

HIV-Infektionen 2026

Update für die hausärztliche Praxis

HIV hat sich in den letzten Jahrzehnten von einer fast immer tödlichen Erkrankung zu einer gut behandelbaren chronischen Infektion entwickelt. Für Hausärzte ergeben sich daraus Neuerungen hinsichtlich Diagnostik, Therapieeinleitung, Langzeitbetreuung und Prävention. An der medart Basel informierte darüber Prof. Dr. Niklaus Labhardt, Chefarzt Klinische Epidemiologie, Leitender Arzt Klinik für Infektiologie, Universitätsspital Basel.



Niklaus Labhardt
(Foto: zVg)

In der Schweiz werden gemäss BAG-Surveillance-Daten (1) immer noch 300–400 HIV-Neudiagnosen pro Jahr gemeldet. Davon am stärksten betroffen sind Männer, die Sex mit Männern haben. Intravenös Drogen konsumierende Personen, die früher eine grosse Risikogruppe darstellten, machen dagegen nur noch einen sehr kleinen Anteil der Neudiagnosen aus. Je nach Region liegt in der Schweiz die geschätzte Inzidenz zwischen 0 und 6 Neuinfektionen pro 100 000 Einwohner und Jahr. Weltweit sind die Neuinfektionen seit dem Höhepunkt um die Jahrtausendwende von rund 3 Millionen auf etwa 1,3 Millionen pro Jahr zurückgegangen, die HIV-bedingte Mortalität auf rund 600 000 Todesfälle jährlich (2). Dieser Rückgang korreliert mit dem deutlich angestiegenen Einsatz der

antiretroviralen Therapie: Ende 2024 erhielten etwa 77% aller Menschen mit HIV eine Therapie. Während in Subsahara-Afrika die Inzidenz in den vergangenen 15 Jahren etwa halbiert werden konnte, wird aktuell ein Anstieg von Neuinfektionen in Osteuropa und Nordafrika beobachtet, so Prof. Labhardt.

Neues für die Abklärung

Seit 2025 gilt in der Schweiz ein aktualisierter HIV-Abklärungsalgorithmus. Wichtigste Änderung: Es ist zwar weiterhin ein zweistufiges Testverfahren vorgesehen, jedoch mit nur noch einer Blutentnahme. Auf einen reaktiven 4.-Generations-Screeningtest (HIV-spezifische Antikörper sowie HIV-1 p24 Antigen) folgt via Labor ein bestätigender Test – entweder der Nachweis der HIV-RNA oder ein Immunoblot zur Differenzierung von Antikörpern (3). Für die Praxis bedeutet das: Die früher häufige Situation, Patienten nach einem reaktiven Test erneut zur Blutentnahme einbestellen zu müssen, sollte praktisch nicht mehr vorkommen.

Test positiv, wann mit der Therapie beginnen?

Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass mit der antiretroviralen Therapie (ART) gestartet werden soll, sobald der Patient dazu bereit ist – idealerweise unmittelbar nach der Diagnose. Laut Prof. Labhardt untermauern drei evidenzbasierte Gründe dieses Vorgehen. Erstens zeigte die HPTN-052-Studie, dass bei Paaren mit nur einem Partner mit HIV eine früh begonnene ART (CD4-Zellen > 500/μl) die Übertragung auf den Partner ohne HIV faktisch verhinderte (4). Zweitens belegte die INSIGHT-START-Studie, dass ein sofortiger Beginn der ART bei CD4-Zellen > 500/μl gegenüber einem verzögerten Beginn nicht nur AIDS-definierende Erkrankungen, sondern auch schwere Nicht-AIDS-Ereignisse wie z.B. kardiovaskuläre Ereignisse und Neoplasien reduziert (5). Drittens demonstrierten Studien zu «same day-ART», dass ein Therapiebeginn noch am gleichen Tag der Diagnose zu deutlich höheren Raten viraler Suppression ein Jahr später führt (6). Kontraindiziert ist ein sofortiger ART-Beginn jedoch bei vorliegenden Kryptokokken- oder Tuberkulose-Meningitiden. In diesen Konstellationen sollte die zugrunde liegende Infektion zunächst behandelt werden, bevor eine ART gestartet wird, wie der Experte einschränkte.

Womit soll die Therapie begonnen werden?

