



Die Epidemie beenden

Eine Bewertung der HIV-Politik und Empfehlungen zur Verbesserung des Lebens von Menschen, die mit HIV leben oder die von einer HIV-Infektion bedroht sind. Zusammenfassung der Ergebnisse und Befunde aus England, Frankreich, Deutschland, Italien und Spanien

England	Prof. Jane Anderson, Homerton University Hospital Prof. Chloe Orkin, Royal London Hospital, BHIVA
Frankreich	Bertrand Audoin, IAPAC Dr. Bruno Spire, INSERM, AIDES
Deutschland	Herbert Backes, Fast Track Cities Initiative Berlin Prof. Jürgen Rockstroh, Universitätsklinikum Bonn, EACS
Italien	Emilia de Biasi, ex. Senato della Repubblica Prof. Barbara Suligoj, Istituto Superiore di Sanità
Spanien	Dr. Esteban Martinez, Universität Barcelona, GESIDA Ramon Espacio, CESIDA



März 2019

kpmg.com/uk

Dieser Bericht wurde von Gilead Sciences Europe Ltd. („Gilead“) in Auftrag gegeben und gesponsert.

Gilead hatte keinen Einfluss auf die Durchführung der Untersuchung, die Sammlung, Verwaltung, Analyse und Interpretation von Daten oder die Erstellung des Abschlussberichtes.

01

Kurzfassung

Die HIV-Epidemie in Westeuropa ist heute im Vergleich zur Situation vor wenigen Jahrzehnten nicht mehr wiederzuerkennen. Anders als in den 1980er und den frühen 1990er Jahren wird sie nicht länger von den verheerenden Todesfällen im Zusammenhang mit AIDS bestimmt. Erfreulicherweise erhalten mehr und mehr Menschen eine antiretrovirale Therapie (ART) und ihre Virenlast ist damit fortlaufend unterdrückt^[1]. Dadurch ist ihre Lebenserwartung nahezu normal geworden und sie können die HIV-Infektion auch nicht an andere weitergeben.

Aber die Epidemie ist nicht beendet – sie hat sich nur verändert. Die Antwort auf die Herausforderungen von HIV (im Nachfolgenden HIV-Antwort genannt) in England, Frankreich, Deutschland, Spanien und Italien (im Nachfolgenden Europe5 genannt) sieht sich nun mit neuen Herausforderungen konfrontiert, zum Beispiel der Langzeitversorgung von alternden Patienten oder der Bereitstellung von Präventionsstrategien für neue Risikogruppen. Die Politik muss sich jedoch noch ändern. Sie muss sich weiterentwickeln, um diesen neuen Herausforderungen zu begegnen.

Die Chance, die Epidemie zu beenden, ist in Reichweite, aber es ist rasches Handeln durch die Europe5 angesagt. Zunächst empfiehlt sich eine Fokussierung auf die folgenden Herausforderungen:

- **Mangelnde Sichtbarkeit von HIV:** Alle Fortschritte, die durch die HIV-Reaktion erreicht wurden, wie das beinahe Erreichen der UNAIDS-Behandlungsziele ("90-90-90")¹, haben dazu geführt, dass sich gesellschaftlich und öffentlich Selbstzufriedenheit breitgemacht hat. Die Sichtbarkeit, die HIV einst hatte, hat abgenommen und HIV verschwindet zunehmend aus der öffentlichen Wahrnehmung.
- **Scheitern bei der Verhinderung von Neuinfektionen und ein hoher Anteil von Spätdiagnosen:** Die Zahl der Neuinfektionen mit HIV hat sich weitestgehend stabilisiert, teilweise sogar geringfügig abgenommen. Aber noch sind in keinem Land der Europe5 Neuinfektionen ganz gestoppt worden. Außerdem gilt ein hoher Anteil der Diagnosen als „spät“² diagnostiziert, definiert als CD4-Zellzahl <350 Zellen/mm³ – was unmittelbar mit einer höheren Mortalität und Morbidität verbunden ist.
- **Ungleichbehandlung von Untergruppen:** Änderungen in Epidemiologie und Risikoverhalten führen zu neuen Populationen³, die anfällig für eine HIV-Infektion sind. Die Leistungen konzentrieren sich nicht gleichmäßig auf all diese Populationen und gehen oft an denen vorbei, die am schwersten zu erreichen sind, wodurch Ungleichheiten bei der Versorgung geschaffen werden.
- **Über die Virussuppression hinaus mit langfristiger Gesundheit Schritt halten:** Es leben mehr Menschen mit HIV als jemals zuvor. Trotz des längeren Lebens, kann die Lebensqualität jedoch aufgrund von Folgeschäden durch stattgehabte Infektionen, der Belastung durch Begleiterkrankungen und Herausforderungen in Zusammenhang mit mentaler Gesundheit schlecht sein. Hieraus resultieren neue Bedürfnisse in der Versorgung von langzeit-infizierten HIV-Patienten die größtenteils nicht erfüllt sind.
- **Einknicken unter dem sozioökonomischen und politischen Druck in Europa:** Sparmaßnahmen, das Erstarken des Populismus und viele andere Ereignisse in Europa haben den Druck auf die HIV-Reaktion erhöht. Das HIV-Versorgungskontinuum mit der bestehenden oder auch leicht reduzierten Finanzierung aufrechtzuerhalten ist die Herausforderung, die es zu bewältigen gilt.

1. Die 2014 aufgestellten 90-90-90-Ziele von UNAIDS beziehen sich auf die Behandlung von Menschen mit HIV: bis 2020 sollen 90 % der Menschen mit HIV ihren Status kennen, 90 % der Menschen, bei denen HIV diagnostiziert wurde, sollen eine antiretrovirale Therapie erhalten und bei 90 % der Menschen mit HIV, die therapiert werden, soll die Virenlast unterdrückt sein. Diese Ziele basieren auf der These, dass es nicht möglich ist, die HIV-Epidemie zu beenden, ohne all diejenigen mit HIV zu behandeln, die dies benötigen^[2]

2. Als „späte“ Diagnose gilt eine Diagnose, die zu einem Zeitpunkt gestellt wurde, zu dem die HIV-Behandlung bereits begonnen haben sollte. Aktuell gilt eine CD-4-Zellen-Zahl von 350 Zellen/mm³ zum Zeitpunkt der Diagnose als „spät“^[3]

3. Eine Liste der Gruppen mit erhöhtem Risiko ist in Abbildung 5 im Abschnitt Methodologie zu finden

4. Siehe Tabelle 1 im Abschnitt Methodologie

In diesem Bericht, der von der KPMG LLP (UK) zusammengestellt wurde, spricht eine Steuerungsgruppe⁴ aus HIV-Experten aus den gesamten Europe⁵ diese Herausforderungen konkret an. Der Bericht nimmt die aktuelle politische Landschaft in den einzelnen Ländern unter die Lupe. Er schlüsselt auf, wie effektiv die lokale Politik bezüglich des gesamten HIV- Versorgungskontinuums ist: Aufklärung, Prävention, Testangebote und Untersuchungen, HIV-spezifische klinische Therapien und langfristige ganzheitliche Versorgung. Auf jeder Stufe des Kontinuums wird der aktuelle Fokus der Politik mit dem

verglichen, was in der Praxis geschieht, wobei die Meinung der Steuerungsgruppe und andere Expertenbeiträge einbezogen werden. Die Stärken und die Bereiche mit Verbesserungsbedarf werden identifiziert und es werden klare Empfehlungen gegeben – sowohl auf europäischer Ebene als auch spezifisch für jedes Land.

Einige der Experten, die zusätzlich zur Steuerungsgruppe Beiträge zu dem Bericht geleistet haben, sind in Anhang 1 aufgeführt.

Die Steuerungsgruppe für diesen Bericht hat eine Reihe von Empfehlungen zur Verbesserung des Lebens von Menschen, die mit HIV leben oder die von einer HIV-Infektion bedroht sind, abgegeben:

Länderspezifische Empfehlungen sind in späteren Kapiteln ebenfalls verfügbar

Kombinierte Strategien für die Prävention mit geeigneten Implementierungsplänen, die die aktuelle Realität von HIV reflektieren, entwickeln

1. Den derzeitigen Präventionsansatz unter Verwendung des neuesten wissenschaftlichen Kenntnisstandes neu zu bewerten.
2. Aufkommende Trends in Präventionsstrategien mit einzubeziehen.

Verfahrensweisen definieren, die die langfristige Gesundheit von Menschen verbessern, die mit HIV leben

5. HIV in die langfristige Gesundheitspolitik integrieren.
6. Ausbildungs- und Trainingsmodule entwickeln, um personenzentrierte Langzeitversorgung in der Gesellschaft zu ermöglichen.



Gegen niedrige Testraten und den hohen Anteil von Spät Diagnosen vorgehen

3. Wiederholte Tests für alle Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko¹ verankern.
4. Das Angebot und die Durchführung von Tests in allen Versorgungsbereichen verbessern.

Beispiele für bewährte Verfahren finden, herausstellen und verbreiten

7. Effektive „lokale“ Praktiken bewerten und in die Politik integrieren – nicht das Rad neu erfinden.

1. Eine Liste der Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko finden Sie im Abschnitt Methodologie

02

HIV in Europa: der weitere Kontext

Die HIV-Epidemie verändert sich. Global gab es einen deutlichen Rückgang der Zahl der Neuinfektionen mit HIV von 2,8 Millionen im Jahr 2000 bis auf 1,8 Millionen im Jahr 2017 und bei den Todesfällen im Zusammenhang mit AIDS von 1,5 Millionen im Jahr 2000 auf 0,9 Millionen im Jahr 2017. Heute gibt es weltweit 36,9 Millionen Menschen, die mit HIV leben, und von diesen erhalten 21,7 Millionen, beinahe 60 %, eine antiretrovirale Therapie (ART)^[1]. Dies ist ein großer Fortschritt. Vor nur wenigen Jahrzehnten verbreitete sich HIV ungehindert und kam oftmals einem Todesurteil gleich. Bis heute hat HIV 39 Millionen Menschen das Leben gekostet^[2].

