

OPG Spezial

Operation Gesundheitswesen • »Wir erklären Gesundheitspolitik«

22. Jahrgang – Gesundheitspolitische Nachrichten und Analysen der
Presseagentur Gesundheit • ISSN 1860-8434

Sonderausgabe, Mai 2024

HIV/Aids

Status Quo und Herausforderungen



© iStock.com, melitas

Sonderausgabe, Mai 2024

HIV/Aids

Status Quo und Herausforderungen

Operation Gesundheitswesen • »Wir erklären Gesundheitspolitik«
22. Jahrgang – Gesundheitspolitische Nachrichten und Analysen der
Presseagentur Gesundheit • ISSN 1860-8434

Diese OPG-Sonderausgabe wurde erstellt mit freundlicher Unterstützung der
Gilead Sciences GmbH, der Janssen-Cilag GmbH, der MSD Sharp & Dohme
GmbH und der ViiV Healthcare GmbH.

INHALT

HIV/Aids – Status Quo und Herausforderungen

Editorial Seite 7

HIV – nicht nachlassen!

I. EINFÜHRUNG

Ein gesundes Leben trotz HIV-Infektion Seite 8

Moderne Therapien machen's möglich

Zeitstrahl Seite 14

Von der Entdeckung des Virus bis heute

„Neuinfektionen im Jahr 2020 sind stark gesunken“ Seite 16

Dr. Viviane Bremer über Erfolge der Präexpositionsprophylaxe

95-95-95-Strategie Seite 21

Zwischenschritt 90 war gestern

II. VERSORGUNG

„Kein Grund zur Entwarnung“ Seite 24

Dr. Heiko Karcher über die wichtige Rolle der HIV-Schwerpunktpraxen

Aufklären – beraten – testen Seite 29

Seit beinahe vier Jahrzehnten gibt es die Berliner Aids-Hilfe

„Mein HIV-Test hat mich traumatisiert“ Seite 35

Dragqueen Barbie Breakout über ihren Kampf gegen Stigmatisierung

Der Fall Lenacapavir	Seite 42
Neuer Wirkstoff gegen multiresistente HIV-Infektionen	
III. WELT-AIDS-KONFERENZ	
Menschen an die erste Stelle setzen	Seite 44
Put People First – so lautet das Motto von „Aids 2024“	
HIV in Zeiten des Krieges	Seite 46
Im Gespräch mit Andriy Klepikov	
„Mit Medizin allein ist es nicht immer getan“	Seite 50
Prof. Christoph Spinner zu HIV/Aids hierzulande und international	
IV. FORSCHUNG	
Forschende geben nicht so schnell auf	Seite 54
Status quo und Perspektiven der HIV-Forschung	
„Vielfalt tut der Forschung gut“	Seite 57
Dr. Philipp Schommers untersucht die Dynamik von HIV-Antikörpern	
„Das HI-Virus hat besondere Herausforderungen“	Seite 61
Prof. Hendrik Streeck zu Impfstoffforschung und mRNA-Technologie	
Impressum	Seite 66



Editorial

HIV – nicht nachlassen!

Liebe Leserinnen und Leser,

immer wieder gibt es kleine Verbesserungen, aber der große Durchbruch lässt auf sich warten. Jedes Jahr infizieren sich weltweit 1,2 Millionen Menschen mit HIV. Dabei gibt es wirksame Medikamente, die eine Übertragung des HI-Virus schon heute verhindern. Nicht überall ist die Versorgungslage und der Zugang zu Medizin so gut wie hierzulande.

Welche Anstrengungen unternommen werden, um die Versorgung unter Kriegsbedingungen aufrecht zu halten, schildert Andriy Klepikov am Telefon in Kiew. Er kommt als Co-Vorsitzender zur Welt-Aids-Konferenz im Juli nach München. Die globalen Herausforderungen für die Länder mit unterfinanzierten Gesundheitssystemen finden hier Gehör.

Für die Forschung bleibt das Virus eine riesige Herausforderung. Die Misserfolge treiben die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler an - auch wenn Corona einige Schatten über die HIV-Epidemie geworfen hat.

Corona hat aber auch allen vor Augen geführt, was erreicht werden kann, wenn die Herausforderungen fokussiert angegangen werden. Welche das sind und wie Menschen sich im Kampf gegen dieses Virus engagieren, lesen Sie in dieser Publikation.



Eine gute Lektüre wünschen Ihnen

**Lisa Braun und das Redaktionsteam
der Presseagentur Gesundheit**

I. EINFÜHRUNG



Ein gesundes Leben trotz HIV-Infektion

Moderne Therapien machen's möglich

In den 1980er Jahren verbreitete ein bis dato unbekanntes Virus – das humane Immundefizienzvirus – Angst und Schrecken. Denn in diesen Jahren war eine Infektion gleichbedeutend mit einem Todesurteil. Das ist schon lange nicht mehr so: Moderne Medikamente erlauben HIV-positiven Menschen ein nahezu normales Leben. Die Betroffenen sind nicht mehr ansteckend und können gesunde Kinder auf die Welt bringen.

Sie werden nicht umsonst T-Helferzellen genannt: CD4-Zellen spüren Viren, Bakterien und andere Keime im Körper auf, rufen ihre Kollegen, die Killerzellen, zum Kampf gegen die Eindringlinge herbei und informieren die B-Lymphozyten, damit sie passende Antikörper gegen die Erreger produzieren. Einige von ihnen werden zu Gedächtniszellen, die es sofort merken, wenn die gleichen

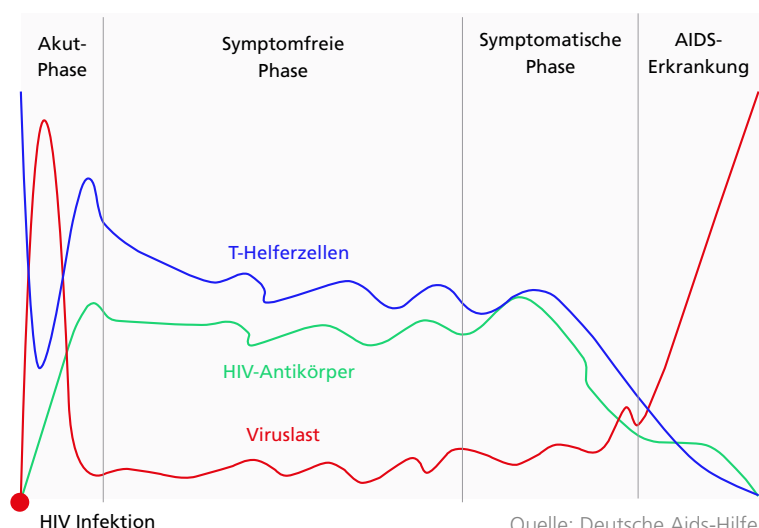
Keime noch einmal auftauchen. Die Immunantwort fällt dann noch schneller und effektiver aus. Kurz gesagt: Ohne die CD4-Zellen würde die Immunabwehr nicht funktionieren wie ein gut dirigiertes Orchester – es würde Chaos herrschen.

HIV greift das Immunsystem an – ausgerechnet

Genau das passiert, wenn das Humane Immundefizienz-Virus – HIV – den Körper entert. Denn dieses Virus hat es ausgerechnet auf die fleißigen Helfer abgesehen. Wird die Infektion nicht behandelt, verläuft sie in vier Phasen: In den ersten zwei bis vier Wochen nach der Ansteckung – der Akutphase – kapert HIV vor allem die CD4-Zellen und vermehrt sich explosionsartig. Die T-Helferzellen gehen reihenweise daran zugrunde, die Betroffenen haben grippeartige Symptome wie Halsschmerzen und Fieber. In der darauffolgenden symptomfreien Latenzphase greifen andere Immunzellen die Viren an. Die T-Helferzellen erholen sich etwas. In den Betroffenen tobt über Monate oder sogar Jahre ein Kampf, ohne dass sie es bemerken. Am Ende siegen jedoch die Viren. Ist die Zahl der T-Helferzellen von normal 800.000 bis eine Million auf 200.000 bis 350.000 pro Milliliter Blut gesunken, beginnt die symptomatische Phase mit Fieber und Gewichtsverlust. Die Betroffenen fangen sich häufig eine Infektion ein. Nach acht bis zehn Jahren schließlich, wenn die Zahl der T-Helferzellen auf unter 200.000 pro Milliliter Blut gesunken ist, ist der Körper extrem anfällig für einige Erreger, die ihm normalerweise nichts anhaben würden, beispielsweise für Pneumocystis, der Lungenentzündung auslösen kann. Sobald eine oder mehrere solcher Infektionen vorliegen oder seltene Tumore wie das Kaposi-Sarkom an der Haut auftreten, ist das AIDS-Stadium erreicht.

Aktuell leben etwa 40 Millionen Menschen weltweit mit HIV. Die Infektionen in Osteuropa steigen, die Zahlen in Afrika verharren auf einem konstant hohen Niveau. Allen Fortschritten bei der medikamentösen Therapie und Prophylaxe zum Trotz sind 2022 rund 630.000 Menschen an AIDS-bedingten Erkrankungen gestorben.

Beispiel für den Verlauf einer HIV-Infektion ohne antiretrovirale Therapie



Quelle: Deutsche Aids-Hilfe

Ansteckung vor allem bei ungeschütztem Sex

Übertragen wird HIV vor allem bei Geschlechtsverkehr ohne Kondom oder medikamentöse Prävention (siehe „PEP und PrEP“). Auch über kontaminiertes Blut oder Blutprodukte verbreitet sich das Virus, ebenso über Spritzen, die Drogenkonsumenten gemeinsam benutzen. Babys können sich bei ihren Müttern anstecken – allerdings nicht im Mutterleib, sondern erst während der Geburt oder über die Muttermilch. Körperkontakte im alltäglichen sozialen Miteinander stellen laut Robert Koch-Institut kein Infektionsrisiko dar, auch nicht das gemeinsame Essen vom selben Teller oder



das Benutzen derselben Toilette. Über Speichel, Trinkwasser oder Nahrungsmittel wird HIV ebensowenig übertragen wie über Insektenstiche. Auch wenn intakte Haut mit virushaltiger Flüssigkeit in Kontakt kommt, findet keine Ansteckung statt.

Übertragen wird HIV vor allem bei Geschlechtsverkehr ohne Kondom oder medikamentöse Prävention. © stock.adobe.com, Bowonpat

HIV-Therapie funktioniert hervorragend

In den frühen 80-er Jahren, als die ersten HIV/AIDS-Fälle bekannt wurden, war die Infektion ein Todesurteil. Ohne wirksame Behandlungsmöglichkeiten waren die ersten Therapien symptomatisch und palliativ, um die Symptome zu lindern und das Fortschreiten der Krankheit zu verlangsamen. Heutzutage jedoch lässt sich die Infektion mithilfe von Medikamenten fast vollständig unterdrücken. Die Betroffenen können ein (fast) normales Leben mit durchschnittlicher Lebenserwartung führen. Bei erfolgreicher Therapie sind sie nicht mehr ansteckend, auch nicht beim Geschlechtsverkehr – vorausgesetzt, sie beginnen rechtzeitig mit der Therapie, nehmen die Medikamente regelmäßig ein und lassen ihre Blutwerte regelmäßig checken. HIV-positive Personen mit Kinderwunsch können sich diesen auf natürlichem Wege erfüllen.

Medikation als Schlüssel zum normalen Leben

Ärztinnen und Ärzte können auf etwa 25 verschiedene Wirkstoffe mit unterschiedlichen Wirkmechanismen zurückgreifen, um HIV zu behandeln. Bewährt hat sich eine Kombinationstherapie aus mehreren Wirkstoffen. Welche Kombi-

nation die richtige ist, muss der Arzt entscheiden. Sie wird auch als ART bezeichnet – für antiretrovirale Therapie. Antiretroviral deshalb, weil HIV zu den Retroviren gezählt wird. Die ART sorgt dafür, dass die Viruslast im Körper so weit gesenkt wird, dass sie keinen Schaden mehr anrichten kann. Das ist der Fall, wenn die Viruslast dauerhaft auf unter 20 bis 50 RNA-Kopien pro Milliliter Blut sinkt. Es ist allerdings möglich, dass sie auch wieder ansteigt. Dann haben sich Resistenzen gebildet und die Therapie schlägt nicht mehr an.



Die Medikamentenkombination muss dann umgestellt werden. In meisten Fällen ist das möglich, da es viele verschiedene Medikamente gegen HIV gibt.

Neue Wirkstoffe haben meist weniger Nebenwirkungen als die älteren: Magen-Darm-Probleme, Schlafstörungen und Benommenheit treten bei ihnen seltener auf. Und auch bei den Darreichungsformen gibt es Innovationen. Während in den 90-er Jahren die Betroffenen eine ganze Handvoll Tabletten schlucken mussten, reicht heute meist eine Tablette am Tag. Seit 2021 ist in Deutschland außerdem die erste lang wirkende Depottherapie verfügbar. Anstelle einer täglichen Tablette werden alle ein oder zwei Monate zwei Spritzen verabreicht.

Während in den 90-er Jahren die Betroffenen eine ganze Handvoll Tabletten schlucken mussten, reicht heute meist eine Tablette am Tag. © stock.adobe.com, Farknot Architect

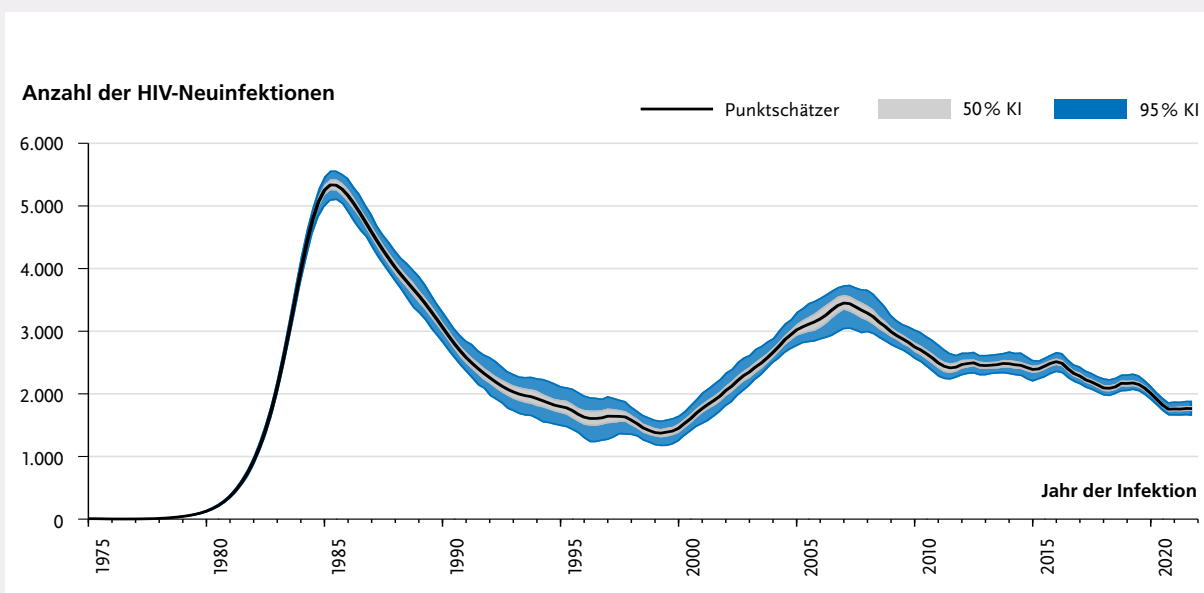
PEP und PrEP

Auch die Einnistung der Viren kann medikamentös verhindert werden, wenn dies schnell genug passiert. Dafür müssen sich Betroffene nach einer möglichen Virenübertragung eine PEP verschreiben lassen. Das steht für Postexpositionsprophylaxe. Dabei werden reguläre HIV-Medikamente eingenommen. Sie sollte am besten innerhalb der ersten zwei Stunden nach dem möglichen Viruskontakt, spätestens jedoch nach 24 Stunden beginnen und erstreckt sich dann über einen Zeitraum von vier Wochen. Neben der PEP gibt es noch die PrEP – die Präexpositionsprophylaxe. Wie der Name schon sagt, erfolgt sie bereits vor einem möglichen Viruskontakt. Kommt es zu einer Ansteckung, verhindert das Medikament, dass das Virus sich im Körper festsetzt und ausbreitet. Einen 100-prozentigen Schutz vor einer HIV-Infektion bietet die PrEP allerdings nicht.

Auf diese Form der Prophylaxe greifen nach Angaben des RKI fast ausschließlich Männer zurück, die Sex mit Männern haben (98 Prozent). Aber auch Sexarbeitende, Drogenkonsumierende, Partner von HIV-positiven Personen und Personen mit häufig wechselnden Partnerinnen und Partnern könnten davon profitieren. In diesen Gruppen sei die PrEP allerdings nahezu unbekannt, heißt es im Epidemiologischen Bulletin 47/2023. Wünschenswert sei deshalb eine zielgruppenspezifische Aufklärung – nicht nur der einzelnen Risikogruppen, sondern auch der Ärztinnen und Ärzte, die keine HIV-Schwerpunktpraxis betreiben. Für Personen ab 16 Jahren, die einem höheren HIV-Risiko ausgesetzt sind, gibt es die PrEP auf Rezept.

HIV in Deutschland

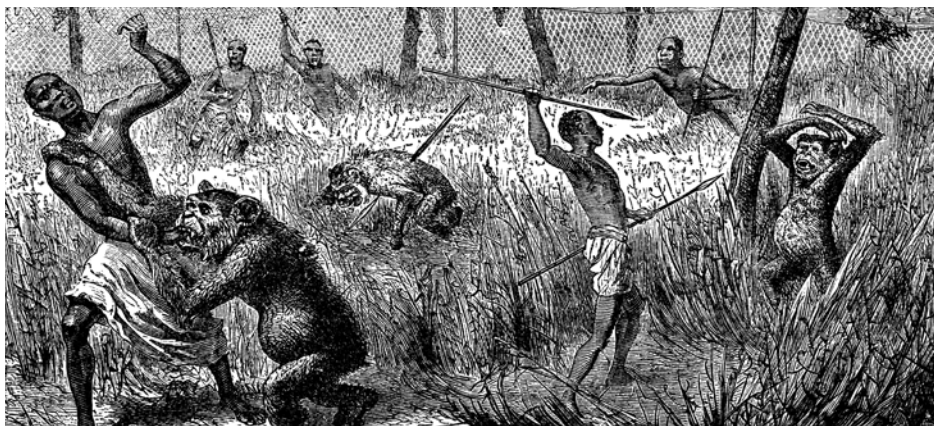
Nach Angaben des RKI waren 2021 rund 90.800 Menschen HIV-positiv (jüngere Daten gibt es noch nicht). Schätzungsweise 1.900 Menschen infizierten sich 2022 neu. 53 Prozent der Ansteckungen erfolgten bei Sex unter Männern und 27 Prozent bei heterosexuellen Kontakten. 19 Prozent gehen auf intravenösen Drogengebrauch zurück. Seit 2007 geht die Zahl der Neuinfektionen jedes Jahr ein bisschen zurück. Bei Heterosexuellen und Drogenkonsumenten ist sie 2022 allerdings etwas angestiegen. Das hat laut RKI auch etwas mit der vermehrten Migration aus stark betroffenen Regionen wie der Ukraine zu tun.