Die antiretrovirale Erstlinientherapie basiert heute vor allem auf Integrase-Inhibitoren. Standard ist eine Dreifachkombination aus einem Integrase-Inhibitor und zwei nukleosidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI). Alternativ kommen seltener Kombinationen aus einem nicht nukleosidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitor und zwei NRTI zum Einsatz. Zunehmend etabliert haben sich in der Schweiz duale orale Therapien. Gemäss der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie erhalten etwa 30% der Patienten inzwischen eine Zweiertherapie (7). Verfügbar sind insbesondere Dolutegravir/Lamivudin (Dovato®), das sich auch für den Erstbeginn eignet, und Dolutegravir/Rilpivirin (Juluca®), das bei stabil supprimierten Patienten als Switch-Regime eingesetzt wird. Zu bedenken ist allerdings, dass keine der derzeit ver-

fügbaren dualen Therapien eine Hepatitis-B-Koinfektion abdeckt. In solchen Fällen muss daher weiterhin eine Tenofovir-haltige Dreierkombination eingesetzt werden.

Vorteil von dualen Therapien sind geringere Kosten und eine mögliche Reduktion von Langzeitnebenwirkungen bestimmter NRTI, z.B. hinsichtlich kardiometabolischer Risiken, renaler Toxizität sowie Knochentoxizität, wie Prof. Labhardt ausführte.

Studiendaten weisen ausserdem darauf hin, dass der Wechsel von einer Dreifachkombination auf Dolutegravir/Lamivudin (DTG/3TC) (Dovato®) zu einer geringeren Gewichtszunahme und einem günstigeren kardiometabolischen Profil führt als eine Fortsetzung eines Tenofovir-Alafenamid (TAF)-haltigen Regimes: In einer randomisierten Studie erfuhren nach 48 Wochen unter Bictegravir/Emtricitabin/Tenofovir-Alafenamid (BIC/FTC/TAF) (Biktarvy®) 29,9% der Teilnehmer eine Gewichtszunahme >5%, im DTG/3TC-Arm betraf dies 20,0% (8).

Zusätzliche Option: langwirksame injizierbare ART

Als wichtige Neuerung stehen langwirksame injizierbare antiretrovirale Therapieregimes zur Verfügung. In der Schweiz ist eine Kombination aus Cabotegravir (Vocabria®) und Rilpivirin (Rekambys®) als Zweiertherapie zugelassen. Nach einer initialen Phase, die heute laut dem Referenten auch ohne vorgängige orale Aufsättigung möglich ist, werden alle zwei Monate zwei intramuskuläre Injektionen in die Glutealmuskulatur verabreicht. Das Injektionsfenster von ± 7 Tagen erfordert jedoch eine verlässliche Terminplanung. Metaanalysen zeigen, dass diese langwirksame Therapie hinsichtlich virologischer Suppression mit etablierten oralen Dreifachregimes vergleichbar ist (9).

PrEP immer besser und flexibler

Die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) stellt eine weitere tragende Säule der HIV-Prävention dar. In der Schweiz wird die orale PrEP mit Tenofovir/Emtricitabin seit zwei Jahren von den Krankenkassen übernommen, sofern sie über ein SwissPrEPared-Zentrum verordnet wird, wie Prof. Labhardt berichtete. Für cis-Männer stehen eine kontinuierliche tägliche Einnahme und ein On-Demand-Schema zur Verfügung. Metaanalysen zeigen eine ausgeprägte Reduktion des HIV-Risikos (86%) bei Männern, die Sex mit Männern haben, wenn sie eine Adhärenz von > 80% haben (10). Das sei etwa gleich gut wie mit einem Kondom, so der Referent. Die Number Needed to Treat (NNT) lag in Risikogruppen bei etwa 41 (10). Deshalb sei es entscheidend, dass Hausärzte Risikopersonen identifizierten, aktiv auf eine PrEP hinwiesen und bei Interesse an spezialisierte Zentren überwiesen, so der Experte.

Eine neue Option sind langwirksame PrEP-Formen, sie sind aber noch nicht überall verfügbar. Dazu gehört intramuskuläres Cabotegravir, das alle acht Wochen injiziert in grossen Studien sowohl bei cis-Männern und trans-Frauen als auch bei cis-Frauen eine deutliche Überlegenheit gegenüber täglicher oraler PrEP (11) erreichte. Ein weiterer Durchbruch

sind halbjährliche subkutane Injektionen mit Lenacapavir: In Studien mit cis-Frauen wurden im Lenacapavir-Arm gar keine HIV-Neuinfektionen mehr beobachtet (12); ähnliche Ergebnisse liegen für Männer und genderdiverse Personen vor (13). In Südafrika hat kürzlich die landesweite Lancierung von Lenacapavir zur PrEP begonnen; in Europa ist eine breite Implementierung derzeit nicht geplant, so der Referent.