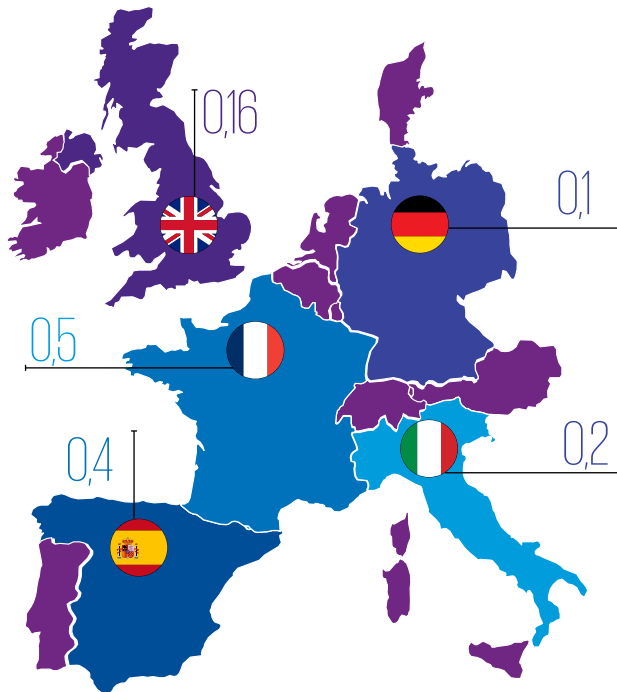
Die Länder der Europe5 standen an der Spitze dieser Veränderungen. Investitionen in die Versorgung und erhebliche Bemühungen aus öffentlicher, privater und zivilgesellschaftlicher Hand haben zu positiven Ergebnissen beigetragen. Heute leben in den Europe5 schätzungsweise 0,67 Millionen Menschen mit HIV, ein Anstieg im Vergleich zu den 0,59 Millionen (14 % Anstieg) im Jahr 2010^[1] (Abbildung 1a). Parallel dazu und zu der Erhöhung beiträgend gab es einen stetigen Anstieg der Zahl der Menschen, die mit HIV leben und ART erhalten. Zwischen 2010-2017 stieg die Zahl der Menschen, die mit HIV leben und ART erhalten, beispielsweise in Frankreich von 70 % auf 81 %, in Deutschland von 65 % auf 74 % und in Spanien von 65 % auf 82 % an^[1]. Die Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit Aids nimmt schließlich konstant ab, so gingen die jährlichen Todesfälle, die in den Europe5 zwischen 2008 und 2015 beobachtet wurden, um insgesamt 55 % zurück^[8]. Die Europe5 haben ebenfalls Erfolge bei internationalen Zielen wie den 90-90-90-Behandlungszielen von UNAIDS erzielt und zusammen genommen 86 %-92 %-92 % erreicht (siehe Abbildung 2). Dies entspricht einem Anteil von 79 % (0,53 Millionen) aller mit HIV lebenden Menschen in der Region, die ART erhalten, und insgesamt 73 % (0,48 Millionen), bei denen die Viruslast unterdrückt ist.

Dank ART haben sich die Lebenserwartung und die Fähigkeit, eine Weiterverbreitung der Infektion zu stoppen oder zu minimieren, erheblich vergrößert, da Menschen, die ART erhalten und deren Virenlast unterdrückt also nicht feststellbar ist, die Infektion nicht übertragen. Dieser Erfolg hat erstmalig eine große Kohorte von Menschen entstehen lassen, die mit HIV altern. Die Alterung mit einer Langzeiterkrankung wirkt sich auf die Lebensqualität aus. Patienten sind höheren Risiken für Begleiterkrankungen und größeren Herausforderungen ihrer geistigen Gesundheit ausgesetzt. Außerdem muss die Zahl der Neuinfektionen in den Europe5, obwohl sie sich stabilisiert hat (Abb. 1b), noch erheblich reduziert werden. Tatsächlich entwickeln sich neue Untergruppen, die aufgrund von Veränderungen im Verhalten und in der Demografie, von HIV bedroht sind. Junge Menschen, Heterosexuelle, neu eingetroffene Migranten und die, die riskante Verhaltensweisen ausüben, sind zunehmend bedroht (Einzelheiten siehe unten).

Obwohl die Epidemie bei weitem nicht mehr das ist, was sie vor nur wenigen Jahrzehnten war, hat diese Evolution die Situation nicht einfacher gemacht – nur anders.

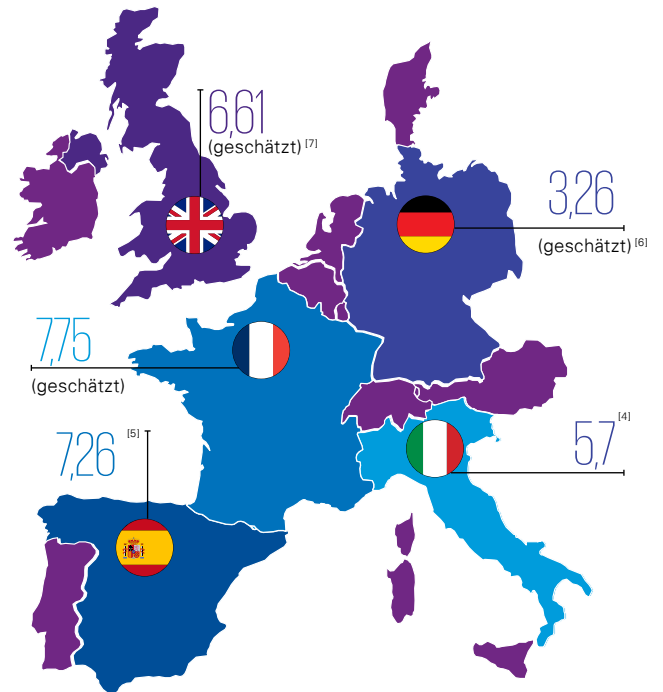
Die neuen und fortbestehenden Herausforderungen der Epidemie anzugehen, erfordert einen fundamentalen Wandel in der Art und Weise, wie HIV betrachtet wird. Es muss nicht mehr als ein akutes Geschehen mit dem ultimativen Ziel der Virussuppression gesehen werden sondern unter dem Aspekt eines langfristigen Gesundheitsmanagements. In weiten Teilen der Europe5 müssen sich die Verfahrensweisen diesem Wandel noch anpassen. Politik muss sich weiterentwickeln. Und die Belohnung für einen Erfolg könnte erheblich sein: die Epidemie endgültig zu beenden.

Abbildung 1a. HIV-Prävalenzrate (%) nach Ländern (Erwachsene)



Hinweis: Daten für Frankreich, Deutschland, Italien und Spanien aus UNAIDS-HIV-Prävalenzdaten 2017^[1], Daten für GB aus HIV in the UK, Bericht von 2016^[3] Für Details siehe Länderberichte

Abbildung 1b: HIV-Inzidenzrate (pro 100.000 Einwohner) nach Ländern (Erwachsene)



Hinweis: Daten für Frankreich basierend auf UNAIDS-HIV-Inzidenzdaten 2017

Abbildung 2. Europe5 zusammengefasst 90-90-90 (geschätzt)



Hinweise: Die Werte unter „Europe5 zusammengefasst 90-90-90 (geschätzt)“ basieren auf den neuesten verfügbaren Zahlen für jedes Land – siehe Länderberichte in den 90-90-90-Daten nach Ländern

Wichtige Herausforderungen für die HIV-Reaktion:



Mangelnde Sichtbarkeit von HIV:

Jahrzehntelange Investitionen in Dienstleistungen und die Versorgung für Menschen mit HIV haben zu einer Reihe positiver Ergebnisse in den Europe5 geführt, darunter zu einer Verringerung der Todesfälle im Zusammenhang mit AIDS^[8] und Fortschritten im Hinblick auf die 90-90-90-Behandlungsziele von UNAIDS. Dies zeigt, dass die Mehrheit der Menschen, die mit HIV leben, ART erhalten und dass ihre Viruslast unterdrückt ist.

Obwohl diese Fortschritte gewürdigt werden müssen, hat der Erfolg der HIV-Reaktion auch ein Gefühl der Selbstzufriedenheit erzeugt – es gibt Hinweise dafür, dass HIV aus dem Bewusstsein der Öffentlichkeit verschwindet^{[1][9]}. Der intensive Fokus auf die 90-90-90-Behandlungsziele der UN (d. h. Sicherstellung langfristiger Virussuppression) hat den Fokus auf andere Indikatoren der Epidemie, wie langfristiges Krankheitsmanagement, Infektionskontrolle und die Lebensqualität (z. B. bezüglich Stigmatisierung) von Menschen, die mit HIV leben, verringert. Es ist mehr Einsatz notwendig, um auf diese Indikatoren einzugehen, ein breiteres Verständnis der Epidemie sicherzustellen und die Rhetorik zu verändern.

Obwohl das Erreichen der 90-90-90-Ziele ein wichtiger und notwendiger Meilenstein ist, wäre damit erst sichergestellt, dass die Viruslast bei 73 % aller Menschen, die mit HIV leben, unterdrückt ist. Dies hält die Steuerungsgruppe für nicht ambitioniert genug für Länder mit den Ressourcen der Europe5.



Scheitern bei der Verhinderung von Neuinfektionen und ein hoher Anteil von Spät Diagnosen

Das aktuelle Scheitern, Neuinfektionen drastisch zu reduzieren, in Kombination mit einer großen Anzahl von Menschen, die noch nicht diagnostiziert sind, charakterisiert die aktuelle HIV-Epidemie in den gesamten Europe5. Während ein kleiner Rückgang der Inzidenzen in England^[10], Spanien^[5] und Deutschland^[6] berichtet wurde, zeigt sich in Frankreich und Italien nur eine weitgehend stabilisierte Anzahl von Neuinfektionen. In allen Ländern existiert eine signifikante Anzahl an Menschen, die noch nicht diagnostiziert sind, z. B. 13.000 in England (2016), 11.400 in Deutschland (2017) und 14.000 in Italien (2012).^{[3][6][11]} Hier gilt es zu handeln, Konzepte und Lösungsansätze zu entwickeln.

