

HIV KONTRÖLLEVERS 2026



DIE VERANSTALTER

AIDSHILFE NRW

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

DEUTSCHE AIDS-GESELLSCHAFT

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

ZERTIFIZIERUNG

Die Fachtagung ist mit 8 Punkten der Kategorie A von der Ärztekammer Nordrhein und zusätzlich mit 5 iCME-Punkten von der Akademie für Infektionsmedizin zertifiziert. Mit Lernerfolgskontrolle.

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

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

TERMIN UND ORT

14. März 2026
10.00 bis 17.45 Uhr
Maritim Hotel Köln

HERAUSGEBERIN

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

REDAKTION

Markus Schmidt

SATZ UND LAYOUT

Markus Schmidt

DRUCK

März 2026

PROGRAMM

KURZÜBERSICHT

10.00 BIS 10.30 UHR | SAAL MARITIM

ERÖFFNUNG DER FACHTAGUNG

Begrüßung durch die Vorstände der Aidshilfe NRW und der Deutschen AIDS-Gesellschaft und Grußwort von Derya Karadag, Bürgermeisterin der Stadt Köln. Durch den Tag führen Jeanne Turczynski (Bayerischer Rundfunk) und Holger Wicht (Deutsche Aidshilfe).

10.30 BIS 12.00 UHR | SAAL MARITIM

K1 HIV-PRÄVENTION: HIV-Test für alle: Ja oder nein?

Silke Klumb | Deutsche Aidshilfe | Berlin
Dr. Stefan Scholten | Praxis Hohenstaufenring | Köln
Talkrunde im Anschluss mit Dr. Konrad Isernhagen | Gesundheitsamt Köln,
Prof. Dr. Cornelia Kolberg-Liedtke | Hochschule Bochum, und
Oliver Schubert | Aidshilfe Köln

12.15 BIS 13.15 UHR | SAAL MARITIM

K2 LEBEN MIT HIV: STRONG-ACTING VERSUS LONG-ACTING

Dr. Hannah Linke | Universitätsklinikum Münster
Dr. Guido Schäfer | Infektionsmedizinisches Centrum | Hamburg
Chair: Birgit Körbel | Aidshilfe NRW

12.15 UHR BIS 13.15 UHR | SAAL HEUMARKT

K3 HEPATITIS C: SOFORT BEHANDELN ODER WARTEN WIR ERST EINMAL AB, BIS SIE CHRONISCH WIRD?

Dr. Carolynne Schwarze-Zander | Gemeinschaftspraxis am Kaiserplatz | Bonn
Dr. Christoph Wyen | Praxis am Ebertplatz | Köln
Chair: Dirk Schäffer | Deutsche Aidshilfe

14.15 BIS 15.15 UHR | SAAL MARITIM

K4 SEXKAUFVERBOT: EIN KLARES SIGNAL GEGEN MENSCHENHANDEL ODER DER SCHNELLSTE WEG IN DIE ILLEGALITÄT?

Simone Kleinert | Bundesverband Nordisches Modell - zur Umsetzung des Gleichstellungsmodells in Deutschland e.V.
Johanna Weber | Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen
Chair: Manuel Hurschmann | Wuppertal

14.15 BIS 15.15 UHR | SAAL HEUMARKT

K5 CHEMSEX - SLAMSEX: KONTROLLIERTER KONSUM, ERFOLGREICHE STRATEGIE ODER LEDIGLICH UTOPIE?

Anne Iking | salus kliniken Hürth
Christopher Clay | sidekicks.berlin
Chair: Dieter Kiesewetter | Aidshilfe Essen

15.30 BIS 16.30 UHR | SAAL HEUMARKT

K6 HIV-IMPFFSTOFFFORSCHUNG: HOFFNUNG ODER EWIGE SACKGASSE?

Prof. Dr. Mirko Trilling | Uniklinik Essen
Dr. Eva Wolf | Eurofins MUC Research | MVZ Muenchen am Goetheplatz
Chair: Armin Schafberger | Berlin

15.30 BIS 16.30 UHR | SAAL MARITIM

K7 KI UND HIV: EFFIZIENZGEWINN ODER ETHIKFALLE?

