal auf. Bisher konnte jeden Winter eine Grippewelle festgestellt werden. Von Jahr zu Jahr variieren aber deren Intensität, die Länge, die Art der zirkulierenden Virenstämme und die Auswirkungen auf die Bevölkerung. Um die Bevölkerung und die Ärzteschaft rechtzeitig über das Auftreten/ Eintreffen der Grippewelle und die Abdeckung durch den Grippeimpfstoff informieren zu können, erstattet das BAG zwischen Oktober und April wöchentlich Bericht und gibt eine Risikobeurteilung ab.

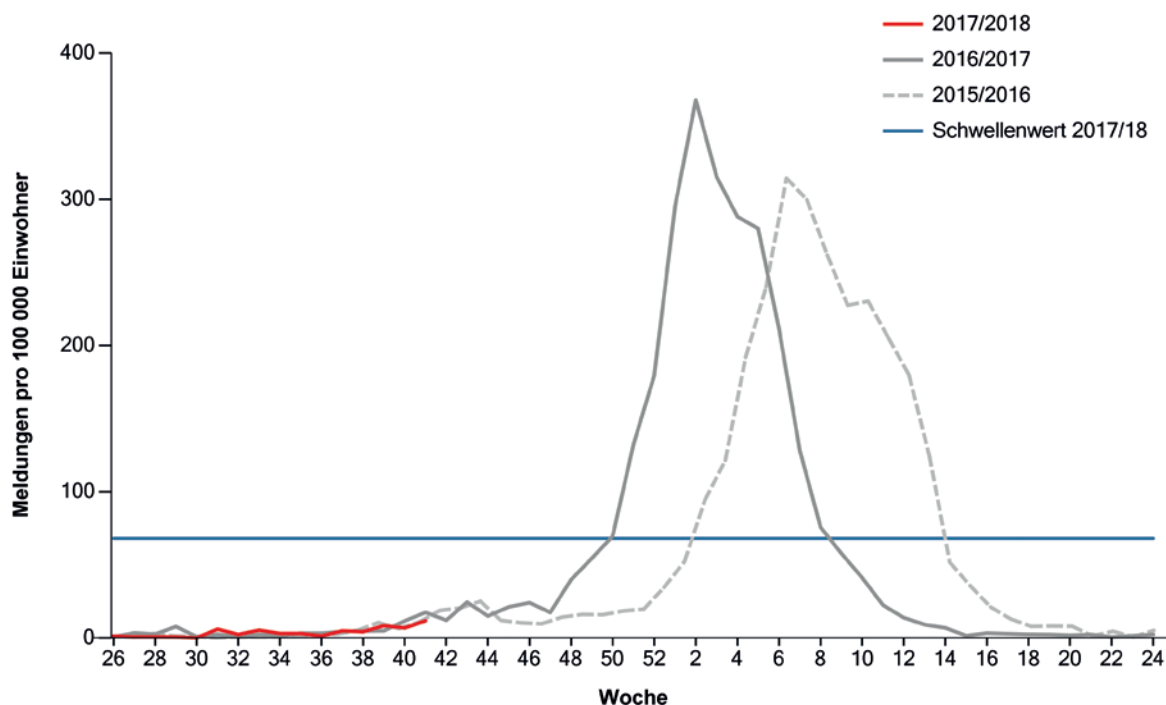
Woche 41/2017

Grippeähnliche Erkrankungen sind schweizweit sporadisch verbreitet. Während der Woche 41 wurden von 95 Ärztinnen und Ärzten des Sentinella-Meldesystems 2,1 Grippeverdachtsfälle pro 1000 Konsultationen gemeldet. Dies entspricht hochgerechnet einer Inzidenz von 12 Fällen pro 100 000 Einwohner.

Der saisonale epidemische Schwellenwert von 68 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner wurde noch nicht überschritten. (Grafik 1)

Grafik 1

Anzahl wöchentliche Konsultationen aufgrund Grippeähnlicher Erkrankungen, hochgerechnet auf 100 000 Einwohner



Die Inzidenz war in allen Altersklassen niedrig (Tabelle 1). Die Grippe ist in der Region 2 (BE, FR, JU) sporadisch verbreitet (Grafik 2, Kasten).

In der Woche 41 wies das Nationale Referenzzentrum für Influenza (CNRI) in Genf im Rahmen der Sentinella-Überwachung in einem der 6 untersuchten Abstriche Influenza A Viren nach.

Tabelle 1:
Altersspezifische Inzidenzen für die Woche 41/2017

	Grippebedingte Konsultationen pro 100 000 Einwohner	Trend
Inzidenz nach Altersklasse		
0–4 Jahre	9	–
5–14 Jahre	0	–
15–29 Jahre	26	–
30–64 Jahre	12	–
≥65 Jahre	9	–
Schweiz	12	–

Tabelle 2:

Zirkulierende Influenzaviren in der Schweiz

Häufigkeit der isolierten Influenzaviren und -subtypen/-linien sowie Abdeckung dieser Viren durch die Grippeimpfstoffe 2017/18

	Woche 41/2017*	Kumulativ Saison 2017/18	▲	■
Anteil Influenza-positive Proben	17 %	9 %	–	–
Anzahl untersuchte Proben	6	11	–	–
B Victoria	0 %	0 %	–	–
B Yamagata	0 %	0 %	–	–
B Linie nicht bestimmt	0 %	0 %	–	–
A(H3N2)	0 %	0 %	–	–
A(H1N1)pdm09	0 %	0 %	–	–
A nicht subtypisiert	100 %	100 %	–	–

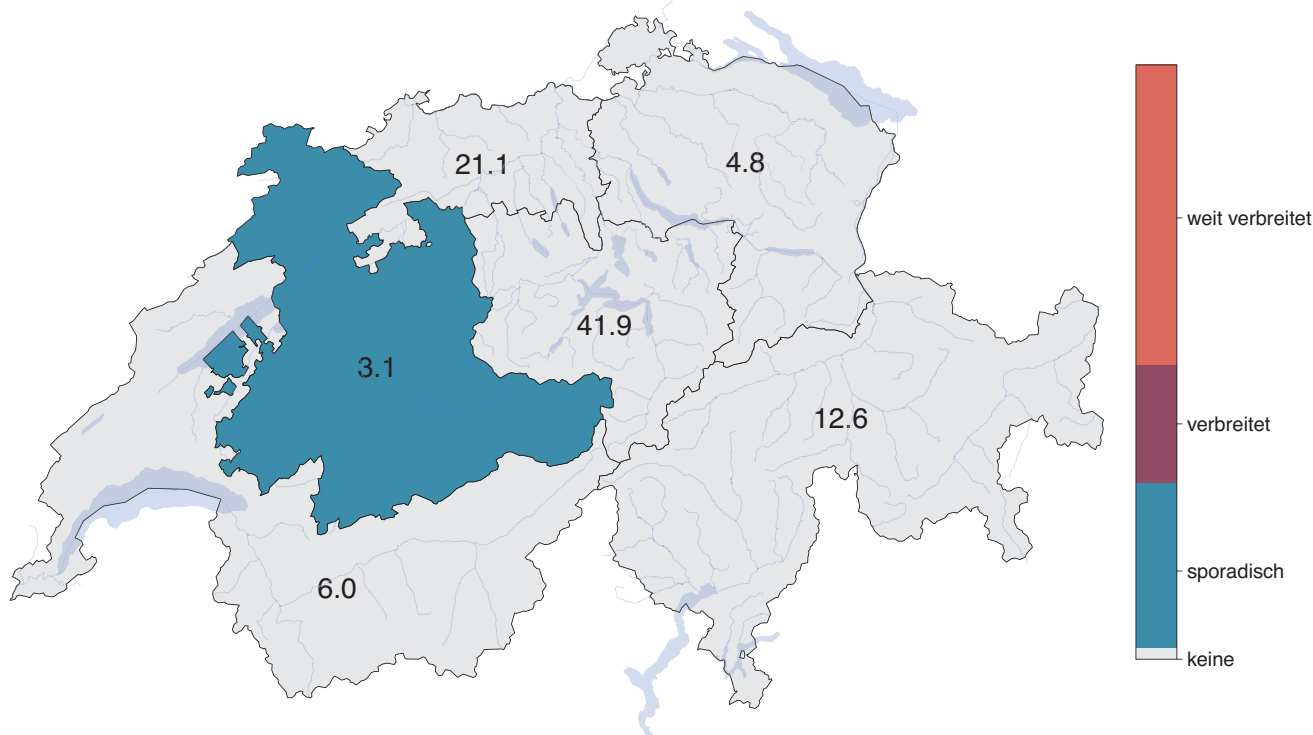
▲ Abgedeckt durch trivalenten Impfstoff 2017/18

■ Abgedeckt durch quadrivalenten Impfstoff 2017/18

* Provisorische Daten

Grafik 2

Inzidenz pro 100 000 Einwohner und Verbreitung nach Sentinella-Regionen für die Woche 41/2017



Region 1 (GE, NE, VD, VS), Region 2 (BE, FR, JU), Region 3 (AG, BL, BS, SO), Region 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG), Region 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH), Region 6 (GR, TI). Grau: keine Verbreitung; Blau: Verbreitung sporadisch; Violett: verbreitet; Rot: weit verbreitet

Internationale Situation

In Europa wurde in den vergangenen Wochen aus allen Ländern eine niedrige Aktivität der grippeähnlichen Erkrankungen gemeldet [1]. Ebenso verzeichneten Nordamerika und Asien eine niedrige Aktivität auf zwischensaisonalen Niveau [2–5].

In der gemässigten Zone der Südhemisphäre zirkulierten während der Grippesaison 2017 verschiedene Influenza-Subtypen gleichzeitig. In Südafrika, Australien und Neuseeland dominierten Influenza A(H3N2) und Influenza B Viren. In Südamerika dominierten Influenza A(H3N2) [6]. Die Mehrheit der untersuchten Influenza A(H3N2) sowie Influenza B Victoria Viren werden durch den von der WHO für die Nordhemisphäre empfohlenen trivalenten Grippeimpfstoff 2017/18 abgedeckt. Ebenso werden durch den tetravalenten Grippeimpfstoff 2017/18 zusätzlich die auf der Südhemisphäre gefundenen Influenza B Yamagata gut abgedeckt [7]. Die Influenza A(H3N2) Viren haben sich jedoch antigenisch verändert und wurden durch die Grippeimpfstoffe 2017 für die Südhalbkugel nur bedingt abgedeckt. Deshalb wurde in der Empfehlung der WHO für die Impfstoffzusammensetzung für die Südhalbkugel 2018 das Virus *A/Hong Kong/4801/2014* durch *Influenza A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016* ausgewechselt [8].

Die Sentinel-Überwachung der Grippe und der grippeähnlichen Erkrankungen in der Schweiz

Die epidemiologische Beurteilung der saisonalen Grippe beruht auf

- wöchentlichen Meldungen von Grippeverdachtsfällen von Ärztinnen und Ärzten, die dem Sentinella-Meldesystem angeschlossen sind,
- Untersuchungen von Nasenrachenabstrichen am Nationalen Referenzzentrum für Influenza (CNRI) in Genf und
- den Laborbestätigungen aller Influenzasubtypen, die im Rahmen der obligatorischen Meldepflicht ans BAG übermittelt werden

Die Typisierungen durch das CNRI in Zusammenarbeit mit dem Sentinella-Meldesystem erlauben die laufende Überwachung der in der Schweiz zirkulierenden Grippeviren.

Besten Dank an alle meldenden Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte. Ihre wertvolle Mitarbeit macht die Grippeüberwachung in der Schweiz erst möglich.

GLOSSAR

Epid. Schwellenwert:	Das Niveau der Inzidenz, ab welcher man von einer Epidemie spricht; basiert auf einem Durchschnitt der letzten zehn Saisons. Der epidemische Schwellenwert für die Saison 2017/18 liegt bei 68 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner.
Intensität:	Vergleich der aktuellen Inzidenz zum historischen Inzidenzverlauf. Sie wird während der Epidemie beurteilt und in vier Kategorien unterteilt: niedrig, mittelhoch, hoch und sehr hoch.
Inzidenz:	Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner; basiert auf der Anzahl Fälle pro Arzt-Patient-Kontakte.
Trend:	Vergleich der Inzidenz der aktuellen Woche zu den beiden vorhergehenden Wochen. Der Trend wird nur während der Epidemie bestimmt und in drei Kategorien unterteilt: steigend, konstant oder sinkend.
Verbreitung:	Die Verbreitung basiert auf <ul style="list-style-type: none"> • dem Anteil der meldenden Sentinella-Ärztinnen und -Ärzte die Grippeverdachtsfälle diagnostizierten • dem Nachweis von Influenzaviren am CNRI und wird in folgende Kategorien unterteilt: keine Verbreitung, sporadische Verbreitung, verbreitet, weit verbreitet

Referenzen

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza - Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 17.10.2017).
2. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 17.10.2017).
3. Canada Rapports hebdomadaires d'influenza. <http://www.canadiensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/fluwatch-reports-rapports-surveillance-influenza-fra.php> (accessed on 17.10.2017).
4. Japan NIID Surveillance report influenza. <http://www.nih.go.jp/niid/en/influenza-e.html> (accessed on 17.10.2017).
5. China National Influenza Center weekly reports. <http://www.chinaivdc.cn/cnic/> (last accessed on 3.10.2017; not accessible on 17.10.2017).
6. Australian Influenza Surveillance Report and Activity Updates – 2017 <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-ozflu-2017.htm> (accessed on 17.10.2017).
7. World Health Organisation (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2017-18 northern hemisphere influenza season. http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2017_18_north/en/ (accessed on 17.10.2017).
8. World Health Organisation (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2018 southern hemisphere influenza season. http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2018_south/en/ (accessed on 17.10.2017).

HIV, Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2016: eine epidemiologische Übersicht

Im Jahr 2016 lagen die Fallzahlen für alle vier sexuell übertragbaren Infektionen über den Werten des Vorjahres. Die Zunahme betrug für Gonorrhoe mit 2270 Fällen 20 %, für Syphilis mit 733 Fällen 15 %, für Chlamydiose mit 11 013 Fällen 8 % und für HIV mit 542 Fällen 1 %. Damit setzten sich die Zunahmen fort, die seit dem Jahr 2000 für Gonorrhoe und Chlamydiose sowie seit dem Jahr 2006 für Syphilis beobachtet wurden. Die HIV-Fallzahlen verharrten das zweite Jahr in Folge auf etwa gleichem Niveau, nachdem sie im Zeitraum 2008–2014 einem abnehmenden Trend gefolgt waren.

Die Zahlen haben für die drei bakteriellen Infektionen Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose gegenüber dem Vorjahr nicht nur absolut, sondern auch relativ zur Gesamtbevölkerung zugenommen. Die Zahl der Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner stieg für Gonorrhoe von 23 auf 27, für Syphilis von 8 auf 9 und für Chlamydiose von 122 auf 131. Für HIV blieb die Inzidenz unverändert bei 6,4 pro 100 000 Einwohner. Die höchsten Werte fanden sich für alle vier sexuell übertragbaren Infektionen (STI) inklusive HIV in der Grossregion Zürich und in der Genferseeregion – Regionen mit grossen städtischen Bevölkerungsanteilen. Die ländlichen Regionen wiesen deutlich tiefere Zahlen auf.

Mit einem Frauenanteil von 67 % unterschieden sich die Chlamydiosefälle deutlich von den anderen drei STI, welche mehrheitlich Männer betrafen. Der grösste Männeranteil war mit 89 % bei Syphilis zu beobachten, gefolgt von Gonorrhoe mit 79 % und HIV mit 78 %. Wie bisher war im Jahr 2016 der Anteil Männer, welche sich über Sexualkontakte mit anderen Männern angesteckt hatten (MSM), sowohl bei Syphilis (82 %) als auch bei HIV (69 %) höher als der Anteil Männer mit heterosexuellem Ansteckungsweg (bezogen auf die Fälle mit bekanntem Ansteckungsweg). Bei der Gonorrhoe dagegen hat der Anteil MSM erst seit dem Jahr 2010 stark zugelegt und machte im Jahr 2016 fast die Hälfte aller Fälle bei Männern aus.

Die Mehrheit der Ansteckungen mit Gonorrhoe und Syphilis erfolgte innerhalb der Schweiz, wobei bei Syphilis der Anteil mit Infektionsort in der Schweiz je nach Ansteckungsweg und Nationalität leicht variierte: MSM steckten sich etwas häufiger in der Schweiz an als Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg und Personen mit Schweizer Pass etwas häufiger als Personen aus dem Ausland. Auch bei den HIV-Fällen bei MSM war zu sehen, dass sich Schweizer etwas häufiger in der Schweiz ansteckten als Ausländer. Bei den HIV-Fällen mit heterosexuellem Ansteckungsweg hingegen machte die Nationalität einen grossen Unterschied aus: Mehr als die Hälfte der

Personen mit Schweizer Pass steckten sich in der Schweiz an, jedoch nur ein Viertel der Personen aus dem Ausland.

Unter den Gonorrhoefällen steckten sich die meisten Frauen (88 %) bei einem bekannten Partner an; bei Syphilis waren es 88 % und bei HIV 73 %. Anonyme Partner und bezahlter Sex waren für Frauen bei allen drei Infektionen als Ansteckungsquellen von untergeordneter Bedeutung. Bei den Männern dagegen spielten anonyme Kontakte sowohl bei den MSM (Gonorrhoe 45 %, Syphilis 36 % und HIV 59 %) wie auch bei den durch heterosexuellen Kontakt Infizierten eine wichtige Rolle.

Im Rahmen der Analysen für diesen Jahresbericht wurden anonyme Meldungen aus Schweizer VCT-Zentren, die zwischen Juni 2016 und Dezember 2016 am BAG eingegangen sind, nicht berücksichtigt¹. Hierdurch werden sexuell übertragene Infektionen insbesondere bei MSM und Sexarbeiterinnen (Female Sex Worker=FSW) untererfasst, da beide Personengruppen sich häufiger als andere anonym testen lassen. Entsprechend sind für das Gesamtbild 46 Syphilisfälle (42 bei MSM, 4 bei FSW; nur vom Behandler als «aktiv» beurteilte Fälle), 138 Gonorrhoefälle (131 bei MSM, 7 bei FSW) sowie 144 Chlamydiosefälle (112 bei MSM, 11 bei FSW, 21 bei anderen Männern und Frauen) dazuzurechnen.

FAZIT

Die Zunahme der Fallzahlen für Gonorrhoe, Syphilis und Chlamydiose im Jahr 2016 weist auf weiteren Handlungsbedarf bei der Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten hin. Zwar können die drei Krankheiten medikamentös mittels

1. Es handelt sich um anonyme Meldungen aus folgenden VCT-Zentren: Aidshilfe beider Basel, Checkpoint Basel, Checkpoint Bern, Checkpoint Genf, Checkpoint Vaud, Checkpoint Zürich, Consultation de santé sexuelle (Profa, Vaud), Inselspital Bern, Isla Victoria (Zürich), Kantonsspital St. Gallen, PMU Lausanne.

Antibiotika behandelt werden, jedoch gibt es Einschränkungen. Diese sind unter anderen Antibiotika-Resistenzen bei der Behandlung von Gonorrhoe, sowie asymptomatisch oder mild verlaufende Fälle, welche zu Spätfolgen und bei Frauen zu Schwangerschaftskomplikationen und schweren Erkrankungen des Neugeborenen führen können. Die Kenntnis der aktuellen Leitlinien und der Einsatz der am besten wirksamen Antibiotika sind daher fundamental. Zudem ist die breite Bekanntmachung des Safer-Sex-Checks – also der aktualisierten Safer-Sex-Regeln – von grosser Wichtigkeit. Weitere bedeutende Pfeiler der STI-Prävention sind zudem die schnelle Diagnose und gleichzeitige Behandlung der infizierten Personen und ihrer Sexualpartner und -Partnerinnen zur Vermeidung von gegenseitigen Reinfektionen.

Auch HIV bleibt eine Herausforderung für die Öffentliche Gesundheit. Schwierig ist die Interpretation der Zahl der frischen Infektionen, die sich aus einem von den HIV-Bestätigungslabors durchgeführten Assay ergibt. Mit frischer Infektion ist gemeint, dass sich die Ansteckung wahrscheinlich weniger als ein Jahr vor der Diagnose ereignete. Diese Zahl war in den

letzten Jahren Schwankungen unterworfen, insbesondere bei MSM. Das BAG schliesst daraus, dass sich bei MSM die Zahl von Neuinfektionen zumindest stabilisiert hat, da die Testhäufigkeit bei MSM gemäss Daten aus dem BerDa-System stetig zugenommen hat. (BerDa = **B**eratungs- und **D**atenerfassungssystem, vgl. Artikel über Testsurveillance in diesem Heft). Eine weitere Herausforderung ist die möglichst frühe Diagnose von HIV-Infektionen bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg, insbesondere bei Personen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz (für die Schweiz spielen hauptsächlich die Länder südlich der Sahara eine Rolle, vereinzelt aber auch Länder der Karibik). Ein wichtiger Beitrag kann von der Ärzteschaft geleistet werden, die vermehrt in Konsultationen einen HIV-Test vorschlagen kann, wenn ein erhöhtes HIV-Ansteckungsrisiko in der Vergangenheit anzunehmen ist (PICT = Provider Initiated Counselling and Testing).

