

The background features a vibrant blue gradient with numerous orange, virus-like particles of varying sizes and orientations. These particles have a central core and a spiky outer shell, resembling a coronavirus. The overall composition is dynamic and scientific in theme.

HIV KONTROVERS 2026

Dokumentation
der Fachtagung HIV-KONTROVERS
vom 14. März 2026
im Kölner Maritim

IMPRESSUM

AIDSHILFE NRW

Die Aidshilfe NRW ist der Zusammenschluss von 40 Organisationen und Verbänden in Nordrhein-Westfalen. Sie engagiert sich in der zielgruppenspezifischen Prävention und tritt mit einer aktiven Minderheiten- und Antidiskriminierungspolitik für die Akzeptanz von Menschen mit HIV und Aids ein. Weitere Informationen zur Aidshilfe NRW finden Sie unter nrw.aidshilfe.de.

DEUTSCHE AIDS-GESELLSCHAFT

Die Deutsche AIDS-Gesellschaft ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft. Sie fördert die Vernetzung sowie den wissenschaftlichen Austausch und engagiert sich in Projekten zur Forschung, Therapieverbesserung und Prävention. Weitere Informationen zur Deutschen AIDS-Gesellschaft finden Sie unter daignet.de.

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Die wissenschaftliche Leitung liegt bei Dr. Stefan Scholten, Praxis Hohenstauenring, Köln.

TERMIN UND ORT

14. März 2026
10.00 bis 17.45 Uhr
Maritim Hotel Köln

HERAUSGEBERIN

Aidshilfe NRW e.V.
Lindenstraße 20
50674 Köln
Fon: 0221 925996-0
Fax: 0221 925996-9
info@nrw.aidshilfe.de
nrw.aidshilfe.de

REDAKTION

Dr. Esther Helena Arens & Johannes J. Arens

SATZ UND LAYOUT

Markus Schmidt



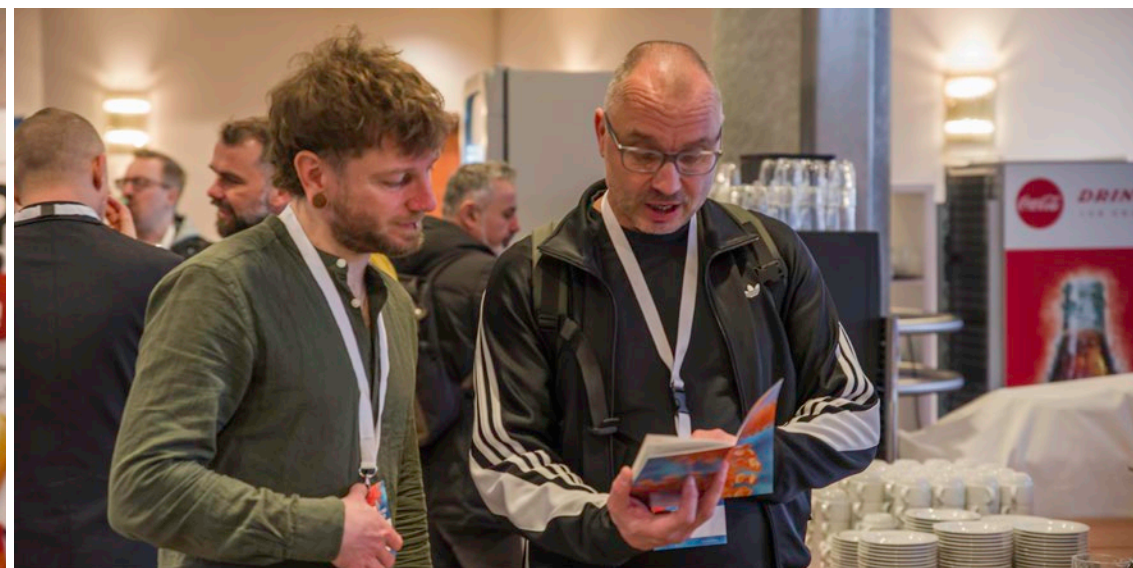
ANMERKUNGEN

Interdisziplinär und kontrovers! Unter diesem Motto luden die Aidshilfe NRW und die Deutsche AIDS-Gesellschaft auch in 2026 zur Fachtagung HIV-KONTROVERS ins Kölner Maritim ein. Zu sieben aktuellen Themen traten jeweils zwei Referent*innen in eine moderierte Kontroverse ein. Sie vertraten pointiert gegensätzliche Positionen und boten so den Einstieg für eine Diskussion.

Die folgenden Texte sind keine Zusammenfassungen der Aussagen der Referent*innen und Chairs auf dem Podium, sondern ein Resümee der gesamten Diskussion im Raum, – einschließlich der Fragen und Anmerkungen aus dem Publikum.

Da die Referent*innen mitunter stellvertretende Positionen vertraten, um die Kontroverse zu ermöglichen, wurde auf eine wörtliche Zuschreibung verzichtet. Hier handelt sich also um eine ergebnisorientierte Zusammenfassung, die die sich aus der Diskussion ergebenden Spannungsfelder abbildet, wie sie aus dem Saal heraus wahrgenommen wurden. Sie ist pro Kontroverse gegliedert in Kontext, die beiden polarisierenden Standpunkte, mögliche Konsenspunkte und Forderungen. Nicht aus allen Kontroversen ließen sich Forderungen ableiten.

Am Ende jedes Abschnitts findet sich die jeweilige Frage, die zum Abschluss der Tagung über ein Mentimeter – ein digitales Abstimmungstool – an das Plenum gestellt wurde.



HIV KONTROVERS 2026





HIV KONTROVERS 2026





HIV-TEST FÜR ALLE JA ODER NEIN?

SILKE KLUMB

DEUTSCHE AIDSHILFE

DR. STEFAN SCHOLTEN

PRAXIS HOHENSTAUFFENRING, KÖLN

TALKRUNDE

PROF. DR. CORNELIA KOLBERG-LIEDTKE

HOCHSCHULE BOCHUM

DR. KONRAD ISERNHAGEN

GESUNDHEITSAMT KÖLN

OLIVER SCHUBERT

AIDSHILFE KÖLN

Die Frage nach der richtigen Teststrategie ist schon seit vielen Jahren ein Thema. Derzeit ändert sich die Zahl der jährlichen Neuinfektionen kaum noch, und nach wie vor bleiben rund 8.000 bis 10.000 Fälle undiagnostiziert. Gleichzeitig machen Patient*innen ab 50 Jahren mit heterosexuellen Kontakten und/oder Migrationshintergrund den höchsten Anteil der Spätdiagnosen aus. Die Mehrheit der Neuinfektionen entfällt weiterhin auf MSM, was zielgruppenspezifische Angebote unverzichtbar macht.

Stigmatisierung von Infektion und Krankheit bleibt dabei ein zentrales Problem: Nach wie vor herrscht das Vorurteil, dass man sich HIV „holt“ und selbst schuld ist. Menschen mit HIV machen die gravierendsten Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem selbst. Eine der Ursachen ist der veraltete Wissensstand bei Ärzt*innen und medizinischem Personal: Im Rahmen der jeweiligen Ausbildung bekommen HIV und Aids nicht die Aufmerksamkeit, die nötig wäre, um Symptome früh erkennen zu können. Im Bachelorstudiengang Hebammenwissenschaften etwa wird das Thema in einem siebensemestrigen Studium rund 90 Minuten lang behandelt.

Zur Diskussion stehen verschiedene Strategien, etwa die in London, bei der im Rahmen der Austeritätspolitik eine große Summe für flächendeckende Tests in Notaufnahmen bereitgestellt wurde, bei gleichzeitiger Streichung aller zielgruppenspezifischen Angebote. Auch das generelle Angebot eines HIV-Tests für alle Schwangeren in Deutschland findet Erwähnung.

Mit einer Übertragungsrate auf das Kind von unter 1 % mittlerweile ist ein klarer Nutzen erkennbar. Im Mutterpass ist nicht das Ergebnis, sondern nur die Durchführung dokumentiert, was zur Entstigmatisierung beitragen kann.

Es stellt sich also die Frage, wie die relevanten Zielgruppen am besten erreicht werden, wo und wie oft getestet wird – und wie eine Einverständniserklärung aussehen kann, die sowohl unbürokratisch als auch ethisch unbedenklich ist.

POSITION 1 INFORMIERTE ZUSTIMMUNG IM BEDARFSFALL

SILKE KLUMB | DEUTSCHE AIDSHILFE

Frühere HIV-Diagnosen und geringere Hürden sind wichtig, aber nicht um jeden Preis. Menschen müssen vor einem Test gefragt werden und selbst entscheiden können. Die Zahlen dürfen nicht über der Selbstbestimmung des Einzelnen stehen. Medizinisches Unvermögen in Beratung und Diagnose darf nicht mit verpflichtenden flächendeckenden Tests kompensiert werden. Aus der hausärztlichen Sicht sind Kosten und Arbeitsaufwand für einzelne Praxen vermeintlich zu hoch.

Tests ohne Einwilligung öffnen Tür und Tor für eine Auswertung des Status etwa durch Versicherungen oder ein Outing im Arbeitskontext mit beruflichen Konsequenzen (Pflege). Auch das Recht auf Nichtwissen ist damit gefährdet. Bei einem HIV-Test im Rahmen des Check-up 35 bei Hausarzt*innen fällt die Anonymität weg. Die oben genannte britische Strategie führt dazu, dass viele Menschen keinen direkten Zugang mehr zu Tests haben.

Die Gespräche, die etwa die Aidshilfen vor einem Test führen, sind wichtig. Neu Diagnostizierte melden zurück, dass sie den nicht wertenden Ansatz dieser Beratungen als sehr hilfreich empfinden. Aufsuchende und zielgruppenspezifische Testangebote sind daher effizienter als flächendeckende Tests.

Für Menschen aus vulnerablen Gruppen, etwa Migrant*innen ohne Papiere und nicht versicherte Obdachlose, steht oft nur das Geld für die Testung zur Verfügung, aber keine Mittel für die Therapie. Das ist aus ethischer Sicht unverantwortlich.

