



HIV in Österreich



Zusammenfassung* des 47. HIV- Kohortenberichts 2024

AGES Wissensmanagement

*Den wissenschaftlichen Bericht mit sämtlichen Daten im Detail finden Sie auf der Website der Aidshilfe, siehe Link am Ende des Dokuments

30.01.2025

Inhalt

Inhalt.....	2
Situation in Österreich.....	3
Wer ist in Österreich mit HIV infiziert?.....	3
Patient:innen mit einem Follow-up in den letzten 12 Monaten.....	5
Ansteckungswege.....	5
Wird der HIV-Test effizient eingesetzt?.....	6
Stadien der HIV-Erkrankung.....	7
Lücke zwischen Infektion und Diagnose.....	8
Sterblichkeit.....	9
Virussuppression unter antiretroviraler Therapie.....	10
Übertragung von arzneimittelresistentem HIV.....	11
Koinfektionen.....	12
Komorbiditäten.....	12
Geschichte und Organisation der HIV-Kohorte.....	14
Ausblick.....	15
HIV/AIDS in Austria.....	16

Situation in Österreich

Die HIV-Kohorte

In Österreich werden die meisten HIV-Infizierten in der HIV-Kohorte (AHIVCOS) erfasst und behandelt. Ein Zusammenschluss aus mittlerweile neun Kliniken betreut nach einem einheitlichen System die Patient:innen, stellt eine hochwertige und einheitliche Behandlung sicher, dokumentiert nach internationalen Standards und ermöglicht so auch eine vergleichende Forschung. Die HIV-Kohortenstudie ist ein Verein und wird finanziert von:

- RESPOND, internationales Kohortenkonsortium (Koordination: Universität Kopenhagen, Dänemark)
- der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) (im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz)
- der Pharmazeutischen Industrie (allen Herstellern von HIV-Medikamenten)
- den teilnehmenden Kliniken (erstatten Wartung der Software)

Koordiniert wird die HIV-Kohorte von Robert Zangerle, Medizinische Universität Innsbruck.

Wer ist in Österreich mit HIV infiziert?

Wenn man davon ausgeht, dass AHIVCOS repräsentativ für Österreich ist, beläuft sich die Gesamtschätzung mit dem Modellierungstool des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) für Menschen mit HIV in Österreich Ende des Jahres 2022 auf 11.860. Dies ist eine Überschätzung, da die Erfassung von Personen, die das Land verlassen haben, sehr unvollständig ist (z. B. Wanderarbeiter aus Europa, die hauptsächlich in der Tourismusbranche tätig sind, Ablehnung von Asylanträgen). Nach Angaben des Dachverbands der Sozialversicherungsträger erhielten im Jahr 2022 7.768 Personen eine Therapie mit anti-HIV Medikamenten („antiretrovirale Therapie -ART“), von denen 64 % von den AHIVCOS Behandlungszentren betreut wurden. Mit dem ECDC-Tool kann geschätzt werden, dass zwischen 86,5 % und 92,2 % der Menschen mit HIV in Österreich eine antiretrovirale Therapie erhalten. Daraus

ergibt sich eine Schätzung von 8.400 bis 9.000 Personen in Österreich, die Ende des Jahres 2022 mit HIV lebten.

Die Kohortenstudie wurde im Jahr 2001 gegründet und repräsentiert inzwischen eine Nachverfolgung von 133.774 Patientenjahren, darunter 2.966 Todesfälle. Allerdings fehlen Daten von Patient:innen, die in früheren Jahren verstorben sind.

Das Durchschnittsalter stieg von 39,2 Jahren im September 2002 auf 50,8 Jahre im Jahr 2024.

25,1 % der Patient:innen, bei denen in den letzten zwölf Monaten ein Follow-up durchgeführt wurde, sind weiblich. Am höchsten ist die Rate im Burgenland (33,4 %) und in Oberösterreich (31 %).