Kontakt:

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Telefon 058 463 87 06

HIV und Aids in der Schweiz im Jahr 2016

Die gemäss HIV-Testkonzept [1] für die HIV-Diagnostik und -Meldung in der Schweiz zuständigen Laboratorien meldeten für das Jahr 2016 insgesamt 542 neue HIV-Diagnosen, knapp 1 % mehr als im Vorjahr.

DATENLAGE

HIV wird in der Schweiz seit 1985 kontinuierlich überwacht. Seither melden die aufgrund des HIV-Testkonzeptes für die Bestätigung von HIV-Diagnosen zuständigen Laboratorien dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und dem zuständigen Kantonsarzt Alter, Geschlecht und Wohnkanton der Personen mit einer HIV-Diagnose. Das BAG fordert bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zusätzlich zur Diagnose noch ergänzende Angaben an, wie beispielsweise über den Ansteckungsweg oder die Nationalität. Zu diesem Zweck dient ein besonderes Meldeformular (Anmerkung 1).

Für das Jahr 2016 wurden 542 bestätigte HIV-Fälle gemeldet – knapp 1 % mehr

als im 2015, was einem Gleichstand entspricht (Meldungen bis 30.6.2017 berücksichtigt). Von 2008 bis 2014 hatten die HIV-Fälle von Jahr zu Jahr fast ausnahmslos abgenommen (Abbildung 1). Dieser abnehmende Trend hat sich somit das zweite Jahr in Folge nicht mehr fortgesetzt.

GESCHLECHT

Die Mehrheit der gemeldeten HIV-Fälle betraf Männer: Im Jahr 2016 war der Männeranteil 78 %, rund ein Prozent höher als im Vorjahr. Die Inzidenz, das heisst die Anzahl neuer Fälle pro 100 000 Einwohner, lag im Jahr 2016 ähnlich wie in den Vorjahren für Frauen bei 2,7 und für Männer bei 10,1 pro 100 000 Einwohnern.

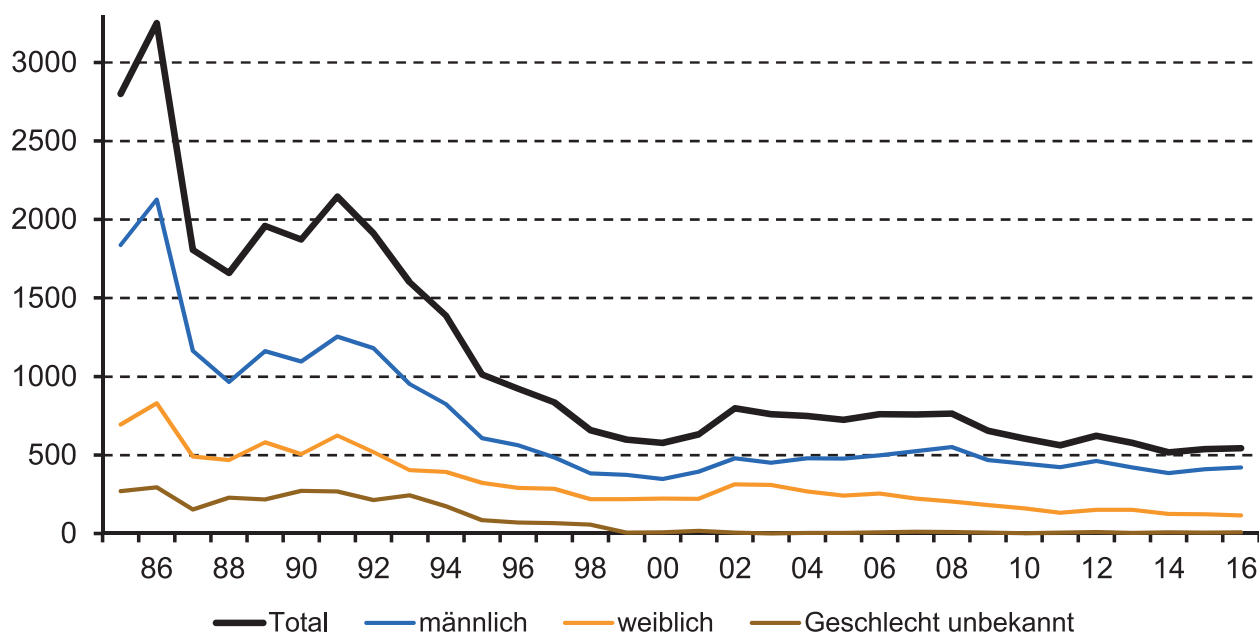
GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Für die ganze Schweiz und für beide Geschlechter zusammen lag die Inzidenz im Jahr 2016 bei 6,4 pro 100 000 Einwohner. Es gab jedoch grosse regionale Unterschiede mit einer Spannweite von 2,5 bis fast 11 Fällen pro 100 000 Einwohner (Tabelle 1). Die höchsten Inzidenzen fanden sich in der Grossregion Zürich und in der Genferseeregion, wo sich die grössten urbanen Zentren der Schweiz befinden. Die ländlich geprägten Regionen Ostschweiz und Zentralschweiz wiesen die niedrigsten Inzidenzen auf.

ALTERSVERTEILUNG

Für Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg lag der Altersmedian bei der HIV-Diagnose über die letzten fünf Jahre

Abbildung 1
HIV-Labormeldungen nach Geschlecht und Testjahr seit Beginn der Testungen, 1985–2016



gerechnet bei 38 Jahren. Mit anderen Worten heisst dies, dass die Hälfte dieser Frauen jünger als 38 Jahre war, die andere Hälfte älter. Männer mit heterosexuellem Ansteckungsweg waren bei der HIV-Diagnose älter: Ihr Altersmedian betrug nämlich 42 Jahre. Für Männer mit homosexuellem Ansteckungsweg (MSM) betrug dieser Wert 36 Jahre. Ein Blick auf die Altersverteilungen (Abbildung 2) zeigt, dass bei den Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg die Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen am häufigsten betroffen war (32 %), gefolgt von den 35- bis 44-Jährigen (29 %). Bei Männern mit heterosexuellem Ansteckungsweg war die Altersverteilung breiter, mit dem Maximum bei den 35- bis 44-Jährigen (26 %). Die Altersverteilung der MSM ähnelte derjenigen von heterosexuellen Frauen, ebenfalls mit dem Maximum bei den 25- bis 34-Jährigen (33 %). Gegenüber den anderen beiden Gruppen waren aber bei MSM mit 10 % auch noch jüngere Personen stärker betroffen. Somit waren Männer mit heterosexuellem Ansteckungsweg bei der HIV-Diagnose tendenziell älter als MSM und Frauen.

ANSTECKUNGSWEG

Wie in den Vorjahren wurde im Jahr 2016 für Männer mit HIV-Diagnose am häufigsten Sex mit anderen Männern als Ansteckungsweg genannt (61,4 %). An zweiter Stelle folgten heterosexuelle Kontakte (24,8 %). Die Benutzung kontaminierten Spritzbestecks bei Drogenkonsum (IDU) wurde in 2,6 % der HIV-Diagnosen bei Männern festgestellt. Schliesslich wurde für einen Mann eine Bluttransfusion als Ansteckungsweg genannt (im Ausland), und ein Knabe wurde perinatal von seiner Mutter mit HIV angesteckt (Herkunftsland Russland). Bei 11,2 % der HIV-Diagnosen bei Männern konnte der Ansteckungsweg nicht ermittelt werden.

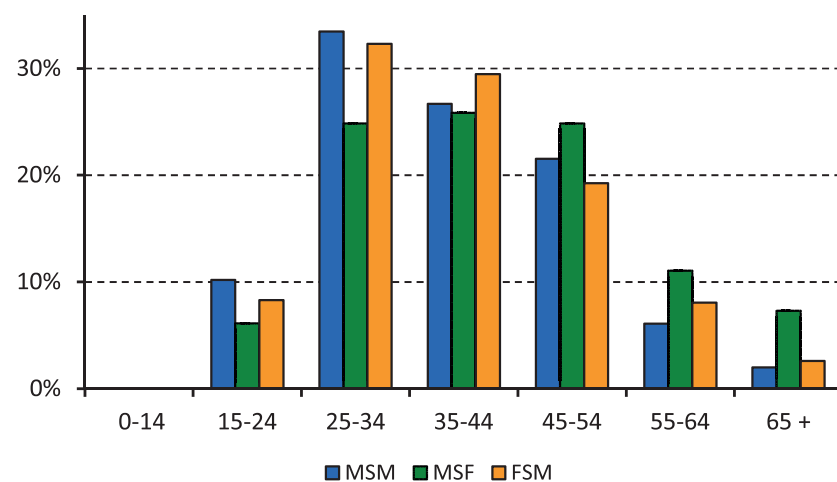
Frauen mit HIV-Diagnose im Jahr 2016 steckten sich ähnlich wie in den Vorjahren hauptsächlich auf heterosexuellem Weg an (73,0 %). In den übrigen Fällen zeigte sich ein Bild wie bei den Männern: IDU 3,5 %, Ansteckung durch Bluttransfusionen im Ausland (2 Fälle), und drei Mädchen, die perinatal von ihrer Mutter angesteckt wurden

Tabelle 1:
HIV-Inzidenz pro 100 000 Einwohner nach BFS-Grossregion¹ und Diagnosejahr, 2011–2016

Diagnosejahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ganze Schweiz	6,9	7,6	7,1	6,2	6,4	6,4
Genferseeregion	9,2	12,0	10,2	8,4	9,7	9,9
Espace Mittelland	5,5	5,4	5,9	5,5	6,1	3,7
Nordwestschweiz	5,2	5,4	5,8	5,5	4,3	5,8
Zürich	11,9	11,7	10,9	9,1	9,9	10,8
Ostschweiz	4,4	4,7	3,3	3,1	2,9	2,5
Zentralschweiz	3,8	3,3	4,0	3,7	2,7	3,4
Tessin	5,0	8,2	6,6	5,4	4,8	8,2

¹ Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang

Abbildung 2
Altersverteilung von Personen mit HIV-Diagnose nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht (Diagnosen der Jahre 2012 bis 2016 aus statistischen Gründen zusammengefasst).



¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern; MSF: Sexuelle Kontakte von Männern mit Frauen; FSM: Sexuelle Kontakte von Frauen mit Männern

(Herkunftsländer in Afrika). In 24,3 % liess sich der Ansteckungsweg nicht ermitteln. Die Häufigkeit der Fälle mit HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind entsprach 2016 den langjährigen Erfahrungen in der Schweiz. Ein Trend ist nicht ersichtlich.

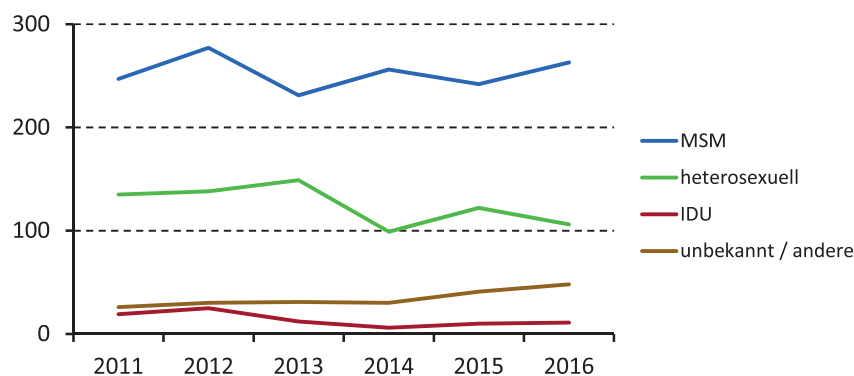
Werden die letzten sechs Jahre betrachtet, ist bei der Zahl der HIV-Diagnosen bei MSM kein klarer Trend erkennbar, da diese von Jahr zu Jahr beträchtlich schwankte (Abbildung 3). Bei Männern mit heterosexuellem Ansteckungsweg stiegen im gleichen Zeitraum die Fall-

zahlen zunächst an, gingen aber im Jahr 2014 abrupt zurück. Es gab schliesslich in dieser Gruppe im Jahr 2016 30 Fälle weniger als sechs Jahre zuvor (2011: 135 Fälle).

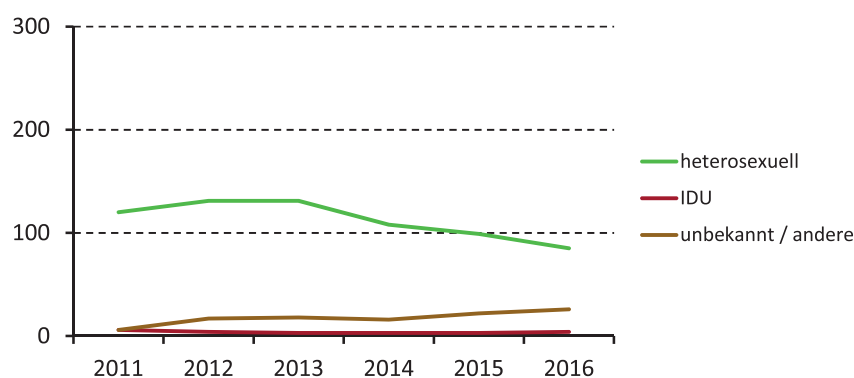
Bei Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg zeigte sich im gleichen Zeitraum eine fast stetige Abnahme der Fälle von 120 auf 84. Vor allem bei den Fällen mit heterosexuellem Ansteckungsweg dürften die in Abbildung 3 sichtbaren Entwicklungen mit der Ein- und Auswanderung von Personen mit ausländischer Nationalität zusammenhängen (siehe Abschnitt über Nationalität).

Abbildung 3
HIV-Diagnosen bei Männern und Frauen nach Ansteckungsweg¹ und Diagnosejahr, 2011–2016

Männer



Frauen



¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern; IDU: Injizierender Drogenkonsum

Tabelle 2:
HIV-Arztmeldungen nach Ansteckungsweg¹ und BFS-Grossregion², 2016

Ansteckungsweg:	heterosexuell		MSM		unbekannt/ andere	
	N	%	N	%	N	%
Ganze Schweiz	154	34,4 %	221	49,3 %	73	16,3 %
Genferseeregion	54	42,5 %	44	34,6 %	29	22,8 %
Espace Mittelland	24	40,7 %	27	45,8 %	8	13,6 %
Nordwestschweiz	18	32,1 %	26	46,4 %	12	21,4 %
Zürich	34	25,8 %	91	68,9 %	7	5,3 %
Ostschweiz	7	24,1 %	13	44,8 %	9	31,0 %
Zentralschweiz	8	36,4 %	10	45,5 %	4	18,2 %
Tessin	9	21,4 %	10	43,5 %	4	17,4 %

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern; andere: Injizierender Drogenkonsum, Transfusion, Mutter-Kind-Übertragung

² Definition der BFS-Grossregionen: siehe Anhang

Bei der Untersuchung der Ansteckungswege auf regionaler Ebene fällt auf, dass von den in der Grossregion Zürich gestellten HIV-Diagnosen 69 % MSM betrafen, das sind 20 % mehr als im Durchschnitt der Schweiz (49 %) (Tabelle 2). Ein ähnliches Bild zeigte sich schon seit Jahren bei der Untersuchung der Ansteckungswege auf kantonaler oder regionaler Ebene.

NATIONALITÄT

Von den HIV-Fällen mit bekannter Nationalität waren im Jahr 2016 ähnlich wie in den Vorjahren etwas weniger als die Hälfte (45 %) schweizerischer Nationalität. Dabei variierte dieser Anteil nach Geschlecht und Ansteckungsweg (Tabelle 3). Unter den Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg besaßen 34 % der Frauen den Schweizer Pass, gegenüber 49 % der Männer. Unter den Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg hatten 27 % die Nationalität eines Landes, das nach WHO-Kriterien als HIV-Hochprävalenzland (HPL) eingestuft wird (Anmerkung 2). Bei den Männern mit heterosexuellem Ansteckungsweg stammten 17 % aus einem HPL, also weniger als bei den Frauen mit 26 % (Tabelle 3). Die Hälfte der MSM mit HIV-Diagnose im Jahr 2016 waren Schweizer; weitere 31 % stammten aus dem europäischen Ausland. Der Anteil Schweizer bei MSM hat sich in den letzten Jahren schrittweise verringert; er lag 2014 mit 57 % deutlich über der Hälfte, 2015 noch bei 55 %. Von den MSM mit bekannter Nationalität stammte nur einer aus einem HPL. Es ist allerdings wahrscheinlich, dass diese Zahl zu klein ist, weil Sex unter Männern in afrikanischen Ländern stark stigmatisiert ist und die meisten MSM ihre sexuelle Orientierung verheimlichen dürften ([2]).

Im Zeitraum 2011–2016 dominierte bei Personen aus einem HPL der heterosexuelle Ansteckungsweg (Abbildung 4). Bei beiden Geschlechtern nahmen diese Fälle ab. Wahrscheinlich waren die betroffenen Personen häufig schon bei der Einreise in die Schweiz mit HIV angesteckt, obwohl es keine direkten Daten dazu gibt. Diese These wird beispielsweise durch die Angaben der meldenden Ärzte über den vermutlichen Ansteckungsort unterstützt (vgl. nächsten

Tabelle 3:
HIV-Arztmeldungen nach Nationalität, Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2016

Ansteckungsweg: Geschlecht:	heterosexuell				MSM	
	weiblich		männlich		N	%
	N	%	N	%	N	%
Schweiz	21	32,3 %	41	46,1 %	101	45,7 %
Europa	7	10,8 %	17	19,1 %	61	27,6 %
HIV-Hochprävalenzland	17	26,2 %	14	15,7 %	1	0,5 %
andere Länder	17	26,2 %	12	13,5 %	36	16,3 %
unbekannte Nationalität	3	4,6 %	5	5,6 %	22	10,0 %
Total HIV-Arztmeldungen	65	100,0 %	89	100,0 %	221	100,0 %

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 4:
Vermuteter Ort der HIV-Infektion nach Ansteckungsweg¹ und Nationalität, 2016

Ansteckungsweg: Nationalität:	heterosexuell				MSM			
	Schweiz		Ausland		Schweiz		Ausland	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Anzahl HIV-Arztmeldungen	62	100,0 %	92	100,0 %	101	100,0 %	120	100,0 %
Ort der Infektion								
Schweiz	26	41,9 %	19	20,7 %	55	54,5 %	48	40,0 %
Ausland	23	37,1 %	51	55,4 %	20	19,8 %	27	22,5 %
Unbekannt	13	21,0 %	22	23,9 %	26	25,7 %	45	37,5 %

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

Abschnitt, Tabelle 4). Überdies ergaben Untersuchungen der HIV-Meldelaboratorien, dass sich bei Personen aus einem HPL fast alle diagnostizierten HIV-Infektionen vor mehr als einem Jahr vor der Diagnose ereigneten (Anmerkung 3).

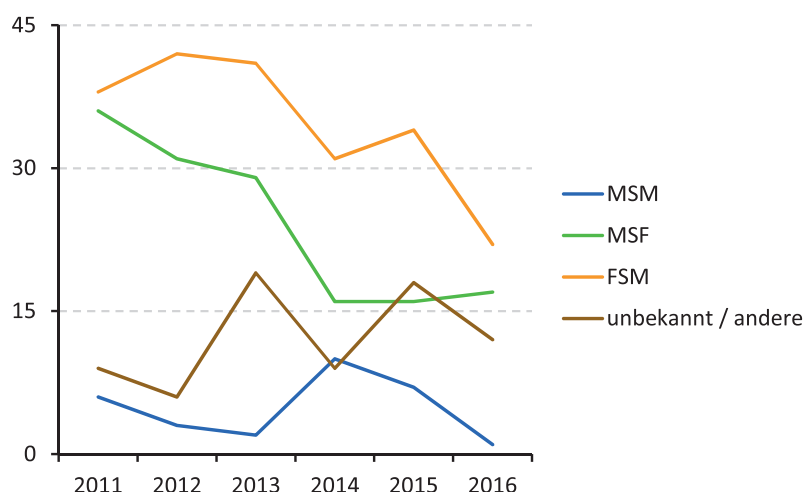
INFEKTIONSORT

Schweizer und Schweizerinnen mit heterosexuellem Ansteckungsweg steckten sich wie auch in den Vorjahren gemäss Angaben des Arztes häufiger in der Schweiz an als im Ausland, Personen mit ausländischem Pass deutlich häufiger im Ausland (Tabelle 4). Dabei scheint bei letzteren mit Ausland oft das Herkunftsland gemeint zu sein. Ein ähnliches Muster ist auch bei MSM sichtbar, wenn auch weniger ausgeprägt: Zwar steckten sich Schweizer häufiger in der Schweiz an als Ausländer, aber Schweizer wie Ausländer häufiger in der Schweiz als im Ausland.