POSITION 2 OPT-OUT BEI FLÄCHENDECKENDER TESTUNG

DR. STEPHAN SCHOLTEN | PRAXIS HOHENSTAUFENRING | KÖLN

Beim Opt-out-Ansatz wird ein HIV-Test standardmäßig angeboten und nur auf ausdrücklichen Wunsch nicht durchgeführt – ein Prinzip, das aus der Cookie-Abfrage beim Besuch von Websites bereits bekannt ist. Früherkennung und Behandlung sind aufgrund des ärztlichen Auftrags geboten. Je nach (Familien-) Situation sind die Testung und die daran anschließende Kommunikation lebensrettend.

Unabhängig von der Frage der Einwilligung sollen Testangebote in Praxen und Kliniken ausgebaut werden. Tests und Untersuchungen werden gegenwärtig nur anlassbezogen durchgeführt – früher wurden bei der stationären Aufnahme umfassende Tests gemacht, heute muss ein konkreter Benefit vorliegen. Immer wieder werden HIV-Tests von Patient*innen angefragt, aber abgelehnt. Hausarzt*innen scheuen die Aufklärung über HIV/Aids vor dem Text und die Mitteilung des Ergebnisses danach; Facharzt*innen ordnen vorhandene Symptome nicht richtig ein.

Zudem sind die bürokratischen Hürden oft hoch. Auch wenn eine Infektion bekannt ist, darf die Viruslast ohne erneute Zustimmung nicht bestimmt werden. Eine einmalige Aufklärung muss daher ausreichen – die Pflicht, jedes Mal ein neues Gespräch zu führen, soll entfallen. Stattdessen sollte die Dokumentation der Zustimmung „nach standardisierter Aufklärung“ in der Krankenakte genügen. HIV-Tests müssen wie die Testung auf Hepatitis C in die bestehenden Routinekontrollen integriert werden.

KONSENS IN DER DISKUSSION

Beide Seiten sind sich einig, dass es mehr durchgeführte Tests geben sollte, um möglichst viele Spät Diagnosen zu verhindern. Eine Entstigmatisierung von Test und Diagnose gerade auch im medizinischen Bereich ist der entscheidende Faktor. Selbsttests werden aufgrund ihrer für schwierigen Anwendung (tiefer Stich in den Finger zur Blutabnahme), der geringen Sensitivität sowie daraus resultierender möglicher falscher Ergebnisse als problematisch eingeschätzt.

Einigkeit herrscht zudem darüber, dass Modellversuche notwendig sind – etwa der Inklusion eines HIV-Tests in den sogenannten Check-up 35 – um Lösungen für das gesamte Gesundheitssystem zu finden.

FORDERUNGEN AUS DER DISKUSSION

- HIV und HIV-Tests müssen normalisiert und entstigmatisiert werden. Diskriminierung im Gesundheitssystem muss rechtliche Konsequenzen haben.
- Bürokratische Hürden müssen maximal vereinfacht werden. Eine einmalige standardisierte Aufklärung der Patient*innen soll ausreichen, alle relevanten Informationen sollen auf eine DIN-A4-Seite passen.
- Ärzt*innen und medizinisches Fachpersonal brauchen verbindliches Grundwissen zu HIV – durch verpflichtende Ausbildungsinhalte der Ärztekammern zu Sexualität, HIV und Drogen sowie den Ausbau von Schulungsangeboten, damit Anzeichen einer Infektion früh erkannt werden.
- Testangebote für Menschen ohne Aufenthaltsgenehmigung oder Krankenversicherung müssen konsequent mit Therapieangeboten verknüpft werden.

MENTIMETER ZUM ABSCHLUSS DES TAGES

Zum Abschluss des Tages wurde in Bezug auf die Kontroverse folgende Frage gestellt:

HIV-Test: Gesagt, getan – reicht das?

58,3 Prozent antworteten mit JA
41,7 Prozent antworteten mit NEIN

K1

HIV-PRÄVENTION

HIV-TEST FÜR ALLE JA ODER NEIN?

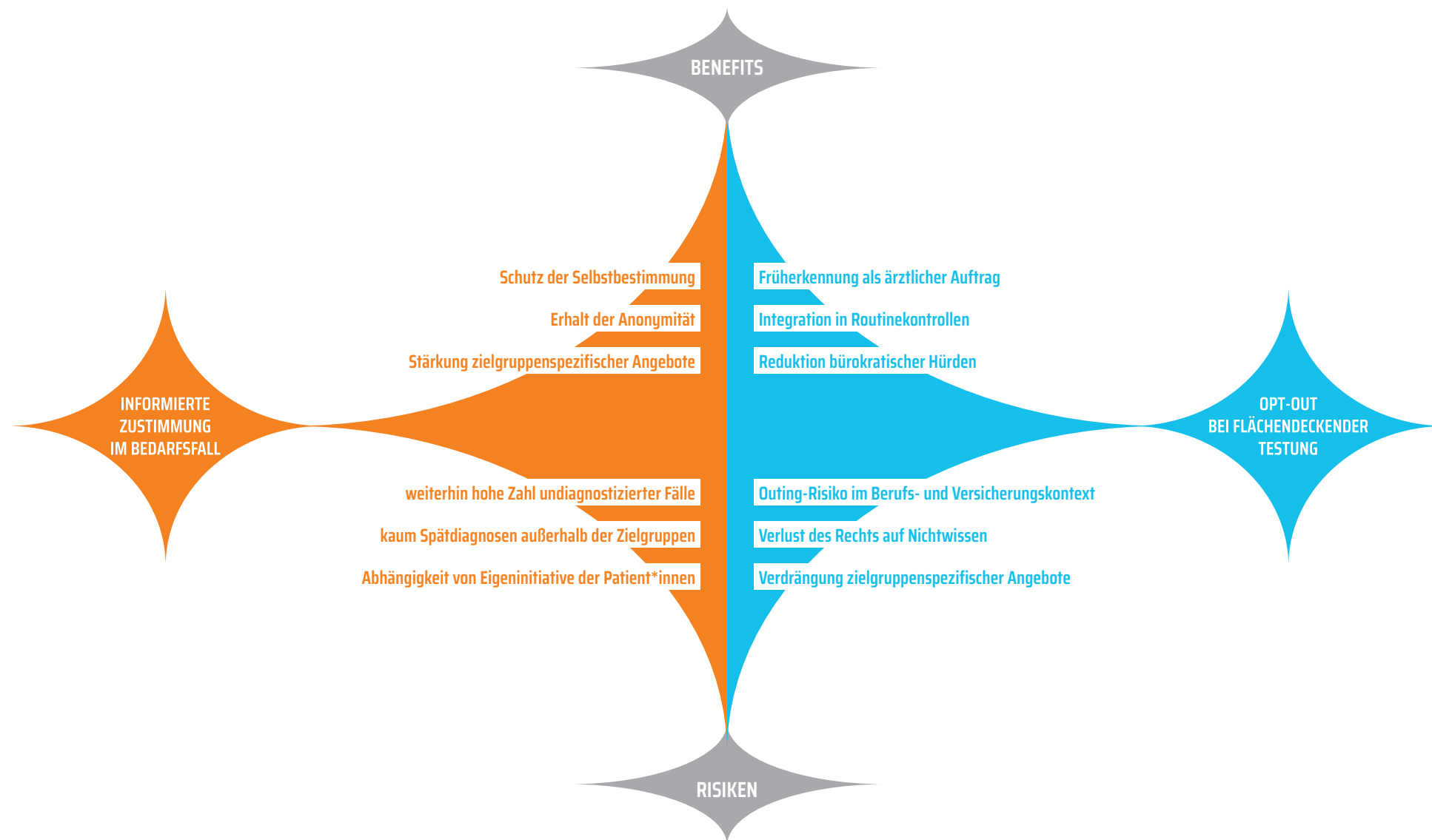
HIV
KONTROVERS
2026

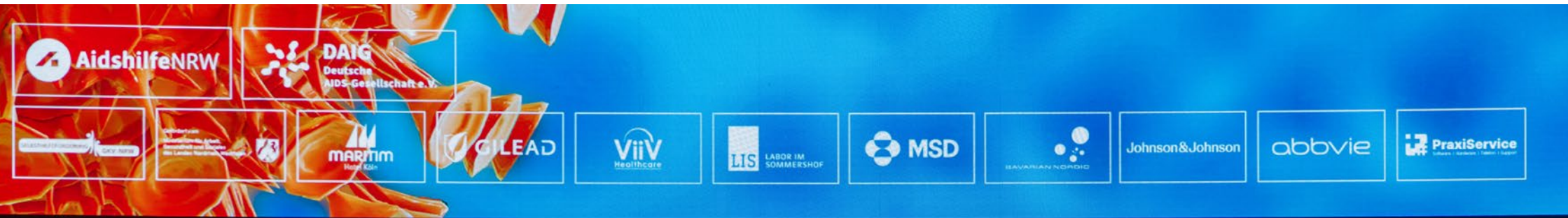
Silke Klumb
Dr. Stefan Scholten
Prof. Dr. Cornelia Kolberg-Liedtke
Dr. Konrad Isernhagen
Oliver Schubert

Moderation: Jeanne Turczynski und Holger Wicht

AidshilfeNRW
DAIG
Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V.
GILEAD
ViiV
LABOR DE LOUVELENSHOF
MSD
Johnson & Johnson
abbvie
PractService







LONG-ACTING VERSUS STRONG-ACTING

DR. HANNAH LINKE
UNIKLINIK MÜNSTER

DR. GUIDO SCHÄFER
INFEKTIOLOGISCHES CENTRUM HAMBURG

CHAIR: BIRGIT KÖRBEL
AIDSHILFE KÖLN

Das Magazin „Science“ bezeichnete im Jahr 2024 die HIV-Long-Acting-Therapie als „Breakthrough of the Year“. Dabei geht es im Kern um eine einfache Frage: Sechs Injektionen im Jahr oder 365 Tabletten – was ist besser, was ist einfacher, und was bedeutet mehr Freiheit im Alltag der Patient*innen.

Denn Therapie und regelmäßige Medikamenteneinnahme können eine psychosoziale Herausforderung darstellen. Komedikationen, Komorbiditäten und die virologische Suppression als zentrales Bewertungsmerkmal müssen dabei ebenso berücksichtigt werden wie die Frage der informierten Selbstbestimmung.



POSITION 1

STRONG-ACTING

DR: GUIDO SCHÄFER
INFEKTIOLOGISCHES CENTRUM HAMBURG

Mit dem Strong-Acting – der täglichen Einnahme von Tabletten – bestehen langjährige Erfahrungen. Die Tabletten haben eine hohe Resistenzbarriere und eine hohe Forgiveness, sind unabhängig von BMI und Virussubtyp, und die Therapiezufriedenheit ist hoch. Für Ärzt*innen ist Strong-Acting zudem lukrativer, da erhöhter Aufwand bei einer Pauschalabrechnung nicht vergütet wird.

