

# DIE DRINGLICHKEIT DES JETZT



KURZFASSUNG

# AIDS AM SCHEIDEWEG

globales aids update 2024

Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen für HIV/AIDS (UNAIDS), 2024

Einige Rechte vorbehalten. Dieses Werk ist unter der Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO Lizenz (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>) verfügbar.

Unter den Bedingungen dieser Lizenz dürfen Sie das Werk für nicht-kommerzielle Zwecke kopieren, weiterverteilen und anpassen, vorausgesetzt, das Werk wird, wie unten angegeben, angemessen zitiert. Die Verwendung dieses Werks darf nicht den Eindruck erwecken, dass UNAIDS eine bestimmte Organisation, Produkte oder Dienstleistungen unterstützt. Die Verwendung des UNAIDS-Logos ist nicht gestattet. Wenn Sie das Werk anpassen, müssen Sie Ihr Werk unter derselben oder einer gleichwertigen Creative-Commons-Lizenz lizenzieren. Wenn Sie eine Übersetzung dieses Werks erstellen, sollten Sie den folgenden Haftungsausschluss zusammen mit der vorgeschlagenen Zitierung hinzufügen: „Diese Übersetzung wurde nicht von UNAIDS erstellt. UNAIDS ist nicht verantwortlich für den Inhalt oder die Richtigkeit dieser Übersetzung. Die englische Originalausgabe ist die verbindliche und authentische Ausgabe“.

Die Schlichtung von Streitigkeiten, die sich aus der Lizenz ergeben, erfolgt nach den Schlichtungsregeln der Weltorganisation für geistiges Eigentum (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

**Empfohlene Zitierung.** Die Dringlichkeit des Jetzt: AIDS am Scheideweg. UNAIDS Globales AIDS Update 2024. Genf: Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS; 2024. Licence: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

**Material von Dritten.** Wenn Sie Material aus diesem Werk wiederverwenden möchten, das einem Dritten zugeschrieben wird, wie z. B. Tabellen, Abbildungen oder Bilder, liegt es in Ihrer Verantwortung, festzustellen, ob für diese Wiederverwendung eine Genehmigung erforderlich ist, und die Genehmigung des Urheberrechtsinhabers einzuholen. Das Risiko von Ansprüchen, die sich aus der Verletzung von Bestandteilen des Werkes ergeben, die im Eigentum Dritter stehen, liegt allein beim Nutzer.

Die in dieser Veröffentlichung verwendeten Bezeichnungen und die Darstellung des Materials bedeuten nicht, dass UNAIDS irgendeine Meinung über den Rechtsstatus eines Landes, eines Gebiets, einer Stadt oder eines Bereichs oder seiner Behörden oder über den Verlauf seiner Grenzen zum Ausdruck bringt. Die gepunkteten Linien auf den Karten stellen ungefähre Grenzverläufe dar, über die möglicherweise noch keine vollständige Einigung besteht.

Die Erwähnung bestimmter Unternehmen oder Produkte bestimmter Hersteller bedeutet nicht, dass diese von UNAIDS befürwortet oder empfohlen werden und anderen, nicht erwähnten Produkten ähnlicher Art vorgezogen werden. Vorbehaltlich von Irrtümern und Auslassungen sind die Namen von Markenprodukten durch große Anfangsbuchstaben gekennzeichnet.

UNAIDS hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen zu überprüfen. Das veröffentlichte Material wird jedoch ohne jegliche ausdrückliche oder stillschweigende Garantie verteilt. Die Verantwortung für die Interpretation und Verwendung des Materials liegt beim Leser. UNAIDS haftet in keinem Fall für Schäden, die sich aus der Verwendung des Materials ergeben.

UNAIDS/JC3116D — Kurzfassung

# **DIE DRINGLICHKEIT DES JETZT**

**KURZFASSUNG**

# **AIDS AM SCHEIDEWEG**



# VORWORT

**WINNIE BYANYIMA**  
UNAIDS-Exekutivdirektorin



*Dieser Bericht zeigt, dass die Staats- und Regierungschefs der Welt ihr Versprechen einlösen können, AIDS als Bedrohung für die öffentliche Gesundheit bis 2030 zu beenden und dadurch Millionen von AIDS-bedingten Todesfällen und HIV-Neuinfektionen zu verhindern und den fast 40 Millionen Menschen, die mit HIV leben, ein gesundes, erfülltes Leben zu ermöglichen. Anhand aussagekräftiger Fallstudien und neuer Daten veranschaulicht dieser Bericht, dass einige Länder bereits auf dem richtigen Weg sind - und wie alle Länder auf diesem folgen können.*

Wir machen auch deutlich, dass die Ungleichheiten, die die HIV-Pandemie vorantreiben, aktuell nicht ausreichend bekämpft werden. So geht die Zahl der HIV-Neuinfektionen aufgrund mangelnder Fortschritte bei der Prävention weltweit nicht schnell genug zurück und in drei Regionen der Welt steigt die Zahl der HIV-Infektionen. Fast ein Viertel der HIV-Infizierten erhält keine lebensrettende Behandlung und folglich stirbt weiter jede Minute ein Mensch an den Folgen von AIDS.

Wir wissen, wie Erfolg möglich ist. Die größten Fortschritte bei der HIV-Bekämpfung sind in den Ländern zu verzeichnen, die die erforderlichen Investitionen getätigt und ihre Politik so reformiert haben, dass die Menschen Zugang zu den benötigten Diensten haben. Um das Ende von AIDS als Bedrohung für die öffentliche Gesundheit zu beschleunigen und sicherzustellen, dass Dienste und Systeme

vorhanden sind, die den Bedürfnissen von Millionen von Menschen, die mit HIV leben, in den kommenden Jahrzehnten gerecht werden, müssen die Mittel sowohl ausreichend als auch nachhaltig sein. Die Schaffung eines rechtlichen Rahmens, der den Zugang zu wirksamen, gerechten und personenzentrierten HIV-Diensten erleichtert - einschließlich der Abschaffung schädlicher, kriminalisierender Gesetze und der Bekämpfung von Diskriminierung -, ist der Schlüssel zu weiteren und nachhaltigen Fortschritten bei Prävention und Behandlung von HIV/AIDS.

Wir wissen auch, was den Erfolg behindert. Der Fortschritt wird durch das Aufbrechen der Solidarität zwischen und innerhalb der Länder gefährdet. Wenn das politische Engagement für eine vollständige Finanzierung und die Menschenrechte in Frage gestellt wird, sind auch die Fortschritte bei der HIV-Bekämpfung gefährdet.

Die HIV-Bekämpfung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen wird durch eine wachsende Finanzierungslücke behindert, wobei der finanzielle Spielraum durch die Schuldenkrise noch weiter eingeschränkt wird. Die jüngste Zunahme der Förderung einer rechts-, geschlechter- und demokratiefeindlichen Politik schürt berechtigte Ängste bei Menschen aus marginalisierten Gemeinschaften, die HIV-Präventions-, Test-, Behandlungs- und Pflegedienste am dringendsten benötigen, sowie bei den heldenhaften Mitarbeitern, die diese Dienste anbieten.

Technologische Fortschritte, insbesondere bei der Entwicklung von langwirkenden Behandlungs- und Präventionsoptionen, können die Gesundheit aller Menschen, die mit HIV leben oder von HIV bedroht sind, schützen - allerdings nur, wenn diese Technologien allen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zur Verfügung stehen und von mehreren Herstellern weltweit in großem Maßstab produziert werden. Derzeit öffnen die Patentinhaber den Zugang nicht weit genug, um diesen Durchbruch zu ermöglichen.

Die HIV-Bekämpfung steht an einem Scheideweg. Ob die Welt AIDS besiegt, hängt davon ab, welchen Weg die Verantwortlichen einschlagen. Wie AIDS beendet werden kann ist kein Geheimnis. Es ist eine politische und finanzielle Entscheidung.

Einige zögern, die für die Beendigung von AIDS erforderlichen Mittel in dem nötigen Umfang bereitzustellen. Doch wie dieser Bericht zeigt, wären die Kosten des Nichthandelns exponentiell höher.

Manche würden die HIV-Bekämpfung gerne aufgeben, weil das Ende in greifbare Nähe gerückt ist. Doch wie dieser Bericht darlegt, können wir eine Pandemie nicht teilweise beenden. Die politischen Entscheider können AIDS als Bedrohung für die öffentliche Gesundheit nur beenden, indem sie die Krankheit überall und für alle überwinden.

Manche meinen, dass Investitionen und Reformen zur Bekämpfung von AIDS von der Bewältigung anderer Herausforderungen ablenken würden. Doch wie dieser Bericht zeigt, werden die zur Bekämpfung von AIDS erforderlichen Maßnahmen dazu beitragen, die Verwirklichung *aller* Ziele für nachhaltige Entwicklung voranzutreiben, sicherzustellen, dass die Länder auf die Bewältigung künftiger Pandemien vorbereitet sind, und eine sicherere und gerechtere Welt für alle zu schaffen.

Ich werde manchmal gefragt, ob ich eine Optimistin bin, was die HIV-Bekämpfung angeht, weil die Fortschritte, die wir gemacht haben, den Weg zur Beendigung von AIDS aufzeigen, oder ob ich eine Pessimistin bin, weil Einschränkungen bei den Mitteln und Rechten den bisherigen Fortschritt gefährden. Die Antwort ist, dass ich weder eine Optimistin noch eine Pessimistin bin - ich bin eine Aktivistin, weil der Erfolg davon abhängt, dass man sich dem Augenblick stellt und die Dringlichkeit des Jetzt erkennt.

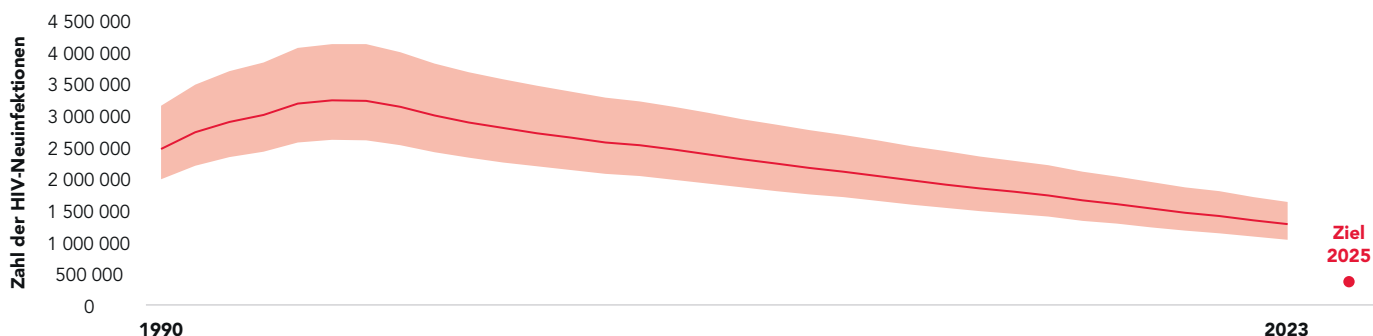
Wir können AIDS beenden, aber nur, wenn die Verantwortlichen jetzt den richtigen Weg wählen. Wir, das Volk, werden dafür sorgen, dass sie es tun.

