INXFO Interdisziplinäres Expertenforum

vernetzt Sie mit Experten

NEWSLETTER NOVEMBER 2026

HIV 2026/27: Medizinischer Fortschritt trifft auf politische Barrieren

Jürgen K. Rockstroh

Die HIV-Medizin gehört zu den Erfolgsgeschichten der modernen Medizin. Eine wirksame antiretrovirale Therapie ermöglicht Menschen mit HIV heute häufig eine nahezu normale Lebenserwartung, wenn die antivirale Therapie frühzeitig begonnen wird. Darüber hinaus kann bei dauerhaft supprimierter Viruslast HIV sexuell nicht übertragen (undetectable = untransmittable (U=U)) werden.[1] Gleichzeitig erweitern langwirksame antivirale HIV-Wirkstoffe die Optionen zur HIV-Prävention und Behandlung. Doch wissenschaftliche Innovationen allein garantieren keinen Zugang. Weltweite Finanzierungskürzungen, nationale Erstattungshürden, zurückhaltende und uneinheitliche HIV-Teststrategien in Europa und der Strukturwandel des Gesundheitssystems können den Fortschritt bremsen. Vier Entwicklungen bestimmen die gesundheitspolitische Agenda 2026/27 und sollen exemplarisch vorgestellt und diskutiert werden.

Globale Finanzierungskrise: Rückschritte trotz neuer Präventionsmöglichkeiten

Internationale HIV-Programme sind durch den Rückgang öffentlicher Entwicklungsfinanzierung massiv unter Druck geraten. Besonders die Veränderungen der US-amerikanischen PEPFAR-Unterstützung gefährden Versorgungsstrukturen, die Testung, antiretrovirale Therapie und PrEP verbinden. Ihr Verlust kann zu mehr unentdeckten Infektionen, Therapieunterbrechungen und vermeidbaren Todesfällen führen. Eine Modellierungsstudie von 2025 prognostizierte bei Kürzungen durch fünf große Geberländer für 2025 bis 2030 zusätzlich 4,43–10,75 Millionen HIV-Neuinfektionen und 0,77–2,93 Millionen HIV-assoziierte Todesfälle in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen.[2] Besonders gefährdet sind geberabhängige Länder und marginalisierte Bevölkerungsgruppen. Auch Deutschland kürzt seinen Beitrag zum Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria: Für 2026–2028 wurden eine Milliarde Euro zugesagt, gegenüber zuvor 1,3 Milliarden Euro (Rückgang um 23 %).[3] Zivilgesellschaftliche Organisationen verbinden diese Kürzung anhand von Global-Fund-Modellierungen mit bis zu 440.000 zusätzlichen Todesfällen und 7,8 Millionen Infektionen. Diese Schätzungen beziehen sich allerdings auf alle drei Erkrankungen zusammen.[4]

Erste Daten zu den tatsächlichen Auswirkungen zeigen ein differenziertes Bild. In der AFRICOS-Kohorte mit 2.012 Menschen mit HIV aus vier afrikanischen Ländern blieb der Anteil mit einer HIV-RNA über 1.000 Kopien/ml vor und nach Versorgungsunterbrechungen unverändert (3,8 % versus 3,5 %; p=0,6). Lediglich in Uganda zeigte sich bei einem Grenzwert von 200 Kopien/ml eine signifikante Verschlechterung der virologischen Suppression.[5] Deutlicher werden die Folgen beim Verlust unterstützender Versorgungsstrukturen. In einer Befragung von 166 PEPFAR-Partnerorganisationen aus 46 Ländern berichteten 77 % über verzögerte oder beendete Förderzusagen und 87 % über Personalabbau. Insgesamt wurden 1.714 Versorgungseinrichtungen und Anlaufstellen geschlossen. Besonders betroffen waren Präventionsangebote, gemeindenahe Versorgung und Programme für Schlüsselpopulationen.[6] Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass eine kurzfristig erhaltene virologische Suppression nicht mit einer weiterhin funktionierenden HIV-Versorgung gleichzusetzen ist. Der Verlust psychosozialer Unterstützung sowie niedrigschwelliger Test- und Präventionsangebote könnte langfristig dramatische Folgen haben. Das gesundheitspolitische Paradox bleibt:

InXFo – Interdisziplinäres Expertenforum HIV/Hepatitis
Registrieren Sie sich kostenfrei unter www.inxfo.de

Ausgerechnet während neue Präventionsmittel eine deutliche Senkung der HIV-Neuinfektionen ermöglichen, werden die Programme geschwächt, die diese Innovationen zu den Menschen bringen sollen.