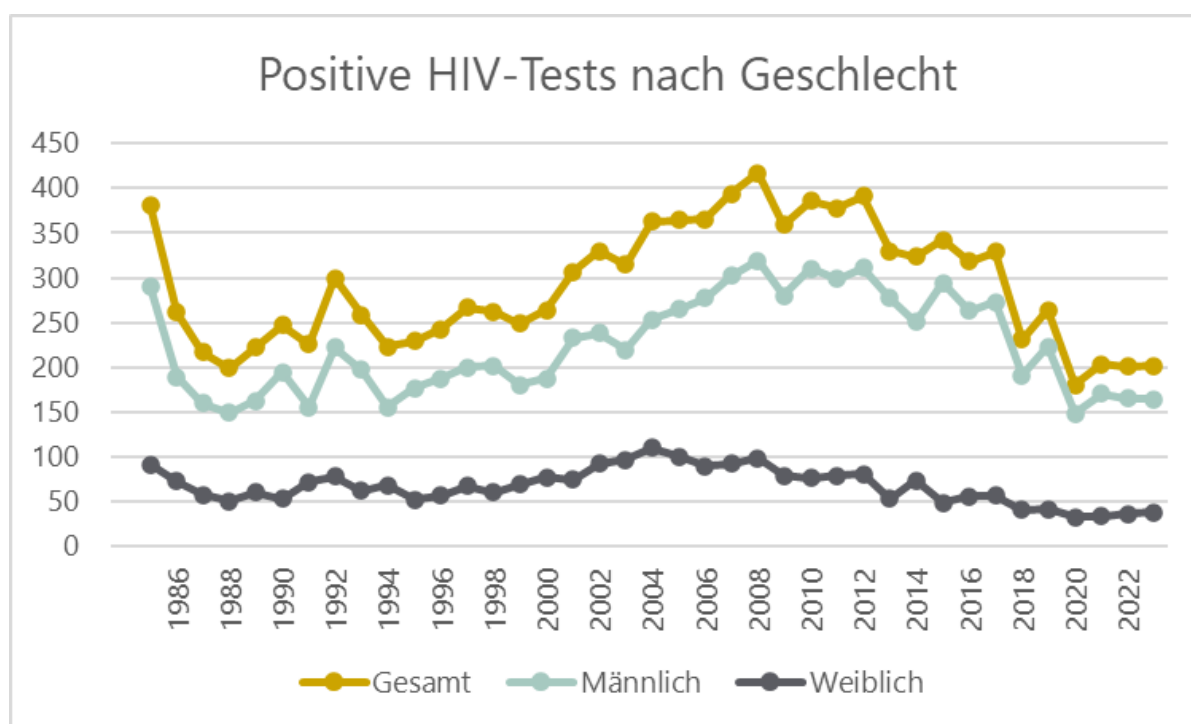


Abbildung 1: Anzahl positiver HIV-Tests in den Jahren 1985 bis 2023 nach Geschlecht. Zudem sind 20 Transgender-Frauen Teil der Kohorte

Im Jahr 2024 betrafen 57,1 % der neuen HIV-Diagnosen Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft. Auch insgesamt hat die Mehrheit der Kohortenteilnehmer:innen die österreichische Staatsbürgerschaft (68,6 %)

Patient:innen mit einem Follow-up in den letzten 12 Monaten

Die meisten Kohorten-Teilnehmer:innen werden im AKH Wien (1.429) betreut, gefolgt vom Klinik Penzing Wien (832), Innsbruck (783), Linz (724), Graz (502), Salzburg (348), Klagenfurt (261), Klinik Favoriten Wien (222) und Feldkirch (137).

Ein beträchtlicher Anteil (31,31 %) der Patient:innen hatte innerhalb der letzten zwölf Monate keine Nachuntersuchung. Die Hauptgründe für diesen "Verlust der Nachsorge" sind die Übergabe der Betreuung an Gesundheitsdienstleister außerhalb der krankenhausbasierten HIV-Zentren der AHIVCOS und die recht hohe Anzahl von Personen, die das Land verlassen haben.

