

HIVA

PLAN

A red ribbon symbol, commonly used to represent HIV/AIDS awareness, is positioned to the right of the word 'HIVA' and partially overlaps the word 'PLAN'.

2014 - 2019

.be

Liste der wichtigsten Abkürzungen

| | |
|----------------|--|
| <i>ART</i> | Antiretrovirale Therapie |
| <i>ARZ</i> | AIDS-Referenzzentren |
| <i>GMA</i> | Globale Medizinische Akte |
| <i>GPA</i> | Gemeinsame pharmazeutische Akte |
| <i>FSF</i> | Frauen, die Sex mit Frauen haben |
| <i>MSM</i> | Männer, die Sex mit Männern haben |
| <i>STI</i> | Sexuell übertragbare Infektionen |
| <i>LGBTQI</i> | Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer und Intersex |
| <i>MAS</i> | Migranten aus Afrika südlich der Sahara |
| <i>NONOPEP</i> | Nichtberufliche Postexpositionsprophylaxe |
| <i>OPEP</i> | Berufliche Postexpositionsprophylaxe |
| <i>PMTCT</i> | Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV |
| <i>PrEP</i> | Präexpositionsprophylaxe |
| <i>MHIV</i> | Menschen mit HIV |
| <i>AIDS</i> | Acquired immunodeficiency syndrome (Erworbenes Immundefektsyndrom) |
| <i>TasP</i> | Treatment as Prevention |
| <i>PEP</i> | Postexpositionelle Prophylaxe |
| <i>HIV</i> | Humanes Immundefizienz-Virus |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| I. Einleitung | 4 |
| Prozess der Erstellung..... | 4 |
| Aufgaben und Ziele..... | 5 |
| Strategische Säulen..... | 6 |
| II. Aktuelle Antwort auf HIV/AIDS..... | 7 |
| III. Epidemiologischer Kontext | 9 |
| 1. HIV | 9 |
| 2. Erkennung..... | 10 |
| 3. Behandlung von Menschen mit HIV/AIDS..... | 10 |
| 4. AIDS..... | 11 |
| IV. Prävention | 12 |
| Einleitung..... | 12 |
| Maßnahmen - Prioritäre Gruppen | 12 |
| 1. MSM..... | 12 |
| 2. Migranten | 13 |
| 3. Gemeinsame Maßnahmen für MSM und Migranten | 14 |
| Maßnahmen - Andere Bevölkerungsgruppen..... | 14 |
| 1. Menschen mit HIV/AIDS und ihre Partner | 14 |
| 2. Allgemeine Bevölkerung..... | 15 |
| 3. FSF | 15 |
| 4. Jugendliche | 16 |
| 5. Sexarbeiterinnen | 16 |
| 6. Menschen, die Drogen injizieren | 17 |
| 7. Gefängnisinsassen..... | 17 |
| Prä- und Postexpositionsprophylaxe | 18 |
| 1. Nichtberufliche Postexpositionsprophylaxe (NONOPEP) | 18 |
| 2. Berufliche Postexpositionsprophylaxe (OPEP)..... | 19 |
| 3. Treatment as Prevention (TasP) | 19 |
| 4. Verhinderung der Übertragung von der Mutter auf das Kind..... | 19 |
| 5. Präexpositionsprophylaxe (PrEP)..... | 20 |
| 6. Maßnahmen | 20 |
| V. Erkennung und Zugang zur medizinischen Versorgung | 22 |
| VI. Behandlung von Menschen mit HIV | 27 |
| VII. Lebensqualität der Menschen mit HIV..... | 32 |
| VIII. Bewertung und Überwachung des Plans..... | 33 |

I. Einleitung

Ein abgestimmter und einheitlicher HIV/AIDS-Handlungsrahmen stellt eine wesentliche Voraussetzung für ein effizientes Vorgehen gegen HIV/AIDS dar. Aus diesem Grund hat Belgien am 30. September 2013 einen AIDS-Plan festgelegt.

Mehrjährig: Der Plan ist ein Programmierungsinstrument der Politik für sämtliche öffentliche Behörden sowie ihre Partner zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie.

Übergreifend: Der Plan wird zum einen von Akteuren im Bereich der öffentlichen Gesundheit und zum anderen von Akteuren aus den Bereichen Unterrichtswesen, Justiz, Chancengleichheit, Sozialeingliederung, Kultur usw. getragen.

National: Der Plan umfasst alle zuständigen öffentlichen Behörden, unabhängig von der Verwaltungsebene.

Prozess der Erstellung

Der Plan wurde unter Einhaltung der internationalen Empfehlungen erstellt und ist das Ergebnis eines Prozesses, an dem alle Akteure maßgeblich beteiligt waren.

*

Erstellungsphasen:

Phase 1: Forschung, Datenerhebung, Experimente

In dieser Phase wurden zahlreiche Studien und Projekte durchgeführt, um den Wissensstand über die Epidemie zu verbessern und die besten Ansätze zu entwickeln, um eine wirksame Antwort gegen die HIV-Epidemie auszubilden.

Phase 2: Beratung und konzeptuelle Entwicklung (April 2012-September 2012)

In dieser Phase wurden zahlreiche Treffen, Vor-Ort-Besuche, Beratungen mit den Akteuren vor Ort und HIV-Infizierten organisiert sowie wissenschaftliche Studien und Veröffentlichungen eingehend gelesen, um die wichtigsten Herausforderungen und Probleme zu erkennen, die der Plan in Angriff nehmen soll. Diese Phase wurde mit einem Symposium abgeschlossen, bei dem alle an der AIDS-Bekämpfung beteiligten Akteure aus dem medizinischen Bereich sowie Vertreter der gemeinschaftsbasierten Organisationen, einschließlich Menschen mit HIV, anlässlich der zu diesem Zweck organisierten Workshops Empfehlungen abgeben konnten.

Phase 3: Start und Entwicklung (September 2012-November 2012)

Die mit der Erarbeitung des Plans beauftragten Hauptorgane wurden ins Leben gerufen. Diese Organe haben den reibungslosen Ablauf des Prozesses sowie eine intensive Einbeziehung aller Akteure gewährleistet: medizinische Akteure und Vertreter von Verbänden, Menschen mit HIV usw. Die Instrumente und Mittel für eine effiziente und transparente Erarbeitung des Plans wurden zur Verfügung gestellt. Die Erarbeitungsmethode, Zielsetzungen, strategischen Schwerpunkte sowie Struktur des Plans wurden festgelegt.

Phase 4: Erarbeitung (November 2012-Mai 2013)

In der Erarbeitungsphase haben die Arbeitsgruppen die strategischen Maßnahmen des Plans festgelegt. Diese Arbeitsgruppen haben die jeweiligen Akteure (Vereine und Akteure aus dem medizinischen Bereich, Menschen mit HIV, Akteure aus dem Bereich der Volksgesundheit, der Justiz, der Chancengleichheit, des Unterrichtswesens usw.) zusammengebracht.

Phase 5: Validierung (Juni 2013-September 2013)

In der Phase der Validierung haben alle Unterzeichner des Plans die Arbeit der Akteure, die an seiner Erarbeitung beteiligt waren, validiert.

Phase 6: Operationalisierung (Oktober 2013-April 2014)

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Umsetzung der Maßnahmen des Plans in den Zuständigkeitsbereich verschiedener politischer Stellen fällt. Gewisse Maßnahmen fallen in den Zuständigkeitsbereich der Minister der Volksgesundheit der Gemeinschaften und Regionen, für andere wiederum ist der Föderalminister der Volksgesundheit zuständig und andere Maßnahmen fallen in den Zuständigkeitsbereich des Ministers der Justiz oder der Chancengleichheit oder des Unterrichtswesens usw. Die Phase der Operationalisierung soll es jeder politischen Behörde ermöglichen ein Ausführungs- und Finanzplan für die Maßnahmen, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen zu erarbeiten, koordiniert von den Ministern der Volksgesundheit.

*

Die Erstellung des AIDS-Plans erfolgte auf transparente Weise. Im September 2012 wurden alle Informationen über den Prozess öffentlich gemacht und auf der Website des Föderalen Öffentlichen Dienstes Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt zur Verfügung gestellt. Alle Bürger, Organisationen und Verbände wurden aufgefordert, Vorschläge für den Prozess der Erstellung zu machen und alle eingegangenen Vorschläge wurden von den Arbeitsgruppen weitergeleitet und verarbeitet.

*

Bei der Erstellung des AIDS-Plans wurden Menschen mit HIV stark eingebunden. Sie waren an allen Arbeitsgruppen für die Erstellung des Plans beteiligt. Patientenvereinigungen haben unter anderem Workshops mit Menschen mit HIV in Vereinen oder Kliniken organisiert. Sämtliche Arbeiten dieser Gruppen wurden diesen Workshops vorgelegt.

*

Der Sachverständigenausschuss von UNAIDS, dem Gemeinsamen Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS, hat sich ebenfalls an der Erstellung des Plans beteiligt, sowohl bei der Festlegung des Prozesses der Erstellung als auch bei der Validierung der Maßnahmen und Ziele.

Aufgaben und Ziele

Aufgaben

- Die Verringerung der Anzahl neuer Fälle von HIV-Infektionen und die Schaffung von Bedingungen für einen gesunden und verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität,
- Die Erleichterung des Zugangs zu Leistungen und Programmen zur Prävention, zu HIV-Test, zur Behandlung und qualitativ hochwertigen Betreuung im Rahmen eines allgemeinen Zugangs zur medizinischen Versorgung,
- Die Beseitigung sämtlicher Formen der Stigmatisierung und der Diskriminierung, die sich insbesondere auf den HIV-Status oder den Gesundheitszustand richten.

Ziele

- Die Reduzierung der Risiken der Übertragung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) in der Bevölkerung und insbesondere unter Angehörigen von Zielgruppen, die einem besonders hohen Expositionsrisiko ausgesetzt sind, indem die verfügbaren Strategien und Instrumente zur Prävention gebündelt werden,
- Die Erhöhung des Anteils der HIV-infizierten Personen, die ihren eigenen HIV-Status kennen,
- Die Erhöhung des Anteils der HIV-infizierten Personen, die sich in Behandlung befinden und die eine Viruslast unter der Nachweisgrenze haben,
- Die Verbesserung der Lebensqualität und der Lebensbedingungen von Menschen mit HIV, einschließlich der Verbesserung der Qualität und der Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung und der medizinischen und psychosozialen Betreuung,
- Die Verringerung der Stigmatisierung und der Diskriminierung im Zusammenhang mit dem HIV-Status oder dem Gesundheitszustand, aber auch im Zusammenhang mit dem Geschlecht, der sexuellen Ausrichtung und der Geschlechtsidentität sowie im Zusammenhang mit Drogenkonsum, Sexarbeit usw.

Strategische Säulen

1. *Prävention*

Diese Säule hat die Verringerung der Übertragung von HIV zum Ziel, insbesondere durch Aufklärung, Bildung, Sensibilisierung, Schulungsmaßnahmen für Informationsnetze, Arbeit im Umfeld, institutionelle und politische Arbeit usw. Die Prävention ist Bestandteil des umfassenderen Rahmens der Förderung der sexuellen Gesundheit.