Geschätzte Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen (ohne Transfusions-assoziierte Infektionen) in Deutschland seit Beginn der HIV-Epidemie; nach Infektionsjahr. KI: Konfidenzintervall, Quelle: Epidemiologisches Bulletin 47/2022, Robert Koch-Institut

Sprung vom Schimpansen auf den Menschen

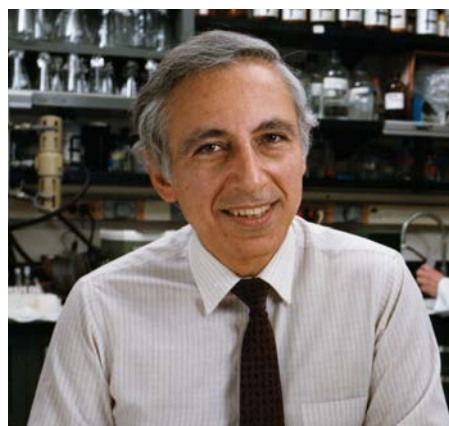
HIV ist vermutlich vor mehr als hundert Jahren vom Tier auf den Menschen übersprungen. Ein Forschungsteam um Béatrice Hahn von der Perelman School of Medicine in Pennsylvania hat seinen wahrscheinlichen Vorgänger bei Schimpansen in Kamerun entdeckt. Von dort breitete es sich langsam – von einem Menschen zum anderen – Richtung Süden bis nach Léopoldville, das heutige Kinshasa, aus. Zwischen 1920 und 1960 erlebte die Stadt eine Bevölkerungsexplosion. So gelangte das Virus in den 60-er Jahren nach Haiti – und von dort in die westliche Welt. 1981 berichteten die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in ihrem „Morbidity and Mortality Weekly Report“ über eine ungewöhnliche und schwere Immunschwäche bei fünf jungen homosexuellen Männern. Diese Veröffentlichung gilt als offizieller Beginn der AIDS-Epidemie. Zwei Jahre später konnte der französische Virologe Luc Montagnier ein bis dato unbekanntes Virus als Ursache dafür ausmachen. Sein amerikanischer Kollege Robert Charles Gallo bestätigte die Entdeckung 1984 und gab dem Virus seinen Namen: humanes Immundefizienzvirus. ◀



Schimpansenjagd, fotografiert aus dem Buch „The World’s Wonders as Seen by the Great Tropical and Polar Explorers“, das 1883 in London veröffentlicht wurde. © iStock.com, antiqueimgnet



Der französische Virologe Luc Montagnier konnte 1983 ein bis dato unbekanntes Virus als Ursache für die neue Krankheit ausmachen. © CC BY-NC-SA 2.0 Deed



Robert Charles Gallo bestätigte die Entdeckung 1984 und gab dem Virus seinen Namen: humanes Immundefizienzvirus (HIV) © National Institutes of Health, public domain

■ Zeitstrahl

Von der Entdeckung des Virus bis heute Quelle: www.liebesleben.de

1981 Die CDC berichten erstmals über AIDS.



Quelle: www.cdc.gov, Centers for Disease Control and Prevention

1982 Das RKI startet ein AIDS-Fallregister für Deutschland.

1983 Luc Montagnier entdeckt das HI-Virus, nennt es aber anders.

1984 Robert Charles Gallo tauft das Virus auf HIV.
Der erste HIV-Antikörpertest wird vorgestellt.

1985 Die erste AIDS-Aufklärungsbroschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird an alle deutsche Haushalte verschickt.
In Atlanta (USA) findet die erste internationale AIDS-Konferenz statt.
In Deutschland wird der HIV-Test für Blutprodukte verpflichtend.



Quelle: BZgA

1987 Die Bundesregierung startet ihr „Sofortprogramm zur Bekämpfung von AIDS“.
Die BZgA startet die Kampagne „Gib AIDS keine Chance“ und eine Telefonberatung zu HIV und AIDS.
Die Deutsche AIDS-Stiftung „Positiv leben“, die Nationale AIDS Stiftung und der Nationale AIDS-Beirat der Bundesregierung werden gegründet.
Der TV-Spot „Tina! Was kosten die Kondome?“ mit Hella von Sinnen und Ingolf Lück macht Furore.



Quelle: BZgA

1988 Die Vereinten Nationen rufen den ersten Welt-AIDS-Tag aus.

1991 Die „Rote Schleife“ wird zum Symbol der Solidarität mit den Betroffenen.



Quelle: pixabay

1993 Die ersten „mach's mit“-Plakate der BZgA werden aufgehängt. Der Fachverband Außenwerbung stellt die Flächen kostenlos zur Verfügung.

- 1996**

 - Die Vereinten Nationen gründen UNAIDS.
 - Beim Welt-AIDS-Kongress in Vancouver (Kanada) feiern die ersten antiretroviralen Kombinationstherapien ihren Durchbruch.

- 2000**

 - Die BZgA organisiert das erste Treffen der „European Public AIDS Communication“, wo die nationalen Verantwortlichen für die AIDS-Prävention der europäischen Länder zusammenkommen.

- 2001**

 - Ein neues Infektionsschutzgesetz tritt in Kraft.
 - Die Vereinten Nationen richten den Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria ein.

- 2005**

 - Die Bundesregierung beschließt ihre „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie“.

- 2006**

 - Eine weitere Kommunikationsstrategie der BZgA startet – diesmal mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen.

- 2013**

 - 18 EU-Mitgliedstaaten schließen sich zur „Quality Action“ zusammen, um die HIV-Prävention zu verbessern.

- 2015**

 - Das diagnostische Zeitfenster von HIV-Labortests verkürzt sich von zwölf auf sechs Wochen.

- 2016**

 - Das Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht die „Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen“.
 - Aus der BZgA-Initiative „Gib AIDS“ keine Chance“ wird „Liebesleben“.
 - PrEP wird in Deutschland zugelassen.

- 2018**

 - Der HIV-Selbsttest kommt auf den freien Markt.

- 2019**

 - Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt für Menschen mit hohem HIV-Risiko die Kosten der PrEP.

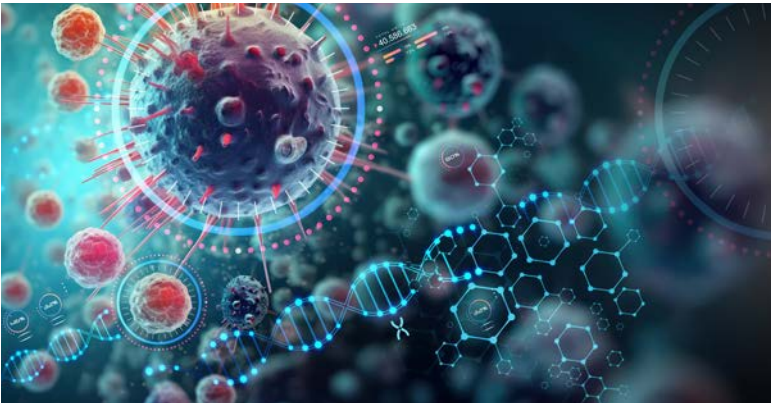


■ „Neuinfektionen im Jahr 2020 sind stark gesunken“

Dr. Viviane Bremer über Erfolge der Präexpositionsprophylaxe

Dank einer Kursänderung im Kampf gegen HIV wird heutzutage stärker auf Prävention gesetzt. Ein Erfolgsrezept hierbei: Die PrEP. Warum sich die Verschreibung lohnt, zeigt Dr. Viviane Bremer auf - und wirft dabei auch einen Blick über den nationalen Tellerrand.

opg: Unser letztes Interview haben wir 2019 geführt. Seitdem ist viel passiert; die Menschheit hat eine Lernkurve in Sachen Viren durchlaufen. Hat sich die HIV-Situation hierzulande seitdem verbessert oder verschlechtert?



Bremer: Ja das ist richtig, die Menschen wissen jetzt mehr über Viren, aber nicht unbedingt über HI-Viren. Dennoch glaube ich, dass allen bewusster geworden ist, dass Viren große Auswirkungen auf unser aller Leben haben können. Gleichzeitig hat die Pandemie das Thema HIV in den Hintergrund gerückt und wir wissen noch nicht in allen Einzelheiten, welche Folgen das mit sich bringt.

Durch die Corona-Pandemie ist den Menschen bewusster geworden, dass Viren große Auswirkungen auf unser aller Leben haben können. © stock.adobe, sizsus, generiert mit KI

opg: Können Sie das etwas näher ausführen?

Bremer: HIV ist in den politischen Prioritäten weiter nach hinten gerückt, beispielsweise verlor der Welt-AIDS-Tag an Bedeutung, auch der Minister spricht nicht mehr so viel von HIV. Stattdessen dominierte COVID-19 unsere letzten Jahre, stand im Zentrum des Geschehens. Das führt auch dazu, dass HIV weniger präsent war, als es um Budgets oder Förderungen ging.

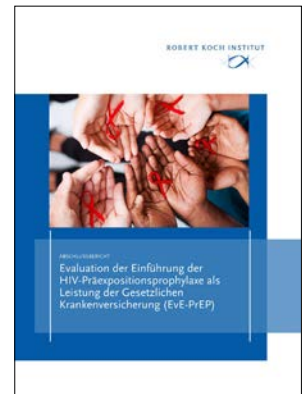
opg: Große Hoffnungen wurden in die HIV-Prävention durch PrEP gesetzt – seit September 2019 eine GKV-Leistung. Wie hat sich die Dynamik der Neuerkrankungen seitdem verändert und wird die Prophylaxe-Pille ihren Erwartungen gerecht?

Bremer: Zunächst einmal ist es großartig, dass die PrEP von der GKV übernommen wird. Das ermöglicht vielen Menschen den Zugang zu einer wirksamen Prophylaxe. Nun ist es aber so, dass sich die Effekte der Pandemie und die Effekte der PrEP überlagern. Immerhin wurde die PrEP im Herbst 2019 als Krankenkassenleistung eingeführt, kurz danach begann die Pandemie. Lockdowns und Schutzmaßnahmen führten wahrscheinlich zu weniger sexuellen Kontakten, deshalb lässt sich das sehr schwer voneinander unterscheiden. Was wir aber sehen: Die Anzahl an Neuinfek-

tionen im Jahr 2020 ist stark gesunken. In den Jahren 2021 und 2022 ist sie nicht wieder angestiegen, während die Pandemiemaßnahmen gelockert wurden. Das führen wir auf die PrEP zurück. Heißt also: 2020 gab es einen großen Rückgang, in den folgenden Jahren stagnierten die Zahlen, statt wieder anzusteigen. Fest steht jedenfalls, dass bei Menschen, die sich mit PrEP geschützt haben, sehr wenige HIV-Neuinfektionen auftraten. Die PrEP ist also sehr sicher. Die Evaluation fand im Rahmen eines groß angelegten Projektes unter verschiedenen Gesichtspunkten statt und bezieht sich auf unterschiedliche Datenquellen. Der Evaluationsbericht ist auf unserer Website einsehbar, momentan läuft auch ein Nachfolgeprojekt dazu.

opg: Ist seit Einführung der PrEP eine Zunahme anderer sexuell übertragbarer Infektionen wie Chlamydien oder Gonokokken wahrzunehmen?

Bremer: Das ist auch keine ganz einfache Frage. In dieser Evaluierung haben wir gesehen, dass es nicht dazu gekommen ist. Aber wie gesagt, erkennbar wird dabei auch der Einfluss der Pandemie, zudem werden PrEP-User öfter getestet



Abschlussbericht zur EvE-PrEP-Studie zur Evaluation der Einführung der HIV-PrEP als Leistung der GKV (22.6.2022) PDF, 128 Seiten



https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Abschlussbericht_EvE-PrEP.html



© privat

Zur Person

Seit zehn Jahren leitet Dr. med. Viviane Bremer beim Robert Koch-Institut (RKI) das Fachgebiet HIV/Aids und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Krankheiten. Die Epidemiologin hat sich stark gemacht für die Einführung der Präexpositionsprophylaxe zur Eindämmung der HIV-Neuinfektionen. Sie engagiert sich darüber hinaus in der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit, eine medizinische Fachgesellschaft.

und nicht alle sexuell übertragbare Infektionen (STI) rufen Symptome hervor. Das heißt, je mehr getestet wird, desto mehr symptomlose STI werden gefunden, die bei anderen Menschen auch unentdeckt bleiben. Die genannten Einflussfaktoren verhindern eine eindeutige Antwort. Jedenfalls kam es durch die PrEP nicht zu einer riesigen Welle an STI.

opg: Aktuell gibt es Lieferengpässe bei der PrEP: Denken Sie, diese werden sich demnächst in den Neuinfektionswerten widerspiegeln? Anders gefragt, Sie sind ja auch Ärztin, gibt es noch Alternativen zur PrEP, abgesehen vom Kondom?



„Zunächst einmal ist es großartig, dass die PrEP von der GKV übernommen wird. Das ermöglicht vielen Menschen den Zugang zu einer wirksamen Prophylaxe.“ © stock.adobe.com, magann

Bremer: Ja, es gibt verschiedene Alternativen. Eine Möglichkeit besteht darin, PrEP-Tabletten nicht täglich, sondern bei Bedarf zu nehmen – kurz vor oder nach einer sexuellen Begegnung. Das ist zwar geringfügig unsicherer als eine tägliche PrEP, aber bringt immer noch eine sehr gute Sicherheit. Das machen, denke ich, auch einige, es gibt auch andere, die wahrscheinlich versuchen, sich die PrEP im Ausland oder über

Freunde zu beschaffen, das ist natürlich alles nicht besonders ideal. Ein bisschen Erleichterung mit sich bringen könnte Herr Lauterbachs aktuelle Ankündigung, dass Krankenkassen auch teurere Medikamente übernehmen. Dann müssen User nicht weiter auf billige Generika-Präparate warten, die momentan nicht verfügbar sind, sondern können auf teurere Präparate zurückgreifen. Das wird vielleicht den Mangel ein bisschen lindern. Seit gestern haben wir eine Umfrage gestartet, um zu erfassen, wie die PrEP-User mit der derzeitigen Situation umgehen. So bekommen wir Einblicke in die Strategien der Leute – ob sie beispielsweise weniger Sex haben oder sich mit Kondomen schützen.

opg: Wie lässt sich der Erfolg der Präventionsmaßnahme messen? Verzeichnet die PrEP unter den Maßstäben bereits einen signifikanten Erfolg?

Bremer: Ja. Die Menschen, die die PrEP einnehmen, sind wirklich zuverlässig vor HIV geschützt. Das ist eindeutig und vielfach bewiesen worden, das Problem liegt an anderer Stelle: Nicht alle Menschen, die eine PrEP bräuchten, oder von ihr profitierten, bekommen das Präparat angeboten. Zum einen wissen sie vielleicht

nicht, dass es diesen medikamentösen Schutz gibt oder sie haben niemanden in ihrer Nähe, der das Präparat verschreibt. Oder sie wurden nie danach gefragt, welche Partner sie haben, ob vielleicht ein zusätzlicher Schutz angemessen wäre. Ich glaube, da ist noch ganz viel Luft nach oben.

opg: Was wissen wir über den Anteil von Personen in der Risikogruppe, die PrEP nutzen?

Bremer: Letztes Jahr haben wir den Anteil an PrEP-Usern bundesweit auf knapp 40.000 Personen geschätzt. 98 Prozent davon sind Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Und die leben hauptsächlich in Großstädten wie Berlin, Hamburg oder Köln. Andere Zielgruppen wiederum, wie Menschen die Drogen gebrauchen; die in Sexarbeit sind oder die aus Hochprävalenzländern kommen – sind fast gar nicht vertreten. Von unseren Kontakten in die Communitys hinein wissen wir zudem, dass viele diese Möglichkeit gar nicht kennen.

opg: Eine frühe Diagnose von Infizierten ist wichtig. Wie viele nicht diagnostizierte Positive gibt es in Deutschland? Wie kann das Ziel besser erreicht werden?

Bremer: Das ist tatsächlich der schwache Punkt hierzulande. Wir haben eine Anzahl von geschätzt circa 8.600 Nicht-Diagnostizierten im Jahr 2021. Zudem wird etwa ein Drittel erst sehr spät diagnostiziert. Sie sind also Jahre lang unerkannt HIV-positiv und können andere anstecken und selbst sehr krank werden. Bedeutet: Wir müssen auf jeden Fall sehr viele Anstrengungen unternehmen, um diesen Anteil an Nicht-Diagnostizierten zu senken und Betroffene früher zu diagnostizieren. Achten sollten wir dabei insbesondere auf nicht krankenversicherte Menschen, Menschen, die sich heterosexuell anstecken sowie Drogengebrauchende. Diese Personengruppen werden viel zu selten getestet. Wichtig ist auch, dass alle – und ich meine wirklich alle Menschen – ganz niedrigschwellig, ohne Stigma, ohne Scham und auch ohne Bezahlung Zugang zu HIV-Tests haben und bei positivem Ergebnis auch zur HIV-Behandlung.

opg: Die HIV-Neuinfektionen in Australien verzeichnen einen deutlichen Rückgang. Prognosen zufolge könnte es das erste Land der Welt sein, das ein Ende



„Wir haben eine Anzahl von geschätzt circa 8.600 Nicht-Diagnostizierten im Jahr 2021. Zudem wird etwa ein Drittel erst sehr spät diagnostiziert.“
© stock.adobe.com, gamjai

der HIV-Epidemie verkünden kann. Was können wir von Australien und anderen Ländern lernen?

Bremer: Zunächst einmal: Ja, die Australier haben das sehr groß verkündet und das klingt prinzipiell sehr beeindruckend. Rechnet man allerdings nach, kommt man zu folgendem Ergebnis: Australien verzeichnete bei einer Bevölkerung von knapp 27 Millionen 555 neue Infektionen - auf die Bevölkerung von Deutschland umgerechnet entspräche das etwa 1.700 Neuinfektionen hierzulande. Im Jahr 2022 haben wir 1.900 neue Infektionen geschätzt. Das heißt, weit davon entfernt sind wir auch nicht. Dennoch sollten wir uns nicht darauf ausruhen und durchaus ins Ausland, gerne auch nach Australien, schauen, um zu sehen, was dort besser gemacht wird. Wichtig ist in jedem Fall, dass Menschen niedrigschwellig die PrEP angeboten bekommen.

opg: Man hört ja immer wieder, dass die kriegsbedingte Fluchtbewegung auch HIV mit sich bringt, insbesondere aus Osteuropa, der Ukraine. Welche Belege oder Anhaltspunkte haben Sie dazu?

Bremer: Prinzipiell ist das richtig: Wir bekommen Meldungen über positive HIV-Tests und für 2022, dem Beginn des Ukraine-Kriegs, stellten wir eine erhöhte Zahl von Meldungen fest. Aber, wenn man die Zahlen genauer ansieht, geht hervor, dass die meisten dieser Meldungen nicht auf neue Infektionen zurückgehen. Das sind vielmehr Tests, die bei bereits bekannten HIV-Positiven durchgeführt wurden. Grundsätzlich ist die Ukraine ein Land mit einer hohen Prävalenz, es leben dort also viele Menschen mit HIV, dem entsprechend sind auch einige mit ihrer HIV-Infektion nach Deutschland geflüchtet. Aber: die Ukraine steht im internationalen Vergleich in puncto Behandlung ziemlich gut da. Das wiederum heißt, die meisten Geflüchteten mit HIV waren bereits in einer wirksamen Therapie und können diese in Deutschland fortsetzen. Das bedeutet, dass keine Gefahr von Geflüchteten mit HIV ausgeht, weil sie in Behandlung sind und diese hier in Deutschland fortsetzen. ◀

■ 95-95-95-Strategie

Zwischenschritt 90 war gestern

Das Ende der HIV/AIDS-Epidemie wurde ausgerufen: Bis zum Jahr 2030 soll die Krankheit weltweit eliminiert sein. Diese ambitionierte Zielsetzung formulierten die Vereinten Nationen bereits vor zehn Jahren auf der Welt-Aids-Konferenz in Melbourne.

Um das Vorhaben zu realisieren, konzipierte das „Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS“ (UNAIDS) zunächst ein Zwischenziel: die 90-90-90-Strategie. Ihr zufolge sollten bis zum Jahr 2020 folgende drei ineinandergreifende Teilziele erfüllt sein:

- 90 Prozent aller HIV-Infizierten sollten ihren Status kennen,
- 90 Prozent der Diagnostizierten sollten eine Therapie erhalten und
- bei 90 Prozent der Behandelten sollte die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegen.

Trotzdem die Zwischenbilanz unterschiedliche Fortschritte aufzeigte, wurde im Jahr 2020 das nächste Teilziel formuliert. Angestrebt wird jetzt, bis zum Jahr 2025 das 95-95-95 Ziel.

In Deutschland fehlt es noch an Diagnosen

Im Kampf gegen die Immunschwächeerkrankung kann Deutschland Erfolge aufweisen. Erfüllt ist sowohl das zweite als auch das dritte Teilziel auf der Agenda. Bereits im Jahr 2020 befanden sich hierzulande mehr als 95 Prozent der Diagnostizierten in antiretroviraler Therapie. Zudem verläuft die Behandlung bei über 95 Prozent der Infizierten erfolgreich, sodass eine weitere Ansteckung von HIV fast vollständig unterbunden wird. Um hierzulande das erste 95er-Ziel zu erreichen, sind allerdings innovative Ansätze gefragt.

Globaler Progress: Weniger AIDS-Todesfälle

International betrachtet gibt es noch mehr zu tun. Wichtige Fortschritte seien laut UNAIDS erzielt. Erkennbar insbesondere durch die sinkende Anzahl der AIDS-bedingten Todesfälle und die zunehmende Verbreitung der Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Dennoch gebe es dringenden Handlungsbedarf, um das 95-95-95 Ziel zu erreichen. Laut der UNAIDS-Statistik von 2022 leben gegenwärtig etwa 39 Millionen Menschen weltweit mit HIV. Von diesen kennen rund 86 Prozent ihren HIV-Status. Von den Diagnostizierten nehmen etwa 89 Prozent eine Behandlung in Anspruch. Unter den Therapierten liegt die Viruslast bei 93 Prozent unter der Nachweisgrenze. Neu infiziert wurden in dem Jahr weltweit insgesamt etwa 1,3 Millionen Personen. Die Neuinfektionen entfallen zu 46 Prozent auf Frauen und Mädchen.



95%

aller HIV-Infizierten sollen ihren Status kennen



95%

aller HIV-Infizierten sollten eine Therapie erhalten



95%

aller HIV-Infizierten sollten eine Viruslast unter der Nachweisgrenze haben

Bis zum Jahr 2030 soll die HIV/AIDS-Epidemie weltweit eliminiert sein. Dabei helfen die Ziele der 95-95-95-Strategie.

