

PROJEKT INFORMATION

Herausgegeben von Projekt Information e.V. -
Aktuelle Informationen zu HIV, Hepatitis- und anderen Viren.

April / Mai / Juni 2026



Globale HIV-Programme bedroht Wie geht es weiter mit UNAIDS?

Leider scheinen die schlechten Nachrichten nicht abzureißen. Auch um das HIV-Programm der Vereinten Nationen ist es nicht gut bestellt.....S. 6

Mythen und Fakten über das Immunsystem

Unser Immunsystem ist extrem komplex. Vieles ist noch unerforscht. Aber einige Dinge wissen wir..... S. 11

Was war neu auf der CROI?

Die wichtigste HIV-Konferenz des Jahres fand diesmal in Denver, Colorado statt. Wir haben für Sie wichtige Neuigkeiten aus der Fülle der Nachrichten herausgepickt..... S. 3

Editorial

von Siegfried Schwarze 2

Medizin & Forschung

HIV und geistige Leistungsfähigkeit 13
Neuer immunologischer Ansatz in der Heilungsforschung:
Antikörper + T-Zellen 14

Grundlegend & Wissenswert

Zweifachkombi trotz Resistenz? 16

Leben mit HIV

„Wie aus heiterem Himmel“? Warum Prävention sich lohnt ...17
Schlafprobleme bei Menschen mit HIV 19

Politik & Soziales

Einwanderung, Armut und HIV-Risiko in den Niederlanden

Projekt Information e.V.

Impressum - NEUE ADRESSE ab 01.04.2026! 23

Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung 2026 ...24

Liebe Mitglieder,

“Projekt Information” zieht wieder einmal um! Langjährige Mitglieder erinnern sich vielleicht noch: Von den Anfangszeiten in der Baaderstraße in München zog der Verein in die Ickstattstraße, von dort dann in die Lietzenburger Straße in Berlin und jetzt sind wir in der Motzstr. 47, mitten in Schöneberg angekommen. Das wird uns hoffentlich helfen, die Kosten der Vereinsführung zu reduzieren. Bitte richten Sie alle schriftliche Kommunikation ab sofort an die neue Adresse. Auch Telefon- und Faxnummern haben sich geändert. Die neuen Nummern finden Sie im Impressum!

Auch in der Arbeit am Heft hat sich einiges geändert: Die “künstliche Intelligenz” ist aus unserer Arbeit inzwischen nicht mehr wegzudenken. Da wir nur ein sehr kleines Team sind, hilft uns die KI (wir verwenden vor allem ChatGPT und Claude), bei der Fülle an Neuigkeiten, die jeden Tag veröffentlicht werden, besser den Überblick zu behalten. Auch Übersetzungen und Zusammenfassungen, die in der Vergangenheit sehr viel Zeit gekostet haben, erledigt die KI zuverlässig. Aber das “letzte Wort” hat bei uns immer noch ein Mensch. Wir bestimmen immer noch die Ausformulierung der Texte und die Schwerpunkte, die wir setzen. Auch kommt es immer wieder vor, dass die KI wichtige Dinge einfach übersieht oder bestimmte Aspekte nicht aufgreift oder auch “erfindet” (halluziniert). Menschen, die mit HIV leben, haben eben oft einen ganz eigenen Blick auf die Dinge, der sich (noch?) nicht durch Maschinen ersetzen lässt.

Dennoch ist die Unterstützung (z.B. auch bei der Generierung der Textillustrationen) eine große Hilfe, genauso wie das Korrekturlesen und Redigieren der Texte. Leider kann die KI bisher das Layout nicht übernehmen; das ist immer noch mühsame Handarbeit...

Neben HIV nehmen im täglichen Leben inzwischen vermehrt auch andere Erkrankungen und Infektionen Raum ein. Nehmen wir nur Covid: In der vergangenen Erkältungssaison sah man kaum noch jemanden, der in die Armbeuge gehustet oder geniesst hätte. Entweder in die Hände oder munter in die umstehende Menschenmenge! Haben wir denn in der Pandemie überhaupt nichts gelernt!? Auch Händeschütteln und Küsschen auf den Mund zur Begrüßung sind wieder gesellschaftsfähig. Die Viren freut es.



Und noch eine andere Infektion ist fast schon wieder aus dem Bewusstsein verschwunden: Mpox (früher “Affenpocken”). Nach dem Ausbruch 2022 gingen die Zahlen schnell zurück, weil gerade schwule Männer sich impfen ließen und ihr Verhalten änderten. Allerdings kann der Impfschutz nach zwei Jahren nachlassen. Die Impfung schützt dann zwar immer noch vor schweren Infektionen, aber einige Pocken rund um die Infektionsstelle können durchaus auftreten. Und je nachdem, wo

die Infektion in den Körper eingedrungen ist, kann das auch durchaus unangenehm und schmerzhaft sein. Inzwischen steigen die Zahlen langsam wieder: Allein in Berlin gab es letztes Jahr knapp 200 Fälle! Jetzt beginnt wieder die Saison der CSDs und der damit verbundenen Sexparties. Bei solchen Gelegenheiten kann es also durchaus Sinn machen, den eigenen Impfschutz zu überprüfen (leider sind manche Impfstoffe zur Zeit oft nur schwer lieferbar!) und sich mit seiner Ärztin oder Arzt zu unterhalten, wie man sein Risiko für sexuell übertragbare Infektionen aller Art minimieren kann. In der englischen Sprache heißt es so schön “Have fun & stay safe!”

*Bleiben (oder werden) Sie gesund!
Ihr Siegfried Schwarze*

Was war neu auf der CROI?

Die ‘Conference on Retroviruses and Opportunistic Infection’, kurz ‘CROI 2026’ fand diesmal in Denver, Colorado statt. Diese wichtige Konferenz hat erneut gezeigt, wie schnell sich die HIV-Medizin weiterentwickelt. Auffällig war in diesem Jahr vor allem zweierlei: Einerseits wird die Therapie immer flexibler, einfacher und langfristiger planbar. Andererseits wurde auf der Konferenz so deutlich wie lange nicht mehr, dass wissenschaftlicher Fortschritt allein nicht genügt. Denn neue Medikamente helfen nur dann, wenn Menschen sie auch tatsächlich bekommen. Genau daran drohen derzeit politische Kürzungen, Stigmatisierung und soziale Ungleichheit zu rütteln.

1. Doravirin/Islatravir

Eine wichtige Therapie-Neuigkeit der CROI 2026 war die Phase-3-Studie zu Doravirin/Islatravir als einmal täglich einzunehmende Zwei-Wirkstoff-Kombination für den Therapiebeginn. Nach 48 Wochen war das Regime dem häufig eingesetzten Biktarvy® „nicht unterlegen“: 91,8 % unter Doravirin/Islatravir und 90,6 % unter BIC/FTC/TAF (Biktarvy®) erreichten eine Viruslast unter 50 Kopien/ml. Das zeigt, dass auch jenseits der etablierten Integrase-basierten Standardtherapien neue, schlankere Optionen möglich sind. Wer Unverträglichkeiten, Wechselwirkungen oder Resistenzen gegen Integrasehemmer hat, könnte also künftig von einer zusätzlichen Alternative profitieren. Man sollte die Daten aber nicht überdehnen: In die Studie wurden keine Personen mit wesentlichen NNRTI- oder NRTI-Resistenzen und keine Menschen mit aktiver Hepatitis B aufgenommen. Zudem traten in der Doravirin/Islatravir-Gruppe bei zwei Teilnehmenden Resistenzmutationen auf, während im Vergleichsarm keine neuen Resistenzen beobachtet wurden.

2. Bictegravir/Lenacapavir

Mindestens ebenso spannend waren die Ergebnisse der ARTISTRY-1-Studie: Es wurde eine Kombination aus Bictegravir und Lenacapavir getestet, die speziell für Menschen gedacht ist, die bislang komplizierte Mehrfachregime einnehmen müssen (etwa wegen Resistenzen, Unverträglichkeiten oder anderer Einschränkungen). Nach 48 Wochen hatten 96% der Teilnehmenden eine nicht nachweisbare Viruslast im Vergleich zu 93,5% in der

Vergleichsgruppe, die ihr komplexes Regime beibehielt.

In einer weiteren Studie, ARTISTRY-2, war BIC/LEN auch als Umstellungs-Option für Menschen, die unter Biktarvy® eine nicht nachweisbare Viruslast erreicht hatten, erfolgreich: 93,5 % im BIC/LEN-Arm und 90,6 % unter Biktarvy® blieben nach 48 Wochen unter der Nachweisgrenze.

3. In Zukunft lang wirksam

Die CROI 2026 stand stark im Zeichen langwirksamer Strategien. Diskutiert wurden nicht nur BIC/LEN und Doravirin/Islatravir, sondern auch einmal wöchentlich einzunehmende orale Kombinationen, injizierbare Kombinationen mit breit neutralisierenden Antikörpern sowie weitere langwirksame PrEP- und Therapieansätze.

Die klassische tägliche Standardtablette wird dadurch nicht verschwinden, aber sie wird künftig vermutlich nur noch eine von mehreren gleichwertigen Formen der Behandlung sein. Manche werden bei der täglichen Tablette bleiben, andere werden längere Einnahme- bzw. Injektions-Intervalle bevorzugen.

4. Lenacapavir-PrEP: Wirksam trotz seltener Durchbruchinfektionen

In den großen PURPOSE-Studien bestätigte sich eine extrem hohe Schutzwirkung von Lenacapavir als PrEP. Zugleich wurden aber seltene Durchbruchinfektionen unter pünktlich verabreichten Injektionen intensiv diskutiert – ein wichtiges Thema, weil gerade langwirksame Prävention in der öffentlichen Wahrnehmung oft als „nahezu absolut“ verstanden wird.

In PURPOSE-1 bei jungen cis-Frauen in Subsahara-Afrika infizierten sich trotz Lenacapavir bisher nur zwei von mehr als 2.000 Teilnehmerinnen in der noch laufenden Studie; in den Vergleichsarmen mit Tabletten-PrEP gab es 77 Infektionen. In PURPOSE-2 bei Männern, die Sex mit Männern hatten, und gender-diversen Personen traten im randomisierten Teil drei HIV-Infektionen unter Lenacapavir gegenüber zwölf unter oralem TDF/FTC auf. Die Gesamteinschätzung bleibt daher: Lenacapavir schützt außerordentlich gut. Aber die CROI hat auch gezeigt, dass PrEP-Forschung jetzt in eine neue Phase kommt: Nicht mehr nur „wirkt es?“, sondern „warum versagt es in seltenen Einzelfällen trotz ausreichender Spie-

gel?“ Vier der fünf Serokonversionen unter Lenacapavir waren mit Lenacapavir-assoziierten Resistenzmutationen verbunden; die Ursache der Durchbrüche ist aber bislang ungeklärt. Langwirksame PrEP ist ein großer Schritt nach vorn, aber sie ist kein magischer Schutzschild. Gute Beratung, Tests und Begleitstrukturen bleiben unverzichtbar.

5. Einmal jährlich PrEP rückt näher

Gilead stellte das Design der PURPOSE-365-Studie für eine einmal jährliche Lenacapavir-PrEP vor. Geplant ist eine intramuskuläre Dosis von 3.000 mg mit zusätzlichen Tabletten zu Beginn. Noch ist das keine klinische Routine und auch kein Wirksamkeitsbeweis aus einer abgeschlossenen Phase-3-Studie, aber allein die Tatsache, dass ein solches Konzept nun konkret geprüft wird, zeigt, wie stark sich Prävention gerade ver. Nicht jede Person will oder kann täglich Tabletten einnehmen oder alle zwei Monate eine Injektion organisieren. Eine jährliche PrEP würde die Hürde für manche erheblich senken. Gleichzeitig erinnert CROI 2026 daran, dass eine technisch brillante PrEP ohne gerechte Preis- und Zugangsmodelle wenig nützt. Auch bei einer Jahres-PrEP wird sich am Ende entscheiden müssen, ob sie ein Luxusprodukt für wenige oder ein Public-Health-Instrument für viele wird.

6. On-demand-PrEP ist endgültig im Alltag angekommen

Ein sehr praxisrelevanter Befund kam aus Frankreich: Die Prévenir-Studie bestätigte nach acht Jahren, dass sowohl tägliche als auch anlassbezogene orale PrEP wirksam und sicher sind. Über 3.200 Menschen an 26 Standorten nahmen teil; viele wechselten im Studienverlauf zwischen täglicher und 2-1-1-PrEP. Insgesamt war die Inzidenz sehr niedrig, und die meisten Infektionen traten auf, wenn PrEP nicht oder nicht verlässlich eingenommen wurde. Gleichzeitig zeigte Prévenir auch eine soziale Schieflage: Während HIV-Fälle unter in Frankreich geborenen Teilnehmenden sanken, nahmen sie bei im Ausland Geborenen zu. Wissenschaftlich gute Prävention allein reicht also nicht; sie muss auch die Menschen erreichen, die bislang schlechteren Zugang haben.