Die Injektionen hingegen können schmerzhaft sein; manche Betroffene können danach drei bis sechs Tage nicht richtig sitzen oder laufen. Mit einem Silikonimplantat im Gesäß ist eine Long-Acting-Therapie nicht möglich. Viele Patient*innen bleiben lieber bei dem, was sie kennen, andere warten noch ab, bis die „Kinderkrankheiten“ der neuen Therapieform überwunden sind.

POSITION 2

LONG-ACTING

DR. HANNAH LINKE
UNIKLINIK MÜNSTER

Die tägliche Einnahme von Tabletten kann zur Belastung werden. Mehrere Regime am Tag führen zu Schwierigkeiten, manche Betroffene stellen sich einen Wecker, um sie nicht zu vergessen, andere empfinden sie als schwer zu schlucken. Durch unregelmäßige Einnahme können zudem problematische Insti-Resistenzen entstehen. Bislang liegt der Anteil des Long-Acting im einstelligen Prozentbereich – auch weil es für Ärzt*innen mehr Aufwand bedeutet: Es braucht ein Behandlungszimmer und eine medizinische Fachkraft. Dennoch kann die richtige Therapieentscheidung das Leben mit HIV verändern.

Für Menschen, denen die tägliche Tabletteneinnahme eine Hürde darstellt, kann das Long-Acting – eine Depotspritze ins Gesäß alle zwei Monate – somit eine befreiende Alternative sein. Überbrückend, etwa bei längeren Reisen, kann auch auf Tabletten zurückgegriffen werden. Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede, aber bereits eine Studie, an der 58 % Frauen teilgenommen haben, sowie erste Daten zu Schwangeren.

KONSENS IN DER DISKUSSION

Die Wahl des richtigen Regimes ist eine individuelle Entscheidung, die nur im Gespräch zwischen Ärzt*innen und Betroffenen getroffen werden kann. Dabei muss der Kontext berücksichtigt werden: Werden Drogen konsumiert? Ist eine Reise geplant – und wohin? Besteht ein Kinderwunsch? Ein Wechsel zwischen den Regimen ist nicht ohne Weiteres möglich, da Long-Acting-Medikamente noch lange im Körper verbleiben.

Unabhängig vom gewählten Regime bleibt der regelmäßige Kontakt zwischen Ärzt*innen und ihren Patient*innen zentral – ob im zweimonatigen Rhythmus beim Long-Acting oder im drei-monatigen Intervall beim Strong-Acting. Dieser Kontakt ist eine Art Ritual, das die Therapietreue unterstützt und sicherstellt, dass Veränderungen und Probleme frühzeitig erkannt werden.

Die Versorgungslage spielt ebenfalls eine Rolle: Auf dem Land ist die Anbindung an Schwerpunktpraxen mitunter lückenhaft. Für Menschen mit einer Suchtproblematik können die Abstände beim Long-Acting eine zusätzliche Herausforderung darstellen, weil sie einen weiteren Termin bedeuten, der eingehalten werden muss.

FAZIT AUS DER DISKUSSION

Letztlich ist die Wahl des Regimes eine höchst individuelle Entscheidung, die nur im direkten Gespräch zwischen Ärzt*innen und ihren Patient*innen getroffen werden kann, mit dem Ziel, Therapiesicherheit zu gewährleisten und Lebensqualität zu verbessern.

MENTIMETER ZUM ABSCHLUSS DES TAGES

Zum Abschluss des Tages wurde in Bezug auf die Kontroverse folgende Frage gestellt:

Lieber täglich schlucken oder „pain in the ass“?

81,8 Prozent antworteten mit SCHLUCKEN

18,2 Prozent antworteten mit PAIN

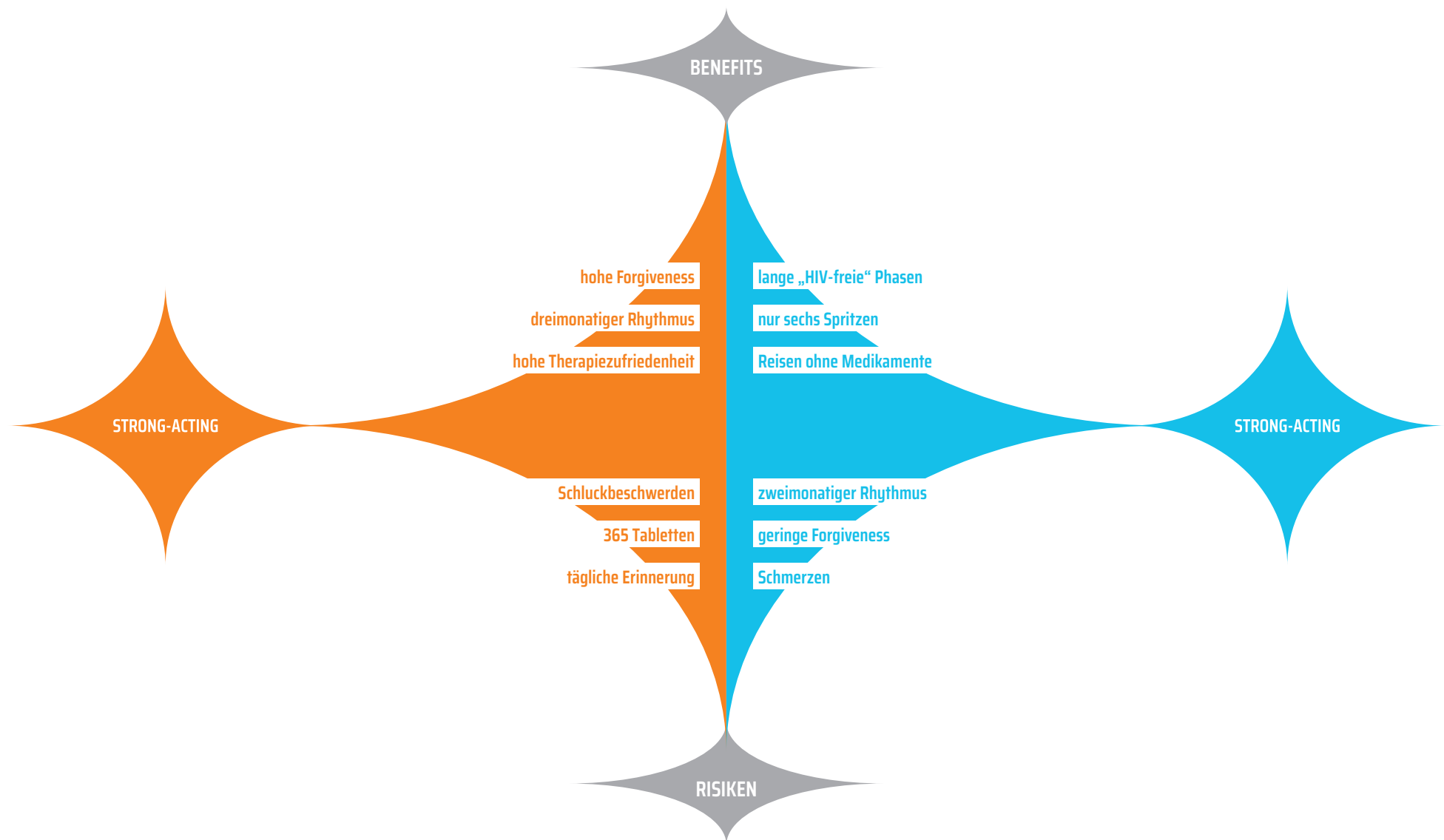
K2

LEBEN MIT HIV

STRONG-ACTING VERSUS LONG ACTING

HIV
KONTROVERS
2026







SOFORT BEHANDELN ODER WARTEN WIR ERST EINMAL AB, BIS SIE CHRONISCH WIRD?

DR. CAROLYNNE SCHWARZE-ZANDER

GEMEINSCHAFTSPRAXIS AM KAISERPLATZ | BONN

DR. CHRISTOPH WYEN

PRAXIS AM EBERTPLATZ, KÖLN

CHAIR: DIRK SCHÄFFER

DEUTSCHE AIDSHILFE

Die Solidargemeinschaft in den gesetzlichen Krankenkassen ist unter Druck, das Gesundheitssystem ist Sparzwängen ausgesetzt. Die Therapie mit direkt antiviral wirkenden Substanzen, die seit 2014 auf dem Markt sind, ist in Deutschland mit ca. 30.000 € pro Infektion/Patient*in vergleichsweise teuer.

Beim Check-up 35 wird ein Test auf Hepatitis C angeboten. Tests und Diagnose auf Hepatitis C (HCV) dauern ungefähr sechs Wochen. Wenn die neue Therapie – das sogenannte DAA-Regime – zum Einsatz kommt, ist die Behandlung meist nach weiteren acht bis zwölf Wochen abgeschlossen. Eine durchgemachte Erkrankung bzw. Heilung schützt nicht vor einer erneuten Infektion.

Die Übertragungswege von HCV in Deutschland sind 2024 vom Robert Koch-Institut (RKI) erfasst worden. „Unbekannt“ stand an erster Stelle, an zweiter der intravenöse Drogenkonsum. Es gibt eine vergleichsweise hohe Zahl von Neuinfektionen in Justizvollzugsanstalten, wo es auch keine Angebote für sicheren Konsum gibt. Drogengebrauch und Obdachlosigkeit erhöhen nicht nur das Risiko, sich mit Hepatitis C zu infizieren, sondern auch das Risiko, die entsprechende Therapie nicht anfangen oder abschließen zu können.

Was soll bei der Behandlung von Hepatitis C in im Vordergrund stehen: der medizinisch und wirtschaftlich verantwortbare Umgang mit einer teuren Behandlung, oder die schnellste Heilung für Infizierte?



POSITION 1

WARTEN WIR ERST EINMAL AB, BIS ES CHRONISCH WIRD?