Grafik: pag



The path that ends AIDS:
UNAIDS Global AIDS Update 2023. Geneva: Joint United

Nations Programme on HIV/AIDS; 2023.

www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023

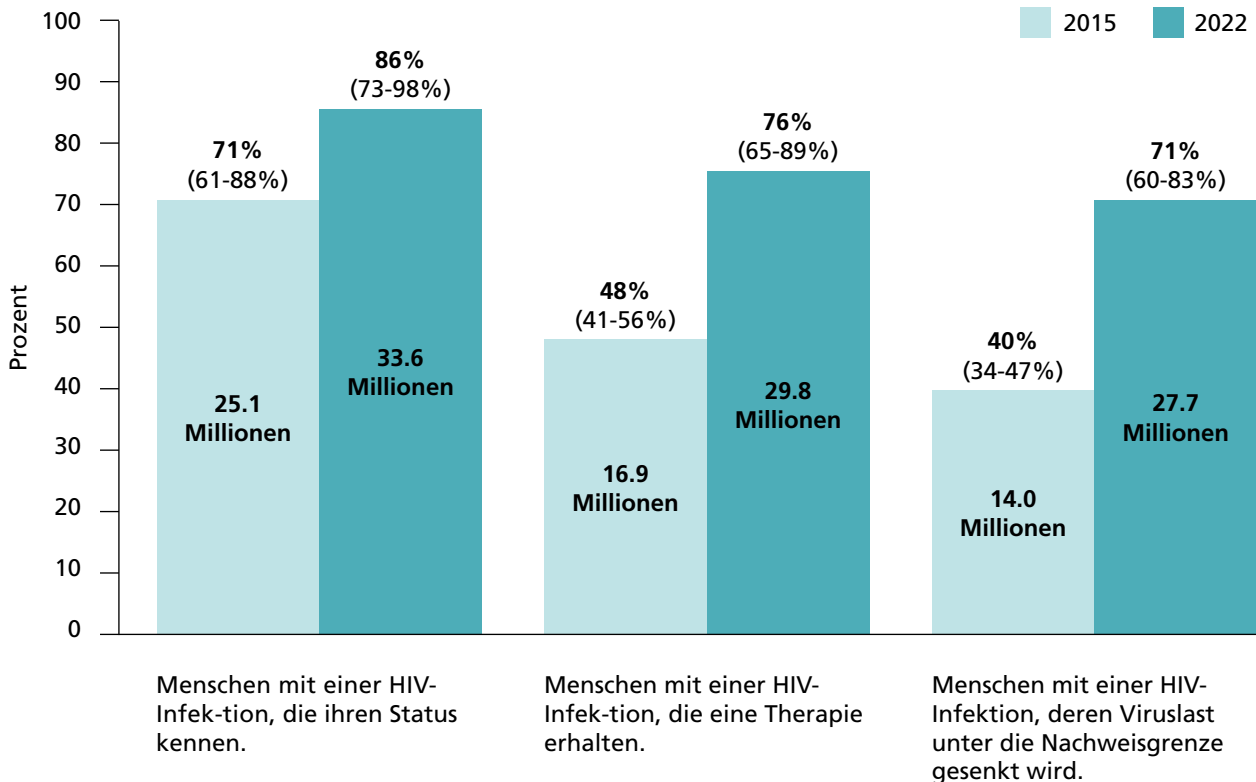
Ein Blick in die Regionen der Welt

Bei der Bekämpfung von HIV wurden in vielen Regionen große Fortschritte erzielt. Darunter auch Asien und der Pazifik: hier gibt es im Vergleich zu 2010 einen deutlichen Rückgang von AIDS-bedingten Todesfällen um 51 Prozent. Auch 14 Prozent weniger HIV-Neuinfektionen verbuchen die Regionen. In Asien und dem Pazifik leben circa 6,5 Millionen Menschen mit HIV. Davon sind 78 Prozent diagnostiziert. In Behandlung befinden sich in der Region 65 Prozent und bei 62 Prozent der Infizierten liegt die Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze.

Erhebliche Fortschritte macht auch die Karibik: im Vergleich zu 2010 verzeichnet sie 15 Prozent weniger Neuinfektionen und 53 Prozent weniger Todesfälle.

Enorm sind auch die Fortschritte in Ost- und Südafrika, evaluiert UNAIDS. Die Zahlen der HIV-Neuinfektionen und Todesfälle haben sich im Vergleich zu 2010 um

Prozentsatz und Anzahl der Menschen mit einer HIV-Infektion, die ihren Status kennen, die eine antiretrovirale Therapie erhalten und deren Viruslast unter die Nachweisgrenze gesenkt wird, weltweit, Vergleich 2015 und 2022



Quelle: UNAIDS special analysis of epidemiological estimates, 2023

mehr als die Hälfte reduziert. Dennoch schreite der Fortschritt in dieser Region, die am stärksten von HIV betroffen ist, noch zu langsam voran. Es ist gut möglich, dass das 95-95-95 Ziel deshalb verfehlt werde, prognostiziert die Organisation.

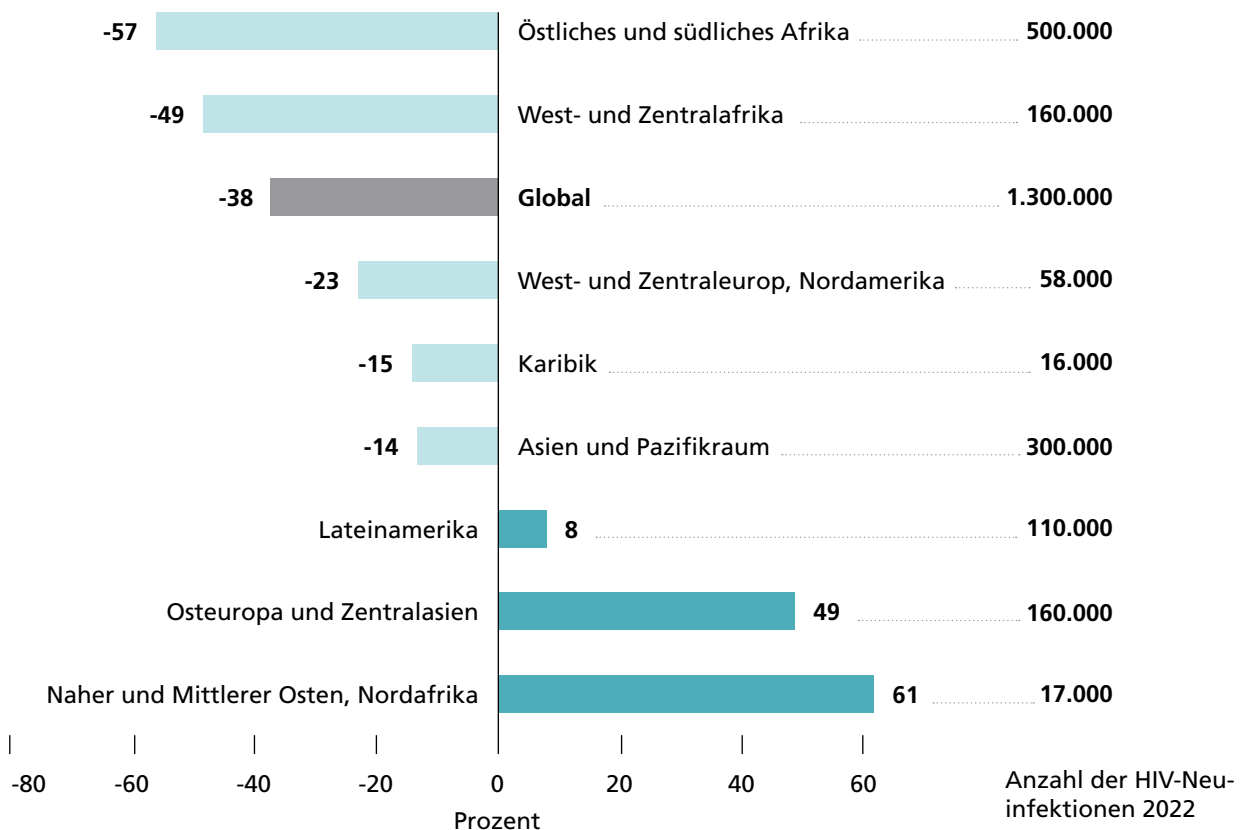
Besorgniserregende Ausreißer

Ein starker Kontrast zu den Erfolgen bilden auf der anderen Seite besorgniserregende Anstiege von Infektionszahlen. Osteuropa und Zentralasien führen den Negativtrend an: Die Regionen erleben den stärksten Anstieg der HIV-Neuinfektionen weltweit – 49 Prozent Anstieg seit 2010. Auch die Zahl der AIDS-bedingten Todesfälle steigt weiter an - um 46 Prozent seit 2010. Verantwortlich dafür sind multikausale Rahmenbedingungen, wie ein herausforderndes Rechtsumfeld, Menschenrechtsverletzungen und militärische Konflikte. ◀

Vernetzung, Vereinfachung, Bildung: Drei Schlüssel zu mehr HIV-Diagnosen, Ergebnisreport HIVISION100 2023, Eine Initiative von Gilead <https://www.hivision100.de/ergebnisreport/>



Veränderung der HIV-Neuinfektionen, prozentual und in absoluten Zahlen im Zeitraum 2020-2022, global und unterteilt nach Regionen



Quelle: UNAIDS special analysis of epidemiological estimates, 2023 (<http://aidsinfo.unaids.org/>)

I. VERSORGUNG



■ „Kein Grund zur Entwarnung“

Dr. Heiko Karcher über die wichtige Rolle der HIV-Schwerpunktpraxen

Die Versorgung von Menschen mit HIV in Deutschland funktioniert gut. Aber besser geht immer! Wie die Versorgungsstrukturen gesichert und Lieferengpässe nicht nur bei HIV-Medikamenten künftig vermieden werden können, erläutert Dr. Heiko Karcher.

opg: Deutschland hatte 2020 das 90-90-90-Ziel der UNAIDS-Initiative erfüllt. Ist das ein Indikator dafür, dass HIV-positive Menschen in Deutschland gut versorgt werden?

Karcher: Die Zahlen sprechen definitiv für eine gute Versorgung. Aber das ist noch lange kein Grund zur Entwarnung. HIV ist und bleibt eine hochansteckende und unheilbare Infektionskrankheit mit schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit. Die Zahl der Erstinfektionen stagniert seit Jahren bei etwa 2.500 Fällen pro Jahr. Deutschland ist kein Entwicklungsland, sondern ein hochentwickeltes Industrieland. Da sollten wir uns Gedanken darüber machen, wie wir diese Zahl weiter senken können.

opg: Woran liegt es denn, dass Infektionen immer noch unentdeckt bleiben und es so immer wieder zu Neuinfektionen kommt?

Karcher: Das hat vielschichtige Gründe. Neben Männern, die mit Männern Sex haben (MSM), gibt es weitere Schlüsselgruppen, die ein besonders hohes HIV-Risiko haben. Dazu gehören Menschen in Haft, Drogenkonsumentinnen und -konsumenten, Sex Worker, Transpersonen, papierlose Migrantinnen und Migranten und Menschen ohne Krankenversicherung. Sie werden nicht selten stigmatisiert oder kriminalisiert und spazieren nicht so ohne Weiteres in eine Arztpraxis hinein. Für viele von ihnen sind die bestehenden Test- und Behandlungsangebote offensichtlich nicht niederschwellig genug – wir müssen diese Menschen aktiv aufsuchen.

opg: Das Robert Koch-Institut gibt an, dass bei der MSM-Gruppe die Neuinfektionen zurückgehen, bei Heterosexuellen und bei Menschen, die intravenös Drogen konsumieren, jedoch zunehmen. Haben Sie dafür eine Erklärung?

Karcher: Männer, die mit Männern Sex haben, leben häufiger in Großstädten. In Ballungsgebieten gibt es mehr Teststellen, deshalb werden Infektionen dort schneller aufgespürt. Außerdem haben Heterosexuelle oft ein geringeres Problembewusstsein und einen schlechteren Zugang zu Test- und Beratungsstellen. Was die Drogenkonsumenten angeht: Sie nehmen immer häufiger Substanzen ein, die nicht zur Gruppe der Opiate gehören. Dafür gibt es keine Substitutionstherapie. Das heißt, die Konsumierenden haben weniger Kontakt zu medizinischen Einrichtungen und werden seltener getestet. Wenn sie sich mit HIV infizieren, wird es später entdeckt. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie das Virus weitergeben.

opg: Wie sieht der Golden Standard der HIV-Behandlung aus?

Karcher: Die HIV-Behandlung hat riesige Fortschritte gemacht. Die HIV-Medikamente sind Kombinationstherapien, die die Vermehrung der Viren im Körper unterdrücken und auf diese Weise Aids verhindern. Wird HIV früh diagnostiziert und beginnt die Behandlung frühzeitig, haben die Betroffenen die Aussicht auf ein normales Leben. Sie sterben nicht mehr an, sondern mit HIV. Bei erfolgreicher Therapie, also wenn die Viruslast unter die Nachweisgrenze sinkt, ist HIV selbst beim Sex nicht mehr übertragbar, und die Betroffenen können auf natürlichem Wege Eltern werden. Die Medikamente sind heutzutage in der Regel sehr gut verträglich.

opg: Das klingt, als ob die Behandlungsmöglichkeiten ziemlich ausgereizt sind.



Karcher: Heilung wäre natürlich ein Traum. Oder eine Impfung. Aber beides ist derzeit nicht in Sicht. Man versucht, die Therapie noch besser handhabbar zu machen: also dass Patienten nur noch eine Tablette pro Woche einnehmen müssen statt einmal täglich. Es gibt auch schon eine Injektionstherapie, bei der in zweimonatigem Abstand eine Depotspritze verabreicht wird. Aber rein biologisch betrachtet, wird die Behandlung wahrscheinlich nicht mehr sehr viel besser werden können.

opg: Kann es sein, dass diese Erfolge in der Öffentlichkeit noch nicht so angekommen sind?

Karcher: Ich glaube, viele Menschen nehmen HIV noch immer als Nischenthema wahr; eines, das sie nichts angeht, weil es zumindest in Westeuropa sehr stark die MSM-Szene betrifft. Deshalb werden die Betroffenen nach wie vor stigmatisiert. Außerdem sind die Schrecken der Vergangenheit noch nicht vergessen. Angesichts der Tatsache, dass es nach wie vor eine unheilbare Krankheit ist, ist das auch nachvollziehbar. Aber der Schrecken ist teilweise größer, als er angesichts der guten Behandlungsmöglichkeiten sein müsste. Leider betrifft das auch noch viele ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die HIV-Patienten oft noch mit spitzen Fingern anfassen. Das dürfte nicht passieren.

opg: Wo sollte die HIV-Therapie erfolgen?

Karcher: Es gibt spezialisierte HIV-Schwerpunktpraxen und Klinikambulanzen, die sich mit den Behandlungsoptionen und den regelmäßig notwendigen Kontrolluntersuchungen sehr gut auskennen.

opg: Ist das Versorgungsnetz ausreichend?

Karcher: Momentan sind wir ganz gut aufgestellt, aber es gibt Versorgungslücken



© dagnä, Stephanie von Becker

Zur Person

Dr. Heiko Karcher ist Vorstandsmitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä). Eins ihrer Ziele: die qualitätsgesicherte Versorgung HIV-positiver Menschen in Deutschland weiter zu verbessern. Der Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie betreibt in Berlin eine eigene HIV-Schwerpunktpraxis.

in ländlichen Bereichen. Und wir machen uns Sorgen um die Zukunft: Eine Umfrage unter niedergelassenen HIV-Aids-Medizinern im vergangenen Jahr hat gezeigt, dass in den kommenden zehn bis 15 Jahren nahezu die Hälfte von ihnen in Rente geht – ohne dass eine ausreichende Nachfolge in Sicht ist. Es droht also eine massive Versorgungslücke. Dabei finden viele junge Ärztinnen und Ärzte die Mischung aus hausärztlicher Versorgung und Fachspezialisierung in einer HIV-Schwerpunktpraxis sehr spannend. Trotzdem ist es aktuell nicht sicher, ob dieses System Bestand hat.

opg: Warum nicht?

Karcher: Niedergelassene HIV-Schwerpunktmediziner sind meist Allgemeinmediziner oder Internisten mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie. Seit 2021 gibt es in Deutschland nun auch den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie. Die dagnä hat für den Facharzt für Infektiologie gekämpft, wir begrüßen diesen Schritt deshalb sehr. Aber: Die ambulante Versorgung wurde dabei nicht mitgedacht. Weder sind im Curriculum ambulante Ausbildungsabschnitte vorgeschrieben, noch gibt es eine ambulante Vergütungsstruktur. Dabei lassen sich wichtige Teile der Ausbildung nur ambulant ausreichend erlernen. Es scheint, als solle der neue Facharzt nur im klinischen Umfeld tätig werden, eine hausärztliche Niederlassung ist nicht vorgesehen. Gleichzeitig steht zu befürchten, dass Allgemeinmediziner nur noch eingeschränkt infektiologische Leistungen anbieten dürfen. Wir haben aber sehr viele Nachwuchskräfte aus der Allgemeinmedizin. Sie werden in vielen Bundesländern nicht für die Facharztprüfung für Infektiologie zugelassen, sind jedoch wichtiger Baustein in der ambulanten HIV-Versorgung. Für sie muss es unbedingt eine Zukunftslösung geben, damit sie sich weiterhin an der HIV-Versorgung beteiligen können. Hausarztpraxen mit HIV-Schwerpunkt haben einen ganz anderen Zugang zu ihren Patienten als eine Klinikambulanz, begleiten sie oftmals über viele Jahre.



„Niedergelassene HIV-Schwerpunktmediziner sind meist Allgemeinmediziner oder Internisten mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie.“ © stock.adobe.com, goodluz

opg: A propos Versorgungslücke: Seit Herbst 2023 war die Rede von einem Mangel an HIV-Medikamenten, der sich erst vor kurzem gebessert haben soll. Wie schlimm war die Lage?

Karcher: Sehr schlimm. Gleich mehrere Hersteller haben Lieferengpässe bei der PrEP gemeldet. Menschen mit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko bekommen das Medikament auf Rezept, um sich vor einer Ansteckung zu schützen. Etwa 40.000 Menschen machen in Deutschland davon Gebrauch. Die meisten Schwerpunktpraxen konnten über Monate nur noch reduzierte Packungsgrößen herausgeben,

viele PrEP-Nutzerinnen und -Nutzer konnten das Mittel nicht mehr regelmäßig einnehmen. Das Schlimme daran ist, dass viele von ihnen zu den schwer erreichbaren Gruppen gehören, über die wir eingangs gesprochen haben und die aus welchen Gründen auch immer kein Kondom benutzen. Das ist ein herber Rückschlag für jahrelange Präventionsarbeit. Wir befürchten, dass es in dieser Zeit zu einem Anstieg der Neuinfektionen gekommen sein könnte. Mittlerweile scheint sich die Lage wieder gebessert zu haben. Die Frage ist nur, ob das von Dauer sein wird.

opg: Welche Maßnahmen würden Sie vorschlagen, damit sich dieser Mangel nicht wiederholt?



„Die meisten Schwerpunktpraxen konnten über Monate nur noch reduzierte Packungsgrößen herausgeben, viele PrEP-Nutzerinnen und -Nutzer konnten das Mittel nicht mehr regelmäßig einnehmen.“
© stock.adopbe, samael334

Karcher: Erstens müssen wir weg von der Politik des billigsten Preises. Sie führt dazu, dass nur ein paar wenige große Hersteller übrigbleiben, die es sich leisten können, zu diesen Konditionen zu produzieren. Wenn sie nicht liefern können, ist niemand anderes da, der in die Bresche springen könnte. Zweitens brauchen wir Produktionsstandorte in Europa, damit nicht alles auf dem Seeweg transportiert werden muss. Die Firmen sollten außerdem zu einer Lagerhaltung verpflichtet werden, damit sie auch liefern können, wenn sie mit der Produktion mal nicht hinterherkommen. Drittens brauchen wir ein transparentes Meldesystem, damit wir die Arzneimittel in einer Mangelsituation gerecht verteilen können. Andererseits müssen die Unternehmen Lieferengpässe rechtzeitig mitteilen. Das haben sie aus Angst vor Vertragsstrafen nämlich teilweise unterlassen. Deshalb hat uns das Ganze eiskalt und unvorbereitet getroffen. Das sollte nicht noch einmal passieren, denn das Vertrauen der Patienten, Sozialverbände, Aidshilfen und nicht zuletzt der Ärztinnen und Ärzte in die Regierung ist doch ganz erheblich erschüttert.

opg: Wenn Sie sich etwas wünschen dürften – was wäre das?