INFEKTIONSQUELLE

Frauen mit heterosexuellem Ansteckungsweg steckten sich mehr als dreimal so häufig bei einem bekannten Partner als

Abbildung 4
HIV-Diagnosen bei Personen aus einem HIV-Hochprävalenzland nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2011–2016



¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern; MSF: Sexuelle Kontakte von Männern mit Frauen; FSM: Sexuelle Kontakte von Frauen mit Männern

bei einem anonymen Partner an, selten bei bezahltem Sex (Tabelle 5). Bei auf heterosexuellem Weg angesteckten Männern wurden als Infektionsquelle zu gleichen Teilen bekannte und anonyme

Partnerinnen angegeben. Werden in dieser Gruppe nur die Fälle mit Angabe der Infektionsquelle berücksichtigt, zeigt sich, dass bei rund einem Viertel der Fälle die Ansteckung bei bezahltem Sex

Tabelle 5:

Art der Beziehung zum vermuteten infektiösen Partner bei Personen mit HIV-Diagnose nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2016

Ansteckungsweg: Geschlecht:	heterosexuell		MSM	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Anzahl HIV-Arztmeldungen	65	100,0%	89	100,0%
Bekannter Partner	24	36,9%	14	15,7%
Anonymer Partner	7	10,8%	14	15,7%
Bezahlter Sex	2	3,1%	10	11,2%
Nicht eruierbar	10	15,4%	23	25,8%
Keine Angabe	22	33,8%	28	31,5%

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

erfolgte. Werden bei MSM nur die Fälle mit Angaben über die Infektionsquelle berücksichtigt, steckten sie sich am häufigsten bei einem anonymen Partner an (60 %), nur ausnahmsweise beim Sex gegen Bezahlung. Zu beachten ist, dass die Information über die Infektionsquelle je nach Gruppe in bis zu fast der Hälfte Fälle fehlte, was die Sicherheit Schlussfolgerungen einschränkt.

INFEKTIONSZEITPUNKT

Generell ist für die meisten HIV-Infektionen der Zeitpunkt der Infektion nicht bekannt. Infektionen, bei denen sich die Infektion weniger als ein Jahr vor der Diagnose ereignete, können in der Schweiz mit einem speziellen Laborverfahren erkannt werden («frische Infektion», Anmerkung 3). Ausserdem erlaubt die klinische Diagnose einer akuten HIV-Infektion (auch als Primoinfektion bezeichnet) den Rückschluss auf einen Infektionszeitpunkt einige Wochen vor der Diagnose (Anmerkung 4). Hingegen ist bei sogenannt später HIV-Diagnose die HIV-Infektion schon weit fortgeschritten, so dass erste Aidsymptome zu erwarten oder bereits bemerkbar sind. Als spät gilt hier eine HIV-Diagnose, wenn Aidsymptome gleichzeitig oder höchstens drei Monate nach der HIV-Diagnose festgestellt wurden.

Im Jahr 2016 wurde eine frische Infektion bei weniger als einem Zehntel der Frauen und bei einem Drittel der auf heterosexuellem Weg infizierten Männer festgestellt (Tabelle 6). Der Anteil war bei Frauen tiefer als im Vorjahr, was aber nicht als Abnahme ge-

wertet werden kann, da er auf lediglich 65 Arztmeldungen beruht und somit unpräzise ist. Bei MSM wurde knapp die Hälfte der Infektionen als frisch eingestuft. Der Anteil frischer Infektionen ist bei MSM seit Jahren höher als bei auf heterosexuellem Weg infizierten Personen, was auf eine höhere Infektionsrate hinweisen könnte. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass in dieser Gruppe häufiger HIV-Tests durchgeführt werden als bei den anderen Gruppen und somit die Wahrscheinlichkeit grösser ist, dass sie früh entdeckt und somit bei der Diagnose als frisch eingestuft werden (vgl. auch die Ausführungen zu Abbildung 5).

Auch die Häufigkeit, mit der akute HIV-Infektionen diagnostiziert wurden, war für MSM und auf heterosexuellem Weg angesteckte Personen unterschiedlich (Tabelle 6). Diese Diagnose wurde bei rund einem Sechstel der auf heterosexuellem Weg infizierten Personen beider Geschlechter gestellt, bei MSM doppelt so häufig. Neben dem Anteil frischer Infektionen ist dies ein weiterer Hinweis darauf, dass die HIV-Diagnose in dieser Gruppe generell früher gestellt wird.

Werden die auf den Meldeformularen der letzten drei Jahre angegebenen Gründe für den HIV-Test analysiert, zeigt sich, dass Symptome mit einem Drittel am häufigsten genannt wurden. In zwei Dritteln dieser Fälle stellte sich heraus, dass diese Symptome die Folge einer akuten HIV-Infektion waren. Wenn ein Test aus einem anderen Grund durchgeführt wurde (Risikoexposition oder

Screening, sonstige Gründe), wurde meist keine akute Infektion festgestellt. Die durch die akute HIV-Infektion verursachten Symptome waren somit in vielen Fällen der Grund, warum ein HIV-Test durchgeführt wurde. Wird diese Analyse separat nach Ansteckungsweg durchgeführt, zeigt sich, dass die Symptome der akuten HIV-Infektion bei MSM häufiger zur Durchführung eines HIV-Tests führten als bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg. Dies entspricht dem im vorhergehenden Abschnitt gezeigten Ergebnis, nämlich dass akute HIV-Infektionen bei MSM häufiger diagnostiziert werden als bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg.

Eine späte HIV-Diagnose wurde im Jahr 2016 bei einem Fünftel der MSM und durchschnittlich bei einem Viertel der Fälle bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg gestellt. Dieser Anteil war für beide Personengruppen grösser als im Jahr zuvor: bei MSM lag er im 2015 bei 6 % und bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg bei 17 %. Es bleibt abzuwarten, ob sich dies in den kommenden Jahren als Umschwung bestätigt oder ein vorübergehendes Phänomen darstellt.

Die verschiedenen in Tabelle 6 aufgelisteten Indikatoren für den Infektionszeitpunkt deuten zusammen darauf hin, dass HIV-Diagnosen bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg seltener als bei MSM zeitnah nach der Infektion gestellt werden, was damit zusammenhängen dürfte, dass sich MSM öfter testen lassen. Bei Frauen

Tabelle 6:
Indikatoren für den Infektionszeitpunkt in HIV-Arztmeldungen nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2016

Ansteckungsweg: Geschlecht:	heterosexuell		MSM			
	weiblich	männlich	weiblich	männlich		
Anzahl Arztmeldungen	65	*	89	*	221	*
Frische Infektion ²	5	7,7 %	29	32,6 %	107	48,4 %
Akute HIV-Infektion ³	8	12,3 %	13	14,6 %	62	28,1 %
Späte HIV-Diagnose ⁴	21	32,3 %	20	22,5 %	44	19,9 %

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

² HIV-Infektion weniger als ein Jahr vor der Diagnose (gemäss Inno-Lia-Laborassay, Anmerkung 3)

³ Frühstadium mit (oft grippeähnlichen) Symptomen, einige Wochen nach der Infektion

⁴ CDC-Stadium C gemäss HIV-Meldung oder mit Aidsdiagnose höchstens drei Monate nach der HIV-Diagnose

* Die Summe der Prozentsätze ist ungleich 100 %, da es sich um verschiedene Indikatoren und nicht um voneinander abgrenzbare Kategorien handelt.

mit heterosexuellem Ansteckungsweg dürfte auch mitspielen, dass sie mit 26,2 % häufiger als die anderen Gruppen aus einem Land mit hoher HIV-Prävalenz stammen (vgl. Abschnitt über Nationalität) und häufig bereits bei der Einreise infiziert waren. Daraus lässt sich schliessen, dass Ärztinnen und Ärzte in Konsultationen häufiger einen HIV-Test vorschlagen sollten, auch wenn nicht direkt der Verdacht auf eine HIV-Infektion besteht (HIV-Test auf Initiative des Arztes «PICT» [3]), um die Wahrscheinlichkeit einer möglichst frühen HIV-Diagnose zu erhöhen.

Der Anteil frischer Infektionen unterschied sich im Zeitraum 2011 bis 2016 im Mittel deutlich je nach Personen-Gruppe: Für MSM betrug er knapp die Hälfte der Fälle, für heterosexuell angesteckte Männer rund ein Viertel und für Frauen rund ein Achtel. Dieser Anteil änderte sich allerdings im Verlauf der Jahre: Bei MSM stieg er von 39 % auf 64 % an und lag 2016 wieder bei 48 %. (Abbildung 5, oberstes Teilbild). Bei auf heterosexuellem Weg angesteckten Männern nahm die Zahl der älteren Infektionen im Jahr 2014 abrupt ab, weshalb der Anteil frischer Infektionen von rund 20 % auf rund 30 % stieg (Abbildung 5, mittleres Teilbild). Der in dieser Gruppe sichtbare Rückgang der gesamten HIV-Diagnosen (vgl. Abbildung 3) war also zu einem grossen Teil einem Rückgang der älteren Infektionen geschuldet. Es ist nicht bekannt, welche Faktoren dieses Phänomen bewirkten. Bei auf heterosexuellem Weg angesteckten Frauen bewegte sich der Anteil

frischer Infektionen zwischen 5 % und 20 %. Diese Schwankungen sind jedoch wegen der kleinen Fallzahlen stark vom Zufall beeinflusst. Generell kann jedoch festgehalten werden, dass frische Infektionen bei Frauen deutlich seltener festgestellt werden als bei den anderen Gruppen.

Bei gleichbleibender Testhäufigkeit sind Änderungen der Zahl frischer Infektionen ein Hinweis auf entsprechende Änderungen der HIV-Inzidenz. Daten aus den Beratungs- und Testzentren in der Schweiz (VCT-Zentren), in denen je nach Jahr bis zu einem Viertel der HIV-Diagnosen bei MSM gestellt werden, zeigen jedoch, dass in diesen Zentren die Zahl der HIV-Tests in der Gruppe der MSM gestiegen ist (s. Artikel «Testsurveillance» im gleichen Heft). Dieses vermehrte Testen dürfte den beobachteten Anstieg der frischen Infektionen bei MSM in den Jahren 2013 und 2014 mindestens teilweise erklären. Im Jahr 2016 ist die Zahl der frischen Infektionen in dieser Gruppe jedoch wieder zurückgegangen (Abbildung 5), die Zahl der Tests in VCT-Zentren hingegen nicht. Dies könnte bedeuten, dass sich die Zahl der neuen Ansteckungen 2016 stabilisiert hat. Angesichts der statistischen Schwankungen von Jahr zu Jahr ist diese Schlussfolgerung jedoch verfrüht. Im Gegensatz zu den frischen Infektionen hängen die älteren Infektionen stärker mit der HIV-Prävalenz in der untersuchten Gruppe zusammen: Je höher die Prävalenz, desto wahrscheinlicher ist es, dass sich die Infektion mehr als ein Jahr vor der Diagnose ereignete.

Bei der Gruppe mit heterosexuellem Ansteckungsweg, bei der der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund deutlich höher ist als bei MSM (Tabelle 3), dürfte die Zahl der HIV-Diagnosen entsprechend auch durch Einwanderung mitbeeinflusst werden, umso mehr, je höher die HIV-Prävalenz in den Herkunftsländern ist. Personen in der Schweiz aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz sind denn auch eine wichtige Zielgruppe für die HIV-Beratung, nicht zuletzt damit die Infizierten unter ihnen so rasch als möglich eine Therapie beginnen können.

AIDSFÄLLE

Die Zahl neuer Aidsfälle nimmt schon seit Jahren ab (Tabelle 6). Dies ergeben statistische Hochrechnungen, bei denen berücksichtigt wird, dass Aidsfälle teils mit mehrjähriger Verzögerung nach der Diagnose gemeldet werden (Anmerkung 5). Für das Jahr 2016 ergibt diese Hochrechnung 92 Fälle, wovon 41 bereits gemeldet wurden. Abweichend vom Trend ist die Schätzung für das Jahr 2016 erheblich höher als für das Vorjahr (64). Wegen der statistischen Unsicherheit der Hochrechnung kann aber nicht auf eine reale Zunahme geschlossen werden.

Die Aidsfälle mit bekanntem Ansteckungsweg (das sind 85 %) waren im Jahr 2016 wie folgt verteilt: 51 % mit heterosexuellem Ansteckungsweg, 42 % bei MSM und 6 % bei IDU. Diese Verteilung unterscheidet sich deutlich von der Verteilung der Ansteckungswege bei den HIV-Fällen: 39 % mit he-

terosexuellem Ansteckungsweg, 56 % bei MSM und 3 % bei IDU. Der höhere Anteil des heterosexuellen Ansteckungsweges bei den Aidsfällen erklärt sich wahrscheinlich dadurch, dass Aids in der Schweiz vor allem bei Personen dia-

gnostiziert wird, 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.

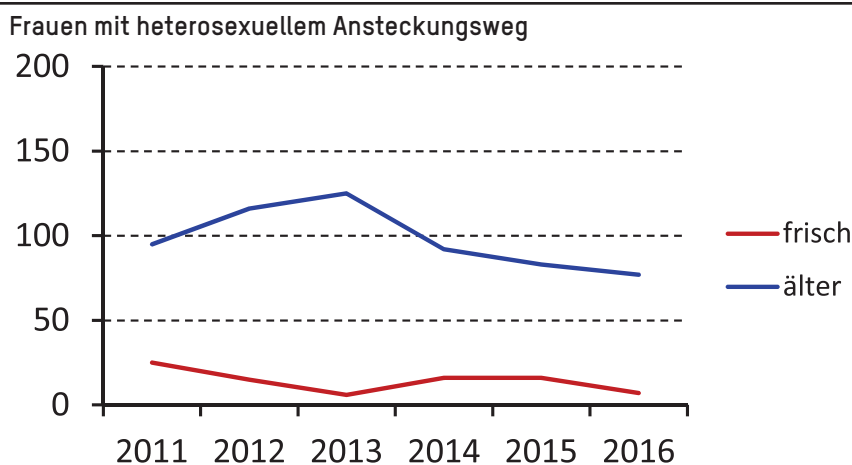
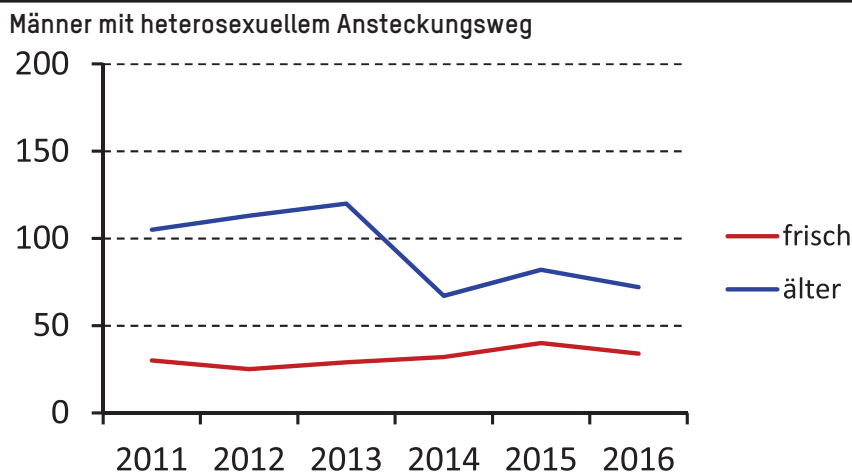
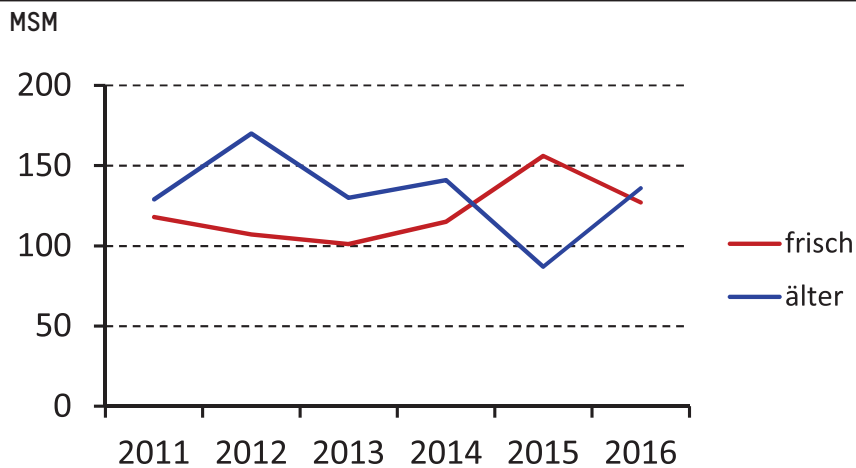
Auch IDU waren unter den Aidsfällen häufiger als unter den HIV-Fällen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass Therapieabbrüche in dieser Gruppe seit Jahren häufiger vorkommen als bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg oder bei MSM. Der Anteil von MSM war unter den Aidsfällen geringer als unter den HIV-Fällen. Dies bestätigt, dass HIV-Infektionen in dieser Gruppe vergleichsweise frühzeitig diagnostiziert und erfolgreich therapiert werden (vgl. auch Tabelle 6), da sie sich deutlich häufiger einem HIV-Tests unterziehen als andere Gruppen.

Der vorliegende Jahresbericht beschränkt sich auf die Analysen der wichtigsten Informationen, die auf den Meldeformularen der Ärzte erfragt werden. Die Auswertung der übrigen Variablen wird Gegenstand von separaten Artikeln sein, sofern die Angaben nicht zu unvollständig sind. Variable, für die spätere Analysen geplant sind, betreffen: Anlass für den aktuellen Test, Anamnese früherer Tests, Schwangerschaft, Teilnahme an der schweizerischen HIV-Kohorte, Messung der CD4-T-Lymphozyten, Viruslast, Durchführung und Resultate von Resistenztests, Information der Sexualpartner, AIDS-Indikatorerkrankungen. Nicht auswertbar war bisher die direkte Frage nach dem Infektionszeitpunkt.

FAZIT

Die Gesamtzahl der HIV-Diagnosen und darauf beruhend die HIV-Inzidenz blieb im Jahr 2016 gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert. Über drei Viertel der Fälle wurden bei Männern diagnostiziert, bei denen die Inzidenz fast viermal höher war als bei Frauen. Der bei weitem häufigste Ansteckungsweg bei Männern war unverändert Sex mit anderen Männern, bei Frauen waren es heterosexuelle Kontakte. Ansteckung im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum spielte für das Gesamtbild in den letzten Jahren nur noch eine geringe Rolle. Bei MSM wurde HIV vor allem bei Schweizern oder europäischen Ausländern diagnostiziert. Sie infizierten sich überwiegend in der Schweiz. Unter auf heterosexuellem Weg angesteckten Personen war der Anteil ohne Schweizer Pass höher als bei MSM, insbesondere bei Frauen, bei denen der

Abbildung 5
Frische und ältere HIV-Infektionen nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2010 – 2016



¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 7:
Neue Aidsfälle nach Diagnosejahr, Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2011–2016
 (korrigiert für Meldeverzüge)

Ansteckungsweg:	Geschlecht	Diagnosejahr					
		2011	2012	2013	2014	2015	2016
Heterosexuell	männlich	36	28	31	20	27	13
	weiblich	33	22	25	13	11	18
MSM	männlich	36	33	33	26	21	39
IDU	männlich	14	3	5	3	2	3
	weiblich	3	3	4	0	0	0
Übrige	männlich	8	3	4	14	1	15
	weiblich	2	3	3	3	2	4
Total		132	95	105	79	64	92
davon bereits gemeldet:		132	94	101	75	58	41

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern; IDU: Injizierender Drogenkonsum

Anteil mit Herkunft in einem Land mit hoher HIV-Prävalenz fast so hoch war wie der Anteil der Schweizerinnen. Auf heterosexuellem Weg angesteckte Personen aus dem Ausland infizierten sich mehrheitlich im Ausland, wahrscheinlich meistens im Herkunftsland. Bei MSM wurden häufiger frische Infektionen diagnostiziert als bei Personen mit heterosexuellem Ansteckungsweg. Die Zahl dieser Fälle hat bei MSM in den Jahren 2014 und 2015 zugenommen, war 2016 aber wieder rückläufig. Es bleibt abzuwarten, ob sich dies als Trendwechsel bestätigt, oder sich mit der statistischen Unsicherheit erklären lässt, die mit dem Schätzverfahren verbunden ist. Generell können Änderungen der Zahl frischer Infektionen durch Änderungen der Inzidenz, aber auch durch eine veränderte Testrate bewirkt werden. Da im Jahr 2016 die Testrate bei MSM nicht gesunken ist, dürfte die Inzidenz in dieser Gruppe stabil geblieben sein.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Telefon 058 463 87 06

Anmerkungen

1. Die Arztmeldungen, die nach der jüngsten Revision der Verordnung «Meldung zum Klinischen Befund» (MkB) heissen, sind an den Kantonsarzt im Wohnkanton des Patienten zu senden. Dieser leitet sie nach Kontrolle an das BAG weiter. Es wurden nicht zu allen von den Laboratorien diagnostizierten und gemeldeten HIV-Fällen auch MkB übermittelt. Somit fehlen je nach Jahr bei

durchschnittlich 20 % der Fälle die über das Geschlecht, das Alter und den Wohnkanton hinausgehenden Angaben, insbesondere zu Ansteckungsweg und Nationalität. Für die in diesem Bericht grafisch dargestellten zeitlichen Trends wurden die auf den MkB beruhenden Zahlen so hochgerechnet, dass sich für jedes Geschlecht und Jahr das entsprechende Total der Labormeldungen ergab. Dieses Vorgehen setzt die Annahme voraus, dass die MkB für alle von den Labors diagnostizierten HIV-Fälle repräsentativ sind.

