



Die Epidemie beenden

**Eine Bestandsaufnahme der HIV-Politik
in Deutschland mit Empfehlungen zur
Verbesserung der Lebensumstände von
Menschen, die mit HIV leben bzw. einem
Infektionsrisiko ausgesetzt sind.**



März 2019

kpmg.com/uk

Dieser Bericht wurde von Gilead Sciences Europe Ltd. („Gilead“) in Auftrag gegeben und finanziert.

Der Bericht wurde von KPMG LLP UK (KPMG) erstellt und von einer unabhängigen Lenkungsgruppe begleitet, die sich aus Experten für HIV-Strategie, -Behandlung und -Patienten zusammensetzt. Die Lenkungsgruppe hatte die redaktionelle Kontrolle über den Bericht.



01

Kurzfassung

Die Maßnahmen der Bundesrepublik zur Bekämpfung der HIV-Epidemie zeigt bereits konkrete Auswirkungen. Die Zahl der HIV-Neuinfektionen hat sich seit 2006 stabilisiert und die Anzahl der Menschen, die sich einer antiretroviralen Therapie (ART) unterziehen und deren Viruslast sich unter der Nachweisgrenze befinden, steigt stetig an. Deutschland konnte sich bei den UNAIDS-Behandlungszielen 90-90-90¹ besonders gut behaupten und erreichte 92% bzw. 95% beim zweiten bzw. dritten Ziel^[1]. Die Versorgung ist im Regelfall für alle zugänglich, die sie benötigen, und man geht davon aus, dass die Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) für Menschen mit hohem Infektionsrisiko noch in diesem Jahr verfügbar sein wird.

Allerdings ist die Epidemie noch lange nicht ausgestanden; Deutschland muss sich noch einigen schwierigen Herausforderungen stellen. Fast 11.500 Menschen, die mit HIV leben, kennen ihren Status nicht und sehr viele werden jedes Jahr erst spät diagnostiziert. Obwohl Therapien in der Regel verfügbar sind, gibt es dennoch Ungleichheiten in Hinblick auf ihre Zugänglichkeit. Gruppen von Menschen (z.B. neu angekommene Migrantinnen und Migranten) und Menschen in ländlichen Gebieten stehen größeren Barrieren gegenüber. Dazu gehören sowohl die begrenzte Verfügbarkeit von HIV-bezogenen Fachdienstleistungen als auch eine höhere Prävalenz von Stigmata, welche die Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen verhindern können.

Wie Deutschland derzeit auf die Epidemie reagiert, wird im Rahmen der 2016 gestarteten „Integrierten Strategie für HIV, Hepatitis C und andere sexuell übertragbare Krankheiten“ dargestellt. Um zu verstehen, wie erfolgreich die neue HIV-Strategie in Deutschland sein wird, bewertete der Lenkungsausschuss³ die einzelnen Schritte im Gesamtspektrum der HIV-Versorgung; Dabei wurden Aufklärung, Prävention, Tests und Screening, HIV-spezifische klinische Behandlung und langfristige ganzheitliche Gesundheit berücksichtigt. Man erkannte hier sowohl existierende Stärken als auch Bereiche mit Verbesserungspotenzial.

1. Die 2014 aufgestellten 90-90-90-Ziele von UNAIDS beziehen sich auf die Behandlung von Menschen mit HIV – bis 2030 sollen 90 % der Menschen mit HIV ihren Status kennen, 90 % der Menschen, bei denen HIV diagnostiziert wurde, sollen eine antiretrovirale Therapie erhalten und bei 90 % der Menschen mit HIV, die therapiert werden, soll die Viruslast unterdrückt sein. Diese Ziele basieren auf der These, dass es nicht möglich ist, die HIV-Epidemie zu beenden, ohne all diejenigen mit HIV zu behandeln, die dies benötigen^[2]

2. Eine „späte“ Diagnose wird zu einem Zeitpunkt gestellt, an dem die HIV-Behandlung schon hätte beginnen sollen. Derzeit wird eine CD4-Zellzahl von weniger als 350 Zellen/mm³ zum Zeitpunkt der Diagnose als „spät“ angesehen^[1]

3. Eine vollständige Liste der Mitglieder der Lenkungsgruppe finden Sie im Abschnitt Methodik, Tabelle 1

-  **Aufklärung**
- Es gibt umfangreiche nationale und regionale Maßnahmen, die sich effektiv an Bevölkerungsgruppen mit hohem Risiko richten ⁴. Verbesserungspotenzial besteht bei der Vereinheitlichung von Maßnahmen über die Bundesländer hinweg und bei der Verstärkung der Bemühungen zur Beendigung von Stigmatisierung..
-
-  **Prävention**
- Maßnahmen werden gut umgesetzt. Der kürzlich erfolgte Einschluss von PrEP in die gesetzliche Krankenversicherung ist ein Meilenstein für die Stärkung einer kombinierten Strategie. In Bezug auf bestimmte Teilpopulationen der Bevölkerung, z. B. Gefängnisinsassen, besteht Verbesserungsbedarf.
-
-  **Tests und Screening**
- Tests werden in verschiedenen Umfeldern angeboten, die häufiger in städtischen Gebieten zu finden sind. Stigmatisierung und ein beschränkter Zugang (insbesondere in ländlichen Gebieten) bedeuten, dass weiterhin Verbesserungspotenzial besteht.
-
-  **HIV-spezifische klinische Behandlung**
- Die HIV-spezifische klinische Behandlung wird auf hohem Niveau und in Übereinstimmung mit verbindlichen Leitlinien durchgeführt. Die Zeitspanne bis zur Einleitung der Behandlung ist möglicherweise nicht überall in den Bundesländern einheitlich (die Datenlage ist allerdings begrenzt) und die Bevölkerungsgruppe der undokumentierten Zuwanderer hat noch keinen Zugang zur Behandlung.
-
-  **Langfristige ganzheitliche Versorgung**
- Es bedarf einer stärkeren Fokussierung auf die Verbesserung der langfristigen ganzheitlichen Gesundheit von Menschen mit HIV, einschließlich verbindlicherer Politik, Leitlinien und Finanzierung der Umsetzung. Die Maßnahmen in den Bundesländern sind lückenhaft und es mangelt insgesamt an Dynamik.

4. Eine Liste der Gruppen mit erhöhtem Risiko finden Sie im Abschnitt Methodologie



Um die Lebensqualität von Menschen mit HIV oder einem erhöhten Infektionsrisiko in Deutschland zu verbessern, gab die Lenkungsgruppe eine Reihe von Empfehlungen ab:

- **Bekämpfung der HIV-bedingten Stigmatisierung durch Maßnahmen auf nationaler Ebene** - Durchführung einer größeren Anzahl über das Jahr verteilter Kampagnen gegen Stigmatisierung, um die Dynamik aufrechtzuerhalten.
- **Ausbau integrativer, gemeindenaher Testzentren** - Erkenntnisse aus erfolgreichen Modellen in anderen Ländern umsetzen und an Deutschland anpassen, um die Anzahl und Kapazität von Einrichtungen zu erhöhen, die einer breiteren Bevölkerung zugänglich sind.
- **Verbesserung von Leistungen zur Schadensminimierung in Strafvollzugsanstalten** - Entwicklung von Richtlinien zur Beauftragung und Bereitstellung von Leitlinien zur Schadensminderung in Strafvollzugsanstalten, um eine flächendeckende Abdeckung in den Bundesländern zu gewährleisten.
- **Bereitstellung von ART für undokumentierte/nicht-versicherte Migrantinnen und Migranten** - Erstellung einer Strategie für eine langfristige ART-Therapie für undokumentierte/nicht-versicherte Migrantinnen und Migranten.
- **Fokussierung auf die chronische Betreuung von Menschen, die mit HIV leben** - Durchführung einer Studie zur Bewertung der Lücken in den Gesundheitsdienstleistungen für chronische Erkrankungen, die erforderlich ist, um den langfristigen Bedürfnissen von Menschen, die mit HIV leben, gerecht zu werden, zur Unterstützung evidenzbasierter Diskussionen über Strategieänderungen.

02

HIV in Deutschland, der größere Zusammenhang

Kurze Epidemiologie und 90-90-90 Überblick

Die Auswirkungen der deutschen Reaktion auf die HIV-Epidemie sind offensichtlich. 86.100 [80.100-92.600] Menschen lebten 2017 schätzungsweise mit HIV/AIDS, von denen viele eine antiretrovirale Therapie (ART) erhielten und viral unterdrückt waren (siehe Abbildung 1 90-90-90 Daten)^[1].

Allerdings bleibt noch viel zu tun. Nach wie vor ist die Versorgung der nicht diagnostizierten Population mit HIV eine der größten Herausforderungen; Ende 2017 ^[1] wurde diese auf ca. 11.400 oder 13 % der mit HIV lebenden Personen geschätzt. Da es nicht möglich ist, diese Population effektiv zu erreichen, übt dies einen erheblichen Druck auf die Bemühungen aus, die weitere Übertragung der Krankheit zu minimieren. Auch wenn sich die Inzidenz seit 2006 weitgehend stabilisiert hat, werden immer noch jährlich rund 3.000 neue HIV-Diagnosen gestellt (2017: 2.700)^{[1],[2]}. Teildaten deuteten darauf hin, dass von den 772 neuen Diagnosen, bei denen zum Zeitpunkt der Diagnose CD4-Daten zur Verfügung standen, 51 % weniger als 350 CD4-Zellen pro mm³^[2] aufwiesen und damit in die Kategorie der Spät diagnose* fielen, die mit höheren Sterblichkeits- und Morbiditätsraten verbunden ist^{[3],[4]}.

Es gibt Ungleichheiten bei den Gesundheitsdienstleistungen, was bedeutet, dass Menschen, die in bestimmten Regionen (z. B. ländlichen Gebieten) leben oder zu bestimmten Subpopulationen gehören, beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen auf größere Hindernisse stoßen. Stigmatisierung, die besonders in ländlichen Gebieten, aber leider nicht nur dort,

verbreitet ist, kann das Problem verschärfen. Während sich beispielsweise die Gesamtinzidenz stabilisiert hat, ist die Zahl der Neuinfektionen bei Heterosexuellen seit 2010 gestiegen und erreichte 2017 die Zahl 670; dies macht 24,8% der Neuinfektionen aus. Im Gegensatz dazu gibt es bei den geschätzten Neuinfektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), in den letzten Jahren einen rückläufigen Trend.

Eine weitere wichtige Herausforderung ist die Bereitstellung von multidisziplinärer Unterstützung, um die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen mit HIV als älter werdende Bevölkerungsgruppe angemessen sicherzustellen.

Die aktuelle Reaktion der Bundesrepublik auf die HIV-Epidemie und insbesondere die verbleibenden zentralen Herausforderungen werden in der integrierten Strategie für HIV und andere häufige Koinfektionen dargestellt (siehe Kapitel 3). Die breitere rechtliche und politische Landschaft wirkt sich auch weiterhin auf die laufenden Bemühungen im Hinblick auf HIV aus und trägt zur Lebensqualität von Menschen mit HIV bei sowie den Bemühungen, die Ausbreitung der Epidemie zu begrenzen (siehe Kasten 1).

Abbildung 1. Derzeitiger Stand der 90-90-90-Ziele



Quelle: Robert Koch Institut^[1]
Anmerkungen: Daten von 2017.



Kasten 1. Die breitere rechtliche und regulatorische Landschaft

Wie im Abschnitt Methodik dargelegt, fällt eine eingehende Bewertung der breiteren rechtlichen und politischen Landschaft und ihrer Auswirkungen auf die Antwort auf HIV nicht in den Rahmen dieses Projekts. Im Folgenden wird jedoch die aktuelle Position Deutschlands zu drei allgemeinen potenziellen Barrieren skizziert:



1) Rechtlicher Schutz gegen Stigmatisierung und Diskriminierung:

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz ^{[6], [7]} bietet allen Personen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus Schutz vor Diskriminierung auf Basis von sechs Aspekten: Ethnische Herkunft, Geschlecht, Religion, Behinderung und chronische Krankheit, Alter und sexuelle Orientierung ^[7]. Das Gesetz verbietet ferner Diskriminierung am Arbeitsplatz sowie bei alltäglichen Angelegenheiten wie z. B. bei der Anmietung eines Hauses. Obwohl dieses Gesetz HIV-Patienten schützt, deutet die Identifikation von Stigmatisierung als zentrale Herausforderung in BIS2030 darauf hin, dass dahingehend Verbesserungspotenzial besteht (siehe Kapitel 2) ^[8].



2) Kostenloser und diskriminierungsfreier Zugang zu Gesundheitsversorgung:

Das leistungsfähige deutsche Gesundheitssystem fußt auf einem versicherungsbasierten System, bei dem die überwiegende Mehrheit der Bürger von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und ein geringer Teil von der privaten Krankenversicherung (PKV) abgesichert ist ^[9].

Obwohl die Gesundheitsversorgung einem überwiegenden Anteil der Bevölkerung zugänglich ist, könnte sie einem kleinem Teil der Bevölkerung vorenthalten sein. Dabei handelt es sich um undokumentierte Migranten, die im Land keinen Rechtsstatus erhalten haben oder denen dieser verweigert wurde (z. B. Menschen mit Flüchtlings- oder Asylstatus). Alle undokumentierten Migranten (2016: 167.000[10]), die einen Rechtsstatus erlangen oder eine bestehende Krankenversicherung haben, erhalten Zugang, obwohl sie mit einer gewissen Verzögerung rechnen müssen (z. B. kann es bis zu 15 Monate dauern, bis sie eine Krankenversicherungskarte erhalten).



3) Entkriminalisierung von Verhaltensweisen wie Sexarbeit und Drogenkonsum:

Deutschland ist eines der wenigen Länder in unserer Studie, das einen umfassenden Schutz für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter bietet. Die Effektivität dieses Schutzes wird jedoch diskutiert. Erreicht wurde dies durch die Legalisierung der Sexarbeit ^[11] im Jahr 2002 und durch ein neues Gesetz aus dem Jahr 2017, das Schutz bietet und unter anderem Vorschriften enthält, entsprechend derer eine jährliche Gesundheitsberatung und die Verwendung von Kondomen vorgeschrieben sind ^[12]. Nach einem Bericht des ECDC aus dem Jahr 2012 wurde eine hohe HIV-Testrate (>60 %) und eine hohe Rate von Kondomverwendung (>90 %) bei Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern in Deutschland festgestellt ^[13].