7. Gute Prävention ist mehr als ein Medikament: Hausbesuche und flexible Angebote wirken

Ein wichtiges Ergebnis kam aus ländlichen Regio-

nen in Kenia und Uganda. Im SEARCH-Programm reduzierten Hausbesuche, wohnortnahe Tests, Beratung und flexible Überweisungen in Präventions- und Behandlungsangebote die HIV-Inzidenz innerhalb von zwei Jahren um 70 %. Diese Daten zeigen, dass selbst die beste PrEP oder die modernste Therapie ihren Nutzen nicht automatisch entfalten. Menschen müssen Informationen erhalten, Vertrauen aufbauen können, ohne Scham getestet werden und unkompliziert an Versorgung gelangen. Für Menschen mit HIV steckt darin eine wichtige politische Botschaft: Versorgung ist dann am besten, wenn sie aktiv auf Menschen zugeht – nicht erst dann, wenn Betroffene alle Hürden selbst überwinden müssen.

8. Meningokokken-Impfung schützt doch nicht vor Tripper

Eine Hoffnung weniger im Kampf gegen Gonorrhö: Daten einer großen australischen randomisierten Studie vorgestellt zeigen, dass die Meningokokken-B-Impfung 4CMenB (Bexsero®) nicht vor Gonorrhö schützt. Untersucht wurde das bei mehreren hundert schwulen und bisexuellen Männern mit hohem Infektionsrisiko. Die Zahl der Gonorrhö-Infektionen war in der Impfgruppe praktisch genauso hoch wie in der Placebogruppe. Damit haben sich frühere Hoffnungen auf einen „Neben-Schutz“ dieser Impfung gegen Tripper in dieser Studie nicht bestätigt. Die Impfung bleibt trotzdem eine sinnvolle Schutzmaßnahme gegen bestimmte Meningokokken-Erkrankungen – nur eben nicht gegen Gonorrhö.

9. Heilungsforschung: kleine Fortschritte, aber noch kein Durchbruch

Auch die HIV-Heilungsforschung war auf der CROI 2026 präsent. Besonders beachtet wurde eine Studie mit den Immunmodulatoren Budigalimab und Trosunilimab. Bei etwa einem Viertel der Teilnehmenden schien sich der virale Rebound nach Therapiepause zu verzögern. Das ist wissenschaftlich interessant, weil es zeigt, dass sich die Immunantwort bei manchen Menschen beeinflussen lässt. Die Ernüchterung folgte aber gleich mit: Ein dauerhafter Schutz vor Rebound wurde nicht erreicht, die Viruslasten stiegen später doch wieder an, und die Entwicklung dieser Kombination wird nicht weiterverfolgt. Die Forschung kommt voran, aber die Remission ohne ART bleibt schwierig. Genau das spiegelte auch die Konfe-

renzarchitektur wider: Heilung war ein prominentes Thema der Eröffnungsveranstaltung, aber nicht als Durchbruchsmeldung, sondern als langfristiges Ziel.

10. Wird das Immunsystem nach langer ART wieder besser?

Bei Untersuchungen zum Immunsystem von Menschen mit HIV werden meist Menschen gewählt, die erst relativ kurze Zeit eine HIV-Therapie einnehmen. Bei ihnen finden sich Hinweise, dass die Immunzellen „erschöpft“ sind (exhausted), bzw. nicht so schlagkräftig sind, wie sie sein sollten (dysfunctional, senescent). Und mit dem Alter, so glaubte man bisher, würde das dann immer schlimmer.

Nun untersuchte die Arbeitsgruppe von Victor Appay Menschen, die seit mehr als 20 Jahren eine HIV-Therapie erhielten und fand bei etwa einem Drittel der untersuchten Proben Überraschendes: Es gibt Anzeichen dafür, dass sich diese Immunzellen regenerieren können und sogar wieder ein „jugendliches“ Potenzial erreichen („stemness“). Bisher hatte man nicht geglaubt, dass dies möglich wäre. Diese „verjüngten“ Immunzellen erkannten auch HIV und könnten damit bei Heilungsstudien eine wichtige Aufgabe übernehmen. Bisher tendierte man dazu, bei solchen Studien Langzeitinfizierte eher auszuschließen, weil man davon ausging, dass deren Immunsystem zu stark geschädigt sei. Vielleicht eignen sich aber genau diese Menschen besonders gut für Heilungsversuche! Dies ist nur eine Untersuchung mit wenigen Menschen und muss noch durch weitere Studien bestätigt werden, aber sie lässt zumindest hoffen.

11. Leben mit HIV heißt auch: Herz-Kreislauf-Gesundheit ernst nehmen

HIV-Medizin umfasst heute weit mehr als Virusunterdrückung. Eine neue REPRIEVE-Analyse zeigte, dass ein Cholesterinsenker nicht nur schwere Herz-Kreislauf-Ereignisse senkt, sondern auch das Risiko für neu auftretenden Bluthochdruck um 17 % reduzierte. Zugleich verdoppelte neu auftretender Bluthochdruck in der Studie das Risiko für ein späteres schweres kardiovaskuläres Ereignis.

Das ist für Menschen mit HIV wichtig, weil kardiovaskuläre Risiken oft zu spät wahrgenommen werden. Die Daten sprechen dafür, Blutdruck,

Gewicht, Blutzucker, Bewegung, Alkohol und Rauchverhalten nicht als „Nebenthemen“ abzutun. Interessant – und noch weiter zu verfolgen – ist außerdem der Hinweis aus zusätzlichen Analysen, dass Integrasehemmer mit einem erhöhten Risiko für Bluthochdruck zusammenhängen könnten. Das spricht nicht gegen diese Wirkstoffklasse, ist aber ein Signal, genauer hinzuschauen.

Fazit

Die CROI 2026 war eine Konferenz der Wahlmöglichkeiten. Mehr Optionen für Therapie, mehr Optionen für PrEP, mehr Ideen für langwirksame Versorgung. Die Behandlung wird individueller, Prävention wird bequemer und wirksamer. Aber ebenso klar war die zweite Lehre: Fortschritt ist verletzlich. Medikamente allein beenden keine Epidemie. Es braucht verlässliche Finanzierung, politischen Schutz für Wissenschaft, kluge Versorgungssysteme und den festen Willen, auch diejenigen zu erreichen, die am leichtesten übersehen werden. Genau darin lag vielleicht die eigentliche Stärke dieser CROI: Sie hat nicht nur neue Daten geliefert, sondern auch daran erinnert, dass HIV-Forschung und HIV-Versorgungsgerechtigkeit untrennbar zusammengehören.

Auswahl, Übersetzung und Zusammenfassung: S. Schwarze unterstützt von ChatGPT 5.2.

Da die Videos der Präsentationen und die Original-Abstracts nur für registrierte Kongressteilnehmer:innen verfügbar sind, wurde ausnahmsweise auf eine Quellenangabe verzichtet.

So können Sie uns erreichen:

**Projekt Information e.V.,
Motzstr. 47, 10777 Berlin**

Tel.: 030 / 23 57 92 60

**Bitte sprechen Sie auf unseren Anrufbeantworter!
Wegen der zahlreichen Werbeanrufe mussten wir das Telefon leise stellen. Wir bitten um Verständnis.**

Fax: 030 / 23 57 98 28

**E-Mail: info@projektinfo.de
www.projektinfo.de**

Globale HIV-Programme bedroht Wie geht es weiter mit UNAIDS?

Im Dezember 2025 konnte ich an dem Programm Koordinierungstreffen (UNAIDS PCB) des HIV-Programms der Vereinten Nationen (UNAIDS) teilnehmen. Wie berichtet ist durch die Reform bei den Vereinten Nationen die Auflösung von UNAIDS bis Ende des Jahres vorgesehen. Dies hat Auswirkungen auf das HIV-Programm der Vereinten Nationen und die globale Versorgungssituation, sprich, das Überleben von Menschen mit HIV. In dem Bericht fasse ich Eindrücke und Ergebnisse des Treffens in Brasilien zusammen, ergänzt durch aktuelle Entwicklungen: so hat die US-Regierung nun doch 45 Mio. US\$ für UNAIDS und 4,6 Mrd. US\$ für den Globalen Fonds freigegeben, was auf den ersten Blick auf eine Entspannung der Situation hoffen lässt. Ob diese Hoffnung berechtigt ist, wird sich in den kommenden Monaten zeigen, wenn sichtbar wird, ob, und wenn ja, welche Konditionen mit der Mittelvergabe verbunden sind. Dies betrifft vor allem die sog. „Global GAG Rule“, oder auch „Mexico City Policy“ der US-Regierung: die im Januar 2026 unter dem zynischen Leitbegriff „human flourishing“ („menschliches Gedeihen“) stehende neue Regelung, stellt die bislang umfassendste ideologische Konditionierung von US-Auslandshilfen dar. Sie betrifft nicht mehr nur einzelne Programme, sondern weite Teile der internationalen Gesundheitsfinanzierung - mit direkten Folgen für HIV-Prävention und -Behandlung, sexuelle und reproduktive Gesundheit und die Arbeit zivilgesellschaftlicher Organisationen weltweit. Sie zwingt, falls umgesetzt, Organisationen dazu, Programme einzuschränken, umzustrukturieren oder einzustellen, untergräbt integrierte Versorgungsansätze und schwächt zivilgesellschaftliche Akteure und multilaterale Strukturen.

Brasilien als Gastgeberin des UNAIDS PCB: Erfolge und Herausforderungen der HIV-Arbeit
Brasilien hat als Co-Chair des PCB (Program

Coordination Board) in die Hauptstadt Brasilia eingeladen. Es wurde während des PCBs oft erwähnt, wie gut der Ort angesichts der zu treffenden Entscheidungen und der globalen Herausforderungen gewählt ist: Das Land hat in Bezug auf seine HIV-Arbeit, die Schaffung des Zugangs zu HIV-Medikamenten und Prävention globale Standards gesetzt. Solidarität und verlässliches Handeln sind also nach wie vor möglich: Brasilien liefert eines der besten Beispiele dafür. Nach aktuellen Schätzungen leben im Land etwa 1 Mio. Menschen mit HIV, was einer allgemeinen Prävalenz von rund 0,49 % in der Gesamtbevölkerung entspricht. Deutschland hat – nur als Vergleich – etwa 0,1 % (eine HIV-Infektion unter 1.000 Personen). Nach den neuesten UNAIDS-



Foto UNAIDS (Pressemitteilung): WHO Zertifizierung Eliminierung der vertikalen HIV/Syphilis Transmission in Brasilien, Präsident

Daten für Brasilien sind die 95-95-95-Ziele wie folgt umgesetzt: 96 % der Menschen mit HIV sind diagnostiziert, ca. 82 % der Diagnostizierten erhalten eine antiretrovirale Behandlung und 95 % der Behandelten haben eine nicht nachweisbare Viruslast, womit zwei von drei Zielen erreicht sind und das Land im internationalen Vergleich gut, aber mit weiterem Aufholbedarf beim Behandlungsanteil dasteht.

Brasilien gilt als eines der Vorzeigeländer der globalen HIV-Arbeit

Nachdem die ersten HIV-Fälle Anfang der 1980er-Jahre auftraten, reagierte das Land früh mit einer starken Einbindung von Wissenschaft, Zivilgesellschaft und öffentlichem Gesundheitswesen. Der entscheidende Wendepunkt kam 1996, als Brasilien als erstes Land mit mittlerem Einkommen per Gesetz den kostenlosen und universalen Zugang zur HIV-Therapie über das öffentliche Gesundheitssystem garantierte. Das hat Maßstäbe gesetzt und ist im Vergleich zu Südafrika besonders beeindruckend: Die Regierung dort verleugnete den Zusammenhang zwischen HIV und Aids und musste durch NGOs gerichtlich dazu gezwungen werden, HIV-Medikamente zur Verfügung zu stellen. Millionen Menschen starben wegen dieses Irrsinns.

Doch zurück zu Brasilien: Durch die staatliche Produktion von Generika, Preisverhandlungen mit Pharmaunternehmen und eine klare menschenrechtsbasierte Politik konnte die HIV-Behandlung

landesweit ausgeweitet werden. Dies führte zu deutlich sinkender aidsbedingter Sterblichkeit. Durch einen Besuch in der PrEP-Abteilung der Uniklinik Brasília konnten wir uns ein Bild von der Arbeit vor Ort machen: Der universelle Zugang zu Prävention, Tests und Behandlung ist gut organisiert. Einzig Lenacapavir ist aufgrund des hohen Preises bisher nicht verfügbar: Viele Länder mittleren Einkommens in Süd- und Lateinamerika sind von den Preisnachlässen der Firma Gilead ausgeschlossen, obwohl gerade in Brasilien wichtige Studien dazu durchgeführt wurden. Es gibt also noch zu tun.

Als weiterer Baustein der Erfolgsgeschichte Brasiliens ist die Eliminierung der vertikalen Transmission von Syphilis und HIV zu nennen, die mit einem Festakt im Rahmen des PCB-Meetings mit Präsident Lula durch die WHO gewürdigt wurde. Brasilien ist das bisher größte Land der Welt, das die Mutter-Kind-Übertragung von HIV eliminiert hat. Diese Fortschritte spiegeln eine kollektive nationale und globale Anstrengung wider, durch die der freie Zugang zu antiretroviraler Therapie und zu modernen Präventionsstrategien im Land erreicht werden konnte, heißt es in der entsprechenden UNAIDS-Pressemitteilung.

Themenschwerpunkte des PCBs

Die 57. PCB-Sitzung findet in einer Phase statt, in der die globale HIV-Arbeit unter massivem Druck steht: rückläufige internationale Finanzierung, zunehmende Kriminalisierung, politische Bewegungen (Anti-Rights, Anti-Gender, rechtspopulistische Diffamierungen, shrinking spaces etc.) und der Abbau von Rechten für Menschen mit HIV und die von ihnen vertretenen Communities sowie ein erneuter Anstieg von HIV-Neuinfektionen gefährden die Fortschritte der letzten Jahrzehnte. Das PCB57 machte deutlich: Ohne eine klare politische Gegenbewegung und Entscheidungen zugunsten von Communities, Menschenrechten und struktureller Verantwortung droht die globale HIV-Arbeit an Wirksamkeit, Glaubwürdigkeit und Nachhaltigkeit zu verlieren.