2. *Erkennung und Zugang zur Behandlung*

Diese Säule hat zum Ziel, die Menschen, die mit HIV infiziert sind, möglichst schnell auffindig zu machen und ihnen einen sofortigen Zugang zur notwendigen Behandlung und Betreuung zu gewährleisten. Eine frühe Diagnose ist außerordentlich wichtig, da eine spätere Erkennung die Wirksamkeit von Behandlungen und die Wahl der Therapien einschränken, die Krankheitsanfälligkeit und die Zahl der Todesfälle erhöhen, die Wiederherstellung des Immunsystems verzögern sowie das Übertragungsrisiko erhöhen kann.

3. *Behandlung von Menschen mit HIV/AIDS*

Diese Säule hat zum Ziel, den Menschen mit HIV/AIDS eine bessere Behandlung innerhalb des Systems der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

4. *Lebensqualität von Menschen mit HIV/AIDS*

Diese Säule hat die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit HIV/AIDS zum Ziel.

II. Aktuelle Antwort auf HIV/AIDS

Belgien verfügt bereits heute über eine breite Palette von Maßnahmen, um auf die HIV/AIDS-Epidemie reagieren zu können. Die wichtigsten Maßnahmen sind:

- **9 AIDS-Referenzzentren**, in denen:
 - Menschen mit HIV/AIDS eine medizinische und psychosoziale Betreuung erhalten können
 - jeder eine prophylaktische antiretrovirale Behandlung nach einer versehentlichen Exposition gegenüber HIV erhalten kann
- **3 AIDS-Referenzzentren**, in denen jeder sich anonym und kostenlos testen lassen kann
- **7 AIDS-Referenzlabore** für die Diagnose, die Bewertung und Qualitätskontrolle von vorhandenen und neuen HIV-Tests und für die Erhebung und Überwachung von Daten
- spezifische **Aktions- und Forschungsprogramme** zur Prävention von HIV und STI, zur Verringerung der mit dem Drogenkonsum verbundenen Risiken sowie zur Förderung der sexuellen Gesundheit usw.
- die Finanzierung von **Forschungsprojekten** mit bestimmten HIV-Teststellen, um die besonderen Gesundheitsrisiken von Sexarbeiterinnen aufzuzeigen. Diese Stellen konzentrieren sich speziell auf Sexarbeiterinnen und führen Tests unter den Betroffenen durch, wobei nicht nur auf HIV/AIDS getestet wird, sondern auch auf andere durch Geschlechtsverkehr übertragbare Krankheiten. Darüber hinaus erfolgt – falls notwendig – der Verweis an die zuständigen Stellen. Die beteiligten Stellen legen jedes Jahr einen Bericht mit Vorschlägen vor.

Darüber hinaus hat Belgien in den letzten Jahren:

- ein Gesetz zur Bekämpfung von rassistisch oder fremdenfeindlich motivierten Handlungen verabschiedet
- die Ehe für gleichgeschlechtliche Paare ermöglicht
- einen Nationalen Tag gegen Homophobie eingeführt
- die Maßnahmen gegen Diskriminierungen verstärkt, indem ein Gesetz verabschiedet wurde, das Hass und Diskriminierung insbesondere aus Gründen der sexuellen Ausrichtung, der Herkunft oder des aktuellen oder künftigen Gesundheitszustandes nicht nur verbietet, sondern auch bestraft
- einen Plan zur Bekämpfung von Homophobie und Transphobie eingeführt
- einen Plan zur Bekämpfung von Armut eingeführt, dessen Ziel es ist, bis zum Jahr 2010 rund 380.000 Belgier aus der Armut zu befreien, unter anderem durch die Sicherung des sozialen Schutzes der Bevölkerung, die Bekämpfung der Kinderarmut, die Verbesserung des Zugangs zum Arbeitsmarkt und zur medizinischen Versorgung

- ein starkes und unabhängiges Institut geschaffen, das für die Einhaltung der Rechtsvorschriften zur Gleichstellung von Männern und Frauen zuständig ist
- eine zwischenstaatliche Taskforce für die Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Versorgung der Migrationsbevölkerung eingerichtet
- den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessert durch die Einführung von unter anderem der 'Höchstrechnung', die jedem, unabhängig von seinem Gesundheitszustand, garantiert, dass er nicht mehr als einen bestimmten Betrag pro Jahr für seine Behandlung bezahlt
- Aufklärungsunterricht und pädagogische Leitfäden zur Bekämpfung von Homophobie an Schulen eingeführt sowie einen Vereinbarungsentwurf über eine allgemeine Einführung des Unterrichts über das Gefühls-, Beziehungs- und Sexualleben angenommen
- ein Gesetz über Rechte von Patienten verabschiedet, das jedem das Recht auf qualitativ hochwertige Leistungen, die freie Wahl der medizinischen Fachkraft, Auskünfte über seinen Gesundheitszustand, die aufgeklärte Einwilligung zu Eingriffen, die Einsichtnahme in seine medizinische Akte, Privatsphäre und Intimsphäre gewährleistet
- ein Gesetz über medizinische Untersuchungen verabschiedet, das jedem Arbeitgeber die Durchführung von HIV-Tests bei ärztlichen Einstellungsuntersuchungen oder die Durchführung derartiger Tests im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge verbietet, selbst nach einer freiwilligen und informierten Einwilligung des Bewerbers/Mitarbeiters
- eine Regelung verabschiedet, die Migranten den Zugang zur Gesundheitsversorgung im Rahmen der dringenden medizinischen Hilfe ermöglicht
- usw.

III. Epidemiologischer Kontext

Trotz aller Maßnahmen, die von sämtlichen öffentlichen Stellen in Belgien getroffen wurden, gehört HIV weiterhin zu den wichtigsten Themen im öffentlichen Gesundheitswesen. Mindestens 20.000 Menschen leben mit HIV und jedes Jahr kommen zwischen 1000 und 1200 Neuinfektionen hinzu. Belgien gehört zu den europäischen Ländern mit der höchsten Zahl an diagnostizierten Erkrankungen (10,7 Fälle pro 100.000 Einwohner in Belgien im Vergleich zu durchschnittlich 5,7 Fällen in Europa im Jahr 2011).

HIV

Verteilung nach Geschlecht – Im Hinblick auf die Verteilung nach Geschlecht nimmt der Anteil der Männer unter den neu diagnostizierten HIV-Fällen zu. Nachdem der Anteil im Zeitraum zwischen 1994 und 2005 zwischen 51% und 60% schwankte, betrug der Anteil in den Jahren 2010 und 2011 66%.

Verteilung nach Belgien und Ausländern – Der Anteil der Personen mit belgischer Nationalität unter den neu diagnostizierten HIV-Fällen hat zwischen 2002 und 2011 von 29,3% auf 42,7% zugenommen.

Übertragungswege – Die Anzahl der diagnostizierten HIV-Infektionen unter Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), hauptsächlich mit belgischer Nationalität, hat zugenommen; dieser Übertragungsweg wurde in 46,6% der diagnostizierten HIV-Infektionen im Jahr 2011 festgestellt; im Jahr 2002 lag der Anteil dieses Übertragungsweges bei 23,5% der Infektionen.

Die heterosexuellen Beziehungen bilden bis heute den Hauptübertragungsweg in Belgien, d.h. 49,6% der diagnostizierten HIV-Infektionen im Jahr 2011. Dabei handelt es sich vor allem um Menschen aus Ländern mit hoher Prävalenz, die sich in den meisten Fällen bereits in ihrem Herkunftsland infiziert haben.

Die anderen Übertragungswege nehmen hingegen ab. Der Gebrauch von Drogen durch intravenöse Injektion wurde bei weniger als 2% der neu diagnostizierten Menschen mit HIV-Infektion festgestellt; dieser Anteil betrug knapp 8% am Anfang der Epidemie. Die perinatale Übertragung wurde bei etwa 1% der im Jahr 2011 diagnostizierten Fälle festgestellt. In Belgien wurden im Laufe der letzten 26 Jahre zwei Fälle von Übertragung durch eine Bluttransfusion festgestellt.

Belgische Patienten - Unter den Menschen mit belgischer Nationalität, bei denen im Jahr 2011 HIV/AIDS diagnostiziert wurde, sind Männer 8,9 Mal häufiger vertreten als Frauen. Unter den belgischen Männern, bei denen im Jahr 2011 HIV/AIDS diagnostiziert wurde, waren 82,1% MSM. Der heterosexuelle Übertragungsweg findet bei Frauen in 92,1% der Fälle statt. Ansteckungen durch den Gebrauch von Spritzbesteck nahmen im Jahr 2010 ab.

Ausländische Patienten – Von den ausländischen Patienten zwischen 2009 und 2011 stammten 62,1% aus Afrika südlich der Sahara, 22,6% aus Europa, 12,8% aus Amerika oder Asien und 2,5% aus Nordafrika. Bei Patienten, die aus Afrika südlich der Sahara stammten, lag der Anteil der im Jahr 2011 diagnostizierten Infektionen durch heterosexuelle Kontakte bei 62%, was der höchste Anteil in Europa ist. Der Anteil der infizierten MSM schwankt je nach Herkunft: Dieser beträgt 60,4% bei Menschen aus anderen europäischen Ländern als Belgien, 61,4% bei Menschen aus Amerika und Asien, 35% bei Menschen aus Nordafrika

und 3,9% bei Menschen, die ursprünglich aus Afrika südlich der Sahara stammen. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei den Ausländern entspricht nahezu dem der Belgier.

*

Aus diesen Feststellungen geht hervor, dass die HIV-Epidemie in Belgien vor allem in zwei Bevölkerungsgruppen sehr hoch ist: Männer, die Sex mit anderen Männern haben (MSM), insbesondere mit belgischer Nationalität, sowie Menschen, die sich beim heterosexuellen Geschlechtsverkehr mit dem Virus angesteckt haben und vorwiegend aus Ländern Afrikas südlich der Sahara stammen. Diese zwei Gruppen machen zusammen mehr als zwei Drittel der neuen Fälle von HIV in 2011 aus (wobei einzig die Personen berücksichtigt wurden, deren Nationalität bekannt war, d.h. 75%).

Erkennung

Im Laufe des Jahres 2011 wurden 679 655 HIV-Tests in Belgien durchgeführt, ausgenommen der Tests, die im Rahmen von Blutspenden durchgeführt werden. In den letzten 20 Jahren schwankte die Anzahl der Tests zwischen 50 und 60 Tests / 1000 Einwohner / Jahr. Mit 56 Tests / 1000 Einwohner im Jahr 2007 und 64,2 im Jahr 2011 lässt sich seit 2007 eine stetige Zunahme feststellen.

Die Zahl der neuen HIV-Diagnosen pro 1000 Tests ist zwischen 1996 und 2000 um 50 % stetig angestiegen; im Jahr 2011 lag die Zahl der neuen HIV-Diagnosen bei 1,73 pro 1000 Tests.