Hohe Raten an Spät Diagnosen (d. h. CD-4 < 350 Zellen /mm³ zum Zeitpunkt der Diagnose) bestehen ebenfalls weiterhin überall in den Europe5. So fielen zum Beispiel in 2017 43 % aller Neudiagnosen in England/GB, 56 % aller Neudiagnosen in Italien und 47,8 % aller Neudiagnosen in Spanien in diese Kategorie.^{[5][10][14]} Eine frühe Diagnose von HIV ist äußerst wichtig, um eine bessere Lebensqualität sicherzustellen und weitere Übertragungen zu minimieren. Dies macht das Vorgehen gegen die Zahl der Spät Diagnosen zu einer kritischen Komponente der HIV-Reaktion.

Aktuelle Herausforderungen der Prävention, der rechtzeitigen Diagnose und der Anbindung an Versorgung werden durch das bisherige Scheitern der meisten der Europe5 beim Erreichen^{[12][13]} des 1. UNAIDS-90-90-90-Ziels deutlich, laut dem 90 % der Menschen, die mit HIV leben, ihren Status kennen sollten. Die einzige Ausnahme ist England/GB, wo 92 % der Menschen, die mit HIV leben, diagnostiziert sind, von diesen sind 98 % in Behandlung und 97 % von ihnen haben eine nicht nachweisbare Viruslast^[13].



Ungleichbehandlung von Untergruppen

Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind einem höheren Risiko für eine HIV-Infektion ausgesetzt. Zum Beispiel Menschen, die hochriskante Verhaltensweisen ausüben, wie das Injizieren von Drogen oder Chemsex¹. Außerdem all diejenigen, die marginalisiert werden bzw. sich als marginalisiert erleben, wie Männer, die Sex mit Männern haben, (MSM) oder Transsexuelle. Dies gilt aber auch für Menschen, die kulturellen oder finanziellen Barrieren gegenüberstehen wie Frauen, die ethnischen Minderheiten angehören. Oder Menschen, die mit HIV-Dienstleistungen in Verbindung gebracht werden, wie neu eingetroffene Migranten oder Sexarbeiter bzw. Menschen, die mit diesen in Kontakt kommen. Eine vollständige Liste der Gruppen mit erhöhtem Risiko finden Sie in Abbildung 5 im Abschnitt Methodologie. Diese Bevölkerungsgruppen leiden auch unter den Folgen von Selbststigmatisierung und sozialer Stigmatisierung, egal ob kultureller, sozialer oder religiöser Natur, die davor abschrecken kann, sich auf die Versorgung einzulassen^[14].

Jahrzehntelange Bemühungen der öffentlichen Hand und der Zivilgesellschaft haben zu Verbesserungen in bestimmten Untergruppen geführt. Gute Beispiele sind der Rückgang der Zahl der Neuinfektionen bei MSM im Zentrum von London im Laufe der Zeit oder die weitgehende Stabilisierung der Zahl der Neuinfektionen bei MSM in Deutschland^{[6][15]}. Andere Bereiche/Gruppen zeigen jedoch eine Verschlechterung der Indikatoren, was darauf hindeutet, dass sie im Hinblick auf den Fokus und die Zugänglichkeit von Dienstleistungen unterversorgt sind. So liegt zum Beispiel in Spanien der Anteil der Frauen mit Spät Diagnose bei 50,6 % im Vergleich zu 47,2 % bei den Männern^[5] und in England ist die Spät Diagnoserate mit 69 % unter schwarzen, afrikanischen Männern höher als im Durchschnitt (43 %)^[10]. Ein effektiver Umgang mit diesen unterversorgten Gruppen erfordert zielgerichtete Programme, die maßgeschneidert sind, um diesen Bevölkerungsgruppen Informationen und Unterstützung zu bieten, und mit Aufklärung der breiteren Bevölkerung gepaart bei der Auslöschung hartnäckiger Stigmatisierungshelfen

1. Chemsex ist die Praktik Drogen zum Vergnügen zu konsumieren, um sexuelle Aktivitäten zu fördern – dies bezieht sich normalerweise auf eine Droge oder auf eine Kombination dreier Drogen: Methamphetamin (Crystal Meth), Mephedron (M-cat) und GHB/GBL (G). Der Konsum dieser Drogen reduziert Hemmungen und vermehrt daher riskante Verhaltensweisen und verschärft gleichzeitig die Problematik der geistigen Gesundheit eines Individuums^[31]



Über die Virussuppression hinaus mit langfristiger Gesundheit Schritt halten

Seit der Verfügbarkeit einer effektiven Therapie können Menschen, die

mit HIV leben, rechtzeitig diagnostiziert wurden und Zugang zu einer Behandlung haben, mit einer beinahe normalen Lebenserwartung rechnen. Das bedeutet, dass es eine zunehmende Anzahl an Menschen gibt, die mit HIV alt werden. Komplikationen, die mit dem Alterungsprozess einhergehen, treten bei Menschen mit HIV häufiger und in jüngerem Alter auf. Dies resultiert aus einer Kombination von Schäden durch die HIV-Infektion, wie ständig erhöhten Entzündungswerten, Langzeittoxizität, den Auswirkungen riskanter Verhaltensweisen wie Rauchen oder dem Gebrauch illegaler Drogen und der Belastung durch altersbedingte Begleiterkrankungen wie Herzkreislauferkrankungen und Leberzirrhose^[16]. Hinzu kommen die höhere Inzidenz von Depressionen und Angststörungen, die bei Menschen, die mit HIV leben, dokumentiert wurden und die im Zusammenhang mit tatsächlicher und wahrgenommener Stigmatisierung, Trauerfällen im Zusammenhang mit HIV und dem Überlebenden-Syndrom stehen, insbesondere unter denen, die die längste Zeit über mit HIV gelebt haben.

Internationale und nationale Gremien, wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO), verlangen eine spezialisierte, personenzentrierte Langzeitversorgung für Menschen, die mit HIV leben, um sicherzustellen, dass eine Langzeitversorgung zur Verfügung steht, die über die Virussuppression hinausgeht^{[18][19]}. Die WHO definiert ihre Vision als „keine neuen HIV-Infektionen, keine Todesfälle im Zusammenhang mit

HIV und keine Diskriminierung im Zusammenhang mit HIV in einer Welt, in der Menschen, die mit HIV leben, ein langes und gesundes Leben haben können“^[19].

Es ist jedoch klar, dass nationale Verfahrensweisen und Praktiken dies noch effektiv umsetzen müssen. HIV wird weiterhin als „akutes“ Geschehen betrachtet und die Bemühungen konzentrieren sich auf Tests und Behandlung, wobei eine anhaltende Virussuppression häufig das ultimative Ziel ist. Die Versorgung erfolgt hauptsächlich durch krankenhausbasierte Spezialisten und interdisziplinäre Teams, was möglicherweise nicht das effektivste und nachhaltigste Modell ist, da Menschen, die mit HIV leben, altern. Langfristige Gesundheit und Wohlbefinden haben andere Anforderungen. Es wird eine Zusammenarbeit zwischen Primär- und Sekundärversorgung und zwischen Spezialisten für Infektionskrankheiten, geistige Gesundheit oder andere, nicht übertragbare Erkrankungen benötigt. Häufig erfolgt eine Zusammenarbeit jedoch (noch) nicht effektiv. Dies führt zu Verzögerungen, Kosten und Leiden.



Einknicken unter dem sozioökonomischen und politischen Druck in Europa

Aktuelle Ereignisse in Europa wie die wirtschaftlichen Sparmaßnahmen und der Aufstieg populistischer Gruppierungen haben ein besonders herausforderndes Umfeld für Menschen geschaffen, die mit HIV leben bzw. davon betroffen sind und damit arbeiten. Dies wurde durch weitere geopolitische Ereignisse wie die Flüchtlingskrise, die 2015 begann, verschärft.

Die Auswirkungen waren überall in den Europe5 zu spüren. So haben zum Beispiel in England strenge Sparmaßnahmen zu einer Verminderung der Mittel geführt, die lokalen und nationalen Behörden für HIV und damit zusammenhängende Dienstleistungen zur Verfügung stehen. Untersuchungen deuten darauf hin, dass ~47 % der lokalen Behörden geplant haben, ihr Budget für sexuelle Gesundheit für 2018-19 zu reduzieren^[20]. Dort, wo neue Mittel benötigt werden, ist es aufgrund der Sparpolitik unwahrscheinlich, dass solche Mittel zu erwarten sind. So gab es zum Beispiel zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts noch keine Finanzierung für den Nationalplan 2017 für HIV/AIDS in Italien.

Es gibt außerdem weiterreichende Gesetze und Richtlinien, die Menschen, die mit HIV leben, und ihre Lebensqualität betreffen. Dazu gehören kostenloser, nicht-diskriminierender Zugang zur Gesundheitsversorgung, gesetzlicher Schutz gegen Stigmatisierung und Diskriminierung und nicht-diskriminierende Gesetze und Vorschriften für Sexarbeiter und Drogenkonsumenten (Details siehe Kapitel für die einzelnen Länder). Die strafrechtliche Verfolgung bestimmter Verhaltensweisen (z. B. fahrlässige Ansteckung) ist ein weiterer rechtlicher Aspekt, der Menschen, die mit HIV leben, betreffen kann. Eine Untersuchung dazu wurde jedoch als außerhalb des Rahmens dieses Berichts angesehen und daher nicht mit einbezogen.