Im Mittelpunkt des Treffens standen die globale AIDS-Strategie 2026–2031 und deren Verabschiedung, Diskussionen zu den UN80-Reformvorschlägen – anwesend war die stellvertretende Generalsekretärin der Vereinten Nationen – sowie der NGO-Bericht zum Stellenwert communitybasierter HIV- und Präventionsprogramme.

Bericht der UNAIDS-Exekutivdirektorin Winnie

Byanyima

Wie immer begann die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Bericht der UNAIDS-Exekutivdirektorin Winnie Byanyima und der Bestätigung des Ernstes der Lage: UNAIDS befindet sich mitten im Umbauprozess. Anfang kommenden Jahres werden die letzten Mitarbeiter*innen entlassen, sodass das im UN80-Reformprozess vereinbarte Ziel der Reduktion der bezahlten Arbeitskräfte umgesetzt wird – von 641 vor Beginn des Reformprozesses auf 298 im April 2026. Der Hauptsitz in Genf wurde bis auf 11 Arbeitsplätze nahezu aufgelöst; geschaffen wurden dafür drei Zentren: Johannesburg, Nairobi und Bonn.

Finanzielle Kürzungen, politische Blockaden und menschenrechtliche Rückschritte treffen steigende HIV-Infektionszahlen, insbesondere in Lateinamerika und der Karibik, aber auch in Teilen Osteuropas und Zentralasiens. Communities machten deutlich, dass institutionelle Reformen, die diese Realität ausblenden, an den tatsächlichen Bedarfen vorbeigehen. Entscheidungen müssen sich an Evidenz orientieren und dürfen nicht auf der unbelegten Annahme beruhen, dass bestehende Systeme die entstehenden Lücken automatisch schließen können.

Byanyima beschreibt, dass die globale HIV-Antwort an einem Wendepunkt steht: Die erzielten Fortschritte der letzten drei Jahrzehnte sind auch das Ergebnis des multisektoralen Ansatzes von UNAIDS, welcher politische Führung, Innovation, klare Zielsetzungen, datenbasierte Rechenschaft, sektorübergreifendes Handeln sowie die aktive Einbindung von Zivilgesellschaft und Communities miteinander verbindet. Sie hebt insbesondere Brasiliens Entscheidung von 1996 hervor, allen Menschen mit HIV freien Zugang zu antiretroviraler Therapie zu gewähren, als Beispiel dafür, wie politischer Mut und ein klares Bekenntnis zu Gerechtigkeit scheinbar Unmögliches möglich machen.

Gleichzeitig warnt sie in ihrem Bericht vor neuen und ernsthaften Gefahren: Internationale Solidarität und Finanzierung lassen nach, viele Länder – insbesondere in Afrika – sind durch Schuldenlasten stark eingeschränkt, und ein globaler Rückschritt bei Menschenrechten untergräbt Prävention und Community-nahe Angebote. Trotz dieser Risiken sind die 95-95-95-Ziele in Reichweite, was zeigt, dass der Ansatz wirkt, wenn er konsequent umgesetzt wird.

Für die Zukunft fordert die Exekutivdirektorin eine Transformation von UNAIDS im Einklang mit dem

UN-System, ohne den besonderen Mehrwert der Organisation zu verlieren: eine ländergetragene, nachhaltige und menschenzentrierte HIV-Antwort, fest verankert in Gesundheitssystemen, mit starker Einbindung und Führung durch Communities sowie gesicherter Finanzierung mit klarem Fokus auf Gleichberechtigung, Menschenrechte und das Ende von Stigma und Diskriminierung. Um diese Ziele zu erreichen, sind politische Entscheidungen nötig. Ab Januar 2026 wird eine Arbeitsgruppe eingerichtet werden mit der Aufgabe, bis zum Board im Juni 2026 konkrete Vorschläge zu erarbeiten, wie der weitere Transitionsprozess gestaltet werden kann und ob, bzw. wie die Kernelemente von UNAIDS gerettet werden können.

Diese Prozesse brauchen Zeit, und es macht keinen Sinn, sie innerhalb kürzester Zeit bewältigen zu wollen. Dass Vertreter*innen der Schlüsselgruppen und der Zivilgesellschaft bei den anderen UN-Organisationen, die die Arbeit von UNAIDS übernehmen sollen, weiterhin gleichberechtigt mit am Tisch sitzen werden, darf stark bezweifelt werden – auch wenn dies derzeit versprochen wird, auch durch die stellvertretende UN-Generalsekretärin Amina J. Mohammed. Es gilt, den Prozess weiter zu beobachten. Als positive Entwicklung kann gedeutet werden, dass Fionnuala Murphy von „Frontline AIDS“ als Vertreterin der Zivilgesellschaft in den Vorsitz der Arbeitsgruppe gewählt wurde. Wie sich der weitere Reformprozess gestalten wird, ist derzeit völlig unklar, und es ist gut, dass Deutschland hier Besonnenheit anmahnt.

Bericht der NGO-Delegation zum Stellenwert und zur Bedeutung Community-geführter Angebote

Die NGO-Delegation legte während des Treffens einen Bericht zum Stellenwert und zur Bedeutung Community-geführter Dienste vor, der insgesamt sehr positiv aufgenommen wurde.

Der Bericht befasst sich mit den derzeitigen Herausforderungen Community-geführter Dienste: Wie können diese integriert und in eine umfassende Versorgungskontinuität eingebettet wer-

den? Vorgestellt werden umfangreiche Best-Practice-Beispiele unterschiedlicher Communities und Regionen. Formuliert wurden konkrete Empfehlungen, wie Dienstleistungen besser integriert, rechtliche und strukturelle Barrieren abgebaut und multisektorale Ansätze entwickelt werden können, die sich an den tatsächlichen Bedürfnissen der Menschen orientieren.

Zugleich reflektiert der Bericht, inwieweit diese Interventionen den Realitäten vor Ort entsprechen. Er beschreibt die zentralen Bestandteile von Interventionspaketen und zeigt auf, wie Angebote so gestaltet werden können, dass sie für die betroffenen Communities relevant, zugänglich und wirksam sind. Auf dieser Grundlage richtet der Bericht präzise Handlungsempfehlungen an politische Entscheidungsträger*innen.



Foto: NGO Delegation: Protest der NGO Delegation zu den UN80 „Sunsetting“ Vorschlägen während des PCB Meetings, vorne rechts im Bild der US-Vertreter beim UNAIDS PCB

Der Bericht der NGO-Delegation machte unmissverständlich deutlich, dass HIV-Arbeit ohne Communities nicht funktioniert – und niemals funktioniert hat. Community-geführte HIV-Angebote sind keine ergänzenden Projekte, sondern tragende Säulen einer wirksamen Versorgung. Sie schaffen Vertrauen, erreichen marginalisierte Gruppen, bauen Stigmatisierung ab und sichern Versorgungskontinuität dort, wo staatliche Systeme versagen oder

nicht zugänglich sind. Die Mitgliedstaaten wurden daher nachdrücklich aufgefordert, Hürden abzubauen und Community-Organisationen als essenzielle, dauerhafte Leistungserbringer anzuerkennen und ihre Arbeit durch institutionalisierte, langfristige Finanzierung abzusichern.

Globale AIDS-Strategie unter Druck

Während des PCB wurde die neue, ambitionierte Globale AIDS-Strategie 2026–2031 verabschiedet. Die Strategie soll im Juni 2026 beim Treffen der Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen verabschiedet werden. Sie wurde in einem breiten Konsultationsprozess entwickelt und ruft zu einer gemeinsamen und erneuten Verpflichtung auf, um die nachhaltigen Entwicklungsziele sowie die Beendigung von AIDS als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit bis 2030 zu erreichen.

Die Strategie hat drei Prioritäten:

- Länder übernehmen Verantwortung und Führung zur Sicherung inklusiver, sektorübergreifender nationaler HIV-Antworten
- Abbau von Ungleichheiten und Wahrung der Rechte der Menschen auf Zugang zu HIV-Prävention, -Testung, -Behandlung und -Versorgung, einschließlich für Frauen und Mädchen, Männer und Jungen, Kinder sowie Schlüsselpopulationen, die von HIV betroffen sind oder ein erhöhtes Risiko haben
- Community-Führung auf allen Ebenen der globalen HIV-Arbeit

Durch die neue Strategie sollen zwischen 2025 und 2030 3,3 Millionen Neuinfektionen und 1,5 Millionen aidsbedingte Todesfälle verhindert werden. Inwieweit sie angesichts des derzeitigen „Reform“-Prozesses und der vorgesehenen weiteren Zerschlagung von UNAIDS umgesetzt werden kann, bleibt abzuwarten. Es könnte durchaus sein, dass die neue Globale AIDS-Strategie einen ähnlichen Nutzen entfaltet wie andere UN-Deklarationen: nämlich gar keinen – oder einen doch sehr begrenzten.

Die bisherige Debatte zur Globalen AIDS-Strategie offenbarte zentrale politische Spannungen. Communities äußerten klare Besorgnis darüber, dass die Sprache zu Menschenrechten, Geschlechtergerechtigkeit und Community-Leadership gegenüber früheren Versionen abgeschwächt wurde. In einer Phase wachsender Repression ist dies kein technisches Detail, sondern ein politisches Signal. Zusätzlich erzeugt die Diskussion über ein mögliches „Auslaufen“ von UNAIDS erhebliche Unsicherheit darüber, wer künftig Verantwortung für die Umsetzung der Strategie trägt. Ohne institutionelle Klarheit, verbindliche Community-Beteiligung und gesicherte Finanzierung droht die Strategie zu einem normativen Dokument ohne Umsetzungskraft zu werden.

Natürlich wiederholte sich auch in Brasília der übliche Zirkus, den man von anderen Treffen kennt: Iran dissoziierte sich nach der einstimmigen Verabschiedung vom Inhalt, indem er sich auf traditionelle – iranische – Werte berief. Der anwesende Vertreter der USA gab zu Protokoll, dass die USA einige der Aussagen in dem Dokument nicht mittragen können bzw. werden, beispielsweise die „ideologisch geprägte Gender-Idee“. Für die USA gibt es „Mann“ und „Frau“ und nichts dazwischen. Man muss nicht betonen, dass dies eine Position ist, die der des Vatikans 1:1 entspricht. Wie die USA hier weiter vorgehen werden, wird beim UN-

High Level Meeting zu HIV spannend zu beobachten sein. Neue Allianzen zwischen Iran, Vatikan, Russland, den USA und den Vasallenstaaten bei der letztgenannten Länder (u.a. Argentinien, Belarus, Venezuela) scheinen möglich.

Das überarbeitete operative Modell des Gemeinsamen Programms im Kontext der UN80-Transition wurde als risikobehaftet bewertet. Der vorgeschlagene Zeitplan ist zu eng und gefährdet zentrale Funktionen, insbesondere Koordination, technische Unterstützung und die systematische Einbindung der Zivilgesellschaft. Die partizipative Governance-Struktur von UNAIDS ist einzigartig im UN-System und darf nicht im Zuge der Reform ausgehöhlt werden. Behauptungen, Ko-Sponsoren seien bereit, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen, müssen durch transparente, überprüfbare Kriterien belegt werden. Derzeit fehlt es an Evidenz für ausreichende Kapazitäten auf Länder- und Regionalebene. Verantwortlichkeiten, Ressourcen und Rechenschaftsmechanismen sind unzureichend definiert, ebenso die Rolle der Communities in Governance und Monitoring. Ohne diese Klarheit drohen während der Transition gefährliche Funktionslücken.

Lenacapavir: Innovation braucht Rechte

Der thematische Schwerpunkt zu langwirksamen antiretroviralen Therapien machte deutlich, dass technologische Innovation großes Potenzial hat, aber kein Ersatz für funktionierende, gerechte Systeme ist. Long-acting ARVs erfordern zugängliche, sichere und inklusive Versorgungsstrukturen, insbesondere für Schlüsselpopulationen. Ohne Investitionen in Rechte, qualifiziertes Personal und Community-nahe Dienstleistungen bleiben technologische Fortschritte wirkungslos. Communities müssen von Beginn an in Entwicklung, Pilotierung und Umsetzung eingebunden sein. Institutionelle Übergangsprozesse dürfen die Einführung lebensrettender Innovationen nicht verzögern oder politisch entkoppeln.

Auf der Homepage von UNAIDS finden sich zahlreiche Präsentationen zu dem behandelten Thema. Negativ in der Diskussion aufgefallen sind der Vertreter der USA und die Vertreterin Großbritanniens: Beide wiederholten gebetsmühlenartig den Mehrwert des Patentschutzes und die Argumentation der pharmazeutischen Industrie: „ohne Gewinn keine Innovation“. Die Entwicklung von Lenacapavir habe 20 Jahre gedauert, Milliarden seien investiert worden (Riesensummen für die Bewerbung von Medikamenten, die in manchen

Fällen die Kosten der Entwicklung weit übersteigen, wurden natürlich nicht genannt).

Quo vadis?