- Gemäss UNAIDS und WHO gilt ein Land als HIV-Hochprävalenzland, wenn die HIV-Prävalenz bei 15- bis 45-Jährigen in der Allgemeinbevölkerung über einem Prozent liegt. Vor allem in Entwicklungsländern beruht dies oft auf Studien bei Schwangeren. Für die Schweiz spielen hauptsächlich die Länder südlich der Sahara eine Rolle, vereinzelt aber auch Länder der Karibik.
- Seit 2008 wird in der Schweiz standardmässig ein Diagnoseverfahren eingesetzt, welches mit Hilfe eines Algorithmus erlaubt, frische von älteren HIV-Infektionen zu unterscheiden. Der Algorithmus wurde vom Nationalen Zentrum für Retroviren (NZR) auf Basis des Inno-Lia™ HIV I/II Assay (Fujirebio), einem Immunoblot-Verfahren, entwickelt. Dabei gelten als frische Infektionen solche, bei denen der Infektionszeitpunkt wahrscheinlich weniger als ein Jahr vor der Diagnose liegt.
- Die Primoinfektion ist ein akutes retrovirales Syndrom, das bei vielen HIV-Infizierten einige Wochen bis zu drei Monaten nach der Infektion auftritt. «Frische Infektionen» und «Primoinfektionen» sind methodisch voneinander unabhängige Indikatoren für ein frühes Infektionsstadium.
- Infolge von Meldeverzügen wurden in der Vergangenheit nur rund die Hälfte der in einem bestimmten Jahr gemeldeten Aidsfälle im betreffenden Jahr diagnostiziert, rund 30 % im Jahr zuvor und 20 % noch früher. Als Konsequenz ist am Ende eines bestimmten Jahres die Zahl der neuen Aidsfälle nicht genau bekannt, weil nicht alle bereits gemeldet wurden. Diese Zahl muss daher

mit einem statistischen Modell geschätzt werden, das die Verteilung der Meldeverzüge in der Vergangenheit berücksichtigt. Die in Tabelle 7 gezeigten Zahlen beruhen auf dem Verfahren von Rosenberg [4].

Anhang

Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Zusammengefasste Kantone
CH01	Genferseeregion	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Nordwestschweiz	BS, BL, AG
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Zentralschweiz	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definierte die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Referenzen

- AG Labor & Diagnostik der EKSG: HIV-Testkonzept 2013. Bull BAG 2013; 47: 851–853.
- Sokari, E. Die LGBTI-Bewegung und soziale Medien in Afrika: Eine Bestandsaufnahme. <https://www.boell.de/de/navigation/afrika-Afrika-LGBTI-9040.html>
- Der HIV-Test auf Initiative des Arztes / Zielsetzung der Richtlinie (PICT). Bull BAG 2015; 21: 375–379.
- Rosenberg PS. A simple correction of AIDS surveillance data for reporting delays. J Acquir Immune Defic Syndr 1990; 3(1): 49–54.

Syphilis in der Schweiz im Jahr 2016

Im Jahr 2016 wurden dem BAG 733 bestätigte Syphilisfälle gemeldet. Damit haben die Fälle gegenüber dem Vorjahr um fast 15 % zugenommen.

DATENLAGE

Syphilis wird in der Schweiz seit 2006 kontinuierlich mittels eines obligatorischen Meldesystems überwacht. Die Falldefinition wurde im 2014 in Zusammenarbeit mit einer externen Expertengruppe überarbeitet und ab 1. Januar 2015 angewendet. Ab diesem Zeitpunkt hat das BAG auch neue Formulare für die Labormeldung und die Meldung zum klinischen Befund eingeführt. Die Ärzteschaft hat seither die Möglichkeit, auf dem Meldeformular für Syphilis anzukreuzen, ob es sich um das Resultat der Verlaufskontrolle einer bereits gemeldeten Infektion, um den Nachweis einer früheren Infektion – eine sogenannte Seronarbe – oder um einen neuen Fall, der noch nie gemeldet wurde – eine Neu- oder Reinfektion

– handelt. Nur für Neu- und Reinfektionen muss das Meldeformular vollständig ausgefüllt werden.

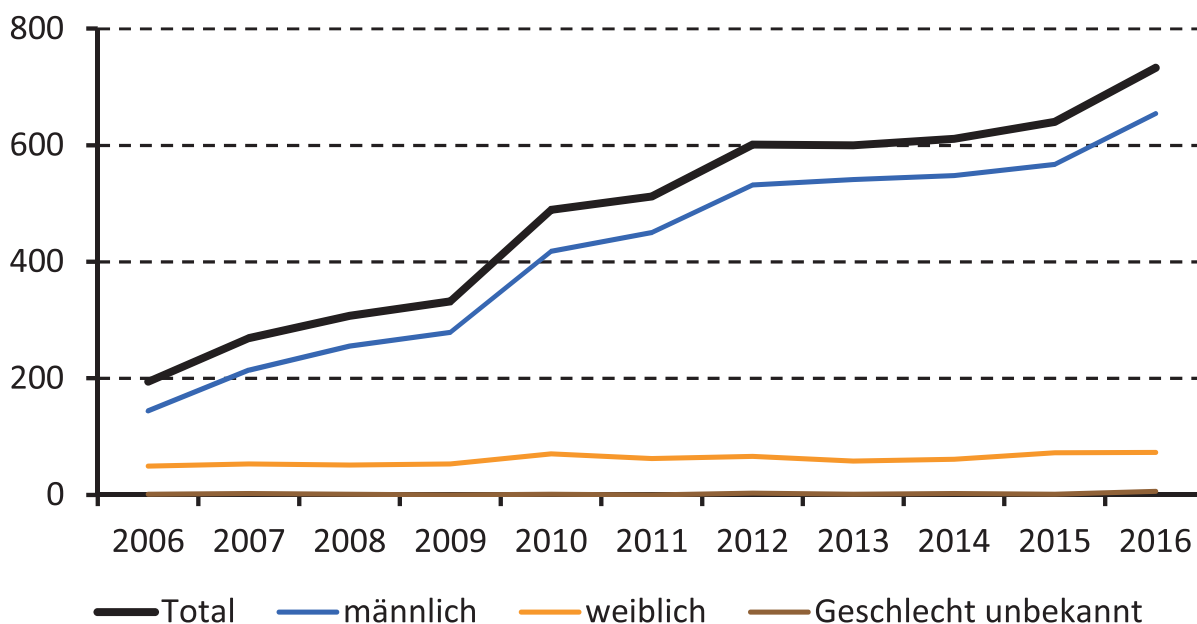
Für das Jahr 2016 trafen insgesamt 1682 Meldungen ein; das sind rund 31 % mehr als im Jahr 2015 mit 1275 Meldungen. Von diesen 1682 Meldungen betrafen 661 Verlaufskontrollen oder Seronarben. Bei 288 Meldungen war eine Klassierung nicht möglich, weil entweder das Meldeformular des Arztes oder die Labormeldung fehlte. Die restlichen 733 Fälle erfüllten die Falldefinition und wurden folglich als sichere Fälle klassiert. Diese nahmen im Vergleich zum 2015, in dem 640 sichere Fälle registriert wurden, um fast 15 % zu (Nachmeldungen bis 30.6.2017 berücksichtigt). Wegen der Neuerungen

auf den Meldeformularen und in der Klassifikation sind Vergleiche mit den Vorjahren vorsichtig zu bewerten. Die nachfolgenden Auswertungen beruhen auf den Informationen für die sicheren Fälle.

GESCHLECHT

Von den bestätigten Syphilisfällen betraf die Mehrheit Männer (89 %). Der Männeranteil ist im Lauf der Jahre stetig gestiegen. (Abbildung 1). Seit dem Jahr 2006 ist für beide Geschlechter zusammen eine Zunahme um den Faktor 3,8 zu beobachten. Während aber die Fallzahl bei den Frauen nur um den Faktor 1,5 gestiegen ist, hat sie sich bei den Männern in den letzten 11 Jahren mehr als vervierfacht. Die Inzidenz, das heisst die Anzahl Neuerkrankungen pro

Abbildung 1
Bestätigte Syphilis-Fälle nach Geschlecht und Diagnosejahr, 2006–2016



100 000 Einwohner, betrug im 2016 für Frauen 1,7 und für Männer 15,7 pro 100 000 Einwohner.

GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Für die ganze Schweiz und für beide Geschlechter zusammen lag die Inzidenz im Jahr 2016 bei 8,7 pro 100 000 Einwohner. Es bestanden jedoch grosse regionale Unterschiede mit einer Spannweite von 4 bis fast 15 Fällen pro 100 000 Einwohner (Tabelle 1). Die höchsten Werte fanden sich in der Grossregion Zürich und in der Genferseeregion, in denen sich die grössten urbanen Zentren der Schweiz befinden. Die vorwiegend ländlichen Regionen Ostschweiz und Zentralschweiz wiesen deutlich tiefere Inzidenzen auf.

ALTERSVERTEILUNG

Für Frauen mit einer Syphilis-Diagnose lag der Altersmedian über die letzten fünf Jahre gerechnet bei 38 Jahren, das heisst die Hälfte der Frauen war jünger und die andere Hälfte älter als 38 Jahre. Die grösste Anzahl Frauen war in der Gruppe der 25 bis 34-Jährigen zu finden (Abbildung 2). Die auf heterosexuellem Weg angesteckten Männer waren bei der Diagnose älter als die Frauen: Ihr Altersmedian war 43 Jahre, und die am stärksten betroffene Altersgruppe war die der 45 bis 54-Jährigen. Für MSM lag der Altersmedian bei 39 Jahren und glich somit dem der Frauen. Die meisten Fälle in dieser Gruppe wurden in der Altersgruppe der 35 bis 44-Jährigen diagnostiziert.

ANSTECKUNGSWEG

Von den 733 Personen mit bestätigter Syphilisdiagnose im 2016 hatten sich 62,3 % beim sexuellen Kontakt zwischen Männern angesteckt, 19,9 % beim heterosexuellen Kontakt und in einem Fall beim sexuellen Kontakt zwischen Frauen; für die restlichen 17,5 % war der Ansteckungsweg unbekannt (Abbildung 3, Tabelle 2). Betrachtet man nur Fälle mit bekanntem Ansteckungsweg, betrug der Anteil der MSM gar 76 % gegenüber 24 % mit heterosexuellem Ansteckungsweg. In der Gruppe mit heterosexuellem Ansteckungsweg betrug der Frauenanteil 31 %, d. h. doppelt so viele Fälle betrafen Männer als Frauen. In der

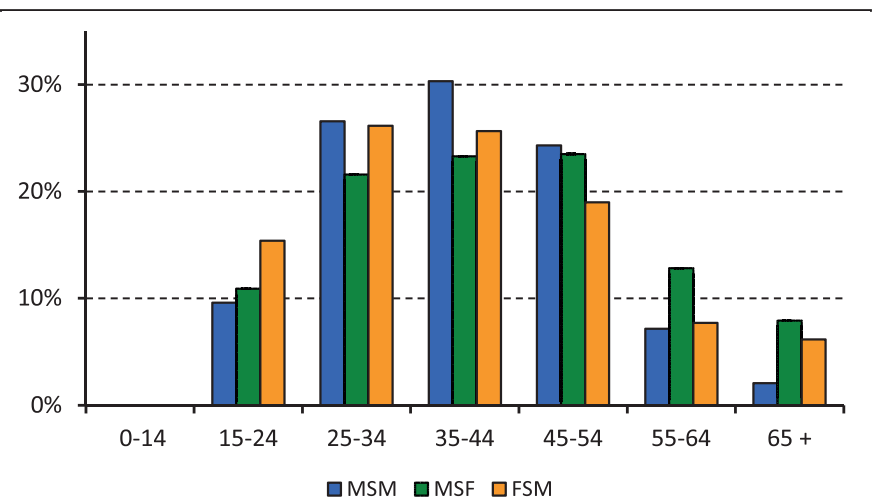
Tabelle 1: Syphilis-Inzidenz pro 100 000 Einwohner nach BFS-Grossregion¹ und Diagnosejahr, 2011–2016

Diagnosejahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ganze Schweiz	6,4	7,5	7,4	7,4	7,7	8,7
Genferseeregion	9,3	11,3	12,2	10,1	10,2	11,9
Espace Mittelland	3,8	4,9	3,6	3,5	3,7	6,1
Nordwestschweiz	5,6	6,4	5,3	8,6	7,5	8,8
Zürich	11,8	13,1	12,9	14,2	14,4	14,8
Ostschweiz	3,2	2,8	4,2	3,0	4,1	4,1
Zentralschweiz	3,7	5,4	4,7	3,8	5,2	4,5
Tessin	4,7	4,4	5,5	6,3	7,1	6,5

¹ Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang

Abbildung 2

Altersverteilung von Personen mit bestätigter Syphilis nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht (Fälle der Jahre 2012 bis 2016 aus statistischen Gründen zusammengefasst)



¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern; MSF: Sexuelle Kontakte von Männern mit Frauen; FSM: Sexuelle Kontakte von Frauen mit Männern

Gruppe der Männer mit bekanntem Ansteckungsweg erfolgten 82 % der Infektionen über sexuellen Kontakt zwischen Männern. Damit sind MSM, welche gemäss Schätzungen nicht mehr als 3 % der sexuell aktiven männlichen Bevölkerung ausmachen ([1]), besonders stark von Syphilis betroffen. Der Anteil der MSM war mit 88 % besonders hoch in der Grossregion Zürich (Tabelle 2). Im 2016 wurden keine Fälle von Mutter- Kind Übertragung (sogenannte konnatale Syphilis) gemeldet.

NATIONALITÄT

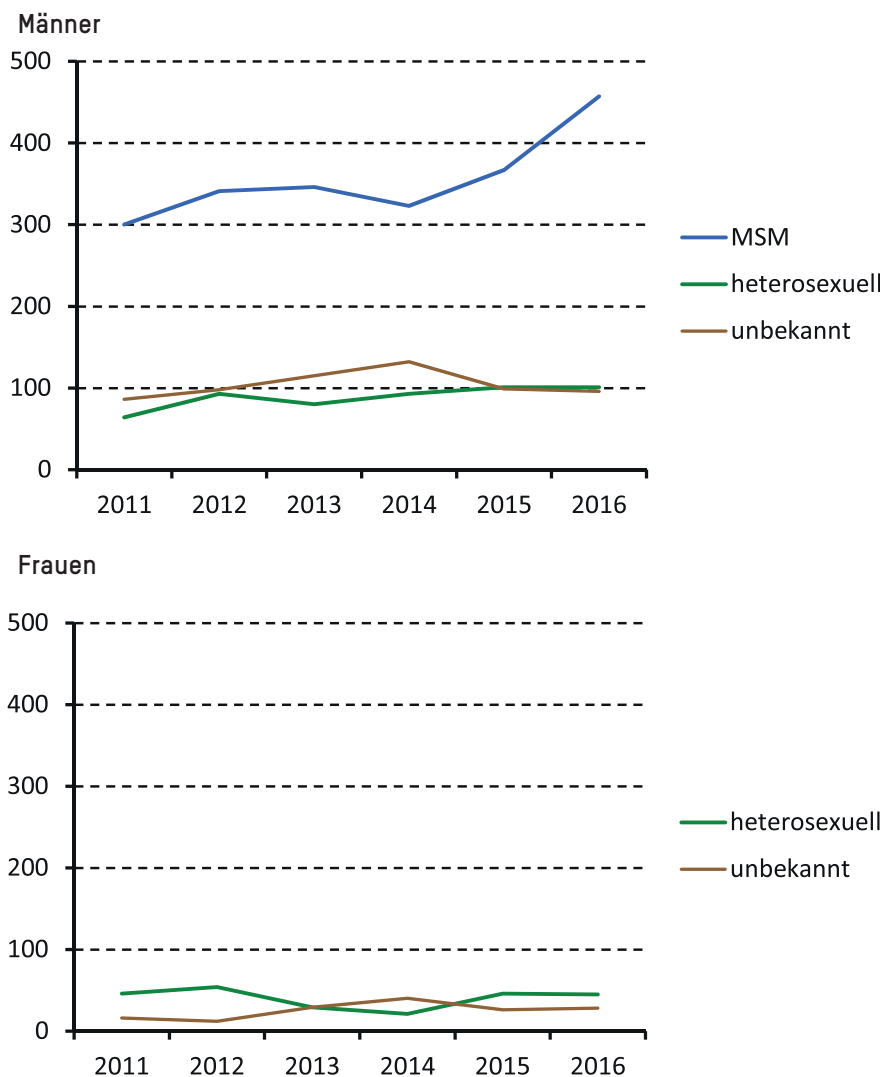
Von den Syphilisfällen mit bekannter Nationalität betrafen 63 % Schweizer.

Dabei variierte der Anteil der Personen mit Schweizer Nationalität nach Geschlecht und Ansteckungsweg (Tabelle 3). Für auf heterosexuellem Weg angesteckte Frauen und Männer lag dieser Prozentsatz bei rund 55 %, während er für MSM um 10 % höher lag.

INFEKTIONSORT

Die Mehrheit der Infektionen mit Syphilis erfolgte innerhalb der Schweiz (Tabelle 4). Bei Personen mit Schweizer Nationalität betrug der Anteil mit Ansteckung in der Schweiz bei MSM 86 % und in der Gruppe mit heterosexuellem Ansteckungsweg 78 %. Personen mit ausländischer Nationalität infizierten

Abbildung 3
Bestätigte Syphilisfälle bei Männern und Frauen nach Ansteckungsweg¹ und Diagnosejahr, 2011–2016



¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 2:
Bestätigte Syphilisfälle nach Ansteckungsweg¹ und BFS-Grossregion², 2016

Ansteckungsweg:	heterosexuell		MSM		unbekannt	
	N	%	N	%	N	%
Ganze Schweiz	146	19,9 %	457	62,3 %	130	17,7 %
Genferseeregion	42	21,8 %	110	57,0 %	41	21,2 %
Espace Mittelland	27	23,7 %	59	51,8 %	28	24,6 %
Nordwestschweiz	25	25,0 %	49	49,0 %	26	26,0 %
Zürich	24	11,0 %	180	82,2 %	15	6,8 %
Ostschweiz	13	27,1 %	28	58,3 %	7	14,6 %
Zentralschweiz	7	19,4 %	19	52,8 %	10	27,8 %
Tessin	8	34,8 %	12	52,2 %	3	13,0 %

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

² Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang

sich etwas häufiger im Ausland als Personen mit Schweizer Nationalität. Jedoch steckten sich auch Personen ausländischer Nationalität mehrheitlich in der Schweiz mit Syphilis an – bei MSM 78 % und bei Fällen mit heterosexuellem Ansteckungsweg 61 %. Es ist zu beachten, dass die Information über den Ort der Infektion je nach Gruppe in bis zu einem Drittel der Fälle fehlte und somit die Sicherheit der Aussagen eingeschränkt ist.

