CRM Kommentar

Welt-AIDS-Tag am 1. Dezember 2026

Selten war der Widerspruch so scharf wie in diesem Jahr. Die medizinischen Ergebnisse sind die besten seit drei Jahrzehnten: 1,2 Millionen Neuinfektionen und 570.000 AIDS-bedingte Todesfälle im Jahr 2025, ein Rückgang der Todesfälle um 57% gegenüber 2010; Ende 2025 erhielten 32,1 Millionen Menschen eine antiretrovirale Therapie, 3% mehr als im Jahr zuvor.[1,2] Gleichzeitig ist die Finanzierung eingebrochen: Die externen Mittel für die HIV-Antwort in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen fielen 2025 um 18% gegenüber 2024 – der stärkste Rückgang seit fast zwanzig Jahren.[1] In Kamerun, Nigeria und Sambia halbierte sich die Zahl der Menschen, die im Jahresverlauf mindestens einmal eine PrEP erhielten.[1] UNAIDS rechnet ohne Gegensteuern mit über drei Millionen zusätzlichen Infektionen bis 2030.[1]

Lenacapavir: Die Prävention, die niemanden erreicht

Der zweimal jährlich zu injizierende Kapsidinhibitor ist die wirksamste Präventionsoption, die je zur Verfügung stand, und die WHO hat ihn im Juli 2025 als zusätzliche PrEP-Option empfohlen.[4] Die Umsetzungszahlen stehen dazu in einem Missverhältnis, das sich kaum beschönigen lässt: Ende März 2026 erhielten gut 6.000 Menschen in fünf Ländern Subsahara-Afrikas das Präparat.[2] UNITAID, der Globale Fonds und Partner haben eine Finanzierung aufgesetzt, mit der bis 2028 drei Millionen Menschen erreicht werden sollen – dem steht ein von UNAIDS geschätzter Bedarf von 20 Millionen Menschen gegenüber, die eine antiretrovirale Prävention benötigen.[1] Generika könnten für etwa 40 US-Dollar pro Person und Jahr verfügbar sein, bleiben aber in vielen Ländern unzugänglich; Brasilien, selbst Studienstandort, erwägt nach verweigerter freiwilliger Lizenz eine Zwangslizenz.[1]

Das ist kein Forschungsproblem. Es ist ein Preis- und Verteilungsproblem, und es ist die derzeit deutlichste Illustration der Lücke zwischen Innovation und Zugang in der globalen Gesundheit. Wer am Welt-AIDS-Tag über neue Wirkstoffe spricht, ohne diese Lücke zu benennen, erzählt die halbe Geschichte.

Was das für die reisemedizinische Beratung bedeutet

HIV und sexuell übertragbare Infektionen gehören zu den relevantesten Infektionsrisiken einer Auslandsreise und zu den am zuverlässigsten übergangenen Themen der reisemedizinischen Sprechstunde. Sexualkontakte auf Reisen sind häufig, ungeschützte Kontakte nicht selten – und das Gespräch kommt in aller Regel nicht zustande, weil niemand es beginnt. Es ist Aufgabe der Beraterin und des Beraters, es zu beginnen, sachlich und ohne moralischen Unterton.

Praktisch heißt das dreierlei. Erstens: Kondome und Aufklärung über das tatsächliche Risiko gehören in jede Beratung von Reisenden mit entsprechender Erwartung. Zweitens: Die PrEP ist auch für Reisende eine verordnungsfähige Option und sollte bei absehbarem Risiko angesprochen werden – die Reiseberatung ist häufig der einzige Anlass, bei dem dieses Thema überhaupt aufkommt. Drittens, und dies ist die eigentliche Neuerung dieses Jahres: Die

verbreitete Annahme, eine Postexpositionsprophylaxe lasse sich im Zweifel vor Ort besorgen, verliert an Verlässlichkeit. Eine PEP muss innerhalb von 48 bis 72 Stunden begonnen werden, und genau die geberfinanzierten Strukturen, die sie in vielen Zielländern niedrigschwellig verfügbar gemacht haben, werden derzeit abgebaut.[1] Wo eine PEP am Zielort realistisch zu erhalten ist, gehört vor Abreise geklärt – nicht danach.

Für Reisende, die mit HIV leben, bleiben die bekannten Punkte: Medikamentenvorrat für die gesamte Reise plus Reserve, im Handgepäck, mit Wirkstoffnamen schriftlich dokumentiert; Anpassung der Einnahmezeiten bei größeren Zeitverschiebungen; Prüfung von Wechselwirkungen zwischen antiretroviraler Therapie und Malariaprophylaxe; Klärung von Lebendimpfungen in Abhängigkeit von der CD4-Zellzahl in Abstimmung mit der behandelnden Schwerpunktpraxis; und der Blick auf die Einreisebestimmungen, denn eine Reihe von Staaten unterhält weiterhin Beschränkungen für Menschen mit HIV. Letzteres ist ein Thema, das in der Beratung regelmäßig vergessen wird und im Einzelfall reiseentscheidend ist.

Fazit

Zum ersten Mal seit zwei Jahrzehnten hat sich die Richtung bei der Finanzierung umgekehrt, während gleichzeitig die besten Präventionsinstrumente der Geschichte dieser Erkrankung zur Verfügung stehen. Diese Gleichzeitigkeit ist der eigentliche Befund des Jahres 2026. Die Reisemedizin kann an der Finanzierungsfrage nichts ändern. Sie kann aber aufhören, HIV als das Thema der anderen zu behandeln: Prävention ansprechen, PrEP anbieten, PEP-Verfügbarkeit am Zielort im Voraus klären. Das ist wenig gemessen an der Größe des Problems – und deutlich mehr als das, was derzeit geschieht.

Literatur

1 UNAIDS. Sonderbericht zur 26. Internationalen AIDS-Konferenz, Rio de Janeiro, 27. Juli 2026 (Pressemitteilung und Bericht)
2 UNAIDS. Global AIDS Update / Bericht vom 12. Juni 2026: „A perilous moment for the response to HIV“
3 UNAIDS. HIV estimates with uncertainty bounds 1990–present, Stand 27. Juli 2026
4 World Health Organization. Guidelines on long-acting injectable lenacapavir for HIV prevention, Juli 2025
5 UNITAID, Global Fund. Lenacapavir-Rollout: Finanzierungs- und Zugangsinitiative
6 Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-Präexpositionsprophylaxe (AWMF) [Version und Stand vor Veröffentlichung prüfen]
7 Robert Koch-Institut. Empfehlungen der STIKO und der DTG zu Reiseimpfungen. Epid Bull 2026;27 (Kapitel Reisende mit Immundefizienz)

© Prof. Dr. Tomas Jelinek