

HIV/Aids heute

Epidemiologie Welt

Schätzungen der UN Aids: HIV/Aids weltweit ¹				
	Menschen mit HIV/Aids	Neuinfektionen	... davon Kinder	Tote (aidsbedingte Krankheiten)
2010	-/-	2,1 Millionen	1,2 Millionen	280.000
2018	37,9 Millionen	1,7 Millionen	770.000	160.000
Veränderung zu 2010		-20 %	-41%	-33 %

90-90-90 Ziele²:

Von allen Menschen, die mit HIV leben, kannten Ende 2018 **79%** [Ziel: 90%] ihren HIV-Status, **62%** [Ziel: 81%] hatten Zugang zu einer Behandlung und **53%** [Ziel: 73 %] wurden viral unterdrückt.

Epidemiologie Deutschland

Zahl der ans RKI gemeldeten HIV-Neu-DIAGNOSEN in Deutschland ³								
	nach Geschlecht			nach Übertragungsweg				
	Gesamt	Männer	Frauen	MSM	Hetero	i.v.D.	Mutter/Kind	unbekannt
2017	3.145	2.499	646	1.621	788	116	18	607
2018	2.855	2.225	630	1.421	746	145	19	532
Veränderung zum Vorjahr	-9,2 %	-11,0 %	-2,5 %	-12,3 %	-5,3 %	+25 %	+5,6 %	-12,4 %

Da das Diagnosejahr in vielen Fällen nicht dem Jahr der Ansteckung entspricht, ist für die Einschätzung der epidemiologischen Entwicklung die **Schätzung der Neuinfektionen** durch das RKI aufschlussreicher⁴:

Zahl der vom RKI geschätzten HIV-Neu- INFEKTIONEN in Deutschland							
	nach Geschlecht			nach Übertragungsweg			
	Gesamt	Männer	Frauen	MSM	Hetero	i.v.D.	Mutter/Kind
2017 ⁵	2.600	2.100	510	1.700	620	260	< 10
2018 ⁶	2.400	2.000	440	1.600	530	310	< 10
Veränderung zum Vorjahr	- 7,7 %	- 4,7 %	- 13,7 %	- 5,9 %	- 14,5 %	+ 19,3 %	+/- 0

Seit 2015 ist die Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland rückläufig, im Jahr 2018 wird die Zahl auf 2.400 geschätzt und liegt damit noch unter der geschätzten Zahl der Neuinfektionen 2017. Eine Ausnahme bilden die Neuinfektionen bei intravenös-drogengebrauchende Menschen (i.v.D.). Die Zahlen steigen hier seit 2012 an.

Im Jahr 2019 leben **insgesamt ca. 87.900** Menschen mit HIV/Aids in Deutschland.

¹ <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

² Das gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für HIV/ AIDS – UNAIDS hat als Ziel („90-90-90 Ziel“) formuliert, dass bis zum Jahr 2020 mindestens 90% aller Menschen mit HIV diagnostiziert sein sollten und von diesen auch wieder mindestens 90% antiretroviral behandelt werden sollten. Bei mindestens 90% der Therapierten sollte kein HI-Virus mehr im Blut nachweisbar sein („unter der Nachweisgrenze“).

³ Survstat-Abfrage RKI, Stand 01.03.2020

⁴ Hier werden vom RKI nur Infektionen, die sich in Deutschland ereignet haben und Auslands-Infektionen von Menschen deutscher Herkunft berücksichtigt