Karcher: Es gibt mittlerweile zumindest in den Großstädten ein großartiges Netzwerk zur Unterstützung von Menschen mit HIV. Dort wird eine hervorragende Arbeit geleistet. Doch diese Arbeit ist bedroht durch immer weitere Mittelkürzungen. Der Topf, aus dem die Behandlung der Unversicherten bezahlt wird, ist ständig leer. Das ECDC, das Europäische Zentrum zur Prävention und Kontrolle von Krankheiten, hat jüngst bemängelt, dass es in Deutschland anders als in anderen europäischen Staaten für die Schwächsten der Schwachen noch immer keine dauerhafte Lösung gibt. Das sollte sich dringend ändern. ◀

■ Aufklären – beraten – testen

Seit beinahe vier Jahrzehnten gibt es die Berliner Aids-Hilfe

1985 wurde die Berliner Aids-Hilfe gegründet. Von den Anfängen bis heute hat sich ihr Aufgabenspektrum stetig erweitert. Jens Ahrens und Thomas Oh werfen im Interview einen Blick zurück und nach vorn, sprechen über Berliner Eigenheiten und darüber, was noch besser werden muss. Und würden sich eigentlich wünschen, dass ihre Arbeit eines Tages nicht mehr notwendig ist.

opg: Mit welchem Ziel wurde die Berliner Aids-Hilfe gegründet?

Ahrens: Die Aids-Hilfe wollte und will Menschen mit HIV in die Lage versetzen, eine informierte Haltung zu ihrer Erkrankung zu entwickeln. Wir klären auf, vermitteln Wissen darüber, was HIV mit dem Körper macht und was man tun kann, um nicht an Aids zu erkranken.

Oh: Daneben bieten wir viele Spezialberatungen an, etwa zu sozialrechtlichen Fragen wie Krankenversicherung, Rente, Bürgergeld... Wenn die Betroffenen nicht weiterkommen, unterstützen wir sie – immer mit dem Ziel, sie zu befähigen, es selbst hinzukriegen. Wir beraten und begleiten Frauen, Menschen, die intravenös



Quelle: www.berlin-aidshilfe.de/

Zur Person

Bereits seit 30 Jahren ist **Thomas Oh** für die Berliner Aids-Hilfe als Krankenhausreferent tätig und koordiniert ehrenamtliche Mitarbeitende für die persönliche Begleitung erkrankter Menschen. Von Haus aus Handwerker, wechselte er in den 80-er Jahren in die kirchliche Sozialarbeit. Als er ins Handwerk zurückwollte, rollte die Flüchtlingswelle von 1990 über Deutschland hinweg – und er blieb in der sozialen Arbeit. 1994 zog er aus dem beschaulichen Böblingen in Baden-Württemberg nach Berlin, wo er seitdem bei der Aids-Hilfe arbeitet.



Jens Ahrens arbeitet seit 2001 für die Berliner Aids-Hilfe und ist dort heute als stellvertretender Geschäftsführer und Fachliche Leitung für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung tätig. Davor war er als klinischer Linguist tätig. Er behandelte Menschen mit neurologischen Störungen und forschte zur Frage, was im menschlichen Gehirn passiert, wenn wir sprechen oder Sprache verarbeiten. Dort arbeitete er unter anderem mit Aidspatientinnen und -patienten – denn Aids kann auch das Gehirn angreifen und massive Funktionsstörungen verursachen.



© Jens Ahrens und Berliner Aids-Hilfe

Substanzen konsumieren, Transpersonen, Menschen in Haft, bieten Präventionsveranstaltungen und Tests an. Wir besuchen auch Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, nachdem sie ihre Diagnose erhalten haben, stehen ihnen bei und bauen eine Brücke zur Aids-Hilfe, damit sie im Anschluss an ihren stationären Aufenthalt wissen, an wen sie sich wenden können.

opg: Hat sich das Aufgabenspektrum im Lauf der vier Jahrzehnte gewandelt?



„Am Anfang war der Schwerpunkt eine 24-Stunden-Telefon-Hotline, bei der die Anrufenden ihre Fragen zu HIV und Aids loswerden konnten.“ © stock.adobe.com, Hendrik

Ahrens: Am Anfang war der Schwerpunkt eine 24-Stunden-Telefon-Hotline, bei der die Anrufenden ihre Fragen zu HIV und Aids loswerden konnten. Dabei offenbarte sich schnell ein großer Beratungsbedarf: In den 80-er Jahren wurden Menschen mit einer HIV-Diagnose sofort erwerbsunfähig berentet. Das kam einem Urteil zu Armut gleich, denn die meisten waren jung und hatten noch nichts in die Rentenkasse eingezahlt. Nach und nach sind weitere Beratungshemen dazu gekommen, Therapietreue, Nebenwirkungsmanagement und so weiter. Da die Krankheit bis

heute stigmatisiert und die Diagnose ein Schock ist, bietet die Aids-Hilfe auch psychosoziale Begleitung an. Daneben leisten wir Aufklärungsarbeit in unserem Youthwork-Projekt, gehen in Schulen oder in den Jugendarrest und sprechen mit Jugendlichen über Liebe, Sexualität und darüber, wie sie sich vor HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten schützen können. Alles in allem sind die Aufgaben immer umfangreicher geworden. Mittlerweile sind wir 33 Mitarbeitende und werden von 163 Ehrenamtlichen unterstützt.

Oh: Unser Kuratorium dürfen wir nicht vergessen! Das sind Prominente aus Kultur, Politik, und Wirtschaft, die HIV immer wieder zum Thema machen und um Spenden für die Aids-Hilfe bitten. Wir sind für ihr Engagement sehr dankbar, weil sie dazu beitragen, HIV ins Bewusstsein der Öffentlichkeit zu bringen.

opg: Wie viele Menschen nehmen ihr Angebot in Anspruch?

Ahrens: Wir haben etwa 8.000 Beratungskontakte im Jahr und nochmal so viele Tests.

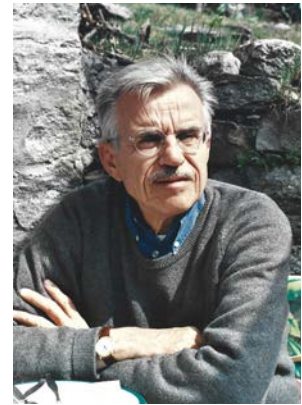
opg: Wer kommt zu Ihnen?

Oh: Menschen aus sämtlichen Bereichen des Lebens. Seit zwei bis drei Jahren ist die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten ein Schwerpunkt, die meisten von ihnen kommen aus der Ukraine. Von ihnen abgesehen, würde ich die Menschen, die uns aufsuchen, in zwei Gruppen einteilen: Die Langzeit-positiven, die mit HIV alt

geworden sind; und diejenigen, die sich in den vergangenen Jahren unter ganz anderen Vorzeichen infiziert haben. Heute ist HIV gut behandelbar. Bei erfolgreicher Therapie ist man nicht mehr ansteckend, auch nicht beim Sex.

opg: Ist Berlin im Hinblick auf HIV anders als andere Städte?

Ahrens: Auf jeden Fall. Berlin ist absoluter HIV-Hotspot. In keiner anderen deutschen Stadt leben mehr Menschen mit HIV. Das hat dazu geführt, dass wir ein besonders gutes Versorgungsnetz haben. Es geht zurück auf die Arbeit von Professor Manfred L'age. Er war in den 80er Jahren Chefarzt der Infektiologie des Auguste-Viktoria-Krankenhauses und einer der ersten Ärzte, die in Deutschland Aidspatienten behandelt haben. Er hat schnell den besonderen Versorgungsbedarf erkannt – auf der einen Seite für die jungen Patienten, die gerade ihre damals tödliche Diagnose erhalten hatten, auf der anderen Seite für deren Eltern, die nicht nur verdauen mussten, dass ihr Kind homosexuell war, sondern auch, dass es an Aids sterben würde. Professor L'age hat ein intersektorales und interdisziplinäres Versorgungsmodell geknüpft, in dem die verschiedenen Fachärzte, der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Aids-Hilfe zusammenarbeiten; so werden die Betroffenen und ihre Angehörigen nicht nur medizinisch, sondern auch psychosozial begleitet. Er hat auch andere Ärzte ausgebildet, die sich dann mit HIV-Schwerpunktpraxen niedergelassen haben. Das Ganze ist als „Schöneberger Modell“ bekannt geworden. Heute reden wir von „Berliner Netzwerk“, weil es sich immer mehr ausgeweitet hat. Es bietet eine wirklich gute HIV-Versorgung. Außerhalb dieses Netzwerkes sieht es allerdings nicht so rosig aus.



Prof. Manfred L'age, einer der ersten Ärzte, die in Deutschland Aidspatienten behandelt haben. © Julia Katharina L'age, CC BY-SA 4.0



Christopher Street Day 2023 in Berlin © iStock.com, Reinhard Krull

opg: Inwiefern?

Oh: Es passiert zum Beispiel, dass ein HIV-positiver Mensch sich beim Zahnarzt anhören muss, dass er oder sie als letzter drankommen muss, weil danach die gesamte Praxis desinfiziert werden müsse. Oder dass er oder sie gar nicht erst behandelt wird.

opg: Wie sieht es denn bei der Diagnostik aus? Werden HIV-Infektionen in der Regel früh entdeckt?

Ahrens: Es gibt leider immer noch „late presenter“, also Menschen, bei denen Aids erst erkannt wird, wenn sie mit einem diffusen Krankheitsbild im Krankenhaus landen und sich herausstellt, dass sie an Aids erkrankt sind. Dabei ist HIV heute gut behandelbar, auch in fortgeschrittenem Stadium. Menschen mit behandelter

HIV-Infektion haben eine zur Durchschnittsbevölkerung vergleichbare Lebenserwartung. Aber es gilt: Je früher die Behandlung beginnt, um so besser können Komplikationen und HIV-bedingte Erkrankungen vermieden werden.

opg: Woran liegt das?

Ahrens: Das Wissen über HIV ist auch unter vielen Ärztinnen und Ärzten noch lückenhaft. Wenn beispielsweise eine Frau um die 50 mit einer Gürtelrose in eine Arztpraxis kommt, ist eigentlich ein HIV-Test angezeigt, denn Gürtelrose kann ein Hinweis auf HIV sein. Aber dafür müsste man das Thema Sexualität ansprechen. Das bringen viele noch immer nicht über sich.

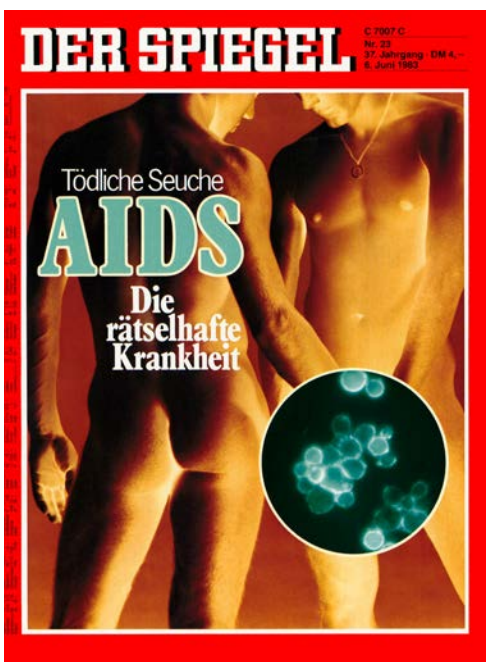
Oh: Wir erleben es außerdem immer wieder, dass Frauen zu uns in die Teststelle kommen, die sich eigentlich bei ihrem Arzt oder ihrer Ärztin testen lassen wollten, aber weggeschickt worden sind. Vielleicht auch, weil sie nicht klarmachen konnten, warum sie zum Testen gekommen sind. Aber dafür braucht es eine Atmosphäre, in der man bereit ist, sich zu öffnen. Ich habe den Eindruck, das wird total unterschätzt. Eine vertrauensvolle Testberatung ist jedoch sehr wichtig, um abschätzen zu können, was auf die Menschen zukommt.

opg: Hatte die Aids-Hilfe so etwas wie eine „schwarze Stunde“?

Ahrens: Viele. Die schwärzesten Stunden lagen in der Anfangszeit. In den frühen 80er Jahren war die Arbeit der Aids-Hilfe begleitet von Tod und Ausweglosigkeit.

Ich rechne es den Kolleginnen und Kollegen von damals hoch an, dass sie das auf sich genommen haben – noch dazu unter dem gesellschaftlichen Druck, dass Aids als eine schmutzige Erkrankung galt. Sehr schlimm waren die damaligen Medienberichte, etwa vom „Spiegel“, der unter anderem von einer „tödlichen Seuche“ schrieb und von Aids als „apokalyptischem Reiter“, der „auf einem schwarzen Ross über die Menschheit“ kommt (*Anmerkung der Redaktion: Spiegel 23/1983*). Diese Art der Berichterstattung hat Angst und Panik geschürt und trägt bis heute zur Stigmatisierung der Betroffenen bei.

Schwer zu verdauen war auch, dass die Kombinationstherapien, die es ab 1996 gab, doch keine Heilung brachten. Und dass sie mit heftigen Nebenwirkungen einhergingen. Seit 2008 mit den neuen Medikamenten ist das viel besser geworden. Allerdings ist es belastend, dass in der Öffentlichkeit immer noch nicht angekommen ist, dass HIV-positive Menschen andere Menschen nicht mehr anstecken können, wenn sie in Therapie sind und die Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze liegt.



© DER SPIEGEL 23/1983

opg: Liegt das nachlassende Interesse der Öffentlichkeit vielleicht gerade daran, dass die Behandlung so gut funktioniert? Weil es nichts Alarmierendes mehr zu berichten gibt?

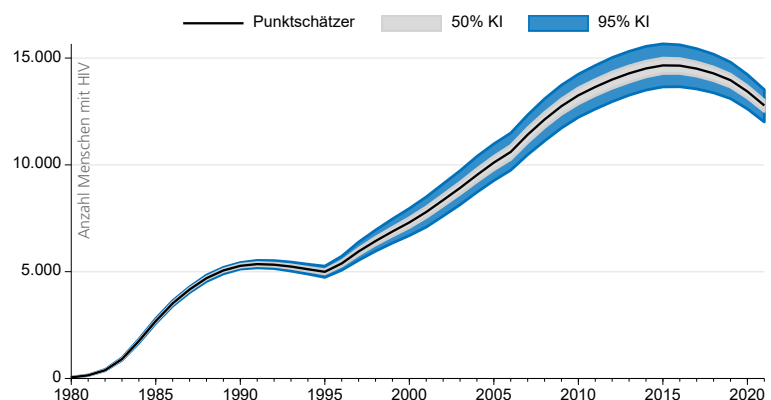
Oh: Vielleicht. Und das ist ja auch positiv. Kein Mensch möchte täglich an seine Krankheit erinnert werden. Trotzdem muss das Thema aus der Schmutzdecke raus. Da haben die Medien eine Verantwortung. Vor 15 Jahren stand beinahe täglich etwas über HIV in der Zeitung, heutzutage einmal im Jahr am Welt Aids Tag. Eine kontinuierliche Berichterstattung zu den Fortschritten wäre sehr hilfreich.

opg: Was war der bislang größte Erfolg der Berliner Aids-Hilfe?

Ahrens: Die Berliner Aids-Hilfe steht für schnelle und unbürokratische Hilfe. Wir halten das Thema in dieser Stadt seit vielen Jahren im Bewusstsein von Politik und Gesellschaft. Der größte Erfolg liegt in jedem oder jeder Einzelnen, dem oder der wir helfen konnten.

opg: Wie entwickeln sich die Infektionszahlen in Berlin?

Ahrens: In Berlin leben etwa 13.000 Menschen mit HIV, deutschlandweit sind es 90.000. Das sind die Zahlen von 2021. Zurzeit ist die Gemengelage etwas unklar, weil wir einen starken Flüchtlingszustrom aus der Ukraine haben und die Prävalenz dort sehr hoch ist. Deshalb wissen wir nicht genau, wie viele HIV-positive Menschen gerade in der Stadt leben.



Verlauf der Anzahl von in Berlin lebenden Menschen mit HIV zwischen 1980 und 2021. Quelle: Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts, Stand: Ende 2021

opg: Berlin macht mit bei der „Fast-Track Cities Initiative against Aids“. Ziel ist es, die Aids-Epidemie bis 2030 zu beenden. Wie soll das erreicht werden?

Ahrens: Wir müssen mehr und intensiver testen. Dafür müssen wir uns überlegen, wie wir diejenigen besser erreichen, die sich nicht dazugehörig fühlen: Obdachlose, Menschen ohne Papiere oder ohne Krankenversicherung. Und wenn wir ihren Status kennen, müssen wir dafür sorgen, dass sie Zugang zur Therapie haben. Es ist eine große Errungenschaft, dass im Zuge der Fast-Track Initiative die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung zwei Projekte fördert, die sich genau darum kümmern. Das eine ist der Checkpoint BLN, der schwule und bisexuelle Männer sowie Transmenschen berät und ihnen Tests anbietet. Dabei kooperiert die Aids-Hilfe mit der Schwulenberatung Berlin und mit der Deutschen Arbeitsge-

meinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä). Das andere ist die Clearingstelle der Berliner Stadtmission, die nicht krankenversicherten Menschen eine medizinische Behandlung ermöglicht. Wir sind auch glücklich und dankbar, dass der wichtige Bereich der Jugendprävention jetzt gefördert wird. Außerdem konnten wir in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Justiz und mit Unterstützung der Senatsverwaltung für Gesundheit ein Testprojekt mit Menschen in Haft starten.



opg: Ist das Testangebot ausreichend?

Ahrens: Nein, es bedarf weiterer Ressourcen: Die Aids-Hilfe hat im vergangenen Jahr 8.085 Tests durchgeführt. 680 Testanfragen mussten wir abweisen, weil wir nicht mehr hinterhergekommen sind.

Oh: Wir brauchen vor allem mehr niederschwellige kostenlose Angebote. Es ist nicht niederschwellig, wenn man beispielsweise im Gesundheitsamt einen Termin vereinbaren und dann noch eine Wartenummer ziehen muss.

opg: Was brauchen wir noch, um HIV-Infektionen Einhalt zu gebieten?

Ahrens: Seit Herbst 2023 gab es einen Lieferengpass bei HIV-Medikamenten. Auch wenn sich die Lage wieder etwas entspannt hat, darf sich so etwas nicht wiederholen, wir brauchen Produktionsstandorte in Deutschland und Europa. Außerdem sollte das Zulassungssystem überarbeitet werden: Es ist zwar wichtig, dafür zu sorgen, dass Pharmakonzerne keine Phantasiepreise aufrufen. Andererseits darf das nicht dazu führen, dass neue Medikamente, die wirklich helfen würden, in Deutschland nicht auf den Markt kommen.

opg: Was können wir von der Aids-Hilfe lernen?

Ahrens: Unser Umgang mit HIV könnte Pilotcharakter für den gesellschaftlichen Umgang mit egal welcher Krankheit haben. Das würde das Ganze etwas entdramatisieren. Außerdem könnte sich die Gesellschaft eine etwas sex-positivere Einstellung zulegen. Dann würden wir unverkrampfter darüber sprechen und mehr Menschen würden sich regelmäßig screenen lassen. ◀

■ „Mein HIV-Test hat mich traumatisiert“

Dragqueen Barbie Breakout über ihren Kampf gegen Stigmatisierung

Zwar hat sie sich den Mund schon einmal zugenäht, doch verbieten lässt sie ihn sich nicht: Dragqueen Barbie Breakout. Wann immer es möglich ist, spricht sie über ihre HIV-Infektion – unter anderem als Gastgeberin von „Drag Race Germany“. Dafür erhält sie viel Zuspruch, stößt aber auch auf Ablehnung.

opg: Wann bist du Barbie Breakout geworden?

Barbie Breakout: Viele Menschen verstehen Drag als Entscheidung, eine Kunstfigur zu erschaffen. So war das bei mir nicht. Ich habe mich als Kind Tina genannt und die Kleider meiner Mutter getragen, bis man mir sagte, das sei nicht normal. Ich habe das dann verdrängt, war mir aber immer bewusst, dass ich – in Führungsstrichen – nicht einfach nur ein Junge bin. Lange Jahre dachte ich, ich sei trans, weil es diesen Teil von mir gab, den ich nicht zuordnen konnte, und weil wir keine anderen Begriffe dafür hatten. Aber auch das hat sich nicht richtig an-



Zur Person

Barbie Breakout macht sich als Dragqueen, Autorin, Moderatorin (unter anderem von „Drag Race Germany“) und Podcasterin stark für die Belange HIV-positiver Menschen. Seit 2006 weiß sie selbst von ihrer HIV-Infektion. Ihre Karriere als Dragqueen begann 1999. Damals hieß sie noch Barbie Bates. Gleichzeitig trat sie in einigen Clubs als Brandon Breakout auf. In einer Veranstaltungsankündigung verschmolzen ihre Pseudonyme aus Versehen zu Barbie Breakout. Das gefiel ihr: weil der Name impliziert, dass die Popikone Barbie aus den ihr auferlegten gesellschaftlichen Zwängen ausbricht. Auch sie selbst lässt sich in kein Begriffskorsett stecken. Sie definiert sich als nicht-binär: Es gibt Tage, an denen fühlt sie sich weiblicher, an anderen männlicher, „und manchmal bin ich für mein Empfinden weder das eine noch das andere“, sagt die 45-Jährige.

gefühlt. Aus dieser Uneindeutigkeit heraus habe ich mit Drag angefangen – ich hatte das Gefühl, dass ich dabei wenigstens für ein paar Stunden den versteckten Teil von mir ausleben kann. Aber ob mit oder ohne Perücke, das bin dann trotzdem immer ich. Ich bin Barbie und es gibt keine Kunstfigur.

opg: Du gehst sehr offen mit deiner HIV-Infektion um. Seit wann weißt du, dass du positiv bist, und wie bist du darauf gekommen?