INFEKTIONSQUELLE

Die grosse Mehrheit der Frauen infizierte sich bei einem bekannten Partner mit Syphilis (Tabelle 5). Bei näherer Betrachtung der Art der Beziehung zum infektiösen Partner hatten sich 88 % der Frauen bei einem bekannten Partner infiziert, 12 % bei einem anonymen Partner. Bei den Männern dagegen spielten anonyme Partner eine bedeutendere Rolle: In der Hälfte der Fälle bei MSM war der Partner bekannt; 49 % hatten sich bei einem anonymen Partner angesteckt und 1 % bei bezahltem Sex. Aufgrund von Daten aus der Schweizer HIV-Kohortenstudie ist bekannt, dass Syphilis insbesondere in sexuellen Netzwerken HIV-positiver MSM übertragen wird (persönliche Mitteilung). Von den Männern mit Infektion über einen heterosexuellen Kontakt kannten 51 % die Sexualpartnerin, bei 36 % war die infektiöse Partnerin anonym; 13 % der Ansteckungen erfolgten über bezahlten Sex. Die vorhandenen Angaben zu bezahltem Sex unterstreichen, dass kommerzielle sexuelle Kontakte für die heterosexuelle Übertragung eine wichtige Rolle spielen. In den Angaben auf den Meldeformularen dürfte nur die Spitze des Eisbergs sichtbar sein. Sexarbeiterinnen in der Schweiz kommen häufig aus Osteuropa, einer Region, in der Syphilis nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion epidemische Ausmasse angenommen hat ([2]). Zu beachten ist, dass die Information über die vermutete Infektionsquelle je nach Gruppe in bis zu fast einem Drittel Fälle fehlte, was die Sicherheit der Aussagen einschränkt.

FRÜHERE SYPHILISERKRANKUNGEN

Eine durchgemachte Syphilis-Infektion bietet keinen Schutz vor einer erneuten Infektion. 34 % der MSM bejahten die

Tabelle 3:
Bestätigte Syphilisfälle nach Nationalität, Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2016

Ansteckungsweg: Geschlecht:	heterosexuell				MSM	
	weiblich		männlich		N	%
	N	%	N	%		
Schweiz	22	48,9 %	51	50,5 %	276	60,4 %
Europa	7	15,6 %	25	24,8 %	92	20,1 %
Afrika	4	8,9 %	6	5,9 %	7	1,5 %
andere Länder	8	17,8 %	9	8,9 %	50	10,9 %
unbekannte Nationalität	4	8,9 %	10	9,9 %	32	7,0 %
Total Syphilisfälle	45	100,0 %	101	100,0 %	457	100,0 %

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 4:
Vermuteter Ort der Infektion bei bestätigten Syphilisfällen nach Ansteckungsweg¹ und Nationalität, 2016

Ansteckungsweg: Nationalität:	heterosexuell				MSM			
	Schweiz		Ausland		Schweiz		Ausland	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Anzahl Fälle	73	100,0 %	73	100,0 %	276	100,0 %	181	100,0 %
Ort der Infektion								
Schweiz	49	67,1 %	30	41,1 %	186	67,4 %	93	51,4 %
Ausland	14	19,2 %	19	26,0 %	31	11,2 %	26	14,4 %
Unbekannt	10	13,7 %	24	32,9 %	59	21,4 %	62	34,3 %

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

Frage, ob sie früher bereits einmal mit Syphilis infiziert gewesen seien. In der Gruppe mit heterosexuellem Ansteckungsweg betrug dieser Anteil 14 %.

KLINISCHE STADIEN

Etwas mehr als die Hälfte der Syphilisfälle wurde in der Primärphase diagnostiziert (Tabelle 6). Aufgeschlüsselt nach Ansteckungsweg befanden sich zum Zeitpunkt der Diagnose 95 % der MSM und 86 % der Fälle mit heterosexuellem Ansteckungsweg im Stadium einer aktiven Syphilis, das heisst im primären, sekundären oder frühlatenten Stadium. Sie waren somit ansteckend für ihre Sexualpartnerinnen oder Sexualpartner. Bestätigte tertiäre Fälle, das heisst mit klinischer Manifestation einer Spätsyphilis, wurden nur selten gemeldet (<1 %). Dass MSM häufiger in einem frühen Stadium diagnostiziert werden – obwohl die Primärinfektion bei MSM häufiger asymptomatisch verläuft aufgrund einer häufigeren Manifestation im Bereich des Enddarms –, verweist

auf häufigeres Testen in dieser Gruppe, ebenso das Verhältnis Frühlatenz/Spätlatenz. Bei MSM mit diagnostizierter HIV-Infektion gehören mindestens jährliche Syphilis-Tests zur Laborroutine.

Der vorliegende Jahresbericht beschränkt sich auf die Analysen der wichtigsten Informationen, die auf den Meldeformularen der Ärzte erfragt werden. Die Auswertung der übrigen Variablen wird Gegenstand von separaten Artikeln sein, sofern die Angaben nicht zu unvollständig sind.

Variable, für die spätere Analysen geplant sind, betreffen: Anlass für den aktuellen Test, Schwangerschaft, Ort der Läsion bei primärer Syphilis, Durchführung eines HIV-Tests, Information der Sexualpartner, Behandlung der Sexualpartner.

FAZIT

Die Anzahl bestätigter Syphilisfälle und darauf beruhend die Inzidenz ist im Jahr

2016 im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Damit setzte sich die seit dem Jahr 2006 beobachtete Zunahme fort. Die Geschlechterverteilung verschob sich entsprechend einem langjährigen Trend leicht zulasten der Männer; 2016 betrafen rund 90 % der Fälle Männer. Die Altersverteilung und die Verteilung nach Ansteckungsweg blieben mit den Vorjahren vergleichbar: Die Mehrheit war zwischen 25 und 54 Jahre alt, und Sexualkontakt zwischen Männern war der häufigste Übertragungsweg. Über 90 % aller Fälle befanden sich in einem infektiösen Stadium, womit die Sexualpartner und -partnerinnen mit grosser Wahrscheinlichkeit ebenfalls mit Syphilis infiziert wurden. Deren Benachrichtigung und gleichzeitige Behandlung ist äusserst wichtig, um Reinfektionen nach erfolgter Behandlung zu vermeiden.

Tabelle 5:

Art der Beziehung zum vermuteten infektiösen Partner bei Personen mit bestätigter Syphilis-Diagnose nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2016

Ansteckungsweg: Geschlecht:	heterosexuell				MSM	
	weiblich		männlich			
Anzahl bestätigte Fälle	45	100,0 %	101	100,0 %	457	100,0 %
Bekannter Partner	30	66,7 %	37	36,6 %	154	33,7 %
Anonymer Partner	4	8,9 %	26	25,7 %	152	33,3 %
Bezahlter Sex	0	0,0 %	9	8,9 %	3	0,7 %
Nicht eruierbar	8	17,8 %	21	20,8 %	94	20,6 %
Keine Angabe	3	6,7 %	8	7,9 %	54	11,8 %

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 6:

Klinische Stadien der bestätigten Syphilisfälle nach Ansteckungsweg¹, 2016

Ansteckungsweg:	heterosexuell		MSM	
	Anzahl bestätigte Fälle	146	100,0 %	457
primär	66	45,2 %	230	50,3 %
sekundär	38	26,0 %	123	26,9 %
frühe Latenz (< 1 Jahr)	7	4,8 %	50	10,9 %
späte Latenz (≥ 1 Jahr)	15	10,3 %	21	4,6 %
unbekannte Latenzzeit	2	1,4 %	0	0,0 %
tertiär	1	0,7 %	2	0,4 %
unbekannt / keine Angaben	17	11,6 %	31	6,8 %

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern**Kontakt**

Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Telefon 058 463 87 06

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definierte die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Anhang

Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Zusammengefasste Kantone
CH01	Genferseeregion	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Nordwestschweiz	BS, BL, AG
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Zentralschweiz	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

Referenzen

- Marcus, Ulrich; Hickson, Ford; Weatherburn, Peter; Schmidt, Axel J. (2013): Estimating the size of the MSM populations for 38 European countries by calculating the survey-surveillance discrepancies (SSD) between self-reported new HIV diagnoses from the European MSM internet survey (EMIS) and surveillance-reported HIV diagnoses among MSM in 2009.
In: BMC public health 13, S. 919
- Herbert, Liam J.; Middleton, Stephen I. (2012): An estimate of syphilis incidence in Eastern Europe.
In: Journal of global health 2 (1), S. 10402

Gonorrhoe in der Schweiz im Jahr 2016

Im Jahr 2016 wurden dem BAG 2270 bestätigte Gonorrhoefälle gemeldet. Damit haben die Fälle gegenüber dem Vorjahr um 20 % zugenommen.

DATENLAGE

Gonorrhoe wird in der Schweiz seit 1988 kontinuierlich mittels eines obligatorischen Meldesystems überwacht. Im Januar 2015 hat das BAG neue Formulare für die Labormeldung und die Meldung zum klinischen Befund eingeführt. Für das Jahr 2016 wurden 2270 laborbestätigte und somit als sicher klassierte Fälle gemeldet; das sind rund 20 % mehr als im Vorjahr mit 1897 Fällen (Nachmeldungen bis 30.6.2017 berücksichtigt).

GESCHLECHT

Von den bestätigten Gonorrhoefällen betraf die Mehrheit Männer (79 %), was im Vergleich zu den letzten Jahren einer unveränderten Verteilung auf die

Geschlechter entspricht (Abbildung 1). Für beide Geschlechter zusammen ist seit dem Jahr 2000 eine starke Zunahme der Fallzahlen um den Faktor 5,9 zu beobachten. Die Inzidenz, das heisst die Anzahl Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner, betrug im Jahr 2016 für Frauen 11 und für Männer 43 pro 100 000 Einwohner.

GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Für die ganze Schweiz und beide Geschlechter zusammen lag die Inzidenz im 2016 bei 27 pro 100 000 Einwohner. Jedoch gab es grosse regionale Unterschiede mit einer Spannweite von 15 bis 49 Fällen pro 100 000 Einwohner (Tabelle 1). Die höchsten Werte fanden sich in der Grossregion Zürich und in

der Genferseeregion, in denen sich die grössten urbanen Zentren der Schweiz befinden. In der Region Tessin sowie den vorwiegend ländlichen Regionen Ostschweiz und Mittelland war die Inzidenz der Gonorrhoe am niedrigsten.

ALTERSVERTEILUNG

Für Frauen mit einer Gonorrhoe-Diagnose lag der Altersmedian über die letzten fünf Jahre gerechnet bei 27 Jahren, das heisst die Hälfte der Frauen war jünger und die andere Hälfte älter als 27 Jahre. Die grösste Anzahl betroffener Frauen war in der Gruppe der 15 bis 24-Jährigen zu finden (Abbildung 2). Bei den Männern mit heterosexuellem Ansteckungsweg dagegen war die Altersgruppe der 25 bis 34-Jähri-

Abbildung 1
Bestätigte Gonorrhoefälle nach Geschlecht und Diagnosejahr seit Beginn der Erfassung, 1988–2016

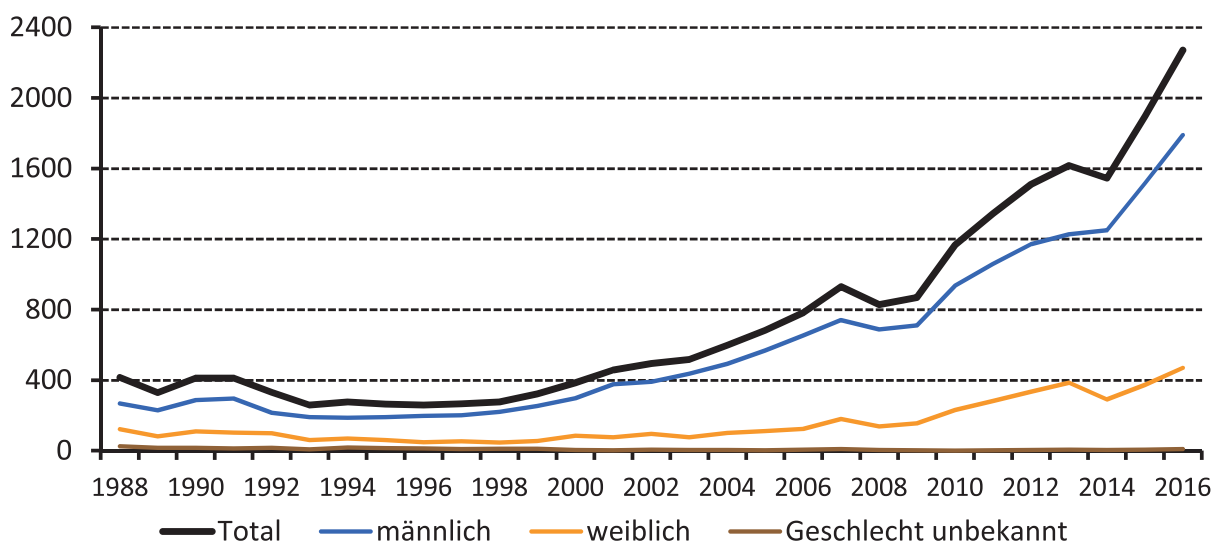
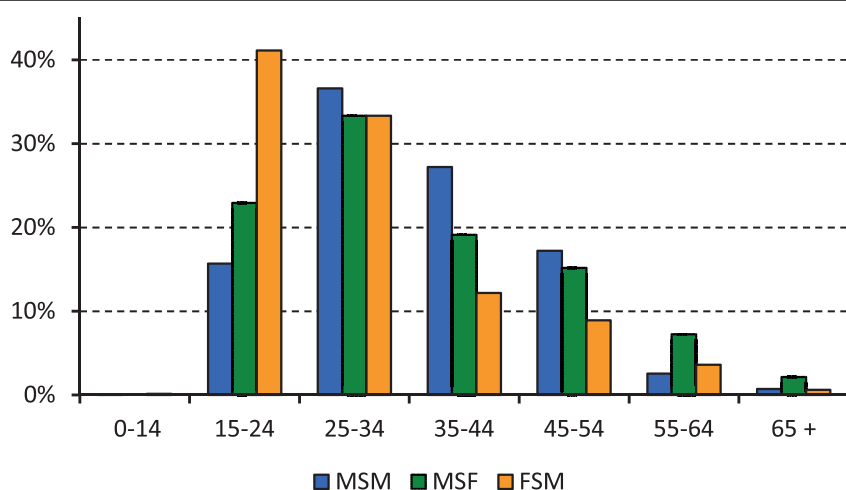


Tabelle 1:
Gonorrhoe-Inzidenz pro 100 000 Einwohner nach BFS-Grossregion¹ und Diagnosejahr, 2011–2016

Diagnosejahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ganze Schweiz	16,9	18,8	19,9	18,8	22,8	27,0
Genferseeregion	16,7	22,4	28,7	22,0	25,9	30,5
Espace Mittelland	10,6	10,6	11,1	12,0	11,7	17,8
Nordwestschweiz	17,9	19,7	16,3	19,0	28,9	27,2
Zürich	31,7	31,4	33,5	29,7	41,3	49,5
Ostschweiz	10,2	10,7	11,3	10,7	13,2	15,0
Zentralschweiz	13,9	17,1	19,4	20,2	19,2	21,8
Tessin	15,4	20,8	11,3	16,8	9,7	14,6

¹ Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang

Abbildung 2
Altersverteilung von Personen mit bestätigter Gonorrhoe nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht (Fälle der Jahre 2012 bis 2016 aus statistischen Gründen zusammengefasst)



¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern; MSF: Sexuelle Kontakte von Männern mit Frauen; FSM: Sexuelle Kontakte von Frauen mit Männern

gen am stärksten betroffen. In dieser Gruppe lag der Altersmedian bei 32 Jahren; für Männer, welche sich über einen sexuellen Kontakt mit anderen Männern infiziert hatten, den MSM, bei 34 Jahren. Die meisten Fälle bei MSM wurden in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen diagnostiziert. Somit waren Männer, gemessen am Median und unabhängig vom Ansteckungsweg, zum Zeitpunkt der Gonorrhoe-Diagnose 5 bis 6 Jahre älter als Frauen.

ANSTECKUNGSWEG

Von den gemeldeten Fällen hatten sich im Jahr 2016 31 % beim sexuellen Kontakt zwischen Männern angesteckt,

49 % beim heterosexuellen Kontakt und 0,7 % beim sexuellen Kontakt zwischen Frauen; für die restlichen 19 % war der Ansteckungsweg unbekannt (Abbildung 3, Tabelle 2). Betrachtet man nur Fälle mit bekanntem Ansteckungsweg, betrug der Anteil MSM gar 38 % gegenüber 61 % mit heterosexuellem Ansteckungsweg. Damit sind MSM, welche gemäss Schätzungen nicht mehr als 3 % der sexuell aktiven männlichen Bevölkerung ausmachen ([1]), besonders stark von Gonorrhoe betroffen. Der Anteil MSM war mit 47 % besonders hoch in der Grossregion Zürich (Tabelle 2). In der Gruppe mit heterosexuellem Ansteckungsweg betrug der Frau-

enanteil 31 %. Der Anteil MSM an den männlichen Fällen hat in den letzten Jahren stark zugenommen: Er stieg von 31 % im Jahr 2011 auf 48 % im Jahr 2016 (Abbildung 3). Dies ist auf die steigenden Fallzahlen für MSM zurückzuführen, welche seit 2011 um den Faktor 2,7 zugelegt haben, wohingegen jene für Männer mit heterosexuellem Ansteckungsweg im gleichen Zeitraum nur um den Faktor 1,3 gewachsen sind. Seit 2014 jedoch verzeichneten nicht nur die MSM, sondern auch Frauen und Männer mit heterosexuellem Ansteckungsweg eine deutliche Zunahme der Fallzahlen.

NATIONALITÄT

Von den Gonorrhoe-Fällen mit bekannter Nationalität waren 69 % Schweizer (Tabelle 3). Geschlecht und Ansteckungsweg hatten kaum einen Einfluss auf den Anteil mit Schweizer Nationalität.

INFEKTIONSORT

Die Mehrheit der Infektionen mit Gonorrhoe erfolgte innerhalb der Schweiz (Tabelle 4). Bei Personen mit Schweizer Nationalität betrug der Anteil mit Ansteckung in der Schweiz bei MSM 91 % und in der Gruppe mit heterosexuellem Ansteckungsweg 88 %. Personen mit ausländischer Nationalität infizierten sich etwas häufiger im Ausland als Personen mit Schweizer Nationalität. Jedoch steckten sich auch Personen ausländischer Nationalität mehrheitlich in der Schweiz mit Gonorrhoe an: bei MSM 88 % und bei Fällen mit heterosexuellem Ansteckungsweg 86 %. Diese Prozentsätze beziehen sich auf die Fälle mit Angaben zum Infektionsort. Je nach Untergruppe fehlten diese bei bis zu einem Viertel der Fälle.

INFEKTIONSQUELLE

Die grosse Mehrheit der Frauen infizierte sich bei einem bekannten Partner mit Gonorrhoe (Tabelle 5). Bei näherer Betrachtung der Art der Beziehung zum infektiösen Partner hatten sich 88 % der Frauen bei einem bekannten Partner infiziert, 8 % bei einem anonymen Partner, sowie 5 % beim bezahlten Sex. Bei den Männern spielten anonyme Partner dagegen eine bedeutendere Rolle: In 54 % der Fälle bei MSM war der Partner bekannt; 45 % hatten sich bei einem

anonymen Partner angesteckt, und 1 % bei bezahltem Sex. Rund die Hälfte (54 %) der Männer mit Infektion über einen heterosexuellen Kontakt kannten die Sexualpartnerin, bei 32 % war die infektiöse Partnerin anonym; 14 % der Ansteckungen erfolgten über bezahlten Sex. Diese Prozentsätze beziehen sich auf die Fälle mit Angaben zur Infektionsquelle. Es ist dabei zu beachten, dass diese je nach Untergruppe in rund 20 % der Fälle fehlte.