# KURZFASSUNG

Auf halbem Weg zu dem von der UN-Generalversammlung im Juni 2021 gesetzten Meilenstein für 2025 (1) ist die globale HIV-Bekämpfung dem Ziel näher gekommen, AIDS als Bedrohung für die öffentliche Gesundheit bis 2030 zu beenden - eine Verpflichtung, die in den Zielen für nachhaltige Entwicklung verankert ist.

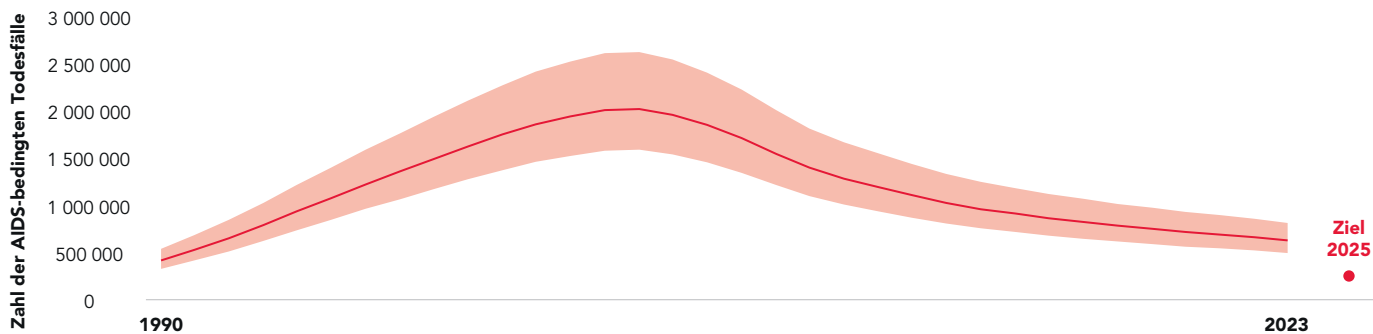
Im Jahr 2023 haben sich weniger Menschen mit HIV infiziert als jemals zuvor seit den späten 1980er Jahren. Fast 31 Millionen Menschen erhielten im Jahr 2023 eine lebensrettende antiretrovirale Therapie - ein Erfolg im Bereich der öffentlichen Gesundheit, der die Zahl der AIDS-bedingten Todesfälle auf den niedrigsten Stand seit dem Höchststand im Jahr 2004 gesenkt hat (Abbildungen 0.1 und 0.2)<sup>1</sup>. In den afrikanischen Ländern südlich der Sahara haben diese Erfolge zu einem Wiederanstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung von 56,3 Jahren im Jahr 2010 auf 61,1 Jahre im Jahr 2023 geführt (2).

**Abbildung 0.1** Anzahl der HIV-Neuinfektionen und Ziel für 2025, weltweit, 2010-2023



Quelle: UNAIDS epidemiologische Schätzungen, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**Abbildung 0.2** Anzahl der AIDS-bedingten Todesfälle und Ziel für 2025, weltweit, 2010-2023



Quelle: UNAIDS epidemiologische Schätzungen, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

1 Anhang 2 Methoden für weitere Informationen zu den UNAIDS-Daten in diesem Bericht.

Die Fortschritte sind jedoch sehr ungleichmäßig verteilt. Die globale HIV-Bekämpfung erfolgt in zwei Geschwindigkeiten: relativ schnell in Afrika südlich der Sahara, aber zögerlich im Rest der Welt. Die Zahl der Menschen, die sich mit HIV infizieren, steigt in mindestens 28 Ländern, von denen einige bereits erhebliche Epidemien aufweisen. Viele HIV-Programme vernachlässigen immer noch Menschen aus Schlüsselgruppen,<sup>2</sup> die einem hohen Risiko ausgesetzt sind, sich mit HIV zu infizieren. Außerdem fehlen in den Programmen 9,3 [7,4 Mio.-10,8 Mio.] Millionen Menschen, die eine lebensrettende Behandlung benötigen, wobei Kinder und Jugendliche, die mit HIV leben, besonders betroffen sind. AIDS ist noch nicht vorbei - es liegt noch viel Arbeit vor uns.

Die globale AIDS-Bekämpfung steht an einem Scheideweg: Erfolg oder Misserfolg werden davon abhängen, welchen Weg Entscheidungsträger heute einschlagen. *Die Dringlichkeit des Jetzt - AIDS am Scheideweg*, zeigt, dass die Entscheidungen, die die Staats- und Regierungschefs in diesem Jahr treffen, bestimmen, ob die Länder das Ziel für 2030, AIDS als Bedrohung für die öffentliche Gesundheit zu beenden, erreichen und Fortschritte über 2030 hinaus sicherstellen können.

Zwar wurden mit der HIV-Behandlung von mehr als 30 Millionen Menschen Fortschritte erzielt, doch sind noch viel mehr Anstrengungen und eine erhöhte Dringlichkeit erforderlich, um die Prävention zu beschleunigen und die Hindernisse zu beseitigen, die Menschen, insbesondere marginalisierte Gruppen, von HIV-Präventions- und Behandlungsdiensten fernhalten.

Entscheidungsträger, Gemeindemitglieder und Programmmanager müssen zusammenarbeiten, um die erheblichen Lücken zu schließen, die beim Zugang zu HIV-Diensten bestehen. Die Fortschritte bei der HIV-Prävention bleiben weit hinter dem zurück, was erforderlich ist. HIV-Präventions- und Behandlungsdienste werden die Menschen nur erreichen, wenn die Menschenrechte gewahrt werden, ungerechte und schädliche Gesetze abgeschafft und Diskriminierung und Gewalt bekämpft werden. Ein gerechter Zugang zu Arzneimitteln und Innovationen, einschließlich lang wirksamer Technologien, ist von entscheidender Bedeutung.

Jetzt ist es an der Zeit, in die Erreichung der Ziele für 2025 zu investieren und nachhaltige Systeme für die kommenden Jahrzehnte aufzubauen. Die HIV-Bekämpfung muss so angepasst werden, dass sie zu einer nachhaltigen, integrierten Säule der Gesundheits- und Sozialdienste wird, bei der Gemeinschaften und Menschenrechte im Mittelpunkt stehen.

Dieser Bericht enthält eine Zusammenfassung der Fortschritte im Hinblick auf die 2025-Ziele, die im Rahmen der Globalen AIDS-Strategie 2021-2026 entwickelt wurden. In den Kapiteln werden die Fortschritte in Bezug auf die einzelnen Ziele beschrieben, und Anhang 1 bietet einen zusammenfassenden Überblick.

## Die HIV-Pandemie heute

Weltweit haben sich im Jahr 2023 etwa 39 % weniger Menschen mit HIV infiziert als 2010, wobei Afrika südlich der Sahara den stärksten Rückgang (-56 %) verzeichnete. Dennoch haben sich im Jahr 2023 schätzungsweise 1,3 Mio. [1,0 Mio.-1,7 Mio.] Menschen neu mit HIV infiziert - mehr als dreimal so viele wie das Ziel für 2025 (370 000 oder weniger Neuinfektionen). Drei Regionen verzeichnen einen Anstieg der HIV-Neuinfektionen: Osteuropa und Zentralasien, Lateinamerika sowie der Nahe Osten und Nordafrika. Zum ersten Mal in der Geschichte der HIV-Pandemie gibt es mehr Neuinfektionen außerhalb als in

<sup>2</sup> Zu den Schlüsselgruppen gehören Sexarbeiter, schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben, Menschen, die Drogen injizieren, Transgender und Menschen in Gefängnissen und anderen geschlossenen Einrichtungen.



Afrika südlich der Sahara. Dies spiegelt sowohl die Präventionserfolge in weiten Teilen dieser Region als auch den Mangel an vergleichbaren Fortschritten im Rest der Welt wider, wo Menschen aus Schlüsselgruppen und ihre Sexualpartner in den meisten HIV-Programmen weiterhin vernachlässigt werden.

Die Realität ist ernüchternd. Der politische Wille, Präventionsprogramme für Menschen aus Schlüsselgruppen zu finanzieren und anzubieten, ist unzureichend, und feindselige rechtliche und soziale Bedingungen schränken ihren Zugang zu lebensrettenden Diensten weiter ein. Anhaltende Stigmatisierung und Diskriminierung im Zusammenhang mit dem HIV-Status, dem Geschlecht, dem Verhalten oder der Sexualität stehen ebenfalls im Weg. Die HIV-bezogenen Bedürfnisse von Menschen aus Schlüsselgruppen werden häufig von Nichtregierungsorganisationen erfüllt, darunter auch von gemeinschaftsgeleiteten Organisationen, deren Arbeit in der Regel nicht anerkannt und unterfinanziert ist.

Obwohl die HIV-Inzidenz bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren rückläufig ist, ist sie in Teilen Afrikas südlich der Sahara außerordentlich hoch. Präventionsprogramme und Bemühungen zum Abbau von geschlechtsspezifischen Ungleichheiten, Gewalt gegen Frauen und schädlichen Geschlechternormen zeigen nicht genügend Wirkung.

Deutlich weniger Kinder im Alter von 0-14 Jahren stecken sich mit HIV an, ein Trend, der vor allem auf Erfolge im östlichen und südlichen Afrika zurückzuführen ist, wo die jährliche Zahl der HIV-Neuinfektionen bei Kindern zwischen 2010 und 2023 um 73 % zurückging. Der Gesamtrückgang der vertikalen HIV-Infektionen<sup>3</sup> hat sich jedoch in den letzten Jahren deutlich verlangsamt, insbesondere in West- und Zentralafrika. Im Jahr 2023 haben sich schätzungsweise 120 000 [83 000-170 000] Kinder mit HIV infiziert, womit sich die Gesamtzahl der weltweit mit HIV lebenden Kinder auf 1,4 Millionen [1,1 Millionen-1,7 Millionen] erhöht. Davon leben 86 % in Afrika südlich der Sahara.