⁵ Epidemiologisches Bulletin 47/2018

⁶ Epidemiologisches Bulletin 46/2019

Behandelbarkeit von HIV/Aids und die Konsequenzen

- Sehr wirkungsvolle Medikamente ermöglichen heute den meisten HIV-Positiven ein fast normales Leben bei guter Lebensqualität und verhindern, dass es zu einer Aids-Erkrankung kommt.
- Behandlung i.d.R. mit 1-2 Tabletten, 1x täglich
- Bei modernen HIV-Medikamenten kaum bis wenig Nebenwirkungen
- Für Menschen mit HIV, die sich in den letzten Jahren infiziert haben, ist die Lebenserwartung voraussichtlich kaum geringer als die anderer Menschen.⁷
- Das Stadium Aids gilt bei rechtzeitiger Diagnose als „vermeidbare Komplikation der HIV-Infektion“ / Behandlungsfehler (RKI)⁸
- Medikamente können die Vermehrung von HIV im Körper verhindern. Diese Medikamente sorgen bei den meisten Menschen dafür, dass im Körper kein Virus mehr nachweisbar ist. Menschen mit einer „Viruslast unter der Nachweisgrenze“ können HIV beim Sex und z.B. bei Blutkontakten nicht weitergeben (n=n; nicht nachweisbar = nicht übertragbar).⁹ Dies ist allerdings nur 10% der Menschen in Deutschland bekannt¹⁰
- Bei mehr als **95%** aller HIV-positiven Menschen unter Therapie liegt die Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze – diese sind also nicht infektiös¹¹. Selbst unter Berücksichtigung der angenommenen Zahl Nicht-Getesteter Positiver, sind mehr als **3 von 4 (78%)** aller HIV-Positiven nicht mehr infektiös.
- Auch biologische Vater- und Mutterschaft stellen unter dieser Voraussetzung kein Problem mehr dar. Bei der Zeugung, der Schwangerschaft und der Geburt besteht für die Partner*innen und das Kind kein Ansteckungsrisiko. Für eine Übertragung beim Stillen auf das Kleinkind gibt es bei Frauen mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze keine Beweise.¹²
- Die Gruppe der Menschen mit HIV wird immer älter: Der Anteil der HIV-Infizierten unter 40 Jahren bleibt seit über 25 Jahren erstaunlich konstant. In dieser Zeit hat sich der Anteil der über 40-jährigen jedoch etwa verfünffacht. 2018 lag der Anteil der „Generation 50+“ bereits bei 42% aller Infizierten¹³. **Gründe:**
 - **Behandlungserfolge:** Verlängerung der Lebenszeit HIV-Positiver durch verbesserte Therapien
 - **Zunahme an Infektionen** in der 2. Lebenshälfte

⁷ www.aidshilfe.de

⁸ Epidemiologisches Bulletin 38/2016

⁹ „Wird die mit HIV infizierte Indexperson erfolgreich mit antiretroviralen Medikamenten behandelt (d.h. Viruslast bei der letzten Kontrolle unter 50 Viruskopien/ml, kontinuierliche Einnahme der Medikamente), muss bei akzidentellen Verletzungen und bei Sexualkontakten nicht mit einer übertragungsrelevanten Exposition gerechnet werden.“ Deutsch-Österreichische Leitlinien zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion 2013

¹⁰ <https://wissen-verdoppeln.hiv/>

¹¹ Epidemiologisches Bulletin 46/2019

¹² <https://magazin.hiv/2018/09/05/stillen-und-hiv/> Quelle: Kahlert C et al. Is breastfeeding an equipoise option in effectively treated HIV-infected mothers in a high-income setting? Swiss Medical Weekly, 148:w14648, 2018

¹³ Epidemiologisches Bulletin 46/2019

Auch Aids ist nicht mehr das, was es mal war!

Für die Glaubwürdigkeit der Aidshilfe(n) ist es wichtig ein aktuelles Bild von HIV/Aids zu vermitteln und nicht an den Bildern vom „alten Aids“ festzuhalten, wie es der Realität in den 80er/90er Jahren entsprach. Die große Gefahr besteht, von aufgeklärten und informierten Teilen der Zielgruppen und den Betroffenen nicht mehr als ernstzunehmender, sachkundiger Ansprechpartner anerkannt zu werden. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Aufklärung und Prävention. Nur durch die Vermittlung eines authentischen und zeitgemäßen Bildes des Lebens mit HIV/Aids ist es möglich, sich weiterhin wirkungsvoll gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Kriminalisierung der HIV-Infektion sowie der Hauptbetroffenengruppen zur Wehr zu setzen, einer Entsolidarisierung vorzubeugen und vertrauenswürdige Aufklärungsarbeit zu gestalten.