Die Zahl der CD4-Lymphozyten zum Zeitpunkt der Diagnose der HIV-Infektion ist bei 7995 Patienten in den letzten 20 Jahren (41,6 %) bekannt. Dieser Wert kann möglicherweise als ein biologischer Marker für das Stadium der Infektion sein, der umso niedriger ist, je weiter die Infektion fortgeschritten ist. Dieser Wert beträgt normalerweise 1000 CD4/mm³ bei gesunden Menschen und weniger als 200/mm³ bei HIV-infizierten Menschen beim Übergang in das AIDS-Stadium.

Die Diagnose wird als verspätet angesehen, wenn der Wert der CD4/mm³ weniger als 350 zum Zeitpunkt der Diagnose der HIV-Infektion beträgt.

Im Jahr 1998 wurden 59 % der HIV-Infektionen verspätet diagnostiziert; im Jahr 2011 betrug dieser Anteil 42 %. Der Anteil der verspäteten Diagnosen ist derzeit noch hoch, obwohl sich eine positive Entwicklung im Laufe der Zeit beobachten lässt.

Behandlung von Menschen mit HIV/AIDS

Von den Patienten, bei denen im Jahr 2007 HIV/AIDS diagnostiziert wurde, wurden 83 % innerhalb von drei Monaten nach der Diagnose von HIV/AIDS behandelt. Von diesen Patienten wurden lediglich 60 % in den zwei Jahren nach dem ersten Arztbesuch in regelmäßigen Abständen (d.h. mindestens ein Arztbesuch im Abstand von sechs Monaten) überwacht. Der Zugang zur Behandlung ist bei Migranten aus Afrika südlich der Sahara ebenfalls niedriger als bei belgischen Patienten.

Im Jahr 2011 wurden 12.599 HIV-infizierte Patienten in Belgien in den ARZ behandelt und 81 % erhielten eine ART. Von den Patienten, die eine ART erhielten, hatten Ende 2010 83,1% eine Viruslast von weniger als 50 Kopien/ml und 9,7% eine Viruslast zwischen 50 und 500 Kopien.

Eine Untersuchung, die unter Patienten in den ARZ durchgeführt wurde, hat ergeben, dass 5,8% der Patienten zwischen 2007 und 2008 nicht konsequent therapiert wurden. Diese Zahl lag zwischen 2008 und 2009 bei 5,5 %. Von den Patienten, die man im Jahr 2008 aus den Augen verloren hatte, wurden im Jahr 2009 25 % wieder behandelt. Vor allem Patienten, bei denen HIV/AIDS vor Kurzem diagnostiziert wurde, sowie Menschen, die aus Ländern Afrikas südlich der Sahara stammen, wurden nicht konsequent therapiert. Weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene existiert ein System, um die Patienten ausfindig zu machen, die man aus den Augen verloren hat.

AIDS

Von den 25.855 Menschen, bei denen seit 1985 eine HIV-Infektion diagnostiziert wurde, sind bis zum 31. Dezember 2011 insgesamt 4208 Menschen an AIDS erkrankt. Davon waren Ende 2011 1712 am Leben und wurden medizinisch versorgt. Der Höhepunkt der Erkrankungen lag im Zeitraum zwischen 1991 und 1995 mit durchschnittlich 255 diagnostizierten Fällen pro Jahr.

Im Laufe der Jahre 1996 und 1997 ist die Zahl dank des Einsatzes von neuen Anti-Retroviren erheblich gesunken (-50 %). Dieser Rückgang stellte sich jedoch ab dem Jahr 1998 ein und die Zahl der jährlich festgestellten Fälle hat sich seitdem stabilisiert.

Die Stabilisierung der festgestellten AIDS-Fälle seit 1997 ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass viele Personen ihre HIV-Infektion erst bei der Diagnose von AIDS feststellen. Der Anteil der Personen, die ihre HIV-Infektion erst bei der Diagnose von AIDS festgestellt haben, betrug in den Jahren 1995 und 1996 21 %; in den Jahren 2010 und 2011 betrug dieser Anteil 38 % (bei heterosexuellen Erkrankten 41% und bei MSM 37 %).

Die Zahl der krankheitsbedingten Todesfälle hat drastisch abgenommen. Dieser Rückgang ist auf den Einsatz von neuen Anti-Retroviren ab 1996 zurückzuführen.

IV. Prävention

Einleitung

Die Prävention von HIV erfordert eine integrierte Strategie, die die primäre Prävention, die Erkennung und die Behandlung in Bezug setzt: Förderung des Gebrauchs von Kondomen und Gleitmitteln (und Zugang zu sterilen Spritzen für Menschen, die Drogen injizieren), Kenntnis vom eigenen HIV-Status und, im Falle von Seropositivität, Zugang zu einer Behandlung, um dauerhaft eine Viruslast unter der Nachweisgrenze zu erreichen. Die Prävention, die Erkennung und die Behandlung von STI sind angesichts der Wechselwirkungen zwischen HIV und STI und insbesondere der Tatsache, dass das Vorhandensein von STI das Risiko einer Übertragung von HIV und umgekehrt erhöht, von großer Bedeutung.

Aus diesem Grund muss die primäre Prävention eng mit der Entwicklung von Strategien der verbesserten Erkennung und der Behandlung als Prävention kombiniert werden.

Die drei strategischen Säulen dieses nationalen Plans umfassen daher eine Verringerung der Inzidenz von HIV und STI. In diesem Abschnitt wird insbesondere auf die primären Präventionsmaßnahmen eingegangen, die in integrierter Weise und im Zusammenspiel mit den zwei anderen Säulen umgesetzt werden müssen.

Die primäre Prävention selbst kann nicht auf die Informationsstrategien zu den Themen HIV und STI reduziert werden. Wenn diese Informationen notwendig sind, müssen sie in ein Konzept der Förderung der sexuellen Gesundheit eingebettet sein, das sich auf verschiedene individuelle, relationale und strukturelle Faktoren hinsichtlich der physischen und psychischen Gesundheit auswirkt.

In diesem Rahmen werden Maßnahmen für die beiden prioritären Zielgruppen vorgeschlagen, d.h. Männer, die Sex mit Männern haben, und Migranten. Andere Zielgruppen werden ebenfalls berücksichtigt: Menschen mit HIV, die breite Öffentlichkeit, Jugendliche, Sexarbeiterinnen, Menschen, die Drogen injizieren, und Gefängnisinsassen.

Maßnahmen - Prioritäre Gruppen

1. *Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)*

| |
|--|
| MASSNAHME 1: Information und Sensibilisierung zur Prävention von HIV und anderen STI und Verbesserung der Fähigkeiten der Akteure |
|--|

Ob über die Organisation von Kampagnen oder mittels spezifischer Maßnahmen, es wird empfohlen:

- ✓ den LGBTQI-Treffpunkten, beliebten Veranstaltungen, dem Internet sowie den „Cruising-Gebieten“ besondere Aufmerksamkeit zu widmen
- ✓ Kampagnen und Maßnahmen in enger Zusammenarbeit mit den Akteuren vor Ort zu entwickeln und durchzuführen
- ✓ besonderes Augenmerk auf STI aufgrund der fehlenden Kenntnisse der Zielgruppe über diese Thema zu richten

- ✓ weitere Informationen zu den Themen der präventiven Behandlung und der kombinierten Prävention (Postexpositionsprophylaxe, Treatment as Prevention, präexpositionelle Behandlung, Auswirkung einer Viruslast unter der Nachweisgrenze auf das Risiko der Übertragung) zur Verfügung zu stellen
- ✓ Informationsmaterial und spezifische Instrumente der Prävention für junge MSM zu entwickeln, z.B. durch den Einsatz von neuen Technologien und sozialen Netzwerken
- ✓ die Sensibilisierung, Aufklärung und Ausbildung von Relais-Stellen/Vermittlern in den LGBTQI-Verbänden und -Kommunen

MASSNAHME 2: Gewährleistung des einfachen und kostenlosen Zugangs zu Kondomen und Gleitmitteln auf der Grundlage von Wasser und/oder Silikon an Schwulentreffpunkten, insbesondere dort, wo sexuelle Handlungen möglich sind

2. Migranten

MASSNAHME 3: Information und Sensibilisierung zur Prävention von HIV und anderen STI und Verbesserung der Fähigkeiten der Akteure

Ob über die Organisation von Kampagnen oder mittels spezifischer Maßnahmen, es wird empfohlen:

- ✓ Aktivitäten an der Basis den Vorzug zu geben
- ✓ sowohl Einzel- als auch Gruppenberatungen zu entwickeln
- ✓ die Entwicklung von Informationsmaterial über:
 - HIV und STI
 - Verhütungsmethoden
 - die Verwendung von Präservativen und Gleitmitteln für Männer und Frauen,
 - die Themen der präventiven Behandlung und der kombinierten Prävention (Postexpositionsprophylaxe, *Treatment as Prevention*, präexpositionelle Behandlung, Auswirkung einer Viruslast unter der Nachweisgrenze auf das Risiko der Übertragung)
 - die Gesundheitseinrichtungen oder andere Hilfseinrichtungen, um die Zielgruppe besser aufzuklären
- ✓ die Überwindung der Tabus der Sexualität und der sexuellen Gesundheit in dieser Zielgruppe durch spezifische Arbeit
- ✓ die Entwicklung und Durchführung dieser Kampagnen und Maßnahmen in enger Zusammenarbeit mit allen Akteuren der Gemeinschaft, ein besonderes Augenmerk auf die religiösen Führer zu richten und, ganz allgemein, die Ausbildung von Relais-Stellen/Vermittlern in den Verbänden
- ✓ die Berücksichtigung der Heterogenität der Zielgruppe und die Entwicklung von angepassten Instrumenten

Darüber hinaus wird empfohlen, eine *Gesundheitskarte* für Migranten zu erstellen, um sie mit Informationen über das Gesundheitssystem und über die Stellen, an die sie sich wenden können, zu versorgen, wobei Fragen zur sexuellen Gesundheit besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird.

MASSNAHME 4: Gewährleistung eines einfachen und kostenlosen Zugangs zu Kondomen und Gleitmitteln auf der Grundlage von Wasser und/oder Silikon vor allem in den Bezirken mit hohem Ausländeranteil.

3. Gemeinsame Maßnahmen für MSM und Migranten

Vorbemerkung: Die gemeinsamen Maßnahmen für MSM und Migranten sind Maßnahmen, die sowohl auf MSM als auch auf Migranten angewandt werden können, wobei die Besonderheiten der Gruppen berücksichtigt werden.