Langwirksame PrEP: Zukunftsmusik oder fern jeglicher Zulassungsrealität?

Die orale PrEP mit generischem Tenofovirdisoproxil/Emtricitabin (TDF/FTC) verhindert bei konsequenter Anwendung HIV-Transmissionen hochwirksam [7] und ist in Deutschland seit 2019 bei entsprechender Indikation Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Allerdings ist die tägliche Tabletteneinnahme nicht für alle praktikabel. Cabotegravir als intramuskuläre Injektion alle zwei Monate und Lenacapavir als subkutane Injektion alle sechs Monate erweitern die Präventionsmöglichkeiten erheblich. Besonders für Frauen mit erhöhtem HIV-Risiko, Menschen mit Substanzgebrauch, Personen ohne festen Wohnsitz und andere vulnerable Gruppen können diskrete, langwirksame Präventionsangebote entscheidende Vorteile bieten. In HPTN 084 war Cabotegravir bei Frauen der oralen TDF/FTC-PrEP hinsichtlich der HIV-Prävention überlegen. [8] In PURPOSE 1 wurde während der primären Studienphase unter halbjährlichem Lenacapavir bei 2.134 Frauen keine HIV-Infektion beobachtet. [9] Diese Ergebnisse bedeuten keine geringere biologische Wirksamkeit korrekt eingenommener oraler PrEP, sondern unterstreichen die Bedeutung von Adhärenz und realen Anwendungsbedingungen.

Andere europäische Länder ermöglichen bereits den Zugang. Großbritannien empfiehlt Cabotegravir über den NHS für Menschen mit hohem Risiko, für die orale PrEP ungeeignet ist. [10] Spanien finanziert seit April 2026 injizierbares Cabotegravir in ausgewählten Situationen. [11] Frankreich hat es ebenfalls in seine HIV-Präventionsangebote aufgenommen. Diese Beispiele belegen, dass zielgerichtete Erstattung und strukturierte Implementierung möglich sind. In Deutschland besteht hingegen weiterhin eine Lücke zwischen europäischer Zulassung und regulärem Zugang. Die höheren Kosten langwirksamer Präventionsregime gegenüber generischer TDF/FTC erschweren die Erstattung. Die frühe Nutzenbewertung erfolgt durch den G-BA unter möglicher Beteiligung des IQWiG, die Erstattungsbetragsverhandlung anschließend mit dem GKV-Spitzenverband. Bei Präventionsmitteln sollten neben der Wirksamkeit unter optimalen Bedingungen auch Akzeptanz, Versorgungsgerechtigkeit und zusätzlich verhinderte Infektionen unter Alltagsbedingungen berücksichtigt werden. Die Nicht-Einführung innovativer Produkte aus Kostengründen beschränkt in Deutschland den Anschluss an medizinische Fortschritte.

Ein gezielter Zugang für bislang unzureichend geschützte Gruppen wäre gesundheitspolitisch sinnvoll. Bislang entfallen in Deutschland rund 99 % der oralen PrEP-Versorgung auf Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Andere vulnerable Gruppen bleiben damit weitgehend unerreicht. Insbesondere diese Personen könnten von neuen langwirksamen Präventionsoptionen profitieren. Eine bedarfsgerechte Erweiterung des Zugangs könnte wesentlich zur Verhinderung weiterer HIV-Neuinfektionen beitragen.

Opt-out-Testung: „HIV-Exceptionalism“ überwinden?

In Europa erfolgen weiterhin 53 % aller HIV-Diagnosen spät (definiert als Immundefizienz mit CD4-Zellzahlen unter 350/µl). Menschen, die sich nicht als gefährdet einschätzen, keinen Zugang zu niedrigschwelligen Angeboten haben oder Stigmatisierung befürchten, lassen sich häufig nicht testen. Routinemäßige Opt-out-HIV-Testangebote in Notaufnahmen könnten diese Lücke verkleinern. Bei diesem universellen Verfahren werden alle Patienten auf HIV untersucht, es sei denn, sie lehnen dies nach entsprechender Information ausdrücklich ab. Der Unterschied zwischen Opt-out und Opt-in Testung ist in der Tabelle 1 zusammengefasst. Im Wesentlichen unterscheiden sie sich darin wie die Einwilligung zum HIV-Test eingeholt wird.