„Altes Aids“	„HIV/Aids aktuell“
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung ist oft nur ein „Hinauszögern“ des Stadiums Aids. • Zeit gewinnen bis neue Therapieoptionen erhältlich sind. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exzellente Behandelbarkeit der HIV-Infektion • Keine Progression der HIV-Infektion unter wirksamer Therapie • Stadium Aids ist eine „vermeidbare Komplikation der HIV-Infektion“ (RKI)
<ul style="list-style-type: none"> • Mäßig wirksame (Mono-) Therapien • Häufiges Versagen der (Mono-) Therapien (Resistenzentwicklung!) 	<ul style="list-style-type: none"> • ab 1996 Hoch Aktive Antiretrovirale Therapie (HAART = potente Kombinationstherapie mit 3 Wirkstoffen) Aktuell genauer als „Moderne antiretrovirale Kombinationstherapie“ bezeichnet (da mit 2 bis 3 Wirkstoffen durchführbar) • Umstellungen meist nur noch zur Therapieoptimierung (NW, WW, Komorbiditäten)
<ul style="list-style-type: none"> • Medikamente mit erheblichen Nebenwirkungen • Nebenwirkungen wie Lipodystrophie (Verlust des Unterhautfettgewebes) stigmatisieren zusätzlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Gut verträgliche Therapien • Wenig Nebenwirkungen (falls Nebenwirkungen auftreten: Breite Palette unterschiedlicher Wirkstoffe, Umstellen der Therapie i.d.R. unproblematisch)
<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Anzahl verschiedener Tabletten • 3-5 x täglich • Unterschiedlichste Einnahmeverfahren • Höchste Compliance notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> • 1x tgl. 1(-2) Tabletten • „verzeihende Regime“ bei ausgelassenen Dosen • Alternative Darreichungsformen kurz vor Zulassung: z.B. intramuskuläre Injektionen (alle 4-8 Wochen)
<ul style="list-style-type: none"> • Schnelle Krankheitsprogression, hohe Sterblichkeit, Siechtum 	<ul style="list-style-type: none"> • Normale Lebenserwartung bei guter Lebensqualität
<ul style="list-style-type: none"> • Stadium Aids ist „Todesurteil“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Gute Behandlungserfolge selbst bei Aidspatient*innen • Diagnose Aids ist schon lange keine „Einbahnstraße“ mehr
<ul style="list-style-type: none"> • Meist lebenslange Infektiosität 	<ul style="list-style-type: none"> • 95% der Menschen unter Therapie sind mit ihrer Viruslast unter der Nachweisgrenze: • → Keine Infektiosität beim Sex oder bei Blutkontakten
<ul style="list-style-type: none"> • Bei Kinderwunsch nur assistierte Reproduktion möglich (z.B. „Spermawäsche“) • Geburt durch Kaiserschnitt • Restrisiko der HIV-Übertragung bleibt bestehen 	<ul style="list-style-type: none"> • natürliche Zeugung, Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt möglich, wenn Viruslast der/des HIV-pos. Partner*in unter der Nachweisgrenze ohne Risiko für HIV-neg. Partner*in und Kind

Und trotzdem ...

... erleben viele Menschen die Mitteilung einer HIV-Diagnose noch als einen dramatischen Einschnitt in ihrem Leben, als Beschädigung der eigenen Person, ihrer körperlichen und seelischen Integrität, als „Schandfleck“ und „Makel“. Denn auch bei vielen von ihnen sind die Bilder vom „alten Aids“ und überkommene moralische Bewertungen noch wirksam.

→ Hier ist es die Aufgabe von Aidshilfe(n) diesen Bildern und Wertungen mit sachlichen und aktuellen Informationen zu begegnen und aufzuklären sowie für Betroffene bedarfsgerechte Hilfs- und Unterstützungsangebote anzubieten. Besondere Sorgfalt ist bei der öffentlichen Kommunikation (z.B. bei der Erstellung von Infomaterialien) geboten, um sicherzustellen, dass sich überholte Vorstellungen nicht noch zusätzlich verfestigen und eventuell bestehende Ängste verstärkt werden.

Andere haben selbst - als so genannte „Langzeitpositive“ - die Aidskrise er- und überlebt und die Traumatisierungen dieser Jahre wirken fort.

→ Für sie gilt es, eine optimale Unterstützung und Versorgung im medizinischen sowie bei Bedarf im psychologischen Bereich sicherzustellen.