Zum Drogenkonsum: Während es nach dem *Betäubungsmittelgesetz* den Staatsanwälten freisteht, von der Inhaftierung abzusehen, wenn eine Person Drogen in kleinen Mengen für den persönlichen Gebrauch besitzt, wird nicht ausdrücklich angegeben, was als kleine Menge gilt ^{[14], [15]} und die Länder sind im Allgemeinen in der Lage, diese Grenzen selbst festzulegen. Es gibt mehrere Strategien zur Schadensminimierung (siehe Kapitel 3) und die HIV-Inzidenz unter Personen, die Drogen injizieren (PWID), ist gering (5 %) und im Allgemeinen stabil geblieben ^[16].

03

Eine Bewertung der HIV-Politik in Deutschland

In diesem Kapitel wird die Bewertung der Lenkungsgruppe hinsichtlich der aktuellen HIV-Politik in Deutschland und ihrer Effizienz bei der Bewältigung neuer und anhaltender Herausforderungen der Epidemie skizziert. Sie ist in die Phasen im HIV-Betreuungskontinuum unterteilt und umfasst Aufklärung, Prävention, Testung sowie Screening, HIV-spezifische klinische Behandlung und langfristige ganzheitliche Gesundheit. Empfehlungen zur Verbesserung des Lebens von Menschen mit HIV oder Menschen mit erhöhtem Risiko einer HIV-Infektion werden im nächsten Kapitel erläutert.

3.1 Überblick über die nationale HIV-Politik

Die Bundesregierung hat 2016 ein neues Rahmenwerk und eine neue Strategie zur Eindämmung von HIV verabschiedet. Die „Integrierte Strategie gegen HIV, Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbare Infektionen“ wurde gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) erarbeitet. Das Dokument, auch BIS2030 („BIS 2030“) genannt, beschreibt Prioritäten sowohl auf nationaler Ebene als auch für internationale Beiträge Deutschlands und ersetzt die HIV-Politik der Regierung von 2005.

Zum ersten Mal befasst sich die Strategie sowohl mit HIV als auch anderen häufig auftretenden Koinfektionen. Dies ist auf die Anerkennung der gemeinsamen Übertragungswege, der Ko-Infektionsraten und der Notwendigkeit zurückzuführen, durch gemeinsame Maßnahmen Synergien auf dem gesamten Patientenweg zu schaffen.



„Integration ist ein guter Schritt nach vorn, da wir über die gleichen gefährdeten Bevölkerungsgruppen sprechen.“
HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Ziel ist es, eine förderlichere Umgebung und eine verstärkte bereichsübergreifende Zusammenarbeit zu schaffen. Zu den spezifischen Zielen gehören: Schaffung eines positiven Umfelds zur Förderung der Akzeptanz sexueller Orientierungen und unterschiedlicher Lebensstile, Ausbau bedarfsorientierter Angebote (z. B. Berücksichtigung der regionalen Verbreitung), Entwicklung integrierter Dienstleistungen durch Bereitstellung koordinierter Angebote, Förderung sektorübergreifender Zusammenarbeit und Ausweitung der Nutzung von Informationen und Daten für die Planung und Durchführung von Interventionen.

Ein weiteres Merkmal der deutschen Reaktion auf HIV ist die enge Zusammenarbeit mit NGOs. Aus der Erkenntnis heraus, dass marginalisierte Bevölkerungsgruppen nur ungenutzte staatliche Dienstleistungen in Anspruch nehmen, hat Deutschland eine langjährige und erfolgreiche Zusammenarbeit mit frei gemeinnützigen Trägern (NGOs) aufgebaut, um grundlegende Dienstleistungen zu erbringen. Heute ist die Deutsche AIDS-Hilfe - die größte Dachorganisation, die lokale/regionale NGOs in ganz Deutschland vertritt - maßgeblich daran beteiligt, viele Maßnahmen zur Aufklärung, Prävention und Testung von Populationen mit hohem Infektionsrisiko durchzuführen.

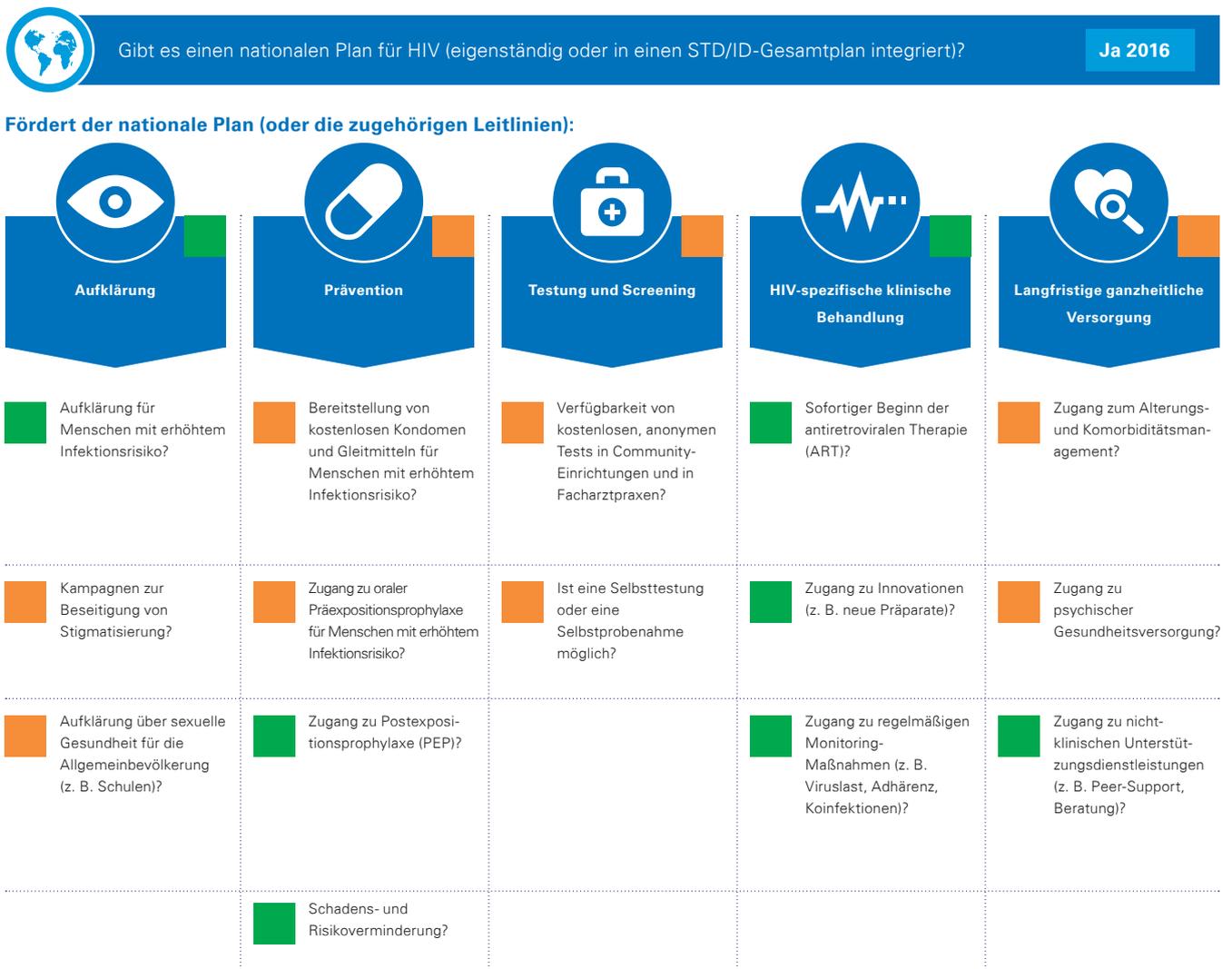
Das Gesundheitsministerium hat sich zum Ziel gesetzt, die Bemühungen zur Ausrottung von HIV weiter voranzutreiben, was durch die jüngste Verfügbarkeit von Selbsttests in Apotheken und die Ankündigung, die PrEP in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen, belegt ist.

Experten erkennen zwar die Ambitionen der aktuellen Strategie an und begrüßen die jüngsten Entwicklungen in der Politik, stellen aber auch eine Reihe von Einschränkungen in der aktuellen Vorgehensweise fest. Insbesondere stellt das Programm BIS2030 nur begrenzte Leitlinien für die langfristige ganzheitliche Gesundheit von Menschen mit HIV vor, wie zum Beispiel Maßnahmen zur Unterstützung der psychischen Gesundheit. Darüber hinaus kann es aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands, die den Ländern die Verantwortung für die Umsetzung überträgt, zu Diskrepanzen bei Dienstleistungen und Versorgung kommen.

Um die Eignung der deutschen HIV-Strategie für die Bewältigung der neuen und sich abzeichnenden Herausforderungen der Epidemie zu verstehen, hat die Steuerungsgruppe eine Einschätzung vorgenommen. Mithilfe einer schrittweisen Nachverfolgung des HIV-Versorgungskontinuums von Aufklärung, Prävention, Testung sowie Screening, HIV-spezifischer klinischer Behandlung und ganzheitlicher Langzeitversorgung wurden Bereiche identifiziert, in denen Stärken oder auch Verbesserungspotenzial bestehen.

Abbildung 2 fasst die Ergebnisse zusammen und weitere Details zur strategischen Position finden sich in Kapitel 5.

Abbildung 2: Bewertung der HIV-Politik in Deutschland



Legende

- Richtlinien verfügbar und effektiv
- Verbesserungspotenzial
- Richtlinien nicht verfügbar

Hinweis zur Methodik: Die Bewertung unterstreicht die Ansicht der Lenkungsgruppe zur aktuellen Politik und deren Wirksamkeit, aufgeschlüsselt nach den Phasen des HIV-Versorgungskontinuums. Weitere Experten aus den Bundesländern lieferten zusätzliche Informationen und die Ergebnisse wurden durch Sekundärforschung ergänzt. Alle Einzelheiten der Richtlinie in Bezug auf das Stadium des HIV-Versorgungskontinuums sind in Abschnitt 5 zu finden.



Aufklärung



- Effektive nationale, regionale und lokale Kampagnen zielen auf das Bewusstsein bei Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko ab.
- Ungleichheiten zwischen den Ländern können verbessert werden und unterversorgte Bevölkerungsgruppen (z. B. Gefängnisinsassen) können gezielter angesprochen werden.
- Stigmatisierung existiert weiterhin; möglicherweise sind mehr Mittel auf nationaler Ebene und regionale/lokale Finanzierung erforderlich, um die Kontinuität und den Umfang von Kampagnen und Maßnahmen zu gewährleisten.

Wie lautet die strategische Position?

BIS2030 bekennt sich zur Wichtigkeit von Aufklärung, indem sie die Notwendigkeit von persönlichen Kommunikationskampagnen für die allgemeine Bevölkerung und für spezifische Zielgruppen betont und die Nutzung von sozialen Medien und kulturell sensiblen Informationen fördert^[8].

Stigmatisierung wird ausführlich behandelt. BIS2030 betont die Notwendigkeit der Akzeptanz sexueller Orientierungen und Lebensweisen und schlägt Maßnahmen vor, um eine diskriminierungsfreie Versorgung bei HIV zu gewährleisten^[9]. Außerdem werden Maßnahmen zur Enttabuisierung vorgeschlagen; dazu gehören unter anderem die Präzisierung von Kampagnen mit dem Ziel, Stigmatisierung zu bekämpfen und die Bereitstellung von mehr Schulungen für Fachkräfte im Gesundheitswesen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Versorgung diskriminierungsfrei erfolgt und Initiativen unter kommunalen Gesichtspunkten gefördert werden.

Was passiert in der Praxis?

Die BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) entwickelt vor allem Kampagnen, die sich an die allgemeine Bevölkerung richten, während die Deutsche AIDS-Hilfe als NGO darauf hinarbeitet, Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko anzusprechen.



„Untergruppen sind Teil unserer gesamten Aufklärungs- und Präventionsarbeit.“

HIV-Präventionskoordinator, Deutschland

Die Bundesregierung finanziert kontinuierlich groß angelegte Kampagnen auf nationaler Ebene. Eine der größten und umfassendsten Kampagnen überhaupt mit dem Titel „*Kein AIDS für alle*“ richtete sich über 30 Jahre an spezifische Zielgruppen in der Bevölkerung. Seit 2016 heißt diese Kampagne nun „*Liebesleben*“. Das Ziel ist, neben HIV auch andere STIs mit einzubeziehen und stärker ins Bewusstsein zu rücken^[17]. Die Kampagne wird auch in den sozialen Medien wie Twitter und Facebook gefahren, wobei Informationen über sexuelle Gesundheit insgesamt zur Verfügung gestellt werden, einschließlich HIV.

Es gibt auch gezielte Kampagnen für Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko. Darunter fallen die Kampagne „*Ich weiss, was ich tu*“ für die Gruppe der MSM.^[18]

In Deutschland gibt es zur Bekämpfung von Stigmatisierung staatlich gestützte Kampagnen und kontinuierliche Bemühungen. Ein aktuelles Beispiel dafür war die Solidaritätskampagne zum Welt-AIDS-Tag 2017, die darauf abzielte, Berührungängste abzubauen und aufzuzeigen, dass für Menschen mit und ohne HIV ein positives Zusammenleben möglich ist.

Was sagen die Experten?

Insgesamt sind diese Sensibilisierungskampagnen in Deutschland effektiv. Es handelt sich um finanziell gut ausgestattete, zielgerichtete und nutzbare Kanäle, die bestens dafür geeignet sind, die jeweils gewünschte Zielgruppe zu erreichen, z. B. soziale Medien oder die Community (siehe Fallstudie).