In England werden bei ohnehin vorgesehenen Blutentnahmen HIV-, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Tests gemeinsam angeboten und damit auch Menschen außerhalb klassischer Testsettings erreicht. Im spanischen Opt-in-Programm „Deja tu Huella“ wurden 2021–2023 rund 130.000 HIV-Tests durchgeführt und 1.620 neue Infektionen diagnostiziert. In Großbritannien ergaben 2023–2024 rund 1,9 Millionen Tests 741 neue Diagnosen. [12] Dies entspricht etwa 80 Tests pro positive Diagnose in Spanien gegenüber 2.564 in Großbritannien. [12] Aufgrund

Tabelle 1: Unterschiede zwischen Opt-in und Opt-out HIV-Testungen

Aspekt	Opt-in	Opt-out
Grundprinzip	HIV-Test erfolgt nur nach ausdrücklicher Zustimmung	HIV-Test wird routinemäßig durchgeführt, sofern die Person nicht widerspricht
Zustimmung	Aktive Einwilligung erforderlich („Ja, ich möchte den Test“)	Zustimmung wird angenommen, nachdem informiert wurde und kein Widerspruch erfolgt
Aufklärung	Oft ausführlicher, ggf. mit spezifischer HIV-Testberatung	Kürzere standardisierte Information ausreichend, solange verständlich
Ablehnung	Keine Zustimmung = kein Test	Expliziter Widerspruch erforderlich
Ziel	Betonung der individuellen Entscheidung	Erhöhung der Testrate und frühzeitigen Diagnosestellung

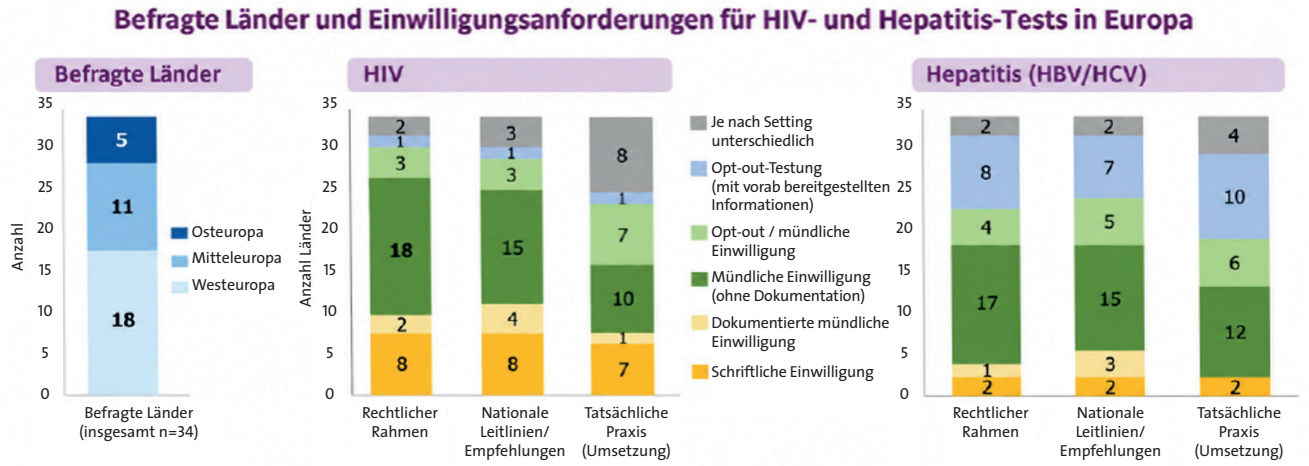


Abbildung 1: Europäische Anforderungen an die Einwilligung zur HIV- und Hepatitis-Testung nach (15).