PCB57 hat klar gezeigt: Die Zukunft der globalen HIV-Antwort entscheidet sich nicht an technischen Details, sondern an politischen Prioritäten. Communities sind keine Interessengruppe unter vielen, sondern zentrale Akteur*innen der HIV-Antwort. Reformen, die den Communities keine Macht zuteilen, Reformen ohne die Betonung von Menschenrechten und ohne verlässliche Finanzierung sind keine Reformen, sondern das Gegenteil davon: Sie verschleiern die Aushöhlung und Demontage bestehender Strukturen. Der UN80-Prozess kann durchaus so interpretiert werden.

Wenn die institutionelle Transition von UNAIDS ernst gemeint ist, muss sie Communities einbinden und stärken – nicht marginalisieren. Alles andere gefährdet Fortschritte, kostet Vertrauen und letztlich Leben. Ich sehe nicht, welche andere UN-Institution dazu gut genug aufgestellt und bereit wäre. Ob die Anwesenheit der stellvertretenden UN-Generalsekretärin Amina J. Mohammed an den bereits getroffenen hirnlosen Entscheidungen noch

etwas ändern wird, werden die kommenden Monate und die Diskussion um die Einrichtung der Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Empfehlungen zeigen. In ihrer Zusammenfassung der Diskussionen machte sie nicht den Eindruck, als hätte sie wirklich zugehört.

Zudem gibt es einige Staaten, die den Prozess einer beschleunigten Abwicklung von UNAIDS fordern, darunter Großbritannien. Deutschland nimmt hier, wie bereits erwähnt, eine sehr positive Haltung ein.

Eine Stimme aus Südafrika

Vertreter*innen der NGO-Delegation haben während des gesamten Treffens sehr wertvollen und überaus lesenswerten Input geliefert. Für mich war am beeindruckendsten das Statement von Jonathan Gunthorp aus Südafrika zur Zukunft von UNAIDS bei der er auch auf die Situation eingeht, in der UNAIDS entstanden ist:

„Ich spreche im Namen des SRHR Africa Trust und schließe mich allen Wortmeldungen der NGO-Delegation sowie denen meines Landes, Südafrika, an.

Als meine Organisation 1990 im südlichen Afrika gegründet wurde, war jeder Friedhof von frischer Erde gezeichnet. Es gab nicht genug Glaubensvertreter, um die Toten zu bestatten. Vor der Einführung antiretroviraler Therapien starben im südlichen Afrika acht bis zehn Millionen Menschen – mehr als alle weltweit im Ersten Weltkrieg gefallenen Soldaten zusammen. Und selbst nach den Fortschritten, die darauf folgten, haben wir weitere drei Millionen Leben verloren. Noch immer verzeichnen wir 450.000 Neuinfektionen jedes Jahr.

Angesichts dieser Verwüstung – und angesichts des kollektiven Versagens des UN-Systems, HIV wirksam zu bekämpfen – wurde dieses Gemeinsame Programm geschaffen. Es war ein neues Modell: UN-Organisationen, Mitgliedstaaten und die am stärksten betroffenen Gemeinschaften teilten sich Verantwortung und Entscheidungsgewalt. Und dieses Modell hat funktioniert. Es brachte Wissenschaft, Menschenrechte und Rechenschaftspflicht an einen Tisch.

Es hat bewiesen, dass Multilateralismus und Inklusion keine abstrakten Prinzipien sind, sondern wirksame Instrumente.

Heute jedoch stehen wir im Rahmen der UN80-Reformen vor Vorschlägen, dieses Gemeinsame Programm zu zerschlagen. Unter dem Vorwand von Kosteneinsparungen wird seine Auflösung nicht deshalb unterstützt, weil es gescheitert wäre, sondern – vielleicht ironischerweise – gerade weil es zu erfolgreich war bei dem, was manche rückgängig machen wollen: gemeinsame Steuerung, die Einbeziehung der Zivilgesellschaft und einen regelbasierten Ansatz für Rechte und Entwicklung.

Foto Peter Wiessner: UNAIDS Plakat Protect the AIDS Respponse (Ausschnitt)

Lassen Sie uns heute offen sprechen, Frau Vorsitzende: UNAIDS im Namen von „Kosteneinsparungen“ auslaufen zu lassen heißt, jenen



Foto Peter Wiessner: UNAIDS Plakat Protect the AIDS Respponse (Ausschnitt)

nachzugeben, die Multilateralismus ablehnen, die Inklusion bekämpfen, die unsere Gemeinschaften zum Schweigen bringen wollen und die Afrika und den Globalen Süden als entbehrlich betrachten.

Muss sich das Gemeinsame Programm an diesen neuen Kontext anpassen? Ja. Muss es sich grundlegend verändern? Unbedingt.

Aber dürfen wir inmitten dieses Wandels nicht zusammenstehen hinter der nachgewiesenen Wirksamkeit dieses PCB – damit es sein ECO-SOC-Mandat und seine Aufsicht über unsere gemeinsamen Ziele für 2030 weiter wahrnehmen kann?

Müssen wir nicht weiterhin technische Unterstützung aus einem zentralen Hub dorthin bringen, wo sie am dringendsten gebraucht wird, um die Pandemie zurückzudrängen?

Und müssen wir nicht globale Leitlinien sowie Monitoring- und Evaluierungsfunktionen erhalten? Mein Kontinent, Afrika, weiß, dass er es sich nicht leisten kann, dieses Gemeinsame Programm zu verlieren. Ich hoffe, dass andere Regionen und Akteure dies rechtzeitig erkennen – bevor unsere hart erkämpften Erfolge demontiert werden. Ich danke Ihnen. Obrigado.“

Wie sich die weitere Entwicklung gestaltet, bleibt abzuwarten. Sollte die US-Regierung tatsächlich darauf bestehen die Durchsetzung ihrer Ideologie des „human Flourishing“ als Voraussetzung der Förderung durchzusetzen, hätte dies für die erfolgreiche globale HIV-Arbeit, die involvierten Akteure und Menschen mit HIV katastrophale Auswirkungen.

Quellen:

Bericht UNAIDS-Direktorin Winnie Byanyima:

<https://short-url.org/1kGLg>

NGO-Bericht zum UNAIDS PCB:

<https://short-url.org/1kGKw>

Mexico City Policy:

<https://www.jstor.org/stable/1973537?seq=1>

„Human flourishing“:

<https://www.federalregister.gov/documents-/2026/01/27/2026-01519/protecting-life-in-foreign-assistance>

Positionspapier des Aktionsbündnis gegen AIDS zur Mexico City Policy (Global Gag Rule): <https://short-url.org/1kGKb>

Peter Wiessner

Kontakt: peter-wiessner@t-online.de

Mythen und Fakten über das Immunsystem

Viele von uns haben Bilder im Kopf, wenn es ums Immunsystem geht: „stark“, „schwach“, „aufgebaut“, „abgehärtet“, „geschwächt“. Das klingt eingängig, führt aber oft in die Irre. Denn das Immunsystem ist kein Muskel, den man „aufpumpen“ kann. Es ist eher ein hochkomplexes Sicherheits- und Sortiersystem, das ständig abwägen muss: Was gehört zum Körper? Was ist harmlos? Was ist gefährlich? Und vor allem: Wie reagiere ich schnell genug, ohne dabei zu viel Kollateralschäden anzurichten?

Mythos 1: „Mein Immunsystem ist entweder stark oder schwach.“

Diese Schwarz-Weiß-Logik passt schlecht zur Biologie. Die „Stärke“ des Immunsystems zeigt sich weniger in einem Dauer-Power-Modus, sondern in seiner Flexibilität: Es kann innerhalb von Minuten eine grobe Sofortabwehr hochfahren und anschließend eine präzise, maßgeschneiderte Antwort entwickeln. Dafür arbeiten viele Zelltypen wie in einer Choreografie zusammen – je nachdem, welcher Erreger (oder welcher Reiz) gerade anklopft. Sinnvoller als „stark/schwach“ ist deshalb: gut reguliert, schnell, kompetent, anpassungsfähig.

Mythos 2: „Wenn ich krank werde, hat mein Immunsystem versagt.“

Gerade bei Erkältungen ist oft das Gegenteil der Fall. Schnupfen, Schleim, Hustenreiz, Abgeschlagenheit – das sind häufig Abwehr- und Aufräumprogramme. Der Körper versucht, Erreger an der Eintrittspforte zu binden, zu entfernen und eine Ausbreitung zu verhindern. Dass man sich dabei elend fühlt, ist unangenehm, aber nicht automatisch „Schwäche“. Es ist oft ein Zeichen dafür, dass das System reagiert und Prioritäten setzt: Energie sparen, Ruhe erzwingen, Ansteckungen reduzieren.

Mythos 3: „Wer selten Infekte hat, trainiert sein Immunsystem zu wenig.“

Das Immunsystem braucht nicht regelmäßig „Krankheit“, um funktionstüchtig zu bleiben. Aber: Bestimmte spezialisierte Abwehrzellen werden durch Kontakt mit Erregern (oder Impfstoffen) gezielt aufgebaut. Aber daraus folgt nicht: „Mehr Infekte = besser“. Im Gegenteil: Jede

Abwehrreaktion kostet Energie und kann auch Gewebe belasten. Bei Kindern ist wichtig, dass das Immunsystem vielfältige, meist harmlose Umweltreize kennenlernt – dafür müssen sie nicht dauerkrank sein. Und bei Erwachsenen ist es weder nötig noch sinnvoll, sich absichtlich Erregern auszusetzen.

Mythos 4: „Ohne Extra-Vitamine und Probiotika arbeitet das Immunsystem nicht richtig.“

Vitaminen und Spurenelementen kommt eine wichtige Rolle zu – aber Nahrungsergänzung ist kein Automatik-Upgrade. Wer keinen Mangel hat, hat in Studien meist keinen messbaren Zusatznutzen in Bezug auf „weniger Infekte“. Anders ist es, wenn wirklich ein Mangel besteht oder ein erhöhter Bedarf vorliegt: Dann kann eine gezielte Ergänzung sinnvoll sein. Ähnlich beim Mikrobiom: Ein vielfältiger Darm wird eher durch ballaststoffreiche Ernährung und fermentierte Lebensmittel unterstützt als durch teure „Shots“ und Joghurt-drinks mit Werbeversprechen.



Mythos 5: „Kälte ist gut fürs Immunsystem – Eisbaden härtet ab.“

Kälte kann sich subjektiv belebend anfühlen, und kurze Stressreize können Anpassungsprozesse anstoßen. Aber: Ein klarer, verlässlicher Beleg, dass Kälteschocks das Immunsystem so verbessern, dass man seltener krank wird, fehlt. Plausibel ist eher: Wer sich regelmäßig bewegt (auch draußen), gut schläft und insgesamt aktiv bleibt, unterstützt viele Körperfunktionen – und damit indirekt auch die Immunabwehr. Vorstellbar ist auch, dass der Wechsel von Wärme- und Kältereiz (wie z.B. beim Saunagang) die Durchblutung verbessern und dass so die Immunzellen besser „patrouillieren“ können.

Mythos 6: „Dem Immunsystem geht es nur ohne Stress gut.“

Stress ist nicht per se „Gift“. Kurzfristiger Stress kann den Körper kurzfristig mobilisieren. Problematisch wird es, wenn Stress chronisch wird: Dann werden Schlaf, Erholung, Bewegung, Ernährung und soziale Stabilität oft schlechter – und genau das sind Faktoren, die die Immunregulation be-

einflussen. Es geht also weniger um „Stress vermeiden um jeden Preis“, sondern um Ausgleich, Selbstfürsorge und stabile Routinen.

Mythos 7: „Geschlecht spielt fürs Immunsystem keine Rolle.“

Immunantworten unterscheiden sich im Durchschnitt zwischen den Geschlechtern – unter anderem durch Einflüsse von Hormonen. Vereinfacht gesagt reagieren weibliche Immunsysteme bei Infektionen oft stärker, dafür sind Autoimmunerkrankungen häufiger. Für den Alltag heißt das: Symptome, Nebenwirkungen oder Krankheitsrisiken können statistisch unterschiedlich verteilt sein – individuelle Unterschiede bleiben aber groß.

Was heißt das speziell für Menschen mit HIV?

Die wichtigste Botschaft: Unter wirksamer antiretroviraler Therapie (ART) kann sich das Immunsystem oft sehr gut stabilisieren und erholen. Trotzdem gibt es ein paar Punkte, bei denen Mythen besonders hartnäckig

sind – und bei HIV besonders relevant.

1) „Immunsystem stärken“ ist kein Therapieziel – gute Immunregulation schon.

Viele Produkte versprechen „Stärkung“. In der Immunologie ist „mehr“ aber nicht automatisch „besser“. Eine überdrehte Immunantwort kann Entzündungen befeuern, Beschwerden verstärken und sogar zu Autoimmunreaktionen führen. Sinnvoller ist die Frage: Ist meine Abwehr gut aufgestellt? Dazu gehören: zuverlässige ART-Einnahme, regelmäßige Kontrollen (Viruslast, CD4-Zellen), Behandlung von Begleiterkrankungen, Rauchstopp, mäßiger (oder gar kein) Alkohol- und Substanzkonsum, Bewegung und Schlaf.

2) Impfungen sind kein Zeichen von Misstrauen in den Körper – sondern eine Trainingsimulation.

Das Immunsystem ist hervorragend – aber es lernt gezielt aus „Übungsmaterial“. Impfungen zeigen ihm Teile eines Erregers (oder Baupläne dafür), damit es bei echtem Kontakt schneller und präziser reagiert. Für Menschen mit HIV sind bestimmte Impfungen besonders wichtig, weil einige Infektionen schwerer verlaufen können.