Die Beseitigung von Stigmatisierung erfordert erhebliche Anstrengungen. Experten betonen die Wichtigkeit von kontinuierlich geführten Kampagnen über das ganze Jahr und über die Bundesländer hinweg. Beschränkung bei Geldmitteln und die Dezentralisierung von Zuständigkeit hat zu sporadischen, lokal begrenzten Anstrengungen geführt. Beispielsweise sind umfangreiche Programme zur Bekämpfung von Stigmatisierung nur rund um den Welt-AIDS-Tag zu beobachten.



„Die Nutzung neuer Trends wie z. B. Mobiltelefone ist wichtig, um auch weiterhin effektiv zu sein“.

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Es ist auch notwendig, der Stigmatisierung unter Fachkräften im Gesundheitswesen durch Aus- und Weiterbildungsprogramme zu begegnen. Experten sind sich darin einig, dass es nach wie vor reale oder wahrgenommene Stigmatisierung gibt und zwar bei Fachkräften im Gesundheitsbereich, die Bedenken haben, einen Patienten nach seinem HIV-Status zu fragen oder nur ungern einen Test anbieten wollen. Menschen mit HIV fühlen sich dadurch manchmal diskriminiert.

Obwohl inzwischen veraltet, spiegelte sich die anhaltende gesellschaftliche Stigmatisierung in der *Positive-Stimmen*-Studie (im Rahmen des HIV Stigma Index¹) von 2013 wider. Demnach waren nach Offenlegung ihres HIV-Status 33 % der Menschen mit diskriminierenden Reaktionen von ihren Sexualpartnern und 18 % mit diskriminierenden Reaktionen von der Familie¹¹⁹¹ konfrontiert.



„Die tägliche klinische Versorgung von Patienten zeigt, dass Stigmatisierung im Jahr 2018 sehr präsent ist und nach wie vor eine große Barriere bei allen Arten von Dienstleistungen darstellt. BIS2030 ist eine Erklärung, die besagt, dass alles stigmatisierungsfrei sein sollte, aber es gibt keine Mittel oder Ressourcen für die Umsetzung der Strategie“.

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Die Aufklärung über die sexuelle Gesundheit ist von Region zu Region unterschiedlich und stößt manchmal auf Widerstand von Eltern, Erziehern oder Gemeindegruppen.

Wie lautet die strategische Position?

Die Gesundheitserziehung liegt im Verantwortungsbereich des Bildungsministeriums und der Kultusministerien der Ländern, die für ihr jeweiliges Bundesland das entsprechende Curriculum und die entsprechenden Programme festlegen. Die BZgA arbeitet in der Regel in Absprache mit den einzelnen Ländern an der Entwicklung von Aufklärungsmaterial und anderen Programmen¹²⁰¹.

BIS2030 erläutert die Wichtigkeit von Materialien für Schulen, um eine umfassende Sexuaufklärung zu ermöglichen. Das Programm betont die Notwendigkeit einer bedarfsorientierten, geschlechtssensiblen und altersspezifischen Aufklärung und nennt diese als wesentlichen Bestandteil der deutschen Strategie¹⁸¹.



Fallstudie: Your Health, Your Faith



Was ist das?

„Your Health, Your Faith“ ist ein Projekt, das darauf abzielt, die Beteiligung afrikanischer Glaubensgemeinschaften an HIV-Aufklärungs- und Präventionsangeboten zu verbessern und das von nationalen AIDS-Dienstleistungsorganisationen in Zusammenarbeit mit afrikanischen Pastoren und dem Institut für Soziologie der Universität München ins Leben gerufen wurde. Ziel des Projekts ist es, afrikanische Pastoren zu stärken und sie in die Lage zu versetzen, HIV-bezogene Botschaften kulturell sensibel in ihren Gemeinden zu kommunizieren.



Was sind die wichtigsten Merkmale?

- Eine Predigt, mit Schlüsselbotschaften wie:
 - sich frühzeitig testen zu lassen
 - Medikamente (ART) zu nehmen, wenn man diagnostiziert wird
 - Solidarität und diskriminierungsfreies Verhalten gegenüber Menschen mit HIV zu zeigen
- Eine interaktive und offene Diskussion zur Auseinandersetzung mit HIV-bezogenen Themen



Wieso sind dies bewährte Verfahren?

- Die Interventionen finden in kulturell sensiblen Bereichen wie Kirchen statt, in denen Informationen gezielt an eine bestimmte Bevölkerungsgruppe weitergegeben werden können
- Veranstaltungen werden in Zusammenarbeit mit afrikanischen Kirchen und HIV-Aktivistinnen sowie mit Vertretern von HIV-NGOs oder den lokalen Behörden geplant

Was passiert in der Praxis?

Durch die dezentrale Verantwortung der Länder Sexualaufklärung regional unterschiedlich, aber durchaus gegeben. Dies kann aber auch in Deutschland ein kontroverses Thema sein, was zu den Unterschieden bei der Beständigkeit beiträgt. Zusätzlich zum schulischen Lehrplan stehen jedoch mehrere Beispiele von Maßnahmen für die allgemeine Bevölkerung und Jugendliche zur Verfügung:

- BzGA-Veranstaltungen, darunter Informationen für Eltern und Schulungen für Lehrer.
- Staatlich geförderte NGO-Veranstaltungen auf Gemeindeebene, darunter die Veranstaltungen des Bundesverbandes für Familienplanung und -beratung (*pro familia*) zu Themen wie Verhütung und sexuelle Beziehungen.
- Veranstaltungen von verschiedenen regionalen AIDS-Hilfen, die bundesweit sexuelle Aufklärung anbieten.
- Nicht oder teilweise aus Regierungsmitteln finanzierte Veranstaltungen durch Organisationen wie Youth Against AIDS zur Aufklärung über HIV und sexuelle Gesundheit bei Jugendlichen (z. B. Peer Education Programme - siehe Fallstudie).

Was sagen die Experten?

Gutachten zufolge ist die Aufklärung über sexuelle Gesundheit ein Bereich, in dem Verbesserungen möglich und konsequentere Anstrengungen erforderlich sind. Beispiele für bewährte Verfahren existieren; diese werden jedoch oft durch eigenfinanzierte Bemühungen von NGOs vorangetrieben. Aktuelle staatlich gelenkte Maßnahmen, obwohl vorhanden, stoßen oft auf Widerstand (z. B. von Eltern, Einzelpersonen und Organisationen mit konservativen Ansichten, die immer häufiger auftreten, und von Lehrern, die sich nur ungern mit sensiblen Themen befassen), sind nicht zielgerichtet (z. B. fehlen wichtige Teilpopulationen wie junge Männer, die sich ihrer sexuellen Orientierung nicht bewusst sind) und werden nicht maßstäblich umgesetzt.



„Wir informieren die falschen Leute. Wir sollten zum Beispiel mit einem jungen schwulen Mann reden, der noch nicht weiß, dass er schwul ist.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Außerdem, obwohl es sich dabei um Inhalte in Lehrplänen handelt, weisen Experten darauf hin, dass die Aufklärung über sexuelle Gesundheit nicht die gleiche Bedeutung hat wie Kernfächer und oft ist unklar, wer für die Umsetzung in den Schulen verantwortlich ist.



„Über sexuelle Gesundheit wird nicht oft genug gesprochen. Das ist weder vorgeschrieben noch verpflichtend. Wir brauchen detaillierte Informationen und das sollte im Lehrplan jeder Schulstufe stehen.“

HIV-Präventionskoordinator, Deutschland



Fallstudie:
„Mach, was du willst;
mach es mit Liebe,
Respekt und Kondomen“



Was ist das?

Ein Peer-to-Peer-Aufklärungsunterricht an Schulen des Jugendwerks Youth Against AIDS, Deutschland. Ziel des Programms ist es, Sexualerziehung von Jugendlichen in Schul- und Jugendeinrichtungen anzubieten, damit die Diskussionen über Safer Sex leichter möglich und einfacher gemacht werden. Das Programm wird vom privaten und öffentlichen Sektor (Gesundheitsministerium) finanziert.



Was sind die wichtigsten Merkmale?

- Kostenlose Vorträge über Safer Sex, Krankheitsprävention, HIV/AIDS und andere sexuelle Themen, die von jungen Menschen geleitet werden.
- Schaffung eines sicheren Peer-to-Peer-Umfelds ohne die Anwesenheit von Lehrern oder anderen Erwachsenen.
- Ausbildung junger Erwachsener zu „Peers“ durch ein zweitägiges Seminar (YAA Academy)
- Regelmäßige Überarbeitung zur Sicherstellung altersspezifischer und aktueller Inhalte, um Relevanz sicherzustellen, z. B. Zika-Virus, multiresistente Gonorrhöebakterien oder Labioplastikoperationen.
- Kooperationen mit der Industrie (z. B. mit Levi Strauss & Co.), um die Attraktivität für junge Menschen zu erhöhen und die Finanzierung zu sichern.



Wieso sind dies bewährte Verfahren?

- Dienstleistungen werden von jungen Menschen für junge Menschen angeboten, was die Botschaft leichter verständlich und nachhaltiger macht
- Die Zusammenarbeit mit Industriepartnern und Marken (z. B. Levi Strauss & Co) erhöht das Engagement junger Menschen, die in der Regel sehr image- und markenbewusst sind.



Prävention



- Kombinierte Prävention, bestehend aus Kondomen, PrEP, PEP und Schadens-/ Risikominderung, gefördert durch BIS2030
- Jüngste Ankündigungen zur Aufnahme der PrEP in das Leistungsspektrum der Krankenkassen (voraussichtlich 2019) gelten als wichtiger Meilenstein zur Stärkung der bestehenden Strategie.

Wie lautet die strategische Position?

BIS2030, ergänzt durch medizinische Leitlinien, fördert eine kombinierte Präventionsstrategie: Kondome, PrEP, PEP, Behandlung als Prävention (TasP) und Schadens-/ Risikominderung.

Die Richtlinie berücksichtigt die Bedeutung eines möglichst hohen Anteils an Kondomgebrauch. BIS2030 betont die Notwendigkeit der Förderung von diskriminierungsfreiem Zugang zu sicheren und erschwinglichen Verhütungsmitteln, verzichtet jedoch darauf, Maßnahmen zur Bereitstellung kostenloser Kondome und Gleitmittel festzulegen^[8].

Die Rolle der PrEP im Zusammenhang mit dem Rückgang der HIV-Übertragungen wird anerkannt, wobei weitere Forschungsbereiche identifiziert wurden. BIS2030 räumt ein, dass es nur begrenzte Daten über das Risiko einer Arzneimittelresistenz oder einer Verhaltensänderung im Zusammenhang mit dem Einsatz der PrEP gibt und erklärt daher, dass es noch unklar ist, inwieweit die orale PrEP als zusätzliches Präventionsinstrument empfohlen wird.

Im Juli 2018 gab der Bundesgesundheitsminister jedoch bekannt, dass die Kosten der PrEP von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden^[21]. Das Bundeskabinett hat dem Gesetz zugestimmt und die Einführung der PrEP wird derzeit in einem Gesetzgebungsverfahren festgelegt. Sobald dies umgesetzt ist, hat jeder krankenversicherte Bürger in einer gefährdeten Population, der die Kriterien für die PrEP erfüllt, das gleiche Recht auf Zugang. Ergänzend dazu gibt es *deutsch-österreichische Richtlinien für die HIV-PrEP*, in

denen die Voraussetzungen für die PrEP im Detail beschrieben sind, sowie Situationen, in denen sie verschrieben werden sollte (einschließlich solcher, bei denen Menschen einem erhöhtem Infektionsrisiko ausgesetzt sind)^[22]. Sie geben auch Hinweise darauf, wie die PrEP bei einer Übernahme durch die Krankenkassen eingesetzt werden kann.

Die PEP ist als präventive Maßnahme anerkannt, jedoch beschreibt BIS2030 keine spezifischen Interventionen. Die deutsch-österreichischen Richtlinien für die PEP von HIV-Infektionen beziehen sich auf den Einsatz sowohl im beruflichen als auch im außerberuflichen Bereich und enthalten Behandlungsrichtlinien wie z. B. Fristen für den Start der PEP und weitere klinische Untersuchungen im Verlauf^[23].

Schadensbegrenzung ist ein wesentliches Element der Präventionspolitik für injizierende Drogenkonsumenten (PWID), wobei Programme wie Nadel- und Spritzenaustausch-Programme und Opioid-Substitutionstherapien als Schlüssel zur Minimierung des Übertragungsrisikos von HIV identifiziert wurden; sie sollten in niedrigschwelligen Umgebungen fortgesetzt werden^[8]. Außerdem wird festgestellt, dass sich das Konsumverhalten bei Drogen, darunter Crystal, Speed, GHB und andere Partydrogen, ändert und dass gezielt neue Interventionen in Hinblick auf Chemsex⁴ zu entwickeln sind, z. B. in Sex-/Party-Settings oder über Dating-Portale. Abgesehen von BIS2030 wurde auch Schadensbegrenzung als eine der vier Säulen der nationalen Strategie der Drogen- und Suchtpolitik identifiziert und die Bedeutung des Zusammenhangs zwischen Drogenkonsum und Infektionskrankheiten hervorgehoben^[24].

4. Chemsex ist Freizeit-Drogenkonsum, um sexuelle Aktivitäten zu fördern – dies bezieht sich normalerweise auf eine Droge oder auf eine Kombination mehrerer Drogen: Methamphetamin (Crystal Meth), Mephedron (M-cat) und GHB/GBL (G). Der Konsum dieser Drogen reduziert Hemmungen und fördert somit riskante Verhaltensweisen, während sich gleichzeitig die psychische Gesundheit des Einzelnen verschlechtert.^[31]

Was passiert in der Praxis?

Der Zugang zu den verschiedenen Formen von Prävention ist derzeit unterschiedlich. Kondome sind zwar oft nicht kostenlos, aber für zahlungswillige Personen leicht zugänglich. Da Verhütungsmittel im Allgemeinen (einschließlich Kondome und hormonelle Verhütungsmittel) als „Lifestyle-Entscheidungen“ angesehen werden, sind sie nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt und müssen mit eigenen Mitteln gekauft werden. Kondome sind relativ preiswert und in Drogerien, Supermärkten, Apotheken, Sexshops und Kondomautomaten erhältlich^[26].