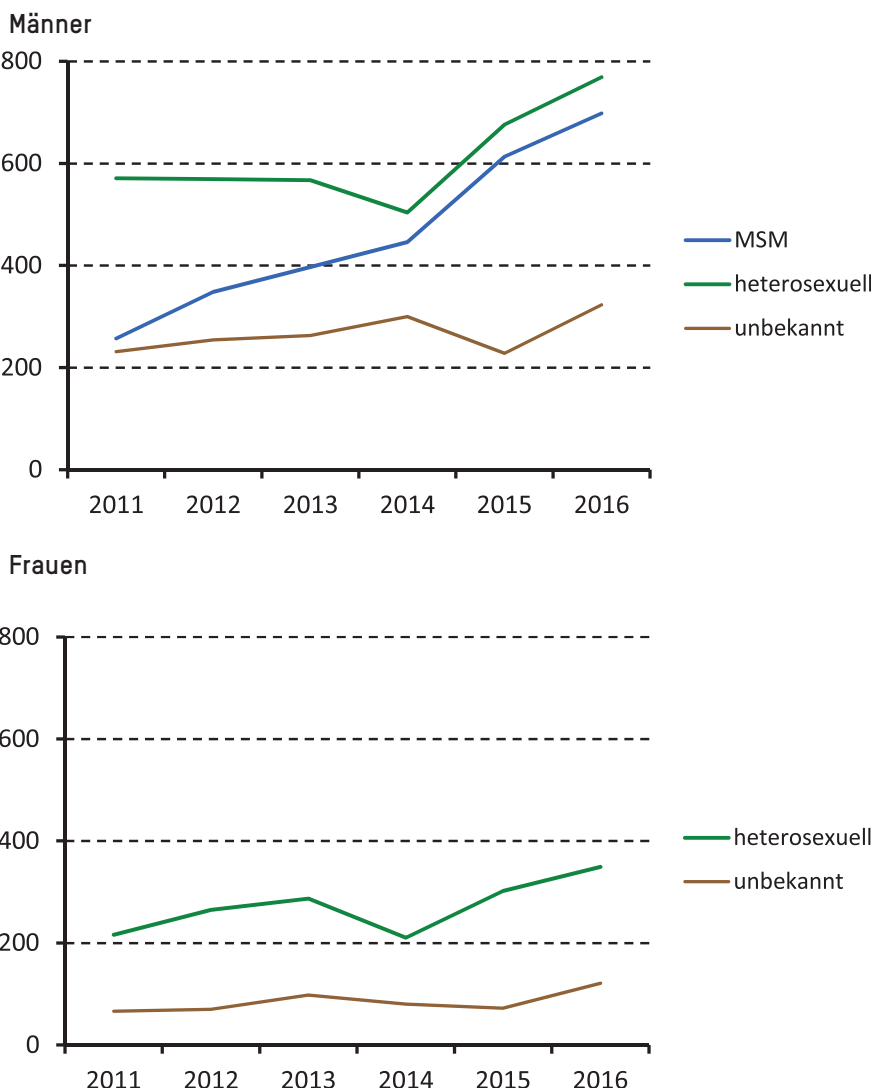
Der vorliegende Jahresbericht beschränkt sich auf die Analysen der wichtigsten Informationen, die auf den Meldeformularen der Ärzte erfragt werden. Die Auswertung der übrigen Variablen wird Gegenstand von separaten Artikeln sein, sofern die Angaben nicht zu unvollständig sind.

Variable, für die spätere Analysen geplant sind, betreffen: Anlass für den aktuellen Test, Schwangerschaft, Manifestationen (Symptome), Durchführung eines HIV-Tests, frühere Geschlechtskrankheiten (ausser HIV), Information der Sexualpartner, Behandlung der Sexualpartner.

FAZIT

Die Anzahl laborbestätigter Gonorrhoe-Fälle und darauf beruhend die Inzidenz ist im 2016 im Vergleich zum Vorjahr sowohl bei Frauen als auch bei Männern deutlich angestiegen. Damit setzte sich die schon seit dem Jahr 2000 beobachtete Zunahme fort. Dieser Trend ist insbesondere auf eine starke Zunahme von Meldungen zurückzuführen, welche die Gruppe der MSM betreffen. Um zu besser beurteilen zu können, in welchem Ausmass der beobachtete Anstieg eine Folge von Änderungen im Testvolumen oder in der Sensitivität der angewendeten diagnostischen Test ist ([2]), wurde mit der neuen EDI-Verordnung vom 1. Januar 2016 die Anzahl durchgeführter Tests meldepflichtig. Die ersten Analysen werden voraussichtlich 2018 möglich sein, wenn die Umsetzung evaluiert ist und für mindestens zwei Jahre Resultate vorliegen.

Abbildung 3
Bestätigte Gonorrhoefälle bei Männern und Frauen nach Ansteckungsweg¹ und Diagnosejahr, 2011–2016



¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 2:
Bestätigte Gonorrhoefälle nach Ansteckungsweg¹ und BFS-Grossregion², 2016

Ansteckungsweg:	heterosexuell		MSM		unbekannt	
	N	%	N	%	N	%
Ganze Schweiz	1118	49,3 %	698	30,7 %	454	20,0 %
Genferseeregion	193	39,1 %	170	34,5 %	130	26,4 %
Espace Mittelland	188	56,6 %	86	25,9 %	58	17,5 %
Nordwestschweiz	185	59,7 %	62	20,0 %	63	20,3 %
Zürich	325	44,2 %	286	38,9 %	124	16,9 %
Ostschweiz	110	63,2 %	37	21,3 %	27	15,5 %
Zentralschweiz	93	53,4 %	44	25,3 %	37	21,3 %
Tessin	24	46,2 %	13	25,0 %	15	28,8 %

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

² Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang

Tabelle 3:
Bestätigte Gonorrhoefälle nach Nationalität, Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2016

Ansteckungsweg:	heterosexuell				MSM	
	weiblich		männlich		N	%
	N	%	N	%		
Schweiz	192	55,0 %	442	57,5 %	398	57,0 %
Europa	63	18,1 %	109	14,2 %	104	14,9 %
Afrika	12	3,4 %	17	2,2 %	7	1,0 %
andere Länder	26	7,4 %	50	6,5 %	72	10,3 %
unbekannte Nationalität	56	16,0 %	151	19,6 %	117	16,8 %
Total Gonorrhoefälle	349	100,0 %	769	100,0 %	698	100,0 %

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 4:
Vermuteter Ort der Infektion bei bestätigten Gonorrhoefällen nach Ansteckungsweg¹ und Nationalität, 2016

Ansteckungsweg:	heterosexuell				MSM			
	Schweiz		Ausland		Schweiz		Ausland	
Anzahl Fälle	634	100,0 %	484	100,0 %	398	100,0 %	300	100,0 %
Ort der Infektion								
Schweiz	450	71,0 %	316	65,3 %	290	72,9 %	211	70,3 %
Ausland	59	9,3 %	51	10,5 %	30	7,5 %	28	9,3 %
Unbekannt	125	19,7 %	117	24,2 %	78	19,6 %	61	20,3 %

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

Tabelle 5:
Art der Beziehung zum vermuteten infektiösen Partner bei Personen mit bestätigter Gonorrhoe-Diagnose nach Ansteckungsweg¹ und Geschlecht, 2016

Ansteckungsweg:	heterosexuell				MSM	
	weiblich		männlich		N	%
Anzahl bestätigte Fälle	349	100,0 %	769	100,0 %		
Bekannter Partner	262	75,1 %	324	42,1 %	292	41,8 %
Anonymer Partner	23	6,6 %	193	25,1 %	246	35,2 %
Bezahlter Sex	14	4,0 %	82	10,7 %	6	0,9 %
Nicht eruierbar	16	4,6 %	79	10,3 %	83	11,9 %
Keine Angabe	34	9,7 %	91	11,8 %	71	10,2 %

¹ MSM: Sexuelle Kontakte zwischen Männern

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Telefon 058 463 87 06

Anhang

Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Zusammengefasste Kantone
CH01	Genferseeregion	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Nordwestschweiz	BS, BL, AG
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Zentralschweiz	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definierte die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Referenzen

1. Marcus, Ulrich; Hickson, Ford; Weatherburn, Peter; Schmidt, Axel J. (2013): Estimating the size of the MSM populations for 38 European countries by calculating the survey-surveillance discrepancies (SSD) between self-reported new HIV diagnoses from the European MSM internet survey (EMIS) and surveillance-reported HIV diagnoses among MSM in 2009. In: BMC public health 13, S. 919.
2. Cornelisse, Vincent J.; Chow, Eric P. F.; Hufham, Sarah; Fairley, Christopher K.; Bissessor, Melanie; Petra, Vesna de et al. (2017): Increased Detection of Pharyngeal and Rectal Gonorrhoea in Men Who Have Sex With Men After Transition From Culture To Nucleic Acid Amplification Testing. In: Sexually transmitted diseases 44 (2), S. 114–117.

Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2016

Im Jahr 2016 wurden dem BAG 11 013 bestätigte Chlamydiose-Fälle gemeldet. Damit haben die Fälle gegenüber dem Vorjahr um 8 % zugenommen.

DATENLAGE

Chlamydiose wird in der Schweiz seit 1989 kontinuierlich mittels eines obligatorischen Meldesystems überwacht. Aufgrund der hohen Fallzahlen erhebt das BAG nur eine Labormeldung mit Angaben zum Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnkanton. Auf eine Meldung zum klinischen Befund wird verzichtet. Für das Jahr 2016 wurden 11 013 laborbestätigte Fälle gemeldet; das sind rund 8 % mehr als im Jahr 2015 mit 10 172 Meldungen (Nachmeldungen bis 30.6.2017 berücksichtigt).

GESCHLECHT

Von den bestätigten Chlamydiose-Fällen betraf die Mehrheit Frauen (67 %, siehe Abbildung 1). Seit dem Jahr 2000 ist eine Zunahme der Fallzahlen für beide

Geschlechter zusammen um den Faktor 4,8 zu beobachten. Bei den Frauen sind die Fallzahlen um den Faktor 4,7 gestiegen, bei den Männern um den Faktor 5,4. Die Inzidenz, das heisst die Anzahl Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner, betrug im Jahr 2016 für Frauen 172 und für Männer 87 pro 100 000 Einwohner.

GEOGRAFISCHE VERTEILUNG

Für die ganze Schweiz und für beide Geschlechter zusammen lag die Inzidenz im Jahr 2016 bei 131 pro 100 000 Einwohner. Es gab jedoch grosse regionale Unterschiede mit einer Spannweite von 104 bis 160 Fällen pro 100 000 Einwohner (Tabelle 1). Die höchsten Werte fanden sich in der Grossregion Zürich und in der Genferseeregion, in denen

sich die grössten urbanen Zentren der Schweiz befinden. In den vorwiegend ländlichen Regionen Ostschweiz und Zentralschweiz war die Inzidenz der Chlamydiose am niedrigsten.

ALTERSVERTEILUNG

Für Frauen mit einer Chlamydiose-Diagnose lag der Altersmedian über die letzten fünf Jahre gerechnet bei 24 Jahren, das heisst die Hälfte der Frauen war jünger und die andere Hälfte älter als 24 Jahre. Die grösste Anzahl Frauen war in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen zu finden (Abbildung 2). Männer mit Chlamydiose waren zum Zeitpunkt der Diagnose gemessen am Altersmedian fünf Jahre älter als Frauen, nämlich 29-jährig. Die Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen war am stärksten betroffen.

Abbildung 1
Bestätigte Clamydiosefälle nach Geschlecht und Diagnosejahr seit Beginn der Erfassung, 1988–2016

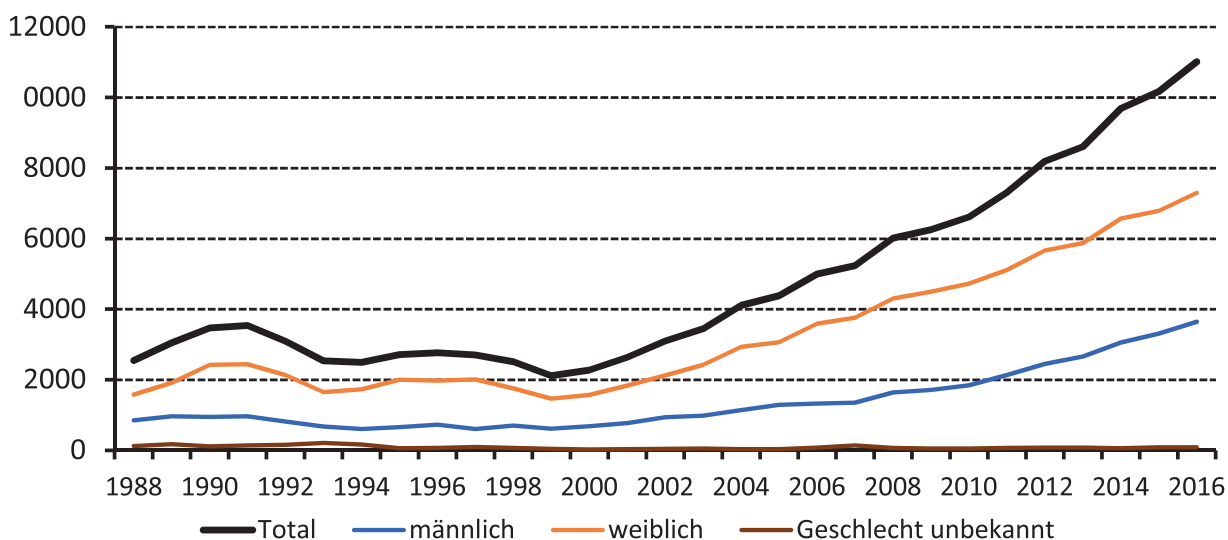
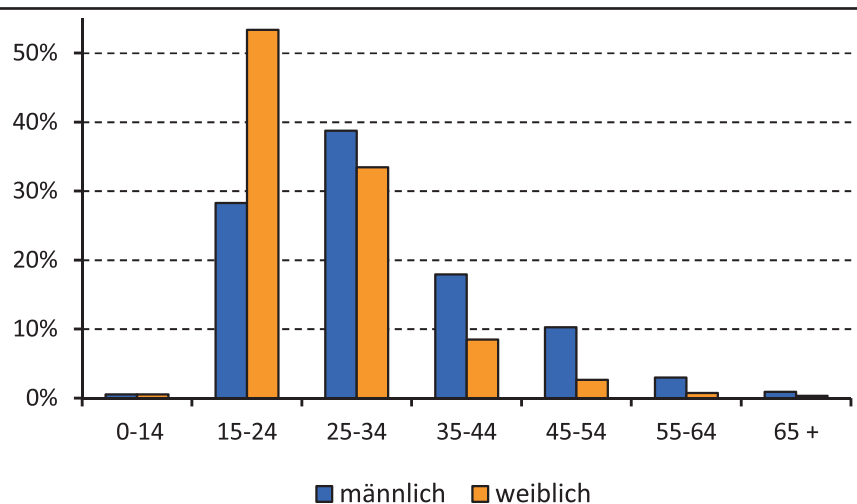


Tabelle 1:
Chlamydie- Inzidenz pro 100 000 Einwohner nach BFS-Grossregionen¹ und Diagnosejahr, 2011–2016

Diagnosejahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ganze Schweiz	91,8	101,9	105,7	117,5	122,1	130,8
Genferseeregion	120,5	140,7	135,3	152,2	153,0	159,3
Espace Mittelland	65,4	77,9	88,8	93,1	103,7	113,7
Nordwestschweiz	91,8	101,3	108,5	115,4	123,6	127,1
Zürich	116,0	123,7	133,3	152,2	155,0	160,6
Ostschweiz	70,3	72,5	80,5	88,0	91,9	104,2
Zentralschweiz	76,2	77,2	81,0	87,7	83,4	106,8
Tessin	108,3	118,2	76,5	114,7	121,6	119,7

¹ Definition der BFS-Grossregionen siehe Anhang

Abbildung 2
Altersverteilung von Personen mit bestätigter Chlamydie nach Geschlecht (Fälle der Jahre 2012 bis 2016 aus statistischen Gründen zusammengefasst)



FAZIT

Die Gesamtanzahl laborbestätigter Chlamydie-Fälle und darauf beruhend die Inzidenz ist im Jahr 2016 im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Damit setzte sich die seit dem Jahr 2000 beobachtete starke Zunahme weiter fort. Die Geschlechter- und Altersverteilung blieb in etwa gleich wie in den Vorjahren: Rund zwei von drei Fällen betrafen Frauen, und die Mehrheit war zwischen 15 und 34 Jahre alt. Um besser beurteilen zu können, ob es sich bei

dem beobachteten Anstieg um einen wirklichen epidemiologischen Trend handelt und nicht um eine Folge von Änderungen im Testvolumen oder in der Diagnostik, wie dem vermehrten Einsatz von Multiplex-Verfahren, wurde mit der neuen EDI-Verordnung vom 1. Januar 2016 die Anzahl durchgeführter Tests meldepflichtig. Die ersten Analysen werden voraussichtlich 2018 möglich sein, wenn die Umsetzung evaluiert ist und für mindestens zwei Jahre Resultate vorliegen.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Telefon 058 463 87 06

Anhang

Definition der BFS-Grossregionen

NUTS-Code	Grossregion	Zusammengefasste Kantone
CH01	Genferseeregion	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Nordwestschweiz	BS, BL, AG
CH04	Zürich	ZH
CH05	Ostschweiz	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Zentralschweiz	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

Das Bundesamt für Statistik (BFS) definierte die sieben Grossregionen CH01 bis CH07 für statistisch-vergleichende Zwecke und die Einbettung in die europäische Regionalstatistik NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Testsurveillance

Daten zur Anzahl von HIV- und Syphilis-Tests waren bis anhin in der Schweiz nicht direkt über die Laboratorien verfügbar, sondern nur indirekt über Einrichtungen, die freiwillige Beratung und Testung anbieten (Voluntary Counselling and Testing, VCT) [1]. Mit der neuen Epidemienverordnung vom 1. Januar 2016 wurde die Anzahl durchgeführter Tests zwar meldepflichtig, doch werden die ersten Analysen voraussichtlich erst 2018 möglich sein, wenn die Umsetzung evaluiert ist und für mindestens zwei Jahre Resultate vorliegen.

Seit 2008 erfüllt eine zunehmende Zahl Schweizer HIV-Teststellen die VCT-Kriterien des BAG, was die Nutzung des internetbasierten BerDa-Systems einschliesst (**B**eratungs- und **D**atenerfassungssystem). Dabei werden in anonymer Form alle durchgeführten HIV- und seit 2012 auch Syphilis-Tests dokumentiert; gleichzeitig wird jeder Klient bzw. jede Klientin nach der Anzahl der in der Vergangenheit durchgeführten HIV-Tests gefragt.

Die Daten aus dem BerDa-System zeigen, dass in Schweizer VCT-Stellen die Anzahl der zwischen 2008 und 2016 durchgeführten HIV- und Syphilis-Tests kontinuierlich gestiegen ist (Abbildungen 1 und 2). Im Jahr 2016 wurden knapp 20 000 HIV-Tests bzw. mehr als

10 000 Syphilis-Tests durchgeführt, wobei es sich – vor allem bei HIV – in der Mehrzahl um Schnelltests handelt.

Gegenüber 2011 hat sich die Zahl der bei MSM erfassten HIV-Tests nahezu verdreifacht – bei anderen Männern und Frauen beträgt dieser Faktor jeweils 1,5. Bezogen auf Personen im Alter von 15 bis 66 Jahren bedeutet dies, dass sich im Jahr 2016 8,4 % der MSM, 0,3 % der anderen Männer, bzw. 0,2 % der Frauen in Schweizer VCT-Stellen auf HIV testen liessen. Für Syphilistests lagen die entsprechenden Werte bei 6,8 %, 0,1 % und 0,06 %.

Auch die von den Getesteten berichtete durchschnittliche Anzahl vorangegangener HIV-Tests nahm in diesem Zeitraum

zu: Bei MSM stieg sie von durchschnittlich 3,9 im Jahr 2011 auf 4,8 im Jahr 2016. Bei anderen Männern und Frauen lag diese Zahl lange konstant bei durchschnittlich 1,5 vorangegangenen Tests und stieg zuletzt auf 1,6 (2015 und 2016) (Abbildung 3).

Das BAG interpretiert diese Daten dahingehend, dass die Testhäufigkeit bei MSM in den letzten fünf Jahren zugenommen hat. Einschränkend ist festzuhalten, dass etwa die Hälfte aller HIV-Tests bei MSM in privaten Praxen niedergelassener Ärzten durchgeführt wird [2, 3]. Diese Tests sind in den BerDa-Daten nicht enthalten. Abgedeckt werden jedoch alle fünf Schweizer Gesundheitszentren für schwule Männer (Checkpoints) in Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich, sowie etliche HIV-Teststellen und Spitäler.

Ein Viertel der Teilnehmer des Gaysurvey 2014 berichtete, ihren letzten HIV-Test an einem Checkpoint durchgeführt zu haben [2]. Werden nur bestätigt positive HIV-Tests betrachtet, lässt sich zeigen, dass von den 2016 im Meldesystem erfassten 263 HIV-Diagnosen bei MSM 55 auf die Schweizer Checkpoints entfallen (Abbildung 4). Seit 2013 wird fast ein Viertel der HIV-Diagnosen bei MSM in den Checkpoints erfasst.