DR. CHRISTOPH WYEN

PRAXIS AM EBERTPLATZ | KÖLN

Nicht bei allen Infizierten wird die akute Hepatitis chronisch, in einem Teil der Fälle heilt sie spontan aus. Das sechsmonatige Herausögern der HCV-Therapie ist medizinisch vertretbar, die medizinischen Folgen für die Patient*innen sind in der Regel marginal. Wenn die behandelnden Ärzt*innen sechs Monate abwarten, sind die Zahl der notwendigen Behandlungen und die damit verbundenen Kosten geringer.

Hausärzt*innen müssen sich auch gegenüber den Krankenkassen verantworten (Wirtschaftlichkeitsgebot) und die Kosten für die Solidargemeinschaft der Versicherten im Blick haben. Ist der Wunsch von Patient*innen nach rascher Behandlung und eine kürzere Phase der Infektiosität der Solidargemeinschaft 30.000 € wert? Mit der Verzögerung der medikamentösen Behandlung können Ärzt*innen bei Patient*innen eine Verhaltensänderung erreichen, die aufeinanderfolgende Infektionen hinnehmen und mehrmals behandelt werden müssen.

POSITION 2

SOFORT BEHANDELN

DR. CAROLYNNE SCHARZE-ZANDER

GEMEINSCHAFTSPRAXIS AM KAISERPLATZ | BONN

Der Unterschied akut/chronisch ist als Kriterium nicht mehr praktikabel, Intervention ist geboten. Ausnahmen sind Infizierte in hohem Alter oder bei fehlender fortgeschrittener Fibrose/Zirrhose. Alle anderen sollten sofort behandelt werden: diejenigen mit chronischer Infektion, mit fortgeschrittener Fibrose, mit beruflichen Gründen, bei Gebrauch von intravenösen Drogen, bei Ko-Infektion mit Hepatitis B und/oder HIV, bei Therapiewunsch. Alle Patient*innen haben das gleiche Recht auf Diagnose und Behandlung. Auch bei Angina pectoris warten Ärzt*innen nicht ab, warum sollten sie das also bei Hepatitis C tun? Unnötige weitere Übertragungen werden verhindert.

Das verringerte Risiko der Chronifizierung führt in den meisten Fällen zu einer besseren psychischen Gesundheit der Patient*innen. Außerdem ermöglicht ein Therapieangebot, das direkt auf die Diagnose folgt, auch Infizierten aus vulnerablen Gruppen (Drogengebrauchende, Obdachlose) die Einhaltung der vereinbarten Therapieziele. Bei längerem Warten kann es neben der Chronifizierung mit dem erhöhten Risiko von Leberzirrhose und Leberkrebs auch zu weiteren Symptomen oder Folgeerkrankungen kommen, etwa an Gelenken oder Haut.

KONSENS IN DER DISKUSSION

Die Diagnose und Therapie von Hepatitis C sollten wie auch bei allen anderen Infektionen und Erkrankungen nach medizinischen Maßstäben erfolgen. Moralische oder pädagogische Impulse, etwa bei Re-Infektionen, dürfen keine Rolle spielen, so wie sie das bei Rauchen oder Risikosportarten auch nicht tun. Der Therapieerfolg misst sich nicht an einer Verhaltensänderung.

Das Recht auf Behandlung sollte einhergehen mit der informierten Selbstbestimmung. Patient*innen können nach der Frage „kannst du sechs Monate warten oder nicht?“ selbst entscheiden.

FORDERUNGEN AUS DER DISKUSSION

- Neue Preisverhandlungen mit den Pharmaunternehmen, die die antiviralen Medikamente herstellen, sind geboten.
- Die Versorgung muss über Praxen und Universitätsambulanzen hinaus verbessert werden.
- Substitutionspraxen brauchen eine zusätzliche fachärztliche Ausrichtung : Sie müssen auch Hepatitis C behandeln können, einschließlich Blutabnahme und Verschreibung.
- Schutz und Prävention müssen verbessert werden, um Erstinfektionen zum Beispiel in Haftanstalten zu vermeiden.

MENTIMETER ZUM ABSCHLUSS DES TAGES

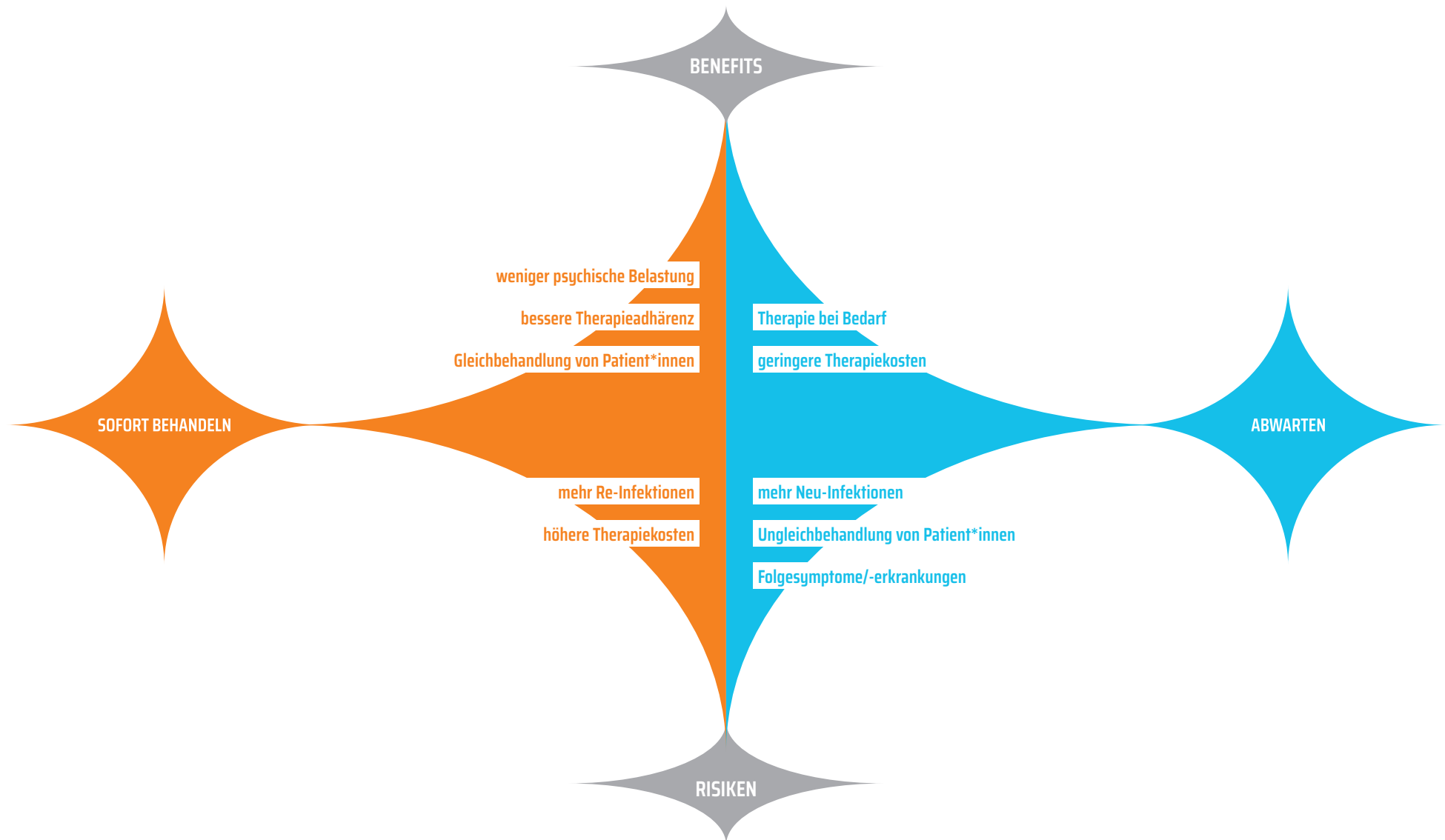
Zum Abschluss des Tages wurde in Bezug auf die Kontroverse folgende Frage gestellt:

Teure Therapien sofort anbieten?

92,2 Prozent antworteten mit JA

7,8 Prozent antworteten mit NEIN







SEXKAUFVERBOT: EIN KLARES SIGNAL GEGEN MENSCHENHANDEL ODER DER SCHNELLSTE WEG IN DIE ILLEGALITÄT?

SIMONE KLEINERT

BUNDESVERBAND NORDISCHES MODELL ZUR UMSETZUNG DER GLEICHSTELLUNGSMODELLE IN DEUTSCHLAND

JOHANNA WEBER

BERUFSVERBAND EROTISCHE UND SEXUELLE DIENSTLEISTUNGEN

CHAIR: MANUEL HURSCHMANN

WUPPERTAL

In Deutschland ist 2017 das Prostituiertenschutzgesetz in Kraft getreten; seit Juni 2025 liegt dem Bundestag eine wissenschaftliche Evaluation vor. Ende 2024 waren rund 32.000 Menschen als „Prostituierte“ angemeldet, insgesamt wird die Zahl der Sexarbeitenden auf bis zu 90.000 geschätzt. Auch Männer* üben Sexarbeit aus, auch Frauen* kaufen Sex.

Im sogenannten „Kampf gegen die Prostitution“ hat das EU-Parlament 2023 besseren Schutz für Frauen und Mädchen gefordert und sich für ein Sexkaufverbot nach dem Nordischen Modell ausgesprochen. Wenn ein Großteil der Sexarbeitenden in der Illegalität arbeitet, was kann zu ihrem Schutz beitragen – die Verbesserung der bestehenden Gesetze oder ein Sexkaufverbot?



POSITION 1 SEXKAUFVERBOT NACH DEM NORDISCHEN MODELL

SIMONE KLEINERT
BUNDESVERBAND NORDISCHES MODELL

Der Kauf von Sex ist immer geschlechtsspezifische patriarchale Gewalt und geht mit Menschenhandel einher. Beim Sexkauf werden Menschen zu Ware. Das Nordische Modell, das den Sexkauf durch Freier verbietet und ahndet, verringert diese Form von Gewalt gegenüber Frauen und drängt den Menschenhandel zurück. Dafür sind mehr Mittel für die Polizei und die Strafverfolgung notwendig.

Die aus dem Nordischen Modell folgende Kriminalisierung und Stigmatisierung von Sexkauf dient auch der antisexistischen Erziehung von Jungen und Männern und damit der Prävention.

In der politischen Lobbyarbeit und in der Beratung von Sexarbeiterinnen muss die Position von Austeiger*innen vertreten sein, damit die physischen und psychischen Folgen von Sexarbeit ausreichend thematisiert werden.