Kostenlose Kondome sind an vielen Stellen erhältlich. Diese sind jedoch begrenzt und können je nach Region variieren. Dazu zählen NGO-Büros (z. B. Deutsche AIDS-Hilfe), Gesundheitsämter, Arzthäuser und Einrichtungen der schwulen Szene (z. B. Schwulenbars). Es gibt auch regelmäßige Kampagnen, die sich an Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko richten und in denen kostenlose Kondome verteilt werden. Um beispielsweise Diskriminierungen und Stigmatisierungen zu Sex und Asylsuchenden entgegenzutreten, hat die Deutsche AIDS-Hilfe gemeinsam mit deutschen Kondomherstellern 150.000 kostenlose Kondome an Flüchtlingslager verteilt^[26].

Während es von verschiedenen politischen Parteien (z. B. den Grünen)^[27] Druck gegeben hat, die Haltung im Hinblick auf kostenlose Kondome zu ändern, wurde bis heute keine Änderung umgesetzt.



„Selbst Personen, die von der Sozialhilfe leben, können nicht regelmäßig auf kostenlose Kondome zurückgreifen. Da es sich hier um ein Lifestyle-Problem und nicht um ein Krankheitsproblem handelt, ist es schwierig, an kostenlose Kondome zu kommen.“

HIV-NGO, Deutschland

Bis zum Abschluss der Gesetzgebungsverfahren und der Definition geeigneter Personengruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko (voraussichtlich Mitte 2019) bleibt die Verfügbarkeit der PrEP begrenzt. Seit Ende September 2017 ist die PrEP in Deutschland vom Hersteller Hexal in Packungen mit 28 Tabletten zu einem Preis von ca. 40 Euro in generischer Form erhältlich, die vollständig aus eigenen Mitteln bezahlt werden müssen. Dies ist zwar eine Umgehungsmöglichkeit, schränkt aber den Zugang für bestimmte Subpopulationen stark ein, die die Kosten für unerschwinglich halten könnten. Schätzungsweise 4.500 Menschen verwenden derzeit die PrEP in Deutschland^[28].



„Man muss dafür bezahlen, was bedeutet, dass es Leute geben wird, z. B. Sexarbeiter, die sich diese Kosten nicht leisten können.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Die PEP kann von Ärzten verschrieben werden und ist vollständig von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt^[29]. Der Zugang dazu ist in größeren Städten generell einfacher und obwohl sie in ländlichen Gebieten vorhanden ist, wurde festgestellt, dass Ärzte dort weniger damit vertraut sind. Während eine außerberufliche Exposition ein Gespräch mit der Versicherung erforderlich machen kann, wird die Rückerstattung nicht als Problem angesehen.



„Die PEP ist weitgehend erhältlich. Wenn es sich um einen Arbeitsunfall handelt, ist sie durch die Versicherung abgedeckt. Bei einem privaten Risiko muss man mit der Versicherung sprechen, aber wir haben Behandlungsrichtlinien und Empfehlungen des GBA, also ist sie normalerweise gedeckt.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Die Schadens- und Risikominderung wird auf regionaler Ebene geregelt. Es steht das gesamte Spektrum an Dienstleistungen zur Schadensminderung zur Verfügung, wie z. B. Nadel- und Spritzenprogramme, Naloxonprogramme zum Mitnehmen sowie eine heroingestützte Behandlung, wobei diese Dienstleistungen jedoch je nach Region sehr unterschiedlich sind. Deutschland geht hier weiter als die meisten westeuropäischen Länder, indem es auch moderne Initiativen anbietet, z. B. überwachte Drogenkonsumräume in 6 Regionen^[30] und Spritzenautomaten (wo es mit 160 Automaten als Land mit der weltweit höchsten Anzahl gilt)^[31].



„Wir haben gute Arbeit geleistet und haben gute Nadelaustauschprogramme. Die Infektionsrate unter den injizierenden Drogengebrauchern (PWIDs) ist deutlich gesunken.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Was sagen die Experten?

Die Experten sind sich darüber einig, dass die Präventionsstrategie weitgehend effektiv ist, und erkennen die Bemühungen um Sensibilisierung, Schadens-/Risikominderung und medizinische Interventionen an. Die vorgeschlagene Kostenübernahme der PrEP durch die gesetzliche Krankenversicherung ist ein wichtiger Fortschritt und wird voraussichtlich zu einer noch stärkeren Bewusstseinsbildung und Durchtestung der Bevölkerung führen.



„Die Aufnahme der PrEP in die Krankenversicherung wird einen enormen Schritt in der deutschen Präventionsarbeit darstellen.“

HIV-Präventionskoordinator, Deutschland

Es gibt Verbesserungspotenzial, insbesondere was die aktuelle Zugänglichkeit von Kondomen betrifft. Während Experten die Aufnahme von Kondomen in die gesetzliche Krankenversicherung für einen möglichen Schritt halten und damit ihren Erwerb kostenfrei ermöglichen könnten, wird anerkannt, dass dies eine umfassende Änderung der derzeitigen Rückerstattungsrichtlinien in Hinblick auf Lebensstilentscheidungen und andere Formen der Verhütung erfordern würde. Daher sind sich die Experten darüber einig, dass als kurzfristiger Schritt mehr Anstrengungen unternommen werden müssen, um eine ausreichende Verteilung von kostenlosen Kondomen sicherzustellen, z. B. durch groß angelegte Kampagnen.



„Wir können keine Kondome zur Verfügung stellen. Im Rahmen mancher unserer Kampagnen stellen wir kostenlos Kondome für Werbezwecke zur Verfügung, aber das sind Ausnahmen.“

HIV-NGO, Deutschland

Obwohl die Schadensbegrenzung im Allgemeinen als effektiv gilt, haben Experten auf die Notwendigkeit einer besseren Versorgung der Gefängnispopulationen hingewiesen und auf fehlende Nadelaustauschprogramme aufmerksam gemacht. Außerdem müssen aufkommende Trends in Bezug auf risikoreiche Verhaltensweisen, wie z. B. Chemsex, besser erkannt und angegangen werden. In den meisten Bereichen sind Interventionen üblich, aber es muss sichergestellt werden, dass diese bundesweit auf das gesamte Land ausgeweitet werden. So sind z. B. NGOs in Berlin zunehmend in der Partyszene oder im Nachtleben präsent, informieren, leisten Aufklärungsarbeit und verteilen in einigen Fällen auch Selbsttest-Sets. Außerdem herrscht Besorgnis über den Wissensrückstand bei Ärzten (z. B. Hausärzten), wenn sie Informationsgespräche mit Einzelpersonen über riskantes Sexualverhalten führen.



„Das Allgemeinwissen unter Hausärzten [in Bezug auf Chemsex] ist beinahe Null - es gibt keine wirkliche Strategie oder Richtlinien, wie man damit umgeht.“

HIV-Strategie und Gesundheitsexperte, Deutschland





Testung und Screening



- Kostenlose Tests sind in verschiedenen Settings verfügbar, aber oft nicht anonym.
- Anonyme Tests sind in erster Linie auf die Gesundheitsämter und NGOs beschränkt; dies kann dazu führen, dass bestimmte Personengruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko vom regelmäßigen Zugang ausgeschlossen werden.
- Die Bemühungen von Staat und NGOs sowie die kürzlich erfolgte Erlaubnis zum Verkauf von Selbsttests können einen besseren Zugang ermöglichen.

Wie lautet die strategische Position?

Die Richtlinie beschreibt den Bereich Testung umfassend. Es werden verschiedene Settings und Dienstleister, die für Testungen zur Verfügung stehen, aufgeführt. Dazu zählen anonyme Testanbieter in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, niedrigschwellige Beratung und Testung durch NGOs und kostenlose Testungen in Kliniken durch zugelassene Ärzte. Sie betont die Notwendigkeit spezifischer und effektiver Angebote für Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko und schlägt Interventionen vor: Evaluierung neuer Testverfahren, Aktualisierung der Leitlinien und Schulungen für Ärzte und medizinisches Personal^[9]. Es gibt die Richtlinie ergänzende Leitlinien, z. B. Spezifikationen für Angehörige von Gesundheitsberufen, um Testungen einzuleiten.

HIV-Selbsttests sind nach dem Medizinproduktegesetz in Deutschland legal und erlaubt^[32]. Vor kurzem wurde Apotheken und Drogerien gestattet, Selbsttests mit CE-Kennzeichnung zu verkaufen^[33]. In manchen Regionen ist auch eine Eigenprobennahme innerhalb von Pilotprojekten möglich.



„Es wäre besser, mehr anonyme und dabei niedrigschwellige Testmethoden zu haben.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Was passiert in der Praxis?

Testungen sind an einer Vielzahl von Orten möglich, jedoch gibt es nur eine begrenzte Anzahl, an denen dies sowohl kostenlos als auch anonym geschieht. BIS2030 selbst nimmt dies zur Kenntnis, insbesondere die Herausforderung, die dies für marginalisierte Gruppen darstellt^[8], was von Experten bestätigt wird.



„Es ist eine gute Idee, den Leuten Selbsttestkits zu geben, anstatt sie alle paar Monate zum Testen kommen zu lassen.“

HIV-Präventionskoordinator, Deutschland

Kostenlose, aber nicht anonyme Tests sind im ganzen Land verfügbar. Diese sind über Primärversorgung (Hausärzte, medizinische Versorgungszentren) und Spezialambulanzen (Krankenhäuser einschließlich Notaufnahmen) zugänglich. Eine Testung unter diesen Voraussetzungen erfordert ein Opt-in (Einwilligung nach Aufklärung) und wird bei Verdacht auf ein Infektionsrisiko von der gesetzlichen Krankenkasse vollständig erstattet. Möchte ein Patient anonym bleiben, kann dies durch die Entrichtung einer Gebühr für den Test erfolgen.

Kostenlose und auch anonyme Tests sind ebenfalls vorhanden, allerdings gibt es regionale Unterschiede. Staatliche Gesundheitsbehörden und von NGOs geführte Gemeinschaftsprogramme bieten diese an und sie gelten allgemein als eine leichter zugängliche Option für Menschen

mit erhöhtem Infektionsrisiko (z. B. Männer, die Sex mit Männern haben oder Migrantinnen und Migranten). Die Anzahl an staatlichen Gesundheitsämtern ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich und haben begrenzte Öffnungszeiten, was für diejenigen, die tagsüber arbeiten, eine Barriere darstellt. Kommunale Programme wie z. B. CB-VCT-Kliniken für MSM oder Checkpoints (z. B. Köln, Berlin, München und Hamburg) existieren ebenfalls.

Seit September 2018 sind Selbsttests in Apotheken und Drogerien zum Preis von ca. 26 Euro großflächig erhältlich, wobei der Preis von Experten als Hindernis für eine wiederholte Anwendung bezeichnet wird.



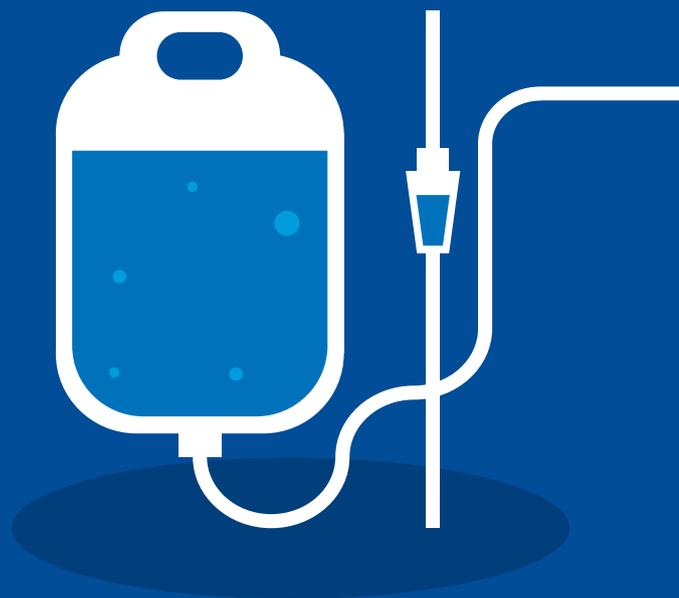
„Die Selbsttestung wird sicherstellen, dass man Testungen in Zukunft als niederschwelliger betrachten wird.“

HIV-NGO, Deutschland

Zur Bewusstseinsbildung und zwecks ordnungsgemäßer Benutzung, haben das Gesundheitsministerium und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) eine umfangreiche Informationskampagne gestartet, die Hilfe zu den verschiedenen verfügbaren Tests, ihrer Funktionsweise, Anweisungen zur Verwendung und Ratschläge zum Umgang mit einem positiven oder negativen Ergebnis ^[34] umfasst.

Während die Eigenprobennahme in Deutschland noch nicht weit verbreitet ist, sind mehrere Pilotprojekte angelaufen, um das Interesse der Öffentlichkeit an der Methode zu messen, z. B.:

- In Bayern gibt es seit einem Jahr eine Testversion, bei der sich die Teilnehmer online anmelden, eine erste Beratung an einem Checkpoint durchführen und entscheiden können, wie oft sie das Kit erhalten möchten, zum Preis von 32 Euro pro Test ^[35]. Informationen werden per SMS zur Verfügung gestellt
- In Nordrhein-Westfalen wurde ein teSTIt-Kit für HIV und andere STIs, darunter Syphilis und Chlamydien, freigegeben ^[36].



Was sagen die Experten?

Die derzeitige Strategie und ihre Umsetzung sind verbesserungsfähig; sie behindern die Effizienz der HIV-Testung in Deutschland. Das zeigt sich an der großen, nicht diagnostizierten Population, die derzeit bei 13 % der Menschen mit HIV liegt, sowie an der Rate der Spät Diagnosen ¹¹¹.