Ein Großteil der Probleme von Menschen mit HIV/Aids liegen heute im sozialen Bereich. Menschen mit HIV werden nach wie vor diskriminiert und abgewertet. Häufig ist die HIV-Infektion noch ein zusätzliches Stigma, da allein schon die Zugehörigkeit zu einer der Hauptbetroffenengruppen (Schwule, MSM, Drogenbenutzer, Menschen mit Migrationsgeschichte, Trans*-Personen ...) einen Diskriminierungsgrund darstellt. Eine Mehrfach-Diskriminierung ist für Menschen mit HIV/Aids häufig alltäglich.

→ Im Sinne der **strukturellen Prävention** muss Aidshilfe daher auch politisch agieren, um die Lebenssituation der marginalisierten Gruppen zu verbessern und ihren berechtigten Forderungen Gehör zu verschaffen.

Menschen mit HIV brauchen neben Solidarität und Akzeptanz ihrer Mitmenschen nach wie vor vielfältige Unterstützungsangebote und Empowerment um ihnen ein gelingendes Coping mit ihrer jeweiligen Situation zu ermöglichen. Diese unterstützenden Leistungen können durch die Aidshilfe(n) nur dann glaubwürdig erbracht werden, wenn in der Kommunikation mit Hilfesuchenden und nach außen ein zeitgemäßes Bild der HIV-Infektion transportiert wird. Die Kommunikation eines realistischen Bildes von HIV/Aids in die Allgemeinbevölkerung trägt auch dazu bei Berührungsängste und Stigmatisierung abzubauen.

... das medizinische Problem ist heute meist nicht mehr die HIV-Infektion selbst, sondern die (späte) Diagnose!

- **90 : 90 : 90 -Ziele**¹⁴: Deutschland scheidet 2019 knapp (88%) an der ersten Hürde!
- Aktuell wissen mehr als **10.000** Menschen in Deutschland noch nichts von ihrer HIV-Infektion.
- Jedes Jahr erhalten ca. **1.000** Menschen ihre Diagnose erst bei fortgeschrittenem Immundefekt¹⁵. Somit ist jede dritte Diagnose in Deutschland eine Spätdiagnose. **460** Menschen wurden 2018 erst im symptomatischen Aidsstadium diagnostiziert (entspricht 15% aller Neudiagnosen).¹⁶
- Betroffen von späten Diagnosen sind in besonderem Maße heterosexuelle Menschen. IVD und MSM werden im statistischen Durchschnitt früher diagnostiziert. Bei den späten Diagnosen gibt es ein deutliches Stadt-/Landgefälle.¹⁷ In Großstädten werden HIV-Infektionen meist früher diagnostiziert.
- Bei späten Diagnosen oder Aidsdiagnosen ist nicht immer gewährleistet, dass HIV-Patienten im vollen Umfang von den Therapien profitieren können.
- Lösungsstrategien:
 - Niedrigschwiligen Zugang zu Community-nahen Beratungs- und Testmöglichkeiten (z.B. CHECKPOINT) ausbauen
 - Sensibilisieren von Hausärzten für HIV-Indikatorerkrankungen (z.B. Gürtelrose, Soor)
 - Enttabuisieren der Themen HIV/Aids und Sexualität im ärztlichen Beratungskontext
 - Alternative Testmöglichkeiten (z.B. Selbsttests) bekannter machen
 - für ländliche Gebiete mit eingeschränkter (HIV-)Infrastruktur: Bereitstellen von Informationsportalen zu Beratungs-, Test- und Hilfsangeboten in der Region
 - Sensibilität bei der Formulierung von Präventionsaussagen und in der öffentlichen Kommunikation: Verstärken unsere Botschaften eventuell bestehende Ängste oder Hemmnisse bei den Zielgruppen (z.B. um eine Test-Beratung in Anspruch zu nehmen)?

¹⁴ Das gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für HIV/ AIDS – UNAIDS hat als Ziel („90-90-90 Ziel“) formuliert, dass bis zum Jahr 2020 mindestens 90% aller Menschen mit HIV diagnostiziert sein sollten und von diesen auch wieder mindestens 90% antiretroviral behandelt werden sollten. Bei mindestens 90% der Therapierten sollte kein HI-Virus mehr im Blut nachweisbar sein („unter der Nachweisgrenze“).

¹⁵ Stadium AIDS oder CD4-Zellzahl unter 200 Zellen; Epidemiologisches Bulletin 46/2019

¹⁶ Epidemiologisches Bulletin 46/2019

¹⁷ Epidemiologisches Bulletin 46/2019