POSITION 2 VORHANDENE GESETZE ANWENDEN UND BERATUNG ANBIETEN

JOHANNA WEBER
BERUFSVERBAND EROTISCHE UND SEXUELLE DIENSTLEISTUNGEN

Für die Selbstbestimmung von Sexarbeitenden reichen die vorhandenen Gesetze aus, wenn sie durchgesetzt werden. Zum Beispiel profitieren Werbeportale von Anzeigen für Sexarbeit und unterstützen so ggf. Menschenhandel. Bei einem Straftatbestand ist es gut, dass sie in Deutschland vor Ort verfolgt werden können. Außerdem muss Sexarbeit gesellschaftlich so entstigmatisiert werden, dass Umsteiger*innen nicht mehr ihre Lebensläufe fälschen müssen.

Das Sexkaufverbot entzieht den Betroffenen die Lebensgrundlage. Es führt dazu, dass viel mehr Menschen in der Illegalität arbeiten und sich dadurch die Achtung der Kondompflicht, Sicherheit vor körperlicher Gewalt und die Arbeitsbedingungen allgemein verschlechtern (Räume, Hygiene). Ein Beispiel dafür sind die Arbeitsbedingungen während der Kontaktverbote in der Covid-19-Pandemie. Außerdem legt es Sexarbeitende auf die Opferrolle fest.

Sexarbeitende, die Beratung zum beruflichen Umstieg suchen, brauchen vorurteilsfreie Gesprächspartner*innen. Eine Studie von Eleonore Willems/AKT hat die Bedarfe von Sexarbeitenden gezeigt, wichtig sind Peer to Peer-Angebote.

Für Menschen in vulnerablen Gruppen kann Sexarbeit eine bessere/weniger gefährliche Überlebensstrategie sein als zum Beispiel Diebstahl und Hehlerei.

KONSENS IN DER DISKUSSION

Das Nordische Modell blendet Männer als Sexarbeiter und Frauen als Sexkäuferinnen aus.

Es geht auch um die normative Frage, welche Art von Sexualität akzeptiert ist und welche ins Verborgene gedrängt wird.

FORDERUNGEN AUS DER DISKUSSION

- Die Empfehlungen der Expertenkommission nach der wissenschaftlichen Evaluation des Prostituiertenschutzgesetzes müssen umgesetzt werden.
- Weniger Ideologie, mehr Praxis: Der Schutz von Sexarbeitenden vor Gewalt muss in den Vordergrund rücken.
- Beratungsstellen brauchen eine berechenbare und planbare Finanzierung und peer to peer-Angebote.

MENTIMETER ZUM ABSCHLUSS DES TAGES

Zum Abschluss des Tages wurde in Bezug auf die Kontroverse folgende Frage gestellt:

Sexarbeit stärker regulieren?

12,1 Prozent antworteten mit JA
87,8 Prozent antworteten mit NEIN

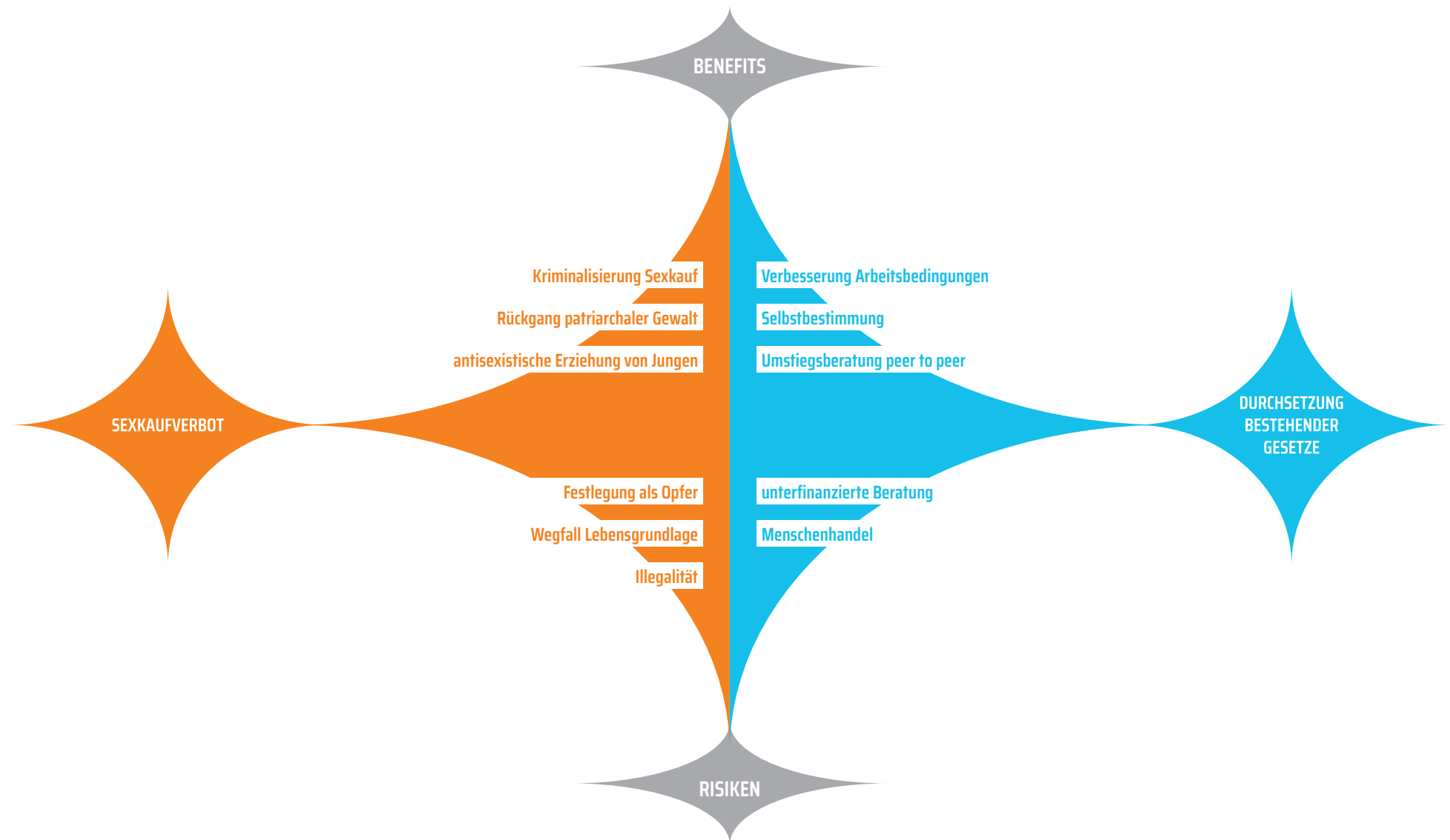
K4 SEXARBEIT

SEXKAUFVERBOT ODER VORHANDENE GESETZE ANBIETEN



K4 SEXARBEIT

SEXKAUFVERBOT ODER VORHANDENE GESETZE ANBIETEN





KONTROLLIERTER KONSUM: ERFOLGREICHE STRATEGIE ODER LEDIGLICH UTOPIE?

ANNE IKING

SALUS KLINIKEN HÜRTH

CHRISTOPHER CLAY

SIDEKICKS.BERLIN

CHAIR: DIETER KIESEWETTER

AIDSHILFE ESSEN

Der Begriff Chemsex – der Konsum von Drogen im sexuellen Kontext – ist rund 25 Jahre alt und betrifft vor allem MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) und Transpersonen. Rund 10–20 % der MSM konsumieren dabei Drogen; rund 2 % slammen, also konsumieren intravenös, eine Praxis, die sich als Fetisch auch in speziellen Pornofilmen wiederfindet. Für einen Teil dieser Männer ist Sex ohne Substanzen kaum mehr vorstellbar.

Während der intravenöse Konsum durch eine besonders schnelle Anflutung des Wirkstoffs im Gehirn gekennzeichnet ist, bleibt ein langfristiges Risiko des Slammens oft unerwähnt: Die Venen können so geschädigt werden, dass sie für Blutabnahmen nicht mehr geeignet sind. Innerhalb der Konsumentenszene selbst gibt es eine Wertung: Konsumenten von GHB oder Speed gelten als akzeptabler als etwa Konsumenten von Crystal Meth.

Die grundlegenden Fragen lauten: Was funktioniert in der Risikoaufklärung – und ist Akzeptanz bereits Verharmlosung?



POSITION 1 ABSTINENZORIENTIERTE THERAPIE

ANNE IKING
SALUS KLINIKEN HÜRTH

Menschen, die in die stationäre Therapie kommen, haben bereits eine Schwelle überschritten. Ihre Motivation ist ein zentraler Aspekt der Behandlung. Der Weg dorthin führt häufig über communitynahe Beratungsstellen – wobei Mediziner*innen mitunter von der akzeptierenden Haltung der Aidshilfen überrascht sind.

Die stationäre Therapie dauert bei einer Chemsex-Abhängigkeit in der Regel 22 Wochen. Zunächst gibt es eine Reizschutzphase, danach erfolgt eine schrittweise Wiederannäherung an Sexualität. Für die meisten Patient*innen ist eine abstinenzorientierte Behandlung der sinnvollste Ansatz. Ein dauerhaft kontrollierter Konsum ist allenfalls vorübergehend möglich; als Gruppenangebot lässt er sich im stationären Setting nicht umsetzen.

Die Therapie setzt bewusst realistische Ziele. Es geht um Abstinenzbefähigung, nicht um eine statische Abstinenz – die persönliche Strategie kann in kleine Etappen gegliedert sein. Auch die Begrenzung eines Rückfallereignisses gilt als Erfolg. Zwei Jahre ohne Rückfall sind ein Therapiegewinn, denn letztlich geht es um lebensverlängernde Maßnahmen.

POSITION 2 KONTROLLIERTER KONSUM

CHRISTOPHER CLAY
SIDEKICKS.BERLIN

Harm Reduction ist eine eigenständige Alternative zur abstinenzorientierten Therapie – und weit mehr als der bloße Hinweis auf Drogenrisiken oder das Austauschen von Spritzen. Gelegentlicher Chemsex muss nicht zwangsläufig gesundheitliche Folgen haben, und die Grenze zwischen kontrolliertem und problematischem Konsum verläuft fließend und individuell verschieden.