Ein Beispiel: Pneumokokken (häufige bakterielle Auslöser von Lungenentzündungen). In Deutschland zählt eine HIV-Infektion ausdrücklich zu den Gründen, warum Pneumokokken-Impfung als Risikoschutz empfohlen wird.

3) Der Immunstatus kann die Impfstrategie beeinflussen – besonders bei Lebendimpfstoffen.

Einige Impfstoffe enthalten abgeschwächte, lebende Viren (Lebendimpfstoffe). Bei deutlich geschwächtem Immunsystem können sie riskant sein. Leitlinien nennen hier häufig CD4-Schwellen: Zum Beispiel wird bei Masern-Mumps-Röteln (MMR) oder Varizellen (Windpocken) eine Impfung typischerweise erst ab $CD4 \geq 200/l$ (und stabil) empfohlen, während sie unter $CD4 < 200/l$ kontraindiziert sein kann.

Das ist kein Grund zur Sorge, sondern ein Grund für eine gute, individualisierte Impfplanung mit der HIV-Schwerpunktpraxis.

4) Nahrungsergänzung: „Bei HIV nehme ich sicherheitshalber alles“ ist selten eine gute Idee.

Gezielt supplementieren kann sinnvoll sein – aber „breit und hochdosiert“ ist nicht automatisch besser. Außerdem: Manche Mittel sind harmlos, andere können Nebenwirkungen machen oder mit Medikamenten interagieren. Praktisch heißt das: Wenn du Vitamine/Spurenelemente nehmen willst, ist der klügste Schritt oft zuerst ein Mangel-Check (z. B. Vitamin D bei Risikogruppen) und dann eine passende Dosierung statt Bauchgefühl-Megadosen.

5) Der größte Hebel klingt langweilig (und wirkt trotzdem).

Erregerkontakt (wie viele, wie lange, wie nah) ist einer der wichtigsten Faktoren dafür, ob man sich infiziert. Deshalb kann es auch heute noch Sinn machen, in Szenarien mit vielen Menschen (öffentliche Verkehrsmittel, Konzerte) Atemmasken zu tragen. Genauso wichtig sind die Basics: Schlaf, Bewegung, Ernährung, Stressregulation, soziale Stabilität – nicht als Moralpredigt, sondern als echte Biologie. Gerade im Winter (trockene Schleimhäute, mehr Innenräume) sind das keine „Wellness-Tipps“, sondern vernünftige Prävention.

Quelle:

<https://krautreporter.de/psyche-und-gesundheit/6252-7-mythen-uber-das-immunsystem-die-zu-viele-men->

*schen-glauben
(hinter Paywall)*

Bearbeitung und Ergänzung: S. Schwarze unterstützt von ChatGPT5.2

Medizin & Forschung

HIV und geistige Leistungsfähigkeit

Eine große US-Studie hat untersucht, wie sich Denken, Gedächtnis und bestimmte Hirnstrukturen bei Menschen mit HIV über die Zeit verändern – und was dabei besonders wichtig ist: ob die Viruslast dauerhaft unter der Nachweisgrenze liegt. Dafür wurden Menschen ohne HIV mit zwei Gruppen von Menschen mit HIV verglichen: eine Gruppe mit unterdrückter Viruslast (≤ 50 Kopien/ml) und eine Gruppe mit nachweisbarer Viruslast (> 50 Kopien/ml).



Die zentrale Botschaft ist ermutigend: Wer dauerhaft eine nicht nachweisbare Viruslast hat, zeigt in dieser Studie kein „beschleunigtes Altern“ des Denkens im Vergleich zu Menschen ohne HIV. Zwar lagen die kognitiven Testergebnisse im Durchschnitt bei Menschen mit HIV insgesamt etwas niedriger, aber der Verlauf über das Alter war bei gut unterdrückter Viruslast nicht steiler. Anders gesagt: Bei stabiler Suppression der Viruslast verlief die Veränderung über die Jahre eher „parallel“ zu Menschen ohne HIV – kein Hinweis darauf, dass HIV bei guter Therapie automatisch zu einem schnelleren kognitiven Abbau führt.

Deutlich ungünstiger sah es in der Gruppe aus, deren Viruslast nachweisbar war. Hier fanden die

Forschenden im Mittel schlechtere kognitive Werte und Hinweise darauf, dass der altersabhängige Abfall stärker ausfiel – besonders dann, wenn zugleich bestimmte Hirnvolumina kleiner waren. Das ist keine Aussage über einzelne Personen, aber es stützt einen sehr praktischen Schluss: Die dauerhaft unterdrückte Viruslast ist vermutlich einer der wichtigsten beeinflussbaren Schutzfaktoren für die langfristige Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Gehirns.

Spannend (und für viele vielleicht überraschend) war ein weiterer Befund: Selbst bei Menschen mit unterdrückter Viruslast waren in der MRT-Untersuchung im Durchschnitt manche Hirnregionen etwas kleiner als bei HIV-negativen Kontrollen. Gleichzeitig zeigte sich aber meist kein schnellerer altersabhängiger Volumenverlust. Das kann bedeuten, dass es bei einigen Menschen sogenannte „Legacy-Effekte“ gibt – also Spuren früherer Krankheitsphasen, älterer Therapien oder Begleitfaktoren – ohne dass daraus zwangsläufig ein beschleunigter Abbau in der Zukunft folgt. Wichtig: „kleinere Volumina im Mittel“ heißt nicht automatisch „Demenzrisiko“; es ist ein Gruppenbefund und sagt wenig über die einzelne Person, ihre Alltagsfunktion und ihre Reserven aus.

Die Studie erinnert außerdem an etwas, das viele aus der Praxis kennen: Nicht nur HIV zählt, sondern auch das „Drumherum“. Depressive Symptome und Substanzkonsum (z. B. Alkohol, Cannabis) waren in Zusatzanalysen mit Kognition und Hirnvolumina verbunden. Für den Alltag heißt das: Wer sich um seine Gehirngesundheit kümmern will, sollte neben einer stabilen HIV-Therapie auch Themen wie Stimmung, Schlaf, Bewegung, Blutdruck, Diabetes, Cholesterin und Alkohol- und Substanzkonsum ernst nehmen – denn hier liegt oft viel Potenzial, Beschwerden zu lindern oder Risiken zu senken.

Bei aller Relevanz hat die Arbeit auch Grenzen. Die kognitive Testbatterie war relativ klein und erfasste nicht alle Denkbereiche gleich gut. Außerdem unterschieden sich die Gruppen in Faktoren wie Bildung und sozialem Hintergrund – das wird statistisch korrigiert, kann aber nie vollständig „weggerechnet“ werden. Und: „Viruslast nachweisbar“ ist ein breiter Begriff – das reicht von einzelnen kleinen „Blips“ bis zu länger andauernder Virusvermehrung. Welche Höhe der Viruslast und Dauer der Nachweisbarkeit besonders kritisch sind, bleibt offen.

Was bleibt als wichtigste Nachricht für Menschen mit HIV? Gute Behandlung wirkt – und zwar wahrscheinlich auch fürs Gehirn. Wer seine Viruslast unter der Nachweisgrenze hält, hat nach den Daten dieser Studie keinen Hinweis auf ein grundsätzlich schnelleres kognitives Altern. Wenn dagegen die Viruslast wiederholt nachweisbar ist, lohnt es sich besonders, gemeinsam mit dem Behandlungsteam nach Ursachen zu suchen: Adhärenz, Wechselwirkungen, Resistenzen, Aufnahme-probleme oder auch Lebensumstände. Und wenn man selbst merkt, dass Konzentration, Tempo oder Gedächtnis nachlassen: Das ist kein Grund zur Panik, aber ein guter Anlass, genauer hinzuschauen – denn oft sind behandelbare Faktoren beteiligt, und Unterstützung kann viel bewirken.

Quelle: Kennedy J et al, Longitudinal Changes in Cognition and Brain Imaging in Persons With Human Immunodeficiency Virus

<https://academic.oup.com/jid/advance-article/doi/10.1093/infdis/jiag029/8427136>

Übersetzung und Bearbeitung: S. Schwarze unterstützt von ClaudeSonnet4.6/ChatGPT5.2

Neuer immunologischer Ansatz in der Heilungsforschung: Antikörper + T-Zellen

In der HIV-Forschung zeichnet sich seit einigen Jahren ein spannender Ansatz ab: Statt ein Leben lang täglich Tabletten zu nehmen, könnte es eines Tages für manche Menschen möglich werden, HIV über längere Zeit ohne ART in Schach zu halten – also eine ART-freie Remission zu erreichen. Ein aktueller „News & Views“-Kommentar in Nature fasst dazu zwei neue Arbeiten zusammen und ordnet sie ein. Die Grundidee: breit neutralisierende Antikörper (bNAbs) und bestimmte T-Zellen könnten gemeinsam mehr erreichen als jede dieser Strategien allein.

Was wurde beobachtet?

Antiretrovirale Therapie (ART) wirkt hervorragend – aber sie heilt nicht. In fast allen Fällen kommt es nach Absetzen der ART rasch zum Wiederanstieg der Viruslast. Genau hier setzen bNAbs an: Das sind seltene Antikörper, die viele unterschiedliche HIV-Varianten neutralisieren können. In klinischen Studien zeigte sich bereits: Ein Teil der Teilnehmenden bleibt nach Gabe dieser Antikör-

per und Stopp der bisherigen Therapie Wochen bis Monate ohne nachweisbare Viruslast, teils sogar länger als man es allein aus den Antikörper-Spiegeln erwarten würde. Das deutet darauf hin, dass bNAbs nicht nur direkt Virus neutralisieren, sondern das Immunsystem so verändern können, dass es die Virusvermehrung eine gewisse Zeit kontrollieren kann.

Die erste der beiden zusammengefassten Studien (Kiani et al.) schaute genauer hin, wer nach bNAb-Gabe und anschließendem ART-Stopp kontrolliert – und warum. Der auffälligste Unterschied lag bei HIV-spezifischen CD8+ T-Zellen: Bei Personen mit späterer Kontrolle gab es schon vor der Antikörpergabe besonders „robuste“ CD8-Antworten. Diese T-Zellen wirkten stammzell-ähnlich: Sie können sich erneuern, sich stark vermehren und bei Bedarf in wirksame „Killerzellen“ ausreifen. Nach bNAb-Gabe schien diese vorhandene T-Zell-Antwort zumindest moderat weiter anzusteigen.

Die zweite Arbeit (Peluso et al.) testete ein Kombinationspaket: therapeutische Impfung (um T-Zellen zu stärken), ein Botenstoff des Immunsystems (TLR9-Agonist Lefitolimod), um schlafende Viren zu wecken und die angeborene Immunantwort zu verstärken, plus zwei lang wirksame bNAbs – und dann der kontrollierte Stopp der klassischen HIV-Medikamente. In dieser kleinen Studie erreichten 7 von 10 Teilnehmenden irgendeine Form der post-interventionellen Kontrolle; eine Person blieb sogar über 18 Monate weitgehend ohne Virusnachweis im Blut. Interessant: Die Antikörper-Exposition erklärte nur teilweise, wer gut kontrollierte. Der stärkste Marker war erneut: eine Vermehrung jener CD8+ T-Zell-Untergruppen, die stammzell-ähnliche Eigenschaften tragen (u. a. TCF-1-positive Zellen).

Was bedeutet das für Menschen mit HIV?

Diese Ergebnisse sind ermutigend, aber sie stehen früh in der Entwicklung. Der wichtigste, realistische Take-away ist: Es geht (noch) nicht um „Heilung“, sondern um das Konzept, HIV ohne tägliche Medikamente kontrollierbar zu machen – zumindest bei einem Teil der Menschen. Der Kommentar betont, dass dabei wahrscheinlich nicht eine einzelne „Wunderwaffe“ entscheidet, sondern ein orchestriertes Zusammenspiel mehrerer Immunmechanismen.

Für Menschen mit HIV ist besonders relevant:

- bNAbs könnten nach ART-Stopp den frühen Anstieg der Viruslast abbremsen und damit ein Zeitfenster schaffen.
- Ob daraus eine längere Kontrolle wird, hängt offenbar stark davon ab, ob das Immunsystem über hochwertige, „regenerationsfähige“ HIV-spezifische CD8+ T-Zellen verfügt – oder ob man diese gezielt aufbauen kann.
- Kombinationen (Impfung + Antikörper + Immunmodulation) wirken konzeptionell am vielversprechendsten, sind aber noch klar Studienmedizin.

Wo liegen die Schwachstellen und offenen Fragen?

Der Kommentar ist hier erfreulich ehrlich: Beide Datensätze sind klein (z. B. 12 Personen über mehrere Trials; in der Kombinationsstudie 10 Personen) und es fehlen Placebo- oder Vergleichs-arme. Damit ist die Aussagekraft begrenzt: Einzelne Ausreißer können den Eindruck stark prägen, und natürliche Unterschiede zwischen Menschen (z. B. früher vs. später Beginn der HIV-Therapie) lassen sich schwer sauber abtrennen. Ein weiterer wichtiger Punkt: In der Kiani-Analyse hatten die späteren „Controller“ ihre guten stammzell-ähnlichen CD8-Zellen schon vorher. Das wirft die Frage auf, ob die Intervention diese Qualität wirklich zuverlässig erzeugen kann – oder ob sie vor allem bei Menschen funktioniert, die immunologisch ohnehin günstige Voraussetzungen mitbringen.