Es bedarf weiterer Angebote an kostenlosen und anonymen Tests. Gegenwärtig bieten die öffentlichen Gesundheitsämter dies an, jedoch bestehen Herausforderungen bezüglich der Praktikabilität (aufgrund der Lage in größeren Städten) und der Wahrnehmung, da Populationen aus marginalisierten Bevölkerungsgruppen möglicherweise zögern, staatliche Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Dies belegt, dass es in der Regel nur eine geringe Anzahl von positiven Tests in diesen Umfeldern gibt.



„Es handelt sich um ein offizielles, hochschwelliges Setting für die Menschen, mit sehr wenigen positiven Testergebnissen.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Ein weiteres Bedürfnis ist es, Tests anzubieten, die für alle Populationen zugänglich sind. Experten merken an, dass es zwar gezielte kommunal betriebene Angebote für bestimmte Teilpopulationen gibt (z. B. CB-VCT für MSM), diese aber dazu führen können, dass andere Populationen zurückgestellt werden und dadurch Chancen verpassen. Daher dürften weitere Anstrengungen zur Schaffung eines integrativen Umfelds erforderlich sein.



„Nachdem das Zentrum eine schwarze Afrikanerin eingestellt hatte, kamen jede Menge Frauen, um sich testen zu lassen.“

HIV-Strategie und Kliniker, Deutschland

Experten verwiesen auch auf die Notwendigkeit der Schulung und Aufklärung von Ärzten und medizinischem Personal, insbesondere in der Grund- und Primärversorgung, hinsichtlich der aktuellen Leitlinien für HIV-Testung und die Beseitigung der Angst vor tatsächlicher oder wahrgenommener Stigmatisierung. Es wurde erwähnt, dass Patienten selten HIV-Tests angeboten werden, auch nicht solche, die STIs oder andere Indikatorkrankheiten nachweisen (siehe Liste der Indikatorkrankheiten nach EACS-Richtlinien), wodurch die Möglichkeit verpasst wird, Patienten mit einem signifikant erhöhten HIV-Infektionsrisiko auf HIV zu testen.



„Hausärzte sind eine schwierige Sache. Sie ordnen die Symptome nicht richtig ein und machen keinen HIV-Test, so dass die Patienten häufig zu spät in Behandlung kommen. Hausärzte benötigen mehr Bewusstsein für die Symptome der Patienten.“

Vertreter einer Patientenorganisation, Deutschland

Die Streichung des „Opt-in“ könnte schließlich mehr Routinetestungen (z. B. in Notaufnahmen, bei Routinetests in Krankenhäusern oder in der Primärversorgung) fördern und damit mehr Möglichkeiten bieten.



„Die größte Schwelle bei der Testung sind die Einverständniserklärung und das Opting-in.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland



HIV-spezifische klinische Behandlung



- Ein sofortiger Behandlungsbeginn mit ART wird empfohlen und als gut umgesetzt erachtet
- Neue Medikamente sind rasch zugänglich, wobei jeder Arzt die optimale Therapie für jeden einzelnen Menschen mit HIV bestimmen darf

Wie lautet die strategische Position?

Richtlinien und Leitlinien, die eine klinische Behandlung vorschreiben, sind effektiv; sie empfehlen die Einleitung der ART (unabhängig von der CD4-Zahl), die frühzeitige Einleitung der Behandlung und eine fortlaufende Kontrolle.

Die *deutsch-österreichischen Richtlinien zur antiretroviralen Therapie von HIV-Infektionen* sind verbindlich und werden regelmäßig an die fortschrittlichste klinische Praxis angepasst. Dementsprechend empfehlen die Leitlinien eine Behandlung, die so bald wie möglich nach der Diagnose und nach einer Risikobewertung, einschließlich CD4-Zählung^[8],^[37] eingeleitet werden sollte. Sie informieren auch ausführlich über verschiedenen Behandlungen je nach CD4-Zahl und decken Alternativen zur herkömmlichen ART ab, die nachweislich Nebenwirkungen reduzieren oder bei Versagen anderer Behandlungslinien erforderlich sind^[37].



„Andere Länder könnten von Deutschland lernen, dass jeder Einzelne mit innovativen Medikamenten versorgt werden kann und neue Behandlungsmethoden in der Regel sehr schnell erstattet werden.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Deutschland nimmt eine Sonderstellung unter den Europa5 ein, da es die Verschreibung neuer Arzneimittel unmittelbar nach der Zulassung durch die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) ermöglicht, bevor Entscheidungen

über die Preisgestaltung und Kostenerstattung getroffen wurden. Nach dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG), dem 2010 verabschiedeten deutschen Gesetz über die Vermarktung von Arzneimitteln, werden die von den Herstellern festgelegten Preise für neu zugelassene verschreibungspflichtige Arzneimittel vom Gemeinsamen Bundesausschuß (GBA) zusammen mit Forschungsarbeiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bei Bedarf bewertet, um den Mehrwert gegenüber geeigneten und etablierten Therapien zu bewerten. Dieser Prozess führt zur Entscheidung über die Preisgestaltung und Kostenübernahme.

Sollte ein Medikament nicht über die gesetzliche Krankenversicherung erhältlich sein, können Ärzte dennoch von der EMA zugelassene Medikamente verschreiben, die aus eigener Tasche oder über eine private Krankenversicherung bezahlt werden.

Die Notwendigkeit, HIV gemeinsam mit Ko-Infektionen zu bekämpfen, wird als solche anerkannt. BIS2030 betont die Bedeutung einer integrierten Behandlung und weist ferner darauf hin, dass die Bedürfnisse spezifischer Subpopulationen berücksichtigt werden müssen^[8]. Die *deutsch-österreichischen Richtlinien zur Post-Expositionsprophylaxe von HIV-Infektionen* beschreiben detailliert die Notwendigkeit von Tests auf Hepatitis B und C und andere STIs zusätzlich zu einem HIV-Test nach sexuellem Kontakt^[23].

Die Leitlinien umfassen auch das Monitoring einschließlich der Adhärenztherapie sowie detaillierte Maßnahmen auf Basis von Erfolg oder Misserfolg der Therapie, einschließlich einer Vereinfachung derselben.

Was passiert in der Praxis?

Patienten, die eine Versorgung in Anspruch nehmen, werden sehr gut betreut. Ärzte sind in der Regel an keine Einschränkungen bei den von ihnen verschreibbaren Medikamenten gebunden und haben die Freiheit, optimierte, personalisierte Behandlungspläne unter Berücksichtigung von Patientenzustand, psychischem Zustand und Verhaltensaspekten zu entwickeln.



„Innerhalb von 2-3 Wochen beginnt jeder mit der Therapie und das ist deutschlandweit einheitlich.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Die Tatsache, dass deutsche Ärzte unmittelbar nach der Zulassung durch die EMA Arzneimittel verschreiben können, ermöglicht den Patienten einen schnellen Zugang zu Medikamenten, von denen angenommen wird, dass sie zu guten klinischen Ergebnissen beitragen, die heute (in HIV und anderen Therapiegebieten) zu verzeichnen sind.



„Wird ein neues Medikament von der europäischen Arzneimittelbehörde zugelassen, haben alle anderen Länder zunächst Kostenverhandlungen, bevor es auf den Markt kommt; in Deutschland hingegen wird es nach seiner Freigabe zugelassen und kann verschrieben werden, und dann beginnen die Kostenverhandlungen.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Hinsichtlich der Ko-Infektionstestung testen Ärzte in der Regel auf Hepatitis A, B und C, Syphilis und führen weitere STI-Screenings durch, wenn sie auf HIV testen. Tests werden auch in öffentlichen Gesundheitsämtern kostenlos angeboten.

Das Monitoring der Viruslast ist konsistent und wird von den Leitlinien der Deutschen AIDS-Gesellschaft e.V. gestützt. Die Patienten werden im Allgemeinen alle 3-6 Monate untersucht.



„In Deutschland läuft das Monitoring der Viruslast sehr genau.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Was sagen die Experten?

Experten sind sich darin einig, dass die klinische Behandlung von HIV einem sehr hohen Standard entspricht. Diejenigen, die eine Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, werden auf ART eingestellt, unabhängig von der CD4-Zahl. Während auf nationaler Ebene keine Daten über die Zeit bis zur Einleitung der Behandlung verfügbar sind, deuten bewährte Praxisbeispiele darauf hin, dass der Behandlungsbeginn innerhalb von 2-3 Wochen nach der Diagnose erfolgt - dies ist jedoch möglicherweise nicht überall einheitlich. Die Effizienz der derzeitigen Strategie und Praxis wird durch Forschungen des Robert-Koch-Instituts belegt, die zeigen, dass bei denjenigen, bei denen eine HIV-Infektion diagnostiziert wurde, der Anteil an Personen, die sich einer antiretroviralen Therapie unterziehen, von 74 % im Jahr 2006 auf 87 % im Jahr 2017 gestiegen ist¹¹¹. Außerdem hat Deutschland das zweite und dritte der UNAIDS-Ziele (90-90-90-0)

erreicht. Damit bestätigt sich nochmals die erfolgreiche Strategie der Bundesrepublik, bei Menschen mit HIV die ART einzuleiten und so mit der Unterdrückung der Viruslast zu beginnen.¹¹¹

Experten stellten fest, dass undokumentierte/nicht-versicherte Migranten, also diejenigen, die keinen Asyl- oder Flüchtlingsantrag gestellt haben oder deren Antrag abgelehnt wurde, derzeit keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, einschließlich der Möglichkeit einer HIV-Behandlung. Obwohl das nur eine kleine Anzahl an Menschen mit HIV betrifft, ist es wichtig, dass diese Population Zugang zur ART erhält, damit die Gesundheit des Einzelnen verbessert und die Weiterübertragung der Infektion auf ein Minimum reduziert wird¹⁸¹.



„Das Thema Versicherung ist ein großes Problem, besonders für unversicherte Migranten, die wir nicht behandeln können.“

HIV-Präventionskoordinator, Deutschland

Es gibt einige Maßnahmen, die diese Herausforderung angehen. So hat Berlin im Rahmen der Fast-Track Cities-Initiative 1,5 Millionen Euro für die medizinische Versorgung von Personen ohne Krankenversicherung, einschließlich undokumentierter/nicht-versicherter Migranten, bereitgestellt¹³⁹. Allerdings ist diese Maßnahme auf Berlin beschränkt und im Budget für das kommende Jahr enthalten, so dass ihre Finanzierung nachhaltig nicht gesichert ist (und der tatsächliche Bedarf voraussichtlich viel höher sein wird).

Eine untergeordnete Sorge der Experten ist der Druck auf einzelne Ärzte, die Verantwortung für die Arzneimittelausgaben zu übernehmen. Dadurch kann für den Arzt ein Verwaltungsaufwand entstehen, da bei der Verschreibung eines teureren Medikaments der klinische Bedarf nachgewiesen werden muss, sofern es eine billigere, aber ebenso wirksame Behandlung gibt.

Obwohl Reformen wie der AMNOG Prozess zu Preiskontrollen geführt haben, merken Experten an, dass die aktuellen Analysen zur Kosteneffizienz keine Surrogatparameter berücksichtigen. Dies ist ein wichtiger Faktor bei der genauen Erfassung von Vorteilen der langfristigen Versorgung sowie der Förderung eines gesunden Alterns, was für HIV besonders relevant ist.

Schlussendlich weisen Experten auch darauf hin, dass die Krankenkassen darauf drängen, Generika zu verschreiben, sofern vorhanden. Wenngleich dies derzeit kein großes Problem darstellt, könnte dieser Umstand in Zukunft zu einer Herausforderung werden, wenn mehr Generika zur Verfügung stehen, wodurch der Zugang zu neueren/innovativen und teureren Medikamenten stärker eingeschränkt werden könnte.



„Wir haften persönlich für unsere Rezepte. Wenn es also einen Preisunterschied zwischen gleich wirksamen Behandlungen gibt, kann uns die Kostenerstattung verweigert werden. Das ist eine sehr beängstigende Aussicht, besonders im Hinblick auf hochpreisige Medikamente.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland



Langfristige ganzheitliche Versorgung



- Begrenzte oder keine HIV-spezifische Strategie sowie keine Deutschland-spezifischen Leitlinien zu Alterung, Komorbiditätsmanagement und psychischer Gesundheit für Menschen mit HIV
- Eine enge Zusammenarbeit mit NGOs gewährleistet eine effektive und weitreichende nicht-klinische Unterstützung, z. B. Beratung und Peer-Support

Wie lautet die strategische Position?

BIS2030 nimmt nur eingeschränkt Bezug auf Elemente der Langzeitversorgung. Aspekte im Hinblick auf das Altern von Patienten und die Behandlung von Komorbiditäten sind nicht abgedeckt und obwohl die *deutsch-österreichischen Leitlinien für die antiretrovirale Therapie von HIV-Infektionen* die Notwendigkeit der Wahl von Arzneimittelkombinationen auf der Grundlage von Aspekten wie Komorbiditäten beschreiben, werden hier keine weiteren Einzelheiten über das Management von Komorbiditäten selbst angegeben ^[37]. Deutschland bezieht sich dabei in der Regel auf die europäischen EACS-Richtlinien für Alters- und Komorbiditätsversorgung ^[40].



„Komorbiditäten sind eine große Herausforderung für die Zukunft, z. B. in der Onkologie. Im Allgemeinen ist sich das System dessen bewusst und bemüht sich, neue Vorgaben umzusetzen.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Psychische Gesundheit wird als Thema hervorgehoben, es werden jedoch keine detaillierten Interventionen zur Bereitstellung oder Verbesserung des Zugangs zu psychiatrischen Angeboten für Menschen mit HIV ^[8] beschrieben. Verschiedene Leitlinien stehen zur Verfügung, darunter die von der *Deutschen Gesellschaft für Neuro-Aids und Neuro-Infektiologie e.V. (DGNANI)* erstellten deutschen Leitfäden sowie die EACS-Leitlinien.

Ebenso zeigt BIS2030 den Bedarf an integrierten Beratungs- und Versorgungsangeboten auf, gibt aber nicht explizit an, welche Versorgungsangebote einbezogen werden sollen ^[8]. Es gibt mehrere staatlich finanzierte Programme (die oft von NGOs angeboten werden), einschließlich solcher, die sich an bestimmte Teilpopulationen richten.