Altern mit HIV

Mit den Erfolgen der antiretroviralen Therapie rückt auch das Altern mit HIV in den Fokus. In der Schweizerischen HIV-Kohorte sind inzwischen mehr als 60% der Patienten über 50 Jahre alt (7). Das kardiovaskuläre Risiko ist bei Personen mit HIV infolge chronischer Entzündung, metabolischer Effekte der einzelnen Medikamente und klassischer Risikofaktoren erhöht. Ob eine Statintherapie bei Patienten mit HIV hinsichtlich des kardiovaskulären Risikos einen Nutzen bringt, wurde in der REPRIEVE-Studie untersucht. Die 40–75-jährigen Teilnehmer erhielten Pitavastatin 4 mg/Tag über einen Beobachtungszeitraum von rund sieben Jahren. Die Statintherapie führte zu einer signifikanten Risikoreduktion von 35% für schwere kardiovaskuläre Ereignisse (14). Bei Personen mit HIV sollte die Indikation zu Statinen in der Primärprävention daher grosszügig gestellt werden, so der Referent.

Eine vollständige Heilung von HIV ist derzeit nicht möglich, und ein breit verfügbarer Impfstoff ist aufgrund der hohen Variabilität der viralen Oberflächenantigene schwierig zu entwickeln und nach aktuellem Stand in den nächsten Jahren nicht zu erwarten. Umso wichtiger bleibt die konsequente Umsetzung der vorhandenen Instrumente: frühzeitige Diagnostik, sofortige antiretrovirale Therapie, kontinuierliche Betreuung, gezielte PrEP und kardiovaskuläre Prävention. Für die hausärztliche Versorgung bedeutet das, dass unkomplizierte HIV-Infektionen zunehmend in der Grundversorgung betreut werden können – vorausgesetzt, dass die enge Zusammenarbeit mit spezialisierten Zentren, eine sorgfältige Adhärenzförderung und ein wachsames Auge auf Langzeitkomplikationen gewährleistet sind. □

Valérie Herzog

Quelle: «HIV Update». MedArt 2026, 15.–16.6.2026, Basel

Referenzen:

1. Bundesamt für Gesundheit (BAG). HIV/Aids in der Schweiz – aktuelle Lage. Surveillance Daten 2024–2025.
2. UNAIDS: Global AIDS Update 2025. <https://www.unaids.org/en/UNAIDS-global-AIDS-update-2025>. Letzter Zugriff: 15.6.26
3. Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG): HIV Testrichtlinie 2025. <https://www.bag.admin.ch/de/richtlinien-und-empfehlungen-zu-hiv-und-anderen-sexuell-uebertragenen-infektionen>. Letzter Zugriff: 15.6.26
4. Walensky RP et al.: Cost-effectiveness of HIV treatment as prevention in serodiscordant couples. *N Engl J Med*. 2013;369(18):1715–1725. doi:10.1056/NEJMsa1214720
5. INSIGHT START Study Group, Lundgren JD et al.: Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med*. 2015;373(9):795–807. doi:10.1056/NEJMoa1506816
6. Labhardt ND et al.: Effect of Offering Same-Day ART vs Usual Health Facility Referral During Home-Based HIV Testing on Linkage to Care and Viral Suppression Among Adults With HIV in Lesotho: The CASCADE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2018;319(11):1103–1112. doi:10.1001/jama.2018.1818

7. Swiss HIV Cohort Study (SHCS). Jahresbericht 2026. Letzter Zugriff: 15.6.26
8. Ryan P et al.: Maintenance therapy with dolutegravir and lamivudine versus bictegravir, emtricitabine, and tenofovir alafenamide in people with HIV (PASO-DOBLE): 48-week results from a randomised, multicentre, open-label, non-inferiority trial. *Lancet HIV*. 2025;12(7):e473-e484. doi:10.1016/S2352-3018(25)00105-5
9. Hedima EW et al.: Cabotegravir Plus Rilpivirine Injection for Virally Suppressed Persons with HIV-1 infection: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clin Ther*. 2025;47(8):649-656. doi:10.1016/j.clinthera.2025.05.015
10. O Murchu E et al.: Oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) to prevent HIV: a systematic review and meta-analysis of clinical effectiveness, safety, adherence and risk compensation in all populations. *BMJ Open*. 2022;12(5):e048478. doi:10.1136/bmjopen-2020-04847
11. Landovitz RJ et al.: Cabotegravir for HIV Prevention in Cisgender Men and Transgender Women. *N Engl J Med*. 2021;385(7):595-608. doi:10.1056/NEJMoa210101612.
12. Bekker LG et al.: Twice-Yearly Lenacapavir or Daily F/TAF for HIV Prevention in Cisgender Women. *N Engl J Med*. 2024;391(13):1179-1192. doi:10.1056/NEJMoa2407001
13. Kelley CF et al.: Twice-Yearly Lenacapavir for HIV Prevention in Men and Gender-Diverse Persons. *N Engl J Med*. 2025;392(13):1261-1276. doi:10.1056/NEJMoa2411858
14. Grinspoon SK et al.: Pitavastatin to Prevent Cardiovascular Disease in HIV Infection. *N Engl J Med*. 2023;389(8):687-699. doi:10.1056/NEJMoa2304146