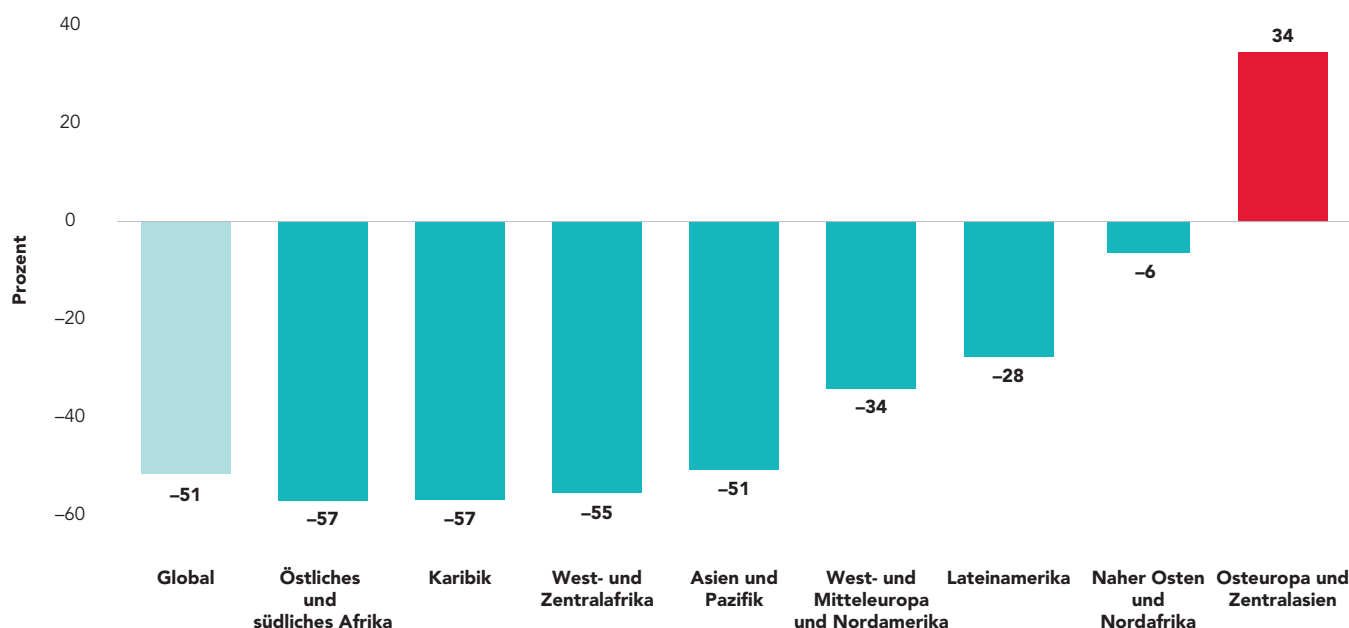
Die Ausweitung des Zugangs zur antiretroviralen Therapie - die in einigen Regionen größtenteils kostenlos und über den öffentlichen Gesundheitssektor bereitgestellt wird - hat die Zahl der jährlichen AIDS-bedingten Todesfälle mehr als halbiert: von 1,3 Millionen [1,0 Mio.-1,7 Mio.] im Jahr 2010 auf 630 000 [500 000-820 000] im Jahr 2023. Auch die Zahl der HIV-Neuinfektionen wird durch die Behandlungsprogramme gesenkt.

Im Jahr 2023 erhielten schätzungsweise 30,7 Millionen [27,0 Millionen-31,9 Millionen] Menschen eine HIV-Behandlung. Die Welt kann die Zahl der AIDS-bedingten Todesfälle auf weniger als die für 2025 angestrebte Zahl von 250 000 senken, wenn es gelingt, die Zahl der HIV-Diagnosen und der HIV-Behandlungen für Menschen mit HIV weiter rasch zu erhöhen (Abbildung 0.3).

3 Die vertikale Übertragung von HIV erfolgt während der Schwangerschaft und Stillzeit.



**Abbildung 0.3** Prozentuale Veränderung der jährlichen AIDS-bedingten Todesfälle zwischen 2010 und 2023, weltweit und nach Region



Quelle: UNAIDS epidemiologische Schätzungen, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Das Ausmaß der HIV-Pandemie ist jedoch so groß, dass selbst nach diesen Erfolgen im Jahr 2023 immer noch etwa 9,3 Millionen [7,4 Millionen-10,8 Millionen] Menschen mit HIV ohne Behandlung leben, davon fast die Hälfte (4,7 Millionen [3,8 Millionen-5,4 Millionen]) in Afrika südlich der Sahara. Bei Männern und Menschen aus Schlüsselgruppen, vor allem in Afrika südlich der Sahara (3), war die Behandlungsrate weiterhin niedriger, und bei Kindern war sie besonders niedrig. Im Jahr 2023 starben weltweit etwa 630 000 [500 000-820 000] Menschen an AIDS, darunter 76 000 [53 000-110 000] Kinder im Alter von 0-14 Jahren - jeder achte Mensch, der im Jahr 2023 an AIDS starb, war ein Kind.

## Uneinheitliche Fortschritte bei der Erfüllung der Präventionsbedürfnisse der Menschen

Weltweit sind die Präventionsziele für 2025 (95 % der Menschen mit HIV-Infektionsrisiko haben Zugang zu wirksamen Kombinationspräventionsmaßnahmen und nutzen diese) ausser Reichweite.

Die weltweiten Maßnahmen zur HIV-Prävention kommen in Afrika südlich der Sahara in einem ermutigenden Tempo voran, während sie in anderen Regionen ins Stocken geraten sind. Die anhaltenden und in einigen Ländern zunehmenden Lücken in der grundlegenden HIV-Prävention müssen dringend beseitigt werden.

Mindestens die Hälfte aller Menschen aus Schlüsselgruppen wird laut den an UNAIDS gemeldeten Daten nicht mit Präventionsdiensten erreicht. Männer und Frauen, die Drogen injizieren, schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben, sowie Transgender-Personen werden besonders vernachlässigt. Darüber hinaus werden mehr als die Hälfte der Regionen mit hoher oder relativ

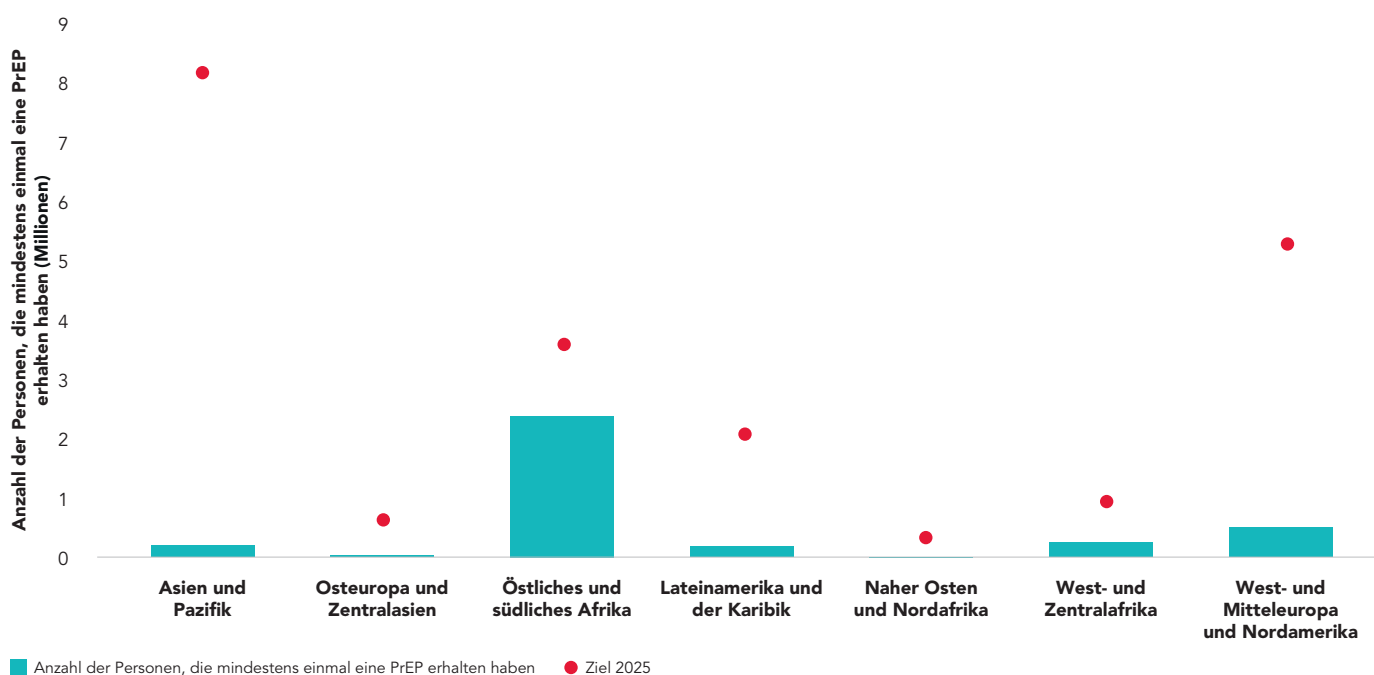
hoher HIV Inzidenz<sup>4</sup> in Afrika südlich der Sahara nicht von Präventionsprogrammen bedient, die auf heranwachsende Mädchen und junge Frauen zugeschnitten sind.

Die Verwendung von Kondomen ist nach wie vor die wirksamste und kostengünstigste Methode der HIV-Prävention (4, 5), doch wurden in vielen Ländern die Mittel für Kondomprogramme gestrichen und die sozialen Marketingmaßnahmen zurückgefahren (6). Daten aus Haushaltserhebungen deuten darauf hin, dass die Verwendung von Kondomen in den letzten Jahren zurückgegangen ist, auch bei jungen Menschen im Alter von 15 bis 24 Jahren, und dass sie beim Sex mit unregelmäßigen Partnern sehr selten ist. Etwa 36 % der Erwachsenen im östlichen und südlichen Afrika und 25 % im westlichen und zentralen Afrika benutzten beim letzten Sex ein Kondom.

In einigen Ländern geben Sexarbeiter zwar an, dass sie in hohem Maße Kondome mit ihren Kunden benutzen, aber ihr Zugang zu wirksamen Präventionsmaßnahmen wie der Präexpositionsprophylaxe (PrEP)<sup>5</sup> minimal ist. Das Gleiche gilt für schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben, sowie für Transgender-Personen, außer in einigen wenigen Ländern mit hohem Einkommen. Der Zugang zu Diensten zur Schadensbegrenzung für Menschen, die Drogen injizieren, ist in fast allen Ländern extrem niedrig – mit wenigen Ausnahmen.

Ein schneller und breiterer Zugang zur PrEP könnte die Zahl der HIV-Neuinfektionen massiv reduzieren, insbesondere bei Menschen aus Schlüsselgruppen und bei Frauen in Gebieten, in denen die HIV-Inzidenz derzeit hoch ist. Die Gesamtzahl der Personen, die orale PrEP nutzen, stieg von etwas mehr als 200 000 im Jahr 2017 auf etwa 3,5 Millionen im Jahr 2023, liegt aber weit unter dem globalen Ziel für 2025 von 21,2 Millionen Menschen. Nur die beiden Regionen in Afrika südlich der Sahara nähern sich den PrEP-Zielen für 2025 (Abbildung 0.4). Das injizierbare PrEP-Präparat Lenacapavir mit sechsmonatiger Wirkungsdauer hat sich bei der HIV-Prävention unter jugendlichen Mädchen und Frauen in Afrika als äußerst wirksam erwiesen. Wenn diese PrEP-Option potenziellen Nutzern schnell und erschwinglich zur Verfügung gestellt wird, könnte sie einen Durchbruch für die HIV-Prävention bedeuten (7).