Barbie Breakout: Dass ich HIV-positiv bin, weiß ich seit 2006. Ein Jahr vorher hatte ich ungeschützten Sex mit jemandem, der kurz danach erfuhr, dass er selbst frisch positiv war. Ich habe überhaupt nicht geschaltet, was das für



mich bedeuten könnte. Bis ich eines Abends unterwegs war mit einem befreundeten Pärchen, von denen einer auch positiv war. Wir standen auf einer Treppe im Berghain, und ich hab ihn gefragt, wie er das bei sich festgestellt hat. Er ist Heilpraktiker und sagte mir, dass er irgendwann gemerkt hat, dass seine Lymphknoten geschwollen sind. Ich bin ziemlich schlecht im Flirten und hab ihn gefragt, ob er meine Lymphknoten nicht auch einmal abtasten möchte. Das hat er gemacht. Und als er im Lendenbereich angekommen ist, sagte er, dass sie ihm unüblich geschwollen vorkommen würden und dass ich mich lieber testen lassen sollte. Mit meiner Party-Laune war's vorbei. Ich bin nach Hause gegangen und habe gleich am nächsten Tag einen Termin bei meiner Hausärztin vereinbart. Ja, und der Test war dann positiv.

opg: Wie ging es dir damit?

Barbie Breakout: Sehr schlecht. Die Reaktion der Ärztin war eine Katastrophe. Im Nachhinein glaube ich, dass es ihr erstes positives Testergebnis war und sie einfach nicht wusste, wie sie damit umgehen sollte. Aber sie hat alles falsch gemacht. Hat mich behandelt wie einen Aussätzigen und am Ende sogar angebrüllt, dass ich ihre Karriere gefährden würde. Ich war ziemlich fertig. Ein paar Tage später hatte ich einen Termin bei einem anderen Arzt, bei dem lief dann alles ziemlich gut. Zu dem Zeitpunkt war es ja nicht mehr so, dass die Diagnose ein Todesurteil war. Ich wusste, dass es gute Medikamente gibt. Aber ich hatte das Gefühl, in meinen Körper steckt ein Feind, der sich fortlaufend vervielfacht. Ich war wie gelähmt, konnte keinen Sex mehr haben und war wie traumatisiert.

Es hat wirklich lange gedauert, bis ich wieder mit mir klargekommen bin.

opg: Hast du dann eine Therapie angefangen?

Barbie Breakout: Nicht sofort. Ich wollte erst einmal abwarten, wie lange mein Körper allein klar kommt. Ich glaube, das lag daran, dass ich schon in den frühen 90-er Jahren viele HIV-positive Leute kannte und gesehen habe, wie sie unter der Medikation gelitten haben. Das war damals ja noch nicht so gut wie heute. Acht oder neun Jahre habe ich die Therapie vor mir hergeschoben, hatte aber auch kein gesundheitliches Problem. Dann haben sich meine Werte allerdings verschlechtert. Als mein Arzt mich gefragt hat, worauf ich eigentlich warte, bin ich in mich gegangen: Warte ich auf ein Wunder? Glaube ich tatsächlich, dass das Virus einfach wieder verschwindet? Mir ist klar geworden, dass das Magical Thinking ist und mit der Realität nichts zu tun hat. Also habe ich mit der Therapie angefangen. Ich habe immer gedacht, dass das ein großer emotionaler Moment für mich sein würde; dass ich mir eingestehen müsse, dass das Virus jetzt wirklich Macht über mich hat. Aber so war es nicht. Ich nehme eine Tablette am Tag – das ist alles. Einige Freunde von mir sind auf die Depot-Spritze umgestiegen, weil sie sich immer noch schämen, wenn sie die Tablette vielleicht in der Öffentlichkeit nehmen müssen, oder sie dadurch täglich erinnert werden, dass sie positiv sind. Aber das brauche ich nicht. Ich bin total fein mit der Tablette.

opg: Wie haben deine Familie und deine Freunde reagiert?

Barbie Breakout: Meine Freunde waren sehr angefasst – was mich sehr ehrt. Die hatten große Verlustängste. Das war einerseits schön, andererseits hätte ich in dem Moment eher Leute gebraucht, die damit nüchterner umgegangen wären. Ich hatte das Gefühl, ich muss sie auffangen – aber da mag ich ihnen auch unrecht tun. Trotzdem fehlte mir jemand, auf den ich mich einfach hätte stützen können. Und so habe ich meinen Vater eingeweiht. Eigentlich hatten wir zu der Zeit kein enges Verhältnis, aber ich habe ihm eine lange E-Mail geschrieben, dass er jetzt wahrscheinlich sauer und enttäuscht ist und sich Sorgen macht, dass ich ihn jetzt aber brauche. Eine dreiviertel Stunde später hat er mich angerufen und ganz

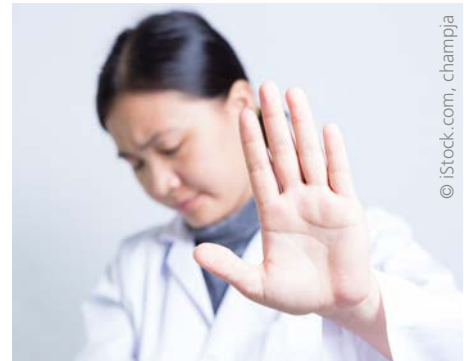


Meine Freunde waren sehr angefasst (...). Die hatten große Verlustängste. Das war einerseits schön, andererseits hätte ich in dem Moment eher Leute gebraucht, die damit nüchterner umgegangen wären.
© iStock.com, jsmith

sachlich gefragt: Was kann ich tun? Er kam für eine Woche nach Berlin und war einfach für mich da, das war sehr gut. Ich hab ihm auch einen Termin bei meinem Arzt gemacht und dabei nicht begleitet. Das hat sehr gut funktioniert, weil er kein Blatt vor den Mund nehmen musste und alle Fragen loswerden konnte. Kein Vater will vor den Augen des eigenen Kindes fragen müssen: „Wie lang hat er denn jetzt noch?“.

opg: Hast du deine Infektion von Anfang an in deinem beruflichen Umfeld bekannt gemacht?

Barbie Breakout: Ja, ich habe meine Agentur sofort informiert. Allerdings nicht, weil ich Sorge hatte, dass ich jemanden anstecken könnte. Ich bin Hair & Make-up-Artist, ich schminke und frisiere Leute, da gibt es keinen Grund, eine Infektion aufs Tapet zu bringen. Aber ich dachte, es sei besser, wenn sie Bescheid wissen, falls ich zusammenbreche.



opg: Ist dir so etwas wie mit deiner Hausärztin noch einmal passiert?

Barbie Breakout: Nicht in meinem Berliner Netzwerk. Einmal musste mein Hautarzt eine Biopsie bei mir vornehmen, er war dabei sehr nervös und hat drei paar Handschuhe getragen – ein bisschen albern, aber nicht weiter schlimm. Und einmal wollte ich in der Türkei eine Haartransplantation machen lassen. Als

ich „HIV-positiv“ angekreuzt habe, haben sie mich abgelehnt, weil sie ansonsten alles desinfizieren müssten – was sie ja sowieso tun müssen. Sie haben mich an eine andere Klinik verwiesen, aber die wollten dreimal so viel Geld für viel weniger Haare. Da hab ich das Ganze sein lassen. Von anderen Betroffenen höre ich aber oft, dass sie diese Form der Diskriminierung noch erleben.

opg: Wie setzt du dich für Betroffene ein?

Barbie Breakout: Ich teile meine Geschichte – sei es in meinem Buch „Tragisch, aber geil 2.0“ oder in

„tragisch,
aber geil“ –
Der Podcast
von und
mit Barbie
Breakout

Quelle und
Abobestellg.:
[https://tra-
gischabergeil.
podigee.io/](https://tragischabergeil.podigee.io/)



meinem gleichnamigen Podcast. Und da geht es ja nicht nur um HIV, sondern um all die Themen, für die wir uns sonst eher schämen, die gesellschaftlich gerne ausgespart werden, weil sie mit einem Stigma einhergehen: Depressionen, Essstörungen, Gewalterfahrung, sexuelle Selbstfindung, etc. Wir können Stigmatisierung nur abbauen, wenn wir selbst zu unseren Schattenseiten stehen, und da will ich gerne mithelfen. Auch im Fernsehen thematisiere ich HIV immer wieder, zum Beispiel, als ich beim „Shopping Queen Spezial“ bei Vox war. Die Resonanz war riesig! Viele Leute haben mir im Anschluss geschrieben, dass sie Dinge erfahren haben, die sie vorher nicht gewusst haben. Ich versuche auch, eine Anlaufstelle für andere Betroffenen zu sein – auch wenn das mit wachsender Bekanntheit immer schwieriger wird. Aber wenn mich Menschen auf Instagram um Rat fragen, versuche ich, ihnen zu helfen.

opg: Was glaubst du, woran es liegt, dass die Fortschritte in der HIV-Therapie nicht so bekannt sind, wie sie sein sollten?

Barbie Breakout: 2008 schlug die sogenannte „Schweizer Erklärung“ ziemlich hohe Wellen. Die Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen hatte erklärt, dass Infizierte nicht mehr ansteckend sind, wenn das HI-Virus unter einer erfolgreichen Therapie in ihrem Körper nicht mehr nachweisbar ist. Das ist lange kontrovers diskutiert worden, sowohl innerhalb der Community als auch innerhalb der Forschung. Ich glaube, die Angst war damals noch sehr groß, dass dieses Statement dazu führen könnte, dass die Leute unvorsichtig werden. Deshalb wollte man den Ball erst einmal flach halten, und das beinhaltete leider auch, diese News nicht an die große Glocke zu hängen. Man war sehr vorsichtig. Heute wissen wir, dass die Therapie effektiver ist als ein Kondom, das ja mal reißen oder falsch angewendet werden kann. Diese Botschaft müssen wir jetzt weiterverbreiten.



„Wenn ich das Gefühl habe, dass mich jemand respektlos behandelt oder auf Social Media beschimpfen will, dann blockiere ich denjenigen.“
© iStock.com, SvetaZi

opg: Bekommst du neben vielen positiven Zuschriften auch Beschimpfungen? Oder anders gefragt: Spürst du Diskriminierung noch am eigenen Leib?

Barbie Breakout: Es geht. Ich bin relativ radikal, was den Zugang zu mir angeht. Wenn ich das Gefühl habe, dass mich jemand respektlos behandelt oder auf Social Media beschimpfen will, dann blockiere ich denjenigen. Ich habe keine

Geduld mehr, mich damit auseinanderzusetzen oder jemandem christlich die andere Wange hinzuhalten. Auf Dating-Portalen kann es vorkommen, dass ich beleidigt werde, wenn ich dort angebe, dass ich HIV-positiv bin – aber ich bin sehr selten auf solchen Seiten unterwegs, deshalb tangiert mich das auch nicht so sehr. Schlimm wird es allerdings, wenn uns aus konservativen Kreisen unterstellt wird, wir wären pädo-kriminell.

opg: So wie im vergangenen Jahr in München, als die AfD anlässlich der Lesung einer Drag Queen in einer Bibliothek Plakate hat drucken lassen: „Hände weg von unseren Kindern“.

Barbie Breakout: Zum Beispiel. Das ist zwar Blödsinn, aber es macht etwas mit einem. Ich beobachte an mir, wie sich mein Verhalten ändert. Neulich in der Mall war ich auf einer Rolltreppe. Vor mir stand ein Vater mit zwei kleinen Mädchen. Ein Mädchen hat einen Anhänger fallen lassen. Ich hab ihn aufgehoben und ihr gegeben. Als der Vater sich umgedreht und mich angesehen hat, hab ich mich dabei ertappt, dass ich gedacht habe: 'Hoffentlich denkt er nichts Böses von mir.' Das gibt mir zu denken. Intellektuell kann ich mich zwar von solchen Vorwürfen distanzieren und mir sagen, dass das nichts mit mir zu tun hat. Dass das Ablenkungsmanöver einer Partei sind, die sonst nicht viel zu bieten hat und deswegen mit Ressentiments und der Schürung von Ängsten auf Stimmenfang ist. Aber ich finde es gefährlich.

„Das würde ich heute nicht mehr so machen. Den Queers in Russland hat es nicht geholfen, und mir wurde vorgeworfen, dass ich deren Situation ausschachte, um mich in den Vordergrund zu spielen.“



opg: Manchmal greifst du zu sehr drastischen Mitteln. 2013 hast du dir den Mund zugenäht, um auf die Homophobie in Russland aufmerksam zu machen.

Barbie Breakout: Das würde ich heute nicht mehr so machen. Den Queers in Russland hat es nicht geholfen, und mir wurde vorgeworfen, dass ich deren Situation ausschachte, um mich in den Vordergrund zu spielen. So war es

nicht gedacht. Ich wollte Aufmerksamkeit für die Zustände vor Ort generieren. Es ist auch ganz viel darüber geschrieben worden. Aber die Leute haben sich dabei mehr mit mir auseinandergesetzt als mit dem eigentlichen Thema.



opg: Die Versorgungssituation in Deutschland ist mittlerweile sehr gut. Was müsste sich ändern, um sie noch weiter zu verbessern?

Barbie Breakout: Zum einen sollten Lieferengpässe wie gerade erst vor ein paar Wochen nicht noch einmal auftreten, da wird viel Präventionsarbeit zunichte gemacht. Zum anderen sollten Einrichtungen wie zum Beispiel die Berliner Clearingstelle zuverlässig finanziert werden. Sie ermöglicht Menschen ohne Krankenversicherung einen Zugang zur Versorgung. Aber während Jahr für Jahr mehr Menschen auf diese Hilfe angewiesen sind, bekommt die Clearingstelle immer weniger Geld. Dieser Zustand in einem der reichsten Länder der Welt ist doch ein Skandal. Hier muss die Politik andere Weichen stellen. Berlin ist eine von weltweit über 300 „Fast Track Cities“, die es sich zum Ziel gesetzt haben, Aids bis 2030 zu beenden. Das geht nur, wenn so viele Menschen wie möglich ihren Status kennen, die Infizierten sich behandeln lassen und der Zugang zur Behandlung lückenlos gewährleistet werden kann. Und dazu gehört eben unabdingbar das Commitment der Politik, dieses Ziel zu unterstützen und die richtigen Mittel zur Verfügung zu stellen. Sonst machen wir in der Bekämpfung von HIV und dem Versuch, Aids tatsächlich zu beenden, große und gefährliche Rückschritte. ◀



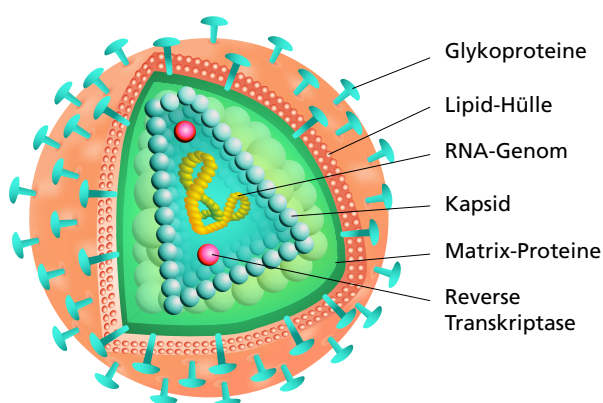
„Berlin ist eine von weltweit über 300 „Fast Track Cities“, die es sich zum Ziel gesetzt haben, Aids bis 2030 zu beenden.“

Quelle: <https://www.iapac.org/>

■ Der Fall Lenacapavir

Neuer Wirkstoff gegen multiresistente HIV-Infektionen

Neu zugelassene Arzneimittel, die in Deutschland in Verkehr gebracht werden, müssen ein Nutzenbewertungsverfahren nach AMNOG (*siehe Kasten*) durchlaufen. Tun sie das nicht, landen sie nicht in den Apotheken. Das kommt so gut wie nie vor. Doch bei dem neuen Wirkstoff Lenacapavir gegen HIV ist das der Fall. Worum geht's?



Lenacapavir ist ein HIV-Kapsid-Inhibitor. Das HIV-Kapsid (in der Grafik türkis dargestellt) ist essenziell für die Virus-Replikation. HIV-Kapsid-Inhibitoren wie Lenacapavir hemmen seine Funktion. © iStock.com, ttsz

Eine HIV-Erkrankung ist nicht heilbar. Bei der Therapie einer HI-Virusinfektion geht es darum, die Virusvermehrung möglichst vollständig zu hemmen, damit sich keine Resistenzen bilden können. Das Risiko steigt im Verlauf der Erkrankung, denn die Struktur der Viren verändert sich kontinuierlich und entzieht sich so der effektiven Immunabwehr. Außerdem zeigten etwa zehn Prozent der Neuinfektionen primär resistente HIV-Stämme, schreibt das Deutsche Ärzteblatt. Studienergebnisse zeigen, dass hier ein neuer Wirkstoff ansetzt: Lenacapavir. Ein HIV-Kapsid-Inhibitor, der erste einer neuen Substanzklasse. Die CAPELLA-Studie hat gezeigt, dass die neue Substanz einen echten Fortschritt bei Patienten mit HIV-Resistenzen darstellt, einfach in Therapiekonzepte integrierbar ist und gut verträglich. Im Jahr 2022 wurde der Wirkstoff in der EU zugelassen. Das pharmazeutische Unternehmen Gilead Sciences hat sich dagegen entschieden, diese Innovation in Deutschland auf den Markt zu bringen. Dabei verweist Gilead auf die geänderten Regularien der Nutzenbewertung neuer Arzneimittel, wonach kein angemessenes Verhältnis des Zusatznutzens abbildbar ist und folglich auch kein angemessener Preis erreicht werden kann, der dieser Innovation gerecht würde.

Das Depotpräparat wird nach einer zweiwöchigen Einleitungsphase mit Lenacapavir-Tabletten alle sechs Monate als Injektionslösung unter die Haut gespritzt. Es muss mit anderen HIV-Medikamenten kombiniert werden. © stock.adobe.com, H_Ko



Zulassungsstudien bei Innovationen für vorbehandelte Patienten

Der große klinische Nutzen, den das Produkt für die Patienten bietet, werde sich sehr wahrscheinlich nicht in einer entsprechenden Bewertung im AMNOG-Verfahren niederschlagen, schreibt der vfa im Oktober 2023. „In Bezug auf die im AMNOG angewandten formalmethodischen Kriterien stellt die Durchführung von nutzenbewertungsrelevanten klinischen Studien bei vorbehandelten Patienten mit multiresistenter HIV-Infektion per se eine große Herausforderung dar. Ebenso wie auch die früheren Studien in dieser Population, erfüllt auch hier die Zulassungsstudie nicht die formalmethodischen Anforderungen der Nutzenbewertung und ist daher mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht nutzenbewertungsrelevant. Die per se schwierigen Rahmenbedingungen wurden durch die Einführung des GKV-FinStG nochmals deutlich verschärft.“

Versorgung über Einzelimporte

Wenn Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten mit diesem Arzneimittel behandeln möchten, dann funktioniert das über den Weg „Einzelimportierte Arzneimittel“ nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz. Dieser Weg ist allerdings umständlich, weil administrativ aufwendig und mit Regressängsten belegt, falls eine Krankenkasse Einwände erhebt. Verordnungszahlen für Deutschland liegen derzeit nicht vor. Lenacapavir kann aus dem europäischen Ausland importiert werden. ◀

AMNOG - Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz

Seit 2011 werden Arzneimittelinnovationen hierzulande in einem mehrstufigen Verfahren auf ihren Zusatznutzen im Vergleich zur Standardtherapie hin geprüft und darüber anschließend preisreguliert (§ 35a SGB V). Ein aktuelles Änderungsgesetz, das seit Ende 2022 gilt, nimmt Verschärfungen im Preisbildungssystem vor.



II. WELT-AIDS-KONFERENZ



■ Menschen an die erste Stelle setzen

Put People First – so lautet das Motto von „Aids 2024“

Zum ersten Mal seit über 30 Jahren findet die Welt-Aids-Konferenz wieder in Deutschland statt. Mehr als 15.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus über 175 Ländern werden vom 22. bis 26. Juli 2024 in München bei der weltweit größten wissenschaftlichen Zusammenkunft zum Thema HIV/Aids erwartet.