Um Harm Reduction wirksam zu gestalten, gilt es, die Motivationen für Chemsex zu verstehen. Die zentrale Frage lautet: Welches unerfüllte Bedürfnis erfüllt der Chemsex? Es geht nicht nur um die Bewältigung von Problemen, sondern auch um die Lust am Ausprobieren. Je mehr Stigma es gibt, desto dringender werden solche Strategien – und desto kontraproduktiver wirkt der erhobene Zeigefinger.

KONSENS IN DER DISKUSSION

Die Verbindung von Sexualität und Substanzkonsum ist ein relevanter Faktor in der Entstehung von Abhängigkeiten. Abstinenz in der Therapie ist kein Selbstzweck. Eine HIV-Infektion oder eine Migrationserfahrung kann neben der Suchterkrankung zu einer Mehrfachstigmatisierung führen, die zusätzliche Unterstützung erfordert.

Als wachsendes Problem gilt Monkey Dust – eine synthetische Droge mit einem Suchtpotenzial, das das von Kokain um ein Vielfaches übersteigt.

FORDERUNGEN AUS DER DISKUSSION

- Nicht die Verteufelung von Drogen darf im Mittelpunkt stehen – die Entstehung von Abhängigkeiten muss im Fokus bleiben.
- Beratung und Prävention müssen Menschen erreichen, bevor sich eine Abhängigkeit entwickelt.
- Substanzkonsum und Chemsex müssen entstigmatisiert werden.

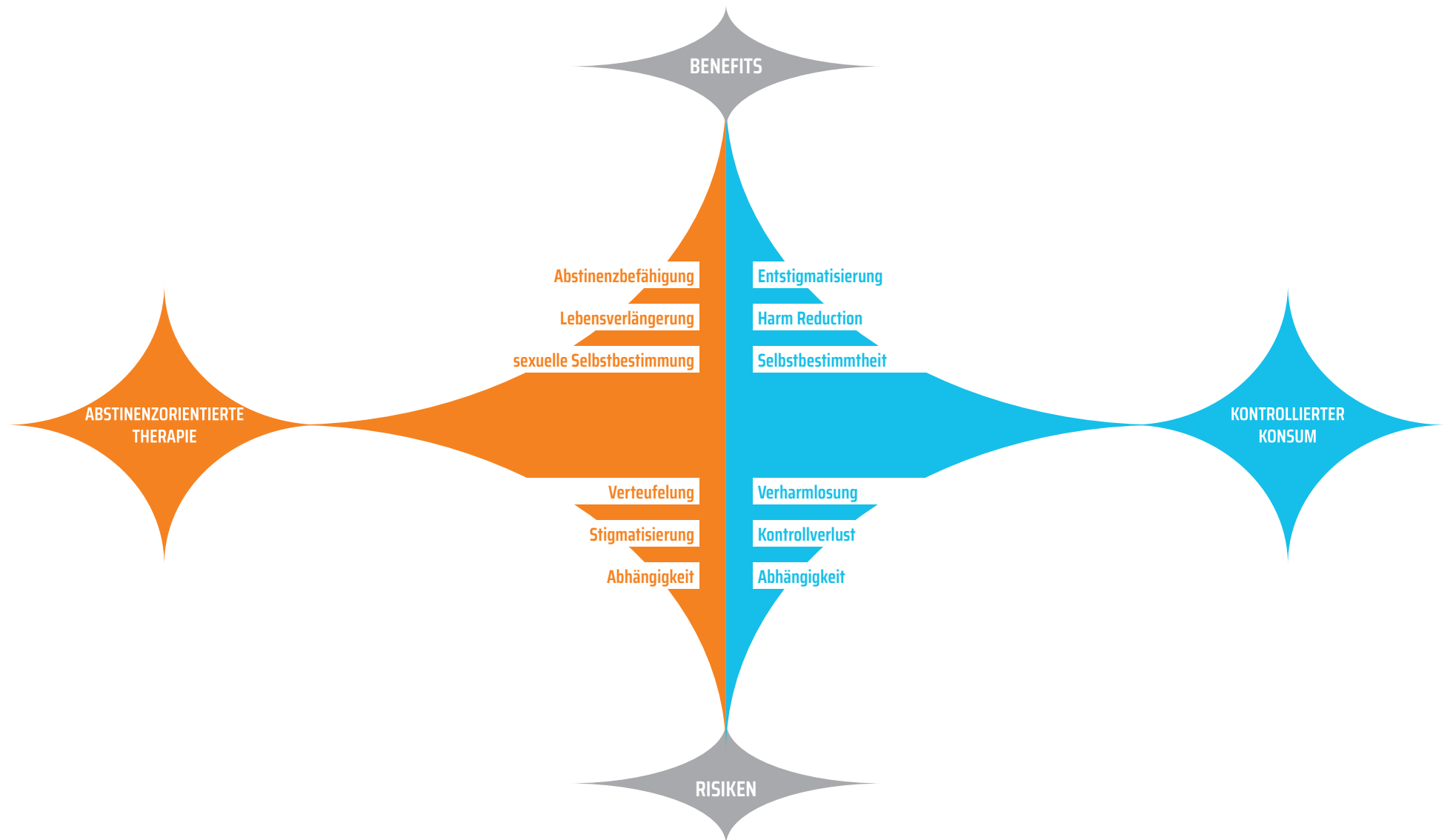
MENTIMETER ZUM ABSCHLUSS DES TAGES

Zum Abschluss des Tages wurde in Bezug auf die Kontroverse folgende Frage gestellt:

Müssen wir mehr vor Chemsex warnen?

73,1 Prozent antworteten mit JA
26,9 Prozent antworteten mit NEIN







HOFFNUNG ODER EWIGE SACKGASSE

PROF. DR. MIRKO TRILLING

UNIKLINIK ESSEN

DR. EVA WOLF

MVZ MÜNCHEN AM GOETHEPLATZ

CHAIR: ARMIN SCHAFBERGER

BERLIN

Im Jahr 2023 wurden 671,25 Mio. Dollar für HIV/AIDS-Vakzinforschung ausgegeben, und es gibt Berechnungen, dass seit 1974 rund 154 Millionen Leben durch Impfungen gerettet wurden. Andererseits haben 40 Jahre Impfforschung kein greifbares Ergebnis gebracht, und nach Angaben von UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/Aids) lag die Zahl der nicht-diagnostizierten Infektionen im Jahr 2024 bei geschätzten 5,3 Millionen.

Die verfügbaren Präventions- und Therapiemittel wirken – die Lücke besteht nicht in ihrer Wirksamkeit, sondern in ihrer Umsetzung. Aber die gegenwärtige politische Lage hat große Auswirkungen auf Impfstoffforschung und Therapie. Was passiert, wenn die Gelder nicht mehr für beides reichen? Kann man die Impfforschung überhaupt trennscharf aus dem Budget ausschneiden? Wo wäre ein Impfstoff noch ein Gamechanger? Und – unabhängig von den politischen Entwicklungen – sind wir zu ungeduldig? Am Kölner Dom wurde immerhin auch 632 Jahre gebaut.



POSITION 1 **GEGEN** **IMPFFSTOFFFORSCHUNG**

DR. EVA WOLF
MVZ MÜNCHEN AM GOETHEPLATZ

Die Impfstoffforschung ist seit Jahrzehnten eine Sackgasse: Sie ist teuer, langwierig und bislang erfolglos geblieben. Es gibt eine hohe genetische Diversität und Mutationsrate von HIV – und gleichzeitig kein natürliches Vorbild für eine Impfstoffentwicklung. Hinzu kommt, dass die sogenannten Immunkorrelate, also die messbaren Immunreaktionen, die nachweislich vor HIV schützen, bislang ungeklärt sind. Geschlechtsspezifische Unterschiede wie etwa höhere Immunantworten bei Frauen erschweren die Entwicklung zusätzlich.

Aus diesen Gründen sollten wir uns auf Tests, PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe) und TasP (Treatment as Prevention, Behandlung als Prävention) konzentrieren: PrEP reduziert das Infektionsrisiko um über 90 %, und TasP ist eine der effektivsten Präventionsstrategien.

Dennoch haben fast ein Viertel aller Menschen mit HIV keinen Zugang zu antiretroviraler Therapie (ART). Die jüngsten Einbrüche in der Finanzierung könnten uns wieder auf das Niveau der Neuinfektionen der frühen 2000er Jahre zurückführen.

Erschwerend kommt hinzu, dass sich Phase-3-Studien – also die entscheidenden Wirksamkeitsstudien an großen Probandengruppen – unter den gegenwärtigen Bedingungen kaum noch durchführen lassen. Jeder Dollar, der in die Impfstoffforschung fließt, fehlt daher bei Programmen, die heute konkrete Infektionen verhindern könnten.

POSITION 2 **FÜR** **IMPFFSTOFFFORSCHUNG**

PROF. DR. MIRKO TRILLING
UNIKLINIK ESSEN

Die Impfstoffforschung komplett aufzugeben wäre ein enormes Risiko. Es gibt keinen Erreger, der durch Therapie allein ausgerottet wurde. Unser eigentliches Ziel bleibt eine sterilisierende Impfung – also ein Impfstoff, der nicht nur die Erkrankung verhindert, sondern eine Infektion vollständig ausschließt.

PrEP und ART reduzieren Neuinfektionen, aber die Pandemie breitet sich trotzdem weiter aus. Beide erzeugen zudem eine lebenslange Abhängigkeit und sind auf Adhärenz, Zugang und Verfügbarkeit angewiesen. Darüber hinaus kann es zu einer Infektion kommen, wenn die PrEP unterbrochen wird. Dabei sind die Kosten eines Impfstoffs langfristig nicht höher als die dauerhaften Kosten für PrEP oder Therapie. Mit 671,25 Mio. Dollar macht das Budget der Impfforschung dabei nur rund 3,58 % des Gesamtbudgets für die globale HIV/AIDS-Antwort aus – wir dürfen also nicht ausgerechnet hier sparen.

Ein Impfstoff würde zumindest einen gewissen Schutz für Menschen bieten, die keinen Zugang zu ART haben. Wir forschen damit auch für die Länder mit, in denen die Ressourcen knapp sind. Zudem gibt es vielversprechende Ansätze und Technologien, die HIV-Forschung kann dabei auch von Erkenntnissen anderer medizinischer Bereiche profitieren – und umgekehrt: Das gewonnene Wissen kommt auch anderswo zum Einsatz – ohne die HIV-Impfstoffforschung hätte die Covid-Impfstoffentwicklung nicht so schnell gelingen können.