**Abbildung 0.4** Anzahl der Personen, die die PrEP mindestens einmal angewendet haben, und Ziel für 2025, nach Region, 2023



Quelle: Global AIDS Monitoring, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

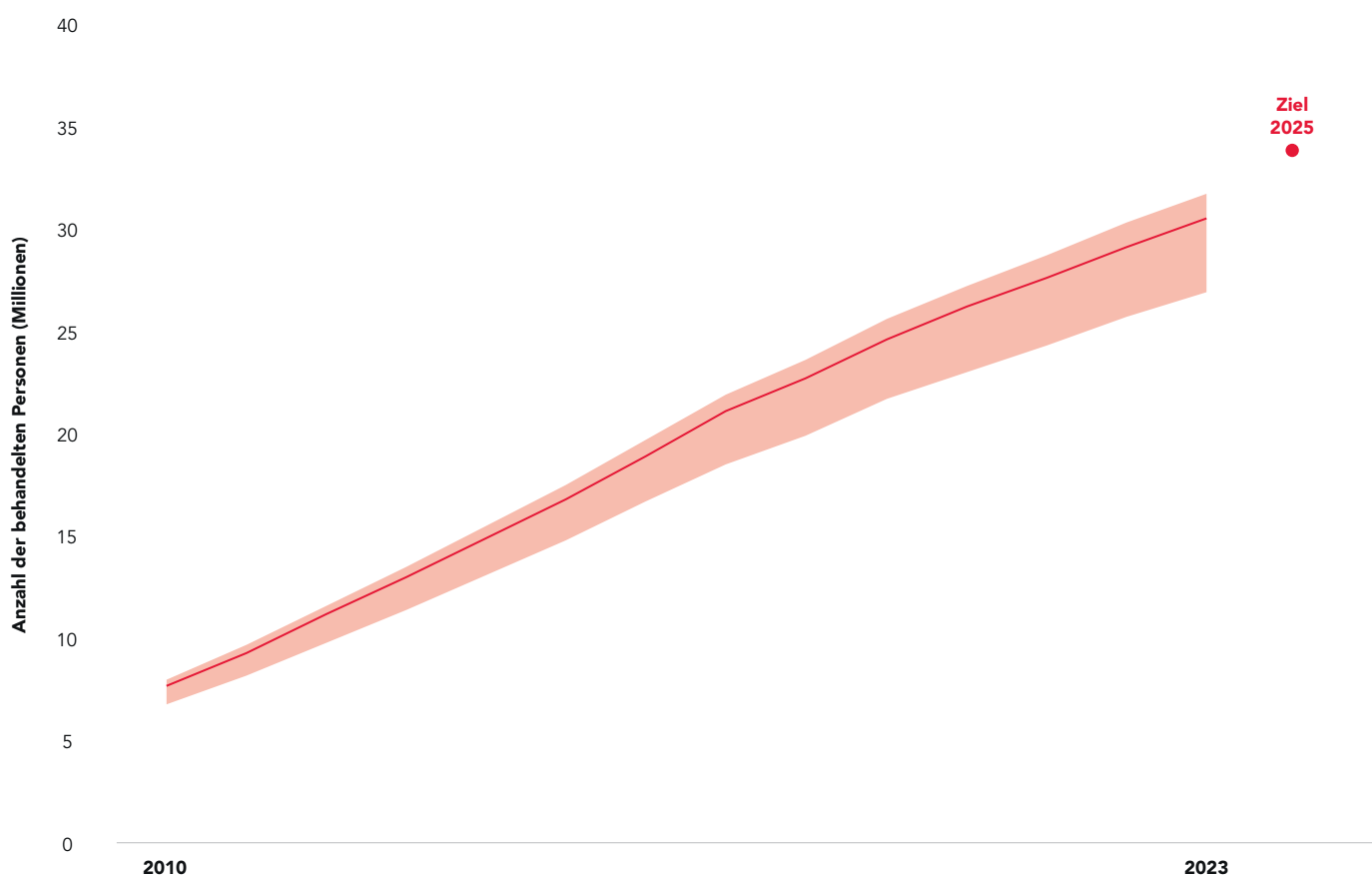
4 Eine hohe HIV-Inzidenz bedeutet eine oder mehrere Neuinfektionen pro 100 Personenjahre. Eine mäßig hohe Inzidenz bedeutet 0,3-0,99 Neuinfektionen pro 100 Personenjahre.  
 5 Bei der PrEP werden antiretrovirale Medikamente eingenommen, um die Ansteckung mit HIV zu verhindern.

Programme zur freiwilligen medizinischen Beschneidung von Männern (VMMC) können eine größere Wirkung entfalten (8). Die 35 Millionen Beschneidungen, die zwischen 2008 und 2022 in 15 Schwerpunktländern im östlichen und südlichen Afrika durchgeführt wurden, verhinderten schätzungsweise 670 000 HIV-Infektionen (9). Die meisten dieser Länder können die Akzeptanz von VMMC weiter steigern, wenn sie die Finanzierungsgengpässe überwinden und die Dienste auf ältere Altersgruppen ausweiten.

## Der Zugang zur HIV-Behandlung wird weiter ausgebaut

Ungefähr 30,7 Millionen [27,0 Millionen-31,9 Millionen] der geschätzten 39,9 Millionen [36,1 Millionen-44,6 Millionen] Menschen, die weltweit mit HIV leben, erhielten im Jahr 2023 eine antiretrovirale Therapie (Abbildung 0.5). Dies ist ein bahnbrechender Erfolg für die öffentliche Gesundheit. Noch im Jahr 2015 lag die weltweite Behandlungsquote bei nur 47 % [38-55 %] - im Jahr 2023 jedoch bei 77 % [61-89 %].

**Abbildung 0.5** Anzahl der Menschen, die eine antiretrovirale Therapie erhalten, und Ziel für 2025, weltweit, 2010-2023



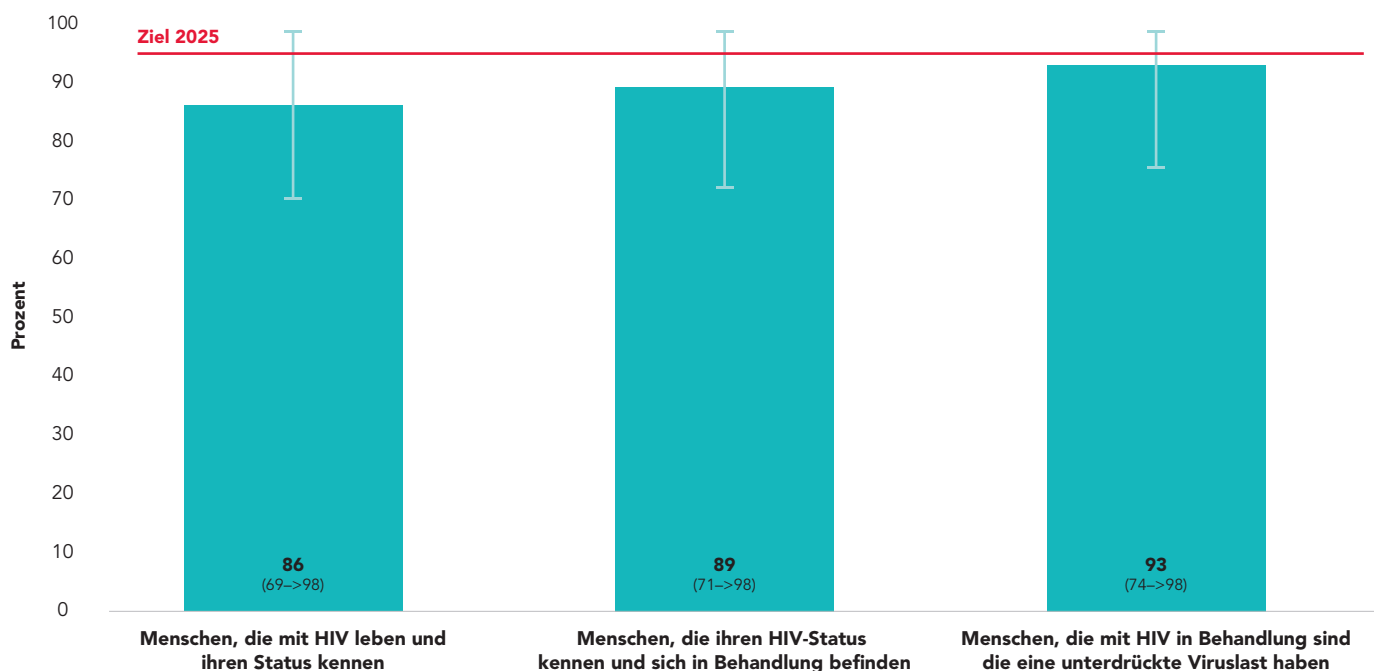
Quelle: UNAIDS epidemiologische Schätzungen, 2024 (<https://aidsinfo.unaids>).

Die Unterstützung von HIV-Infizierten bei der Aufnahme und Beibehaltung einer antiretroviralen Therapie hat enorme Vorteile für die persönliche und öffentliche Gesundheit. Menschen mit einer nicht nachweisbaren Viruslast haben kein Risiko, HIV auf ihre Sexualpartner zu übertragen, und Menschen mit einer unterdrückten Viruslast haben ein Risiko von nahezu Null (10, 11).<sup>6</sup> Dies hat zu der Kampagne *Undetectable = Untransmittable* oder U=U geführt. Die erfolgreiche Behandlung von HIV ist von entscheidender Bedeutung für die Verhinderung neuer HIV-Infektionen (12). Im Jahr 2023 haben weltweit fast drei von vier Erwachsenen (73 % [66-81 %]), die mit HIV leben, eine unterdrückte Viruslast, was eine große Verbesserung gegenüber den 40 % [36-45 %] im Jahr 2015 darstellt.

Die für 2025 gesetzten 95-95-95-Ziele sind in Reichweite.<sup>7</sup> Etwa 86 % [69->98 %] der weltweit mit HIV lebenden Menschen kannten im Jahr 2023 ihren HIV-Status. Von ihnen erhielten etwa 89 % [71->98 %] eine antiretrovirale Therapie und 93 % [74->98 %] der behandelten Personen hatten eine unterdrückte Viruslast (Abbildung 0.6). Einige der größten Fortschritte wurden in Afrika südlich der Sahara erzielt, oft unter ungünstigen Bedingungen.

Die Gesundheits- und Gemeindesysteme sind besser in der Lage, Menschen, die möglicherweise mit HIV infiziert sind, HIV-Tests anzubieten und sie mit zuverlässigen Behandlungs- und Pflegediensten in Verbindung zu bringen. Dank besser verträglicher und wirksamerer Behandlungsschemata können die Menschen ihre antiretroviralen Medikamente nun leichter einnehmen und ihre Viruslast unterdrücken.