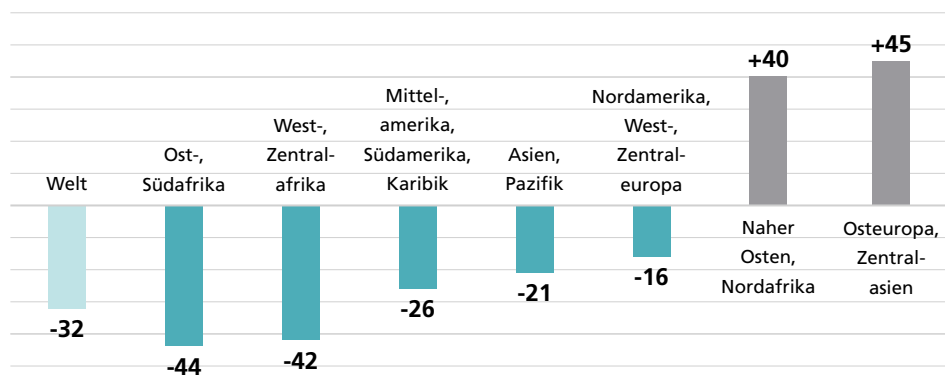


AIDS 2024,
the 25th
International
AIDS Conference

<https://www.iasociety.org/conferences/aids2024>

Anders als vor 40 Jahren kommt die Diagnose HIV heute nicht mehr einem Todesurteil gleich. Moderne Medikamente halten das Virus in Schach und verhindern, dass Aids ausbricht. Bei rechtzeitiger Behandlung sterben die Betroffenen nicht mehr an, sondern mit HIV. Die Internationale Aids-Gesellschaft (IAS) gibt dennoch keine Entwarnung. Denn noch immer sind 40 Millionen Menschen weltweit HIV-positiv. Derzeit sind steigende Infektionszahlen in Osteuropa zu beobachten, in Afrika verharren sie seit Jahren auf einem konstant hohen Niveau. Rund 630.000 Menschen sind 2022 an Aids-bedingten Erkrankungen gestorben.

HIV-Neuinfektionen 2021, Veränderung gegenüber 2010, in %

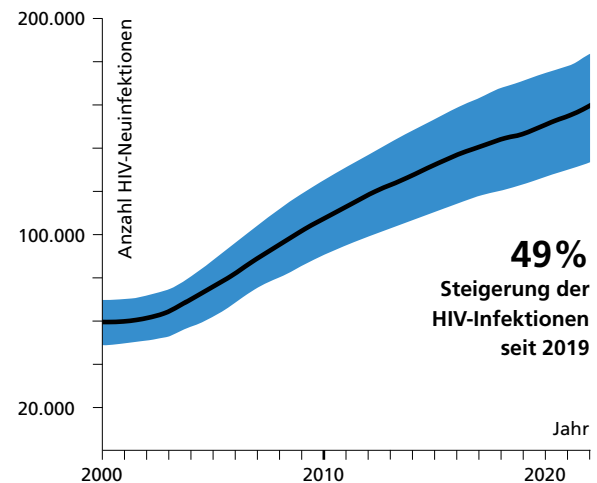


Quelle: UNAIDS © Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

Schwerpunkt Osteuropa

Auf Einladung der IAS kommen vom 22. bis 26. Juli 2024 mehr als 15.000 Vertreter aus Wissenschaft, Medizin, Politik und Selbsthilfe bei der 25. Welt-Aids-Konferenz in München zusammen. Unter dem Motto „Put People First“ beraten sie, wie HIV und die erworbene Immunschwäche Aids weiter eingedämmt werden können. Im Zentrum von „Aids 2024“ steht die beunruhigende Entwicklung der HIV-Epidemie in Osteuropa. Hauptursache sind der mangelnde Zugang zu Gesundheitsdiensten und Drogenkonsum. Aus diesem Grund wurde Andriy Klepikov, Geschäftsführer von Alliance for Public Health, einer der größten NGOs in den Themenfeldern HIV und Tuberkulose in der Ukraine, zum dritten Ko-Vorsitzenden berufen (siehe Interview auf Seite 46). Weitere Vorsitzende sind die Ärztin, Wissenschaftlerin und IAS-Präsidentin Sharon Lewin aus Australien sowie Christoph Spinner vom Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (siehe Interview auf Seite 50).

Anzahl der jährlichen HIV-Neuinfektionen
Osteuropa und Zentralasien, 2000-2022



Quelle: UNAIDS Global AIDS update and epidemiological estimates, 2023
<https://aidsinfo.unaids.org/>

Kunst und Kultur dürfen nicht fehlen

Neben der Hauptkonferenz findet in einer eigenen Messehalle das „Global Village“ statt. Es greift die Themen der Konferenz auf und ergänzt sie mit einer bunten Mischung aus Workshops, Kunst und Kultur. In der Industrie- und Länderausstellung präsentieren sich am deutschen Stand alle bundesweit und global in der HIV-Prävention agierenden Regierungs- und Nicht-Regierungsorganisationen Deutschlands. Neben dem Bundesministerium für Gesundheit sind dort unter anderem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Robert Koch-Institut, das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, das Aktionsbündnis gegen Aids sowie die Deutsche Aids-Hilfe vertreten.

Die Welt-Aids-Konferenz fand erstmals 1985 statt. Die Austragungsorte rotieren zwischen fünf Weltregionen – Afrika, Asien und Pazifikregion, Europa, Lateinamerika und Karibik, USA und Kanada –, damit möglichst viele Menschen auf der ganzen Welt daran teilnehmen können, heißt es in einer Mitteilung der IAS. „Außerdem können wir so kritische HIV-Themen in jeder Region in den Mittelpunkt rücken“, wird darin IAS-Präsidentin Sharon Lewin zitiert. ◀

■ HIV in Zeiten des Krieges

Im Gespräch mit Andriy Klepikov

Etwa 260.000 Ukrainer und Ukrainerinnen sind HIV-positiv – fast ein Prozent der Bevölkerung. Zwar ist nicht ganz klar, wie sich die Zahl der Neuinfektionen seit Beginn der russischen Invasion entwickelt hat – zu unübersichtlich ist die Lage. Doch es gibt Anzeichen dafür, dass es der Ukraine gelungen ist, die HIV-Epidemie unter Kontrolle zu halten. Das liegt an der Alliance for Public Health, die ihr Versorgungsnetz neu geknüpft hat. Damit die Nichtregierungsorganisation die Betroffenen weiterhin unterstützen kann, ist sie auf finanzielle Unterstützung aus dem Ausland angewiesen. Darüber und wofür das Geld gebraucht wird, spricht Andriy Klepikov.

opg: Vor fast 24 Jahren haben Sie die Alliance for Public Health (APH) in der Ukraine gegründet. Mit welchem Ziel?

Klepikov: Im Jahr 2000 haben wir die „International HIV/Aids Alliance in Ukraine“ gegründet. Damals lag unser Fokus auf der HIV-Epidemie in der Ukraine. Je größer die Organisation wurde, um so breiter wurde auch das Aufgabenspektrum. Das hat sich aus dem Bedarf ergeben: Wenn jemand HIV-positiv ist und daneben noch Tuberkulose oder Hepatitis hat, kann man sich nicht nur um die HIV-Infektion allein kümmern. Deshalb ist 2015 die Alliance for Public Health (APH) aus der HIV/Aids Alliance hervorgegangen – mit dem Ziel, neben der HIV/Aids-Epidemie auch Tuberkulose, virale Hepatitis und andere sozial gefährliche Krankheiten zu bekämpfen. Dabei beschränken wir uns nicht nur auf die Ukraine, sondern kümmern uns um ganz Osteuropa und Zentralasien.



Zur Person

Als Andriy Klepikov vor 23 Jahren begann, die Vorläufer-Organisation der Alliance for Public Health in der Ukraine aufzubauen, hatte er einen einzigen Assistenten und kein Büro. Heute ist die Alliance for Public Health die größte Nichtregierungsorganisation in Osteuropa, die sich dem Kampf gegen Aids und andere gefährliche Infektionskrankheiten verschrieben hat.

Klepikov hat Philosophie, Soziologie und Management studiert. Bei der Entscheidung, sich für die öffentliche Gesundheit zu engagieren, habe er auf sein Herz gehört, erzählt der 53-Jährige. Und es habe ihn gereizt, etwas aufzubauen, was es bis dato nicht gegeben hat. Klepikov ist einer von drei Co-Vorsitzenden der Welt-Aids-Konferenz in München.

opg: Die HIV-Inzidenz in der Ukraine ist ziemlich hoch: Insgesamt 260.000 Menschen sind HIV-positiv. Wie helfen Sie ihnen?

Klepikov: Etwa 90.000 HIV-positive Ukrainer kennen ihren Status nicht. Deshalb konzentrieren wir uns auf das Testen. Zusammen mit 60 lokal tätigen NGOs sind wir dafür in allen Oblasts der Ukraine unterwegs. Jede zweite Person, bei der während des Kriegs HIV diagnostiziert wurde, wurde im Rahmen von APH-unterstützten Programmen getestet. Mehr als 40 Prozent aller Personen, die eine antiretrovirale Behandlung begonnen haben, wurden von der APH und ihren Partnern überwiesen und vermittelt. Um die Testausbeute zu steigern, verfolgen wir verschiedene Strategien, setzen sogar künstliche Intelligenz ein.

opg: Wie hat der Krieg Ihre Arbeit verändert?

Klepikov: Mit Unterstützung der deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) haben wir unser Angebot ausgeweitet – wir bieten jetzt integrierte Dienstleistungen an und suchen gefährdete Menschen auf, anstatt darauf zu warten, dass sie zu uns kommen. Wir haben „mobile treatment points“ (MTPs) eingerichtet – Arztpraxen auf vier Rädern. Damit bringen wir medizinische Hilfe in Gebiete nahe der Front, in denen es kaum noch Krankenhäuser oder andere medizinische Anlaufstellen gibt. 157 Dörfer rund um Chersson, Charkiw, Donezk, Saporischschja und Mykolajiw haben wir damit bereits angefahren.

Dort leben zum großen Teil ältere Menschen, unter denen HIV nicht stark verbreitet ist. Nicht-ansteckende Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes sind dort das größere Problem.

Wir versorgen in den MTPs also nicht nur HIV- und Tuberkulose-Patienten, sondern bieten ein sehr breites medizinisches Spektrum: von Blutdruckmessungen über Elektrokardiogramme und Ultraschall- bis hin zu Laboruntersuchungen. Dabei entdecken wir auch Krankheitsausbrüche, die unmittelbar mit dem Kriegsgeschehen in Zusammenhang stehen. So hatten sich in einer bestimmten Region auffällig viele Menschen mit Hepatitis C infiziert. Wir fanden heraus, dass sie alle in ein und derselben Zahnklinik behandelt worden waren. Ich gehe davon aus, dass aufgrund der häufigen Stromausfälle – eine Folge der Bombardements – die Instrumente nicht richtig sterilisiert worden sind.



Quelle: Alliance for Public Health
<https://aph.org.ua/en/home/>



„Wir haben „mobile treatment points“ (MTPs) eingerichtet – Arztpraxen auf vier Rädern. Damit bringen wir medizinische Hilfe in Gebiete nahe der Front.“ © aph.org, Iva Sidash

opg: Viele Menschen sind auf der Flucht. Haben Sie dadurch den Kontakt zu den HIV-Patienten verloren, die Sie bis zum Ausbruch des Krieges betreut haben?

Klepikov: Schätzungsweise sechs bis sieben Millionen Menschen sind aus der Ukraine geflohen – darunter natürlich auch Menschen mit HIV. Dazu kommen noch einmal sechs Millionen, die innerhalb der Ukraine auf der Flucht sind. Von unseren Kolleginnen und Kollegen in Polen oder vom European Center for Disease Control (ECDC) hören wir, dass viele der Geflüchteten medizinische Hilfe im Ausland in Anspruch nehmen. Aber wir halten auch von der Ukraine aus Kontakt. Seit der zweiten Kriegswoche betreiben wir eine Telefon-Hotline und beantworten Fragen online mithilfe eines Chatbots. Wir stellen Rezepte aus, damit die Geflüchteten dort, wo sie gerade sind, ihre HIV- oder Tuberkulose-Medikamente oder auch Opioid-Agonisten bekommen, eine Therapie für drogenabhängige Menschen. Seit Kriegsbeginn haben wir 30.000 Anfragen auf diesem Weg bearbeitet. In der Ukraine selbst haben wir uns umorganisiert. Aufgrund der Fluchtbewegung von Osten nach Westen ist die Zahl unserer HIV-gefährdeten Klienten in der West-Ukraine sprunghaft um 180.000 angestiegen. Wir haben dort mehr Sozialarbeiter eingestellt und unsere Beratungsstellen entsprechend ausgestattet, halten beispielsweise mehr Safer Sex Utensilien oder saubere Spritzen vor. Wir sind also weiterhin für unsere Klienten da – abgesehen von den besetzten Gebieten oder Städten wie Mariupol, die die Russen dem Erdboden gleichgemacht haben.



Die Sozialarbeiter der Alliance for Public Health arbeiten in den Krisengebieten auch in den Bunkern. © Alliance for Public Health

opg: Welche Personengruppen sind in der Ukraine besonders häufig von HIV betroffen?

Klepikov: Wer schon vor dem Krieg gefährdet war, ist jetzt noch viel gefährdeter. Besonders betroffene Personengruppen sind – wie überall – Menschen, die Drogen konsumieren, Männer, die mit Männern Sex haben, Sexarbeiterinnen und -arbeiter, Transpersonen, Menschen in Haft. Aber auch die Menschen, die innerhalb der Ukraine auf der Flucht sind, gehören jetzt zu den Gefährdeten. Viele von ihnen haben kein Einkommen mehr. Manche Frauen bezahlen mit Sex für eine Unterkunft oder etwas Geld. Die Gesundheitsrisiken steigen allgemein. Diejenigen, die in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind, sind aufgrund der großen räumlichen Nähe ebenfalls einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt. Oder stellen Sie sich die Menschen vor, die bei Luftangriffen stundenlang in Kellern ausharren, auf kaltem Beton hocken

– die Gefahr, sich dort eine Lungenentzündung oder Tuberkulose einzufangen, ist sehr hoch. Krieg bewirkt nie etwas Gutes.

opg: Um das noch einmal zusammenzufassen: Sie haben innerhalb kürzester Zeit eine integrierte, mobile und digitale Versorgung aufgebaut. Wie finanzieren Sie das?

Klepikov: 60 Prozent des Bruttoinlandproduktes der Ukraine fließen in die Verteidigung. Das bedeutet, dass für die öffentliche Gesundheit nichts übrigbleibt. Wir sind komplett abhängig von der Hilfe unserer internationalen Partner. Die USA stellen zurzeit sämtliche HIV-Medikamente zur Verfügung. Außerdem werden wir vom Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria unterstützt. Wir sind sehr dankbar, dass wir unser Programm auf diese Weise fortführen können. Deutschland ist übrigens einer der größten Geldgeber des Globalen Fonds, und das ist nicht die einzige Hilfe aus der Bundesrepublik. Auch die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) fördert die Alliance for Public Health. Dank dieser Unterstützung konnten wir die MTPs ausstatten.

Allerdings läuft die Finanzierung im Mai aus. Wir sind die einzige Organisation, die den Menschen in den abgelegenen und gefährlichen Gegenden nahe der Front medizinische Hilfe leistet. Wir sollten nicht zulassen, dass diese wichtige Hilfe unterbrochen wird, und hoffen, dass wir einen Weg finden, sie fortzusetzen.

opg: Sie sind Co-Chair der Welt-Aids-Konferenz. Im Zentrum steht die Entwicklung der HIV-Epidemie in Osteuropa. Was erwarten Sie davon?

Klepikov: Die Konferenz wird ein Schlaglicht auf die Situation in unserer Region werfen und auf die Lösungen, die wir eingeführt haben. Sie könnten eine Vorbildfunktion für andere Länder haben, denn sie haben bewiesen, dass sie funktionieren – sogar während eines Krieges. Ich hoffe außerdem, dass die Konferenz dazu beitragen wird, das Vertrauen in die Wissenschaft zu stärken. Dass in Osteuropa und Zentralasien die HIV-Infektionen ansteigen, liegt an der Politik Russlands. Die russische Regierung stellt ihre Ideologie über wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Interventionen. Sie versucht, ihre Ideen über die Grenzen Russlands hinaus zu exportieren. Ich hoffe wirklich, dass die Welt-Aids-Konferenz ein Signal in diese Regionen sendet, dass eine Stärkung der öffentlichen Gesundheit, eine wissenschaftlich basierte Vorsorge und Schadensminderung mehr bewirken als Menschen in Gefängnisse zu stecken, wie es in Russland geschieht. ◀



In der Region Mykolaiv war der Nahverkehr in den ersten Kriegsmonaten stark eingeschränkt. Die Alliance for Public Health hat darauf hin Fahrräder und schusssichere Westen für ihre Mitarbeiter angeschafft.
© Alliance for Public Health

■ „Mit Medizin allein ist es nicht immer getan“

Prof. Christoph Spinner zu HIV/Aids hierzulande und international

Es ist gelungen, die 25. Internationale Aids-Konferenz in diesem Jahr nach München zu holen. Der Kongress gilt als wichtigste und einflussreichste globale Plattform zu dem Thema. Menschen aus Medizin, Forschung, Politik sowie Aktivist*innen diskutieren fünf Tage. 18.000 Teilnehmer werden erwartet. Den lokalen Kongressvorsitz übernimmt Prof. Christoph Spinner, der einen Blick auf die Veranstaltung wirft und auf die hiesige Versorgungslage.

opg: Herr Prof. Spinner, der Austragungsort für die größte Aids-Konferenz liegt in diesem Jahr quasi vor Ihrer Haustür. Welche Chancen bieten sich für Deutschland als Gastgeberland?



„HIV ist nach wie vor eine globale Bedrohung für die Gesundheit vieler Menschen, wie Zahlen eindrucksvoll belegen.“
© iStock, constantgardener

Spinner: Dass die 25. Welt-Aids-Konferenz „AIDS 2024“ in München und damit in Deutschland gastiert – das ist eine Riesenchance für uns alle, den Kampf gegen HIV und AIDS auf der ganzen Welt voranzutreiben. Auch wenn es in der Coronapandemie fast in Vergessenheit geraten ist: HIV ist nach wie vor eine globale Bedrohung für die Gesundheit vieler Menschen, wie Zahlen eindrucksvoll belegen: mehr als 40 Millionen Infizierte, fast 1,3 Millionen Neuinfektionen pro Jahr, was fast 3.600 Neuinfektionen pro Tag entspricht, und fast 9,2 Millionen Menschen ohne

ausreichenden Zugang zu antiviraler und damit lebensrettender Therapie – es ist noch viel zu tun! Wir wollen die AIDS 2024 daher nicht nur für den wissenschaftlichen Austausch nutzen, sondern auch den politischen Fokus auf den Kampf gegen HIV und AIDS auf der ganzen Welt zu richten.

opg: Welche Rolle spielt in Deutschland?

Spinner: In Deutschland leben aktuell mehr als 90.000 Menschen mit HIV, jährlich werden dem Robert Koch-Institut etwa 1.900 Neuinfektionen gemeldet. Auch wenn es uns dank Schutz durch Therapie, niedrighschwelliger HIV-Diagnostik und Testungen sowie präventiver Optionen wie der HIV-PrEP bei Hochrisikogruppen gelungen ist, die Zahl der Neuinfektionen von mehr als 4.000 in den 1980iger Jahren fast zu halbieren, sind fast 2.000 Neuinfektionen pro Jahr immer noch zu viel. Insbesondere der Anstieg der Neuinfektionsraten bei heterosexuellen und drogengebrauchenden Menschen besorgt uns. Wir wollen die Zahl der Neuinfektionen

in Deutschland noch weiter reduzieren und allen Menschen mit HIV ein weitestgehend normales Leben ohne Stigmatisierung ermöglichen

opg: Im Jahr 2022 starben 630.000 Menschen an HIV-bedingten Ursachen und 1,3 Millionen Menschen infizierten sich mit HIV. In Europa ist dies zu einer beherrschbaren chronischen Krankheit geworden. Welche Hürden sind noch zu nehmen, damit das überall so ist?