03

Bewertung der HIV-Politik in den Europe5












Das Kapitel umreißt die Bewertung der Steuerungsgruppe für die aktuellen HIV-Politiken in England, Frankreich, Deutschland, Italien und Spanien, heruntergebrochen auf die Stufen des HIV-Versorgungskontinuums. Eine Reihe von Empfehlungen, die für die Europe5 relevant und der Verbesserung des Lebens von Menschen dienen, die mit HIV leben oder davon bedroht sind, wird im nächsten Kapitel dargestellt.

Neue und aufkommende Herausforderungen der Epidemie anzugehen, erfordert Verfahrensweisen, die umfassend, gut finanziert und effektiv implementiert sind.

Frankreich, Deutschland, Spanien und Italien haben kürzlich ihre Verfahrensweisen und ihre Politik zu HIV/AIDS auf nationaler Ebene veröffentlicht oder aktualisiert, entweder als alleinstehende Maßnahme oder in Kombination mit ihrer Politik zu sexueller Gesundheit oder zu anderen Infektionskrankheiten. Englands Mischung aus Dienstleistungsspezifikationen, Empfehlungen öffentlicher Stellen und klinischer Richtlinien formt die Basis der nationalen HIV-Antwort. Alle diese Verfahrensweisen decken die Stufen des HIV-Versorgungskontinuums mit unterschiedlicher Vollständigkeit ab.

Die Steuerungsgruppe dieses Berichtes hat die Effektivität der existierenden Politik Schritt für Schritt über das HIV-Versorgungskontinuum hinweg bewertet, von Aufklärung, und Prävention über Testung und Untersuchungen, HIV-spezifische Therapie bis hin zu langfristiger ganzheitlicher Gesundheit. Sie hat die Fähigkeit der Politik betrachtet, sowohl den bestehenden hohen Versorgungsstandard, wo verfügbar, aufrechtzuerhalten als auch die neuen und aufkommenden Herausforderungen der Epidemie anzugehen. Abbildung 3 bietet eine Zusammenfassung ihrer Bewertung, eine weitere Analyse ist in den Länderkapiteln verfügbar.

Abbildung 3. Die Bewertung der Steuerungsgruppe für die HIV-Politik in den Europ5

	 England	 Frankreich	 Deutschland	 Italien	 Spanien
 Gibt es einen nationalen Plan zu HIV?	Kein Plan	Ja 2017	Ja 2016	Ja 2017	Ja 2017
 Aufklärung	■	■	■	■	■
 Prävention	■	■	■	■	■
 Tests und Untersuchungen	■	■	■	■	■
 HIV spezifische medizinische Behandlung	■	■	■	■	■
 Langfristige ganzheitliche Gesundheit	■	■	■	■	■

Legende ■ Verfahrensweise verfügbar und effektiv ■ Verbesserungspotenzial ■ Verfahrensweise nicht verfügbar

Eine Zusammenfassung der Bewertung der HIV-Politik durch die Steuerungsgruppe ist unten aufgeführt. Länderspezifische Einzelheiten finden Sie in den jeweiligen Länderkapiteln.

3.1 HIV-spezifische Therapien werden im Allgemeinen mit hohem Standard angeboten, allerdings gibt es in Teilbereichen Verbesserungspotenzial

Strategien und Richtlinien für die klinische Behandlung von Menschen, die mit HIV leben, sind in den Europe5-Ländern vorhanden und weitgehend effektiv. Die Richtlinien aller fünf Länder empfehlen den Beginn der antiretroviralen Behandlung unabhängig von der CD4-Zellzahl (siehe Länderberichte). Die Zeit bis zum Beginn der Behandlung kann jedoch unterschiedlich sein. Es wurden Beispiele für bewährte Praktiken wie die Dean Street Clinic in Soho, London, GB pilotiert, wo die Behandlung innerhalb von 48 Stunden nach der Diagnose initiiert wird (siehe Abbildung 4). Sobald eine antiretrovirale Behandlung begonnen wurde, werden Menschen, die mit HIV leben, abhängig von klinischen Bedürfnissen, Adhärenz und Virussuppressionsraten in Abständen von 3, 6 und 12 Monaten eng überwacht. Der Erfolg klinischer Behandlungen wird, wie oben erwähnt, mit dem Fortschritt hinsichtlich der 90-90-90-Behandlungsziele von UNAIDS veranschaulicht.

Es verbleiben Bereiche, die verbesserungswürdig sind. Obwohl Daten über die Zeit bis zur Behandlung auf nationaler Ebene selten sind, deutet anekdotische Evidenz darauf hin, dass nach der Diagnose immer noch mehrere Wochen bis Monate vergehen können, bis die Behandlung beginnt – allerdings werden weitere Daten benötigt, um ein realistisches Bild zu entwickeln. Gleichberechtigter Zugang zu neu zugelassenen Medikamenten ist ebenfalls noch nicht in allen Ländern verfügbar. Schneller und umfassender Zugang zu neu zugelassenen Medikamenten ist in Frankreich und in Deutschland verfügbar. Richtlinien existieren in allen anderen Ländern, verschiedene Herausforderungen können jedoch zu Verzögerungen oder Ungleichheiten beim Zugang führen. Hierzu gehören langwierige, mehrere Schritte umfassende Verfahren oder Einschränkungen bzw. Obergrenzen für Medikamente aufgrund von Budgetgrenzen. Letzteres ist dort besonders ausgeprägt, wo es eine Dezentralisierung von Macht und Verantwortlichkeiten in autonomen Regionen oder Provinzen gibt, dies führt zu größeren Diskrepanzen beim Zugang zu Medikamenten.

3.2 Während die Politik die frühen Stufen des HIV-Versorgungskontinuums abdeckt, ist sie häufig in ihrer Reichweite begrenzt und in der Praxis unterfinanziert, was zu einer inkonsequenten Implementierung führt

Aufklärung

In vielen der Europe5-Länder erkennt die Politik die Wichtigkeit von Interventionen an, die das Bewusstsein für HIV erhöhen und gegen Stigmatisierungen vorgehen

können. In manchen Fällen nimmt sie Gruppen mit einem hohen Infektionsrisiko über effektive Kanäle, zum Beispiel in Form von kultursensiblen Aufklärungsprogrammen für Migranten, ins Visier. Deutschland demonstriert dies besonders gut mit groß angelegten nationalen, regionalen und lokalen Interventionen, die durch staatliche Behörden oder Nichtregierungsorganisationen (NGOs) je nach Ziel- bzw. Untergruppe (z. B. Kampagnen für Jugendliche in den sozialen Medien) übermittelt werden^[21]. Beispiele für bewährte Praktiken gibt es auch in anderen Europe5-Ländern, hierzu gehören innovative YouTube-Kampagnen in Italien, die auf Jugendliche abzielen, und „Do-It London“, eine großangelegte Aufklärungskampagne in England.



„Wir führen zurzeit Aufklärungskampagnen zu Geschlechtskrankheiten für junge Leute mit lustigen Bildern und Wortspielen durch, damit die Menschen darüber lachen und dabei Spaß haben können. Ich hatte Patienten, die deswegen hereinkamen, um sich testen zu lassen, und die ohne diese Initiative wahrscheinlich nicht gekommen wären.“

HIV-Gesundheitsexperte, Deutschland

In der Praxis gibt es jedoch signifikante regionale Unterschiede bei der Effektivität von Aufklärungsinterventionen. Sehr häufig wird die Implementierung der Politik durch autonome Regionen oder separate Regierungsorganisationen dezentralisiert vorgenommen. Als Folge dessen treten signifikante regionale Unterschiede auf. In England sind zum Beispiel die 353 lokalen Behörden/Stadträte für die Entwicklung und das Angebot öffentlicher Gesundheitsaktivitäten verantwortlich und werden gleichzeitig von Public Health England (PHE) unterstützt.



„Es scheint, dass jeder Versuch von PHE, einen nationalen Rahmen durchzusetzen, um die lokalisierten Verhältnisse über ganz England hinweg zu harmonisieren, schlussendlich dazu führt, dass es in manchen Bereichen zu Verdoppelungen kommt und zu absoluten Lücken in anderen“

HIV-Entscheidungsträger, GB

Obwohl die Politik sich häufig der Wichtigkeit bewusst ist, eine hohe Bandbreite von Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko ins Visier zu nehmen, konzentriert sich die Implementierung in der Praxis jedoch fast immer auf eine (oder eine Teilgruppe) dieser Bevölkerungsgruppen. Die meisten Interventionen in Frankreich und Spanien konzentrieren sich zum Beispiel auf die Gruppe der MSM-,

wobei andere Gruppen wie Jugendliche oder Migranten oft ausgelassen werden. Infolgedessen erhalten viele Untergruppen mit hohem Infektionsrisiko und besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen, wie neu eingetroffene Migranten, Frauen mit Migrationshintergrund oder ethnische Minderheiten, keine ausreichende Aufmerksamkeit.



„Kampagnen wurden im Grunde erheblich reduziert und es werden nur bestimmte Bevölkerungsgruppen wie MSM anvisiert. Diese erreichen weder junge Leute noch bestimmte gefährdete Bevölkerungsgruppen wie Migranten“

Experte für HIV-Politik, Frankreich

Prävention

Umfassende, kombinierte Präventionsstrategien sind selten in den Europe5-Ländern, obwohl die Wichtigkeit eines multidimensionalen Ansatzes – wie die Kombination von Verhaltensmanagement, biomedizinischen Aspekten und Schadensreduzierung – weitgehend anerkannt ist. Beispielsweise ist die Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) in Frankreich kostenlos über das Gesundheitssystem erhältlich und ab September 2019 auch in Deutschland, in Italien und Spanien ist sie jedoch nicht routinemäßig verfügbar. In England wird derzeit eine Implementations-Studie mit 26.000 Menschen durchgeführt. Eine Verfügbarkeit der PrEP über den National Health Service (NHS) nach Abschluss der Studie ist jedoch noch nicht garantiert. Es verbleiben noch viele Fragen unter Entscheidungsträgern und klinischen HIV-Experten bezüglich des Einsatzes der PrEP offen, dazu gehören Bedenken über unbeabsichtigte Folgen – wie steigende Fallzahlen anderer sexuell übertragbarer Infektionen – sowie Preisgestaltung und Erstattung. Es werden ebenfalls moralische und ideologische Standpunkte zu ihrem Einsatz diskutiert, was insgesamt die Entwicklung von PrEP-Verfahrensweisen verlangsamt hat und weiterhin verlangsamt.



