

HIV-Infektion in Thüringen: Tödliche Diagnose oder behandelbare Erkrankung mit normaler Lebenserwartung?

Rainer Lundershausen

Epidemiologie

In den frühen 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurde die Welt mit einer gesundheitlichen Herausforderung noch ungeahnten Ausmaßes konfrontiert. Ein bis dahin unbekanntes Krankheitsbild hatte in den USA vor allem unter homosexuellen Männern zahlreiche Todesopfer gefordert. Das Krankheitsbild bestand aus einer ungewöhnlichen Kombination verschiedener Infektions- und Tumorerkrankungen, wobei allen ein Zusammenbruch des Immunsystems zugrunde lag. 1983 wurde ein Retrovirus – das **Humane Immundefizienz-Virus/HIV** – als Verursacher identifiziert. In den dreieinhalb Jahrzehnten seit der Entdeckung von HIV und AIDS (**Acquired Immune Deficiency Syndrom**)

entwickelte sich eine weltweite Epidemie von dramatischen Dimensionen. Die WHO geht heute von 33 Millionen HIV-Infizierten aus, jedes Jahr stecken sich etwa 2,7 Millionen Menschen neu mit dem Virus an. Weltweit forderte AIDS bereits mehr als 25 Millionen Todesopfer. Die Verbreitungsschwerpunkte liegen im südlichen Afrika und nördlichen Asien (Abb. 1).

In Deutschland leben nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts auf der Grundlage bestätigter positiver HIV-Antikörperteste kumulativ ca. 70.000 HIV-Infizierte. Mehr als 27.000 Menschen sind seit Beginn der Epidemie verstorben. Die Zahl der Neudiagnosen beträgt ca. 3.100 pro Jahr. Die Abbildung 2 zeigt die Verteilung in den Hauptbetroffengruppen.



PD Dr. Rainer Lundershausen

In Thüringen wird diese Zahl auf ca. 640 geschätzt, wobei die Diagnose bei 470 Menschen bekannt ist. Das entspricht in etwa den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung im Jahr 2017, wonach 525 Patienten mit der Diagnose HIV-Infektion in Thüringen in den drei Schwerpunktbehandlungszentren Erfurt, Weimar und Jena behandelt wurden (Abb. 3).

Klinischer und laboranalytischer Verlauf

Der Verlauf der HIV-Infektion (Abb. 4) wird in der international gültigen Klassifikation der amerikanischen Centers for Disease Control (CDC) in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation beschrieben, die sowohl Labordaten als auch klinische Befunde berücksichtigt.

Als Laborkriterium wird regelhaft die Zahl der immunkompetenten CD4-Zellen genutzt. Bei mehr als 500 CD4-Zellen/Mikroliter liegt ein weitgehend intaktes Immunsystem vor, und der Befund wird als Kategorie 1 eingestuft.

Eine CD4-Zellzahl zwischen 200 bis 499/Mikroliter wird der Kategorie 2 und weniger als 200/Mikroliter der Kategorie 3 zugeordnet. Der klinische Verlauf wird ebenfalls in drei Kategorien beschrieben: Kategorie A: akute Phase und latente Infektion, Kategorie B: HIV-assoziierte Erkrankungen und Kategorie C: AIDS (Abb. 5).

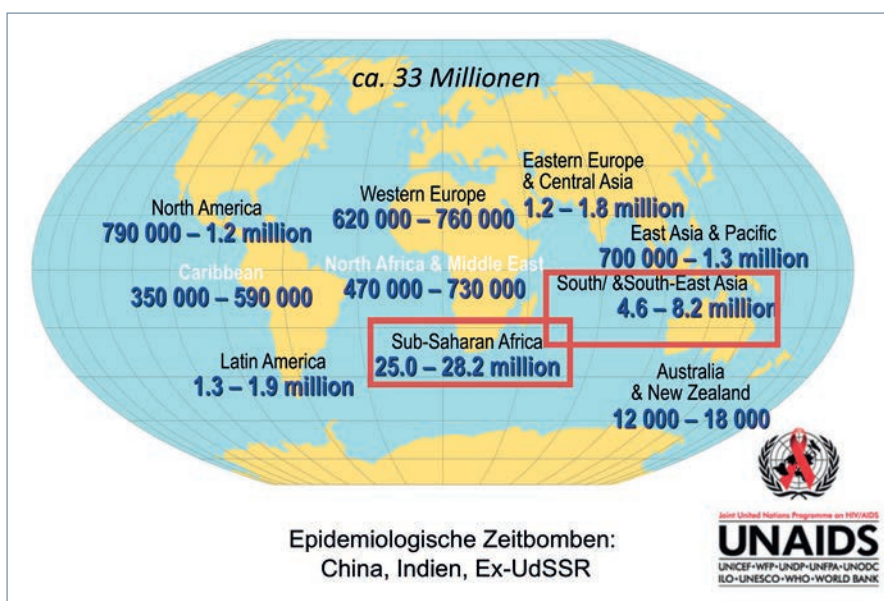


Abb. 1. HIV-Infizierte/AIDS-Erkrankte 2017 (www.UNAIDS.gov).