Spinner: Ein zentraler Aspekt im Kampf gegen HIV ist neben der Verfügbarkeit wirksamer, verträglicher und damit moderner antiviraler Therapie auch die Entkriminalisierung der medizinischen Versorgung Betroffener: In osteuropäischen Ländern und vor allem Russland verzeichnet man teilweise einen erheblichen Anstieg der Neuinfektionsraten, weil Kampagnen im Kampf gegen Sexarbeit und/oder Drogengebrauch kriminalisiert und damit nicht mehr zugänglich gemacht werden. Auch Mythen über die HIV-Übertragung spielen in vielen Ländern, darunter auch einige Länder Afrikas, noch eine zentrale Rolle, weshalb verfügbare Schutzmaßnahmen daher im Alltag oft nicht genutzt werden.

opg: Die WHO, der Global Fund und UNAIDS verfügen alle über globale HIV-Strategien. Fachleute warnen, dass die Infektionszahlen dort steigen, wo die Viruserkrankung bis heute noch immer tabuisiert und mehrheitlich mit negativ bewerteter Homosexualität in Verbindung gebracht wird. Sind die Strategien hier am Ende oder wie kann man dem beikommen?

Spinner: Das medizinische Wissen bezüglich Übertragbarkeit und Gefahren ist sehr gut, ebenso die Optionen der Diagnostik, Therapie und Prävention. Um den Kampf gegen HIV und Aids zu gewinnen, braucht es daher vor allem den Willen dazu, Mut und ausreichend Ressourcen. Das ist also vor allem eine Aufgabe von Politik und Gesellschaft und damit keine rein medizinische Herausforderung.

Zur Person

Habilitiert hat er sich 2017 zum Thema „Neue Aspekte zur Prävention und Therapie der HIV-Infektion“. Zu der Zeit arbeitete er als Assistenzarzt am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München. Danach wurde er Oberarzt. Prof. Christoph Spinner leitet heute die Stabsstelle Medizin und Strategie in der Ärztlichen Direktion und ist Co-Vorsitzender der Aids-Konferenz 2024. Außerdem engagiert er sich als Mitglied im Vorstand der Deutschen AIDS-Gesellschaft.



© argum, Klinikum rechts der Isar

opg: Helfen Sie uns, einzuordnen, welche Rolle Deutschland spielt, wenn es um die HIV-Forschung geht?

Spinner: In Deutschland haben wir es nicht nur geschafft, dass heute der größte Teil der Betroffenen von ihrer HIV-Infektion wissen – und nur so kann man ihnen eine gute medizinische Versorgung und wirksame Therapie anbieten. Darüber hinaus wirkt Deutschland auch auf wissenschaftlicher Ebene aktiv im Kampf gegen HIV mit: Zahlreiche Forschungsinitiativen, wie beispielsweise das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung DZIF, widmen ihre Ressourcen und Projekte einem besseren Verständnis der Therapie und Prävention von HIV.

opg: Die Versorgung von HIV-Patienten ist hierzulande ambulant wie stationär gut, die Teilhabe am medizinischen Fortschritt gesetzlich gewährleistet. Dennoch steht der in Europa zugelassene Wirkstoff Lenacapavir in Deutschland nicht zur Verfügung. Was bedeutet das konkret für die Versorgung und vielleicht auch darüber hinaus?

Spinner: Nachdem kürzlich der zugelassene Wirkstoff Ibalizumab trotz europäischer Zulassung wieder vom Markt genommen wurde, ist die fehlende Markteinführung

von Lenacapavir im deutschen Markt ein schwerer Schlag. Das betrifft insbesondere intensiv vorbehandelte Menschen mit HIV, die teils schon jahrzehntelang mit ihrer Infektion leben und damit anfangs die weniger effektiven Therapien der ersten Stunde erhalten haben. Um diesen Menschen dennoch einen Zugang zu dieser lebensrettenden Therapie und damit eine Perspektive zu verschaffen, sind hochspezialisierte Zentren jetzt gezwungen, einen ganzen Berg an Bürokratie zu erledigen. Der Vollständigkeit halber sei auch erwähnt, dass es seit Ende 2023 erhebliche Lieferengpässe bei dem zur PrEP eingesetzten Medikament Emtricitabin/Tenofovir-DP



„Drogengebrauchende und nicht Krankenversicherte sind in der Tat ein schwieriges Thema.“ © iStock.com, ralf Geithe

gibt, was die Prävention signifikant gefährdet. Ich würde mir von der Politik daher wünschen, dass sie eine angemessene und zweckmäßige medizinische Versorgung unserer Patientinnen und Patienten auch in Zukunft sicherstellt.

opg: Wie kommen wir an die „Sorgenkinder“ wie Drogengebrauchende und nicht Krankenversicherte? Diesen Menschen ist die eigene Gesundheit oft nicht wichtig, weil sie andere Sorgen haben. Wird dieses Thema auf dem Aidskongress auch adressiert?

Spinner: Das ist in der Tat ein schwieriges Thema. Ein möglicher Weg wäre es, Menschen mit erhöhtem Risiko, also beispielweise drogengebrauchenden Personen, in Substitutionsprogrammen oder in kontrollierten Konsumräumen einen Zugang zum medizinischen System und damit auch zu HIV-Diagnostik und -Therapie zu ermöglichen. Aus anderen Ländern wissen wir zudem, dass spezifische Angebote mit integrierter Versorgung aus soziologisch-sozialpsychiatrischen und integrativ gesellschaftlichen Ansätzen die Situation erheblich verbessern können – mit Medizin allein ist es eben nicht immer getan; zumal unseren Möglichkeiten als Medizinerinnen und Mediziner aufgrund gesellschaftlicher Regularien auch gewisse Grenzen gesetzt sind.

opg: Die medikamentöse Prävention durch die Präexpositionsprophylaxe hat mehr Safer Sex gebracht. Erwartet wurde vor der Einführung als GKV-Leistung 2019 eine Zunahme von anderen Geschlechtskrankheiten. Was wissen wir dazu?

Spinner: In der Tat wurde eine mögliche Zunahme sexuell übertragbarer Infektionen (STIs) in Bezug auf die HIV-PrEP diskutiert. Die Wahrheit ist aber: Die Zahl an STIs ist schon lange vor Verfügbarkeit der PrEP angestiegen – auch weil der Kondomgebrauch signifikant nachgelassen hat. Eine Ursache dafür könnte die bessere HIV-Therapie sein, die auch die Angst vor AIDS reduziert. Aus meiner Sicht ist es vor allem wichtig, den Menschen wirkungsvolle Instrumente zum Schutz vor HIV an die Hand zu geben. Das kann Aufklärung, ein Kondom oder die PrEP sein – oder auch die Kombination davon. Idealerweise fokussiert sich das medizinische Angebot dabei nicht nur auf HIV, sondern generell auf die sexuelle Gesundheit. Das ist jedenfalls der Ansatz in meiner medizinischen Arbeit.



opg: Was erwarten Sie von dem Aidskongress und wann war er aus Ihrer Sicht erfolgreich?

Spinner: Wir rechnen mit 15.000 bis 18.000 Teilnehmenden. Sie werden neue und herausragende wissenschaftliche und gesellschaftliche Erkenntnisse mitbringen sowie einen spannenden Austausch ermöglichen. Erfolgreich waren wir dann, wenn es uns gelingt, die öffentliche Aufmerksamkeit wieder mehr auf den Kampf gegen HIV und AIDS zu lenken – trotz Krieg, COVID-19 und anderer gesellschaftlicher Herausforderungen. ◀

„Die Zahl an STIs ist schon lange vor Verfügbarkeit der PrEP angestiegen – auch weil der Kondomgebrauch signifikant nachgelassen hat.“ © stock.adobe.com, photka

III. FORSCHUNG



HIV-1 (Retroviren) Quelle: Hans R. Gelderblom. Kolorierung: Andrea Schnartendorff/RKI

■ Forschende geben nicht so schnell auf

Status quo und Perspektiven der HIV-Forschung

Seit der Entdeckung von HIV ist die Forschung weit gekommen: Zwar gibt es nach wie vor keine Impfung, aber eine Infektion ist mittlerweile sehr gut behandelbar. Oft reicht eine Tablette am Tag, um gesund alt zu werden. Forschende konzentrieren sich darauf, bestehende HIV-Therapien weiter zu verbessern. Auch die Hoffnung auf einen Impfstoff oder gar auf Heilung haben sie noch nicht aufgegeben.

Viel besser kann man eine Infektion kaum in den Griff kriegen: Eine HIV-Therapie, auch antiretrovirale Therapie genannt (ART), sorgt dafür, dass die Viren im Körper sich nicht mehr vermehren können. Dabei werden verschiedene Wirkstoffe miteinander kombiniert. Schlägt die Behandlung an, ist HIV nach einer Weile nicht mehr im Körper nachweisbar. Wissenschaftler drücken es so aus: Die Viruslast sinkt unter die Nachweisgrenze. Der oder die Betroffene kann dann niemanden mehr anstecken, nicht einmal beim Sex. So können Menschen mit HIV sogar auf natürlichem Wege Eltern werden. Die Chancen auf eine normale Lebenserwartung bei guter Lebensqualität sind gut. Vorausgesetzt, die Behandlung beginnt rechtzeitig und die Betroffenen nehmen die Medikamente regelmäßig und lebenslang ein.

Besser geht immer

Dennoch versuchen Forschende, die bestehenden Therapien weiter zu verbessern, nebenwirkungsärmer und noch leichter anwendbar zu machen. Depotpräparate müssen nicht mehr täglich, sondern nur noch alle paar Wochen verabreicht werden. In Arbeit sind Implantate oder Mikronadelpflaster, die über eine längere Zeit Wirkstoffe freisetzen. Gesucht werden auch Ausweichtherapien, falls ein Patient oder eine Patientin auf die bisherige Behandlung nicht mehr anspricht. Vielversprechend sind Ansätze, bei denen breit neutralisierende Antikörper (broadly Neutralizing Antibodies, bNAbs) zum Einsatz kommen. Sie werden im Labor hergestellt. Das „Schnittmuster“ liefern Antikörper, die aus dem Blut von HIV-positiven Menschen gewonnen wurden. Sie können viele unterschiedliche HIV-Varianten ausschalten. Die Hoffnung ist, dass sie zukünftig die Viruslast nach nur einer Infusion über Monate stark absenken.



Hoffnung auf Impfung lebt weiter

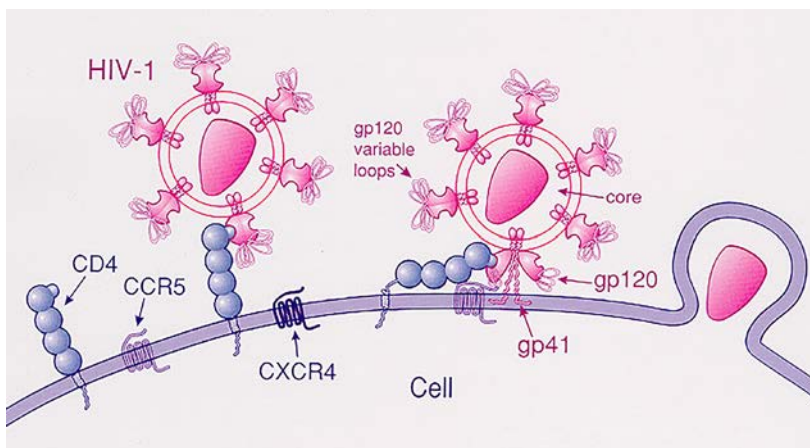
Das HI-Virus ist extrem „gerissen“. Es mutiert sehr schnell und zielt darüber hinaus genau auf jenen Teil des Körpers, der Eindringlinge normalerweise abwehrt: das Immunsystem. Es dringt in Immunzellen ein und hindert sie daran, Helfer herbeizurufen. Außerdem versteckt es sich hinter einem Schutzschild aus Zuckermolekülen und entwischt so der körpereigenen Abwehr.

Bislang ist es noch nicht gelungen, einen Impfstoff zu entwickeln, der HIV Paroli bieten kann. Doch Forschende sind hartnäckig. Nach Angaben des Verbandes der forschenden Arzneimittelunternehmen (vfa) tüfteln mehrere Firmen an mRNA-basierten Impfstoffen. Andere untersuchen, ob bNAbs eine HIV-Infektion von vornherein verhindern können. Darüber hinaus gibt es erfolgversprechende Ansätze für therapeutische Impfstoffe: Diese sollen das Immunsystem bereits infizierter Menschen stimulieren, damit die Viren es nicht mehr austricksen können.

Und schließlich: Heilung

Eine HIV-Infektion gilt bislang als unheilbar? Nicht ganz. Mittlerweile wurden drei HIV-positive Menschen nachweislich geheilt – als glücklicher Nebeneffekt einer erfolgreichen Krebsbehandlung. Sie sind als der „Berlin-“, der „London-“ und der „Düsseldorf-Patient“ bekannt geworden. Sie hatten Stammzellen gesunder Spender erhalten – woraufhin HIV aus ihrem Körper verschwunden und auch nach mehreren Jahren nicht wieder aufgetaucht ist. Das kann zwar nicht ohne Weiteres auf andere Patienten übertragen werden – die Behandlung ist

extrem aufwendig und mit einer hohen Sterblichkeit verbunden. Dennoch bringen diese Einzelfälle neue Einblicke in die Krankheitsmechanismen und könnten die HIV-Medizin voranbringen. Das gilt auch für eine kleine Gruppe von Menschen, die von Natur aus eine HIV-Infektion kontrollieren können. Eine bestimmte Variante des CCR5-Gens befähigt sie dazu, das Virus abzuwehren.



Eindringen eines HI-Virus in die Zelle: Das virale gp120 Protein bindet zunächst an eine Helferzelle CD4, erreicht aber erst über die Bindung der variablen Schleife von gp120 an einen Korezeptor – CCR5 oder auch CXCR4 – die Zellmembran derart, dass via gp41 ein Eindringen möglich wird.

© US National Institutes of Health - National Institute of Allergy and Infectious Diseases, gemeinfrei

Versuche für Gentherapien und der „Kick and kill“-Ansatz

Dies könnte den Ansatz für eine Gentherapie liefern. Unter anderem versuchen Forschende, den CCR5-Rezeptor mithilfe der Genschere Crispr/Cas9 so zu verändern, dass HIV es nicht schafft, die Wirtszellen zu kapern. Auf gleichem Wege wollen sie das HIV-Erbgut zerstören. In Tierversuchen ist ihnen das bereits gelungen. Seit November 2023 läuft dazu auch eine erste Studie an Menschen. Bislang sind keine Nebenwirkungen der Behandlung bekannt geworden.

Dann gibt es noch den „Kick and kill“-Ansatz. Dabei sollen spezielle Wirkstoffe – sogenannte LRAs (Latency Reversing Agents) – die Viren aus ihren Verstecken im Körper hervorlocken. Anschließend soll eine antiretrovirale Standardtherapie ihnen den Garaus machen. Das Konzept wurde bereits an Menschen getestet. Tatsächlich nahm dabei die Anzahl der „versteckten Viren“ in den Zellen der Probanden ab. Ob das auch bei einer größeren Anzahl von Patienten funktionieren würde, kann man aber noch nicht sagen. ◀

■ „Vielfalt tut der Forschung gut“

Dr. Philipp Schommers untersucht die Dynamik von HIV-Antikörpern

Obwohl HIV-Medikamente hochwirksam sind und auch die Übertragung des Virus effektiv verhindern können, infizieren sich jährlich über 1,2 Millionen Menschen weltweit mit HIV. Daher arbeiten Forschende weiterhin mit Hochdruck an der Entwicklung eines Impfstoffs. Große Hoffnungen ruhen dabei auf breit neutralisierenden Antikörpern, die eine HIV-Infektion verhindern können. Bislang ist es allerdings noch nicht gelungen, sie im Menschen hervorzurufen. Warum das so ist und wie die Antikörper auch die Therapie noch weiter nach vorne bringen könnten, erläutert Dr. Philipp Schommers.

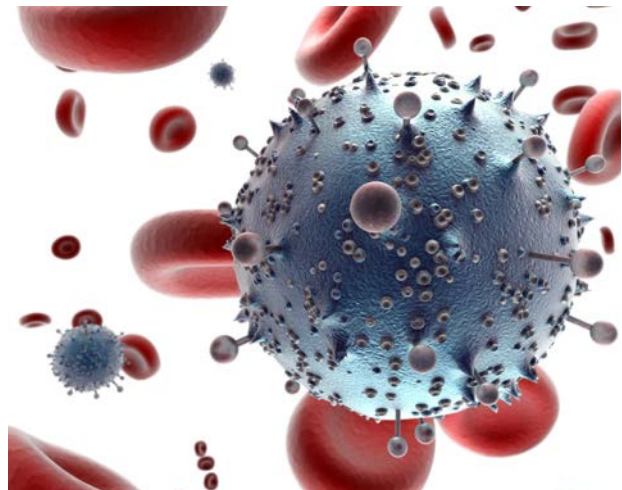
opg: Trotz jahrzehntelanger Forschung gibt es immer noch keinen Impfstoff gegen HIV. Woran liegt das?

Schommers: Generell zielen Impfstoffe darauf ab, eine Immunantwort gegen ein Virus oder Bakterium zu erzeugen, das der Körper nicht kennt. Dafür präsentieren sie dem Körper abgetötete oder Bruchstücke des Erregers oder auch abgeschwächte Krankheitserreger. Dem Körper wird so eine Infektion vorgegaukelt. Er reagiert, indem er Antikörper und Gedächtniszellen bildet. Kommt es dann zu einem echten Kontakt mit dem Virus oder Bakterium, hat der Körper eine Immunantwort parat. Die Antikörper binden an eine Stelle an der Oberfläche des Erregers, das sogenannte Antigen. Der Erreger kann sich dann nicht mehr vermehren. Bei SARS-CoV-2 ist das verhältnismäßig einfach.

Dem Körper wird bei der Impfung das Oberflächenprotein des Virus – bestimmt haben alle noch das Spike-Protein im Ohr – zugeführt. Die meisten Menschen entwickeln Antikörper und Immunzellen dagegen. Bei Kontakt mit SARS-CoV-2 erkennt das Immunsystem den typischen „Stachel“ und bekämpft das Virus, bevor es eine schwere Infektion verursachen kann.

opg: Und das klappt beim HI-Virus nicht?

Schommers: Richtig, bei HIV funktioniert das nicht. Das Virus und vor allem seine Oberflächenproteine sind sehr variabel. Die Anzahl der Virusvarianten, die allein im Kongo unterwegs sind, beträgt ein Vielfaches der weltweit zirkulierenden Influenzavarianten. Das Virus mutiert und verändert seine Oberflächenproteine ständig. Das heißt: Selbst wenn ein Mensch Antikörper und Gedächtniszellen



Die übliche Impfstoffentwicklung funktioniert beim HI-Virus nicht, weil das Virus ständig mutiert und seine Oberflächenproteine verändert. © iStock.com, muzon

gegen eine bestimmte HIV-Variante entwickelt hat, wirken diese möglicherweise nicht effektiv gegen neue Varianten. Ein Impfstoff muss deshalb nicht nur eine Immunantwort hervorrufen können, sondern gegen eine ganze Armee von HIV-Varianten antreten.

opg: Reichen die Forschungsbemühungen dafür aus?

Schommers: Der Vorwurf, HIV sei für die Pharmaindustrie nicht interessant genug, ist völliger Quatsch – es gibt Millionen Infizierte weltweit. Es gab auch schon sehr viele Impfstudien, wenn auch bislang ohne durchschlagenden Erfolg. So musste beispielsweise Anfang 2023 die Mosaico-Studie von Johnson und Johnson abgebrochen werden, weil der erprobte Vektorimpfstoff zu wenig Wirkung gezeigt hat. Doch trotz solcher Rückschläge hat die bisherige Impfstoffforschung dazu beigetragen herauszufinden, was genau ein HIV-Impfstoff können muss.

opg: Nämlich?

Schommers: Neue Forschungsansätze versuchen, breit neutralisierende Antikörper hervorzurufen – das sind Antikörper, die viele Varianten eines Virus ausschalten können. Sie zielen nicht auf ein bestimmtes Oberflächenprotein ab, sondern auf die konservierten Regionen des Virus. Das sind Regionen, die stabil und unverändert bleiben, auch wenn das Virus mutiert. Im Vergleich mit anderen Antikörpern sind sie viel komplexer in ihrer Struktur.

opg: Wie entstehen solche breit neutralisierenden Antikörper?