Ansteckungswege

Von den Teilnehmer:innen, die in den zwölf Monaten vor dem letzten Stichtag Kontakt mit einem Zentrum hatten, infizierten sich:

- 38,65 % durch heterosexuelle Kontakte
- 43,87 % über Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)
- und 11,85 % über Drogeninjektionen (IDU - Injecting Drug Users).

In der Untergruppe der heterosexuell erworbenen Infektionen liegt die Rate bei den Frauen bei 51,9 %.

Eine Übertragung von Mutter zu Kind ist heutzutage sehr selten, weil fast alle Schwangeren mit HIV-Infektion eine antiretrovirale Therapie erhalten, sodass eine Infektion beim Neugeborenen weitgehend ausgeschlossen bleibt. Insgesamt sind in der Kohorte 78 Personen mit diesem Übertragungsweg erfasst, elf davon sind verstorben, 14 sind aktuell unter 18 Jahre alt und 51 sind aktuell 18 Jahre alt oder älter. Von zumindest zwei Mutter-Kind-Ansteckungen in den vergangenen Jahren ist bekannt, dass die Familien auch zu HIV-Leugner:innen Kontakt hatten und von ihnen beraten wurden.

Wird der HIV-Test effizient eingesetzt?

Österreich hat eine der höchsten Pro-Kopf-Raten an HIV-Tests in Europa, über 75 Tests pro Jahr pro 1.000 Personen. Dennoch werden eine beträchtliche Anzahl von Patient:innen (über 40 %) erst spät diagnostiziert, ihr Immunsystem ist um Diagnosezeitpunkt bereits geschwächt (CD4-Zellzahl $<350/\mu\text{l}$).

Daher wurden die Risikofaktoren für eine "frühe" und eine "späte" Diagnose untersucht. Analysiert wurden Patient:innen, bei denen zwischen 2001 und 2024 eine HIV-Diagnose gestellt wurde. In diesem Zeitraum wurden 7.435 HIV-Infektionen neu diagnostiziert.

Eine "späte" Diagnose ist definiert durch: eine CD4 Zellzahl unter 350 Zellen pro Mikroliter zum Zeitpunkt der HIV-Diagnose und/oder AIDS innerhalb von drei Monaten nach der HIV-Diagnose. Auf 42,13 % der Diagnosen von 2001 bis 20124 treffen die Kriterien einer späten Diagnose zu.

Ein höheres Risiko spät diagnostiziert zu werden, wurde festgestellt bei älteren Patient:innen (>50), bei heterosexuell Infizierten und männlichen IDU im Vergleich zu MSM, sowie bei Personen, die nicht aus Österreich stammen.

Eine "frühe" Diagnose oder "kürzliche" Infektion ist definiert durch: akute HIV-Infektion, einer akuten fieberhaften Erkrankung ohne Schnupfen und Husten, aber häufig mit einem Hautausschlag oder ein dokumentierter negativer HIV-Test nicht mehr als drei Jahre vor dem ersten positiven Test. Von allen, die seit 2001 einen positiven HIV-Test zeigten, hatten 16,31 % eine frühe Diagnose, mit einer leichten aber kontinuierlich abnehmenden Tendenz in den letzten zehn Jahren.

Stadien der HIV-Erkrankung

Die Teilnehmer:innen der Kohorte repräsentieren alle Stadien der HIV-Infektion.

Die Einteilung in Stadien erfolgt anhand klinischer Kategorien und einem Laborparameter – der Anzahl der CD4-Zellen im Blut. Je weniger dieser Immunzellen vorhanden sind, umso schwächer ist das Immunsystem. Kombiniert man diese beiden Indikatoren, lässt sich folgende Kategorisierung erstellen:

Tabelle 1: Stadien von HIV

CD4-Zahl	A asymptomatisch	Nicht-Aids definierende Merkmale	AIDS
≥500/μl	A1	B1	C1
200-499/μl	A2	B2	C2
<200/μl	A3	B3	C3

Für die wissenschaftliche Auswertung spielt die niedrigste jemals gemessene CD4-Zellzahl einer Person eine wichtige Rolle. Dieser CD4-Nadir-Wert genannte Indikator ermöglicht die Darstellung, wie viele HIV-positive Personen zu welchem Zeitpunkt ein geschwächtes Immunsystem haben oder hatten. Aufgrund der erfolgreichen Behandlung durch antiretrovirale Therapie hat der Indikator in den letzten Jahren an Wichtigkeit verloren.