KONSENS, FAZIT UND FORDERUNG

Im Idealfall haben wir beides: Tests, PrEP und TasP – und Impfstoffforschung. Dafür müssen wir uns von politischen Entscheidungen unabhängiger machen und dürfen uns nicht allein auf politische Entscheidungsträger verlassen.

MENTIMETER ZUM ABSCHLUSS DES TAGES

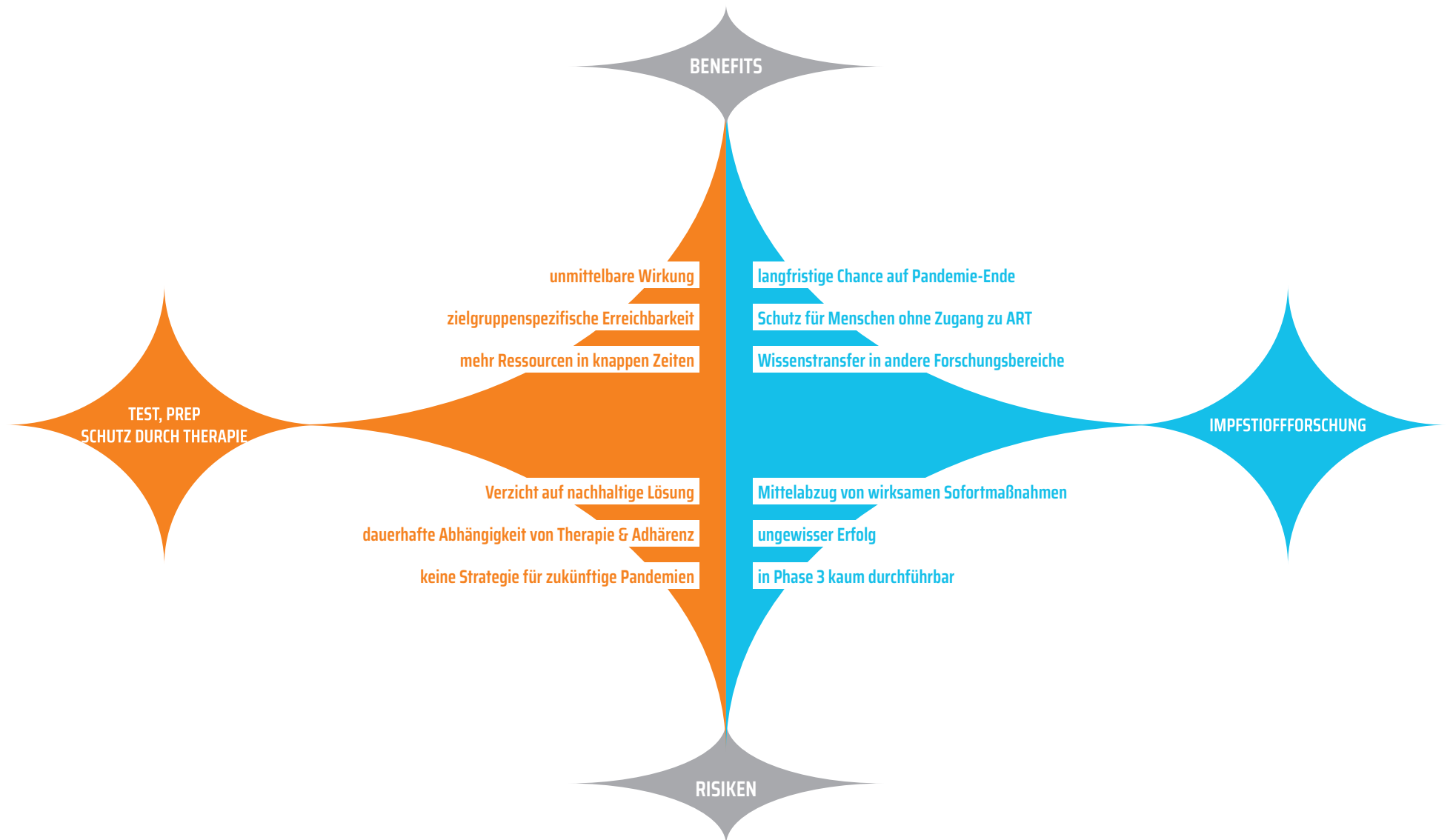
Zum Abschluss des Tages wurde in Bezug auf die Kontroverse folgende Frage gestellt:

Glaubt hier noch jemand an den HIV-Impfstoff?

49,2 Prozent antworteten mit JA

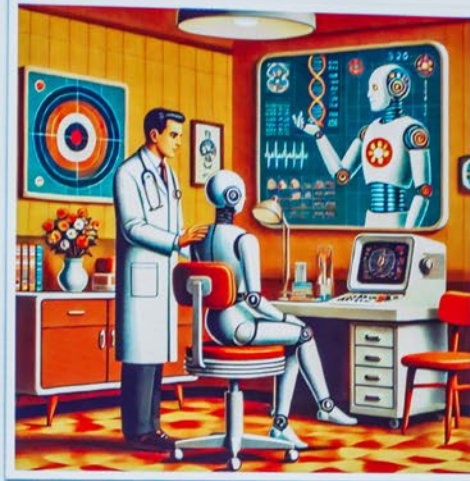
50,8 Prozent antworteten mit NEIN







Deutsche
Aidshilfe



KI und HIV: Effizienzversprechen oder Risiko?

HIV Kontrovers
15.03.2026

Simon Herchenbach
Projektleitung „AI_dshilfe partizipativ“



EFFIZIENZGEWINN ODER ETHIKFALLE?

DR. MICHAEL VON WAGNER

UNIVERSITY CENTER FOR DIGITAL HEALTHCARE | UNIVERSITÄT FRANKFURT

SIMON HERCHENBACH

DEUTSCHE AIDSHILFE

CHAIR: MATTHIAS KUSKE

HIV-AKTIVIST | GÖTTINGEN

Die Digitalisierung der medizinischen Versorgung und die Personalisierung der Medizin mit digitalen Mitteln – in vielen Fällen KI – schreitet schnell voran. Ärzt*innen und Patient*innen greifen für medizinische Informationen immer häufiger auf Künstliche Intelligenz/Large Language Models (LLM) zurück, zum Beispiel auf Chatbots statt Suchmaschinen. Dabei gibt es für Nutzer*innen in der EU wegen des Datenschutzes noch kein Produkt, das speziell auf Gesundheit und Medizin zugeschnitten ist.

Gleichzeitig entwickeln Forscher*innen in der Medizin neue Formen von KI. Dabei geht es um den „digitalen Zwilling“ eines Menschen, also eine mit möglichst vielen Gesundheitsdaten der jeweiligen Patient*innen angefüllte Anwendung für schnelle und genaue Diagnose und Therapie. Außerdem geht es um hochspezialisierte Modelle, die mit Daten für einen bestimmten Anwendungsfall trainiert sind, zum Beispiel zur Mustererkennung in MRT-Bildern in der Neurologie.

Kann KI das Gesundheitswesen sanieren oder ist KI unmenschlich, wenn es um Beratung und Behandlung geht?



POSITION 1 EFFIZIENZGEWINN

DR. MICHAEL VON WAGNER

UNIVERSITY CENTER FOR DIGITAL HEALTHCARE | UNIVERSITÄT FRANKFURT

In der Diagnose, gerade mit bildgebenden Verfahren, kann ein spezialisiertes KI-Modell die Ärzt*innen bei neuen Befunden und Erkenntnissen über die jeweiligen Patient*innen unterstützen. Dabei geben Meta-Fallstudien Hinweise darauf, in welcher Reihenfolge – zuerst KI oder zuerst Ärzt*in – die Ergebnisse am genauesten und sichersten sind. Auch in der Pflege kann eine KI unterstützen, etwa bei der passenden Medikation.

Der „digitale Zwilling“ steckt noch in der Entwicklung. Wie bei vorherigen neuen Diagnostiken (CT, MRT) stehen Einordnung und Evaluation noch an. Im Idealfall führt dieses Modell zu einer besseren Verfügbarkeit von Diagnosen und Befunden der Patient*innen für alle Beteiligten. Individuelle Therapie und personalisierte Medizin wird ohne KI nicht mehr möglich sein.

Was die (Erst-) Information zu medizinischen Themen angeht, können Chatbots zum Beispiel auf der Webseite einer Aidshilfe Menschen niedrigschwellig und asynchron weiterhelfen, d.h. zu allen Tages- und Nachtzeiten. Aufbauend auf den Empfehlungen der Aidshilfe müssen die Chatbots allerdings mit den jeweils aktuellen Studien und Richtlinien der Fachgesellschaften gebaut sein, ggf. zum „Urtext“ und den Fachleuten verlinken.

Wir müssen die richtigen Tools entwickeln und integrieren, um den maximalen Output in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu erreichen. Dabei bleibt es die Aufgabe von Ärzt*innen/Heilberufen, die Behandlungs-Beziehung nicht zu verlieren und (menschliche) Schnittstelle zu bleiben.

POSITION 2 EFFEKTIVITÄT STATT EFFIZIENZ

SIMON HERCHENBACH

DEUTSCHE AIDSHILFE

In der Beratung zu HIV-Infektionen, also einer Krisensituation, ist der menschliche Kontakt und die Resonanz sehr wichtig: Berater*innen reagieren mit Empathie und Gefühlen, und bringen ihre Erfahrung und Expertise ein. Im „Gespräch“ mit einem Chatbot (LLM) kommen häufig falsche Aussagen/Informationen vor, weil es um Textergänzung nach Wahrscheinlichkeit geht, nicht um Korrektheit. Ein Chatbot empfindet keine Empathie, sondern simuliert sie. Im peer to peer-Gespräch hingegen sind die Betroffenen Teil einer Erfahrungsgemeinschaft und erleben Solidarität.

Die Modelle haben aufgrund ihrer Datengrundlage einen Bias beim Thema HIV, spiegeln bzw. wiederholen also die gesellschaftliche und gesundheitspolitische Stigmatisierung und Diskriminierung. Außerdem „halluzinieren“ die Bots mittlerweile auch Antworten, weil sie immer häufiger auf der Grundlage von KI-generierten Daten mit den dementsprechenden Fehlern trainiert werden.