© MedizinFotoKöln

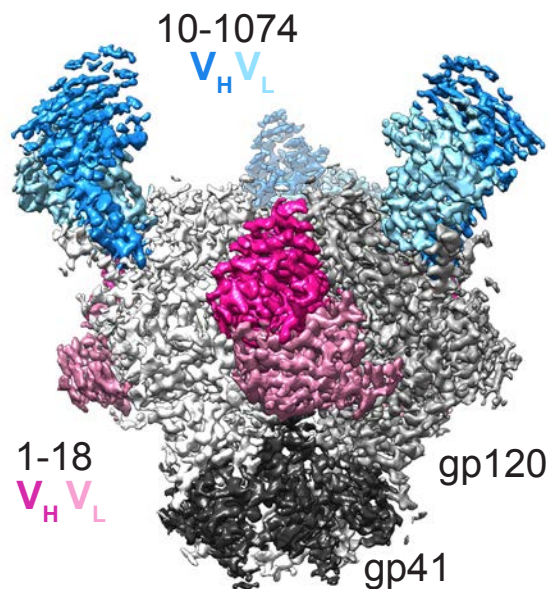
Zur Person

PD Dr. Dr. Philipp Schommers leitet das Labor Antivirale Immunität an der Klinik für Innere Medizin der Uniklinik Köln. Mit seinem Team erforscht er unter anderem die Langlebigkeit breiter neutralisierender Antikörper in HIV-infizierten Menschen. Dieses Wissen ist wichtig, um erfolgreiche Strategien für eine HIV-Impfung zu entwickeln – denn Forschende versuchen seit einigen Jahren, solche Antikörper durch eine Impfung im Menschen hervorzurufen. Auch wenn Schommers Herz für die Forschung schlägt, möchte der Internist die klinische Arbeit mit Patientinnen und Patienten nicht missen – „dafür bin ich schließlich Arzt geworden.“

Schommers: Wir tragen unzählige Baupläne für alle Antikörper gegen sämtliche Krankheitserreger in uns, mit denen unser Immunsystem jemals konfrontiert gewesen ist. So können wir gegen die meisten Viren und Bakterien sehr schnell Antikörper bilden: Treffen die Immunzellen auf das Oberflächenprotein eines Eindringlings, schauen sie in den Bauplan und bilden den passenden Antikörper. Vielleicht müssen sie noch ein oder zwei Mutationen einbauen, aber dann bindet der Antikörper an das Antigen und schaltet den Erreger aus. Breit neutralisierende Antikörper entstehen jedoch erst im Verlauf chronischer Virusinfektionen. Sie entwickeln sich, wenn sie immer wieder auf ein Virus und seine Mutationen treffen. Um diesem ständigen Wandel mit einer Impfung gerecht zu werden, verfolgen Forschende die Idee einer sequenziellen Impfung. Dabei wird dem Körper zunächst ein HIV-Oberflächenprotein zugeführt. Daraufhin bildet das Immunsystem Antikörper mit – sagen wir mal – zwei Mutationen. Zwei Monate später wird das nächste Protein verabreicht, daraufhin bilden sich Antikörper mit zehn weiteren Mutationen. Und so weiter. Nach mehreren Gaben von Oberflächenproteinen kann der Körper dann Antikörper bilden, die sehr komplex sind und HIV neutralisieren können. Es gibt schon erste Versuche im Menschen, bei denen die Vorstufen solcher Antikörper erreicht worden sind. Das ist schon ein Erfolg. Bis es aber wirklich so weit ist, dass man gezielt breit neutralisierende Antikörper gegen HIV hervorrufen kann, vergehen sicher noch zehn bis 15 Jahre.

opg: Spielen breit neutralisierende Antikörper auch in der Medikamentenforschung eine Rolle?

Schommers: Auf jeden Fall. Für Betroffen, die sich in Deutschland früh genug in einer Arztpraxis vorstellen, ist HIV im Grunde genommen kein Problem mehr. Sie müssen einmal am Tag eine Tablette nehmen, es gibt kaum noch Nebenwirkungen, die Patientinnen und Patienten haben eine normale Lebenserwartung und können niemanden mehr anstecken. Die Therapie ist also relativ nah am Ideal. Trotzdem scheint dieses Konzept in einigen Teilen der Welt nicht zu funktionieren – sei es, weil es zu teuer ist, weil die Medikamentenpackung mit einem Stigma belegt ist, weil die Medikamente nicht verfügbar sind oder der nächste Arzt zu weit weg ist. Deshalb wird an Langzeittherapien gearbeitet: Das heißt, dass statt einer Tablette am Tag alle drei bis sechs Monate eine Spritze verabreicht wird. Auch die klassischen



Kryoelektronenmikroskop-Bild von zwei Antikörpern (in Lila und in Blau dargestellt), die an das Oberflächenprotein von HIV binden. Quelle: Uniklinik Köln

antiretrovirale Medikamente können mittlerweile gespritzt werden. Da sie über Leber und Niere verstoffwechselt werden, hält die Depotwirkung allerdings nicht länger als zwei Monate an. Antikörper haben eine längere Halbwertszeit. Es ist denkbar, dass Antikörper aus Elite-Neutralisierern isoliert und anderen Patienten gegeben werden. Dann ist vielleicht nur noch alle sechs bis 12 Monate eine Spritze oder Infusion erforderlich.

opg: Was sind Elite Neutralisierer?

Schommers: Das sind HIV-infizierte Personen, die eine sehr potente und breit neutralisierende Antikörperantwort aufbauen können. Diese Antikörper wirken nicht nur gegen die Viren, denen die Elite Neutralisierer selbst ausgesetzt sind, sondern gegen alle HI-Viren weltweit. Wie das diesen Personen gelingt, hat man allerdings noch nicht herausgefunden. Wenn man das wüsste, wäre man einer Impfung schon sehr viel näher.



opg: Welche Rolle spielen mRNA-Impfstoffe in der HIV-Impfstoffforschung?

Schommers: mRNA-Impfstoffe enthalten Teile des Erbguts des Erregers, die sogenannte Messenger- oder Boten-RNA (mRNA). Die Boten-RNA liefert den Körperzellen einen Bauplan, mit dessen Hilfe sie ein Virenprotein herstellen können. Das Immunsystem erkennt das fremde Protein und wehrt es ab. Mit

welcher Technologie dieses Protein in den Körper eingebracht wird, ist aber eigentlich egal. Weil man für eine sequenzielle HIV-Impfung wahrscheinlich verschiedene Oberflächenproteine nacheinander benötigt, damit sich breit neutralisierende Antikörper bilden, ist es jedoch durchaus denkbar, dass sie per mRNA-Impfung verabreicht werden. Eine mRNA-Sequenz für ein Protein herzustellen ist wesentlich kostengünstiger als das Protein selbst.

opg: Hat Corona die Impfstoffforschung beflügelt?

Schommers: Extrem. Zum einen haben Forschende weltweit SARS-COV-2 untersucht. Zum anderen ist sehr viel Geld in die Firmen geflossen, die es braucht, um neue Technologien umzusetzen. Deshalb tummeln sich auf diesem Gebiet sehr viele neue Player. Ich glaube, dass diese Vielfalt der Forschung sehr gut tut. ◀

■ „Das HI-Virus hat besondere Herausforderungen“

Prof. Hendrik Streeck zu Impfstoffforschung und mRNA-Technologie

Corona hat eine andere Virus-Pandemie zeitweise in den Hintergrund treten lassen: das Humane Immundefizienz-Virus – HIV. Dabei hätte man einiges aus den Erfahrungen im Kampf gegen das HI-Virus lernen können, meint Prof. Hendrik Streeck und nennt *enabling strategies* als zentrales Instrument.

opg: Herr Prof. Streeck, Sie sind kurz vor der Pandemie Direktor des Instituts für Virologie an der Uni Bonn geworden. Dann gab es für Sie quasi nur noch ein Thema: Sars-CoV-2. Gibt es Parallelen zwischen Ihrem Forschungsschwerpunkt HIV und Corona?

Streeck: In der Tat war unser Forschungsschwerpunkt nicht ausschließlich auf ein einzelnes Thema begrenzt. Wir haben auch weiter an HIV geforscht, obwohl dessen Präsenz in der öffentlichen Wahrnehmung durch die Pandemie vermindert wurde. Wir können sehr viel aus der HIV-Pandemie lernen. Ein verbreiteter Irrglaube während der Pandemie betraf den Umgang mit solchen globalen Gesundheitskrisen. Obwohl sich die Aufmerksamkeit plötzlich einem neuen Virus zuwandte, dürfen wir nicht vergessen, dass im Kampf gegen HIV bereits seit drei bis vier Jahrzehnten bedeutende Erfahrungen im Pandemiemanagement gesammelt wurden. Diese langjährige Erfahrung lehrt uns, dass im Bereich der öffentlichen Gesundheit und Pandemiebekämpfung Verhaltensänderungen und Ermöglichungsstrategien – ‚enabling strategies‘ – zentral sind.

opg: Wie funktioniert das?

Streeck: Diese Ansätze zielen darauf ab, Menschen zu konstruktiveren Handlungen zu motivieren, ohne sie zu zwingen. Beispiele für solche Verhaltensweisen sind die Nutzung von Kondomen oder Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Ebenso kritisch ist ein robustes Monitoring in der Infektionsprävention, wobei Test- und Behandlungsstrategien („Test and Treat“) effektiv Infektionsketten durchbrechen können, ohne restriktive Maßnahmen wie Verbote zu erfordern. Ein Beispiel für einen umstrittenen Vorschlag zu Beginn der HIV-Pandemie war die Forderung nach einem Sexverbot.



„Wir können sehr viel aus der HIV-Pandemie lernen. Ein verbreiteter Irrglaube während der [Corona-] Pandemie betraf den Umgang mit solchen globalen Gesundheitskrisen.“ © iStock.com, metaworks

opg: Die neue mRNA-Technologie wird als Durchbruch bei Corona-Viren gefeiert. Birgt sie auch Potenzial gegen HI-Viren?

Streck: Das HI-Virus hat eine Reihe von besonderen Herausforderungen: Zum einen ist die Struktur des Oberflächenproteins des Virus außergewöhnlich komplex, was seine Nachbildung und Stabilisierung in seiner natürlichen Form erschwert. Zweitens zeichnet sich HIV durch eine außerordentlich hohe Diversität aus, was bedeutet, dass das Virus in vielen verschiedenen Varianten existiert, die alle bekämpft



„Die mRNA- Technologie birgt den großen Vorteil, dass wir schneller damit arbeiten und unterschiedliche Konzepte testen können, aber es wird die grundlegenden Probleme nicht aufheben.“ © iStock.com, undefined

werden müssen. Auch ist die Angriffsfläche vom HI-Virus insgesamt geringer. Während das Coronavirus einige hundert Moleküle auf der Oberfläche hat, werden bei HIV im Durchschnitt 14 gezählt.

Die mRNA-Technologie birgt Vorteile, stößt aber bei der Überwindung dieser spezifischen Herausforderungen an Grenzen. So wird das Oberflächenprotein auf natürliche Weise durch die Muskelzellen gebildet und muss nicht erst im Labor hergestellt werden. Gleichzeitig lässt sich so eine höhere Diversität des Oberflächenproteins einbringen, um verschiedene Stränge und Subtypen des Virus abzudecken. Zusätzlich haben wir die Möglichkeit, HIV-Impfstoffe viel schneller zu testen, weil die Entwicklung unkomplizierter ist. Summa summarum: Die mRNA- Technologie birgt den großen Vorteil, dass wir schneller damit arbeiten und unterschiedliche Konzepte testen können, aber es wird die grundlegenden Probleme nicht aufheben.

opg: Was ist aus ihrer Sicht der letzte große Erfolg oder Durchbruch in der HIV-Forschung?

Streck: Da fallen mir ad hoc insbesondere zwei Entwicklungen ein. Für mich persönlich ist ein vielversprechender Erfolg – auch weil er sehr aktuell ist und neue Pfade ermöglicht - Lenacapavir, ein Kapsid-Inhibitor, eine neue Klasse eines Medikaments. Diese Entwicklung wirft neue Fragen über den Lebenszyklus des Virus auf und der Kapsid-Inhibitor eröffnet neue Forschungswege. Global gesehen mit direktem Einfluss auf das Infektionsgeschehen ist in meinen Augen der größte Durchbruch die Präexpositionsprophylaxe gewesen. Speziell die PrEP, die sich injizieren lässt, mit einer Wirksamkeit von rund acht Wochen. Heißt: Eine Spritze alle acht Wochen bietet einen phänomenal guten Schutz vor einer HIV-Infektion - gerade in Ländern mit hoher Prävalenz, wie Südafrika, ist das ein Durchbruch.

opg: Ich vermute, bei der Wahl zwischen Pille und Spritze entscheiden sich die meisten für Ersteres?

Streck: Ich schätze, zumindest in der westlichen Welt stimmt das. In unseren Breiten wird die Pille bevorzugt – Spritzen bergen immerhin ein Schmerzrisiko. Wird die PrEP außerdem mit der Behandlung von z.B. Syphilis kombiniert, kann das schon sehr unangenehm werden. Aber: Eine Injektion bietet den Vorteil, dass man nicht an die Tabletten denken muss und kann vor Stigmatisierung schützen. In Regionen, wie Südafrika, die heute noch mit Vorurteilen zu kämpfen haben, ist es teils risikoärmer, alle zwei Monate zum Arzt zu gehen. Statt die Tabletten täglich mitführen und einnehmen zu müssen.

opg: Im vergangenen Jahr wurde die Mosaico-Studie, die einen hoffnungsvollen HIV-Impfstoffkandidaten in der klinischen Prüfung hatte, abgebrochen. Studien mit negativem Ergebnis bringen allerdings auch Erkenntnisgewinn – können Sie das unterschreiben? Und welche Erkenntnisse bringt dieser Misserfolg?

Streck: Zuerst: Das Ergebnis ist sehr enttäuschend. Auch ich hatte glaubte, dass dieser Impfstoff einen gewissen Erfolg verzeichnen wird und bis heute gibt es keine richtige Erklärung für den fehlenden Effekt. Derzeit werden mit hoher Priorität Korrelate des Schutzes gesucht, auch um zu verstehen, was vielleicht schief gelaufen ist, obwohl man im Tiermodell so gute Ergebnisse erzielt hatte. Das ist alles noch sehr theoretisch. Es wird viel modelliert, für feste Schlussfolgerungen ist es noch zu früh – allerdings wird ein Muster aus allen unterschiedlichen Impfstoffversuchen der letzten Jahrzehnte erkennbar: Eine bestimmte Art von Antikörpern ist assoziiert mit einem Schutz. Selbst wenn es also für Konklusionen zu früh ist, zeigen die ersten Ergebnisse, dass diese Immunantworten auch hier eine Rolle gespielt haben könnten.

Zur Person

Der Mediziner Prof. Hendrik Streck ist einer breiteren Öffentlichkeit in der Corona-Pandemie bekannt geworden. Der Virologe ist seit Oktober 2019 Direktor des Institutes für Virologie am Universitätsklinikum Bonn und war Mitglied des Corona-Expertenrats der Bundesregierung. Die politischen Aktivitäten im Rahmen der Covid-19-Pandemie haben Streck Geschmack auf eine politische Verantwortungsübernahme gemacht. Für die nächste Legislatur strebt er ein Bundestagsmandat an. Er ist Mitglied der CDU.



opg: Das ist vorerst nur eine Vermutung?

Streack: Ja, das sind lediglich erste Ergebnisse, die nur eine geringe Aussagekraft haben. Es bleibt, die PrEP und langwirkende injizierbare PreP Präparate. Beide Methoden bieten einen signifikanten Schutz und haben das Potenzial, die weltweiten Übertragungsraten erheblich zu reduzieren. Angesichts dieser Fortschritte schliesst sich das ‚Window of Opportunity‘ für die Entwicklung und den Test eines neuen HIV-Impfstoffs.

opg: Der Wirkstoff Lenacapavir, erster Vertreter einer neuen Wirkstoffklasse wurde in Deutschland nicht auf den Markt gebracht. Das hat eine versorgungsrelevante und eine gesundheitspolitische Dimension. Wie beurteilen Sie das?

Streack: Grundsätzlich finde ich das extrem misslich, dass dieser Wirkstoff in Deutschland nicht auf dem Markt ist, dabei denke ich besonders an zwei Aspekte. Sicherlich: Inwieweit ein Zusatznutzen für Lenacapavir im Vergleich zu anderen Medikamenten unter den neuen AMNOG-Bedingungen abbildbar gewesen wäre, darüber lässt sich bestimmt diskutieren. Aber Lenacapavir bietet enormes Potenzial für die Forschung, um komplexe Mechanismen zu verstehen. Zweitens hat der Wirkstoff Lenacapavir das Potential eine Präexpositionsprophylaxe mit einer Bioverfügbarkeit von 24 Wochen. Das würde quasi nur eine subkutane Injektion zweimal im Jahr bedeuten. Auch bedeutet so ein Fortschritt eine Lebenserleichterung für den Patienten, da die Tablettenanzahl reduziert werden könnte. Während andere Länder auf der Basis forschen, ist Deutschland leider abgeschnitten. Problematisch ist also, dass der Wirkstoff eben mehr kann als Zusatznutzen für einige Patienten zu bieten – stattdessen trägt er auch das Potenzial, eine Lebenserleichterung herbeizuführen.

opg: Sie sprechen von einer Bioverfügbarkeit von 24 Wochen. Das Jahr hat 52 – ab wann spricht man eigentlich von einer Impfung?

Streack: Eine Impfung ist ja klassisch gesehen eine Injektion von Erregern oder deren Bestandteile, um eine natürliche Immunität im Körper zu erzeugen. Hierbei handelt es sich eher um eine Chemoprophylaxe oder chemische Impfung, also ein Medikament, dass in den Viruszyklus und seine Vermehrung eingreift.

opg: Coronaviren mit ihrem pandemischen Gefahrenpotenzial haben nicht nur große Aufmerksamkeit erfahren, sondern es werden auch viele Forschungsgelder in sie investiert. Bekommen Forscher diese Viren-Konkurrenz zu spüren?

Streack: Ja, ich denke schon. Wo ein politischer Wille ist, da ist auch ein Weg. Das haben wir bei der Entwicklung des Corona-Impfstoffes gesehen. In 40 Jahren HIV Impfstoffforschung wurden nur acht Impfstoffe in die klinische Testphase 2b/3 geführt, bei Corona waren es im ersten Jahr über 30 Impfstoffe, die getestet wurden – allein das zeigt einen enormen Unterschied. Das Bundesforschungsministerium verweist bei der HIV-Impfstoffforschung auf europäische Fördergelder, aber fördert HIV Impfstoffforschung nicht selbst. Das gilt es zu kritisieren, denn für Corona standen in diesen Bereichen sofort die Gelder zur Verfügung. Das europäische Konsortium nimmt an, dass die HIV-Forschung in Gefahr ist. In einem Brief plädieren sie, dass die Länder sich nicht vor der HIV-Forschung verschließen sollen. Besonders nicht vor der HIV-Impfstoffforschung – diese ist im europäischen Bereich nicht mehr im Horizont-Programm an vorderster Linie wie zuvor. Allerdings gab es früher schon Konsortien für HIV-Impfstoffforschung, die von der EU gefördert wurden – die wurden beendet.



opg: Sie sind Wissenschaftler, haben aber auch politische Ambitionen. Deshalb die Frage: Hat die Politik nach der Pandemie die richtigen Schlüsse mit dem Umbau des Robert Koch-Instituts gezogen? Es wird sich künftig allein um Infektionskrankheiten kümmern.

Streack: Ich finde diese behördliche Trennung ernüchternd. Das RKI selbst wird massiv entmachtet und eingeschränkt. Dabei gab es gerade die einmalige Chance, das Institut neu zu strukturieren und zu stärken. Die Trennung zwischen übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten wirkt künstlich und ist in der Praxis oft nicht eindeutig umsetzbar. Beispiele wie ME/CFS, Long Covid oder MS, bei denen virale Faktoren eine Rolle spielen könnten, verdeutlichen die Schwierigkeit einer solchen Abgrenzung.

Auf der anderen Seite müssen solche Dinge auch kommunikativ gemeinsam gedacht werden. Vielmehr hätte ich mir gewünscht, das RKI zu stärken und mit der BZgA zusammenzuführen. Statt einer Aufspaltung wäre eine interne, aber flexible Strukturierung innerhalb des RKI sinnvoller gewesen, um spezialisierten Forschungsbereichen mehr Autonomie zu ermöglichen, während gleichzeitig die Synergien zwischen verschiedenen Disziplinen genutzt werden. Aber dieses Auseinanderfleddern ist in meinen Augen nicht förderlich. ◀

„Wo ein politischer Wille ist, da ist auch ein Weg. Das haben wir bei der Entwicklung des Corona-Impfstoffes gesehen.“
© stock.adobe.com, Mongkolchon



Autoren dieser Ausgabe, von links: Jana Ehrhardt-Joswig, Lisa Braun und Anna Fiolka © pag, Fiolka

IMPRESSUM

OPG – Operation Gesundheitswesen, ISSN 1860-8434, 2024, 22. Jahrgang
pag Presseagentur Gesundheit GmbH, Albrechtstraße 11, 10117 Berlin
Tel.: 030 - 318 649-0, Mail: news@pa-gesundheit.de, Web: www.pa-gesundheit.de

Geschäftsführer: Lisa Braun, Michael Pross, Herausgeberin: Lisa Braun

Redaktion: Lisa Braun (verantwortlich), Jana Ehrhardt-Joswig; Bildredaktion und
Layout: Anna Fiolka

Druck: PIEREG Druckcenter Berlin GmbH

Alle Texte und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. © PAG 2024. Es gelten ausschließlich die vertraglich vereinbarten Geschäfts- und Nutzungsbedingungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

pag Presseagentur
Gesundheit

»Wir erklären
Gesundheitspolitik«

www.pa-gesundheit.de