Für MSM gab es in der Schweiz bis einschliesslich 2016 zwei gezielte Testkampagnen: «Break the Chains» bewirbt seit 2012 HIV-Tests im Monat Mai,

Abbildung 1
Anzahl HIV-Tests in Schweizer VCT-Stellen, 2011–2016

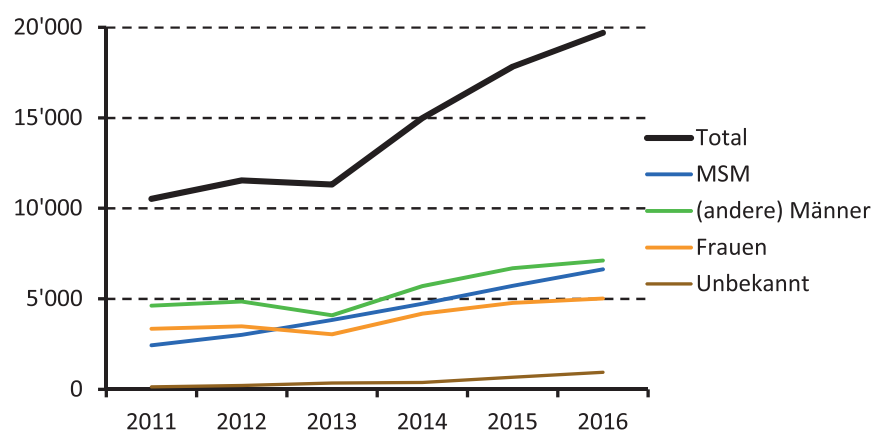
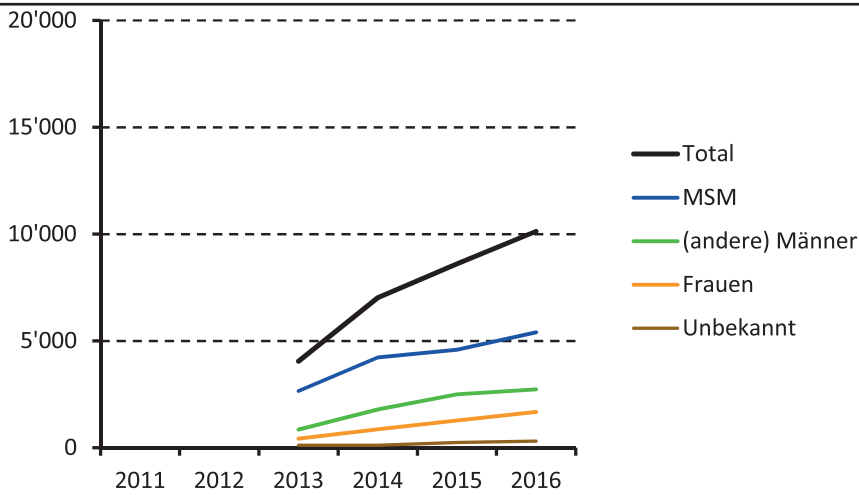


Abbildung 2
Anzahl Syphilis-Tests in Schweizer VCT-Stellen, 2013–2016



«Stop Syphilis» seit 2011 das Testen auf Syphilis im Monat Oktober. Abbildung 5 zeigt eindrücklich die Wirksamkeit der jeweiligen Testkampagnen.

Die Daten lassen darauf schliessen, dass sowohl der Anstieg der Diagnosen kürzlich erworbener HIV-Infektionen bei MSM als auch die Zunahme der Syphilis-Diagnosen in dieser Gruppe zum grossen Teil auf vermehrtes Testen zurückgeführt werden kann.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Telefon 058 463 87 06

Referenzen

- <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/sexuell-uebertragbare-infektionen/test-und-beratungsstellen/anonyme-hiv-teststellen.html>
- The EMIS Network. EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2013, p65
- Locicero S, Simonson T, Samitca S, Koutaissoff D, Amiguet M, Dubois-Arber F, Bize R. Système de surveillance du VIH et des IST de deuxième génération en Suisse. Rapport de synthèse 2012–2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2016

Abbildung 3
An Schweizer VCT-Stellen berichtete durchschnittliche Anzahl vorangegangener HIV-Tests, 2011–2016

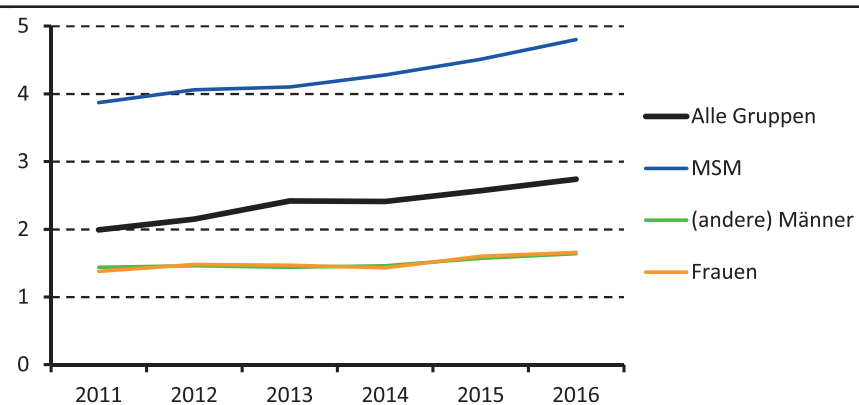


Abbildung 4
HIV Diagnosen bei MSM, Zusammenschau von Melde- und BerDa-Daten, 2009–2016

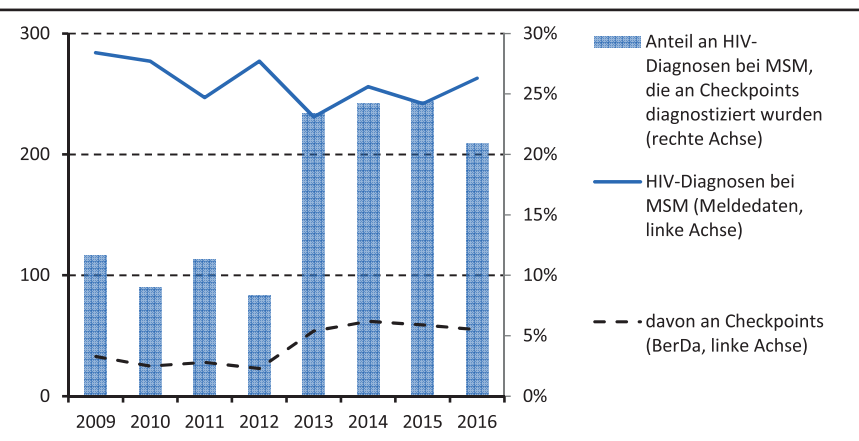
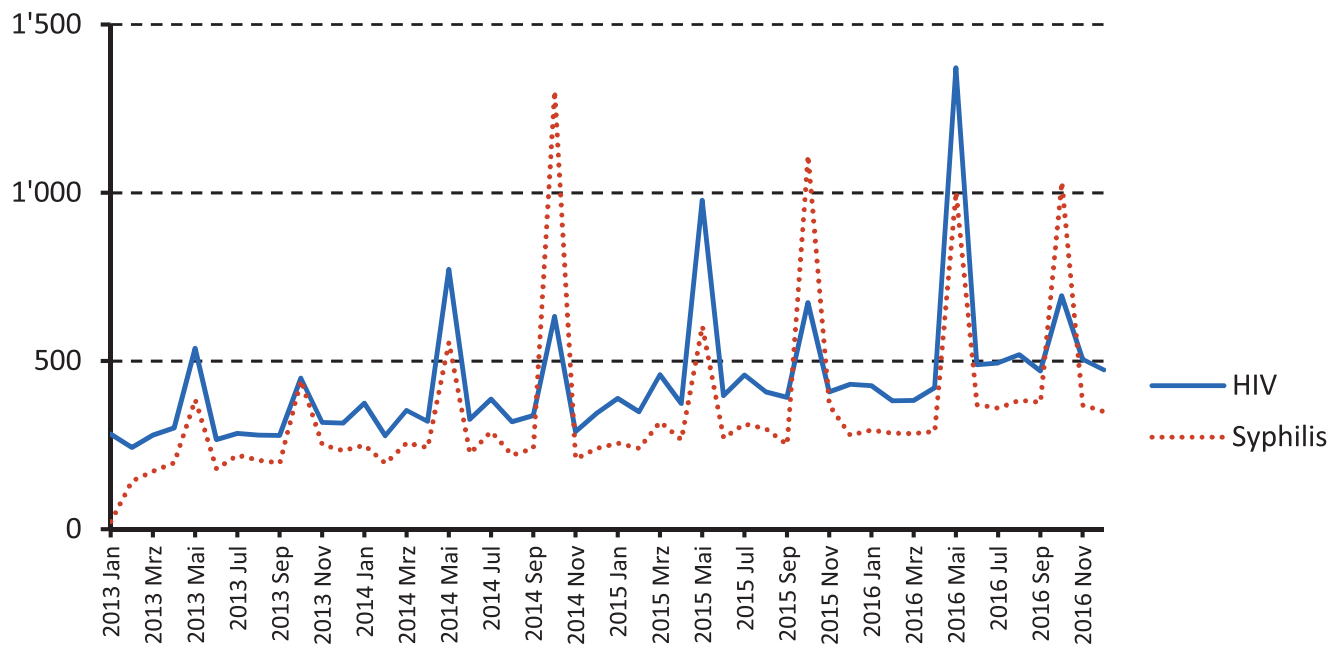


Abbildung 5

Anzahl monatlicher HIV und Syphilis-Tests bei MSM in Schweizer VCT-Stellen, 2013–2016



Aktualisierte Safer-Sex-Regeln und ein individueller Safer-Sex-Check

Wenn es um Sexualität geht, sind die Safer-Sex-Regeln Thema vieler Beratungsgespräche. Nach 30 Jahren HIV-Prävention war es für das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Zeit, die Hauptbotschaften zu überprüfen und zu aktualisieren. Ergebnis ist: Das Kondom bleibt die wichtigste Regel. Die anderen Regeln sind präzisiert und neu in einen Safer-Sex-Check integriert. Der Check ermittelt mit ein paar wenigen Fragen persönlich abgestimmte Empfehlungen. Er weist beispielsweise darauf hin, dass man sich beim Oralsex mit einer sexuell übertragbaren Infektion anstecken kann – auch ohne Sperma oder Blut in den Mund zu nehmen. Nicht neu, aber weiterhin wichtig, sind bei der Diagnose einer sexuell übertragbaren Infektion (STI) die Partnerinformation und die Partnerbehandlung.

Seit der Integration im Jahr 2011 von anderen STI (Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien, virale Hepatitis) ins Nationale HIV-Programm ist Safer Sex nicht mehr nur HIV-Prävention, sondern auch Prävention von anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Deshalb sind die Botschaften, was Sex sicherer macht, in den letzten Jahren komplexer geworden. Und im Bereich HIV haben neue Erkenntnisse gezeigt, dass es unter gewissen Voraussetzungen zusätzliche Möglichkeiten gibt, sich vor einer HIV-Infektion zu schützen (HIV-Prä-Expositionsprophylaxe) oder eine solche nach einer Risikosituation zu verhindern (HIV-Post-Expositionsprophylaxe). Knapp 10 Jahre nach dem «Swiss-Statement» kann bestätigt werden, dass wer dank erfolgreicher HIV-Therapie keine nachweisbare Viruslast mehr aufweist, sexuell niemanden mit dem HI-Virus ansteckt.

Gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Aids-Hilfe Schweiz (AHS), Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGCH) und der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zum Schluss gekommen, dass es nebst der zentralen Hauptbotschaft – dem Kondomgebrauch – zielführend ist, einen personalisierten Ansatz zu wählen.

Safer-Sex-Regeln: was war – was ist neu

Bisher galten drei Safer-Sex-Regeln:

1. Eindringender Geschlechtsverkehr – immer mit Kondom (oder Femidom).
2. Kein Sperma und kein Menstruationsblut in den Mund nehmen.
3. Bei Grippe-symptomen nach ungeschütztem Sex wie bei Juckreiz, Brennen, Ausfluss oder anderen Beschwerden im Genitalbereich sofort zum Arzt, zur Ärztin.

Neu werden nur noch zwei Safer-Sex-Regeln kommuniziert:

1. Vaginalsex und Analsex mit Kondom
2. Und weil's jede(r) anders liebt: Mach jetzt deinen persönlichen Safer-Sex-Check auf lovelife.ch

Der individuelle online Safer-Sex-Check

Das BAG hat gemeinsam mit den erwähnten Institutionen und unter Einbezug weiterer Fachleute und Vertreterinnen und Vertretern von Zielgruppen einen auf www.lovelife.ch online verfügbaren, anonymen Safer-Sex-Check entwickelt. Nach der Beantwortung weniger Fragen zum persönlichen Sexleben generiert der Check individuelle Safer-Sex-Empfehlungen. Es werden sämtliche Empfehlungen, die für den Schutz vor HIV und STI relevant sind, aufgeführt: Schutz durch Kondom, Schutz durch Impfungen, Informationen zu risikoreichen Sexpraktiken, Beratungsgespräche mit einer Fachperson über HIV und andere STI und die erforderlichen medizinischen Tests. Es wird auch über die Nichtübertragbarkeit von HIV bei einer wirksamen antiretroviralen Therapie als Element der Risikobewertung informiert. Die persönlichen Empfehlungen können zur Gedächtnisstütze oder als Grundlage für ein Beratungsgespräch gespeichert oder ausgedruckt werden. Die Empfehlungen stellen eine Momentaufnahme dar. Wenn sich die persönliche Situation verändert, sollte der Check erneut gemacht werden.

Kondome bleiben wichtig

Kondome sind ein zuverlässiger Schutz vor HIV. Sie verringern auch das Risiko, sich mit einer anderen STI anzustecken.

Bei Oralsex Übertragung anderer STI als HIV

Die bisherige Botschaft «Sperma und Blut nicht in den Mund» vermittelt betreffend anderer STI eine falsche Sicherheit. Denn diese können auch ohne Sperma oder Blut im Mund beim

Oralsex übertragen werden. Zudem ist die Übertragungsgefahr für HIV bei Sperma und Blut im Mund geringer als früher angenommenⁱⁱ. Neu vermittelt der Check, dass bei Oralsex die Ansteckung von sexuell übertragbaren Infektionen möglich ist, es sich dabei aber mehrheitlich um heilbare STI handelt und es daher wichtig ist, diese früh zu erkennen und durch eine Therapie auch eine Ansteckung weiterer Personen zu verhindern.

Nicht nur bei Symptomen, sondern auch bei wechselnden Sexualpartner muss an STIs gedacht werden.

Anstelle des Hinweises in der bisherigen dritten Regel bei Symptomen im Genitalbereich zum Arzt zu gehen, werden neu Personen mit wechselnden Sexualpartnern darauf hingewiesen, einen Arzt, eine Ärztin zu konsultieren. Das Vorgehen, nur symptomatische Personen auf STI zu testen, scheint nicht ausreichend, da es zahlreiche asymptomatische Verläufe gibt. Frauen, die Symptome im Intimbereich haben, haben oft keine STI. Und Frauen ohne Symptome können trotzdem eine STI haben. Auch Männer, die aufnehmendem analsex praktizieren, haben häufig trotz Infektion keine Symptomeⁱⁱⁱ. Wechselnde Sexualpartner und nicht nur Symptome sind also ausschlaggebend, sich regelmässig hinsichtlich STI beraten und testen zu lassen.

HIV-Primoinfektion erkennen ist entscheidend

Fieber und andere grippeähnliche Symptome nach einer Risikosituation können einen wichtigen Hinweis auf eine HIV-Infektion im Anfangsstadium sein (sogenannte Primoinfektion)^{iv}. Es ist äusserst wichtig, dass eine HIV-Infektion früh erkannt wird: Während der sogenannten HIV-Primoinfektion, also Tage und Wochen nach der Ansteckung, steigt die Viruslast im Blut rasch an. Während dieser Zeit ist die betroffene Person sehr infektiös.

Keine HIV-Transmission unter wirksamer Therapie

Ein rascher Therapiebeginn ist nicht nur aus individualmedizinischer Sicht wichtig, sondern auch aus Sicht der öffentlichen Gesundheit. Bei einer Person unter erfolgreicher HIV-Therapie steckt sich niemand mehr sexuell an.

Die Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) und die Post-Expositionsprophylaxe (PEP)

Unter gewissen Voraussetzungen gibt es zusätzlich die Möglichkeit sich vor einer HIV-Infektion durch eine HIV-Prä-Expositionsprophylaxe zu schützen. Die EKSG hat im Januar 2016 Richtlinien^v hierzu publiziert. Ebenfalls kann nach einer Risikosituation mit einer HIV-Post-Expositionsprophylaxe^{vi} eine Ansteckung verhindert werden.

STI-Diagnose und Partnerinformation gehören zusammen

Wird eine STI festgestellt, ist es wichtig mit dem Patienten, der Patientin die Information an die Sexualpartner zu thematisieren. Den Betroffenen stehen auf www.lovelife.ch/de/hiv-co/partnerinfo/ Informationen und unterstützende Hilfsmittel zur Verfügung: Sie können ihre Partner einfach und mit Hilfe von Textvorlagen oder Emails benachrichtigen.

Informationsmaterial zum Safer-Sex-Check

Für die Bekanntmachung des Safer-Sex-Checks bei Patientinnen/Patienten und bei Klientinnen/Klienten, beispielsweise in Arztpraxen, Fachstellen, Beratungsstellen, Apotheken oder Drogerien, stellt die LOVE LIFE-Kampagne Promotionsmaterialien zur Verfügung: ein Kleinplakat und einen Präsentationsdispenser mit Flyern im Kreditkartenformat. Sie können kostenlos bestellt werden unter: www.bundespublikationen.admin.ch > Kampagnen > HIV- / STI-Prävention – LOVE LIFE.

ⁱ Pietro Vernazza, Bernard Hirschel, Enos Bernasconi, Markus Flepp, EKAF: HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös <https://saez.ch/de/resource/jf/journal/file/view/article/saez.2008.13252/2008-05-089.pdf>

ⁱⁱ Page-Shafer et al. 2002: Risk of HIV infection attributable to oral sex among men who have sex with men and in the population of men who have sex with men. *AIDS* 16(17).