MASSNAHME 5: Entwicklung einer Methode der sozialen und verhaltensbezogenen Überwachung sowie Forschungen und Forschungstätigkeiten für ein besseres Verständnis des Verhaltens der Zielgruppen, die zeitliche Überwachung dieses Verhaltens sowie die Identifizierung verschiedener Faktoren

MASSNAHME 6: Einführung von Kampagnen, Instrumenten und Strategien zur Förderung einer diskriminierungs- und stigmatisierungsfreien Umgebung bei den Zielgruppen

Diese Umgebung soll:

- ✓ Menschen mit HIV/AIDS, sofern sie dies wünschen, die Möglichkeit bieten, einen Dialog über ihren Status in ihrem sozialen Umfeld zu führen
- ✓ den Dialog über die Sexualität und die Risiken, denen die Zielgruppen ausgesetzt sind, erleichtern

Maßnahmen - Andere Bevölkerungsgruppen

1. Menschen mit HIV/AIDS und ihre Partner

MASSNAHME 7: Gewährleistung der Verbreitung einer umfassenden Information über die Präventionsstrategien (Gebrauch eines Kondoms, Postexpositionsprophylaxe, Treatment as Prevention, präexpositionelle Behandlung, Auswirkung einer Viruslast unter der Nachweisgrenze auf das Risiko der Übertragung)

MASSNAHME 8: Umsetzung von innovativen Strategien auf dem Gebiet der Beratung

Es wird empfohlen:

- ✓ die Online-Beratung, Gruppenberatung, Beratung durch Experten, Beratung von Paaren, Beratung außerhalb von Krankenhäusern zu fördern
- ✓ der Beratung der Partner der Menschen mit HIV/AIDS besondere Aufmerksamkeit zu widmen

MASSNAHME 9: Wenn zwei serodiskordante Partner eine dauerhafte Beziehung führen und der HIV-infizierte Partner sich in Behandlung befindet, wodurch die Viruslast im Blut seit mehr als sechs Monaten unterhalb der Nachweisgrenze liegt, kann der Wunsch nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr einem Spezialisten vorgelegt werden

Diese Empfehlung soll in Übereinstimmung mit den Bedingungen, die der Hohe Gesundheitsrat (HGR) in seiner Stellungnahme Nr. 8902 zu den Leitlinien für die

Benutzung von Kondomen durch HIV-serodiskordante Partner, die eine antiretrovirale Therapie bekommen, genannt hat, befolgt werden. Die STI, die auf der Grundlage der Stellungnahme in der Liste enthalten sein müssen, werden von einem Ausschuss von medizinischen Sachverständigen aufgeführt.

2. Allgemeine Bevölkerung

MASSNAHME 10: Verbesserung der Fähigkeiten der psychologischen, medizinischen und sozialen Akteure

Es wird empfohlen, die Fähigkeiten aller Akteure, die zu Hause oder in medizinischen Einrichtungen, Familienplanungsstellen, Krankenhäusern, Kliniken, Entbindungsstationen, Einrichtungen der psychischen Gesundheit, Wohnheimen, Gefängnissen, Aufnahmezentren für Asylsuchende, arbeitsmedizinische Einrichtungen usw. medizinische, paramedizinische, psychologische oder soziale Betreuung leisten, durch Aus- oder Weiterbildungen zu verbessern.

Es wird empfohlen, insbesondere MSM, Migranten und Menschen, die Drogen injizieren, Jugendliche und Sexarbeiterinnen zu sensibilisieren und ihnen mit einem Ansatz zu begegnen, der die kulturellen und sozialen Besonderheiten dieser Gruppen berücksichtigt.

Das Ziel sollte darin bestehen, ihre Rolle bei der Prävention, aber auch bei der Betreuung und Unterstützung von Menschen mit HIV zu stärken und die Schaffung einer diskriminierungsfreien Umgebung für die oben genannten Gruppen und Menschen mit HIV zu ermöglichen.

MASSNAHME 11: Einführung von Kampagnen, Instrumenten und Strategien zur Förderung einer diskriminierungs- und stigmatisierungsfreien Umgebung in der Gesellschaft für Menschen mit HIV, LGBTQI und Migranten

MASSNAHME 12: Sensibilisierung für die Benutzung von Kondomen, Abbau von Hindernissen und Schaffung von Anreizen für ihre Benutzung

MASSNAHME 13: Untersuchung der Hindernisse und Anreize für die Benutzung von Kondomen

Es wird empfohlen, die Besonderheiten dieser Hindernisse und Anreize je nach Gruppe (Migranten, Frauen, Jugendliche, MSM usw.) zu berücksichtigen

3. Frauen, die Sex mit Frauen haben (FSF)

MASSNAHME 14: Einführung von Kampagnen, Instrumenten und Strategien zur Sensibilisierung von Frauen, die Sex mit Frauen haben, für die sexuelle Gesundheit

4. Jugendliche

MASSNAHME 15: Einführung von Kampagnen, Instrumenten und Strategien zur Sensibilisierung von Jugendlichen

Diese Kampagnen, Instrumente und Strategien sollen folgende Ziele haben:

- ✓ Aufklärung und Informationen über STI, einschließlich HIV
- ✓ Förderung der Schaffung einer Umgebung, die den Dialog über die Sexualität und die damit verbundenen Risiken erleichtert
- ✓ Förderung der Entwicklung einer erfüllten Sexualität unter Jugendlichen, ohne Furcht vor Diskriminierung
- ✓ Erleichterung des Zugangs von Jugendlichen zu Informationen und Dienstleistungen auf dem Gebiet der Sexualität – darunter medizinische Dienstleistungen – namentlich durch die Nutzung neuer Technologien und sozialer Netzwerke

Es wird empfohlen, eng mit Schulen, Einrichtungen, die Jugendliche betreuen, und Jugendverbänden zusammenzuarbeiten, sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Umsetzung von Kampagnen, Strategien usw.

MASSNAHME 16: Schulung von Angehörigen von Bildungs- und Gesundheitsberufen und Eltern über das Gefühls-, Beziehungs- und Sexualleben

MASSNAHME 17: Erleichterung des Zugangs zu Impfstoffen, die nach Meinung der internationalen Forschergemeinschaft auf der Grundlage der Kriterien der 'EBM' Jugendliche mit hoher Wahrscheinlichkeit vor den Risiken, die mit Sexualität verbunden sind, schützen

5. SexarbeiterInnen

MASSNAHME 18: Einführung von Kampagnen, Instrumenten und Strategien zur Sensibilisierung von SexarbeiterInnen und ihren Kunden

Diese Kampagnen, Instrumente und Strategien sollen folgende Ziele haben:

- ✓ Aufklärung und Informationen über :
 - HIV und STI
 - die Themen der präventiven Behandlung und der kombinierten Prävention (Postexpositionsprophylaxe, *Treatment as Prevention*, präexpositionelle Behandlung, Auswirkung einer Viruslast unter der Nachweisgrenze auf das Risiko der Übertragung)
 - die Gesundheitseinrichtungen oder andere Hilfseinrichtungen, um sie besser aufzuklären
- ✓ Erleichterung des Zugangs zu Informationen und Dienstleistungen auf dem Gebiet der Sexualität für SexarbeiterInnen und ihre Kunden

MASSNAHME 19: Sensibilisierung der SexarbeiterInnen im Netz und der Betreiber der Websites für das Thema der sexuellen Gesundheit

MASSNAHME 20: Einrichtung einer medizinischen Versorgung und einer sozialen Betreuung in unmittelbarer Nähe, die für die SexarbeiterInnen zugänglich ist, sowie der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses mit den SexarbeiterInnen in ihrer Umgebung

6. Menschen, die Drogen injizieren

MASSNAHME 21: Ausarbeitung von Präventionsmaßnahmen

MASSNAHME 22: Verbesserung des Zugangs zu Spritzen und Material zur Prävention und Verringerung der Risiken für Menschen, die Drogen injizieren, sowie Einrichtung von Drogenkonsumräumen zur Verringerung des Risikos der Ansteckung

MASSNAHME 23: Entwicklung und Bereitstellung von Instrumenten zur Prävention und Förderung der sexuellen Gesundheit für Menschen, die Drogen injizieren

Dabei sollen den Menschen, die Drogen injizieren, Wissen und Kompetenzen vermittelt werden, um die Risiken im Zusammenhang mit der Injektion von Drogen und der sexuellen Risiken (Infektionsrisiko) zu verringern

MASSNAHME 24: Festlegung eines kohärenten Rechtsrahmens zur Gewährleistung der öffentlichen Gesundheit und zur Verringerung der Risiken für die Drogenkonsumenten

MASSNAHME 25: Erlangung von besseren Kenntnissen von dem Profil der Drogenkonsumenten und deren Verhalten sowie Bewertung der Maßnahmen zur Verringerung der Risiken

MASSNAHME 26: Aufklärung über Maßnahmen zur Verringerung der Risiken im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum in den Beratungsgesprächen im Rahmen einer Behandlung und Kur von Menschen, die Drogen injizieren

7. Gefängnisinsassen

MASSNAHME 27: Verbesserung der Kenntnisse und Kompetenzen der Gefängnisinsassen auf dem Gebiet der Prävention von HIV und STI sowie der Verringerung der Risiken im Zusammenhang mit Drogenkonsum, der gemeinsamen Benutzung von Injektionsmaterial und Tätowierungs- und Piercing-Ausrüstungen

MASSNAHME 28: Verbesserung des diskreten Zugangs zu Kondomen und Gleitmitteln auf Wasserbasis in den Gefängnissen

MASSNAHME 29: Entgegenwirkung von Stigmatisierungen von Gefängnisinsassen als Drogenkonsumenten

MASSNAHME 30: Förderung der Forschung und Bewertung von Maßnahmen im Strafvollzug zur Entwicklung von geeigneten Gesundheitsmaßnahmen

MASSNAHME 31: Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen im Strafvollzug zur Förderung der Gesundheit, unter anderem durch die Ausbildung von Häftlingen zu Gesundheitsakteuren im Gefängnis und durch die Sensibilisierung des Gefängnispersonals

Prä- und Postexpositionsprophylaxe

Eine wachsende Anzahl von Hinweisen deutet darauf hin, dass die Behandlung eine wichtige Rolle bei der Prävention der Übertragung von HIV spielt.

1. *Nichtberufliche Postexpositionsprophylaxe (NONOPEP)*

Als nichtberufliche Postexpositionsprophylaxe wird die Verwendung einer Kombination von zwei oder drei Medikamenten gegen Retroviren bei Personen bezeichnet, die möglicherweise einem HIV-Virus ausgesetzt waren, insbesondere nach sexuellen Handlungen, darunter bestimmte Formen des sexuellen Missbrauchs, die eine Penetration beinhalten.

Die nichtberufliche Postexpositionsprophylaxe wird zurückerstattet und in Belgien angewandt. In den letzten Jahren hat die Anwendung der nichtberuflichen Postexpositionsprophylaxe jährlich zugenommen. Im Jahr 2011 wurde die nichtberufliche Postexpositionsprophylaxe in 738 Fällen angewandt. Es wurden zahlreiche verschiedene antiretrovirale Kombinationssysteme verschrieben.

Die Mehrheit der Patienten, die eine nichtberufliche Postexpositionsprophylaxe erhielten, war männlich, wobei die meisten von ihnen zwischen 20 und 50 Jahren alt waren. Diese Männer waren mehrheitlich MSM. In den meisten Fällen, sowohl bei MSM als auch bei Heterosexuellen, wurde die nichtberufliche Postexpositionsprophylaxe nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr oder nach dem Reißen des Kondoms während des Geschlechtsverkehrs mit einem HIV-positiven Partner angewandt.