**Abbildung 0.6** Prozentsatz der Menschen mit HIV, die ihren HIV-Status kennen; der Menschen, die ihren HIV-Status kennen und eine antiretrovirale Therapie erhalten; und der Menschen in HIV-Behandlung, die eine unterdrückte Viruslast haben, weltweit, 2023

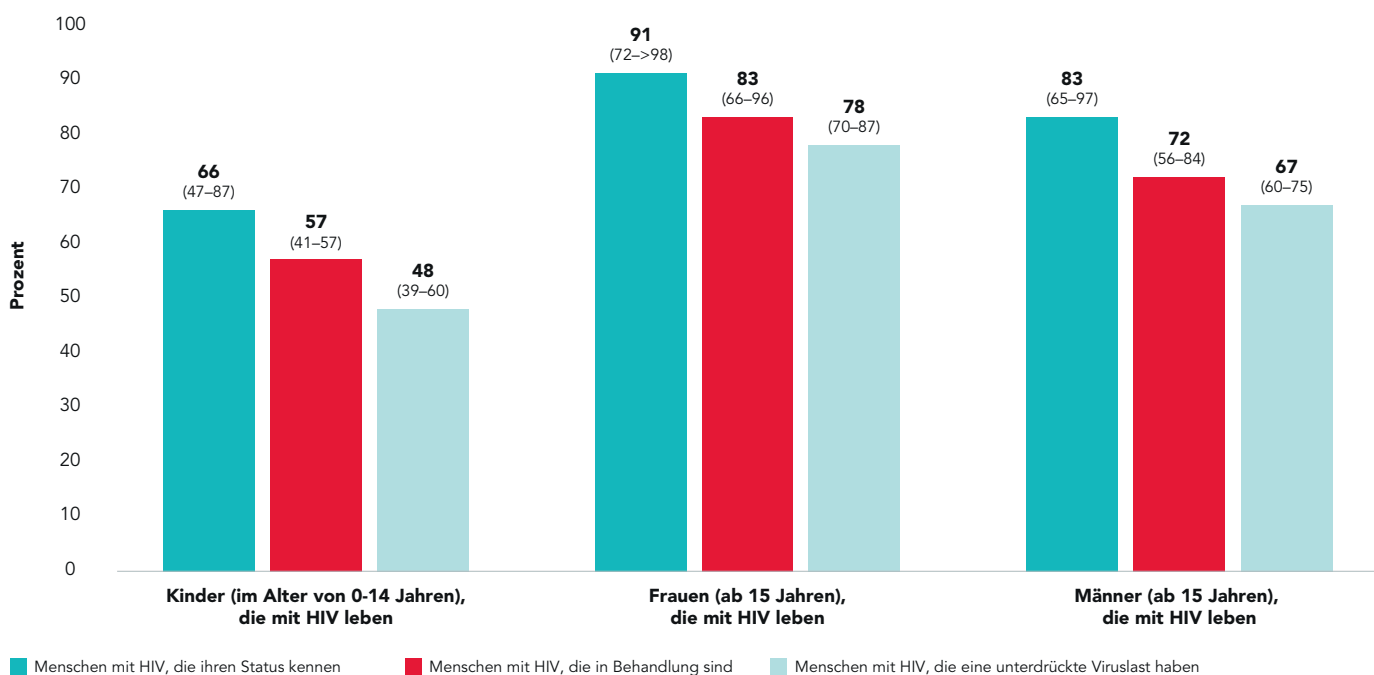


Quelle: Weitere Analyse der UNAIDS-Schätzungen, 2024.

6 Eine Viruslast ist nicht nachweisbar, wenn sie so niedrig ist, dass ein Polymerase-Kettenreaktionstest sie nicht messen kann. Eine unterdrückte Viruslast ist definiert als gleich oder unter 1000 Kopien/ml.  
 7 95 % der Menschen, die mit HIV leben, kennen ihren HIV-Status; 95 % der Menschen, die wissen, dass sie mit HIV leben, erhalten eine antiretrovirale Therapie; und bei 95 % der Menschen, die eine antiretrovirale Therapie erhalten, ist die Viruslast unterdrückt.



**Abbildung 0.7** Test- und Behandlungskaskade bei Kindern, Frauen und Männern, weltweit, 2023



Quelle: Weitere Analyse der epidemiologischen Schätzungen von UNAIDS, 2024.

Die Ungleichheiten beim Zugang zu HIV-Tests und -Behandlung untergraben jedoch weiterhin die Gesamtwirkung des Erreichten (Abbildung 0.7). Bei Kindern (im Alter von 0-14 Jahren), die mit HIV leben, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie diagnostiziert werden und eine antiretrovirale Therapie erhalten, nach wie vor deutlich geringer als bei Erwachsenen: Etwa 43 % [31-57 %] der weltweit insgesamt 1,4 Millionen [1,1 Millionen -1,7 Millionen] Kinder, die mit HIV leben, erhielten im Jahr 2023 keine Behandlung. Kinder waren für 12 % aller AIDS-bedingten Todesfälle verantwortlich, obwohl sie nur 3 % der mit HIV lebenden Menschen ausmachen. Mehr als ein Drittel (36 %) oder 370 000 [250 000-470 000] ältere Jugendliche (im Alter von 15-19 Jahren), die mit HIV leben, erhielten im Jahr 2023 keine antiretrovirale Therapie.

In weiten Teilen der Welt ist die Wahrscheinlichkeit, dass erwachsene Männer (ab 15 Jahren), die mit HIV leben, ihren HIV-Status kennen und sich einer HIV-Behandlung unterziehen, geringer als bei ihren weiblichen Altersgenossen. Auch ihre Behandlungsergebnisse sind tendenziell schlechter. Die antiretrovirale Therapie bei einigen Schlüsselgruppen mag in den letzten Jahren zugenommen haben (13), aber Menschen aus Schlüsselgruppen, die mit HIV leben, haben immer noch einen geringeren Zugang zu antiretroviraler Therapie und schlechtere Behandlungsergebnisse als andere Menschen, die mit HIV leben, insbesondere in Afrika südlich der Sahara (3).

Folglich erhielt ein Viertel (23 % [19-27 %]) aller mit HIV lebenden Menschen im Jahr 2023 keine antiretrovirale Therapie. Besonders niedrig war der Zugang zur Behandlung in Osteuropa und Zentralasien sowie im Nahen Osten und Nordafrika, wo nur etwa die Hälfte der 2,1 Mio. [1,9 Mio.-2,3 Mio.] bzw. 210 000 [170 000-280 000] mit HIV lebenden Menschen eine antiretrovirale Therapie erhielten.

Es gibt auch noch andere Herausforderungen. Man schätzt, dass etwa 1,8 Millionen [1,6 Millionen–2,0 Millionen] Menschen eine fortgeschrittene HIV-Erkrankung (AIDS) haben. Früher wurde AIDS hauptsächlich als Problem der späten Diagnose und Behandlung der HIV-Infektion angesehen. Diese Besorgnis besteht nach wie vor, aber AIDS tritt heute am häufigsten bei Menschen auf, die eine antiretrovirale Therapie erhalten haben und die HIV-Behandlung abgesetzt haben (14, 15). Dies gefährdet ihre Gesundheit, erhöht das Risiko einer HIV-Übertragung und trägt zur Belastung der Gesundheitssysteme bei (16, 17). Es besteht ein dringender Bedarf an wirksamen Maßnahmen und Unterstützung, damit die Menschen ihre HIV-Behandlung fortsetzen können und diejenigen, die ihre Behandlung abgebrochen haben, wieder in die Betreuung aufgenommen werden können.

Der Erfolg der HIV-Behandlung hat zu einem Anstieg des Durchschnittsalters von Menschen mit HIV geführt. Mit zunehmendem Alter werden HIV-Infizierte wahrscheinlich immer häufiger mit Begleiterkrankungen konfrontiert, darunter nicht übertragbare Krankheiten wie Bluthochdruck und Diabetes, die eine Behandlung erfordern. Eine engere Verzahnung von HIV- und anderen Gesundheitsdiensten, Ausstattung und Versorgungsketten sowie eine bessere Ausbildung des Gesundheitspersonals werden erforderlich sein, um diesen Veränderungen gerecht zu werden.

## **Langsame Fortschritte beim Abbau von Stigmatisierung, Diskriminierung, sozialen Ungleichheiten und Gewalt**

Die für 2025 gesetzten 10-10-10- und 30-80-60-Ziele sind nicht erreichbar. Stigmatisierung, Diskriminierung, soziale Ungleichheiten und geschlechtsspezifische Gewalt machen es den Menschen schwer, HIV-frei zu bleiben und ihre Gesundheit zu schützen (18). Menschen aus Schlüsselgruppen sind besonders gefährdet (19). Das Bewusstsein für diese Hindernisse hat zugenommen, spiegelt sich aber noch nicht ausreichend in Gesetzen, Politik und Praxis wider. Der zunehmende Autoritarismus und die Angriffe auf die Menschen- und Bürgerrechte machen es noch schwieriger, diese Hindernisse zu überwinden (20).

HIV-bedingte Stigmatisierung und Diskriminierung haben in einigen Ländern abgenommen, sind aber in vielen anderen Ländern nach wie vor beunruhigend verbreitet. Geschlechtsspezifische Ungleichheiten sind weiterhin allgegenwärtig, je nach Land in unterschiedlichem Ausmaß. Strafgesetze, die sich gegen HIV-Infizierte und Angehörige von Schlüsselgruppen richten, sind in fast allen Ländern noch immer in den Gesetzbüchern zu finden. Geschlechtsspezifische Gewalt, auch gegen Frauen und Mädchen, bleibt überall eine Bedrohung.

In 42 Ländern mit aktuellen Erhebungsdaten hatte im Durchschnitt fast die Hälfte (47 %) der Menschen eine diskriminierende Einstellung gegenüber Menschen mit HIV (21). Diese Einstellungen finden sich sogar in Gesundheitseinrichtungen. Laut einer Analyse von Stigma-Index-Erhebungen in 25 Ländern (22) gab fast ein Viertel der HIV-Infizierten an, im vergangenen Jahr bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, die nicht mit HIV zusammenhängen, Stigmatisierung erlebt zu haben.

Diese Vorurteile sind umkehrbar, aber nur sehr wenige Länder sind dem Ziel für 2025 nahe, den Anteil der HIV-Infizierten und der Menschen aus Schlüsselgruppen, die Stigmatisierung und Diskriminierung erfahren, auf unter 10 % zu senken.

Auf Betreiben der betroffenen Gemeinschaften haben einige Länder Gesetze abgeschafft oder reformiert, die sich gegen Menschen mit HIV und Menschen aus Schlüsselgruppen richten. Insgesamt gab es jedoch nur in drei<sup>8</sup> von 193 Ländern keine Gesetze, die Sexarbeit, gleichgeschlechtliche sexuelle Beziehungen, den Besitz kleiner Mengen von Drogen, Transgender-Personen oder die Verheimlichung, Exposition oder Übertragung von HIV kriminalisieren (Abbildung 0.8).

Hunderte von Millionen Menschen sind von geschlechtsspezifischer Gewalt betroffen, und Gewalt in der Partnerschaft ist eine weit verbreitete schmerzhaft Erfahrung und eine Menschenrechtsverletzung, die vor allem Frauen und heranwachsende Mädchen betrifft.<sup>9</sup> Obwohl die Prävalenz von körperlicher oder sexueller Gewalt durch einen Intimpartner in den letzten 12 Monaten in etwas mehr als der Hälfte (82) der 156 Länder, für die Schätzungen vorliegen, unter 10 % liegt, ist die Wahrscheinlichkeit, körperliche oder sexuelle Gewalt zu erfahren, selbst in diesen Ländern nach wie vor unannehmbar hoch (23). Die nationale Gesundheitspolitik erkennt zunehmend die Notwendigkeit an, derartige Gewalt einzudämmen, und es gibt überzeugende Belege für Erfolg von Integration der Gewaltprävention in die Gesundheitsversorgung (24-26). Die Umsetzung wird jedoch häufig durch mangelnde Schulung und Unterstützung des Gesundheitspersonals sowie durch unzureichende Überweisungssysteme für Gewaltopfer behindert (27).