unterschiedlicher Zielgruppen und Teststrategien lässt sich daraus keine unmittelbare Überlegenheit einer der beiden Strategien ableiten. Empfohlen wird ein kombinierter Ansatz aus Opt-out-Testung in Settings mit hoher HIV-Prävalenz und gezielten Opt-in-Angeboten andernorts. Entscheidend für die bevorzugte Test-Strategie sind lokale Epidemiologie, Finanzierung und gesicherte Versorgungsanbindung. In Deutschland wird HIV-Opt-out-Testung kontrovers diskutiert. Bedenken zu Einwilligung, Datenschutz und Diskriminierung sind ernst zu nehmen. Allerdings muss zwischen einer Testung ohne Wissen der Betroffenen und einem transparenten Standardangebot mit verständlicher Information und ausdrücklicher Ablehnungsmöglichkeit unterschieden werden. WHO und europäische Fachinstitutionen unterstützen eine Ausweitung der HIV-Testung unter Wahrung von Freiwilligkeit und informierter Zustimmung. [14] Die historisch begründete Sonderstellung des HIV-Tests, der sogenannte „HIV-Exceptionalism“, sollte daher überwunden werden. HIV-Tests als regulärer Bestandteil kombinierter infektiologischer Diagnostik könnten Spätdiagnosen reduzieren, Stigmatisierung abbauen und zur Normalisierung der HIV-Testung beitragen. Eine Umfrage zu Einwilligungserfordernissen bei HIV-, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Tests in Europa zeigt ein sehr uneinheitliches Bild in Europa (siehe Abbildung 1). [15] In mehr als einem Drittel der befragten Länder ist für die Durchführung eines HIV-Tests weiterhin eine schriftliche oder dokumentierte Einwilligung erforderlich. Hier wäre eine europaweite Vereinheitlichung wünschenswert. Der Verzicht auf schriftliche oder dokumentierte mündliche Einwilligungen und die Ausweitung von Opt-out-Testungen können Testbarrieren abbauen, die Sonderstellung der HIV-Testung überwinden und Europa dabei unterstützen, das UNAIDS-Ziel einer HIV-Diagnoserate von 95 % zu erreichen.

Deutsches Gesundheitswesen: Spezialisierte Versorgung sichern

Die HIV-Versorgung in Deutschland profitiert von spezialisierten Schwerpunktpraxen und infektiologischen Universitätsambulanzen. Allerdings verändern sich die Anforderungen: Bis 2030 werden mehr als die Hälfte der Menschen mit HIV über 60 Jahre alt sein. Damit gewinnen kardiovaskuläre, metabolische, renale und onkologische Begleiterkrankungen sowie Arzneimittelinteraktionen und interdisziplinäre Betreuung an Bedeutung. Gleichzeitig gefährden Fachkräftemangel, wirtschaftlicher Druck und Strukturreformen die Versorgung. Ein IGES-Gutachten von 2025 prognostiziert bis 2035 einen erheblichen Mehrbedarf an spezialisierter HIV-Betreuung. [13] Auch wenn solche Prognosen szenarioabhängig sind, verdeutlichen sie den Handlungsbedarf. Eine primäre Fallzahl- und prozedurorientierte Vergütung wird der komplexen Langzeitbetreuung nicht gerecht. Krankenhausreform und ambulante Finanzierung müssen daher den Erhalt infektiologischer Expertise, spezialisierter Ambulanzen und regionaler Versorgungsnetze sicherstellen. Erforderlich sind eine verlässliche Finanzierung, Nachwuchsförderung, bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit und eine tragfähige Präventionsinfrastruktur.

Fazit

Die Herausforderungen in der HIV-Medizin 2026/27 liegen weniger im Fehlen therapeutischer Optionen oder wirksamer Präventionsstrategien, als vielmehr in deren verlässlicher Finanzierung und ihrem globalen Zugang für alle Menschen mit HIV oder der Indikation für eine PrEP. Internationale Finanzierungskürzungen gefährden erreichte Erfolge. Speziell in Deutschland erschweren Zugangs- und Erstattungshürden die Einführung langwirksamer PrEP. Zugleich bleiben Chancen einer früheren Diagnose ungenutzt, während die spezialisierte Versorgung vor strukturellen Herausforderungen steht. Medizinischer Fortschritt wird erst dann zum gesundheitspolitischen Erfolg, wenn Prävention, Testung und Behandlung tatsächlich alle erreichen, die davon profitieren können.



Autor dieser Ausgabe:

Prof. Dr. Jürgen Rockstroh
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Universitätsklinikum Bonn