Dr. Michael von Wagner | Universitätsmedizin Frankfurt
Simon Herchenbach | Deutsche Aidshilfe
Chair: Matthias Kuske | HIV-Aktivist | Gleichen

16.45 BIS 17.30 UHR | SAAL MARITIM

ABSCHLUSS-PLENUM

17.30 BIS 17.45 UHR

LERNERFOLGSKONTROLLE

Im Anschluss an das Tagungsprogramm laden wir sie herzlich zum Get-together ein. Bei einem Umtrunk und Imbiss wird es Gelegenheit zu Austausch und Gesprächen geben.

K1 PRÄVENTION

HIV-TEST FÜR ALLE? JA ODER NEIN?

10.30 BIS 12.00 UHR

SAAL MARITIM

„Die Landeskommission AIDS NRW empfiehlt eine Initiative zur Verbesserung der Kenntnisse über den eigenen HIV-Status. Ziel ist die Integration des HIV-Tests in Beratungsroutinen, die Beachtung von Indikatoren-Erkrankungen und Testanlässe durch Ärzt*innen, eine Entdramatisierung und die Erzeugung einer erhöhten Testbereitschaft, besonders in den relevanten Zielgruppen.“

Vor diesem Hintergrund wäre es also nur konsequent, den HIV-Test in Routine-Checks zu integrieren. Die Aufnahme des HIV-Tests in den „Check-Up 35“, wie die Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2025 das Bundesministerium für Gesundheit um entsprechende Prüfung gebeten hat, wäre ein erster Schritt in die richtige Richtung. Der HIV-Test sollte jedoch auch bei entsprechenden klinischen Auffälligkeiten oder Laborauffälligkeiten als Standardangebot in der Praxis angeboten werden. Etwa wie beispielsweise die Durchführung einer Hepatitis-Serologie bei auffälligen Leberwerten oder die Untersuchung des HbA1c bei auffälligen Blutzuckerwerten. Ziel ist die Normalisierung eines HIV-Testangebots für jeden sexuell aktiven Menschen in Deutschland.

Setzen wir auf Früherkennung, weniger Spät Diagnosen und somit auch bessere Therapiemöglichkeiten und weniger Übertragungsrisiko unter erfolgreicher Therapie? Um dies zu erreichen, müssen eine Normalisierung des HIV-Tests erfolgen und klare Indikationen für Ärzt*innen entwickelt werden, um einen HIV-Test offensiv und selbstverständlich anbieten zu können. Oder hätten solche „Routinetests“ ohne begleitende Prävention und Beratung lediglich einen begrenzten Effekt auf das Infektionsgeschehen? Ganz unabhängig von dem Zusatzaufwand für Aufklärung, Nachsorge und Dokumentation sowie Überdiagnostik und Überlastung medizinischer Versorgungsbereiche und der Gefahr einer unklar erlebten Freiwilligkeit?

Niemand befürwortet einen Sonderstatus des HIV-Tests - aber was für viele Untersuchungen selbstverständlich ist, muss auch hier gelten: Es wird aktiv aufgeklärt und ein Einverständnis zur Untersuchung eingeholt. Es geht um nicht mehr und nicht weniger. Eine einfache Frage kann ja wohl nicht zu viel verlangt sein. Wer sich nicht traut, diese Frage zu stellen, wie sieht dann im Anschluss die positive Ergebnismitteilung wohl aus? Es gilt die Selbstbestimmung der Patient*innen zu respektieren und ihnen eine Entscheidung zu ermöglichen.

REFERENT*INNEN

Silke Klumb | Deutsche Aidshilfe | Berlin

Dr. Stefan Scholten | Praxis Hohenstaufenring | Köln

TALKRUNDE

Prof. Dr. Cornelia Kolberg-Liedtke | Hochschule Bochum

Dr. Konrad Isernhagen | Gesundheitsamt der Stadt Köln

Oliver Schubert | Aidshilfe Köln

MODERATION

Jeanne Turczynski und Holger Wicht

K2

LEBEN MIT HIV

LONG-ACTING VERSUS STRONG-ACTING

12.15 BIS 13.15 UHR

SAAL MARITIM

Long-Acting HIV-Therapien umfassen Injektionen alle ein bis zwei Monate, während „Strong-Acting“ Strategien hochpotente tägliche orale Medikamente mit starker antiviraler Wirkung sind, wie moderne Einzeleinnahme-Tabletten.