„Wir geben NGOs Geld für Beratungsarbeit in verschiedenen Subpopulationen.“

HIV-Präventionskoordinator, Deutschland

Was passiert in der Praxis?

Die Experten weisen darauf hin, dass die Leitlinien des EACS, die bindend sind und mehrere Indikationen abdecken, für das Management und die Versorgung von Komorbiditäten in hohem Maße herangezogen werden. Überweisungswege sind im Allgemeinen gut etabliert.



„Die EACS-Leitlinien werden in Deutschland gut angewendet und wir sind mit dem Alterungs- und Komorbiditätsmanagement bestens vertraut.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Die psychische Gesundheitsversorgung ist vorhanden, es bestehen jedoch Schwierigkeiten bei der Zugänglichkeit. Während HIV-Spezialisten Patienten nach Bedarf auf Beratung oder andere psychosoziale Unterstützung hinweisen können, bestehen Kapazitätsengpässe bei überwiesenen Patienten, die häufig bis zu 6 Monate auf einen Termin warten. Es gibt zuweilen auch Wissenslücken bei Psychologen im Umgang mit Menschen, die mit HIV leben.

Was die nicht-klinische Unterstützung angeht, so sind sich Experten trotz der begrenzten Bezugnahme in BIS2030 einig, dass die unterstützenden Dienstleistungen für HIV ein Bereich sind, der insbesondere aufgrund der Maßnahmen staatlicher und privat finanzierter NGOs gut versorgt ist. Staatlich finanzierte Nichtregierungsorganisationen wie die kommunalen AIDS-Hilfen bieten umfassende unterstützende Dienstleistungen an, darunter kostenlose, anonyme telefonische, Online- und persönliche Beratung sowie Informationen zu Tests oder Behandlungen. NGOs können Patienten auch an Selbsthilfegruppen, HIV-Fachärzte und Peer Support Groups überweisen.



„Allein in Berlin gibt es 13 verschiedene Projekte auf NGO-Ebene, die von der Beratung bis zur Betreuung von Menschen zu Hause reichen.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

Es gibt Angebote, die sich an Teilpopulationen wenden, wie z. B. ein Live-Chat für schwule Männer. Oft besuchen NGOs auch Krankenhäuser und bieten stationären Patienten nicht-medizinische Unterstützung an.

Was sagen die Experten?

Die Experten sind sich einig, dass bestimmte Elemente, wie z. B. nicht-klinische Unterstützungsleistungen, zwar sehr effektiv sind, dass es aber Verbesserungspotenzial im Hinblick auf die strategische Ausrichtung und andere Bereiche der ganzheitlichen Langzeitversorgung gibt.

Es mangelt an Fokussierung auf diese Themen im politischen und strategischen Bereich, was dazu führt, dass sowohl die Langzeitversorgung als auch das Thema Alterung nur begrenzt erwähnt werden, wobei präskriptive Maßnahmen, Leitlinien und Mittel für die Umsetzung verbessert werden müssen.

Hinsichtlich eines verbesserten Komorbiditätsmanagements stellen die Experten fest, dass die Wartezeiten nach der Überweisung an andere Spezialisten verkürzt werden müssen (obwohl dies im Fall von HIV nicht ungewöhnlich ist)

und dass bestimmte präventive Tests, z. B. eine Messung der Knochenmineraldichte, fehlen (wenn es keine klinische Notwendigkeit gibt wie z. B. bei Osteoporose, kann es schwierig sein, die Genehmigung für einen solchen Test zu erhalten). Nach Ansicht von Experten mangelt es manchmal an Interesse oder Wissen über bewährte Verfahren beim Umgang mit Komorbiditäten, wobei HIV-Spezialisten häufig nur die Infektion behandeln wollen und es bei Hausärzten/Primärversorgern an Wissen und Ausbildung mangelt, um Multimorbiditäten bei HIV-Patienten effektiv zu betreuen.



„Manche Ärzte besuchen keine Konferenzen oder Schulungen. Wir müssen bei Hausärzten und anderen Fachärzten das Interesse an Komorbiditäten wecken.“

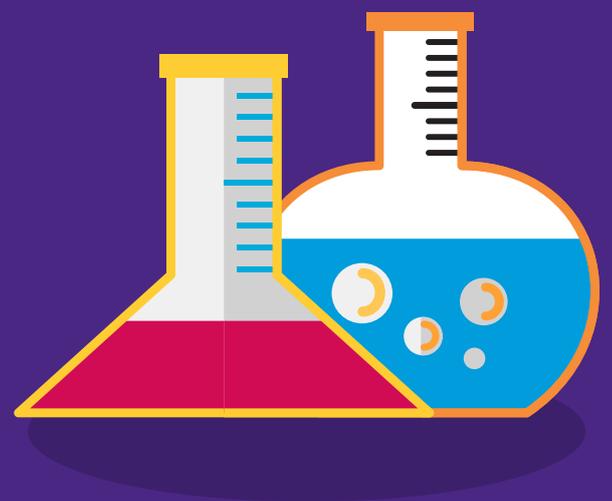
HIV-NGO, Deutschland

In Bezug auf die psychische Gesundheit besteht nach Expertenmeinung Verbesserungsbedarf, wobei lange Wartezeiten und mangelndes Wissen über die Best-Practice-Betreuung von Menschen mit HIV unter Fachleuten für psychische Gesundheit angeführt werden. Dies wird durch eine Umfrage der Deutschen AIDS-Hilfe aus dem Jahr 2017 bestätigt, bei der nur 16 % der über 170 mit HIV lebenden Personen angaben, dass ihr Psychotherapeut über gute HIV-Kenntnisse verfügt, und fast ein Viertel der Teilnehmer die Therapie vorzeitig abbrach ^[41].



„Es ist zwar möglich, aber wenn man aufgrund einer Depression einen Termin mit einem Psychologen oder Neurologen vereinbaren will, kann es Monate dauern, einen solchen zu bekommen.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland



04

Empfehlungen



4.1 Bekämpfung von HIV-bezogener Stigmatisierung durch Interventionen auf nationaler Ebene

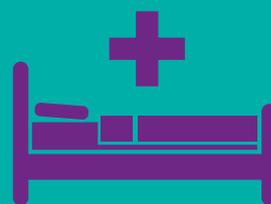
Worum geht es?

Maßnahmen zur Bekämpfung von Stigmatisierung sind zwar in der nationalen Strategie verankert, sie sind jedoch regional und über das ganze Jahr hinweg uneinheitlich. Es gibt eine weitere Schwachstelle unter Ärzten und medizinischem Personal bezüglich der Bekämpfung von Stigmatisierung. Hier herrscht Expertenkonsens darüber, dass es weiterhin reale oder wahrgenommene Stigmatisierung gibt, was dazu führt, dass Ärzte und medizinisches Personal Bedenken dabei haben, Patienten nach ihrem HIV-Status zu fragen oder nur ungern einen Test anbieten.

Was wird empfohlen?

Durchführung einer größeren Anzahl von nationalen Kampagnen zur Bekämpfung der Stigmatisierung von Menschen, die mit HIV leben. Aktuelle Kampagnen sind sporadisch, mit Veranstaltungen rund um den Welt-AIDS-Tag und ein oder zwei weiteren Ereignissen (z. B. im Frühjahr und Spätsommer). Neue Kampagnen sollten das ganze Jahr über geschaltet werden, um einen durchgängigeren Kontakt mit den Botschaften und eine größere Breitenwirkung zu erzielen.

Zur Überwindung der Stigmatisierung unter Fachleuten aus dem Gesundheitswesen sollten HIV-Aufklärung und Schulungen zu diesem Thema in die Ausbildungslehrpläne der Gesundheitsberufe und Sozialarbeiter integriert werden. Schulungen könnten mit Trainingsangeboten zu anderen gleichbehandlungsrelevanten Aspekten wie Gender und Sexualität kombiniert werden, um die Wirkung zu verstärken.



4.2 Ausbau von Community-basierten Testzentren

Worum geht es?

Tests werden von Ärzten und medizinischem Personal, Gesundheitsämtern und NGOs angeboten. Letztere wurden ins Leben gerufen, um besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen (MSM und PWID) anzusprechen, die möglicherweise keine staatlichen Angebote in Anspruch nehmen. Diese werden inzwischen gut angenommen. Bestimmte schwer erreichbare Populationen, wie beispielsweise Migranten aus Gebieten, in denen HIV endemisch ist, werden von bestehenden Angeboten jedoch nicht effektiv angesprochen.

Was wird empfohlen?

Die Anzahl und Art der Testeinrichtungen in kommunalen Settings ist zu erhöhen. Dazu gehören unter anderem gezielte Angebote für schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen wie Migranten. Dazu wären Ambulanzen mit günstigen Öffnungszeiten, kostenlosem (und anonymem) Zugang, unterstützenden Dienstleistungen wie Beratung und eine inklusive, stigmatisierungsfreie Umgebung erforderlich. Eine Förderung von Aufklärungskampagnen, die sich effektiv an Schlüsselpopulationen richten und die Akzeptanz von Testungen begünstigen, müsste noch ausgearbeitet werden.

Beispiele bewährter Praxis wie die Dean Street Clinic in London können für die größeren Städte (Berlin, Köln, Hamburg und München) adaptiert werden, was sowohl eine breitere Akzeptanz der Testung als auch eine effiziente Anbindung an die Versorgung ermöglicht.



4.3 Verbesserung der Angebote zur Schadensminderung in Gefängnissen

Worum geht es?

BIS2030 erkennt die Notwendigkeit von Prävention und Versorgung mit Bezug auf HIV (und anderen Koinfektionen) in Gefängnissen an und der nationale Drogenplan umreißt Maßnahmen zur Schadensminderung. Es besteht Einigkeit darüber, dass es in Bezug auf die HIV-Prävention, Diagnose und Behandlung in Gefängnissen Verbesserungspotenzial gibt, da die Präventionsmaßnahmen nicht gleichermaßen umgesetzt wurden. Neben dem Vorschlag, Daten zur Information und Anpassung von Präventionsmaßnahmen in Gefängnissen zu erheben, gibt es keine spezifischen Richtlinien zur Unterstützung von PWIDs in Gefängnissen und die Übertragung der Verantwortung für die Verwaltung des Strafvollzugs auf die Länder führt zu regionalen Unterschieden bei den Diensten. Zwar sind verschiedene Programme wie Kondomverteilung, psychosoziale Beratung und OST vorzufinden, aber es gibt Unterschiede im Hinblick auf ihre Verfügbarkeit. Außerdem sind Nadelaustauschprogramme selten, möglicherweise gibt es derzeit nur ein Spritzenverteilungsprojekt (Frauengefängnis in Berlin).

Was wird empfohlen?

Richtlinien und Leitfäden zur Umsetzung von Strategien zur Schadensminderung in Gefängnissen müssen entwickelt werden. Als Orientierungshilfe für die Politik könnte ein kleines Pilotprojekt in einer Großstadt (z. B. Berlin oder Hamburg) initiiert werden, um eine Reihe umfassender Leistungen zur Schadensminderung zu testen und Daten zu ihrer Wirksamkeit zu erfassen. Lehren können auch aus Programmen gezogen werden, die in anderen Ländern wie Australien und der Schweiz angeboten werden. Ein kleines Versuchsprogramm in einem Gefängnis einer größeren Stadt könnte es ermöglichen, bewährte Methoden zu etablieren und Erfahrungen zu sammeln, um das Programm auszubauen. Ein erster Schritt könnten eine Diskussionsrunde über bewährte Vorgehensweisen (z. B. aus anderen Ländern) und die Konzeption eines Pilotprogramms sein.

Durch diese Bemühungen kann ein Beitrag dazu geleistet werden, die Übertragung von ansteckenden Infektionskrankheiten in Gefängnissen zu minimieren.



4.4 Ermöglichung der Bereitstellung von ART für undokumentierte Migranten

Worum geht es?

Nicht dokumentierte Migranten, d. h. diejenigen, die keinen Antrag auf Flüchtlings-/Asylstatus gestellt haben oder abgelehnt wurden und damit keinen Zugang zur Krankenversicherung besitzen, haben derzeit keine Offizielle Möglichkeit einer antiretroviralen-Therapie für HIV/AIDS. Während Migranten mit Rechtsstatus Zugang zum Gesundheitssystem haben, werden diejenigen, die keinen Rechtsstatus, am Zugang gehindert. Darüber hinaus bedeutet die Angst vor Abschiebung und die Zurückhaltung gegenüber staatlichen Angeboten, dass undokumentierte Migranten oft nicht mit Sozialämtern oder lokalen Gesundheitsbehörden zusammenarbeiten (die anonyme, kostenlose HIV-Tests und -Beratung anbieten). Während undokumentierte Migranten aus Osteuropa für die „Notfallversorgung“ über ihre Versicherung im Heimatland versichert sein können, stellt die ART jedoch keinen Notfall dar und ist daher nicht vom Versicherungsschutz gedeckt.

Was wird empfohlen?

Ein Kurswechsel ist notwendig, um die ART für undokumentierte Migranten zu ermöglichen. Lehren können aus dem aktuellen Management chronischer Erkrankungen wie Tuberkulose (TB) gezogen werden, bei dem undokumentierte Migranten Zugang zur Langzeitbehandlung durch lokale Gesundheitsämter und Ambulanzen haben.

Die Behandlung von HIV in der undokumentierten Migrantenbevölkerung ist von entscheidender Bedeutung, um die Weitergabe des Virus zu minimieren und die Menschen in die Betreuung einzubinden. Dies ist ein wichtiger Schritt, um sicherzustellen, dass Deutschland die ehrgeizigen 90-90-90-Behandlungsziele erreicht und die Epidemie bis 2030 beendet.



4.5 Sicherstellung einer stärkeren Fokussierung auf die langfristige Versorgung von Menschen mit HIV

Worum geht es?