„PrEP ist absolut nicht implementiert – es wird nur in Richtlinien erwähnt. Wir sind weit davon entfernt, PrEP zu verwenden.“

HIV-Entscheidungsträger, Italien

Konzentrierte Bemühungen für Schadensreduzierung haben zur Verringerung der HIV-Inzidenz unter Menschen geführt, die Drogen injizieren (PWID). In Deutschland zum Beispiel sind Politik und Implementierung umfassend und beinhalten überwachte Drogenkonsumräume sowie Spritzentauschmöglichkeiten und Substitutionsbehandlungen. Auch in Spanien wurden Erfolge gesehen, wo die Inzidenz unter PWID von 5,9 % der Neudiagnosen in 2010 auf 2,8 % in 2015^[22] sank. Manche Gruppen wie Gefängnisinsassen sind immer noch tendenziell unterversorgt – Spritzentauschmöglichkeiten sind aufgrund von Sicherheitsbedenken selten in

Gefängnissen – und neu aufkommende Gruppen mit hohem Infektionsrisiko bzw. Verhaltensweisen, die ein hohes Infektionsrisiko bergen, wie z.B. Chemsex, werden in der Politik noch nicht berücksichtigt.

Tests und Untersuchungen

Die Verfahrensweisen für Tests und Untersuchungen sind generell gut entwickelt, die Implementierung kann aber ineffektiv sein. Tests sind in den Ländern der Europe5 zu unterschiedlichen Graden durch Primär- und Sekundärversorgungseinrichtungen, öffentliche Gesundheitseinrichtungen, Kliniken für sexuelle Gesundheit und NGOs verfügbar. Es wurden Erfolge mit innovativen Ansätzen erzielt, zum Beispiel mit den Selbsttest-Automaten in Brighton, England oder den routinemäßigen Tests, die in kommunalen Drogenkliniken angeboten werden (siehe Abbildung 4).

Es bestehen jedoch weiterhin Barrieren, die die Effektivität des Angebotes und die Durchführung von Tests begrenzen. Hierzu gehört unter anderem ein Mangel an geeigneten Test-Standorten, die anonyme, kostenlose und integrative Angebote bieten. Anforderungen bezüglich des Opt-ins und der Zustimmung der Eltern könnten für weitere Abschreckung vor regelmäßigen Tests sorgen. Schließlich führen Wissenslücken zu Test-Richtlinien und -Verfahren unter Gesundheitsexperten zu verpassten Gelegenheiten für Tests und Untersuchungen in der Primär- und Sekundärversorgung.



„Die Hausärzte sind ein schwieriger Bereich. Sie klassifizieren die Symptome oft nicht korrekt und führen keine HIV-Tests durch, also kommen Patienten recht häufig zu spät in Behandlung. Hausärzte müssen stärker über die Symptome der Patienten aufgeklärt werden.“

Repräsentant einer Patientengruppe, Deutschland

Rasche Überweisungen und Anbindung an Versorgungseinrichtungen sind eine Herausforderung in manchen Ländern, insbesondere unter besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen wie neu eingetroffenen Migranten. In Spanien zum Beispiel vermutet man, dass die Notwendigkeit einer Überweisung vom Hausarzt zu einem HIV-Spezialisten in Kombination mit langen Wartezeiten zu Verzögerungen, Leiden und sogar zu einem Verzicht auf Nachfolgeuntersuchungen bei einzelnen Personen führen kann.

3.3 Fundamentaler Wandel ist erforderlich, um eine langfristige, ganzheitliche Gesundheitsversorgung für Menschen zu ermöglichen, die mit HIV leben.

Die Bereitstellung einer personenzentrierten, langfristigen, ganzheitlichen Gesundheitsversorgung für beste gesundheitliche Resultate erfordert einen fundamentalen Wandel in der Art und Weise, wie die Versorgung von

Menschen mit HIV organisiert und angeboten wird. Die Prävention und das Management von Begleiterkrankungen ebenso wie die Unterstützung der seelischen Gesundheit und nicht-klinischer Dienstleistungen, wie Beratung, Verhaltensberatung und Peer-Mentoring, erfordern spezifischen Fokus und besonderer Anstrengungen. Initiativen wie HIV Outcomes, die die wachsende Bedeutung dieses Themas erkannt haben, versuchen (unter anderem) sicherzustellen, dass ganzheitliche Gesundheit und Wohlbefinden von Menschen, die mit HIV leben, ein zentraler Bestandteil der Reaktion insgesamt sind^[20]. Eine umfassende Unterstützung für langfristige Gesundheit und Wohlbefinden ist jedoch heute immer noch eine zentrale Lücke der Politik, da das Umdenken hin zu einer Anerkennung von HIV und zu einem Umgang mit HIV als langfristige Erkrankung (über die Virensuppression hinaus) noch nicht stattgefunden hat.

Obwohl Strategien und Richtlinien für die Behandlung von Begleiterkrankungen wie nicht übertragbare, chronische Erkrankungen im Allgemeinen existieren, sind sie jedoch oft eigenständig und ausschließlich HIV-spezifisch. Sie sind noch nicht gut in die breiteren Strategien für das Management langfristiger oder chronischer Erkrankungen innerhalb der Gesundheitssysteme integriert. Während das aktuelle Versorgungsmodell stark auf klinikbasierte oder niedergelassene Fachärzte basiert und einen äußerst hochwertigen Service bietet, leidet es jedoch unter Problemen, die mit der Verbindung zwischen verschiedenen Fachdisziplinen, langen Wartezeiten auf Termine oder Überweisungsschleifen zusammenhängen.

“

„Während der Zugang zu Begleiterkrankungsversorgung gut ist, ist die Organisation der Versorgung manchmal kompliziert. Falls man zum Beispiel einen anderen Spezialisten besuchen muss, könnte man Monate auf einen Termin warten.“

Klinischer HIV-Experte und Politik-Experte, Frankreich

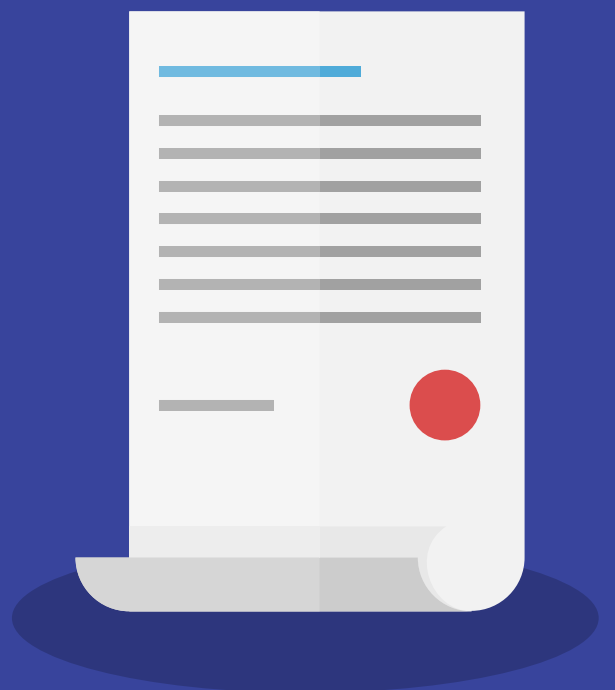
Die Versorgung mit klinischer und nicht-klinischer Unterstützung variiert ebenfalls signifikant. Alle Europe5-Länder bestätigen schwere Budget- und Kapazitätsbeschränkungen bei der psychischen Gesundheitsversorgung der breiteren Bevölkerung, dies betrifft jedoch Menschen, die mit HIV leben besonders, da das Auftreten psychiatrischer und psychologischer Probleme dort häufiger ist. Ein breiteres Angebot anderer Unterstützungsleistungen für Menschen, die mit HIV leben, wie gegenseitige Unterstützung und Beratung, variiert ebenfalls unter den Europe5. In Deutschland wird

das Angebot von der Politik abgedeckt und durch staatlich finanzierte Projekte freigemeinnütziger Träger (NGOs) bereitgestellt, während es in Italien nur in bestimmten Fällen von der Politik abgedeckt wird (zum Beispiel sieht die Politik Beratung bei negativen HIV-Tests vor). In England gibt es keine spezifische Strategie für nicht-klinische Unterstützungsleistungen, was zu einer Abhängigkeit von eigen-finanzierten NGOs führt, um die Lücke zu füllen.

“

„London schneidet im Bereich Unterstützungsdienstleistungen besser ab. Es gibt ganze Regionen, z. B. ländliche Regionen, die nur sehr wenige Dienstleistungen im Unterstützungsbereich haben.“

HIV-Entscheidungssträger, Italien



04

Empfehlungen für die Europe5



4.1 Kombinierte Präventionsstrategien mit angemessenen Implementierungsplänen, die die aktuelle Realität von HIV widerspiegeln, entwickeln

Die Steuerungsgruppe für diesen Bericht empfiehlt ein gemeinsames Rahmenwerk für Präventionsaktivitäten, das auf der aktuellen Epidemiologie von HIV, der Berücksichtigung der am stärksten gefährdeten Untergruppen, aktuellen Trends bei den Übertragungswegen und evidenzbasierten Interventionen mit nachgewiesener Effektivität basiert.