Mit den Strong-Acting Therapiestrategien erreichen wir eine wissenschaftlich fundierte und starke Wirksamkeit der zur Verfügung stehenden HIV-Medikamente, die auf eine effektive tägliche Virussuppression abzielt. Die hohe Wirksamkeit sowie die etablierten Behandlungsprotokolle sprechen eindeutig für diese Strategie. Auch wenn die täglich erforderliche Einnahme vielleicht ein individuelles Stigmatisierungspotenzial aufweist, so ist dies aus medizinischer Sicht (ebenso wie das Risiko für ausgelassene Dosen) zu vernachlässigen. Die täglichen hochpotenten oralen Therapien sind flexibel, kostengünstiger und erlauben rasche Anpassungen bei Resistenzen oder Nebenwirkungen ohne Depot-Effekte.

Für den Therapieerfolg ist jedoch der Lebensstil von Patient*innen durchaus ebenso relevant wie Stigmatisierungsbedenken und individuelle medizinische Bedürfnisse (z. B. Malabsorption). Die Zukunft der modernen HIV-Therapie liegt somit bei länger wirksamen Optionen (auch Implantaten). Die langwirksamen Formen erreichen anhaltende Wirkstoffspiegel, verhindern effektiv Übertragungen, gelten als Meilenstein in Therapie und PrEP und sorgen für eine bessere Therapieadhärenz bei Patient*innen mit unregelmäßigem Alltag, Schichtarbeit oder stigmabedingter Geheimhaltung, da seltene Injektionen den Alltag entlasten und die Lebensqualität steigern. Sie reduziert das Risiko, Einnahmen zu vergessen, und erhöht langfristig die Virus-Suppression.

REFERENT*INNEN

Dr. Guido Schäfer | Infektionsmedizinisches Centrum | Hamburg

Dr. Hannah Linke | Uniklinik Münster

CHAIR

Birgit Körbel | Aidshilfe NRW

MODERATION

Holger Wicht

K3

HEPATITIS C

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

12.15 BIS 13.15 UHR

SAAL HEUMARKT

Eine akute Hepatitis C heilt bei einem Teil der Betroffenen spontan aus, bei der Mehrheit geht sie jedoch in eine chronische Hepatitis C über, die langfristig schwere Leberschäden verursachen kann. Ob sofort behandelt oder zunächst abgewartet werden soll, hängt von individuellen Faktoren ab. Auch wenn es bei etwa 20 bis 50 Prozent der akut HCV-Infizierten innerhalb der ersten sechs Monate zu einer spontanen Viruselimination ohne Therapie kommt, so entwickelt sich jedoch in 50 bis 80 Prozent der Fälle eine chronische Hepatitis C mit dem Risiko von Zirrhose und Leberkrebs. Neue direkt antiviral wirksame Substanzen ermöglichen heute Heilungsraten von über 95 Prozent bei meist nur acht bis zwölf Wochen Therapie mit relativ guter Verträglichkeit. Für die akute HCV-Infektion gibt es Daten, dass kürzere Therapieschemata sehr effektiv sein können.

Soll man auf die hohen Heilungsraten mit modernen DAA-Regimen setzen, die gut verträglich sind, eine Chronifizierung mit langfristigem Risiko für Fibrose und Zirrhose ausschließen und eine rasche Senkung der Viruslast zur Folge haben?

Oder reicht das Abwarten, da ein Teil der akuten Infektionen ohne Behandlung spontan ausheilen würde? Das Risiko einer „Übertherapie“ würde somit entfallen. Medikamentenkosten, potenzielle Nebenwirkungen und Interaktionen (v.a. bei Begleitmedikation, Substitution, HIV-Therapie etc.) würden deutlich gesenkt.