Gesundheitsberatung braucht Verantwortung und Kontextverständnis. Neben dem mangelnden Datenschutz ist die technische Abhängigkeit von US-amerikanischen Herstellern und deren Produkten ein Problem – sie verschafft diesen Unternehmen Macht über sensible Gesundheitsdaten.

KI ist also keine strukturelle Lösung für die strukturellen Probleme im Gesundheitssystem. Wenn neue Angebote angeboten und evaluiert werden, ist auch hier das Motto der Selbsthilfe für die Qualität der Systeme entscheidend: „Nicht über uns, nicht ohne uns.“

KONSENS IN DER DISKUSSION

Für alle Anwendungsfälle ist zu beachten, dass die Datengrundlage aus der (medizinischen) Forschung für das Training der Modelle in vielen Fällen einen Bias hat, etwa im Bezug auf Gender, Ethnie oder Alter. Diese überträgt sich entsprechend auf die KI.

FORDERUNGEN AUS DER DISKUSSION

- Die Datenquellen/Trainingsdaten für alle Formen von KI-Anwendungen müssen auf Bias geprüft werden; die wissenschaftlichen Studien zusätzlich auf ihren „Wahrheitsgehalt“ (Repräsentativität, tatsächliche peer review, Plagiat o.ä.).
- Für die Patient*innen muss der Datenschutz gewährleistet sein. Dafür kann es etwa in der Selbsthilfe notwendig sein, eigene Chatbots zu programmieren.
- Die wissenschaftlichen KI-Modelle/Maschinen mit ihren sensiblen Daten gehören zur kritischen Infrastruktur und müssen dementsprechend vor Hackern geschützt werden.

MENTIMETER ZUM ABSCHLUSS DES TAGES

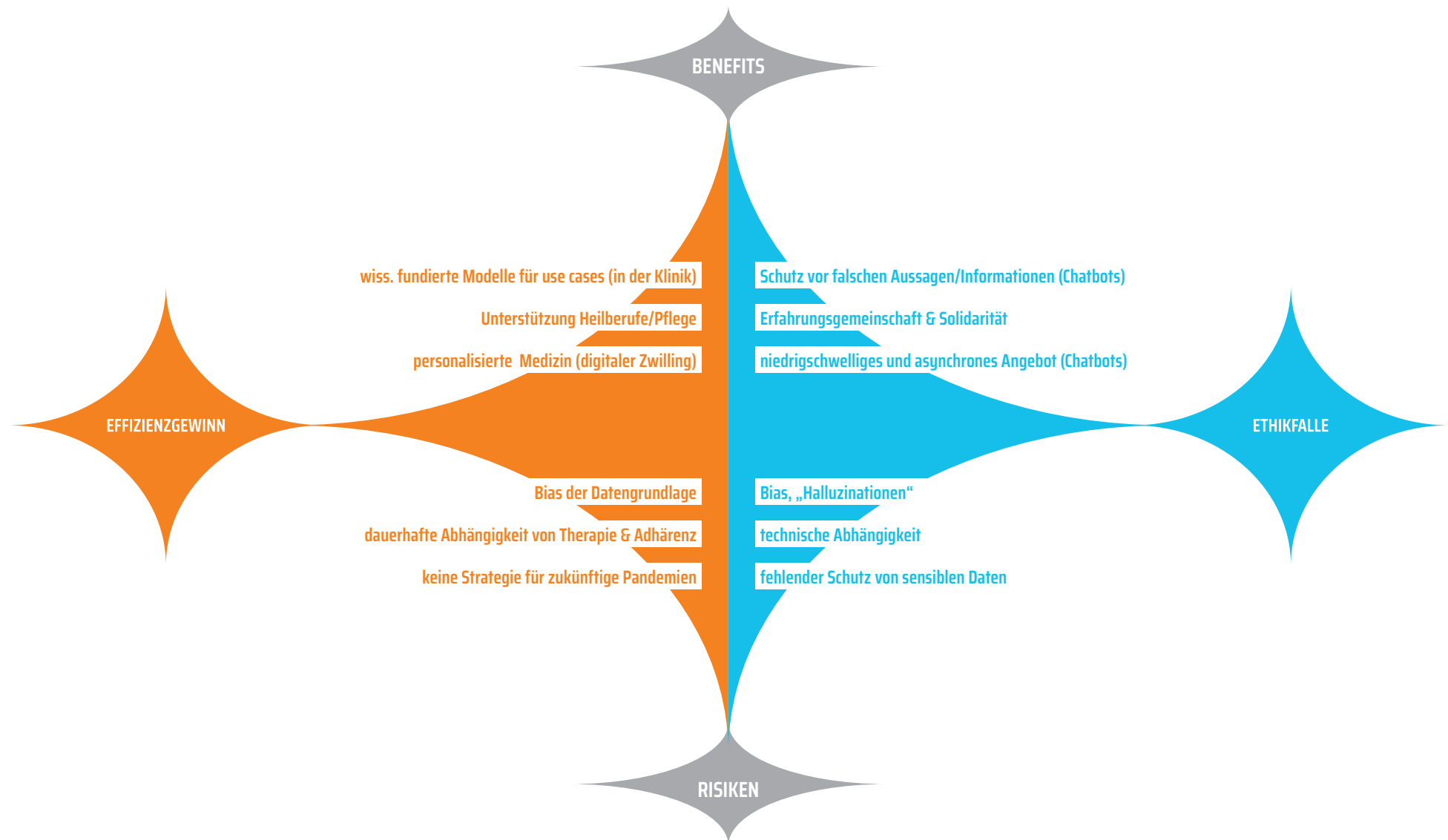
Zum Abschluss des Tages wurde in Bezug auf die Kontroverse folgende Frage gestellt:

Würdest du dich zu HIV von einer KI beraten lassen?

50,0 Prozent antworteten mit JA

50,0 Prozent antworteten mit NEIN







FAZIT

Neben dem Fokus auf dem zugespitzten Austausch liegt die Stärke des Formats darin, dass es sich nicht um einen konventionellen medizinischen Kongress handelt, der sich an ein Fachpublikum richtet. Mit der Aidshilfe NRW ist die Selbsthilfe Mitausrichter*in und HIV-positive Menschen kommen als Betroffene und Experten zu Wort.

Die Kontroversen haben sich – jeweils auf der Grundlage zweier streitbarer Positionen – je nach Bedarf im Publikum und auf dem Podium in unterschiedliche Richtungen entwickelt: etwa die lebhafteste Diskussion gesundheitspolitischer Meinungsunterschiede (HIV-Tests, Impfstoffforschung, Hepatitis C), das Aufeinanderprallen unterschiedlicher Werte und Erfahrungen (Sexarbeit, Long-Acting vs. Strong-Acting) oder der Informationsaustausch mit Expert*innen (Substanzkonsum, KI).

Die Ergebnisse sind insofern als ein Spiegel medizinischer, politischer und gesellschaftlicher Befindlichkeiten zu verstehen. In den Kontroversen lassen sich übergreifende Querschnittsthemen finden, die als Themen, Ideen, Argumente und Ängste nicht nur innerhalb der diesjährigen Veranstaltung, sondern auch in der Geschichte des Formats und der Historie von Aids und HIV immer wiederkehren.



STIGMATISIERUNG UND NORMALISIERUNG

In fast allen Kontroversen wird Stigmatisierung als zentrales Hindernis sichtbar. Sie verhindert Diagnosen, erschwert Therapietreue, drängt Menschen in die Illegalität und verzerrt Datengrundlagen. Immer wieder stellt sich die Frage, wie der medizinische bzw. gesundheitspolitische Umgang mit HIV und Aids und verwandten Themenfeldern selbstverständlicher und vorurteilsfreier werden kann.

SELBSTBESTIMMUNG VERSUS BEVORMUNDUNG

Die Bedeutung von informierter Zustimmung und damit von Selbstbestimmung für die Patient*innen bzw. Betroffenen ist ein zentrales Anliegen der Selbsthilfe. Der Spannungsbogen zwischen informierter Selbstbestimmung und paternalistischer Fürsorge, zwischen zielgruppenspezifischer Arbeit und Prävention nach dem Gießkannenprinzip zieht sich durch nahezu sämtliche Debatten.

MENSCHLICHER KONTAKT UND VERTRAUEN IN INSTITUTIONEN

Der Wert des persönlichen Gesprächs in der Beratung und des über Jahre aufgebauten Vertrauens in Strukturen und Institutionen wird als bedroht empfunden, durch Digitalisierung, Bürokratie, Kostendruck und Ressourcenmangel.

ZUGANG ZU ADÄQUATER MEDIZINISCHER VERSORGUNG FÜR VULNERABLE GRUPPEN

Menschen ohne Krankenversicherung, Drogengebrauchende, Obdachlose und Migrant*innen tauchen regelmäßig als besonders gefährdete und schwer erreichbare Gruppen auf. Die Frage, wie sie erreicht und versorgt werden können, bleibt dabei weitgehend ungelöst.

POLITISCHE DEBATTE UND FINANZIERUNGSDRUCK

Alle Diskussionen sind geprägt von knapper werdenden Mitteln und politischen Abhängigkeiten – von den Sparmaßnahmen der Kommunen hier bis hin zu den aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen in den USA, die die bisherigen Strategien zur Bekämpfung von HIV und Aids in Frage stellen oder unmöglich machen

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ

KI zuletzt war nicht nur explizites Thema einer Kontroverse, sondern spielte auch in der Tagungspraxis bei der Erstellung von Präsentationen und als Recherchetool eine Rolle – und wirft damit Fragen auf, die über den medizinischen und gesundheitspolitischen Kontext hinausreichen.

UNSER DANK

Wir danken unseren Kooperationspartner*innen, ohne deren Engagement und Unterstützung eine Realisierung von HIVKONTROVERS nicht möglich wäre.

Die Förderbeträge und Sponsorengelder werden zur Refinanzierung der Fachtagung verwendet. Insbesondere für Saalmieten, Veranstaltungstechnik, Referent*innenhonorare, Personalkosten und Reisekosten.

Die Sponsoringbeträge der Unternehmen liegen bei:

- 5.000 € (GILEAD)
- 5.000 € (Labor im Sommershof),
- 5.000 € (ViV Healthcare)
- 4.900 € (MSD)
- 2.000 € (Abbvie)
- 2.000 € (Johnson & Johnson),
- 1.800 € (Bavarian Nordic)
- 1.000 € (PraxiService).