– Patel et al. 2014: Per-act HIV transmission risk estimates. *AIDS* 28(10):1509-1519

– Vittinghoff et al. 1999: Per-Contact Risk of Human Immunodeficiency Transmission between Male Sexual Partners. *Am J Epidemiol* 150(3): 306-311

– Baggaley et al. 2008: Systematic review of orogenital HIV-1 transmission probabilities. *Int J Epidemiol* 37: 1255-1265

– Del Romero et al. 2002: Evaluating the risk of HIV transmission through unprotected orogenital sex. *AIDS* 16 (9): 1276-1297

ⁱⁱⁱ CID 41: 67-74

^{iv} Der HIV-Test auf Initiative des Arztes/der Ärztin: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/p-und-p/richtlinien-empfehlungen/pict-hiv-test-auf-initiative-des-arztes.pdf.download.pdf/bu-21-15-pict-hiv.pdf> und

– Die HIV-Primoinfektion – Hinweise zu Diagnose und Bedeutung: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/p-und-p/richtlinien-empfehlungen/faktenblatt-zu-primoinfektion-2015.pdf.download.pdf/fb-primoinfektion-hiv.pdf>

^v Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) zur HIV Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) in der Schweiz: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/p-und-p/richtlinien-empfehlungen/prep-empfehlungen-der-eksg-januar-2016.pdf.download.pdf/bag-04-16-praevention-expo.pdf>

^{vi} Notfall HIV-Exposition – PEP kann die richtige Antwort sein: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/p-und-p/richtlinien-empfehlungen/notfall-hiv-exposition-pep.pdf.download.pdf/bu-48-14-pep-hiv-exposition.pdf>

Kontakt:

Daniel Koch, Dr. med. MPH
Leiter Abteilung
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Schwarzenburgstrasse 157
CH-3003 Bern

Karoline Aebi-Popp, MD, MSc
Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe
Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital
3010 Bern
Gruppenpraxis Schönburg
3013 Bern

Pre Alexandra Calmy, PD
Médecin adjointe agrégée
Unité VIH/SIDA
Service de maladies infectieuses
4 rue Gabrielle Perret Gentil
1211 Genève 14

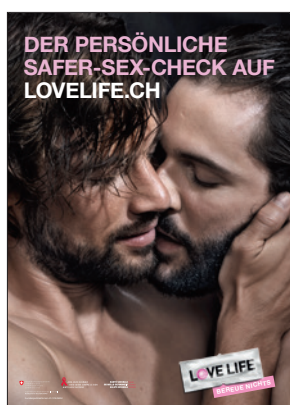
Prof. Dr. med. Jan Fehr
Departementsleiter Public Health
Institut für Epidemiologie Biostatistik und Prävention
Universität Zürich
Hirschengraben 84
8001 Zürich und
Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene
Universitätsspital Zürich
8091 Zürich

Informationsmaterial zum Safer-Sex-Check

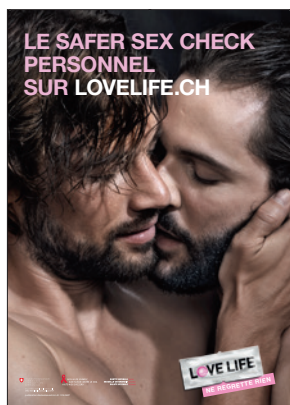
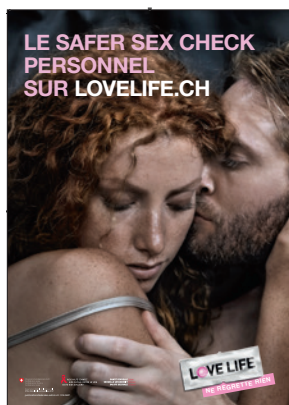
Kostenlos zu bestellen unter:

www.bundespublikationen.admin.ch > Kampagnen > HIV- / STI-Prävention - LOVE LIFE

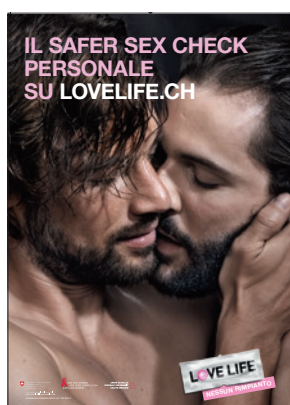
Wendeplakat LOVE LIFE – Safer-Sex-Check, Sujet Frau/Sujet Mann (Format A3)



316.562.D
Wendeplakat LOVE LIFE – Safer-Sex-Check

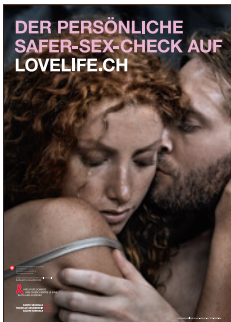


316.562.F
Affiche LOVE LIFE – safer sex check

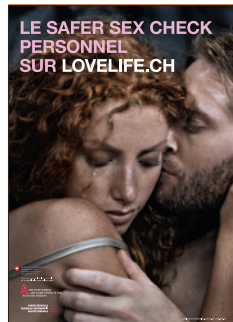


316.562.I
Manifesto LOVE LIFE – safer sex check

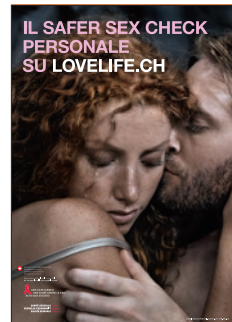
Dispenser für die Präsentation der Flyer «Der persönliche Safer-Sex-Check», Sujet Frau (Format A4)



316.563.3D
Dispenser mit 30 Flyern
«Der persönliche Safer-Sex-Check»



316.563.3F
Dispenser avec 30 dépliant
« Le safer sex check personnel »



316.563.3I
Dispenser con 30 opuscoli
«Il safer sex check personale»

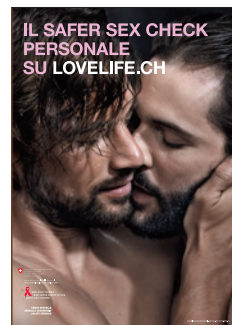
Dispenser für die Präsentation der Flyer «Der persönliche Safer-Sex-Check», Sujet Mann (Format A4)



316.563.4D
Dispenser mit 30 Flyern
«Der persönliche Safer-Sex-Check»



316.563.4F
Dispenser avec 30 dépliant
« Le safer sex check personnel »



316.563.4I
Dispenser con 30 opuscoli
«Il safer sex check personale»

Flyer «Der persönliche Safer-Sex-Check», Sujet Frau (Kreditkartenformat)



316.563.1D
Flyer «Der persönliche Safer-Sex-Check»



316.563.1F
Dépliant « Le safer sex check personnel »



316.563.1I
Opuscolo «Il safer sex check personale»

Flyer «Der persönliche Safer-Sex-Check», Sujet Mann (Kreditkartenformat)



316.563.2D
Flyer «Der persönliche Safer-Sex-Check»



316.563.2F
30 dépliant
« Le safer sex check personnel »



316.563.2I
30 opuscoli
«Il safer sex check personale»

Jetzt gegen die Grippe impfen – sich und andere schützen

Mit der Impfung gegen die saisonale Grippe lassen sich viele Krankheitsfälle und Spitalaufenthalte vermeiden. Das BAG empfiehlt deshalb, sich rechtzeitig vor der kommenden Grippesaison impfen zu lassen. Der nationale Grippeimpftag vom 3. November 2017 bietet dazu eine gute Gelegenheit. An diesem Tag können sich alle zu einem ermässigten Preis und ohne Voranmeldung in vielen Arztpraxen impfen lassen.

Die Zahl der grippebedingten Arztkonsultationen schwankt jährlich zwischen 100 000 und 275 000. Zudem kommt es aufgrund der saisonalen Grippe zu tausenden von Hospitalisierungen und hunderten von Todesfällen. Viele dieser Fälle könnten mit einer rechtzeitigen Impfung verhindert werden. Die Impfung wird in erster Linie für Personen mit erhöhtem Komplikationsrisiko empfohlen. Dazu gehören frühgeborene Kinder unter zwei Jahren, Schwangere, Personen ab 65 Jahren, Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen sowie Personen mit chronischen Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Atemwegserkrankungen.

Wer im beruflichen oder privaten Umfeld Kontakt mit Menschen mit erhöhtem Komplikationsrisiko hat, soll sich ebenfalls impfen lassen. Dies gilt zum Beispiel auch für Eltern und Grosseltern von Säuglingen unter sechs Monaten, für das Personal von Kinderkrippen, Tagesstätten und Entbindungsstationen, sowie für das Medizinal- und Pflegepersonal.

Detaillierte Informationen zur Grippe und zur Grippeimpfung sind auf der Website www.impfengegengrippe.ch abrufbar. Aufgrund der Angaben zu fünf Fragen ist als Resultat des Grippeimpfchecks einfach ersichtlich, ob eine Impfung empfohlen ist. Zudem kann man auf der Seite Informationsmaterialien zur Grippeprävention bestellen.

3. NOVEMBER IST NATIONALER GRIPPEIMPFTAG

Am kommenden 3. November kann man sich zum ermässigten Preis von 30 Franken und ohne Voranmeldung impfen lassen. Zahlreiche Arztpraxen, deren Liste unter www.kollegium.ch abrufbar ist, beteiligen sich am traditionellen nationalen Grippeimpftag, der vom Kollegium für Hausarztmedizin organisiert wird.

Ab sofort kann man sich auch beim Haus-, Kinder- oder Frauenarzt, im Heim oder Spital oder durch die Spitex impfen lassen. Für gesunde Personen über 16 Jahren ist die Impfung in vielen Kantonen auch in der Apotheke möglich (weitere Informationen unter www.impfapotheke.ch). Der beste Zeitraum für die Impfung liegt zwischen Mitte Oktober und Mitte November. Aber auch danach kann es je nach individueller Situation (Gesundheitszustand, Schwangerschaft usw.) sinnvoll sein, sich in Absprache mit dem Arzt oder der Ärztin noch impfen zu lassen.

Adresse für Rückfragen:

Bundesamt für Gesundheit
Kommunikationw
Tel. 058 462 95 05
media@bag.admin.ch

Informationen:

www.impfengegengrippe.ch
www.bag.admin.ch/influenzav

Ärztetarif TARMED: Bundesrat verabschiedet die Verordnungsänderung per 1. Januar 2018

Der Bundesrat hat den Grundsatzentscheid von Mitte August zum Ärztetarif TARMED formell umgesetzt. Er hat an seiner Sitzung vom 18. Oktober 2017 die Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung verabschiedet. Die Wirkung der Anpassungen wird zusammen mit den Leistungserbringern und den Krankenversicherern in einem Monitoring überprüft. Der Bundesrat hat zugleich die Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen festgelegt, da sich die Tarifpartner nicht auf eine Gesamtrevision einigen konnten.

Der Bundesrat hat den ambulanten Ärztetarif TARMED per 1. Januar 2018 angepasst. Er hat ihn sachgerechter ausgestaltet, indem er übertarifizierte Leistungen korrigiert und die Transparenz erhöht hat. Dieser Eingriff war nötig, weil sich die Tarifpartner bis heute nicht auf eine Gesamtrevision einigen konnten und es ab dem 1. Januar 2018 keine von allen Tarifpartnern gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur mehr gibt.

Nach dem Grundsatzentscheid vom 16. August 2017 hat der Bundesrat nun die entsprechende Verordnungsänderung verabschiedet. Er hat dabei das Anliegen der Tarifpartner berücksichtigt, dass die Massnahmen für Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf mit möglichst geringem administrativem Aufwand umgesetzt werden. Die Verordnungsänderung beinhaltet die verabschiedeten Anpassungen an der Tarifstruktur und die vom Bundesrat festgelegte, gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur ab dem 1. Januar 2018.

Die Auswirkungen sowie die Umsetzung der TARMED-Anpassungen werden in einem Monitoring evaluiert. Die TARMED-Anpassungen stellen eine Übergangslösung dar. Es ist nach wie vor Aufgabe der Tarifpartner gemeinsam die gesamte Tarifstruktur zu revidieren.

FESTLEGUNG DER TARIFSTRUKTUR IN DER PHYSIOTHERAPIE

Da sich die Tarifpartner auch im Bereich der Physiotherapie bisher nicht auf eine gemeinsame Tarifstruktur einigen konnten, musste der Bundesrat auch hier aufgrund seiner subsidiären Kompetenz eingreifen, um einen tarifstrukturlosen Zustand zu verhindern.

Die festgelegte Tarifstruktur für physiotherapeutischen Leistungen ab dem 1. Januar 2018 basiert auf der aktuell gültigen Tarifstruktur mit einigen kleinen Anpassungen. Diese erhöhen

die Transparenz und reduzieren unerwünschte Anreize. Sie berücksichtigen die Vernehmlassungsergebnisse.

Die festgelegte Tarifstruktur ist eine Übergangslösung. Die Tarifpartner sind aufgefordert, die Tarifstruktur gemeinsam bis im September 2018 zu revidieren. Wenn sie bis dahin keine Einigung für eine revidierte Tarifstruktur erzielen, sollen sie dem Bundesrat innert derselben Frist, gemeinsam oder individuell, Vorschläge zur Anpassung der aktuellen Tarifstruktur einreichen.

Die Anpassungen sowie die ab 1. Januar 2018 geltenden Tarifstrukturen im ambulanten ärztlichen Bereich und in der Physiotherapie werden auf den Internetseiten der Bundeskanzlei und des Bundesamtes für Gesundheit veröffentlicht.

Für Rückfragen:

Bundesamt für Gesundheit
Kommunikation
Tel. 058 462 95 05
media@bag.admin.ch

Verantwortliches Departement:

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Informationen:

Bundesamt für Gesundheit BAG > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Ärztliche Leistungen > Tarifsystem TARMED

Bundesamt für Gesundheit BAG > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Nicht-ärztliche Leistungen > Physiotherapie

Bundesamt für Gesundheit BAG > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Laufende Revisionsprojekte > Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

Kanton	Block-Nrn.	Rezept-Nrn.
Aargau	221897D	5547413
Bern	241359D	6033967
Genf	210852F 156247F	5271276 3906173

Rauchende unterschätzen ihr Erkrankungsrisiko

Mit der Botschaft «Kein Zufall: 75% der unter 50-jährigen Herzinfarktpatienten rauchen» macht die neue Welle der SmokeFree-Kampagne darauf aufmerksam, dass Rauchende häufiger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen sind als der Bevölkerungsdurchschnitt. Zwei Drittel der Rauchenden wissen zwar über die generellen Gefahren des Tabakkonsums Bescheid, das persönliche Erkrankungsrisiko schätzen sie jedoch zu tief ein.

Eine Studie der Universität in Sheffield zeigt auf: Raucherinnen und Raucher unter 50 Jahren haben ein acht Mal höheres Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden als ihre nichtrauchenden Altersgenossen. Das erhöhte Risiko eines Infarkts bei Rauchenden zeigt sich auch in den Zahlen des Schweizer AMIS-Plus-Registers, das Daten zu den Herzinfarkten in der Schweiz sammelt.

Obwohl die Fakten deutlich sind, unterschätzen Rauchende die durch ihren Tabakkonsum bedingte Gesundheitsgefährdung. Dies hat die Bevölkerungsbefragung der ersten SmokeFree-Kampagnenphase gezeigt. Die befragten Rauchenden schätzen das eigene Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken oder Fitnessseinbussen zu erleiden, durchweg geringer ein als das Risiko der anderen Rauchenden, wie die Auswertung der Erhebung durch die Universität Zürich ergab. Die Wahrnehmung des eigenen Erkrankungsrisikos unterliegt damit einer optimistischen Verzerrung. Die Unterschätzung der persönlichen Gesundheitsgefahren ist bei älteren Rauchenden am stärksten ausgeprägt.

Um die Ergebnisse der Evaluation aufzunehmen, ruft die SmokeFree-Kampagne die gesundheitlichen Gefahren des Tabakkonsums ins Bewusstsein der Menschen. Gleichzeitig werden Rauchende mit der Botschaft «Ich bin stärker» dazu motiviert, einen Rauchstopp zu wagen. Ein Rauchstopp lohnt sich jederzeit. Denn nach fünf Jahren ist das Risiko für einen Herzinfarkt im Vergleich zu Rauchenden nur noch halb so hoch. Die Erfolgchancen für einen Rauchstopp sind ausserdem höher, wenn eine Person, die mit dem Rauchen aufhören möchte, während der Entwöhnung vom Tabak professionelle Unterstützung in Anspruch nimmt, z.B. via Arzttermin, Rauchstoppkurs oder telefonische Beratung durch die Rauchstopplinie 0848 000 181 (8 Rappen pro Minute).

RAUCHERANTEIL STAGNIERT AUF HOHEM NIVEAU

Der Raucheranteil in der Schweizer Bevölkerung beträgt 25%. Nach einem deutlichen Rückgang seit Beginn der 2000-er Jahre veränderte sich dieser Anteil ab 2008 praktisch nicht mehr. Der Tabak bleibt die Hauptursache vorzeitiger Todesfälle in der Schweiz. Jedes Jahr sterben 9500 Personen an den Folgen des Tabakkonsums.

Die Tabakpräventionskampagne «SmokeFree – Ich bin stärker» wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit den Kantonen und NGOs aus dem Gesundheitsbereich umgesetzt. Die Finanzierung erfolgt durch den Tabakpräventionsfonds, der seinerseits aus der Steuer von 2,6 Rappen pro Zigarettenschachtel gespeist wird.

SmokeFree Buddy App: Ein Freund als Rauchstopp-Coach

Mit der Unterstützung einer Freundin oder des Partners ist es einfacher, mit dem Rauchen aufzuhören. Die im Rahmen der nationalen Kampagne lancierte SmokeFree Buddy App für Mobiltelefone verbindet eine Person, die mit dem Rauchen aufhören möchte, mit einer anderen, die sie dabei unterstützt. Die Begleitung durch eine Freundin oder einen Freund ist in den ersten Wochen der Entwöhnung besonders hilfreich. Dank der mit Fachleuten erarbeiteten Inhalte kombiniert die App professionelle und personalisierte Unterstützung. Die Funktionsweise der App wird unter www.smokefree.ch/buddy-app in einem animierten Kurzfilm erklärt.

Seit September 2017 ist eine überarbeitete und aktualisierte Version der App verfügbar. Nutzer profitieren von mehr Flexibilität, vereinfachter Registration und zusätzlichen Aktionsmöglichkeiten.

Adresse für Rückfragen:

Bundesamt für Gesundheit
Medienstelle
Tel. 058 462 95 05
media@bag.admin.ch

Downloadlink mit Bildern für Medienschaffende:

<https://bspublic.ch/smokefree/>

Informationen:

<http://heart.bmj.com/content/103/8/586>
<http://www.amis-plus.ch/>

Transplantationsgesetz: Lebendspender werden finanziell besser abgesichert

Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 18. Oktober 2017 entschieden, das revidierte Transplantationsgesetz und das Ausführungsrecht per 15. November 2017 in Kraft zu setzen. Mit den Änderungen werden Lebendspenderinnen und -spender finanziell besser abgesichert. Weiter wird geklärt, unter welchen Voraussetzungen bei urteilsunfähigen Spenderinnen und Spendern im Hinblick auf eine Organentnahme vorbereitende medizinische Massnahmen vorgenommen werden können. In einer neuen Verordnung wird zudem die Überkreuz-Lebendspende von Nieren geregelt.

Jährlich spenden in der Schweiz etwa 100 bis 125 lebende Personen ein Organ und etwa 200 Personen Blut-Stammzellen. Diese Personen bedürfen bei Organspenden einer lebenslangen und bei der Spende von Blut-Stammzellen während zehn Jahren einer Nachsorge. Mit dem revidierten Transplantationsgesetz und der Transplantationsverordnung werden die gesetzlich festgelegte Nachsorge und Kostenübernahme durch die Versicherer und den Bund genauer geregelt.

Zudem sollen neu weitere Tätigkeiten mit Geweben und Zellen zur autogenen Transplantation (d.h. wenn einer Person eigenes Gewebe oder Zellen übertragen werden) meldepflichtig sein. Damit kann besser überprüft werden, ob die Qualitäts- und Sicherheitsstandards eingehalten werden. Die Aufsicht über diese Tätigkeiten wird vom BAG an Swissmedic übertragen.

Das Transplantationsgesetz beauftragt den Bundesrat festzulegen, welche vorbereitenden medizinischen Massnahmen vor dem Tod bei Urteilsunfähigkeit und fehlender Zustimmung der spendenden Person unzulässig sind. Dabei wird auf die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur Feststellung des Todes verwiesen. Diese Richtlinien halten die unzulässigen Massnahmen in einer Negativliste fest; sie sind im Mai 2017 verabschiedet worden.

Der Bundesrat hat zudem weitere Anpassungen verabschiedet, die nicht durch die Änderung des Transplantationsgesetzes bedingt sind. So regelt eine neue Verordnung die Überkreuz-Lebendspende von Nieren. Ist eine direkte Lebendspende durch eine spendewillige Person an die vorgesehene Emp-

fängerin oder den vorgesehenen Empfänger aus immunologischen Gründen nicht möglich, kann eine Überkreuz-Lebendspende in Frage kommen. Dabei geht die Niere nicht von der Spenderin oder dem Spender an die eigentlich vorgesehene Person, sondern «über Kreuz» an eine andere Person, die immunologisch kompatibel ist. In einem Überkreuz-Lebendspende-Programm werden aus einer Gruppe von inkompatiblen Paaren möglichst viele geeignete Kombinationen von spendenden und empfangenden Personen ermittelt. Die Verordnung regelt den Betrieb dieses Programms.

Das Parlament hat die Änderung des Transplantationsgesetzes am 19. Juni 2015 beschlossen. Der Bundesrat hat einzelne Bestimmungen bereits auf den 1. Mai 2016 umgesetzt. Dazu gehörte unter anderem, dass Grenzgängerinnen und Grenzgänger bei der Zuteilung von Organen zur Transplantation gleich behandelt werden wie Personen mit Wohnsitz in der Schweiz.

Für Rückfragen:

Bundesamt für Gesundheit
Sektion Kommunikation
Tel. 058 462 95 05
media@bag.admin.ch

Informationen:

www.bag.admin.ch/transplantation > Rechtsetzungsprojekte in der Transplantationsmedizin

www.samw.ch/transplantation


Verantwortliches Departement:


Eidgenössisches Departement des Innern EDI

DER PERSÖNLICHE SAFER-SEX-CHECK AUF LOVELIFE.CH



BEREUE NICHTS

 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

 AIDS-HILFE SCHWEIZ
AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA
AIUTO AIDS SVIZZERO

SANTÉ SEXUELLE suisse
SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz
SALUTE SESSUALE Svizzera

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

bundespublikationen.admin.ch 316.562d

BAG Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

A-PRIORITY

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

43/2017