REFERENT*INNEN

Dr. Carolynne Schwarze-Zander | Gemeinschaftspraxis am Kaiserplatz | Bonn

Dr. Christoph Wyen | Praxis am Ebertplatz | Köln

CHAIR

Dirk Schäffer | Deutsche Aidshilfe

MODERATION

Jeanne Turczynski

K4

SEXARBEIT

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

14.15 BIS 15.15 UHR

SAAL MARITIM

Ein Sexkaufverbot in Deutschland wird kontrovers diskutiert: Befürworter*innen argumentieren, es senke die Nachfrage, bekämpfe Menschenhandel und schütze Ausgebeutete (Nordisches Modell), während Kritiker*innen befürchten, es dränge die Branche in den Untergrund, gefährde Sexarbeiter*innen durch Kriminalisierung, schwäche ihre Rechte und sei lediglich eine „symbolische“ Lösung. Die aktuelle Evaluation des Prostituiertenschutzgesetzes (ProstSchG) zeigt, dass Regulierung durchaus Wirkungen und Erfolge haben kann, aber auch deutliche Schwächen. Die Frage ist, ob eher nachgeschärft oder grundsätzlich umgesteuert werden sollte? Die Evaluation bescheinigt dem ProstSchG, dass zentrale Ziele, etwa mehr behördliche Kontrolle und gewisse Verbesserungen der Rahmenbedingungen, in wesentlichen Teilen erreicht wurden. Die Evaluation legt nahe, dass Regulierung Instrumente bereitstellt, die wirksam sein können, wenn Anmeldung, Beratung, Kontrollen und Schutzkonzepte praxistauglich ausgestattet und aufsuchend gestaltet werden. In der politischen Debatte wird diese Bilanz nun unterschiedlich gelesen: Befürworter*innen eines Sexkaufverbots sehen darin einen Beleg dafür, dass Regulierung nicht ausreicht, während Gegner*innen eines Verbots darin Argumente für eine Reform und Stärkung des bestehenden ProstSchG statt für eine Strafbarkeit des Sexkaufs sehen.

Welche Strategie verspricht den größeren Erfolg? Da Prostitution strukturell häufig mit Gewalt, Menschenhandel und massiver ökonomischer Not verknüpft sei und sich durch reine Regulierung nicht grundlegend „entproblematizieren“ lasse, soll ein Sexkaufverbot, wie in den nordischen Ländern, nach dieser Logik die Nachfrage reduzieren, Freier klar strafrechtlich adressieren und so den Markt für Ausbeutung unattraktiver machen, wobei Ausstiegshilfen und soziale Angebote für Betroffene zentraler Bestandteil sein müssen.

Oder wird durch ein Sexkaufverbot die Prostitution lediglich in den informellen oder illegalen Bereich verdrängt, was Kontrollen erschwert und das Risiko von Gewalt und Ausbeutung für Sexarbeitende erhöht. Auch würde die gesundheitliche Situation von Prostituierten sich eher verschlechtern als verbessern, wenn dies nicht mit massiv ausgebauten Präventions- und Versorgungsstrukturen kombiniert würde. Zudem definieren viele Sexarbeiter*innen ihren Beruf selbstbestimmt, ihre Rechte und Arbeitsbedingungen würden eher über Entkriminalisierung, bessere Sozialrechte, Gesundheitsversorgung und konsequentere Anwendung des bestehenden Schutzrechts als über ein Verbot gestärkt.

REFERENTINNEN

Simone Kleinert | Bundesverband Nordisches Modell zur Umsetzung des Gleichstellungsmodells in Deutschland e.V.
Johanna Weber | Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen

CHAIR

Manuel Hurschmann | Wuppertal

MODERATION

Jeanne Turczynski

K5

SUBSTANZKONSUM

**CHEMSEX | SLAMSEX: KONTROLLIERTER KONSUM
ERFOLGREICHE STRATEGIE ODER LEDIGLICH UTOPIE?**

14.15 BIS 15.15 UHR

SAAL HEUMARKT

Chemsex bezeichnet den gezielten Konsum von Drogen wie Crystal Meth, GHB/GBL, Mephedron oder Ketamin vor oder während sexueller Aktivitäten, vor allem in der schwulen Szene, um Lust, Ausdauer und Intimität zu steigern. Slamming ist Szene-Slang und meint das Injizieren von Drogen beim Sex – häufig in MSM- und queeren Communities. Das Ziel: ein intensiverer Rausch, mehr Lust, längere Sessions. Besonders verbreitet ist Slamming bei Substanzen wie Crystal Meth, 3-MMC, Speed oder Koks. Aber auch Potenzmittel werden manchmal geslammt. Slamming ist immer Teil von Chemsex, also Sex unter Einfluss von Drogen.

Akzeptierende Präventionsstrategien beim Chemsex mit Fokus auf Slamming gehen davon aus, dass ein kontrollierter Substanzkonsum langfristig machbar ist, indem sie Harm Reduction priorisieren statt Abstinenz. Diese Ansätze betonen Safer-Use-Tipps, um Risiken wie Infektionen oder Überdosierungen zu minimieren. Sie finden Anklang in der queeren Community, wo Stigmatisierung vermieden wird. Diese Strategien reduzieren akute Gefahren effektiv, indem sie Hygiene (z. B. eigene Spritzen), Dosierungsregeln und Testungen fördern, was Infektionsraten senken kann. Sie bauen Vertrauen auf, da Nutzer offen beraten werden, ohne Scham, und ermutigen zu regelmäßigen Checks auf HIV oder Hepatitis. Langfristig fördern sie Selbstwirksamkeit durch Workshops zu Einvernehmen und Alternativen.