**Abbildung 0.8** Anzahl der Länder mit diskriminierenden und kriminalisierenden HIV-bezogenen Gesetzen, weltweit, 2024



Quelle: National Commitments and Policy Instrument, 2017–2024, ergänzt durch zusätzliche Quellen (siehe regionale Factsheets und <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).  
Anmerkung: Diese Zahl erfasst nicht die Fälle, in denen Personen aus Schlüsselgruppen durch andere Gesetze de facto kriminalisiert werden, z. B. durch Gesetze über Landstreicherei oder öffentliche Moral, oder die Anwendung der oben genannten Gesetze auf verschiedene Bevölkerungsgruppen.

8 Die Niederlande, Uruguay und die Bolivarische Republik Venezuela.  
9 Gewalt in der Partnerschaft ist ein Verhalten, das körperlichen, sexuellen oder psychologischen Schaden verursacht, einschließlich körperlicher Aggression, sexueller Nötigung, psychologischem Missbrauch und kontrollierendem Verhalten durch den Partner oder Ex-Partner.

Nichtregierungsorganisationen, einschließlich gemeinschaftsgeleiteter Organisationen, helfen dabei, Dienstleistungen und Unterstützung für Menschen bereitzustellen, insbesondere für Menschen aus Schlüsselgruppen, deren HIV- und andere Gesundheitsbedürfnisse von öffentlichen und privaten Gesundheitsdienstleistern eher vernachlässigt werden (28). Diese Organisationen brauchen einen zivilgesellschaftlichen Raum, ein rechtliches und regulatorisches Umfeld, das es ihnen ermöglicht, Finanzmittel zu erhalten und zu arbeiten, sowie funktionale Verbindungen zu öffentlichen Gesundheitssystemen. An diesen Voraussetzungen mangelt es in vielen Ländern. Weit mehr als zwei Drittel (71 %) der Weltbevölkerung leben in 78 Ländern, in denen der zivilgesellschaftliche Raum entweder ganz geschlossen ist oder stark kontrolliert wird (29) - eine Bedrohung für die grundlegendsten Menschenrechte der Menschen, einschließlich des Rechts auf allgemeine Gesundheit.

## **Die Integration von HIV und anderen Diensten zeigt Wirkung**

Durch die Integration von HIV- und anderen Gesundheitsdiensten können die Gesundheitsergebnisse insgesamt verbessert, die Gesundheitssysteme gestärkt und Fortschritte auf dem Weg zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung unterstützt werden (30). Die sektorübergreifende Integration ist auch ein Merkmal der HIV-Bekämpfung, wobei die Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und die Stärkung der Rolle der Frau, Maßnahmen am Arbeitsplatz, humanitäre Programme und Sozialschutzsysteme zunehmend mit HIV-bezogenen Maßnahmen verknüpft werden.

In den letzten Jahren hat es eine deutliche Verschiebung hin zur Integration von HIV und anderen Gesundheitsdiensten gegeben. Obwohl sie noch in der Minderheit sind, verfügen immer mehr Länder über nationale strategische HIV-Pläne, die mit anderen Gesundheitsthemen oder -krankheiten sowie mit umfassenderen Gesundheitsstrategien oder -plänen verknüpft sind. Neununddreißig der 151 berichterstattenden Länder verfügen über nationale Gesundheitsstrategien oder -pläne, die die HIV-Bekämpfung einbeziehen (sieben mehr als im Jahr 2022). Von den 60 Ländern, die eine allgemeine Gesundheitsversorgung eingeführt haben, haben 38 die antiretrovirale Therapie und 21 die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) in ihre Leistungs- und Finanzierungspakete aufgenommen (31).

Diese Veränderungen machen sich bemerkbar. Häufig sind sowohl die HIV- als auch die anderen Gesundheitsergebnisse in integrierten Diensten besser als in getrennten Diensten, und auch die Inanspruchnahme von Nicht-HIV-Diensten nimmt tendenziell zu (30). Durch eine verknüpfte oder integrierte Tuberkulose- (TB) und HIV-Behandlung für Menschen, die sowohl mit HIV als auch mit TB leben, konnten beispielsweise zwischen 2010 und 2022 schätzungsweise 6,4 Millionen [5,5 Millionen-7,3 Millionen] Todesfälle verhindert werden (32). Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von HIV, sexuell übertragbaren Infektionen und Virushepatitis können sowohl kosteneffizient als auch kostensparend sein, insbesondere wenn sie kombiniert werden (33). Das rasche Auftreten von Mpox in jüngster Zeit hat erneut gezeigt, wie wichtig eine integrierte Versorgung ist, die sich in einigen Bereichen in Nordamerika und Westeuropa als erfolgreich erwiesen hat.

Es besteht ein großer Spielraum für eine sinnvolle Ausweitung der Integration. Integrierte Dienste für HIV und sexuelle und reproduktive Gesundheit sind noch nicht weit verbreitet (34), und es gibt auch keine funktionierenden Beispiele für



integrierte Dienste für HIV und nichtübertragbare Krankheiten, insbesondere in Afrika südlich der Sahara (35). Die Zunahme konfliktbedingter und durch den Klimawandel verursachter humanitärer Notsituationen unterstreicht die Notwendigkeit integrierter Notfallmaßnahmen, die auf die Bedürfnisse der Menschen in den Bereichen Gesundheit, Ernährung und Sicherheit eingehen.

Die Integration ist jedoch nicht ohne Herausforderungen und Kosten. Die Vorteile sind kontextspezifisch und erfordern eine Reihe von Veränderungen, darunter eine angemessene Personalausstattung, effizient funktionierende Gesundheitssysteme und entschlossene Maßnahmen zur Vermeidung von Stigmatisierung und Diskriminierung (30, 36, 37). Darüber hinaus ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Integration in einer Weise erfolgt, die die personenzentrierten und auf Gleichberechtigung basierenden Grundsätze, die erfolgreiche HIV-Programme ausmachen, stärkt und nicht schwächt (34).

## **Ein wachsendes Finanzierungsdefizit behindert schnellere Fortschritte**

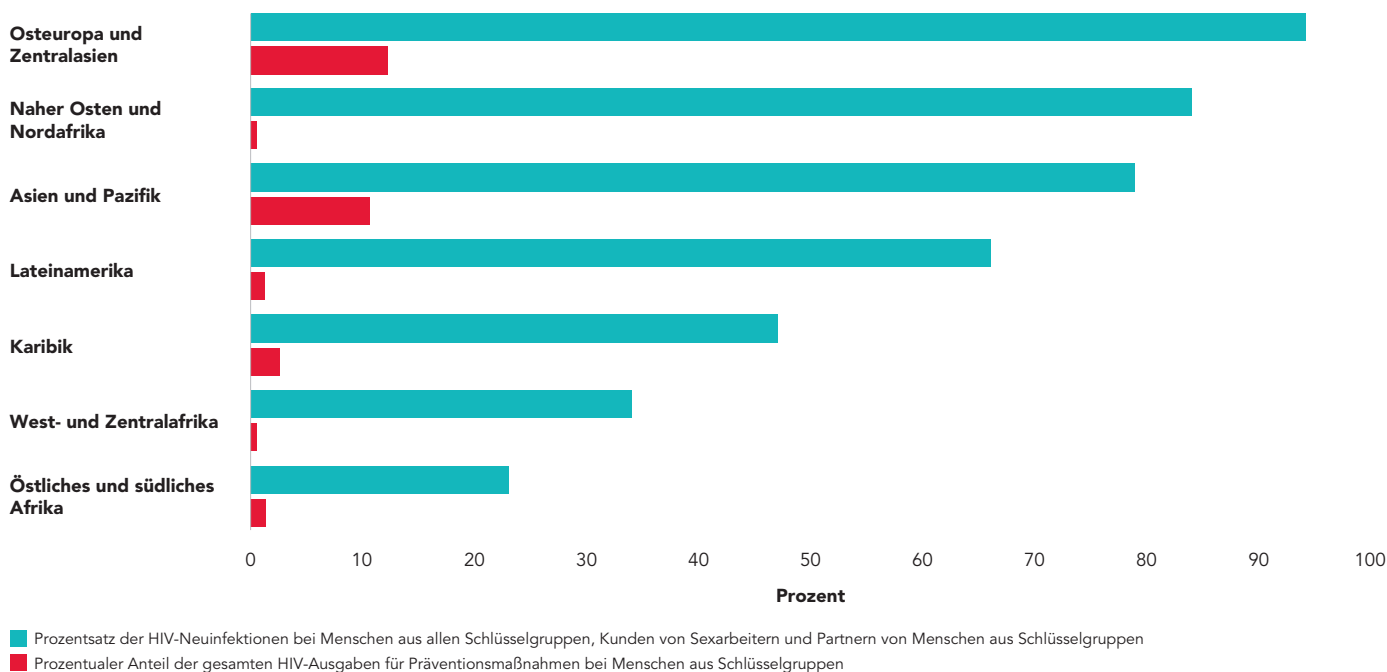
Die HIV-Bekämpfung wird durch eine wachsende Finanzierungslücke gebremst. Im Jahr 2023 standen für HIV-Programme in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen rund 19,8 Milliarden US-Dollar (2019) zur Verfügung - fast 9,5 Milliarden US-Dollar weniger als im Jahr 2025 benötigt werden. Die inflationsbereinigten Gesamtmittel, die für HIV zur Verfügung stehen, sind auf dem niedrigsten Stand seit über einem Jahrzehnt. Die Regionen mit den größten Finanzierungslücken - Osteuropa und Zentralasien sowie der Nahe Osten und Nordafrika - machen die geringsten Fortschritte bei der Bekämpfung ihrer HIV-Epidemien.

Der größte Teil der HIV-Finanzierung stammt aus inländischen Mitteln (etwa 59 %), aber sowohl die internationale als auch die inländische HIV-Finanzierung sind unter Druck. Inflationsbereinigt gingen die inländischen HIV-Mittel 2023 das vierte Jahr in Folge zurück, und die internationalen Mittel lagen fast 20 % unter ihrem Höchststand von 2013. Die finanzielle Unterstützung durch bilaterale Geber hat drastisch abgenommen. Der Gesamtrückgang der externen HIV-Ressourcen wäre noch viel stärker ausgefallen, wenn nicht der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria und die Regierung der Vereinigten Staaten dauerhaft hohe Mittel bereitgestellt hätten. Die Entwicklungshilfe für HIV wird auch in Zukunft von entscheidender Bedeutung sein.

Die anhaltende Unterfinanzierung der HIV-Prävention, der Programme zur Unterstützung der Gesellschaft und der von der Gemeinschaft getragenen Aktivitäten verheißt nichts Gutes für die HIV-Bekämpfung. Maßnahmen für Menschen aus Schlüsselgruppen werden besonders vernachlässigt, selbst in Regionen, in denen die überwiegende Mehrheit der HIV-Neuinfektionen bei Menschen aus diesen Bevölkerungsgruppen auftritt (Abbildung 0.9).