Empfehlung 1

Präventionsansätze mit Hilfe der neuesten verfügbaren Entwicklungen neu bewerten

Der aktuelle Ansatz konzentriert sich weitgehend auf traditionelle Interventionen wie den Gebrauch von Kondomen. Während dies wichtig ist, reflektiert diese Politik jedoch nicht die neuesten wissenschaftlichen Entwicklungen, zu denen biomedizinische Interventionen wie die PrEP gehören, die das Infektionsrisiko reduzieren sollen, sowie gezielte, effektive Kampagnen wie „Undetectable = Untransmittable“ (nicht nachweisbar = nicht ansteckend/U=U). Diese Entwicklungen müssen bedacht und genutzt werden, um die Politik zu formen, damit sie wirkungsvolle Botschaften und effektive Präventionsansätze liefert.

Empfehlung 2

Aufkommende Trends in Präventionsstrategien integrieren

Aktuelle HIV-Strategien und -Verfahrensweisen spiegeln die Veränderungen der Risikomuster innerhalb der wichtigsten Gruppen, die einem erhöhten Risiko von HIV-Infektionen ausgesetzt sind (z. B. Chemsex), nicht vollständig wieder. Es wird mehr Verständnis benötigt und es müssen gezielte, effektive Interventionen entwickelt werden, die in breitere Präventionsstrategien integriert sind.



4.2 Niedrigen Testraten und dem hohen Anteil von Spätdiagnosen begegnen

Trotz kontinuierlicher Bemühungen, sind in den Europe5 Spätdiagnosen von HIV und nicht diagnostizierte Fälle von HIV weiterhin überproportional vorhanden und tragen zu einer Weiterverbreitung und einer größeren Belastung des Individuums und der öffentlichen Gesundheit bei. Während es häufig Strategien und Richtlinien zur Testdurchführung gibt (siehe Länderberichte), ist ihre Implementierung aus einer Reihe von Gründen jedoch immer noch schlecht: Wissensmängel unter Gesundheitsexperten (z. B. Tests bei Indikationserkrankungen), Furcht vor wahrgenommener Stigmatisierung, Anforderungen zu Einverständnis/Opt-In und Mangel an integrativen, zugänglichen Teststandorten (z. B. gemeindebasiert). Die Steuerungsgruppe sieht eine dringende Notwendigkeit zur Ausweitung der Testdurchführung, insbesondere in den Bevölkerungsgruppen, die am meisten gefährdet oder am schwersten zu erreichen sind.

Empfehlung 3

Wiederholte Tests für Menschen mit erhöhtem Risiko verankern

Während Empfehlungen für wiederholte Tests existieren, zeigen Studien, dass diese nicht gut implementiert sind – nicht einmal für Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko^[23]. Es sollten Richtlinien für wiederholte Tests in für bestimmte Gruppen zusammen mit Schulungs- und Aufklärungsprogrammen sowohl für die Öffentlichkeit als auch für Gesundheitsexperten entwickelt und implementiert werden.

Empfehlung 4

Das Angebot und die Durchführung von Tests in allen Versorgungsbereichen verbessern

Eine Vielzahl verpasster Gelegenheiten für HIV-Testdurchführungen ist gut dokumentiert^[24]. Dies deutet darauf hin, dass es hier einen Schwerpunktbereich gibt, der angegangen werden muss. Es sollten Interventionen hierzu erwogen werden, die die Opt-In-Bedingungen, wo es angemessen ist, entfernen und mit besserer Schulung und Aufklärung der Gesundheitsexperten Hand in Hand gehen. Innovative Ansätze wie Testdurchführung im sozialen Umfeld (Siehe Abbildung 3. Beispiele für bewährte Verfahren) oder Probenentnahme daheim sollten ebenfalls bewertet und implementiert werden.





4.3 Verfahrensweisen definieren, die die langfristige Gesundheit von Menschen verbessern, die mit HIV leben

Normalerweise wird für das Management der langfristigen Gesundheit von Menschen, die mit HIV leben, auf Leitlinien wie die der European AIDS Clinical Society (EACS) und auf die Versorgungsstandards für Alterungs- und Begleiterkrankungsmanagement der British HIV Association (BHIVA) verwiesen. Einige länderspezifische Richtlinien – die GeSIDA-Richtlinien in Spanien zum Beispiel – gelten als umfassend. Allerdings sind die Dienstleistungen, die eine personenzentrierte, langfristige Gesundheit für Personen, die mit HIV leben, bieten, derzeit unzureichend und HIV-spezifische Verfahrensweisen nehmen die Bedürfnisse der alternden Bevölkerung, die mit HIV lebt, oder die Wichtigkeit, HIV als langfristige Erkrankung zu behandeln, nicht angemessen wahr. Die Steuerungsgruppe dieses Berichtes sieht eine dringende Notwendigkeit dafür, Standards und Verfahrensweisen zu definieren und angemessene Mittel in diese Richtung zu konzentrieren.

Empfehlung 5

HIV in die langfristige Gesundheitspolitik integrieren

Um die langfristige Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen, die mit HIV leben, erfolgreich zu managen, ist es wichtig, HIV als langfristige Erkrankung anzugehen und mit Verfahrensweisen zu integrieren, die die langfristige Versorgung der Bevölkerung insgesamt sicherstellen. Aus HIV gezogene Lehren sollten genutzt werden, um die langfristige Gesundheit und das Wohlbefinden sowohl von Menschen, die mit HIV leben, als auch der breiteren Bevölkerung insgesamt zu verbessern.

Empfehlung 6

Schulungen und Training für kommunale Pflegekräfte entwickeln

Ein Hauptelement des Angebots von personenzentrierter, langfristiger Versorgung ist die Fähigkeit, Dienstleistungen in der Kommune anbieten zu können. Darüber hinaus benötigt die wachsende Gruppe älterer Menschen, die mit HIV leben und die neue und zusätzliche Anforderungen rund um das Begleiterkrankungsmanagement haben, neue Modelle für die Versorgungserbringung, die häufig außerhalb des Krankenhausumfeldes liegen. Ein wichtiger Schritt ist es, mit maßgeschneiderten Schulungsprogrammen gegen Wissenslücken zu HIV unter kommunalen Pflegekräften vorzugehen.





4.4 Beispiele für bewährte Verfahren finden, herausstellen und verbreiten

Die Reaktion auf HIV in den Europe5-Ländern und darüber hinaus bietet viele Beispiele für effektive Interventionen und bewährte Verfahren. Dieser Bericht enthält viele solcher Beispiele (siehe Abbildung 4). Andere Publikationen, wie das WHO Compendium of Good Practice in HIV^[25] und das HIV Outcomes Compendium of Good Practice^[18], enthalten viele weitere. Die Steuerungsgruppe für diesen Bericht betont die Wichtigkeit, das Rad nicht neu zu erfinden, und mahnt Entscheidungsträger, solche Beispiele zu studieren und an eigene Strukturen und Verhältnisse angepasst in die Politik zu integrieren.

Empfehlung 7

Effektive lokale Praktiken in die Politik integrieren

Viele öffentliche, kommunale, zivilgesellschaftliche und andere Institutionen und Körperschaften bieten hocheffektive Dienstleistungen über das Versorgungskontinuum hinweg an. Sie spiegeln lokale Initiativen zur Lösung spezifischer Probleme wieder und eine Reihe von ihnen hat sich als hoch effektiv erwiesen. Die meisten werden jedoch aufgrund von Finanzierungs- und Kapazitätsgrenzen nicht großflächig genug ausgeführt und sie sind manchmal nicht tragfähig. Erfolgreiche Initiativen und Interventionen sollten identifiziert und weiterverbreitet werden. Wo möglich sollte für sie eine Finanzierung für eine Implementierung zur Verfügung gestellt werden und sobald sie sich bewähren, können sie als bewährte Praktiken in die Verfahrensweisen und Richtlinien übernommen werden.

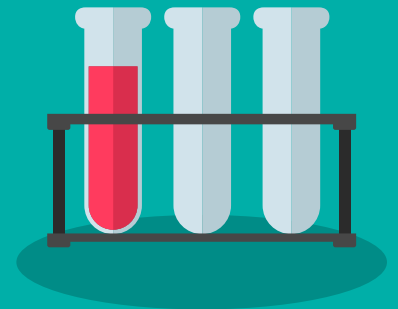


Abbildung 4. Fallbeispiele für bewährte Praktiken (siehe Länderliste für Details)





Klinisches Management



Dean Street Clinic

Sofortiger Zugang zu ART –
Zielsetzung: Zugang innerhalb von 48
Stunden



Langfristige ganzheitliche Versorgung



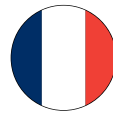
Clinica Metabolica di Modena

Eine multidisziplinäre Klinik für die
Diagnose und Behandlung von nicht-
infektiösen Begleiterkrankungen



Über die Virensuppression hinaus

Nutzung der Studie Positive Voices,
um erstmalig eine vollständigere Sicht
des Wohlbefindens zu entwickeln



Universités des personnes séropositives

Ein Zusammenschluss von Menschen,
die mit HIV leben, um an individuellen
und kollektiven Gesundheitsaspekten
zu arbeiten, indem Informationen und
Erfahrungen geteilt werden



Tests auf Co-Infektionen in öffentlichen Drogenbehandlungszentren

Richtlinien für aktives Testen in
Drogenbehandlungszentren sowie
Prä- und Post-Test-Beratung,
spezifische Präventionsmaßnahmen
und Nachfolgeuntersuchungen



Hospital Clínic de Barcelona - telemedicine

Ein Alternativmodell zur
Langzeitversorgung, das die
Machbarkeit und Zweckmäßigkeit von
Telemedizin für einige Aspekte der
Nachuntersuchung demonstriert



05

Projektbegründung und Methodologie

Projektbegründung

Diese Studie wurde durchgeführt mit der Zielstellung die aktuell etablierten Verfahrensweisen zu bewerten, mit denen in ausgewählten Ländern Europas gegen HIV/AIDS vorgegangen wird, und eine Reihe von Vorschlägen zu Verbesserungsmöglichkeiten zu entwickeln. Dieser Bericht wurde von Gilead Sciences Europe Ltd. gesponsert. Dennoch wurde er voll und ganz von der Steuerungsgruppe bestimmt (siehe Rolle der Steuerungsgruppe) und er ist unabhängig vom Projektsponsor.