Dem gegenüber bleibt ein kontrollierter Konsum umstritten, da Chemsex, insbesondere Slamming, hohe Abhängigkeitsrisiken birgt und keine randomisierten Studien die Nachhaltigkeit belegen. Allgemeine Public-Health-Forschung zu Primärprävention unterstreicht zwar partizipative Ansätze, aber spezifisch für Slamming dominiert anekdotische Evidenz. Trotz kontrolliertem Konsum bestehen beim Slamming erhebliche Risiken, da eine vollständige Kontrolle illusorisch bleibt und Abhängigkeitsmechanismen sowie massive psychische Schäden die Folgen des Konsums sind. Hinzu kommen physische Schäden, beispielsweise an den Venen durch wiederholte Injektionen, die zu Thrombosen, Abszessen oder venösem Kollaps, unabhängig von Hygienevorkehrungen, führen können. Zudem bleibt die Überdosierungsgefahr hoch, da schnelle Wirkung und Toleranzentwicklung unvorhersehbare Effekte wie Herzrhythmusstörungen oder Schlaganfälle auslösen können. Infektionsrisiken von HIV und Hepatitis steigen durch geteilte Konsumutensilien oder riskanten Sex ohne Schutz.

Was ist nun der richtige Weg? Bleibt der kontrollierte Konsum lediglich eine Illusion?

REFERENT*INNEN

Anne Iking | [salus klinik Hürth](#)

Christopher Clay | [sidekicks.berlin](#)

CHAIR

Dieter Kieseewetter | [Aidshilfe Essen](#)

MODERATION

Holger Wicht

K6

HIV-IMPFFORSCHEUNG

HOFFNUNG ODER EWIGE SACKASSE?

15.30 BIS 16.30 UHR

SAAL HEUMARKT

Die Forschung zu einer HIV-Impfung ist nach über 40 Jahren intensiver Bemühungen geprägt von Fortschritten wie mRNA-Technologien, stößt aber auf erhebliche Herausforderungen durch die Virusvielfalt und wiederholte Studienfehlschläge.

mRNA-basierte Impfstoffe zeigen in frühen Studien zwar bessere Ergebnisse bei der Produktion neutralisierender Antikörper und Studien deuten auf Fortschritte hin, etwa durch gezieltes Training des Immunsystems gegen das schwierige Envelope-Protein des Virus. Breit neutralisierende Antikörper (bnAbs) werden als passive Immunprophylaxe getestet und könnten eine impfstoffähnliche Wirkung nach Infektion erzielen. Die Flexibilität von mRNA erlaubt schnelle Anpassungen an Mutationen, was den Weg zu breiter Schutzimpfung ebnet.

Dennoch: HIV mutiert extrem schnell und ist durch einen Glycan-Schild vor dem Immunsystem geschützt, was breite, wirksame Antikörper erfordert. Bisherige Kandidaten scheitern oft an dieser Variabilität. Expert*innen schätzen, dass es noch zehn bis dreißig Jahre bis zur Entwicklung eines nutzbaren Impfstoffs dauern wird. Förderkürzungen, etwa durch US-Politik unter Präsident Trump, bremsen den Fortschritt. So bleibt die HIV-Prävention auf PrEP-Medikamente, Kondome und Therapien angewiesen.

Ist es vor diesem Hintergrund aus ethischer, wirtschaftlicher und epidemiologischer Sicht wirklich sinnvoll, weiter nach einem wirksamen Impfstoff zu forschen oder sollte man besser in bestehende Präventionsprogramme investieren und diese weiter ausbauen und eine Impfstoffforschung nicht priorisieren?

REFERENT*INNEN

Prof. Dr. Mirko Trilling | Uniklinik Essen

Dr. Eva Wolf | Eurofins MUC Research | MVZ München am Goetheplatz

CHAIR

Armin Schafberger | Berlin

MODERATION

Jeanne Turczynski

K7

KI UND HIV

EFFIZIENZGEWINN ODER ETHIKFALLE?