Am 1. September 2023 hatten etwa 3,4 % der Patient:innen mit einem Besuch in den letzten zwölf Monaten eine aktuelle CD4-Zellzahl unter 200/μl und 17 (0,3 %) von ihnen hatten eine CD4-Zellzahl unter 50/μl. Die mittlere CD4-Zellzahl liegt derzeit bei 723/μl. Ein solcher Wert spricht für ein funktionierendes Immunsystem und daher wird die Zahl der Patient:innen mit einer opportunistischen Infektion auch in den kommenden Jahren niedrig bleiben.

Lücke zwischen Infektion und Diagnose

Mit Hilfe langjähriger Daten und komplexer Modelle ist es möglich, von der CD4-Zellzahl zum Zeitpunkt der Diagnose auf den Zeitpunkt der Infektion zurückzurechnen. Außerdem kann geschätzt werden, wie viele Personen HIV-positiv sind, aber noch keine Diagnose erhalten haben.

Aus Sicht der Prophylaxe ist die späte Diagnose der Grund, warum sich HIV noch immer ausbreiten kann. In dem Zeitraum zwischen Infektion und Diagnose wird das Virus weitergegeben. Die einzige Möglichkeit, diese Lücke zu schließen ist die Präexpositionelle Prophylaxe (PrEP): Sie senkt für HIV-negative Personen die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung. Ein breiterer Einsatz bei Personen mit einem erhöhten Risiko für eine HIV-Infektion, würde die Verbreitung weiter bremsen.

Die Modellrechnungen zeigen, dass in Österreich die meisten HIV-Infizierten diagnostiziert sind, nämlich um die 96 Prozent. Dadurch wäre es zumindest denkbar, mit Hilfe der antiretroviralen Therapie (wenn das Virus supprimiert ist, ist man nicht mehr ansteckend) und der PrEP die Verbreitung von HIV zu stoppen. Noch gibt es dafür aber auch hierzulande zu viele Spätdiagnosen und einen zu geringen Einsatz von PrEP. Nach dem Modell von ECDC beträgt die durchschnittliche Dauer von der Infektion bis zur Diagnose in Österreich etwas mehr als drei Jahre.

Eine neue Form der PrEP wurde 2024 als „wissenschaftlicher Durchbruch des Jahres“ bezeichnet: Lenacapavir kann eine Infektion mit HIV verhindern und muss nur zwei Mal im Jahr gespritzt werden.