Außerdem ist das Konzept immunologisch eine Gradwanderung: Es braucht offenbar genug Virus, um T-Zellen sinnvoll zu aktivieren, aber nicht so viel, dass das Immunsystem überfordert wird oder die Virusdynamik entgleist. Dieses Timing (wann bNAbs, wie lange, wann ART-Stopp, welche Dosis) ist therapeutisch schwer zu standardisieren und dürfte individuell stark variieren.

Und schließlich bleibt das zentrale Problem bestehen: das Reservoir. Selbst wenn es gelingt, den Anstieg der Viruslast zu kontrollieren, heißt das nicht automatisch, dass HIV aus dem Körper verschwunden ist. Eine stabile Remission könnte gefährdet sein, wenn das Reservoir groß bleibt oder das Virus unter Selektionsdruck entkommt.

Ausblick

Trotz aller Vorsicht ist die Richtung bemerkenswert: Beide Arbeiten zeigen in unabhängigen Settings auf denselben „Hebel“ – die Qualität und

Regenerationsfähigkeit der HIV-spezifischen CD8-Antwort. Wenn sich diese Marker in größeren, kontrollierten Studien bestätigen, könnte das die Tür öffnen für:

- bessere Patient*innen-Stratifizierung (wer profitiert wahrscheinlich?),
- smartere Kombinationstherapien (Antikörper plus gezieltes T-Zell-Training),
- und langfristig für realistische Strategien, HIV ohne tägliche ART zu kontrollieren.

Quelle: Li J, *Antibodies and T cells join forces against HIV*

<https://doi.org/10.1038/d41586-025-03805-y>

Übersetzung und Bearbeitung: S. Schwarze unterstützt von ChatGPT5.2

Grundlegend & Wissenswert

Zweifachkombi trotz Resistenz?

Viele Menschen mit HIV leben heute seit Jahren mit einer Viruslast, die stabil unter der Nachweisgrenze liegt – und stellen sich irgendwann die Frage: Muss ich eigentlich weiterhin drei Wirkstoffe nehmen, oder geht es auch einfacher? Eine der bekanntesten vereinfachten Therapien ist die Zwei-Wirkstoff-Kombination Dolutegravir/Lamivudin (DTG/3TC, Dovato®). Sie ist gut wirksam und meist gut verträglich. Trotzdem gibt es ein altes „Schreckgespenst“ aus früheren Therapiezeiten: die Lamivudin-Resistenz M184V/I. Viele, die schon lange behandelt werden, hatten diese Mutation irgendwann einmal im Virus – zumindest wurde sie früher im Blut nachgewiesen. Und dann taucht die Sorge auf: Kann DTG/3TC bei mir trotzdem zuverlässig funktionieren?

Eine neue Studie aus Spanien (VOLVER-Studie) macht hier vorsichtig Hoffnung. Untersucht wurden 121 Erwachsene, die seit längerer Zeit unter der Nachweisgrenze waren (im Median sogar viele Jahre). Fast alle hatten in ihrer Behandlungsgeschichte irgendwann einmal eine M184V/I-Resistenz dokumentiert – im Schnitt lag das 15 Jahre zurück. Alle Teilnehmenden stellten dann auf DTG/3TC um und wurden 96 Wochen (also fast zwei Jahre) begleitet.

Das wichtigste Ergebnis: Die meisten blieben weiterhin stabil unter der Nachweisgrenze. Es gab nur zwei virologische Rückschläge, und die traten relativ früh auf (vor Woche 48). Entscheidend: Es entstand keine neue Resistenz gegen Dolutegravir, also gegen den zentralen Wirkstoff der Kombination. Genau davor haben Ärzt*innen bisher besonders Respekt – denn Integrasehemmer wie Dolutegravir sind heute eine der wichtigsten „Säulen“ der HIV-Therapie.



Spannend war ein zusätzlicher Blick in die „Virus-Archive“ des Körpers: Die Forschenden suchten mit einer empfindlicheren Methode (NGS) nach M184V/I in der proviralen DNA – also nach Virus-Erbgut, das in Körperzellen „eingebaut“ und dort teils jahrelang gespeichert ist. Dabei zeigte sich: Bei ungefähr einem Drittel der Teilnehmenden ließ sich M184V/I irgendwann nachweisen – mal zu Beginn, mal erst später, mal an beiden Zeitpunkten. Und: Ob M184V/I gefunden wurde oder nicht, sagte nicht zuverlässig voraus, wer Probleme bekam. Im Gegenteil: Die beiden virologischen Rückschläge passierten sogar bei Personen, bei denen die Mutation zu Beginn nicht nachweisbar war. Das spricht dafür, dass solche proviralen Tests im Alltag oft keine klare Entscheidungshilfe sind – sie schwanken, sind nicht immer reproduzierbar und erzeugen manchmal eher Verunsicherung als Nutzen.

Eine alte, historische M184V/I-Resistenz ist demzufolge nicht automatisch ein Ausschlusskriterium für DTG/3TC – wenn man schon lange stabil eine nicht nachweisbare Viruslast hat, keine bekannten Probleme mit Integrasehemmern hatte und keine Hepatitis-B-Koinfektion besteht. Genau in dieser sehr stabilen Gruppe wirkt die Umstellung in der Studie insgesamt sicher und wirksam. Aber ebenso wichtig ist die Einschränkung: Die VOLVER-Studie sagt nicht, dass DTG/3TC „für

alle“ passt. Die Teilnehmenden waren sehr gut ausgewählt: lange unter der Nachweisgrenze, insgesamt gut stabil, und Hepatitis B war ausgeschlossen. Für Menschen mit kürzlicher Therapiestörung, häufigen „Blips“, unsicherer Einnahme oder unklarer Resistenzgeschichte bleibt man eher vorsichtig. Und auch Fachleute, die die Studie kommentiert haben, mahnen: Leitlinien ändern sich langsam – weil man Integrasehemmer als langfristig wichtige Wirkstoffklasse unbedingt schützen will.

Unterm Strich: VOLVER nimmt ein Stück Angst aus dem Thema „archivierte Lamivudin-Resistenz“. Sie stärkt die Idee, dass die Therapieentscheidung weniger vom Vorhandensein der M184V/I-Mutation und stärker vom Gesamtbild abhängt: Wie stabil war die Viruslast in den vergangenen Jahren? Gibt es Hinweise auf frühere Probleme mit Integrasehemmer-basierten Therapien? Liegt eine chronische Hepatitis B vor? Passt die Vereinfachung zum Alltag und Sicherheitsbedürfnis der Patientin / des Patienten? Für Menschen mit HIV, die über einen Wechsel auf DTG/3TC nachdenken, ist das eine gute Nachricht – aber auch eine Einladung, das gemeinsam mit dem Behandlungsteam sorgfältig abzuwägen. Denn Vereinfachung ist sinnvoll, wenn sie genauso zuverlässig bleibt wie das, was heute schon erfolgreich ist.

Quelle: Lagarde M et al, Impact of Proviral-DNA M184V/I on 96-Week Outcomes of DTG/3TC Maintenance Therapy: Results From the VOLVER Clinical Trial <https://doi.org/10.1093/cid/ciag060>

Übersetzung und Bearbeitung: S. Schwarze unterstützt von ChatGPT5.2

seit 27 Jahren: HIV-Therapie-Hotline

therapiehotline@muenchnerpositive.de

**Betroffene informieren Betroffene
zu Therapiefragen**

**Außerdem: Beratung zur
Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP):**

prepberatung@muenchnerpositive.de

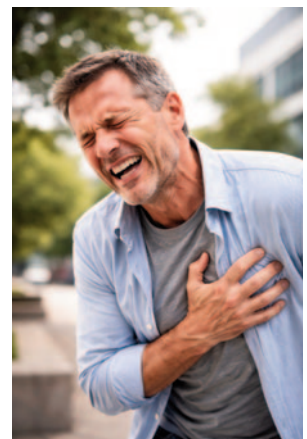
Leben mit HIV

„Wie aus heiterem Himmel“? Warum Prävention sich lohnt

Viele Menschen sind überrascht, wenn bei ihnen oder ihren Angehörigen „plötzlich“ ein Herzinfarkt, ein Schlaganfall oder eine Herzschwäche auftritt – obwohl die Person „eigentlich keine Risikofaktoren“ zu haben glaubt.

Eine große Studie nahm genau dieses Gefühl unter die Lupe. Die Forschenden haben zwei sehr unterschiedliche Datensätze ausgewertet: eine riesige Gesundheitskohorte aus Südkorea mit über neun Millionen Erwachsenen sowie die US-amerikanische MESA-Studie mit gut 6.800 Teilnehmenden, die über viele Jahre engmaschig beobachtet wurden. Die Kernfrage war: Kommen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wirklich häufig „aus dem Nichts“, oder werden klassische Risikofaktoren nur vorher nicht erkannt – oder unterschätzt?

Das Ergebnis ist zunächst ziemlich ernüchternd: Bei fast allen Menschen, die später erstmals eine koronare Herzerkrankung, einen Herzinfarkt, eine Herzinsuffizienz oder einen Schlaganfall bekamen, fand sich vor dem Ereignis mindestens ein „nicht optimal eingestellter“ klassischer Ri-



sikofaktor. Gemeint waren Blutdruck, Cholesterin, Blutzucker oder Rauchen. Je nach Endpunkt lagen die Zahlen bei rund 99 Prozent – sowohl in Südkorea als auch in den USA. Mit anderen Worten: In fast allen Fällen gab es vor dem Auftreten der Erkrankung schon entsprechende Risikofaktoren. Die Autoren wollten damit zeigen: Wenn man regelmäßig misst, sind traditionelle Risikofaktoren beim Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen fast nie komplett abwesend.

Für Menschen mit HIV ist das besonders relevant, weil Herz-Kreislauf-Risiken bei HIV in der Praxis

manchmal „nebenher“ laufen: Man kümmert sich (zu Recht) um Viruslast, CD4-Zellen und Therapie, und übersieht leicht, dass Blutdruck, Blutzucker, Blutfette und Rauchen mindestens genauso konsequent im Blick bleiben müssen. Die Studie unterstützt eine einfache, alltagsnahe Botschaft: Wer seine Werte regelmäßig überprüft, erkennt Risiken früher – und kann gegensteuern, bevor daraus ein Ereignis wird. Dazu gehören Blutdruckmessungen (idealerweise auch zu Hause), regelmäßige Laborkontrollen von Fettwerten und Zuckerstoffwechsel (z. B. Nüchtern glukose/HbA1c) und – wenn man raucht – Unterstützung beim Rauchstopp. Prävention bedeutet hier nicht „Panik“, sondern: kleine, aber konsequente Schritte, die sich über Jahre stark auszahlen.

Genauso wichtig ist aber, die Aussage der Studie nicht zu überinterpretieren. Der fast „perfekte“ Prozentsatz kommt nämlich auch daher, wie die Forschenden „nicht optimal“ definiert haben. Die Schwellen waren teilweise sehr niedrig angesetzt – zum Beispiel galt schon ein Blutdruckmesswert oberhalb von 120/80 mmHg als „nicht optimal“, ebenso ein Gesamtcholesterin über 200 mg/dl oder ein Nüchternblutzucker über 100 mg/dl. Und beim Rauchen zählte bereits, wenn jemand jemals geraucht hatte (also auch früher, nicht nur aktuell). Mit solchen Kriterien haben in der Allgemeinbevölkerung sehr viele Menschen mindestens einen „nicht optimalen“ Faktor – selbst wenn sie nie krank werden! Tatsächlich zeigt die Studie, dass sogar bei Menschen ohne späteres Ereignis fast alle irgendwann mindestens einen solchen Faktor hatten. Das bedeutet: Die Studie beweist nicht, dass diese Faktoren allein „alles erklären“ oder dass ein einzelner grenzwertiger Messwert automatisch gefährlich ist. Sie zeigt eher: „Idealwerte“ sind selten – und Ereignisse bei Menschen mit über viele Jahre durchgehend perfekten Werten sind ebenfalls selten.

Eine zweite Einschränkung: Gezählt wurde nach dem Prinzip „jemals vor dem Ereignis“. Das ist sehr empfindlich, kann aber klinisch unscharf sein. Ein einmalig knapp erhöhter Blutdruck irgendwo in einem langen Beobachtungszeitraum zählt dann genauso wie ein dauerhaft schlecht eingestellter Blutdruck über viele Jahre. Für die persönliche Risikoeinschätzung ist aber gerade die Dauer und Gesamtbelastung entscheidend: Wie lange war der Blutdruck erhöht? Wie hoch war das LDL über die Jahre? Wie stabil ist der Blutzucker? Diese Fragen beantwortet die Studie nur begrenzt.

Außerdem werden manche Faktoren in der Analyse als „vorhanden“ gewertet, sobald eine Behandlung dokumentiert ist – also etwa Blutdruck- oder Cholesterinsenker. Das ist logisch (denn ohne Grund bekommt man sie meist nicht), kann aber auch bedeuten: Die Behandlung ist ein Marker dafür, dass Ärzt:innen schon ein erhöhtes Risiko gesehen haben – oder dass sich eine Erkrankung bereits im Hintergrund anbahnte. Das macht es schwieriger, Ursache und Reaktion sauber zu trennen.