Literatur

1. Broyles LN, et al. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. Lancet 2023;402:464–471.
2. Brink D, et al. Impact of an international HIV funding crisis on HIV infections and mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. Lancet HIV. 2025;12:e346–e354.
3. The Global Fund. Germany – Government and Public Donors. https://www.theglobalfund.org/en/government/profiles/germany/
4. Aktionsbündnis gegen AIDS / zivilgesellschaftliche Stellungnahmen zu deutschen Global-Fund-Kürzungen, 2025–2026. https://www.aids-kampagne.de/sites/default/files/20250903_globalerfonds_haushaltskuerzungen_brief.pdf
5. Custer BL, et al.: AFRICOS Cohort (2023-2025): Trends in Viral Load Suppression in PWH. IDWeek 2026. Late Breaker
6. Sherwood J, Lankiewicz E et al. Measuring PEPFAR Disruptions at Scale: Results From a 46-Country Implementing Partner Survey. OAX1103LB, Abstracts from AIDS 2026, the 26th International AIDS Conference, 26 – 31 July 2026 Rio de Janeiro, Brazil & virtual. J Int AIDS Soc., 29: e70125.
7. Molina JM et al. ANRS IPERGAY Study Group. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. N Engl J Med. 2015;373:2237-46.
8. Delany-Moretlwe S, et al. HPTN 084 study group. Cabotegravir for the prevention of HIV-1 in women: results from HPTN 084, a phase 3, randomised clinical trial. Lancet. 2022;399:1779-1789.
9. Bekker LG, et al. PURPOSE 1 Study Team. Twice-Yearly Lenacapavir or Daily F/TAF for HIV Prevention in Cisgender Women. N Engl J Med. 2024 Oct 3;391(13):1179-1192.
10. NICE. Cabotegravir for preventing HIV-1 in adults and young people. TA1106. 2025. https://www.nice.org.uk/guidance/ta1106
11. Ministerio de Sanidad (España). Informe público sobre la financiación de Apretude. 2026. https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/precios/comisionInteministerial/informesPublicos/docs/InformePublicoApretude.pdf
12. Miró E, Trenc P, Espinosa B, Piedrafita L, Cabrera N, Abellas Álvarez C. Opt-in and opt-out strategies for HIV testing. Lancet Reg Health Eur. 2025;58:101482.
13. IGES Institut. Prognose zur HIV-Schwerpunktversorgung in Deutschland bis 2035. 2025. https://www.iges.com/ergebnisse/projekte/2025/hiv-versorgung/index_ger.html
14. European Centre for Disease Prevention and Control. European Standards of HIV prevention and care: Module on HIV testing. Stockholm: ECDC; 2025.
15. Stengaard AR, Sullivan AK, Simões D, Diderichsen J, Raben D, Rockstroh JK; EuroTEST Steering Committee. An overview of consent requirements for HIV and viral hepatitis B and C testing in Europe. HIV Med. 2026;27:1253-1264.



Unsere Experten

Allgemeinmedizin/STI: Dr. med. Sven Schellberg **Chemsex-Beratung:** Dr. med. Martin Viehweger **Dermatologie:** Prof. Dr. med. Stefan Esser
Diabetologie/Endokrinologie: PD Dr. med. Sebastian Noe **Hepatologie:** Prof. Dr. med. Markus Cornberg, PD Dr. med. Christian Wasmuth
Infektiologie: Dr. med. Daniel Beer, Dr. med. Silke Heldwein, Dr. med. Anja Meurer, Prof. Dr. med. Jürgen Rockstroh, Prof. Dr. med. Christoph D. Spinner
Kardiologie: Prof. Dr. med. Marcel Halbach **Klinische Forschung:** Dr. Eva Wolf, MPH **Nephrologie:** Dr. med. Ansgar Rieke
Neurologie: Prof. Dr. med. Gabriele Arendt **Onkologie:** Prof. Dr. med. Christian Hoffmann, Dr. med. Jan Siehl
Pädiatrie: Dr. med. Cornelia Feiterna-Sperling **Pharmazie:** Nikola Hanhof, Pharm., Leonie Meemken, Pharm. **Pneumologie:** Dr. med. Meike Probst
Psychiatrie: Dr. med. Christian Perro **Suchtmedizin:** Dr. med. Uwe Naumann, Dr. med. Nazifa Qurishi **Virologie:** Patrick Braun, Dipl. Biol.
Labormedizin: Prof. Dr. Carsten Tiemann **Arzt- und Medizinrecht:** Christoph Klein, RA

Mit freundlicher Unterstützung von abbvie GILEAD ViiV Healthcare MSD

Die Inhalte dieses Newsletters wurden unabhängig erstellt und unterliegen keiner Beeinflussung von Seiten der Sponsoren. Durch die fortschreitende Forschung auf dem Gebiet HIV/Hepatitis kann keine Verantwortung und Haftung für die Vollständigkeit oder Richtigkeit der Newsletter-Inhalte von Seiten InXFo übernommen werden.

Herausgeber: InXFo GmbH, Lutterothstraße 73, 20255 Hamburg
Logistik-Team: Patrick Braun, Leonie Meemken, Eva Wolf
Technischer Support: Clinovate Net
Foto: Adobe Stock