Menschen, die mit HIV leben, haben einen dauerhaften Versorgungsbedarf, der derzeit vom deutschen Gesundheitssystem nicht immer gedeckt wird, da es in Bereichen wie Komorbiditätsmanagement, psychosozialer Versorgung und Betreuung von Menschen, die mit HIV altern, keine entsprechende Strategie gibt.

Im Rahmen des Komorbiditätsmanagements sehen sich Patienten oft mit langen Wartezeiten für Termine bei Fachärzten konfrontiert, und für einige wichtige Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Knochenmineraldichte) ist keine Erstattung möglich, wenn keine klinische Notwendigkeit besteht (z. B. Osteoporose). Darüber hinaus mangelt es Fachleuten im Gesundheitsbereich manchmal an Interesse an oder Wissen über HIV, was die Qualität der Versorgung von Menschen mit HIV beeinträchtigt.

Es ist ebenso ein Problem, dass Menschen mit HIV zwar unverhältnismäßig häufig an psychischen Problemen leiden und eine umfassendere Unterstützung benötigen, die Wartezeiten für Termine aber lang sind und es nach wie vor an Fachleuten für psychische Gesundheit mangelt (insbesondere in ländlichen Gebieten). Auch hier ist es wiederum möglich, dass Fachleute nur über eingeschränktes Wissen über HIV verfügen.

Diese Mängel bedeuten, dass das Management von HIV als chronische Erkrankung in Deutschland verbessert werden könnte.

Was wird empfohlen?

Ausarbeitung einer Strategie zur langfristigen Versorgung von Menschen, die mit HIV leben. Um dieser Herausforderung zu begegnen, sollten zunächst die Unterschiede im Leistungsangebot untersucht werden, um die langfristigen Bedürfnisse von Menschen mit HIV wirkungsvoll anzugehen. Der Zugang zu Spezialisten - und damit einhergehend die Kompetenz von Fachleuten bei der Betreuung von HIV-Patienten - muss verbessert werden. Ein umfassenderer Überblick über die aktuellen Herausforderungen würde eine evidenzbasierte Diskussion über notwendige Richtlinienänderungen ermöglichen.

Eine erfolgreiche Integration von langfristigen Betreuungsangeboten in die HIV-Behandlung und -Versorgung ist unerlässlich, um sowohl langfristige Gesundheit als auch Wohlbefinden und die Bereitstellung von personenzentrierter Versorgung zu gewährleisten.



05

Strategiebewertung

Gibt es einen nationalen Plan für HIV? Ja.

Im April 2016 verabschiedete Deutschland im Rahmen einer einheitlichen Strategie zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten einen Plan auf nationaler Ebene mit dem Titel „BIS 2030 - Integrierte Strategie für HIV, Hepatitis B und C sowie andere sexuell übertragbare Infektionen“. BIS2030 ist eine bedarfsorientierte, integrierte und sektorübergreifende gemeinsame Strategie, die vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung vorgestellt wurde ^[61].

BIS2030 folgt der 2005 gestarteten „Nationalen Strategie der Bundesregierung zur Bekämpfung von HIV/AIDS“ und dem

2007 lancierten, begleitenden „Aktionsplan zur Umsetzung der Strategie der Bundesregierung zur Bekämpfung von HIV/AIDS“ ^[42].

Da sexuell übertragbare Infektionen in die bisherige Strategie einbezogen wurden, wird die Aktualisierung und Erweiterung von BIS2030 erstmals auch auf Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C angewendet, da sie vergleichbare Übertragungswege wie HIV haben und eine höhere Inzidenz in ähnlichen Risikogruppen aufweisen ^[61].

BIS2030 ist bestrebt, das von der internationalen Gemeinschaft in der Agenda für nachhaltige Entwicklung für 2030 festgelegte Ziel der Beendigung der AIDS-Epidemie zu erreichen und legt insbesondere folgende Ziele fest:

01

Schaffung eines positiven Umfelds, das die Akzeptanz sexueller Orientierungen und unterschiedlicher Lebensstile fördert.

02

Weiterer Ausbau bedarfsorientierter Angebote für gefährdete Populationen unter Berücksichtigung der Unterschiede in der regionalen Prävalenz

03

Entwicklung integrierter Angebote, die sich mit verschiedenen Infektionen befassen, und Präventions-, Test- und Versorgungsangebote koordinieren, um Übertragungen und Koinfektionen zu verhindern.

04

Förderung von Netzwerken und sektorübergreifender Zusammenarbeit, um die Menschen in ihren jeweiligen Lebensumständen zu erreichen und eine koordinierte Integration in Präventions-, Test- und Versorgungsangebote zu erleichtern

05

Erstellung und Erweiterung strategischer Informationen und Daten als Grundlage für Planung und Umsetzung

Fördert der nationale Plan (oder die zugehörigen Leitlinien):



Aufklärung



Aufklärungsarbeit in den wichtigsten Bevölkerungsgruppen?

BIS2030 hat die Bedeutung von Aufklärungsmaßnahmen erkannt und festgehalten, dass persönliche Kommunikationskampagnen für die Allgemeinbevölkerung und spezifische Zielgruppen notwendig sind.

Es wird anerkannt, dass Kampagnen an die Zielgruppen angepasst werden müssen und es werden detailliert die Anforderungen bestimmter Untergruppen beschrieben, z. B. die Nutzung von Social Media und kulturell sensible Aufklärungsinformationen für Migranten ^[8].

Die BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) entwickelt vor allem Kampagnen, die sich an die allgemeine Bevölkerung richten, während die Deutsche AIDS-Hilfe als NGO darauf hinarbeitet, Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko anzusprechen.



Kampagnen zur Beseitigung von Stigmatisierung?

BIS2030 befasst sich ausführlich mit Stigmatisierung und Diskriminierung und verweist auf die Notwendigkeit, die Akzeptanz sexueller Orientierungen und Lebensstile fördern, und schlägt Maßnahmen vor, die sicherzustellen sollen, dass die HIV-Versorgung frei von Diskriminierung ist ^[8].

BIS2030 schlägt Interventionen vor, die auf die Enttabuisierung von sexuell übertragbaren Infektionen abzielen:

- Gezielte Kampagnen zur Verringerung von Stigmatisierung und Diskriminierung,
- Ausbau der Aus- und Weiterbildung von Fachleuten im Gesundheitswesen, um eine diskriminierungsfreie Versorgung zu gewährleisten und Gespräche über Sexualität und STIs in Arzt-Patienten-Beziehungen zu ermöglichen,
- Ausarbeitung von Maßnahmen zur Verringerung der Stigmatisierung in Institutionen wie Gefängnissen, bei der Polizei und bei Arbeitsagenturen,
- Fortlaufende Aktivitäten von zivilgesellschaftlichen Organisationen und kommunal geführten Initiativen, einschließlich der Informationarbeit mit Patienten.



Aufklärung über sexuelle Gesundheit für die Allgemeinbevölkerung (z. B. Schulen)?

Die Thematisierung von sexueller Gesundheit an Schulen ist bundesweit vorgeschrieben und obliegt der BzGA und den Kultusbehörden der einzelnen Bundesländer ^[20]. Der Inhalt der einzelnen Lehrpläne kann hierbei je nach Bundesland unterschiedlich sein.

BIS2030 beschreibt zudem detailliert die Notwendigkeit, Materialien für Schulen bereitzustellen, um eine umfassende Sexualaufklärung zu ermöglichen. Das Programm betont die Notwendigkeit einer bedarfsorientierten, geschlechtssensitiven und altersspezifischen Aufklärung und nennt diese als wesentlichen Bestandteil der deutschen Strategie ^[8].

Legende

■ Richtlinien verfügbar und effektiv

■ Verbesserungspotenzial

■ Strategie nicht verfügbar



Prävention



Bereitstellung von kostenlosen Kondomen und Gleitmitteln für Hochrisikopopulationen?

BIS2030 beschreibt die Notwendigkeit einer hohen Akzeptanz und Verwendung von Kondomen, die Notwendigkeit der Förderung eines diskriminierungsfreien Zugangs zu sicheren und erschwinglichen Verhütungsmitteln und die Bereitstellung von Kondomen für Gefängnisinsassen. Sie enthält jedoch keine verbindlichen Interventionen, die eine kostenlose Bereitstellung von Kondomen und Gleitmitteln gewährleisten^[8].



Zugang zur oralen PrEP für Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko?

BIS2030 erkennt an, dass PrEP das Risiko einer HIV-Übertragung verringern kann, obwohl es derzeit nur begrenzte Daten über die Risiken einer Arzneimittelresistenz oder einer daraus resultierenden Verhaltensänderung gibt. Es wird daher festgestellt, dass noch unklar ist, inwieweit die orale PrEP in Deutschland als ergänzendes Präventionsinstrument in Zukunft empfohlen wird.

Obwohl es keine aktuelle Richtlinie gibt, kündigte der Bundesgesundheitsminister im Juli 2018 an, dass die Kosten für die PrEP in Zukunft von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden^[21]. Das Bundeskabinett hat das Gesetz bereits verabschiedet und die Bereitstellung von PrEP befindet sich im Gesetzgebungsprozess. Nach seiner Umsetzung wird jeder krankenversicherte Bürger, der die Kriterien für PrEP erfüllt, das gleiche Zugangsrecht haben. Expertenmeinungen zufolge sollte dies bis Oktober 2019 der Fall sein.

Es gibt deutsch-österreichische Leitlinien für die HIV-Prä-Expositionsprophylaxe, in denen die Voraussetzungen für die PrEP aufgeführt sind sowie Situationen, in denen sie verschrieben werden sollte, einschließlich der Fälle, in denen Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko einem erheblichen Risiko ausgesetzt sind. Die Leitlinien beschreiben auch Dosierungsanforderungen und Empfehlungen für die Rundumversorgung^[22], was einige Hinweise darauf gibt, wie die PrEP verabreicht werden kann, wenn sie in die deutsche Richtlinie aufgenommen wird.



Zugang zur Post-Expositionsprophylaxe (PEP)?

BIS2030 erkennt die PEP als Komponente der Prävention an, nennt aber keine Maßnahmen zur Förderung des Zugangs zur PEP.

Die *deutsch-österreichischen Leitlinien für die Post-Expositionsprophylaxe von HIV-Infektionen* beziehen sich auf den Einsatz der PEP sowohl im beruflichen als auch im außerberuflichen Bereich und beschreiben verschiedene Szenarien, in denen die PEP in beiden Bereichen eingesetzt werden sollte. Dies erstreckt sich auch auf die Bereitstellung von Behandlungsrichtlinien, wie z. B. Fristen für den Beginn der PEP und weitere Untersuchungen im Verlauf^[23].

Legende

■ Richtlinien verfügbar und effektiv

■ Verbesserungspotenzial

■ Strategie nicht verfügbar



Schadens- und Risikominderung (z. B. Nadel- und Spritzenprogramme (NSP), Opioid-Substitutionstherapie (OST), Chemsex)

BIS2030 erkennt die Schadensbegrenzung als ein wesentliches Element der Präventionspolitik für PWIDS an, wobei Programme wie NSP und OST als Schlüssel zur Minimierung des HIV-Übertragungsrisikos identifiziert wurden^[9]. Die Politik erstreckt sich auf die staatliche OST und sollte fortgesetzt werden; niedrigschwellige Präventionsangebote müssen angepasst und auf ganz Deutschland ausgeweitet werden.

Die Strategie erkennt ferner die sich ändernden Muster beim Drogenkonsum, einschließlich Crystal, Speed, GHB und anderer Party-Drugs, sowie die Notwendigkeit, gezielte neue Interventionen zu entwickeln, z. B. in Sex/Party-Szenarien oder über Dating-Portale.

Neben BIS2030 wurde auch die Schadensminderung als eine der vier Säulen der nationalen Deutschen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik identifiziert ^[24].





Testung und Screening



Verfügbarkeit von kostenlosen, anonymen Tests in der Primärversorgung und bei Fachärzten?

BIS2030 beschreibt verschiedene Angebote und Settings, die Tests anbieten: anonyme Testung in Form von öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen; niedrigschwellige Beratung und Tests durch NGOs; Testung in Kliniken durch zugelassene Ärzte.

Außerdem wird auf die Notwendigkeit spezifischer Test- und Diagnostikangebote für Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko hingewiesen; ferner werden Maßnahmen zur Bewertung neuer Testverfahren, zur Aktualisierung bestehender Testleitlinien und zur Fortbildung von Ärzten vorgeschlagen ^[9].

BIS2030 bezieht sich auch auf Leitlinien, die spezifische Indikationen zur Einleitung eines Tests für Anbieter enthalten.



Ist eine Selbsttestung oder eine Selbstprobenahme möglich?

Nach dem Medizinproduktegesetz sind HIV-Selbsttests in Deutschland legal und erlaubt ^[32] und Apotheken können CE-gekennzeichnete Selbsttests ^[33] verkaufen.

Die Eigenprobennahme ist derzeit nicht Bestandteil der deutschen Richtlinie.

Legende

 Richtlinien verfügbar und effektiv

 Verbesserungspotenzial

 Strategie nicht verfügbar



Klinisches Management



Sofortiger Beginn der antiretroviralen Therapie (ART)?

BIS2030 bezieht sich auf Leitlinien zu HIV und anderen STIs, die von den medizinischen Fachgesellschaften erstellt, regelmäßig angepasst und aktualisiert werden.

Dementsprechend sind die *deutsch-österreichischen Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion* verpflichtend und empfehlen, die Behandlung so bald wie möglich nach der Diagnose und nach einer Risikobewertung einschließlich CD4-Zählung zu beginnen^[81]^[37]. Sie enthalten auch Einzelheiten zu den verschiedenen Behandlungen in Abhängigkeit von der CD4-Zahl sowie der Nachsorge und Therapiekontrolle bei Erfolg und Misserfolg^[37].



Zugang zu innovativer Medizin?

Die *deutsch-österreichischen Leitlinien zur antiretroviralen Therapie von HIV-Infektionen* enthalten Alternativen zur herkömmlichen ART, bei denen nachgewiesen wurde, dass sie Nebenwirkungen verringern oder erforderlich sind, wenn andere Behandlungsmethoden versagen^[37].