Sterblichkeit

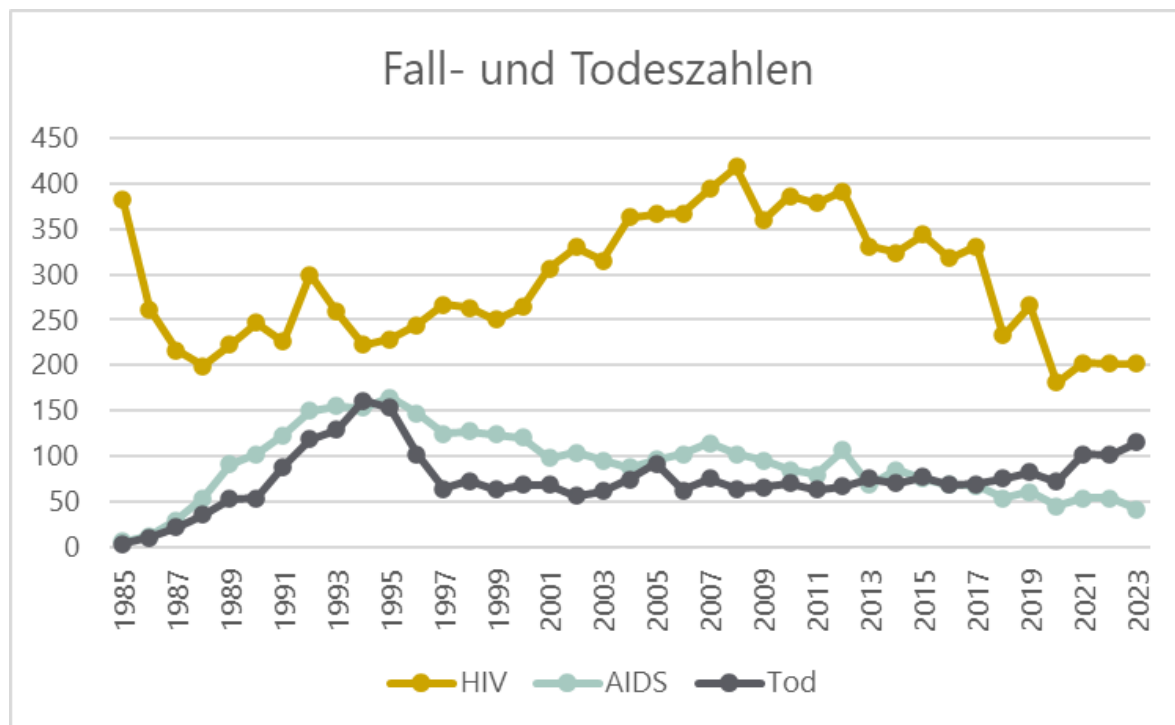


Abbildung 2: Fall- und Todeszahlen in Österreich 1985-2023

Der Rückgang der Sterblichkeitsrate nach der Einführung antiretroviraler Kombinationstherapien ist sehr deutlich. Im Jahr 1994 lag die Sterblichkeit von Patienten mit AIDS bei 40,6 pro 100 Personenjahre für Männer und 44,4 für Frauen. In den letzten Jahren ist die Rate sowohl bei Männern als auch bei Frauen auf unter fünf gesunken. Die Sterblichkeit innerhalb aller Personen mit HIV betrug in den letzten Jahren um 1 pro 100 Personenjahre. Haupttodesursache ist inzwischen nicht mehr eine Komplikation durch AIDS, sondern nicht AIDS-definierende Tumore, wie z.B. Lungenkrebs – der Anteil an Raucher:innen ist bei Personen mit HIV höher als in der Gesamtbevölkerung.

Unbehandelt dauert es von der HIV-Infektion bis zum Tod im Median zehn bis zwölf Jahre. Doch diesbezüglich gibt es sehr starke Schwankungen: Eine sehr kleine Gruppe von Personen bleibt viele Jahre symptomlos, einige haben dabei eine geringe Virenbelastung, andere eine hohe CD4-Zahl und manche auch beides – selbst ohne ART.