Und schließlich: Die Studie schaut bewusst auf „klassische“ Risikofaktoren. Für Menschen mit HIV sind aber auch zusätzliche Punkte wichtig, die hier nicht im Zentrum stehen: Entzündungsaktivität, Nierenfunktion, bestimmte Fettwerte wie Lp(a) oder ApoB, Wechselwirkungen mit einzelnen Medikamenten, sowie soziale und psychische Faktoren (Stress, Schlaf, Lebensumstände). Gerade bei HIV kann das Zusammenspiel aus traditionellen Risiken und HIV-spezifischen Einflüssen die Gesamtbilanz verschieben. Die Studie ist deshalb ein starkes Argument für konsequentes Messen und frühes Gegensteuern – aber sie ist kein „Ende der Geschichte“ und keine Aussage, dass moderne oder HIV-spezifische Risikotreiber unwichtig wären.

Was bleibt als praktische Quintessenz? Erstens: „Keine Risikofaktoren“ ist oft eine Illusion, wenn man nicht regelmäßig misst oder wenn man Grenzwerte als irrelevant abtut. Zweitens: Herz-Kreislauf-Risiko entsteht meist nicht sprunghaft, sondern schleichend – und genau deshalb lohnt Prävention. Drittens: Wer mit HIV lebt, sollte Herz-Kreislauf-Gesundheit als festen Bestandteil der Langzeitversorgung verstehen: Blutdruck, Blutfette, Zuckerstoffwechsel und Rauchen gehören genauso auf die Agenda wie Viruslast und CD4-Zellen. Und viertens: Zahlen wie „99 Prozent“ wirken spektakulär, sind aber stark von Definitionen abhängig – entscheidend ist nicht, ob ein Faktor „irgendwann einmal“ knapp außerhalb des Idealbereichs lag, sondern ob er über die Zeit eine relevante Belastung darstellt und ob man gemeinsam mit dem Behandlungsteam die passenden, realistischen Schritte findet.

Quelle: Hokyoo Lee et al, Very High Prevalence of Non-optimally Controlled Traditional Risk Factors at the Onset of Cardiovascular Disease
<https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2025.07.014>

Übersetzung und Bearbeitung: S. Schwarze unterstützt von ChatGPT5.2

Schlafprobleme bei Menschen mit HIV

Schlaf ist mehr als „nur Erholung“. Er beeinflusst Stimmung, Konzentration, Gedächtnis – und auf Dauer auch Blutdruck, Herz-Kreislauf-Gesundheit und Stoffwechsel. Für Menschen mit HIV ist das besonders wichtig, weil viele ohnehin schon zusätzliche Belastungen und Begleiterkrankungen mitbringen. Umso erstaunlicher ist, dass Schlafprobleme im Alltag oft zu wenig ernst genommen werden – oder man sie vorschnell als „Stress“ abtut.

Dabei zeigen Erfahrungen aus der HIV-Versorgung und aus der Schlafmedizin: Gestörter Schlaf ist bei Menschen mit HIV häufig – und er sieht nicht immer so aus, wie man es aus klassischen Lehrbüchern kennt. Einschlafen klappt vielleicht noch ganz gut, aber der Schlaf ist „leicht“, unruhig, unterbrochen. Man wird mehrmals wach, fühlt sich morgens nicht wirklich erholt und schleppt sich tagsüber durch den Tag. Dieses Muster passt nicht immer perfekt in die strengen Diagnosekriterien einer „Insomnie“ (Schlaflosigkeit). Genau deshalb sprechen Schlafmediziner:innen bei HIV oft lieber von „disordered sleep“ – also einem breiten Bild von gestörtem Schlaf, das mehr umfasst als nur „kann nicht einschlafen“.

Warum kann das bei HIV häufiger vorkommen? Dafür gibt es mehrere mögliche Bausteine. Ein Teil kann mit anhaltenden Entzündungsprozessen im Körper zusammenhängen, die auch unter erfolgreicher Therapie bei manchen Menschen eine Rolle spielen. Diskutiert wird außerdem, ob HIV-assoziierte Prozesse im Nervensystem den Tag-Nacht-Rhythmus verschieben können – so, als würde die innere Uhr etwas „nach hinten“ laufen. Manche Betroffene erleben das wie einen chronischen Mini-Jetlag: abends zu spät müde, morgens wie gerädert. Hinzu kommen ganz reale Alltags-treiber: psychische Belastungen, depressive Symptome (bei Frauen häufiger), chronische Schmerzen, Grübeln, Stress – und nicht zuletzt Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen von Medikamenten.



Auch antiretrovirale Therapien können beim Schlaf eine Rolle spielen – nicht bei allen, aber bei manchen. Efavirenz ist bekannt dafür, lebhaftere Träume, Albträume oder Schlafstörungen zu verstärken (und wird in einigen Regionen der Welt weiterhin eingesetzt). Aber auch bei anderen Wirkstoffen, etwa Integrasehemmern, berichten manche Menschen über Ein- oder Durchschlafprobleme. Wichtig ist: Das heißt nicht automatisch „Therapie wechseln“. Aber es ist absolut legitim, den zeitlichen Zusammenhang zu beobachten und in der Praxis anzusprechen – am besten konkret: Seit wann ist es schlechter? Was hat sich geändert? Welche Einnahmezeiten gibt es? Welche anderen Medikamente kamen dazu?

Ein weiterer Punkt wird oft unterschätzt: Schlafapnoe, also nächtliche Atemaussetzer. Viele denken

dabei nur an starkes Übergewicht – und schließen das Thema bei sich vorschnell aus. Doch bei Menschen mit HIV kann Schlafapnoe auch ohne das „klassische“ Erscheinungsbild vorkommen. Hinweise können lautes Schnarchen, beobachtete Atemaussetzer, morgendliche Kopfschmerzen, ausgeprägte Tagesschläfrigkeit oder unruhiger Schlaf sein. Wenn so etwas zutrifft, lohnt sich eine gezielte Abklärung – denn eine behandelte Schlafapnoe kann Lebensqualität, Blutdruck und Tagesenergie deutlich verbessern.

Was kann man selbst tun – und wann braucht es Unterstützung? Als wichtigste Botschaft nennen Schlafexpert:innen immer wieder einen Punkt: eine feste Aufstehzeit. Jeden Tag – auch am Wochenende. Das ist der stärkste „Taktgeber“ für die innere Uhr. Viele möchten am Wochenende ausschlafen, um Schlaf nachzuholen. Kurzfristig fühlt sich das gut an, aber bei empfindlichem Schlaf kann es den Rhythmus weiter verschieben und das Problem verstärken.

Dazu kommen zwei weitere Taktgeber: Licht und Bewegung. Tageslicht am Morgen oder Vormittag – selbst ein Spaziergang von 20–30 Minuten – hilft der inneren Uhr, „den Tag zu starten“. Regelmäßige, moderate Bewegung unterstützt zusätzlich. Und ja: Koffein ist ein Klassiker. Viele merken nicht, wie lange Koffein wirkt – und dass auch grüner Tee oder Cola dazugehören. Wer Schlafpro-

bleme hat, gewinnt oft schon, wenn Koffein am Nachmittag konsequent reduziert wird. Alkohol ist ebenfalls tückisch: Er kann zwar beim Einschlafen helfen, verschlechtert aber die Schlafqualität und fördert nächtliches Aufwachen.

Wenn Schlafprobleme länger anhalten, ist es sinnvoll, strukturiert vorzugehen. In der Medizin wird Insomnie meist dann diagnostiziert, wenn Beschwerden über mindestens drei Monate bestehen, mehrmals pro Woche auftreten und den Alltag spürbar beeinträchtigen. In solchen Fällen ist die wirksamste Behandlung nicht „ein Schlafmittel“, sondern eine spezielle Form der Therapie: die kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie (CBT-I). Sie arbeitet mit Schlafdruck, Rhythmus, Gewohnheiten und dem Umgang mit Anspannung – und ist vielen Medikamenten langfristig überlegen. Für die Praxis gibt es zudem kurze Fragebögen, die helfen, die Lage einzuschätzen: z. B. der Insomnia Severity Index (ISI) für Schlaflosigkeit oder Screenings wie STOP-BANG bzw. der Berlin-Fragebogen für Schlafapnoe. Wer bei diesen Tests auffällig ist, profitiert oft von einer schlafmedizinischen Abklärung.

Damit ein Arztgespräch wirklich hilfreich wird, lohnt ein kleiner Trick: zwei Wochen „Schlaf-Notizen“. Keine perfekte Tabelle – ein paar Stichpunkte reichen: Wann ins Bett? Wann aufgestanden? Wie oft wach? Nickerchen? Koffein/Alkohol? Und ganz wichtig: wann welche Medikamente eingenommen? Mit solchen Daten lässt sich viel schneller unterscheiden, ob eher eine Insomnie, eine Schlafapnoe, eine Rhythmusstörung oder eine Mischung dahinter steckt.

Die gute Nachricht: Schlafprobleme sind bei HIV häufig – aber sie sind nicht „normal“ im Sinne von „da kann man nichts machen“. Im Gegenteil: Schon kleine Veränderungen beim Rhythmus können spürbar helfen. Und wenn Beschwerden bleiben, gibt es gute, wirksame Diagnostik und Behandlung. Wer tagsüber müde, gereizt, antriebslos oder „wie benebelt“ ist, muss das nicht aushalten. Schlaf gehört zur Gesundheit – und er darf in der HIV-Sprechstunde genauso ein Thema sein wie Blutwerte oder Medikamente.

Quelle: <https://www.thebodypro.com/hiv/sleep-disorder-screening-referral-hiv-care>

Übersetzung, Zusammenfassung und Ergänzung: S. Schwarze unterstützt von ChatGPT5.2

Einwanderung, Armut und HIV-Risiko in den Niederlanden

Dass es bei der Einschätzung von Risiken für eine HIV-Infektion um mehr geht als um risikoreiches Sexualverhalten, zeigt einmal mehr eine aktuelle Studie aus den Niederlanden.

Wie Dr. Vita Jongen von der Stichting HIV Monitoring und ihre Kolleg*innen berichten, spielen Armut und Migration eine große Rolle. Menschen, die ärmer sind oder zur ersten Einwanderergeneration gehören, werden viel häufiger mit HIV diagnostiziert. Dabei erhöhen die Überschneidungen zwischen Armut und Migration ihre Gefährdung noch weiter.

Hintergrund

Die Niederlande haben die 95-95-95-Ziele von UNAIDS fast erreicht: 95 % der Menschen mit HIV sind diagnostiziert, 95 % der diagnostizierten Menschen werden behandelt und 95 % der behandelten Menschen sind virussupprimiert. Darüber hinaus hat der Zugang zur HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) die HIV-Übertragung insbesondere unter jüngeren Menschen drastisch reduziert. Während die Zahl der HIV-Neudiagnosen in den 2010er Jahren kontinuierlich zurückging, hat sie sich seit 2020 bei etwa 500 Fällen pro Jahr stabilisiert (Ergänzung: bei einer Einwohnerzahl von ca. 18.4 Millionen). Schwule, bisexuelle und andere Männer, die Sex mit Männern haben, machen etwa 60 % dieser Neudiagnosen aus, andere Männer etwa 20 %, Frauen etwa 16 % und Transgender-Personen etwa 4 %.

Es bestehen jedoch weiterhin Lücken – insbesondere für Gruppen wie Frauen und cisgeschlechtliche heterosexuelle Männer. Wie in ganz Europa sind HIV-Prävention und -Behandlung für Menschen mit Migrationsgeschichte lückenhaft. Ihnen fehlt oft Wissen, wie sie sich im Gesundheitssystem des Ankunftslandes zurechtfinden können, und auch Sprachbarrieren können Zugänge erschweren. Was sind nun die strukturellen und sozialen Faktoren, die bestimmte Gruppen oder Menschen anfälliger für eine HIV-Infektion machen könnten? Dieser Frage wollte die Studie nachgehen und den Fokus dabei nicht auf „Risikogruppen“ und Sexualverhalten legen wie oft üblich. Armut und Einwanderungsstatus und auch deren Zusammenwirken und Überschneidungen standen im Vordergrund.

Die Studie

Die HIV-Versorgung in den Niederlanden wird von 23 Behandlungszentren gewährleistet, die Daten an

die zentrale Stiftung „Stichting HIV Monitoring“ übermitteln. Die HIV-Tests sind für bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie schwule Männer und Transfrauen, kostenlos. Migrant*innen mit Aufenthaltsgenehmigung haben Zugang zum Gesundheitssystem, ohne Aufenthaltsgenehmigung müssen sie jedoch möglicherweise Gesundheitsleistungen aus eigener Tasche bezahlen. Allerdings sollten medizinisch notwendige Behandlungen – wie HIV-Tests und -Behandlungen – auch Menschen ohne Papiere nicht vorenthalten werden. Eine der wichtigsten Datenquellen für die Studie war die ATHENA-Kohorte (AIDS Therapy Evaluation in the Netherlands), in der die Daten von 97% aller Menschen, die in den Niederlanden mit HIV leben, erfasst werden. Ergänzt wurden diese durch weitere statistische Daten von Statistics Netherlands. Ein Ziel war, Personen gleichen Alters und Geschlechts in der Allgemeinbevölkerung und Personen mit HIV-Diagnose zu vergleichen. Außerdem sollten durch die Verknüpfung der ATHENA-Daten und Statistics Netherlands mögliche Zusammenhänge zwischen einer HIV-Diagnose und Bildung, Einkommen, Einwanderungsstatus und bestimmtem Gesundheitsverhalten, wie z. B. der Nutzung von psychosozialer Unterstützung, untersucht werden. Alle Personen der ATHENA-Kohorte über 18 Jahren, die zwischen Januar 2012 und Dezember 2023 in den Niederlanden neu mit HIV diagnostiziert wurden, wurden einbezogen. Personen, die mit bekannter HIV-Infektion in die Niederlande eingewandert waren, wurden ausgeschlossen ebenso wie Transgender-Personen – aufgrund ihrer geringen Anzahl und der möglichen Gefahr ihrer Identifizierung.