Für Primärpräventionsprogramme in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen standen im Jahr 2023 schätzungsweise 1,8 bis 2,4 Milliarden US-Dollar zur Verfügung, verglichen mit den 9,5 Milliarden US-Dollar, die im Jahr 2025 benötigt werden. Die Ausgaben für gesellschaftliche Förderprogramme beliefen sich auf 0,9 bis 1,1 Milliarden US-Dollar, was weit unter den 3,0 Milliarden US-Dollar liegt, die im Jahr 2025 benötigt werden.

**Abbildung 0.9** Prozentualer Anteil der gesamten HIV-Ressourcen, die für Programme für Schlüsselgruppen ausgegeben werden, und der HIV-Neuinfektionen bei Mitgliedern von Schlüsselgruppen und ihren Sexualpartnern, nach Region, 2023



Quelle: Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. New HIV infections among key populations and their partners in 2010 and 2022, by world region: a multisource estimation. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2024;95(1S):e34-e45. doi:10.1097/QAI.0000000000003340.; UNAIDS financial estimates, Juli 2024 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Die Preise für lebenswichtige HIV-Medikamente sind ein wichtiger Faktor für die Fähigkeit der Länder, ihre HIV-Programme mit einheimischen Mitteln nachhaltig zu finanzieren. Obwohl die Preise für viele antiretrovirale Medikamente in den letzten Jahren weiter gesunken sind, gaben die Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen im Zeitraum 2020-2022 rund 3 Milliarden US-Dollar für antiretrovirale Medikamente aus. Diese Beschaffungspreise variieren nach wie vor drastisch zwischen den Regionen und Einkommensgruppen der Länder.

## Blick über den Tellerrand

Wenn die HIV-Programme ihren derzeitigen Kurs beibehalten, werden nach Prognosen von UNAIDS im Jahr 2050 etwa 46 Millionen Menschen mit HIV leben. Selbst wenn die Welt die Ziele für 2025 erreicht und diese Fortschritte beibehält, werden im Jahr 2050 noch fast 30 Millionen Menschen mit HIV leben. Jeder von ihnen wird eine lebenslange Behandlung und Unterstützung benötigen. In Abwesenheit eines wirksamen und allgemein zugänglichen Impfstoffs oder Heilmittels wird es auch weiterhin neue HIV-Infektionen geben. Keines dieser Szenarien bedeutet das „Ende von AIDS“ - die Welt wird weiterhin mit einer großen Herausforderung für die öffentliche Gesundheit konfrontiert sein.

Vorrangiges Ziel ist es, die Zahl der Neuinfektionen und der AIDS-bedingten Todesfälle rasch auf ein Niveau zu senken, das sich der Eindämmung der Krankheit annähert oder diese erreicht - und zwar so, dass ein künftiges Wiederaufflammen der Epidemie verhindert wird (38). Dies erfordert eine widerstandsfähige und dauerhafte HIV-Behandlung.

Länder, die mit der Kontrolle ihrer Epidemien zu kämpfen haben, können einen stärkeren Rückgang der HIV-Inzidenz erreichen, indem sie die Behandlungsquote und die Therapietreue rasch erhöhen (39, 40) und ihre wirksamsten Primärpräventionsmaßnahmen intensivieren. Hochrechnungen zeigen, dass Länder mit hoher HIV-Belastung, die die 95-95-95-Behandlungsziele erreichen, die Zahl der HIV-Neuinfektionen weiterhin alle fünf Jahre um 20 % senken könnten, wenn sie gleichzeitig in wirksame HIV-Primärpräventionsprogramme investieren (41).

Aber eine sich ständig weiterentwickelnde AIDS-Pandemie erfordert auch andere Veränderungen. Da die mit HIV lebende Bevölkerung altert, wird sich das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, auf ältere Altersgruppen verlagern, und die Präventionsstrategien werden sich darauf einstellen müssen. HIV-Programme werden mit allgemeinen Gesundheitsprogrammen gemeinsame Sache machen müssen, indem sie auf die zunehmenden Auswirkungen nichtübertragbarer Krankheiten, auch bei HIV-Infizierten, und auf den anhaltenden Tribut, den andere Infektionskrankheiten fordern, reagieren (34, 42).

Bei der weiteren Integration von HIV-Programmen in das breitere Gesundheitssystem wird es auch reichlich Raum für gegenseitiges Lernen geben. Die HIV-Bekämpfung hat die Gesundheits- und Gemeinschaftssysteme gestärkt, die Rolle der betroffenen Gemeinschaften gestärkt, die gesellschaftlichen und strukturellen Faktoren, die die Epidemie anheizen, herausgearbeitet und Menschenrechte und Gleichberechtigung zu zentralen Prioritäten gemacht. Eine umfassendere Integration mit anderen Gesundheitsprogrammen kann diese Fortschritte weiter verbreiten, sollte aber nicht die besonderen Merkmale verwässern, die HIV-Maßnahmen erfolgreich machen (34, 43). Dies ist besonders dringlich, wenn es um Bevölkerungsgruppen geht, die mit Stigmatisierung, Diskriminierung oder Schlimmerem konfrontiert sein können.

All dies muss in einem Kontext passieren, der geprägt ist von anhaltenden Ungleichheiten innerhalb und zwischen den Ländern, einer wachsenden Bedrohung durch repressive Regierungsführung und der anhaltenden Diskriminierung von Menschen, die in besonderem Maße von HIV und anderen Gesundheitsgefahren bedroht sind. Die fiskalischen Zwänge, die sich aus der Verschuldung und dem geringen Wirtschaftswachstum, insbesondere in Afrika, ergeben, schränken auch die Möglichkeiten der Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen ein, mehr in ihre HIV-Bekämpfung zu investieren, während einige Geber ihre Hilfe auf andere Prioritäten umgestellt haben.

Eine sich weiterentwickelnde Pandemie und ein sich verändernder Kontext haben die HIV-Bekämpfung an einen Scheideweg gebracht. Die jetzt zu treffenden Entscheidungen und Maßnahmen werden sich nachhaltig auf die Bemühungen der Welt auswirken, die AIDS-Epidemie als Bedrohung für die öffentliche Gesundheit zu beenden.

# Durchwachsene Ergebnisse auf halbem Weg zu den Zielen für 2025

**Tabelle** Zusammenfassung der Fortschritte im Hinblick auf die Ziele für 2025

KOMBINIERTE HIV-PRÄVENTION FÜR ALLE	ZIEL	STATUS 2023
Reduzierung der Zahl der HIV-Neuinfektionen auf unter 370 000	370,000	1,300,000
Reduzierung der HIV-Neuinfektionen bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen auf unter 50 000	50,000	210,000
95 % der HIV-gefährdeten Menschen haben Zugang zu einer wirksamen Kombinationsprävention	95%	50%/40%/39%/39% (Mediane) (Sexarbeiter/schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben/ Personen, die Drogen injizieren/Transgender-Personen)
Präexpositionsprophylaxe (PrEP) für 10 Millionen Menschen mit hohem HIV-Risiko (oder 21,2 Millionen, die im Laufe des Jahres mindestens einmal PrEP in Anspruch genommen haben)	10m	3,5 Millionen
50%-ige Abdeckung der Opioid-Agonisten-Therapie bei Opioid-Abhängigen	50%	0 von 8 Regionen
90% steriles Injektionsmaterial bei der letzten Injektion	90%	11 von 27 Ländern
90 % der Männer über 15 Jahren in 15 Schwerpunktländern haben Zugang zur freiwilligen medizinischen Beschneidung	90%	67%
95-95-95 FÜR HIV-TESTS UND -BEHANDLUNG	ZIEL	STATUS 2023
Reduzierung der jährlichen AIDS-bedingten Todesfälle auf unter 250 000	250,000	630,000
34 Millionen Menschen erhalten bis 2025 eine HIV-Behandlung	34 Millionen	30,7 Millionen
95-95-95 Tests, Behandlung und Zielvorgaben für die virale Unterdrückung	95-95-95	Alle Altersgruppen: 86-89-93 Frauen (15+ Jahre): 91-91-94 Männer (15+ Jahre): 83-86-94 Kinder (0-14): 66-86-84
90 % der HIV-Infizierten erhalten bis 2025 eine präventive Behandlung gegen Tuberkulose (TB)	90%	Wichtige Bevölkerungsgruppen: unbekannt
Reduzierung der TB-bedingten Todesfälle HIV-positive Menschen um 80%.	80%	17 Millionen Menschen, die mit HIV leben zwischen 2005 und 2022 mit TPT beginnen
		71%
PÄDIATRISCHES HIV	ZIEL	STATUS 2023
75 % der mit HIV lebenden Kinder haben bis 2023 eine unterdrückte Viruslast	75%	48%
100 % der schwangeren und stillenden HIV-infizierten Frauen erhalten eine ART und 95 % erreichen virale Unterdrückung	100%	84%
GLEICHSTELLUNG DER GESCHLECHTER UND EMPOWERMENT VON FRAUEN UND MÄDCHEN	ZIEL	STATUS 2023
<10 % der Frauen und Mädchen erlebten in den letzten 12 Monaten körperliche oder sexuelle Gewalt durch einen männlichen Intimpartner	<10%	13% [10%-16%]
<10 % der Schlüsselgruppen haben in den letzten 12 Monaten körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt	<10%	21%/8%/28%/24% (Median) (Sexarbeiter/schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben/Personen, die Drogen injizieren/Transgender-Personen)
< 10 % der Menschen unterstützen bis 2025 ungleiche Geschlechternormen	<10%	24,2% (Median)
95 % der Frauen und Mädchen im Alter von 15 bis 49 Jahren erhalten Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit	95%	Im Durchschnitt treffen 50,8 % der verheirateten oder in einer Partnerschaft lebenden Frauen ihre eigenen Entscheidungen in Bezug auf sexuelle Beziehungen, die Verwendung von Verhütungsmitteln und ihre eigene Gesundheitsversorgung (Daten aus 16 Ländern)
VERWIRKLICHUNG DER MENSCHENRECHTE UND BESEITIGUNG VON STIGMATISIERUNG UND DISKRIMINIERUNG	ZIEL	STATUS 2023
<10% der Länder kriminalisieren - Sexarbeit - Besitz von geringen Mengen an Drogen - Gleichgeschlechtliches Sexualverhalten - HIV-Übertragung, Exposition oder Verschweigen		169 Länder 152 Länder 63 Länder 156 Länder
< 10 % der Länder verfügen über keine Mechanismen, die es Menschen mit HIV und Schlüsselgruppen ermöglichen, Missbrauch und Diskriminierung zu melden und Wiedergutmachung zu verlangen.	<10%	52 % der Länder haben von der Regierung eingerichtete Mechanismen, 66 % der Länder haben von den Gemeinschaften eingerichtete Mechanismen
< 10 % der Menschen, die mit HIV leben, und der wichtigsten Bevölkerungsgruppen haben keinen Zugang zu rechtlichen Dienstleistungen	<10%	39% der Länder
>mehr als 90 % der HIV-Infizierten, die von Rechtsverletzungen betroffen waren, haben sich um Wiedergutmachung bemüht	90%	31 % der Personen suchten Rechtsmittel
< 10 % der Gesamtbevölkerung berichtet über diskriminierende Haltungen gegenüber Menschen mit HIV	<10%	47% (Median)
< 10% der PLHIV berichten über verinnerlichte Stigmatisierung	<10%	38%
<10% der Personen aus Schlüsselgruppen berichten, dass sie Stigmatisierung und Diskriminierung erfahren haben	<10%	26%/16%/40%/49% (Median) (Sexarbeiter/schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben/Personen, die Drogen injizieren/Transgender-Personen)
<10% der PLHIV erleben Stigmatisierung und Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung und in der Gemeinschaft	<10%	13% (HIV-Versorgung) 25% (Nicht-HIV-Versorgung) 24% (Gemeinschaft)
FÜHRUNG AUS DER GEMEINSCHAFT	ZIEL	STATUS 2023
CLOs erbringen 30 % der Test- und Behandlungsdienste	30%	
CLOs erbringen 80 % der HIV-Präventionsdienste für Bevölkerungsgruppen mit hohem HIV-Infektionsrisiko und Frauen	80%	
Die CLOs liefern 60 % der Programme zur Unterstützung gesellschaftlicher Grundvoraussetzungen.	60%	
UNIVERSELLE GESUNDHEITSVERSORGUNG UND INTEGRATION	ZIEL	STATUS 2023
Gesundheits- und Sozialschutzsysteme, die 90 % der Menschen, die mit HIV leben, davon bedroht sind oder davon betroffen sind, integrierte HIV-Dienste anbieten	90%	
90 % der Menschen in humanitären Einrichtungen haben Zugang zu integrierten HIV-Diensten	90%	
45 % der Menschen, die mit HIV und AIDS leben, davon bedroht sind oder davon betroffen sind, haben Zugang zu Sozialschutzleistungen	90%	
INVESTITIONEN UND RESSOURCEN	ZIEL	STATUS 2023
Vollständige Finanzierung der HIV-Bekämpfung durch Erhöhung der jährlichen HIV-Investitionen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen auf 29 Milliarden US-Dollar	29,3 Milliarden Dollar	19,8 Milliarden Dollar