Bei den Frauen wurde die nichtberufliche Postexpositionsprophylaxe in den meisten Fällen nach einer Vergewaltigung oder nach dem Reißen des Kondoms während des Geschlechtsverkehrs mit einem HIV-positiven Partner angewandt.

Unter den festgestellten Versäumnissen im derzeitigen System stößt man auf fehlende standardisierte Therapien, was zu erheblichen Kostenunterschieden im Vergleich zu einem Betrag, der pauschal verrechnet wird, führt. Hinzu kommt, dass die qualitativen Daten nicht optimal oder nicht vorhanden sind (keine Aufzeichnungen über die Einhaltung der Prophylaxe, Nebenwirkungen usw.), was auf das Fehlen eines Überwachungs- und Bewertungssystems zurückzuführen ist. Darüber hinaus gibt es erhebliche Mängel an Kenntnissen über die Postexpositionsprophylaxe in den Zielgruppen, in denen eine unzureichende Anwendung dieser Behandlung angenommen wird.

2. Berufliche Postexpositionsprophylaxe (OPEP)

Als berufliche Postexpositionsprophylaxe wird die Verwendung einer Kombination von zwei oder drei Medikamenten gegen Retroviren bei medizinischem Personal bezeichnet, das möglicherweise einem HIV-Virus ausgesetzt war, in der Regel nach einer perkutanen Verletzung durch einen Nadelstich.

Zahlreiche klinische Studien haben gezeigt, dass die Übertragung von HIV durch den postexpositionellen Einsatz von antiretroviralen Wirkstoffen spürbar verringert werden kann. Die rasche Einleitung der Postexpositionsprophylaxe wird bei der Exposition gegenüber Blut, Körperflüssigkeiten oder anderen potenziellen Infektionserregern empfohlen.

Der vertrauliche HIV-Test (auch für das Hepatitis-B- und C-Virus) muss beim betroffenen Mitarbeiter durchgeführt werden, wenn die berufsbedingte Exposition gemeldet werden muss oder innerhalb von drei Tagen nach der Exposition.

In Belgien ist die Anwendung der beruflichen Postexpositionsprophylaxe festgelegt. Gleichwohl gibt es noch Fragen, die zusätzliche Klärung verlangen, wie etwa die Frage des rechtlichen Rahmens für die Durchführung eines Tests der Quelle (Einverständnis der betroffenen Person) und die Frage nach dem optimalen System.

Derzeit werden in Belgien keinerlei qualitative Daten zur Überwachung und Auswertung gesammelt. Es sollte ein umsetzbares Bewertungs- und Überwachungssystem entwickelt werden, um die Fortsetzung der derzeit vorgeschlagenen Leistungen zu gewährleisten.

3. Treatment as Prevention (TasP)

Als Treatment as Prevention wird die Einleitung einer antiretroviralen Therapie kurz nach der Diagnose der HIV-Infektion zur Reduzierung der Viruslast und somit zur Reduzierung der Übertragung von HIV bezeichnet. Die Treatment as Prevention umfasst die Einnahme von antiretroviralen Medikamenten in einem frühen Stadium der HIV-Infektion, auch wenn die Kriterien für die Einleitung einer antiretroviralen Behandlung nach den geltenden Richtlinien noch nicht erreicht wurden, mit dem Ziel, die Übertragung von HIV zu verringern.

Wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit der Treatment as Prevention müssen aus randomisierten, kontrollierten Studien gewonnen werden. Die Verringerung des Anteils an Personen, die keine Kenntnis von ihrer HIV-Infektion haben, sowie die Einhaltung der langfristigen Behandlung sind wichtige Faktoren zur Verringerung der Übertragung mit Hilfe von antiretroviralen Medikamenten. Für die belgische Bevölkerung liegen keine entsprechenden Daten vor, allerdings ist die Zahl der Patienten mit einer Viruslast, die dauerhaft unter der Nachweisgrenze liegt, hoch.

4. Verhinderung der Übertragung von der Mutter auf das Kind

Die Postexpositionsprophylaxe war die erste umfassende und wahrscheinlich erfolgreichste, Anwendung einer Kombination der antiretroviralen Therapie, die die Übertragung von HIV ohne Eingriffe um 40% auf weniger als 1% verringert. Dabei handelt es sich um die Treatment as Prevention der Mutter und des Neugeborenen und der (langfristigen) Behandlung von Kindern einer HIV-positiven Mutter. Dieses Verfahren wird bereits seit vielen Jahren erfolgreich in Belgien angewandt.

Der Zugang zur Behandlung (und kostenlosen antiretroviralen Therapie) für schwangere Frauen mit HIV stellt allerdings immer noch eine offene Frage dar, obwohl dies für die Verhinderung der Übertragung von der Mutter auf das Kind zwingend notwendig ist.

5. *Präexpositionsprophylaxe (PrEP)*

Eine Kombination der oralen antiretroviralen Therapie für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe gegen HIV demonstriert, sofern sie konsequent angewandt wird, in den klinischen Studien die Wirksamkeit und die Sicherheit bei MSM und heterosexuellen Männern und Frauen.

Von den MSM mit einem nachweisbaren Gehalt an Medikamenten im Blut wurde das Risiko einer Übertragung von HIV um mehr als 90 % reduziert. Die prophylaktischen Vorteile wurden im Wesentlichen durch die Nichteinhaltung gemindert. Aus diesem Grund sollen sich die Programme der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe, neben der Beratung auf dem Gebiet der sicheren Sexualpraktiken, auf diese Verhaltensvariable konzentrieren. Wir müssen dennoch festhalten, dass sich die derzeit verfügbaren Daten ausschließlich auf die kontinuierliche Präexpositionsprophylaxe beziehen, während die intermittierende Präexpositionsprophylaxe als Alternative noch ausgewertet wird.

6. *Maßnahmen*

MASSNAHME 32: Bildung einer ständigen Gruppe von Sachverständigen und Beteiligten zur Überwachung, Bewertung und Betreuung der Anwendung und Durchführung von Behandlungen mit antiretroviralen Medikamenten

Bei der Überwachung und Bewertung handelt es sich um Hilfsmittel, die für die Verbesserung der Planung der aktuellen und künftigen Programme, ihrer Anwendung sowie für die Entscheidungsfindung notwendig sind.

Zur Überwachung und Bewertung des Programms soll eine Sachverständigengruppe, die für die Überwachung und Betreuung der künftigen Anwendungen von antiretroviralen Medikamenten zuständig ist, eingerichtet werden, welche Daten zur Auswertung bei den Partnern sammelt und die künftigen Anwendungen betreut. Die Sachverständigengruppe soll aus Ärzten mit Spezialisierung auf HIV, Wissenschaftlern mit dem Fachgebiet pharmakoökonomische Studien, Spezialisten auf dem Gebiet der Volksgesundheit der verschiedenen Verwaltungsebenen, Vertretern der Arzneimittelagenturen, Vertretern der Einrichtungen der sozialen Sicherheit, Menschen mit HIV und Vertretern der prioritären Gruppen bestehen.

MASSNAHME 33: Verbesserung der Zugänglichkeit der nichtberuflichen Postexpositionsprophylaxe in Belgien

Es wird empfohlen, die Richtlinien zur nichtberuflichen Postexpositionsprophylaxe zu überarbeiten und zu ergänzen sowie anschließend eine Informationskampagne zu diesem Thema zu organisieren und die Kenntnisse der Allgemeinmediziner, Notfalldienste und der Gruppen mit dem höchsten Risiko in Belgien über die nichtberufliche Prophylaxe nach der Exposition gegenüber HIV zu verbessern.

MASSNAHME 34: Schaffung eines Rahmens für PrEP-Pilotprojekte und Operationsforschung zur Beurteilung der Durchführbarkeit von PrEP

MASSNAHME 35: Gewährleistung der Verbreitung der bestehenden Richtlinien zur Verhinderung der Übertragung von HIV von der Mutter auf das Kind

Es wird empfohlen, den belgischen Konsens aus dem Jahr 2009 über die Verhinderung der Übertragung der HIV-Infektion von der Mutter auf das Kind zu aktualisieren und diese Empfehlungen in den betroffenen Berufsgruppen zu verbreiten.

MASSNAHME 36: Verbesserung und Erweiterung des Zugangs zur antiretroviralen Therapie ohne Einschränkung der CD4-Kriterien

Es wird empfohlen, Schritte für eine mögliche Anpassung der Kriterien der Rückerstattung der antiretroviralen Therapie (ART) zu unternehmen, um die ART für alle Menschen mit HIV verfügbar zu machen, unabhängig von der CD4-Zellzahl. Nach den aktuellen Kriterien des Nationalen Instituts der Kranken- und Invaliditätsversicherung (Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité - INAMI) für die Rückerstattung von HIV-Medikamenten steht eine ART ausschließlich Patienten mit einer T CD4+-Zellzahl von 500 Zellen/mm³ oder weniger zur Verfügung. Dadurch wird verhindert, dass Ärzte Medikamente an Patienten, die in einer serodiskordanten Partnerschaft leben, oder an Patienten mit einer frischen Infektion und somit mit einer CD4-Zellzahl über 500 Zellen/mm³ verschreiben. Patienten, deren Viruslast hoch ist, könnten die wichtigsten Überträger von HIV sein, unabhängig von ihrer CD4-Zellzahl.

V. Erkennung und Zugang zur medizinischen Versorgung

MASSNAHME 37: Entwicklung einer nationalen Strategie für die Erkennung von HIV und STI im Einklang mit den bestehenden Regelungen

1. Grundsätze der Strategie

- ✓ der Test muss freiwillig sein
- ✓ die Einwilligung nach Aufklärung muss vor dem Test erfolgen
- ✓ die Vertraulichkeit der Testergebnisse muss gewährleistet sein
- ✓ der Test muss mit einer vorherigen Aufklärung sowie einer Beratung nach dem Test einhergehen (darunter die Information an den Partner sowie enge Verbindungen mit einem Referenzlabor, Versorgungs-, Behandlungs- und Präventionsdiensten)
- ✓ der Zugang zur Behandlung von HIV und STI, zur medizinischen Versorgung und zu präventiven Leistungen muss unabhängig vom rechtlichen oder administrativen Status des Patienten sichergestellt sein
- ✓ der Test muss aufgrund einer Risikobewertung des Patienten erfolgen

2. Kombination von verschiedenen Testmodellen

- ✓ Test auf Antrag des 'Kunden' (CDV) in den Einrichtungen der Gesundheitswesens und spezialisierten Teststellen (VCT) nach einer Risikobewertung
- ✓ Test auf Vorschlag des Gesundheitsdienstleisters (CDIP) in der Einrichtung durch das Gesundheitspersonal oder andere Dienstleister nach einer Schulung

3. Kombination verschiedener Testmöglichkeiten

- ✓ spezielle HIV-Teststellen
- ✓ Tageskliniken, die auf die Primärversorgung spezialisiert sind
- ✓ Krankenhäuser
- ✓ dezentralisierte Programme für Tests
- ✓ Allgemeinmediziner und Fachärzte
- ✓ zu Hause

Es muss sichergestellt werden, dass bei der Kombination von verschiedenen Testmöglichkeiten ein ausgewogenes Verhältnis zwischen der Wirksamkeit des Tests und seinen Kosten besteht.