Virussuppression unter antiretroviraler Therapie

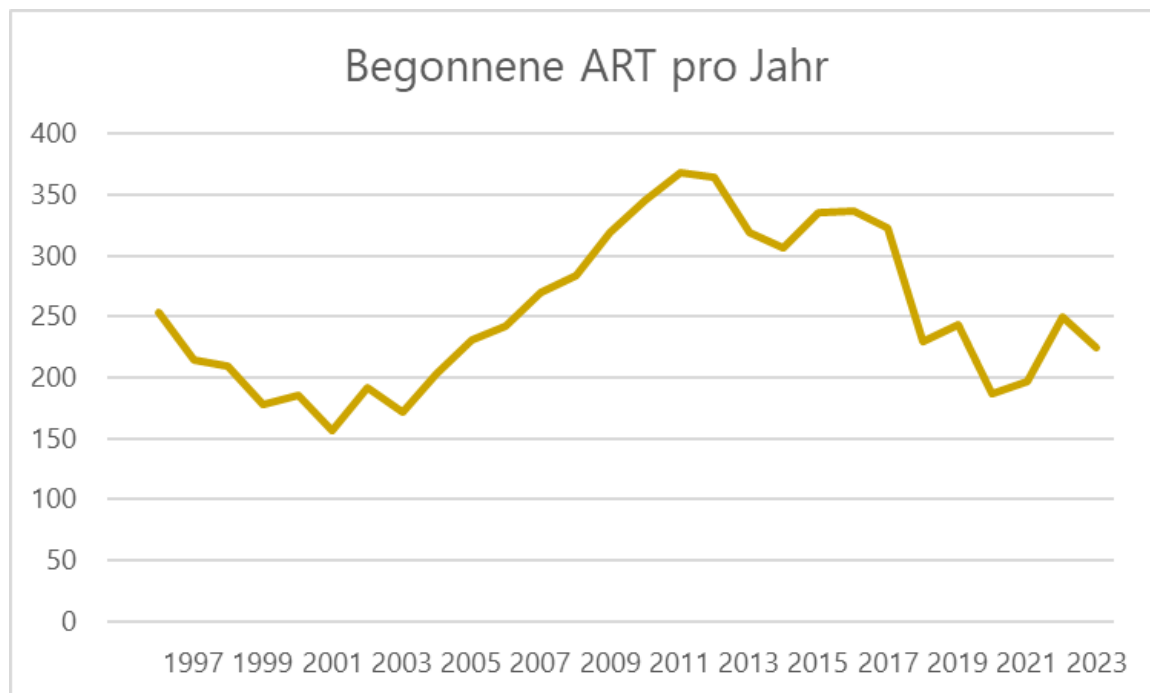


Abbildung 3: Anzahl der begonnenen ART pro Kalenderjahr von 1997 bis 2023

HIV-Infizierte Personen erhalten eine antiretrovirale Therapie. Sie unterdrückt die Vermehrung der Viren. Im Zuge einer Kombinationstherapie kommen dafür mehrere Wirkstoffe gemeinsam zum Einsatz. Die Kombination verschiedener Wirkmechanismen erhöht die Wirksamkeit der Behandlung und soll bestmöglich Resistenzen verhindern.

Die Behandlung kann zwar das Virus nicht aus dem Körper verdrängen, doch die Erkrankung AIDS verhindern.

Im September 2024 erhielten 4.794 Patient:innen in der Kohorte eine ART, das sind 99 % von allen, die zu der Zeit in Kontakt mit einem der Zentren standen. Die Rate der viralen Suppression unter antiretroviraler Therapie ist in Österreich mit etwa 90 % ähnlich hoch wie in anderen Ländern.

Über den Anstieg der CD4-Zellzahl während der antiretroviralen Therapie:

Die CD4-Zellen sind während der antiretroviralen Therapie kontinuierlich angestiegen, und der Anstieg setzt sich auch nach fünf und 7,5 Jahren nach Beginn

der ART fort. Der Anstieg ist bei Patient:innen mit kontinuierlicher ART schneller als bei Patient:innen mit Behandlungsunterbrechungen.

Übertragung von arzneimittelresistentem HIV

Ähnlich wie bei antibiotikaresistenten Keimen könnte Resistenzbildung in der Behandlung von HIV zum Problem werden. Daher wird beobachtet, ob sich Resistenzen gegenüber einzelnen Medikamentenklassen ausbreiten. Die Übertragung von arzneimittelresistenten HI-Viren ist in den letzten Jahren zurückgegangen.

Die allgemeine Häufigkeit der Entwicklung von Arzneimittelresistenzen ist auf einem recht hohen Niveau, während die Häufigkeit der 3-Klassen-Resistenz auf einem niedrigen Niveau stabilisiert wurde. Das Risiko, eine Resistenz zu entwickeln, ist gering bei denen, die in den letzten Jahren mit der Therapie begonnen haben.