■ Es wird kein Fortschritt erreicht ■ Mäßiger Fortschritt ■ 2025 ist in Reichweite ■ Es sind keine Daten verfügbar



## Literaturverzeichnis

- 1 Political Declaration on HIV and AIDS: ending inequalities and getting on track to end AIDS by 2030. Resolution adopted by the General Assembly on 8 June 2021. A/RES/75/284. New York: United Nations General Assembly; 2021 (<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n21/145/30/pdf/n2114530.pdf?token=Em1oxdh4OE4945Mv2a&fe=true>).
- 2 World population prospects 2022. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2022 (<https://population.un.org/wpp/>).
- 3 Stevens O, Sabin K, Anderson R, Arias Garcia S, Willis K, Rao A, et al. Population size, HIV prevalence, and antiretroviral therapy coverage among key populations in sub-Saharan Africa: collation and synthesis of survey data 2010–2023. medRxiv; 2022 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.07.27.22278071v2>).
- 4 Stover J, Rosen JE, Carvalho MN, Korenromp EL, Friedman HS, Cogan M, et al. The case for investing in the male condom. *PLoS One*. 2017;12(5):e0177108.
- 5 Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic. *Gates Open Res*. 2022;5:91.
- 6 Understanding the global condom landscape. Seattle and Geneva: Mann Global Health; 2024.
- 7 Unitaid calls for accelerated global access to long-acting HIV prevention drug lenacapavir after positive trial results. Geneva: Unitaid; 2024 (<https://unitaid.org/news-blog/unitaid-calls-for-accelerated-global-access-to-long-acting-hiv-prevention-drug-lenacapavir-after-positive-trial-results/#en>).
- 8 Bansil-Matharu L, Mudimu E, Martin-Hughes R, Hamilton M, Johnson L, Ten Brink D, et al. Cost-effectiveness of voluntary medical male circumcision for HIV prevention across sub-Saharan Africa: results from five independent models. *Lancet Glob Health*. 2023;11(2):e244–e255.
- 9 Special analysis by Avenir Health using Goals model, November 2023.
- 10 The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360860/9789240055179-eng.pdf?sequence=1>).
- 11 Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *Lancet*. 2023;402(10400):464–471.
- 12 Anderson RM, May RM. Epidemiological parameters of HIV transmission. *Nature*. 1988;333:514–519.
- 13 Stannah J, Soni N, Lam JKS, Giguère K, Mitchell KM, Kronfli N, et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2023;10(8):e528–e542.
- 14 Kitege MK, Fatti G, Eshun-Wilson I, Aluko O, Nyasulu P. Prevalence and trends of advanced HIV disease among antiretroviral therapy-naïve and antiretroviral therapy-experienced patients in South Africa between 2010–2021: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 2023;23(1):549.
- 15 Stelzel D, Rangaraj A, Jarvis J, Razakaso N, Low-Beer D, Doherty M, et al. High prevalence of advanced HIV disease in sub-Saharan Africa: an analysis of household surveys. Abstract 196. Presented at the Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 3–6 March 2024, Denver CO.
- 16 H. Moolla1, M.-A. Davies1, C. Davies2, J. Euvrard1, H.W. Prozesky3, M.P. Fox4, C. Orrell5, P. von Groote6, L.F. Johnson1. The effect of unplanned care interruptions on the mortality of adults resuming antiretroviral therapy in South Africa: a survival analysis. Abstract OAC0104. Presented at the 12th International AIDS Society Conference on HIV Science, 23–26 July 2023, Brisbane, Australia.
- 17 Abdulrahman SA, Ganasegeran K, Rampal L, Martins OF. HIV treatment adherence: a shared burden for patients, health-care providers, and other stakeholders. *AIDS Rev*. 2019;21:28–39.
- 18 Stangl AL, Pliakas T, Izazola-Licea JA, Ayala G, Beattie TS, Ferguson L, et al. Removing the societal and legal impediments to the HIV response: an evidence-based framework for 2025 and beyond. *PLoS One*. 2022;17(2):e0264249.
- 19 Baggaley R, Armstrong A, Dodd Z, Ngoksin E, Krug A. Young key populations and HIV: a special emphasis and consideration in the new WHO Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(2 Suppl. 1):19438.
- 20 Risks, rights and health: supplement. New York: Global Commission on HIV and the Law; 2018 ([https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement\\_EN\\_2020.pdf](https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_EN_2020.pdf)).
- 21 UNICEF Multiple Indicator Cluster Surveys 2019–2023.
- 22 Hear us out: community measuring HIV-related stigma and discrimination—global report 2023. Amsterdam: Global Network of People Living with HIV; 2023 (<https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2023/11/PLHIV-Stigma-Index-Global-Report-2023-3.pdf>).
- 23 Violence against women prevalence estimates, 2018. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf?sequence=1>).
- 24 Cluver LD, Zhou S, Orkin M, Rudgard W, Meinck F, Langwenya N, et al. Impacts of intimate partner violence and sexual abuse on antiretroviral adherence among adolescents living with HIV in South Africa. *AIDS*. 2023;37(3):503–511.
- 25 Best practices: models of integration of SRHR, HIV and GBV services from four countries. New York: United Nations Population Fund; 2022 (<https://esaro.unfpa.org/en/publications/best-practices-models-integration-srhr-hiv-and-gbv-services-four-countries>).
- 26 Addressing gender-based violence against women and people of diverse gender identity and expression who use drugs: briefing paper. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2023 ([https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2023/2314425E\\_eBook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2023/2314425E_eBook.pdf)).
- 27 Hatcher AM, Woollett N, Pallitto CC, Mokoatle K, Stockl H, Garcia-Moreno C. Willing but not able: patient and provider receptiveness to addressing intimate partner violence in Johannesburg antenatal clinics. *J Interpers Violence*. 2019;34:1331–1356.
- 28 Ayala G, Sprague L, van der Merwe LL, Thomas RM, Chang J, Arreola S, et al. Peer- and community-led responses to HIV: a scoping review. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260555.
- 29 People under attack 2023: a report based on data from the CIVICUS Monitor. Johannesburg: CIVICUS: World Alliance for Citizen Participation; 2023 (<https://civicusmonitor.contentfiles.net/media/documents/GlobalFindings2023.pdf>).
- 30 Bulstra CA, Hontelez JAC, Otto M, Stepanova A, Lamontagne E, Yakusik A, et al. Integrating HIV services and other health services: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2021;18:e1003836.
- 31 National Commitments and Policy Instrument, 2017–2024. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (<https://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- 32 Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>).
- 33 Policy brief: consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240053274>).
- 34 Bekker LG, Alleyne G, Baral S, Cepeda J, Daskalakis D, Dowdy D, et al. Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society-Lancet Commission. *Lancet*. 2018;392(10144):312–358.
- 35 Chireshe R, Manyangadze T, Naidoo K. Integrated chronic care models for people with comorbid of HIV and non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: a scoping review. *PLoS One*. 2024;19(3):e0299904.
- 36 Nkhoma L, Sitali DC, Zulu JM. Integration of family planning into HIV services: a systematic review. *Ann Med*. 2022;54(1):393–403.
- 37 Zakumumpa H, Rujumba J, Amde W, Damian RS, Maniple E, Ssengooba F. Transitioning health workers from PEPFAR contracts to the Uganda government payroll. *Health Policy Plan*. 2021;36(9):1397–1407.
- 38 Neel AH, Rodriguez DC, Sikazwe I, Pillay Y, Barron P, Pereira SK, et al. HIV programme sustainability in southern and eastern Africa and the changing role of external assistance for health. *Health Policy Plan*. 2024;39(Suppl. 1):i107–i117.
- 39 Larmarange J, Bachanas P, Skalland T, Balzer LB, Iwuji C, Floyd S, et al. Population-level viremia predicts HIV incidence at the community level across the Universal Testing and Treatment Trials in eastern and southern Africa. *PLOS Glob Public Health*. 2023;3(7):e0002157.
- 40 Hladik W, Stupp P, McCracken SD, Justman J, Ndongmo C, Shang J, et al. The epidemiology of HIV population viral load in twelve sub-Saharan African countries. *PLoS One*. 2023;18(6):e0275560.
- 41 Describing “the end of AIDS as a public health threat”: final report of a technical working meeting held at the Harvard T H Chan School of Public Health, Boston, MA ([https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2024/02/Describing\\_End\\_of\\_AIDS\\_Harvard\\_Technical\\_Mtg\\_Edited\\_Layout\\_26\\_Feb\\_2024.pdf](https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2024/02/Describing_End_of_AIDS_Harvard_Technical_Mtg_Edited_Layout_26_Feb_2024.pdf)).
- 42 Oberth G, Whiteside A. What does sustainability mean in the HIV and AIDS response? *Afr J AIDS Res*. 2016;15(1):35–43.
- 43 Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, et al. Defeating AIDS—advancing global health. *Lancet*. 2015; 386:171–218.







**UNAIDS**  
**Joint United Nations**  
**Programme on HIV/AIDS**

20 Avenue Appia  
1211 Geneva 27  
Switzerland

+41 22 791 3666

[unaids.org](http://unaids.org)