Was den Test zu Hause angeht, so müssen die Personen, die einen solchen Test verwenden, zugängliche und zuverlässige Informationen erhalten, darunter Informationen im Falle eines positiven Ergebnisses, wie weiter unten erläutert. Gegebenenfalls stehen spezielle Informationsinstrumente zur Verfügung (Handy, Internet usw.)

Es wird empfohlen, einen rechtlichen Rahmen für diese Tests festzulegen sowie Pilotprogramme für die Bewertung und Formulierung von Empfehlungen auszuarbeiten.

4. Gewährleistung und, falls nötig, Wiederholung des Tests bei folgenden Gruppen:

- ✓ alle Personen mit einem negativen Testergebnis bei der Erkennung, aber mit einer möglichen Exposition während der Serokonversion
- ✓ alle MSM – jährlich oder häufiger im Falle einer kontinuierlichen Risikoexposition
- ✓ alle Männer und Frauen aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz (>1%) – jährlich oder häufiger im Falle einer hohen und kontinuierlichen Risikoexposition
- ✓ Sexarbeiterinnen – jährlich oder häufiger im Falle einer hohen und kontinuierlichen Risikoexposition
- ✓ Personen, die Drogen injizieren– jährlich oder häufiger im Falle einer hohen und kontinuierlichen Risikoexposition
- ✓ *pränatale Versorgung*: Schwangeren Frauen soll wiederholt und auch im Falle einer Ablehnung ein Test vorgeschlagen werden.
- ✓ Personen mit Symptomen, die auf Indikatorkrankheiten hindeuten können (nach der Aufführung in „HIV in Europe“).
Zu diesem Zweck ist eine regelmäßige Aufklärung der Angehörigen der Gesundheitsberufe, die in ihrem jeweiligen Fachgebiet mit diesen Indikatorkrankheiten konfrontiert werden, zu empfehlen.

Es sollte sichergestellt sein, dass der Zugang zu den Tests für diese Gruppen erschwinglich ist und dass die Hürden für jeden von ihnen identifiziert werden, sodass entsprechende korrigierende Maßnahmen getroffen werden können.

5. Testarten

Es wird empfohlen, einen Bluttest zum Nachweis von HIV der vierten Generation mit einer Erfassung von P24 Ag in allen Laboren anzuwenden. Im Falle eines Nachweises muss der Test an eines der 7 AIDS-Referenzlabore zur Bestätigung und Meldung von neuen Infektionen geschickt werden.

Mit HIV-Schnelltests ist ein Ergebnis innerhalb von wenigen Minuten durch einen Fingerstich oder einen Backenabstrich möglich. Sie bieten den Vorteil einer einfachen Anwendung, wenn keine Blutentnahme möglich ist und ein verspätetes Ergebnis möglicherweise nachteilige Auswirkungen haben kann. Allerdings darf man die Nachteile einer geringeren Spezifität und Empfindlichkeit im Vergleich zu den empfindlichen Labortests der vierten Generation nicht außer Acht lassen. Es dürfen ausschließlich die POTC-Tests mit der CE-Kennzeichnung benutzt werden, wobei ein AIDS-Referenzlabor bei Fragen der Regelung und der Gewährleistung der Qualität des Verfahrens der Erkennung eingreifen muss.

Die Diagnose sämtlicher neuer HIV-Fälle muss auf der Grundlage von geeigneten Untersuchungen vorgenommen werden, wobei ein Test eine weitere Probe enthält. Diese muss mit den Untersuchungen der HIV-Viruslast, der STI und der CD4-Zellzahl kombiniert werden.

6. Gewährleistung einer angemessenen Information für HIV-positive Personen

Es wird empfohlen, dass, unabhängig vom Test, HIV-positive Personen sofort und einfach über vollständige Informationen zu sämtlichen Strukturen, Akteuren und Personen für die Betreuung in ihrer Region verfügen können, so dass die Personen mit HIV eine Therapie machen können und Risiken vermieden sowie medizinische, soziale, wirtschaftliche Probleme bewältigt werden können.

MASSNAHME 38: Verbesserung der Tests bei Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen

7. Aufnahme von HIV und der damit verbundenen Fragen in den Lehrplan für die medizinische Ausbildung

Während der Ausbildung sollen folgende Themen behandelt werden:

- ✓ HIV-Epidemie und STI in Belgien, einschließlich der Frage nach der Zuständigkeit für die Erhebung von Daten zu Kontrollzwecken
- ✓ die HIV/STI-Testmodelle
- ✓ die Bedingungen für HIV/STI-Tests (Einwilligung nach Aufklärung, Vertraulichkeit usw.).
- ✓ (nationale) Vorschriften und Richtlinien bezüglich der HIV/STI-Tests
- ✓ Arten von HIV/STI-Tests
- ✓ Indikatoren für das Vorliegen von HIV- oder AIDS-Indikatorkrankheiten
- ✓ Bedingungen, unter denen eine fehlende Identifikation von HIV negative Effekte auf die klinische Versorgung haben kann
- ✓ Symptome von Serokonversion
- ✓ Bewertung und Erkennung von Risiken
- ✓ Kommunikationsfähigkeiten, insbesondere im Hinblick auf die sexuelle Gesundheit; Aufzeichnung der sexuellen Vorgeschichten; Mitteilung des Testergebnisses; Information des Partners; Beratung
- ✓ praktische Kenntnisse über ein sicheres Sexualverhalten
- ✓ Erkennung der Umstände und Symptome, die mit einer Serokonversion verbunden sein können
- ✓ Bildung eines Ansatzes, der die kulturellen und traditionellen Besonderheiten der Zielgruppen berücksichtigt.

HIV/STI und die damit verbundenen Fragen müssen ebenfalls in die kontinuierliche Fortbildung („Continuing Medical Education“ oder „CME“) der Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen eingebunden werden:

- ✓ die CME dient zur Schärfung des Bewusstseins und Stärkung des Vertrauens sowie zur Steigerung der Fähigkeiten des medizinischen Personals bei der Bewertung des Risikos von HIV im Zusammenhang mit dem Sexualverhalten und dem Drogenkonsum, bei dem Vorschlag eines HIV-Tests, der Mitteilung der Testergebnisse und der Beratung
- ✓ die CME zielt darauf ab, HIV-Tests in die Routineuntersuchungen für andere Krankheiten einzubinden, wodurch die Stigmatisierung im Zusammenhang mit HIV verringert wird
- ✓ die CME sensibilisiert für Indikatoren von Krankheiten und Symptome der Serokonversion
- ✓ die CME nutzt mehrere (vorhandene) Ressourcen: Schulung, Symposium, elektronische Kurse usw.

8. Bereitstellung eines technischen Leitfadens für Allgemein- und Fachärztinnen für:

- ✓ die Erkennung der Umstände und Symptome, die mit einer Serokonversion verbunden sein können
- ✓ die indikativen Bedingungen für HIV/STI und AIDS
- ✓ den kombinierten HIV/STI/AIDS-Test
- ✓ einen Wiederholungstest für HIV/STI
- ✓ die verschiedenen Tests (Elisa, Schnelltest, Tests für zu Hause)
- ✓ die Entscheidungsalgorithmen
- ✓ die Beratung

- ✓ die Information des Partners

9. Förderung von dezentralisierten und entmedikalisierten Tests

Im Einklang mit den bestehenden Regelungen sollen dezentralisierte und entmedikalisierte Tests für prioritäre Gruppen und Gruppen, wo eine hohe Prävalenz herrscht und bei denen eine hohe Zahl von späten Diagnosen zu erwarten ist, entwickelt werden.

10. Schaffung eines rechtlichen Rahmens für die Umsetzung dezentraler und entmedikalisierten Tests

Es wird empfohlen, diese Art der Tests unter den folgenden Bedingungen durchzuführen:

- ✓ Vorhandensein von ausreichend geschultem (nichtmedizinischem) Personal.
- ✓ Vorhandensein eines Systems der Qualitätssicherung.
- ✓ Vorhandensein eines Referenzsystems für die Beratung und medizinische Versorgung, d.h. konkrete Maßnahmen für die medizinische Versorgung

Es wird empfohlen, nationale Richtlinien für die Förderung von dezentralisierten und entmedikalisierten Tests zu entwickeln.

11. Ausdehnung der HIV/STI-Test durch die Rekrutierung von Personal, das mit der Durchführung dieser Tests vertraut ist

12. Entwicklung von Initiativen für die Schulung und soziale Mobilisierung zur Ermutigung von Angehörigen von prioritären Gruppen, einen HIV-Test mit Blick auf eine Behandlung zu machen, sowie für die Förderung eines anderen Bildes des HIV-Tests im Rahmen der Treatment as Prevention in diesen Bevölkerungsgruppen

13. Identifikation der verfügbaren HIV/STI-Tests und Bewertung ihrer jeweiligen Vorteile je nach Kontext

Darüber hinaus wird empfohlen, die Wahl des Tests regelmäßig zu bewerten.

14. Überprüfung aller positiven Tests mit Hilfe von Bestätigungstests in einem der sieben AIDS-Referenzlabore.

15. Einrichtung von gemeindegestützten Teststellen zusammen mit den lokalen ARZ und Gewährleistung eines schnellen und angemessenen Zugangs zur medizinischen Versorgung, Behandlung und Unterstützung

16. Durchführung einer Bestandsaufnahme der bestehenden Initiativen und Harmonisierung der Instrumente für die Datenerhebung

Das System der Berichterstattung und der Datenerhebung zu Überwachungszwecken muss auf nationaler Ebene von einer einzigen Einrichtung organisiert werden. Es muss ein nationales Verzeichnis der HIV/STI-Teststellen erstellt und ständig aktualisiert werden. Es müssen Instrumente für die Erhebung von Standarddaten sowie Formate der Berichterstattung entworfen und vorgeschrieben werden, um die Informationen in den Einrichtungen aufzuzeichnen. Die Analyse der Daten soll auf nationaler Ebene erfolgen, während der Rückfluss von Daten bei den Einrichtungen zum besseren Verständnis ihrer Leistungen beiträgt sowie zur Förderung des Austausches bewährter Praktiken und zur Verbesserung des Programms dienen soll. Indikatoren müssen anhand eines logischen Modells für die Erkennung von HIV/STI ausgewählt werden, wobei die Ziele und die logische Abfolge beschrieben werden, das Verknüpfungen zu den Aktivitäten und

Prozessen herstellt, was zu Produkten, Ergebnissen und schließlich zu einer gezielten Wirkung führt.

MASSNAHME 39: Förderung der Sensibilisierung und Schulung von Menschen, bei denen das größte Infektionsrisiko besteht

Es wird empfohlen, insbesondere folgende Informationen zu erteilen:

- ✓ die verschiedenen Testmodelle,
- ✓ die Bedeutung einer Frühdiagnose,
- ✓ die möglichen Symptome der Serokonversion und der primären Infektion,
- ✓ die verschiedenen Teststellen,
- ✓ die Viruslast,
- ✓ die Behandlung und ihre Vorteile,
- ✓ der Zugang zur Behandlung, die medizinische Versorgung, die Toleranz der Tritherapien, die Einhaltung der Geheimhaltung
- ✓ die PMTCT (Verhinderung der Übertragung von der Mutter auf das Kind)
- ✓ das Vorhandensein von PEP
- ✓ die Mittel zur Reduzierung von Risiken
- ✓ die Bedeutung einer guten sexuellen Gesundheit
- ✓ die PreP

Es wird empfohlen, neue Technologien zu nutzen (Applikationen, soziale Netzwerke usw.)