Gemäß den Leitlinien sollten alternative Behandlungsregime mindestens zwei neue Substanzen enthalten, die als resistent gelten, und frühere Resistenz- und ART-Regelungen berücksichtigen. Entscheidungen über Zweit- und Folgekombinationen erfordern Fachkenntnisse. Daher erfordert die Auswahl einer alternativen retroviralen Behandlung spezielle medizinische Fachkenntnisse und eine genaue Kenntnis des Einzelfalls aus wirtschaftlicher Sicht.

Im Rahmen des 2011 eingeführten Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) kann das IQWiG, Deutschlands Gesundheitstechnologiebewertungsstelle, aufgefordert werden, eine von der EMA genehmigte Frühnutzenbewertung neuer Medikamente vorzunehmen und Empfehlungen für die Aufnahme in das Bundesgesundheitswesen abzugeben. Diese Empfehlung wird vom GBA (Gemeinsamen Bundesausschuss) berücksichtigt, der letztendlich über die Höhe des erbrachten Zusatznutzens und die Erstattung entscheidet.



Zugang zu regelmäßigen Monitoring-Maßnahmen (z. B. Viruslast, Adhärenz, Koinfektionen)?

BIS2030 unterstreicht die Notwendigkeit integrierter Präventions-, Test- und Behandlungsangebote, die sich auch mit Koinfektionen befassen und auf die Bedürfnisse bestimmter Gruppen zugeschnitten sind^[81]. Die *deutsch-österreichischen Leitlinien zur Post-Expositionsprophylaxe von HIV-Infektionen* beschreiben detailliert die Notwendigkeit von Hepatitis B und C und anderen STI-Tests zusätzlich zu einem HIV-Test nach sexuellem Kontakt^[23].

Die Überwachung der Viruslast wird auch durch Richtlinien abgedeckt, in denen die CD4-Zählungen und die HIV-RNA-Spiegel nacheinander in 2- bis 3-monatlichen Intervallen und alle 2 bis 4 Monate nach dem Absinken der HIV-RNA-Spiegel angegeben werden.

Die Leitlinien nehmen auch Bezug auf die Therapieadhärenz und beschreiben Interventionen, die auf Erfolg oder Misserfolg der Therapie beruhen, einschließlich der Vereinfachung der Therapie.

Legende

■ Richtlinien verfügbar und effektiv

■ Verbesserungspotenzial

■ Strategie nicht verfügbar



Langfristige ganzheitliche Versorgung



Zugang zum Alterungs- und Komorbiditätsmanagement?

BIS2030 befasst sich nicht mit dem Thema Alterungs- und Komorbiditätsmanagement. Die deutsch-österreichischen Leitlinien zur antiretroviralen Therapie von HIV-Infektionen legen detailliert dar, dass die Auswahl der Arzneimittelkombinationen auf Aspekten wie Komorbiditäten beruhen muss, enthalten jedoch keine weiteren Angaben zum Management der Komorbidität selbst ^[37].

Deutschland bezieht sich dabei in der Regel auf die europäischen EACS-Richtlinien für Alters- und Komorbiditätsversorgung ^[40].



Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung?

In BIS2030 wurde die psychische Gesundheit als ein Thema hervorgehoben, das in Bezug auf Stigmatisierung und Diskriminierung zu berücksichtigen ist. Es werden jedoch keine Maßnahmen zur Bereitstellung oder Verbesserung des Zugangs zu psychosozialen Diensten für Menschen mit HIV aufgeführt ^[8].

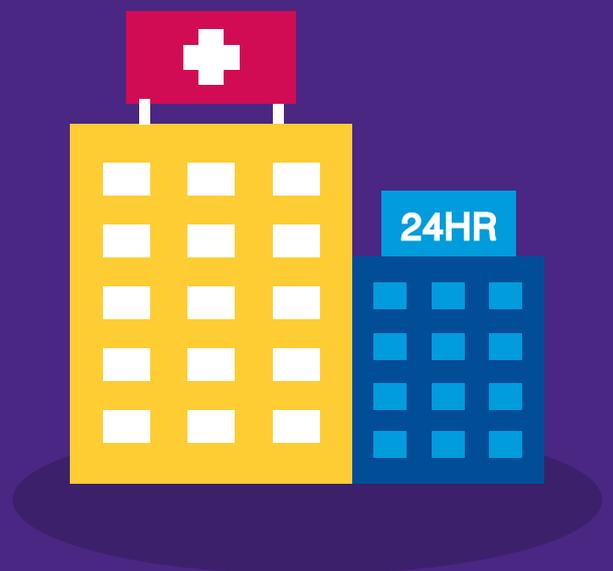
Verschiedene Leitlinien stehen zur Verfügung, darunter die von der Deutschen Gesellschaft für Neuro-Aids und Neuro-Infektiologie e.V. (DGNANI) erstellten deutschen Leitfäden und die EACS-Leitlinien.



Zugang zu klinischen Unterstützungsangeboten (z. B. Peer Support, Beratung)?

BIS2030 zeigt den Bedarf an integrierten Beratungs- und Versorgungsangeboten auf, gibt aber nicht explizit an, welche Versorgungsangebote einbezogen werden sollen ^[8].

Es gibt mehrere staatlich finanzierte Programme (die oft von NGOs angeboten werden), einschließlich solcher, die sich an bestimmte Teilpopulationen richten.



06

Quellenangaben

1. Robert Koch Institut, „Epidemiologisches Bulletin - Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland Stand Ende 2017“, Epidemiol. Bull., 2018.
2. European Centre for Disease Prevention and Control / WHO, „HIV/AIDS surveillance in Europe 2017“, 2017.
3. A. van Sighem, A. Pharris, C. Quinten, T. Noori und A.J. Amato-Gauci, „Reduction in undiagnosed HIV infection in the European Union/European Economic Area, 2012 to 2016“, Eurosurveillance, vol. 22, no. 48, Nov. 2017.
4. M. Fisher, „Late diagnosis of HIV infection: major consequences and missed opportunities“, Curr. Opin. Infect. Dis., Vol. 21, Nr. 1, S. 1–3, Feb. 2008.
5. Robert Koch Institut, „Epidemiologisches Bulletin - Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland“, Epidemiol. Bull., Nr. 50, S. 417–428, 2017.
6. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG). [Online]: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/AGG/agg_gleichbehandlungsgesetz.pdf?__blob=publicationFile. Zugriff: Januar 2019
7. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, „Schutz vor Diskriminierung in Deutschland - Leitfaden für Flüchtlinge und Neueinwanderer“. [Online]: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Refugees/Fluechtlingsbroschuere_englisch.html Zugriff: Januar 2019
8. Bundesministerium für Gesundheit. „Integrierte Strategie für HIV, Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbare Infektionen.“ 6. April 2016. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategy_HIV_HEP_STI.pdf
9. Bundesärztekammer, „Das Gesundheitssystem in Deutschland.“ [Online]. Verfügbar: <https://www.bundesaerztekammer.de/weitere-sprachen/english/healthcare-system/>. [Zugriff: 12. September 2018].
10. Politico. „9,000 illegal migrants entered Germany in 2017: report“. [Online]. Verfügbar: <https://www.politico.eu/article/9000-illegal-migrants-entered-germany-in-2017-report/>. Zugriff: September 2018.
11. Institute of Development Studies. „Sexuality, Poverty and Law Programme“. [Online]. Verfügbar: <http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw>. Zugriff: September 2018.
12. Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend, „Das neue Prostituiertenschutzgesetz“, S. 1–18.
13. ECDC, „Thematic report : Sex workers,“ 2012.
14. D. Vorschriften, E. Abschnitt, S. Begriffe, V. Der Erlaubnis, and Z. Abschnitt, „Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG),“ 2018.
15. „Law Library of Congress - Decriminalization of Narcotics Germany.“ [Online]. Verfügbar: <https://www.loc.gov/law/help/decriminalization-of-narcotics/germany.php>.
16. „Germany Country Drug Report 2017 - Drug Harms.“ [Online]. Verfügbar: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/germany/drug-harms_en. [Zugriff: 22. Oktober 2018].
17. „BZgA - Prävention von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI).“ [Online]. Verfügbar: <https://www.bzga.de/themenschwerpunkte/hiv-sti-praevention/>.
18. „Ich Weiss Was Ich Tu.“ [Online]. Verfügbar: <http://iwwit.de/>.
19. AIDS Hilfe, „The results of the statistical analysis from 'Positive Stimmen' (Positive voices – the PLHIV Stigma Index in Germany).“ [Online]. Verfügbar: <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Germany%20positive%20voices%20results.pdf>
20. „Sexuality Education in Germany: An effective intervention to support the sexual and reproductive health of people across the lifespan,“ S. 20–21, 1980.

21. Reuters. „Spahn will HIV-Vorsorge für Risikogruppen auf Kassenkosten“. 20. Juli 2018. [Online]. Verfügbar: <https://de.reuters.com/article/deutschland-gesundheit-hiv-spahn-idDEKBN1KA0XH>
22. Deutsche Aids-Gesellschaft (DAIG), „Deutsch-Österreichische Leitlinien zur HIV-Präexpositionsprophylaxe.“
23. Deutsche AIDS-Gesellschaft eV und Österreichische AIDS-Gesellschaft, „Deutsch-Österreichische Leitlinien zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion (Update 2018)“, Nr. Update, 2018.
24. Drogenbeauftragter der Bundesregierung, „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“. [Online]. Verfügbar: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung_DE.pdf
25. „Deutsche AIDS-Hilfe - Kondome schützen.“ [Online]. Verfügbar: <https://www.aidshilfe.de/kondome-schuetzen>.
26. „Deutschland: 150.000 Kondome für Flüchtlinge.“ [Online]. Verfügbar: http://www.krone.at/Welt/Deutschland_150.000_Kondome_fuer_Fluechtlinge-Zur_Praevention-Story-501823.
27. „Green party calls for free condoms for lowest earners in Germany.“ [Online]. Verfügbar: <https://www.thelocal.de/20180608/green-party-calls-for-free-condoms-for-germanys-lowest-earners>. [Zugriff: 16. Okt. 2018].
28. Queer.de. „Deutschland: PrEP-Nutzung stark angestiegen“ 8 June 2018. [Online]. Verfügbar: https://www.queer.de/detail.php?article_id=31326
29. „AIDS Hilfe - Wo finde ich die PEP?“ [Online]. Verfügbar: <https://de.aidshilfe.de/where-can-find-pep>.
30. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, „Länderdrogenbericht Deutschland 2017“. [Online]. Verfügbar: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/germany/harm-reduction_de.
31. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, „Überblick über Schadensminderung in Deutschland“ [Online]. Verfügbar: <http://www.emcdda.europa.eu/country-data/harm-reduction/Germany>.
32. Bundesministerium für Gesundheit, „Medizinproduktegesetz“, S. 1–57, 2011.
33. „HIVST - Germany.“ [Online]. Verfügbar: <http://hivst.org/policy/germany>.
34. Paul-Ehrlich-Institut, „HIV-Selbsttests.“ [Online]. Verfügbar: <https://www.pei.de/DE/in-vitro-diagnostics/hiv-self-testing-content.html>.
35. Münchner AIDS-Hilfe, „Neu: Test per Post mit S.A.M.“ [Online]. Verfügbar: <https://www.muenchner-aidshilfe.de/aktuelle-themen-newsreader/test-per-post-mit-sam.html>. [Zugriff: 27. September 2018].
36. „'test it' – Das neue Test- und Präventionsangebot für sexuell übertragbare Krankheiten startet jetzt.“ [Online]. Verfügbar: <https://www.wir-ruhr.de/2018/09/03/pressemitteilung-test-it-das-neue-test-und-praeventionsangebot-fuer-sexuell-uebertragbare-krankheiten-startet-jetzt/>. [Zugriff: 27. September 2018].
37. Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V., „Deutsch-österreichische Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion,“ Dtsch. Medizinische Wochenschrift, Band 128.
38. G. Inverardi, „Accessing HIV prevention , testing, treatment care and support in Europe as a migrant with irregular status in Europe : A comparative 16-country legal survey,“ Nr. Februar 2016, 2018.
39. „Neuer Doppelhaushalt: Berlin setzt starke Akzente in der HIV / AIDS-Prävention.“ [Online]. Verfügbar: <https://www.aidshilfe.de/meldung/neuer-doppelhaushalt-berlin-setzt-starke-akzente-hiv-aids-praevention>. [Zugriff: 12. September 2018].
40. European AIDS Clinical Society, „EACS Guidelines“, Nr. Oktober 2017.
41. Deutsche Aids Hilfe, „Menschen mit HIV bemängeln fehlende Akzeptanz in der Psychotherapie.“ [Online]. Verfügbar: <https://magazin.hiv/2017/03/15/menschen-mit-hiv-bemaengeln-fehlende-akzeptanz-in-der-psychotherapie/>.
42. Bundesministerium für Gesundheit. „Aktionsplan zur Umsetzung der Strategie der Bundesregierung zur Bekämpfung von HIV / AIDS.“ 2007. [Online]. Verfügbar: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127839.pdf



kpmg.com/uk

Die hier enthaltenen Informationen sind allgemeiner Natur und nicht dazu gedacht, auf die Umstände irgendeines bestimmten Individuums oder einer Organisation einzugehen. Obwohl wir versuchen, korrekte und aktuelle Informationen bereitzustellen, kann es keine Garantie dafür geben, dass solche Informationen zum Zeitpunkt des Empfangsdatums korrekt sind oder dass sie auch in Zukunft korrekt bleiben werden. Niemand sollte aufgrund solcher Informationen handeln, ohne angemessenen, professionellen Rat nach gründlicher Prüfung der jeweiligen Lage eingeholt zu haben.

© 2019 KPMG LLP, eine britische Limited Liability Partnership und ein Mitgliedsunternehmen des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsunternehmen, die der KPMG International Cooperative („KPMG International“), einem Schweizer Unternehmen, angegliedert sind. Alle Rechte vorbehalten.

Der Name und das Logo von KPMG sind registrierte Handelsmarken oder Handelsmarken von KPMG International. CREATE. | CRT108709A | März 2019