Der stärkste Risikofaktor für die Entwicklung einer 3-Klassen-Resistenz während einer antiretroviralen Therapie ist der Beginn der ART vor 1997 sowie zwischen 1997 und 2003, gefolgt von einem niedrigen CD4-Nadir und einem jüngeren Alter bei Beginn der ART. Personen mit einer aktuellen HIV-RNA unter 50 Kopien/ml scheinen ein geringeres Risiko für die Entwicklung einer 3-Klassen-Resistenz während der ART zu haben.

In der Kohorte haben 48 von 9.105 Patient:innen eine Mutation des Codons 65 der RT (K65R), das die Wirkung von Tenofovir, dem wichtigsten nukleosidischen Medikament beeinträchtigt. Das Auftreten der Mutation K65R war häufiger bei Regimen mit Tenofovir im Vergleich zu Abacavir und konnte häufiger bei Patient:innen mit fortgeschrittener Immunschwäche (niedriger CD4-Nadir/ AIDS) sowie bei heterosexuell infizierten Frauen gefunden werden.

Bis jetzt hat die Transmission von Resistenzen in der Kohorte noch keine Schwierigkeiten in der Behandlung nach sich gezogen.

Koinfektionen

Koinfektionen mit Syphilis, Hepatitis B und Hepatitis C sind häufig. Wie in anderen europäischen Ländern ist auch in Österreich ein enormer Anstieg der Syphilis-Neuinfektionen zu beobachten, insbesondere unter MSM. Dies deutet auf einen Mangel an Prävention und "Safer Sex"-Praktiken hin. Es suchen vermutlich zahlreiche Betroffene gezielt Sexualkontakte mit Partnern mit demselben HIV-Status; dieses verstärkte „Sero-Sorting“-Verhalten könnte wesentlich zum Syphilis-Anstieg beigetragen haben.

Syphilis kann sich unbehandelt über mehrere Jahre ziehen und auch Reinfektionen sind möglich, da es keine langfristige, schützende Immunität gibt.

In Österreich ist die Infektion mit Hepatitis C bei MSM unüblich. Nicht allen Patient:innen wird eine Impfung gegen Hepatitis B angeboten, obwohl sie für alle HIV-Infizierten empfohlen wird. Hepatitis B wird im Zuge der ART im Falle einer Koinfektion mitbehandelt, fast ausschließlich mit einer Kombination aus Tenofovir und Emtricitabin.

Komorbiditäten

Die verbesserte Überlebensrate hat dazu geführt, dass sich die Gesundheitsversorgung auf mehr Personen über einem Alter von 50 Jahren verlagert hat. Die medizinischen Bedürfnisse älterer HIV-infizierter Patient:innen können sich von denen jüngerer Patient:innen unterscheiden. Ältere Menschen mit einer neuen oder langjährigen HIV-Infektion haben ein höheres Risiko für nicht HIV-bedingte Krankheiten. Mit zunehmender Komedikation gewinnen auch die potentiellen Wechselwirkungen zwischen Medikamenten an Bedeutung und verlangen nach entsprechender pharmakologischer Expertise.

Besonders relevant sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose, Leber- und neuropsychiatrische Störungen. Die Alterung der betreuten HIV-infizierten Bevölkerung wird zu einem komplexeren medizinischen Management, das auch zu

höheren Kosten führt. Die Gesundheitsbehörden müssen sich über die Auswirkungen dieser Veränderung in naher Zukunft im Klaren sein.

Geschichte und Organisation der HIV-Kohorte

Ende des Jahres 2001 haben Vertreter:innen von fünf österreichischen HIV-Behandlungszentren die "Österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS)" gegründet:

AKH Wien, Klinik Penzing, AKH Linz, LKH Innsbruck und LKH Graz West.

Bis 2018 kamen folgende Zentren hinzu:

LKH Salzburg und LKH Klagenfurt (2008), Klinik Favoriten (2016), LKH Feldkirch (2018).

Die Verantwortung für die medizinische und wissenschaftliche Koordination liegt bei Robert Zangerle von der Medizinischen Universität Innsbruck.