MASSNAHME 40: Gewährleistung des Zugangs zur HIV-Behandlung, medizinischen Versorgung und Prävention, unabhängig vom rechtlichen Status oder der Krankenversicherung

Es wird empfohlen, ein (einheitliches) nationales Referenzverfahren für Personen zu entwickeln, die keinen Zugang zur medizinischen Versorgung in Belgien haben, damit sie einen Test machen können und anschließend eine HIV-Behandlung erhalten. Es wird empfohlen, den Personen, die sich in einer prekären sozioökonomischen und/oder rechtlichen (oder administrativen) Lage befinden, besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Es wird allerdings darauf zu achten sein, dass dies nicht zu Diskriminierungen gegenüber anderen Patienten führt.

VI. Behandlung von Menschen mit HIV

Einleitung

Seit die antiretroviralen Medikamente überall in Belgien eingesetzt werden und nach dem Rückgang der Indikatorkrankheiten, hat die Lebenserwartung von Menschen mit HIV stetig zugenommen. Die HIV-Infektion ist zu einer chronischen Infektion geworden.

Aus diesem Grund sind Menschen mit HIV vor allem von einer Reihe von Krankheiten betroffen, die nicht in direktem Zusammenhang mit der HIV-Infektion stehen. Die medizinische Versorgung von Menschen mit HIV ist komplex und erfordert eine Polymedikation. Darüber hinaus ist eine HIV-Infektion mehr als ein rein medizinisches Problem. Menschen mit HIV sehen sich zudem zahlreichen komplexen sozialen, psychologischen und sexuellen Problemen gegenüber... Probleme, für die sie Hilfe und Unterstützung suchen. Die medizinische Versorgung von Menschen mit HIV erfordert einen umfassenden Ansatz und muss in ein Pflegemodell eingebunden werden.

Nachdem sich die Überlebenschancen dank der ART verbessert haben und die progressive Zahl der neuen Infektionen gestiegen ist, hat sich die Zahl der behandelten Patienten über einen Zeitraum von fünf Jahren um 74% erhöht. Diese Zahl soll mit durchschnittlich 1000 HIV-Erstdiagnosen pro Jahr weiter erhöht werden. Es wird zudem eine mögliche Zunahme der behandelten Patienten in der gleichen Größenordnung erwartet.

Maßnahmen

MASSNAHME 41: Entwicklung von Behandlungsmodellen

Es soll ein integriertes Behandlungsmodell mit einer vollständigen Liste des gesamten Bedarfs von Menschen mit HIV auf der Grundlage von internationalen Empfehlungen erstellt werden. Alle diese Elemente sind bereits in den Aktivitäten und im Behandlungsangebot der ARZ enthalten. Sie müssen allerdings in ein Modell des Konsenses integriert werden, das wissenschaftliche Erkenntnisse und die Kostenwirksamkeit berücksichtigt. Die Menschen mit HIV sollen in das Behandlungsmodell aufgenommen werden, sobald die Diagnose erstellt wurde. Jede diagnostizierte HIV-positive Person soll an ein ARZ verwiesen werden, in dem sie so schnell wie möglich von einem erfahrenen Spezialisten auf dem Gebiet behandelt werden.

*

Es sollen zudem spezifische Behandlungsmodelle (oder Ergänzungen zum Grundmodell) für bestimmte Patientengruppen erstellt werden:

- ✓ VIH-positive Frauen, die schwanger sind oder schwanger werden wollen
- ✓ VIH-positive Kinder
- ✓ HIV-negative Kinder mit einer HIV-positiven Mutter
- ✓ [Menschen mit HIV ohne Status oder Sonderstatus (Gefängnisinsassen, Flüchtlinge, Asylbewerber, ...)]
- ✓ Menschen mit HIV die in MR/MRS leben

Es wird empfohlen, ein(e) nationale(s) Register/Kohorte für diese Gruppe von Kindern zu erstellen.

Es soll ein Protokoll für die Kinder mit HIV erstellt werden, um die Verlegung des Kindes von der pädiatrischen Abteilung in ein anerkanntes Zentrum einfach und optimal zu gestalten.

Die Behandlung von Kindern mit HIV muss in einer beschränkten Anzahl von anerkannten Zentren, die über multidiszipliniertes Wissen verfügen, stattfinden. Allerdings ist zu prüfen, ob die Zahl der betroffenen Kinder ausreichend ist, um solche Maßnahmen zu rechtfertigen.

Es soll ein nationales Register zur Konsolidierung von Daten zu schwangeren Frauen mit HIV eingerichtet werden.

*

Eine nicht unbedeutende Zahl von Menschen mit HIV halten sich ohne Aufenthaltsstatus oder mit einem Sonderstatus (Flüchtlinge, Asylbewerber, Gefängnisinsassen usw.) in Belgien auf. Ihr Status kann sich schnell ändern und sie müssen sich für ihre medizinische Versorgung an verschiedene Instanzen wenden (Öffentliche Sozialhilfzentren, Föderale Agentur für die Aufnahme von Asylbewerbern usw.).

Es wird anbefohlen dass die Dienstleister der Versorgungsberufe ein klares, homogenes und stabiles Behandlungsmodell erstellen für die Gruppen von Menschen mit HIV ohne Aufenthaltsstatus oder mit einem Sonderstatus.

Einer ausreisepflichtigen Person mit HIV muss in ihrem jeweiligen Land weiter Zugang zu einer angemessenen Behandlung gewährleistet werden.

*

| |
|--|
| MASSNAHME 42: Annahme von nationalen Empfehlungen für die Behandlung von Menschen mit HIV |
|--|

In Belgien müssen medizinische Empfehlungen für die Behandlung von Menschen mit HIV zur Verfügung gestellt werden. Diese Empfehlungen müssen:

- ✓ auf internationalen Empfehlungen basieren und "evidence based" sein
- ✓ an die Situation in Belgien angepasst sein (Verfügbarkeit, Rückerstattung und Kosten der antiretroviralen Medikamente, lokale Epidemiologie, ...)
- ✓ eine standardisierte und homogene Organisation der Behandlung von Menschen mit HIV ermöglichen
- ✓ Zustimmung finden bei einer belgischen Sachverständigengruppe
- ✓ regelmäßig aktualisiert werden

Es sollen Peer-Reviews organisiert werden, um die Anwendung dieser nationalen Empfehlungen zu optimieren.

Die Kriterien für die Rückerstattung von antiretroviralen Medikamenten müssen an die belgischen Empfehlungen angepasst werden.

| |
|---|
| MASSNAHME 43: Verbesserung des multidisziplinären Ansatzes |
|---|

Ein multidisziplinärer Ansatz für Menschen mit HIV ist notwendig.

Es soll eine Checkliste mit den Schwierigkeiten, vor denen Menschen mit HIV im Rahmen ihrer Behandlung, aber auch in ihrem sozialen Leben stehen können, erarbeitet werden und es müssen Instrumente der Erkennung und der Überwachung zur Verfügung gestellt werden. Allen Menschen mit AIDS muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Zugang zu anerkannten Fachzentren zu bekommen, um eine angemessene und professionelle Unterstützung zu erhalten (Psychologen, Sozialarbeiter, Berater auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, Ernährungsberater, ...).

Menschen mit AIDS müssen jederzeit die Freiheit haben, verschiedene Mitglieder des multidisziplinären Teams zurate zu ziehen oder, umgekehrt, die Unterstützung eines anerkannten Zentrums abzulehnen.

Die Zusammenarbeit zwischen anerkannten Zentren, Allgemeinmedizinern und Akteuren des Vereins- und Gemeinschaftslebens muss gestärkt und organisiert werden. Ihr Ziel muss es sein, den Zugang zur medizinischen Versorgung sowie zu einer angepassten Unterstützung zur Förderung der allgemeinen Gesundheit, des Wohlergehens und der Fähigkeiten der Menschen mit HIV unter Berücksichtigung der Besonderheiten bestimmter Gruppen, z.B. Menschen, die in Armut leben, schwangere Frauen oder Frauen mit Kinderwunsch usw., zu verbessern.

MASSNAHME 44: Gestaltung der Beziehung ARZ – Allgemeinmediziner

Die Verantwortung für die Behandlung von Menschen mit HIV liegt zum einen beim Allgemeinmediziner und zum anderen bei den anerkannten Fachzentren. Die medizinische Versorgung, die vom Allgemeinmediziner geleistet werden kann, soll nicht in den anerkannten Fachzentren angeboten werden, außer für Menschen, die keinen Zugang zu einem Allgemeinmediziner haben. Umgekehrt soll die medizinische Versorgung, die spezifische Kenntnisse von den Problemen im Zusammenhang mit der HIV-Infektion erfordert, von einem Facharzt eines anerkannten Zentrums geleistet werden.

Die genaue und strukturelle Verteilung der Aufgaben zwischen dem Allgemeinmediziner und dem Facharzt, der in einem anerkannten Zentrum arbeitet, gestaltet sich derzeit aus verschiedenen Gründen schwierig.

Die Flexibilität bei der Verteilung von Aufgaben soll beibehalten werden: die gesamte medizinische Versorgung fällt unter die gemeinsame Verantwortung des Allgemeinmediziners und des Facharztes. Je nach Gesundheitszustand des HIV-Infizierten kann sich der Schwerpunkt der Behandlung verlagern.

Jeder Patient soll einen Allgemeinmediziner seiner Wahl aufsuchen können. Dies soll vorzugsweise ein Allgemeinmediziner mit einem Interesse und Sachkenntnissen auf dem Gebiet der HIV-Infektion sein.

Es soll ein System entwickelt werden, das den bi- bzw. multidirektionalen Austausch von Daten (einschließlich pharma-therapeutische Daten) von GMA zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialist(en) ermöglicht.

Die Verbreitung von allgemeinen Informationen zwischen den ARZ und den Allgemeinmedizinern muss gestärkt werden, insbesondere im Hinblick auf die Hilfe, Beratungen, Strukturen, die den Patienten empfohlen werden, um ihnen dabei zu helfen, die verschiedenen Probleme, mit denen sie konfrontiert werden, zu bewältigen.

MASSNAHME 45: Verbesserung des Umgangs mit antiretroviralen Medikamenten

Es sollen nationale Leitlinien für die antiretrovirale Behandlung auf der Grundlage von internationalen Empfehlungen und den besten verfügbaren klinischen Erkenntnissen aufgestellt werden und entsprechend der lokalen Situation ausgearbeitet werden.

Es soll die Möglichkeit eingeräumt werden, die Einleitung und die Änderung der antiretroviralen Behandlung bei einem Spezialisten in einem anerkannten Zentrum zu vereinbaren.