15.30 BIS 16.30 UHR

SAAL MARITIM

KI und IT verbessern die HIV-Versorgung für Patient*innen durch bessere Therapiebegleitung, höhere Medikamentenadhärenz und schnellere Interventionen. Apps und Chatbots nutzen Algorithmen zur Symptomüberwachung und Erinnerungen, was die Lebensqualität steigern kann. Der Einsatz von KI in der HIV-Versorgung birgt jedoch ethische Risiken wie Bias-Verstärkung, Datenschutzverletzungen und mangelnde Empathie, die stigmatisierte Gruppen besonders gefährden. KI-Systeme, trainiert auf unbalancierten Daten, können bestehende Vorurteile gegen marginalisierte HIV-Gruppen (z. B. LGBTQ+ oder Migrant*innen) verstärken, indem sie falsche Risikobewertungen oder inadäquate Empfehlungen geben. In Tools wie der ePA oder Beratungsbots besteht das Risiko ungewollter Offenlegung sensibler HIV-Daten, was zu Diskriminierung bei Jobs, Versicherungen oder Reisen führt. Des Weiteren liefert KI bis zu 45 Prozent fehlerhafte Antworten und kann keine empathische Beratung zu „Nichtgesagtem“ leisten, was in der HIV-Versorgung zu falschen Infos oder Therapieabbrüchen führen kann. Abhängigkeit von KI könnte die menschliche Expertise verdrängen und partizipative Entscheidungen in Aidshilfe-Projekten unterlaufen.

Andererseits kann KI die HIV-Versorgung durch effiziente Datenanalyse, personalisierte Unterstützung und barrierearme Zugänge, besonders in ressourcenarmen Regionen deutlich optimieren. Apps wie COMTRAC-HIV ermöglichen kontinuierliche Datenübertragung von Vitalparametern und schlagen Alarm bei Abweichungen, was telemedizinische Chat- oder Videointeraktionen erleichtert. KI-basierte Chatbots in Projekten wie in Nigeria bieten Reminder für Medikamente, Informationen zu HIV und emotionale Beratung, besonders in Regionen mit Stigma und begrenzter Infrastruktur. Dies fördert Compliance und reduziert Krankenhausaufenthalte. KI vereinfacht Resistenztests, Befundanalysen und Dokumentation, hebt relevante Abweichungen hervor und erstellt patientengerechte Handouts – Ärzt*innen sparen Zeit für empathische Gespräche und Triagierung. Ferner erkennt KI Muster in Kohorten, unterstützt Studien zu Therapien und könnte multimodale Daten für Vorhersagen nutzen, was Versorgung in HIV-Hochrisikogebieten optimiert.

Sollte der Einsatz von KI in der HIV-Versorgung trotz erheblicher ethischer Risiken wie Bias, Datenschutzlücken und Stigma-Verstärkung priorisiert werden, um durch personalisierte Medikamentenadhärenz, effiziente Diagnosen und barrierearme Prävention langfristig mehr Leben zu retten und die globale Epidemie einzudämmen? Oder setzen wir auf herkömmliche Angebotsstrukturen, da menschliche Expertise und partizipative Entscheidungen unabdingbar für eine gute Versorgung von Menschen mit HIV sind?

REFERENTEN

Dr. Michael von Wagner | Universität Frankfurt

Simon Herchenbach | Deutsche Aidshilfe

CHAIR

Matthias Kuske | HIV-Aktivist | Gleichen

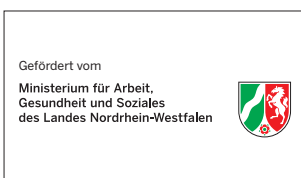
MODERATION

Holger Wicht

UNSER DANK

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

Die Förderbeträge und Sponsorengelder werden zur Refinanzierung der Fachtagung verwendet. Insbesondere für Saalmieten, Veranstaltungstechnik, Referent*innenhonorare, Personalkosten und Reisekosten. Die Sponsoringbeträge der beteiligten Unternehmen liegen bei: 5.000 € (GILEAD), 5.000 € (Labor im Sommershof), 5.000 € (ViiV Healthcare), 4.900 € (MSD), 2.000 € (Abbvie), 2.000 € (Johnson & Johnson), 1.800 € (Bavarian Nordic) und 1.000 € (PraxiService).



WIR DANKEN UNSEREN UNTERSTÜTZER*INNEN

SELBSTHILFEFÖRDERUNG

GKV-NRW

Gefördert vom

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



MARITIM
Hotel Köln

GILEAD

ViiV
Healthcare

MSD

LIS LABOR IM
SOMMERSHOF

abbvie

Johnson & Johnson

BAVARIAN NORDIC

PraxisService
Software | Hardware | Training | Support

HIVKONTROVERS.DE