Lehren wurden aus mehreren Berichten gezogen, die die aktuelle Rechts- und Politiklandschaft in Europa und ihre Effektivität im Kampf gegen die Epidemie untersuchen, zum Beispiel: Publikationen des OpTEST-Projekts zu rechtlichen und regulatorischen Hindernissen für das HIV-Versorgungskontinuum in Europa^[26], Berichte von AIDS Action Europe zu einer vergleichenden 16-Länder-Studie über den Zugang von Migranten zur Gesundheitsversorgung^[27] und zahllose Zusammenfassungen und Berichte des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) zur Überwachung der Implementierung der Dublin-Erklärung^[28].









Länderauswahl

Fünf westeuropäische Länder (England, Frankreich, Deutschland, Italien und Spanien) wurden in die Studie einbezogen. In diesen Ländern ist HIV/AIDS generell weniger verbreitet (siehe Abbildung 1), was durch kontinuierliche Investitionen und Bemühungen bezüglich des Managements der Epidemie erreicht wurde. Obwohl sie ähnliche Ergebnisse erreicht haben (siehe Abbildung 2), gibt es Unterschiede bezüglich der Verfahren und den rechtlichen Rahmenbedingungen sowie beim Versorgungsangebot für Patienten. Es gibt in jedem der Europe5-Länder Verbesserungspotenzial.

Die Rolle der Steuerungsgruppe

Dieser Bericht wurde von KPMG zusammengestellt, aber durchgehend von einer unabhängigen Steuerungsgruppe begleitet, die sich aus Politik-Experten, klinischen Experten und Patientexperten zusammensetzt (siehe Tabelle 1). Die Steuerungsgruppe hatte die redaktionelle Kontrolle über den Bericht und lieferte in jedem Stadium seiner Erarbeitung Beiträge. Hierzu gehörten die Revision der Diskussionsleitfäden für die Primärforschung, Ratschläge zu öffentlich verfügbaren Informationsquellen sowie die Revision der Ergebnisse (z. B. Politikbewertung nach Ländern, Entwicklung von Vorschlägen). Die hier ausgedrückten Darlegungen stellen die Meinung der Expertinnen und Experten dar und spiegeln nicht notwendigerweise die Meinungen der Organisationen wider, denen sie angehören. Die Experten wurden gemäß des fairen Marktwertes für jedes Land für ihre Zeit und Expertise bei der Teilnahme entlohnt.

Tabelle 1 Projektsteuerungsgruppe

		
Land	Name	Zugehörigkeit
	Prof. Jane Anderson Prof. Chloe Orkin	Homerton University Hospital Royal London Hospital / BHIVA
	Bertrand Audoin Dr. Bruno Spire	IAPAC INSERM / AIDES
	Herbert Backes Prof. Jürgen Rockstroh	Berliner Senat / Fast-Track-City Cities Universität Bonn / EACS
	Emilia de Biasi Prof. Barbara Suligoj	Ex. Senato della Repubblica Istituto Superiore di Sanità
	Ramon Espacio Dr. Esteban Martinez	CESIDA Universität Barcelona / GESIDA

Methodologie

Dieser Bericht besteht aus einer Land-für-Land-Bewertung der HIV-Politik in England, Frankreich, Deutschland, Italien und Spanien. Er identifiziert wichtige Lücken und gibt eine Reihe von Empfehlungen dazu, wie mit diesen umgegangen werden kann. Der Bericht ist so strukturiert, dass einer Präsentation der Befunde auf europäischer Ebene ein Kapitel für jedes Land folgt.

Der Bericht nimmt eine Bewertung der bestehenden Politik im Zusammenhang mit HIV vor. Während Frankreich, Deutschland, Spanien und Italien zurzeit Verfahrensweisen zu HIV auf nationaler Ebene haben (entweder als alleinstehende Maßnahme oder in Kombination mit Verfahrensweisen zu sexueller Gesundheit oder Infektionskrankheiten), hat England dies nicht. Stattdessen setzt sich die nationale Strategie zur Bekämpfung von HIV aus einem Konglomerat von Servicespezifikationen, Empfehlungen öffentlicher Körperschaften und klinischer Richtlinien von akkreditierten medizinischen Gesellschaften zusammen. Für diesen Bericht haben wir, wo notwendig, entsprechende Dokumente verwendet, um die aktuelle Strategie zu bewerten (Hinweis: dies trifft nicht nur auf England zu, da viele Länder Einzelheiten über die Implementierung bestimmter politischer Positionen aus Richtlinien beziehen, insbesondere, wenn es um klinisches Management geht).

Für diesen Bericht wurde das HIV-Versorgungskontinuum in die Stadien des Patientenweges aufgebrochen, um eine Bewertung der Politik in Bezug auf jedes Stadium zu ermöglichen. Es muss jedoch erwähnt werden, dass diese Stadien voneinander abhängen und nicht isoliert betrachtet werden können.

Stadien des HIV-Versorgungskontinuums, die zur Bewertung der HIV-Politik genutzt wurden



Aufklärung

Dies beinhaltet Interventionen, die Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko (siehe Abbildung 5) und die allgemeine Bevölkerung anvisieren, um das Bewusstsein über Tests und Prävention zu erhöhen und Stigmatisierungen im Zusammenhang mit HIV zu reduzieren.



Prävention

Dies beinhaltet kombinierte Präventionsinterventionen, einschließlich Kondomvergabe, Präexpositionsprophylaxe (PrEP) aber auch Postexpositionsprophylaxe (PEP) in beruflichen und nicht-beruflichen Zusammenhängen.



Tests und Untersuchungen

Dies beinhaltet alle Testangebote unabhängig davon, welche Organisationen oder Kostenträger sie erbringen bzw. finanzieren. Hierunter werden auch Selbsttests und Selbst-Probenentnahme, sowie Routineuntersuchungsprogramme (z. B. Lebensdauertests oder vorgeburtliche Untersuchungen) verstanden.



HIV-spezifische medizinische Behandlung

Dies beinhaltet Interventionen zur Sicherstellung einer raschen Behandlung nach der Diagnose und personalisiertes Langzeitmanagement der HIV-Erkrankung für jede Person. Dies bedeutet eine sofortige Initiierung von ART, Zugang zu neu zugelassenen Medikamenten und regelmäßige Kontrollen, um sicherzustellen, dass die Viruslast unterdrückt ist.



Langfristige ganzheitliche Versorgung

Dies beinhaltet Interventionen, um eine altersgemäße Versorgung zu bieten, die Co-Infektionen oder Begleiterkrankungen mit einbezieht, das Angebot von Unterstützung für die geistige Gesundheit und nicht-medizinische Unterstützung wie Peer-Mentoring oder Beratungsprogramme.

Abbildung 5: Definitionen von Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko¹



Männer die Sex mit Männern haben (MSM)

Definition: Im Allgemeinen sind Männer gemeint, die sexuelle Beziehungen zu anderen Männern haben, unabhängig von einer selbstgeäußerten Sexual- oder Geschlechtsidentität.



Sexarbeiter/-innen

Definition: Zu Sexarbeitern/-innen werden weibliche und männliche Erwachsene gezählt (18 Jahre und älter), die sexuelle Dienstleistungen im Austausch für Geld oder Waren ausüben. Sexarbeit ist einvernehmlicher Sex zwischen Erwachsenen unabhängig von der Frage der Organisation.



Menschen, die Drogen injizieren (PWIDs)

Definition: Bezieht sich auf Menschen, die psychotrope oder psychoaktive Substanzen zu nicht-medizinischen Zwecken injizieren. Injektionen können auf intravenöse, intramuskuläre oder subkutane Weise oder über einen anderen Injektionsweg erfolgen. Diese Definition schließt gezielt Personen aus, die sich aus medizinischen Gründen selbst injizieren und die nicht-psychotrope Substanzen zur Verbesserung im Sport selbst injizieren



Migranten

Definition: Die international anerkannte Definition der Vereinten Nationen ist, dass Migrant ist, wer das Land seines oder ihres gewöhnlichen Aufenthalts für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr ändert, so dass das Zielland tatsächlich zum Land des gewöhnlichen Aufenthaltes wird.



Menschen in Gefängnissen und anderen geschlossenen Einrichtungen

Definition: Dies bezieht sich auf erwachsene und jugendliche Männer und Frauen, die in verschiedenen Stufen des Strafrechtssystems inhaftiert sind (z. B. Personen, die während einer strafrechtlichen Untersuchung festgehalten werden, die auf einen Prozess warten, Personen nach der Verurteilung und vor/nach der Strafmaßverkündung). Personen, die ohne Anklage festgehalten werden, sind normalerweise nicht eingeschlossen.



Junge Menschen/ Heranwachsende

Definition: Junge Menschen sind nach der Definition Personen im Alter zwischen 10–24 Jahren. Unter Heranwachsenden versteht man typischerweise Personen im Alter zwischen 10–19 Jahren. Es ist wichtig festzuhalten, dass physische und emotionale Maturität zwischen Einzelpersonen und nach sozialen und kulturellen Faktoren variiert.

Der Bericht bietet auch eine grob gefasste Zusammenfassung weitergefasster Verfahrensweisen und Rechtspositionen, die bekanntermaßen einen Einfluss auf das Management von HIV haben. Dies wurde nicht tiefgehend untersucht. Stattdessen wird ein Überblick über die aktuelle Politik und über Wirkungsnachweise (durch eine begrenzte Untersuchung öffentlich verfügbarer Daten) gegeben.