Sämtliche Daten im Zusammenhang mit der Verabreichung von antiretroviralen und anderen Medikamenten im GMA an Menschen mit AIDS sollen erfasst werden.

Angesichts der Bedeutung der Einhaltung des vorgeschriebenen Schemas durch Menschen mit AIDS muss diese Einhaltung bei jedem Besuch des Patienten beim behandelnden Arzt systematisch kontrolliert werden.

Aus verschiedenen Gründen (finanziell, Patientenrechte, direktere Überwachung und Kontrolle der Einhaltung durch den behandelnden Arzt, ...), soll die Möglichkeit geprüft werden, ob die Vergabe von antiretroviralen Medikamenten durch die Krankenhausapotheke zulässig ist.

Die Möglichkeit, dass sämtliche Daten im Zusammenhang mit der Verabreichung von (antiretroviralen und anderen) Medikamenten an den Patienten durch einen von der Person mit HIV ausgewählten Apotheker in eine allgemeine Arzneimittelakte aufgenommen werden, muss geprüft und gefördert werden, sofern der Patient dies wünscht.

MASSNAHME 46: Verbesserung der geografischen Abdeckung der Behandlung

Die ARZ sind an der Behandlung der überwiegenden Mehrheit der bekannten Menschen mit HIV (+/- 85%) beteiligt. Aber nur die Patienten, die einem anerkannten Zentrum behandelt werden, können von dem zwischen den ARZ und dem INAMI geschlossenen Vertrag profitieren.

Es wird empfohlen, das Angebot der medizinischen Versorgung zu verbessern, indem die Zentren, die bereits Erfahrungen auf dem Gebiet der allgemeinen und multidisziplinären Behandlung von Menschen mit HIV erworben haben, die Möglichkeit erhalten, sich mit einem der bereits anerkannten ARZ zusammenzutun. Die Patienten müssen, unabhängig vom Zentrum, die gesamte medizinische Versorgung erhalten können, die derzeit in den anerkannten Zentren den Patienten gewährt wird.

MASSNAHME 47: Entwicklung von Self-Management

Da HIV sich zu einer chronischen Krankheit entwickelt hat, sollen diejenigen Behandlungsmodelle gefördert werden, die eine eigenständige Verantwortung (in Bezug auf die Einhaltung, sexuellen Risiken usw.) vorsehen, weil sie den Menschen mit HIV die Möglichkeit bieten, verantwortungsvolle Gesundheitsentscheidungen zu treffen und ihr eigenes Leben und ihre Gesundheit besser zu kontrollieren.

Die Menschen mit HIV müssen einen leichten Zugang zu den vollständigen Informationen über die Strukturen, Akteure und Betreuungspersonen in ihrer Region haben.

MASSNAHME 48: Entwicklung eines Plans zur Verringerung der Zahl der nicht konsequent therapierten Patienten

Es muss ein spezieller Plan entwickelt werden, um die Zahl der Menschen mit HIV, die nicht konsequent therapiert werden, zu verringern.

MASSNAHME 49: Entwicklung einer nationalen Kohorte

Die nationale Kohorte muss insbesondere Informationen zu den folgenden Elementen enthalten:

- ✓ der Übertragungsweg,
- ✓ ob die Erkennung verspätet oder nicht erfolgt ist,
- ✓ die Zeit zwischen der Diagnose und dem Beginn der Behandlung,
- ✓ die Änderung der Viruslast der Patienten und die Maßnahmen, die zur Verhinderung der Übertragung auf andere Personen getroffen wurden,
- ✓ die Lebensqualität der Patienten, die Träger des Virus sind (aus medizinischer, sozialer und psychologischer Sicht)
- ✓ die Unterbrechung der Behandlung durch bestimmte Patienten und die Gründe dafür,
- ✓ usw.

Sie muss die Ausarbeitung von Korrekturmaßnahmen auf der Grundlage der gesammelten Daten ermöglichen.

VII. Lebensqualität der Menschen mit HIV

Maßnahmen

Vorbemerkung: Die Achsen 'Prävention', 'HIV-Tests und Zugang zur Behandlung', 'Behandlung von Menschen mit HIV' bieten bereits zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit HIV. Allerdings müssen auch folgende Maßnahmen getroffen werden:

MASSNAHME 50: Bessere Information von Menschen mit HIV über ihre Rechte (in Bezug auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Bekämpfung von Diskriminierung) und Verbesserung ihrer Fähigkeiten, sodass sie diese effektiv geltend machen können

MASSNAHME 51: Bekämpfung der Diskriminierung von Menschen mit HIV in der Wohnung, in der Unterbringungs- und Betreuungseinrichtung, am Arbeitsplatz und in der Ausbildungsstätte und, für die Kinder mit HIV, in der Schule

MASSNAHME 52: Förderung eines Dialogs zwischen den Sozialpartnern und öffentlichen Behörden und Versicherungsgesellschaften über das Problem der Nichtversicherung oder/und der Zusatzbeiträge für Menschen mit HIV, um Menschen mit HIV das gleiche Recht auf Versicherung wie der allgemeinen Bevölkerung einzuräumen

MASSNAHME 53: Forderung nach einer Aufhebung der Reisebeschränkung von Menschen mit HIV

VIII. Bewertung und Überwachung des Plans

Einleitung

Der Plan muss eine nachhaltige Auswirkung haben und seine ordnungsgemäße Umsetzung muss gewährleistet sein.

Aus diesem Grund muss er auf ständigen und bestehenden Strukturen basieren, auf die Einbeziehung von prioritären Gruppen abstellen, Menschen mit HIV maßgeblich beteiligen und auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren.

Sowohl die Menschen mit HIV als auch die prioritären Gruppen müssen sowohl an der Ausarbeitung von Strategien als auch an ihrer Umsetzung maßgeblich beteiligt werden. Die Menschen mit HIV können nicht auf ihren Status als Patient reduziert werden. Das Bestehen ihrer Rechte, die die Beteiligung an der Entscheidungsfindung umfassen, wenn sich diese auf ihr eigenes Leben auswirkt oder wenn die öffentlichen Behörden im Rahmen der Politik von ihren Erfahrungen profitieren können, soll sichergestellt werden.

Eine kontinuierliche Bewertung der Strategien auf der Grundlage von geeigneten Indikatoren oder Instrumenten ist von wesentlicher Bedeutung, damit die Strategien gegebenenfalls angepasst werden können, um die Wirksamkeit zu steigern.

Die beteiligten Akteure müssen in der Lage sein, sich im Rahmen der Umsetzung des Plans regelmäßig untereinander abzustimmen, zu kommunizieren, zusammenzuarbeiten und sich auszutauschen. Dies gilt sowohl für die Akteure vor Ort als auch für die politischen Akteure.

Schließlich hat die Erstellung des Plans deutlich gemacht, dass die zusätzlichen Daten für eine bessere Abstimmung der Strategien zur Prävention, Erkennung oder Behandlung von Menschen mit HIV notwendig sind.

Maßnahmen

MASSNAHME 54: Unterstützung der Einrichtung eines dauerhaften Konzertierungs-, Überwachungs- und Beratungsgremiums

Die Aufgaben dieses Gremiums sind:

- ✓ die Unterstützung der öffentlichen Behörden bei der Umsetzung des HIV-Plans
- ✓ die Erkennung verbesserungsbedürftiger Praktiken und das Vorschlagen von Korrekturmaßnahmen
- ✓ die Übermittlung eines Berichts über die Umsetzung des HIV-Plans an die öffentlichen Behörden
- ✓ die Abgabe von Stellungnahmen zur HIV-Politik auf Antrag der öffentlichen Behörden oder auf eigene Initiative
- ✓ die Gewährleistung eines regelmäßigen Dialogs zwischen allen Akteuren
- ✓ die Sicherstellung der Zentralisierung sämtlicher Informationen, Daten, Studien und Untersuchungen zu HIV
- ✓ die Unterstützung der Schulung und kontinuierliche Information der Akteure
- ✓ die Gewährleistung des Austausches von Erfahrungen mit anderen Ländern
- ✓ die Förderung und Unterstützung der wissenschaftlichen Forschung

- ✓ die Gewährleistung einer intensiveren Abstimmung zwischen allen Akteuren aus dem medizinischen Bereich, den Vereinen, Verbänden, Kommunen, den Menschen mit HIV und den öffentlichen Behörden, um somit zu einer gemeinsamen Maßnahme auf einem bestimmten Gebiet zu gelangen, die von allen abgestimmt und angenommen wurde.

Am Gremium müssen folgende Akteure maßgeblich beteiligt sein:

- ✓ Die Angehörigen der Gesundheitsberufe
- ✓ Die Organisationen zur Bekämpfung von HIV/AIDS
- ✓ Die Akteure auf Gemeinschaftsebene
- ✓ Die Menschen mit HIV
- ✓ Das Wissenschaftliche Institut für Volksgesundheit (WIV)
- ✓ Die Vertreter der betroffenen Behörden

MASSNAHME 55: Schaffung eines Rates von Menschen mit HIV

Es wird die Schaffung eines Rates von Menschen mit HIV empfohlen, um die Beteiligung der Menschen mit HIV an der Umsetzung des Plans sowohl im Hinblick auf die Prävention, die Erkennung, die Behandlung als auch die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit HIV zu gewährleisten.

MASSNAHME 56: Verbesserung der vorhandenen Mittel für die Datenerhebung, die Förderung der Forschung/Umfragen im Hinblick auf die Ergänzung der vorhandenen Daten und die Bewertung der Maßnahmen hinsichtlich der Auswirkung und/oder erwarteten Ergebnisse sowie hinsichtlich des 'Quality Management' für eine bessere Abstimmung und Bewertung der Strategien zur Prävention, Erkennung, Behandlung und Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit HIV.

MASSNAHME 57: Stärkung der Rolle der AIDS-Referenzlabore (ARL)

Derzeit arbeiten die 7 ARL mehr als zufriedenstellend und eng mit den anderen Laboren zusammen (über das Kollegium der Verwaltungschefs der ARL). Das Ziel muss darin bestehen, ihre derzeitige Rolle zu stärken und ihre Arbeitsweise/die Qualität ihrer Arbeit weiter zu verbessern.

MASSNAHME 58: Gewährleistung einer regelmäßigen politischen und administrativen Abstimmung

Es wird empfohlen, während der gesamten Dauer der Umsetzung des Plans eine regelmäßige Abstimmung zwischen den verschiedenen betroffenen politischen und administrativen Behörden zu gewährleisten.

Im Allgemeinen soll darauf geachtet werden, dass keine neuen Strukturen geschaffen werden, wenn bestehende Strukturen die oben genannten Aufgaben erledigen können.

Die Abschnitte 'Prävention', 'Erkennung und Zugang zur Behandlung', 'Behandlung von Menschen mit HIV', 'Lebensqualität von Menschen mit HIV' sowie alle Informationen zum AIDS-Plan sind verfügbar unter:

[www.aidsplan](http://www.aidsplan.be)
[www.plansida](http://www.plansida.be)
[www.hivplan](http://www.hivplan.be)
[www.planvih](http://www.planvih.be) 