Die Etablierung dieser Kohorte war ein entscheidender Schritt hin zu einem einheitlichen Behandlungsstandard, der nicht nur die Patient:innenversorgung verbessert, sondern auch Dokumentation, internationalen Vergleich und Forschung ermöglicht.

Die Ziele der österreichischen Kohortenstudie sind folglich:

- 1) Optimierung des Patient:innenmanagements
- 2) HIV-Überwachung
- 3) Forschung

Eine spezielle Software, das "HIV Patient Management System" (HIP), wird in allen Zentren eingesetzt. Alle diesbezüglichen Rechte liegen bei AHIVCOS. Die Daten der einzelnen Teilnehmer:innen werden für die Auswertung anonymisiert (auch keine Initialen, lediglich Geburtsjahr).

In Bezug auf den Datenschutz entspricht das Programm voll und ganz dem österreichischen Datenschutzgesetz (DSG 2000, gültig seit 1.1.2000). Der Zugriff auf die Datenbank in den Zentren ist nur für autorisierte Personen möglich.

Das HIP erfüllt einerseits komplexe Aufgaben für das klinische Management von HIV-infizierten Patient:innen, andererseits erlaubt es Abfragen und Analysen über die gesamte Kohorte. Während bei der klinischen Patient:innenverwaltung die Lesbarkeit von Diagnosen und Therapien, die Erstellung von Arztberichten, Rezepten, der

Ausdruck von Befunden etc. im Vordergrund stehen, benötigen wissenschaftliche Abfragen eine präzise Codierung und Kategorisierung.

Besondere Herausforderungen für das HIV-Patient:innenmanagementsystem sind:

- Plausibilitätsprüfung der Daten nach Eingabe in die Datenbank
- Erfüllen der Anforderungen sowohl bezüglich der klinischen Patient:innenverwaltung als auch als wissenschaftliche Datenbank
- Schwache/überlastete Infrastruktur in HIV-Behandlungszentren, so dass eine korrekte und vollständige Dokumentation gefährdet sein kann.

Ausblick

Der Bericht der österreichischen HIV-Kohortenstudie ist repräsentativ für die Epidemiologie von HIV/AIDS in Österreich und dient daher als Datenquelle für das ECDC in Stockholm. Er kann gut mit anderen Berichten aus Österreich verglichen werden, wie z.B. dem Bericht zur Nierenersatztherapie der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie und Austrotransplant. Außerdem hat die Einrichtung des HIV-Patient:innenmanagementsystems eine wichtige Rolle bei der Verbesserung der klinischen Versorgung von Menschen mit HIV/AIDS gespielt ("Good Clinical Chronic Disease Practice").

Einige verbleibende Probleme sind vor allem auf die uneinheitliche Nutzung des HIV-Patient:innenmanagementsystems und die damit einhergehende uneinheitliche Dateneingabe zurückzuführen. Regelmäßige Aktualisierungen und Verbesserungen des HIV-Patient:innenmanagementsystems sollten dazu beitragen, diese Herausforderungen zu bewältigen.

Bei der Entwicklung des HIV-Patient:innenmanagementsystems wurde das internationale Standardformat berücksichtigt. Dadurch wurde und wird die Zusammenführung von Daten mit internationalen Kohortennetzwerken wie RESPOND (Koordinationszentrum Universität Kopenhagen, Dänemark), ART-CC (Koordinationszentrum Universität Bristol, Großbritannien) und HIVCAUSAL (Harvard University Boston, USA) erheblich vereinfacht.

HIV/AIDS in Austria

Der vollständige Bericht der HIV-Kohorte mit der wissenschaftlichen Aufbereitung aller verfügbarer Daten finden Sie auf der Seite der Aidshilfe:

[aids.at Kohortenbericht](https://aids.at/Kohortenbericht)



GESUNDHEIT FÜR MENSCH, TIER & PFLANZE

www.ages.at

Eigentümer, Verleger und Herausgeber: AGES – Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH, Spargelfeldstraße 191 | 1220 Wien | FN 223056z © AGES, Januar 2025