Weitergefasste rechtliche und politische Hindernisse:

- **Rechtlicher Schutz gegen Stigmatisierung und Diskriminierung:** Die Verfügbarkeit von Gesetzen, die die Rechte von Individuen mit HIV wie das Recht auf Anstellung oder das Recht auf Dienstleistungen schützen
- **Kostenloser, nicht-diskriminierender Zugang zur Gesundheitsversorgung:** Verfügbarkeit des Zugangs zu Prävention und Tests für alle Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko sowie Behandlung von HIV für alle unabhängig vom aufenthaltsrechtlichen Status (inklusive undokumentierter Migranten).
- **Entkriminalisierung von Verhaltensweisen wie Sexarbeit/ Drogenkonsum:** Verfügbarkeit von Gesetzen, die Schutz für Gruppen von Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko bieten, den Zugang zu staatlichen Gesundheitsdiensten fördern und Unterstützung für das Management von Risikoverhalten zur Verfügung stellen.

Um das Vorhaben durchzuführen, haben wir öffentlich verfügbare Informationsquellen untersucht: nationale Pläne, Peer-Review-Zeitschriften, Medien, zivilgesellschaftliche Publikationen und Berichte über HIV/AIDS von nationalen und internationalen/multilateralen Organisationen. Unsere Befunde wurden mit Interviews mit Experten aus jedem Land, die sich aus einer Kombination aus Entscheidungsträgern, Patientenvertretern, Vertretern der Zivilgesellschaft und Gesundheitsexperten zusammensetzen, validiert. Die Interviews dauerten im Allgemeinen eine Stunde und wurden telefonisch durchgeführt. Die Meinungen, die die Personen zum Ausdruck brachten, waren ihre eigenen und entsprechen nicht zwangsläufig den Meinungen der Organisationen, denen sie angehören. Manche Experten wollten anonym bleiben, trotzdem haben wir einige in diesem Bericht genannt (Siehe Anhang 1 – Tabelle 3: Beitragende zu diesem Bericht). Die Experten wurden, gemäß des fairen Marktwertes für jedes Land, für ihre Zeit bei der Forschungsteilnahme entlohnt.

1. Adaptiert von WHO-Richtlinien zu HIV-Prävention, -Diagnose, -Behandlung und -Versorgung für Schlüsselgruppen in der Bevölkerung und The Migration Observatory ^{[29][30]}

06

Referenzen








1. UNAIDS, „2017 Global HIV Statistics“, 2018.
2. Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS, „90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic“, 2014.
3. Kirwan PD, Chau C, Brown AE, Gill ON, Delpech VC and contributors. HIV in the UK - 2016 report. December 2016. Public Health England, London.
4. S. B. Regine V, Pugliese L, Boros S, Santaquilani M, Ferri, „AGGIORNAMENTO DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV E DEI CASI DI AIDS IN ITALIA AL 31 DICEMBRE 2017,“ vol. 31, pp. 1–52, 2018.
5. Ministerio de Sanidad Consumo Y Bienestar Social, „VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH y SIDA EN ESPAÑA 2017,“ 2018.
6. Robert Koch Institut, „Epidemiologisches Bulletin - Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland Stand Ende 2017“, Epidemiol. Bull., 2018.
7. National AIDS Trust, „HIV IN THE UK STATISTICS - 2017.“ [Online]. Verfügbar: <https://www.nat.org.uk/we-inform/HIV-statistics/UK-statistics>.
8. European Centre for Disease Prevention and Control / WHO, „HIV/AIDS surveillance in Europe 2017,“ 2017.
9. LG. Bekker 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, vol. 392, no. 10144, pp. 312–358, 2018.
10. Public Health England, „Trends in new HIV diagnoses and people receiving HIV-related care in the United Kingdom: data to the end of December 2017,“ 2018.
11. A. Mammone et al., „How many people are living with undiagnosed HIV infection? An estimate for Italy, based on surveillance data,“ AIDS, vol. 30, no. 7, pp. 1131–1136, Apr. 2016
12. Public Health England, „Progress towards ending the HIV epidemic in the United Kingdom, 2018 report. Data to end of December 2017,“ no. Dezember 2017, 2018.
13. Terrence Higgins Trust, „New PHE stats show UK has reached UN’s HIV target for 2020 – Terrence Higgins Trust response.“ [Online]. Verfügbar: <https://www.tht.org.uk/news/new-phe-stats-show-uk-has-reached-uns-hiv-target-2020-terrence-higgins-trust-response>.
14. B. A. Friedland et al., „Measuring intersecting stigma among key populations living with HIV: implementing the people living with HIV Stigma Index 2.0,“ J. Int. AIDS Soc., vol. 21, p. e25131, Jul. 2018.
15. N. Nwokolo, A. Hill, A. McOwan, and A. Pozniak, „Rapidly declining HIV infection in MSM in central London,“ Lancet HIV, vol. 4, no. 11, pp. e482–e483, Nov. 2017.
16. J. Ghosn, B. Taiwo, S. Seedat, B. Aufran, and C. Katlama, „HIV,“ Lancet, vol. 392, no. 10148, pp. 685–697, Aug. 2018.
17. „Optimising the health and wellbeing of older people living with HIV in the United Kingdom,“ Clin. Pharm., 2018.
18. „HIV Outcomes.“
19. WHO, Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021, no. June. 2016.
20. Shelley Phelps; Kelvin Brown, „Cuts to sexual-health services imminent,“ BBC News, 2018.
21. „Integrated Strategy for HIV, Hepatitis B and C and Other Sexually Transmitted Infections.“ Federal Ministry of Health and the Federal Ministry for Economic Cooperation and Development, Germany

22. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; Ministerio de Economía y Competitividad; Instituto de Salud CarlosIII, "Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España," Sist. Inf. Sobre Nuevos Diagnósticos Vih Regist. Nac. Casos Sida, pp. 1–35, 2016.
23. Public Health England, "HIV Testing in England: 2017 report," 2017.
24. D. Raben et al., "Auditing HIV Testing Rates across Europe: Results from the HIDES 2 Study," PLoS One, vol. 10, no. 11, p. e0140845, Nov. 2015.
25. World Health Organization (WHO), "Compendium of good practices in the health sector response to HIV in the WHO European Region. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/375997/HIV-Comp-Aug-29-2.pdf?ua=1," 2018.
26. OptTEST, "OptTEST legal & regulatory barriers 'toolkit.'" <http://www.opttest.eu/Tools/Addressing-Legal-And-Regulatory-Barriers-To-Testing>.
27. European HIV Legal Forum (EHLF), "Accessing HIV prevention , testing , treatment care and support in Europe as a migrant with irregular status in Europe : A comparative 16-country legal survey," 2018.
28. World Health Organization, "Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia," WHO Europe website.
29. WHO, "HIV- Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations," no. July, pp. 1–8, 2014.
30. The Migration Observatory, "Who Counts as a Migrant? Definitions and their Consequences," pp. 1–8, 2015.
31. "'Chemsex' LGBT Foundation." [Online]. Verfügbar unter: <https://lgbt.foundation/chemsex>.

Anhang 1 – Beitragende

Interviews mit Experten aus den Europe5-Ländern wurden verwendet, um die Befunde in unserem Bericht zu validieren. Die Interviews dauerten im Allgemeinen eine Stunde und wurden telefonisch durchgeführt. Die Meinungen, die die Personen zum Ausdruck brachten, waren ihre eigenen und entsprechen nicht zwangsläufig den Meinungen der Organisationen, denen sie angehören. Manche Experten wollten anonym bleiben. Die Experten wurden gemäß des fairen Marktwertes für jedes Land für ihre Zeit bei der Forschungsteilnahme entlohnt.

Tabelle 2: Beitragende zu diesem Bericht

		
Land	Primäre Interviewpartner	
	Prof. Brian Gazzard, Chelsea and Westminster NHS Garry Brough, Positively UK Paul Steinberg, London Councils / HIV Prevention	Yusuf Azad, National Aids Trust Dr. Valerie Delpech, Public Health England HIV Community Stakeholder, England
	Christian Andreo, AIDES Dr. Claire Pintado, Saint Louis, AP-HP, Paris Dr. Jade Ghosn, Hotel-Dieu Universitätsklinikum	Dr. Anne Simon, Hôpital Pitié-Salpêtrière Dr. Denis Lacoste, Universitätsklinikum Bordeaux Jean Spiri, CRIPS
	Dr. Axel Baumgarten, Institut für HIV Forschung, Berlin Dr. Horst Herkommer, Universitätsklinikum Frankfurt, Frankfurt HIV NGO-Aktivist, Berlin, Deutschland	Silke Klumb, Deutsche AIDS-Hilfe Dr. Hans-Jürgen Stellbrink, Universität Hamburg / Deutsche AIDS Gesellschaft
	Lella Cosmaro, LILA / EATG Maria Stagnitta, C.NC.A / PNAIDS Working Group Dr. Mario Cruciani, Universität Verona	Dr. Mario Cascio, NPS Italia / EATG HIV-Spezialist, Arzt, Mailand, Italien
	Dr. Maria Galindo, Hospital Clinic Valencia / SEISIDA Joan Colom, Generalitat de Catalunya Klinischer HIV-Experte, Spanien	Regionaler Entscheidungsträger zu HIV, Spanien Nationaler Entscheidungsträger zu HIV, Spanien



kpmg.com/uk

Die hier enthaltenen Informationen sind allgemeiner Natur und nicht dazu gedacht, auf die Umstände irgendeines bestimmten Individuums oder einer Organisation einzugehen. Obwohl wir anstreben korrekte und aktuelle Informationen zu bieten, kann es keine Garantie dafür geben, dass solche Informationen am Datum, an dem sie empfangen werden, korrekt sind oder dass sie auch in Zukunft korrekt bleiben werden. Niemand sollte aufgrund solcher Informationen handeln, ohne angemessenen, professionellen Rat nach gründlicher Untersuchung der jeweiligen Situation eingeholt zu haben.

© 2019 KPMG LLP, eine britische Limited Liability Partnership und ein Mitgliedsunternehmen des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsunternehmen die der KPMG International Cooperative („KPMG International“), einem schweizer Unternehmen, angegliedert sind. Alle Rechte vorbehalten.

Der Name und das Logo von KPMG sind registrierte Handelsmarken oder Handelsmarken von KPMG International. CREATE. | CRT107800A | März 2019