Sich überschneidende Faktoren schaffen einzigartige Anfälligkeiten für HIV

Im Untersuchungszeitraum wurden 6055 Männer und 1020 Frauen neu mit HIV diagnostiziert, die meisten davon im Alter von 25 – 49 Jahren. Das waren 64 % aller Diagnosen bei Männern und Frauen, wobei nur sehr wenige Diagnosen bei den 18- bis 25-Jährigen gestellt wurden. Die Gruppe der 25- bis 49-Jährigen war im Vergleich zur allgemeinen niederländischen Bevölkerung überrepräsentiert, wo sie 44 % aller Männer und 49 % aller Frauen ausmachte.

59% der Männer, bei denen HIV diagnostiziert wurde, waren keine Migranten der ersten oder zweiten Generation. Ein großer Teil hatte eine Sekundarschulbildung oder höher (41 %) und gehörte zur mittleren bis unteren Einkommensklasse (43 %). Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung gab es jedoch unter den mit HIV diagnostizierten Personen deutlich mehr Einwanderer (40 % gegenüber 23 %) und mehr Männer unterhalb der Armutsgrenze (23 % ge-

bitte in frankiertem Fensterumschlag

An Projekt Information e.V.
Molzstr. 47
10777 Berlin

genüber 12 %). Erhebliche Unterschiede zwischen diesen Gruppen gab es auch bei denjenigen, die psychologische Betreuung und Antidepressiva in Anspruch nahmen (7 % gegenüber 5 % bzw. 8 % gegenüber 5 %).

Ganz anders sah es bei den Frauen aus. Die meisten Frauen mit HIV-Diagnose waren Einwanderinnen der ersten Generation (55 %), ein großer Teil hatte hauptsächlich eine Grund- und Sekundarschulbildung (44 %) und ein Einkommen unterhalb der Ar-

Mitgliedschaft

Zur Unterstützung der Ziele von Projekt Information e.V. wird hiermit die Mitgliedschaft bis zum schriftlichen Widerruf - jeweils vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres möglich - erklärt.

Eintrittsdatum (zum Monatsersten) _____

Ermächtigung zum Forderungseinzug per Lastschrift

Projekt Information e.V. wird widerruflich ermächtigt,

den **Mitgliedsbeitrag** 8,00 €

zuzüglich einer **Spende** _____ €

Gesamtbetrag monatlich = _____ €

per Lastschrift einzuziehen von folgender Bankverbindung:

IBAN: _____

BIC: _____

Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

☐ monatlich

☐ jährlich

_____, den _____

Unterschrift _____

Vollständige Anschrift (in Druckbuchstaben)

Vor- und Nachname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Ort

Tel.:

E-Mail

Ich wünsche die Zusendung ☐ per Post im diskreten Umschlag
☐ per E-Mail (PDF)

Ich erkläre mich einverstanden mit einer Nutzung meiner Daten ausschließlich zu vereinsinternen Zwecken gemäß DSGVO.

mutsgrenze (45 %). Darüber hinaus gab es im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung unter den Frauen mit HIV deutlich mehr immigrierte Frauen (64 % gegenüber 25 %) und auch deutlich mehr Frauen, die unterhalb der Armutsgrenze lebten (45 % gegenüber 14 %). 5% der Frauen mit HIV-Diagnose nahmen Antipsychotika ein, verglichen mit 2% in der Allgemeinbevölkerung.

Männer der ersten Einwanderergeneration waren mehr als doppelt so häufig mit HIV diagnostiziert worden wie Nicht-Einwanderer. Dieses Muster war bei Migrantinnen der ersten Generation noch ausgeprägter: Bei ihnen war die Wahrscheinlichkeit, mit HIV diagnostiziert zu werden, mehr als viermal so hoch wie bei Nicht-Migrantinnen. Auch bei Migrant*innen der zweiten Generation wurde ein statistisch signifikanter Anstieg der HIV-Diagnosen festgestellt, der jedoch nicht so ausgeprägt war, da diese Personen in den Niederlanden geboren wurden und wahrscheinlich bessere Kenntnisse im und Zugänge zum Gesundheitswesen hatten.

Der auffälligste Unterschied sowohl bei Frauen als auch bei Männern betraf das Einkommen: Frauen, die unterhalb der Armutsgrenze lebten, hatten ein mehr als viermal höheres Risiko, mit HIV diagnostiziert zu werden, als Frauen mit hohem Einkommen, während Frauen mit mittlerem bis niedrigem Einkommen fast zweieinhalb Mal häufiger mit HIV diagnostiziert wurden als Frauen mit hohem Einkommen. Bei Männern war dieser Unterschied weniger dramatisch – wenn sie unterhalb der Armutsgrenze lebten, hatten sie ein fast doppelt so hohes Risiko, mit HIV diagnostiziert zu werden, wie Männer mit hohem Einkommen.

Interessanterweise wurde bei Männern, die Antidepressiva einnahmen, häufiger HIV diagnostiziert als bei denen, die keine einnahmen; bei Frauen standen Antipsychotika häufiger im Zusammenhang mit einer HIV-Diagnose.

Wenn eine Kombination aus demografischen, sozio-ökonomischen und gesundheitsbezogenen Verhaltensfaktoren berücksichtigt wurde, wiesen bestimmte Profile ein höheres Risiko auf, mit HIV diagnostiziert zu werden, als andere. Ein Mann der ersten Einwanderergeneration im Alter von 25 bis 49 Jahren mit einem Einkommen unterhalb der Armutsgrenze, der Antidepressiva einnimmt, hätte ein 12-mal höheres Risiko, mit HIV diagnostiziert zu werden, als ein Mann über 50 ohne Einwanderungshintergrund und mit hohem Einkommen. Ähnlich verhält es sich mit einer Frau der ersten Einwanderergeneration im Alter von 25 bis 49 Jahren mit einem Einkommen unter der Armutsgrenze, die Sozialleistungen erhält und Antipsychotika einnimmt. Sie hätte ein deutlich höheres Risiko, mit HIV diagnostiziert zu werden als Frauen mit anderen Profilen.

Wichtiger Hinweis:

Für Interessenten und Vereinsmitglieder: Bei einem nachgewiesenen monatlichen Netto-Einkommen bis € 750,00 reduziert sich der Monatsbeitrag auf € 4,00.

Fazit

Die Autor*innen schlussfolgern, dass bei Menschen mit Migrationshintergrund, aber auch solche mit ökonomischer und psychischer Vulnerabilität einer unverhältnismäßig hohen Belastung durch neue HIV-Diagnosen beobachtet wurde. Hindernisse für HIV-Prävention und -Tests müssten daher abgebaut werden, wenn die Ziele „keine neuen HIV-Infektionen und Beendigung der HIV-Epidemie“ erreicht werden sollen.

Diese Studie ist ein klarer Hinweis auf die Bedeutung sozialer Einflussgrößen: Menschen, die ärmer sind und die schlimmsten Folgen der Migration zu spüren bekommen, wie beispielsweise Migrant*innen der ersten Generation, haben ein viel höheres Risiko für schlechtere Gesundheitsergebnisse, wie beispielsweise eine HIV-Diagnose. Diese negativen Gesundheitsfolgen sind zwar bei Menschen mit niedrigem bis mittlerem Einkommen und Einwanderern der zweiten Generation geringer, aber immer noch sichtbar – selbst in Umgebungen mit Zugang zu HIV-Tests und Prävention.

Auch die Überschneidungen von Faktoren wie Armut und Migration erhöhen das Risiko für eine HIV-Infektion. Gesundheitspolitische Maßnahmen, die darauf abzielen, neue HIV-Fälle zu verhindern, müssen daher diese Einflussgrößen angemessen und aktiv berücksichtigen.

Kommentar:

Diese Studie hat auch für Deutschland eine hohe Relevanz, weil sie zeigt, dass HIV-Risiken nicht al-

lein durch individuelles Sexualverhalten erklärt werden können, sondern stark von sozialen und strukturellen Faktoren geprägt sind. Auch wenn wir leider hier nicht über solche umfangreichen Datensätze verfügen, lassen sich doch immer wieder ähnliche Zusammenhänge beobachten: Menschen mit Migrationserfahrung sowie Personen mit geringem Einkommen oder eingeschränktem Zugang zum Gesundheitssystem haben oft größere Hürden bei HIV-Tests, Prävention und Behandlung.

Für die deutsche HIV-Prävention bedeutet dies, dass neben dem Ausbau von Test- und Präventionsangeboten müssen auch soziale Faktoren wie Armut, Sprachbarrieren, Aufenthaltsstatus und mangelnde Gesundheitskompetenz stärker berücksichtigt werden müssen. Die niederländischen Daten unterstreichen die Bedeutung zielgruppenspezifischer, sozial sensibler Präventionsstrategien, um bestehende Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung abzubauen und neue HIV-Infektionen langfristig weiter zu reduzieren.

*Übersetzung und Zusammenfassung nach
Samuel. K. Immigration and poverty tied to heightened HIV
risk in the Netherlands .
www.aidsmap.com*

U. Sonneberg-Schwan

Impressum

Herausgeber: Projekt Information e.V., Motzstr. 47, 10777 Berlin, Telefon (030) 23 57 92 60 ,
Fax: (030) 23 57 98 28 , email: info@projektinfo.de. Eingetragen: Amtsgericht Charlottenburg Nr. VR 35117 B,
Gemeinnützigkeit: Finanzamt Berlin f. Körperschaften v. 21.03.2025 Steuer-Nr.: 27/675/58073
Vorstand: Lothar Maier, Siegfried Schwarze, Engelbert Zankl
Redaktion: L. Maier, S. Schwarze, M. Schrammke, U. Sonnenberg-Schwan, P. Wiessner, F. Winkler-Schwarz, E. Zankl.

Titelillustration: Mats Bergen, Berlin

Der Druck und Versand dieser Ausgabe erfolgten mit freundlicher Unterstützung durch (in alphabetischer Reihenfolge): Folsom Europe e.V., Gilead Sciences GmbH, MSD Sharp & Dohme GmbH, ViiV Healthcare GmbH. Für den Inhalt sind die genannten Sponsoren nicht verantwortlich.

Spendenkonto: GLS-Bank, IBAN: DE21 4306 0967 1304 5806 00 SWIFT/BIC: GENODEM1GLS

Hinweis:

Projekt Information versucht durch eine breite Auswahl von Themen, den Leser*innen einen Überblick zu den derzeitigen therapeutischen Möglichkeiten, Entwicklungen und dem Stand der Forschung zu geben. Zum größten Teil verwenden wir Originalarbeiten und Kongressberichte. Die Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder. Ob die besprochenen Medikamente, Therapien oder Verfahren tatsächlich erfolgversprechend oder erfolglos sind, entzieht sich unserer Beurteilung. Sprechen Sie immer mit der Ärztin / dem Arzt Ihres Vertrauens und lesen Sie die Packungsbeilagen und gegebenenfalls die Fachinformation. Namentlich gezeichnete Artikel verantworten die betreffenden Autor*innen. Soweit es um Zitate aus wissenschaftlichen Publikationen geht, werden die Leser*innen gebeten, die angegebenen Referenztexte zu konsultieren.

Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung 2026

Liebe Mitglieder,

hiermit laden wir Sie ein zur ordentlichen Mitgliederversammlung 2026 von „Projekt Information e.V.“.

Sie findet statt am

Donnerstag, den 18. Juni 2026 um 15:00 Uhr
in der **Motzstr. 47, 10777 Berlin**

Bitte teilen Sie uns bis spätestens 10. Juni 2026 mit, ob Sie persönlich kommen, bzw. falls nicht, wen Sie bevollmächtigen! Dies erleichtert uns die Planung (Formular zum senden per Post, Fax oder e-Mail siehe unten)!

Tagesordnung:

1. Bericht des Vorstandes über das Geschäftsjahr 2025
2. Genehmigung des Jahresabschlusses 2025
3. Entlastung des Vorstandes für das Geschäftsjahr 2025
4. Bericht zur Veranstaltungsreihe „Positiver Raum“ und weiteres Vorgehen
5. Bericht zu den „Münchner Positiven“
6. Bericht zu den Projekten „Gesundheitstraining HIV“ und „MARTHA“
7. Verschiedenes

Hinweis: Eine gesonderte Einladung zu dieser Versammlung erhalten Sie nicht mehr!

Mit freundlichen Grüßen



Projekt Information e.V.
Siegfried Schwarze (Vorstand)

An Projekt Information e.V., Motzst. 47, 10777 Berlin,
Fax: 030-23 57 98 28, e-Mail: info@projektinfo.de

Absender: Name: _____ Vorname: _____

 Straße: _____ PLZ/Ort: _____

☐ ich komme am 18.06.2026 persönlich

Vollmacht

ich kann nicht teilnehmen und bevollmächtige deshalb (bitte nur einen Namen ankreuzen!)

☐ Siegfried Schwarze, Berlin

☐ Lothar Maier, Berlin

☐ Engelbert Zankl, München

☐ _____

mich in der Mitgliederversammlung am 18.06.2026 zu vertreten und auch Untervollmacht zu erteilen.