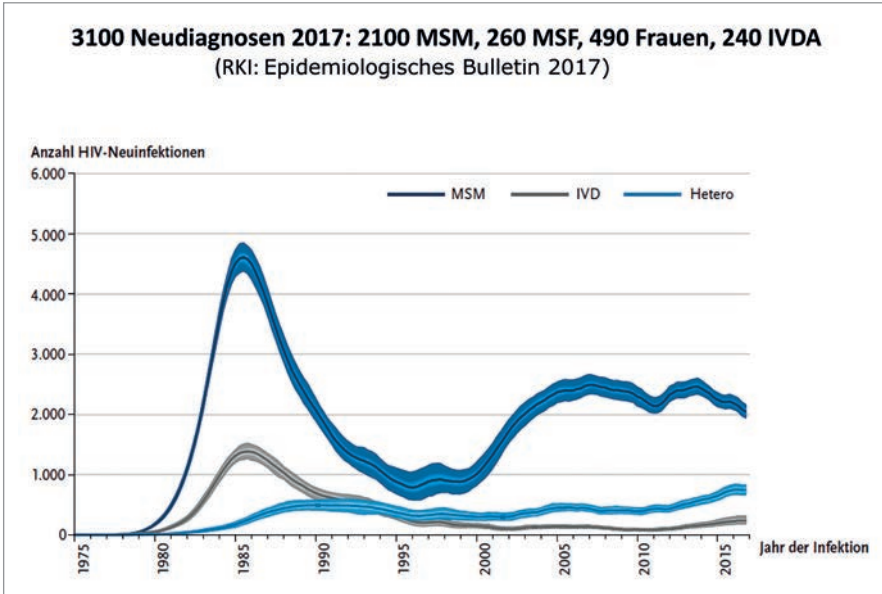


Abb. 2. Geschätzte Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland seit Beginn der HIV-Epidemie: 1975–2016 nach Infektionsjahr und Transmissionsrisiko (MSM, IVD und Hetero).

Anzahl Patienten mit mindestens einer GOP 30920, 30922 oder 30924 im Jahr 2017

PD Dr. med. Rainer Lundershausen, Erfurt
267 Patienten / 24 Neudiagnosen

Dr. med. Thomas Seidel, Weimar
176 Patienten / 14 Neudiagnosen

HIV-Ambulanz der Universität Jena
79 Patienten / 10 Neudiagnosen

Andere
3 Patienten

Abb. 3. Abrechnungsdaten der KVT nach Behandlungszentren.

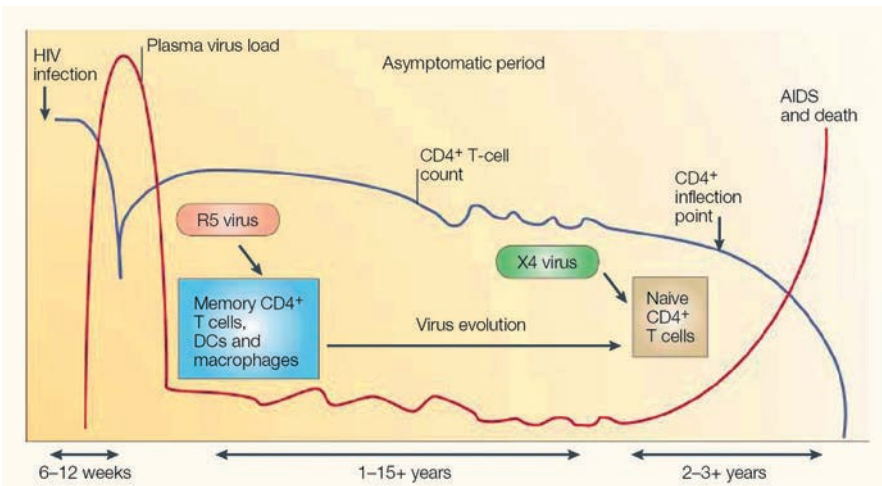


Abb. 4. HIV-Infektion – natürlicher Verlauf (modifiziert nach Rowland-Jones, NatRevImmun).

Prognose und Behandlung

Das Schicksal HIV-infizierter Menschen hat sich seit 1996 mit Etablierung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART), die im Einzelnen in dieser Übersicht nicht dargestellt werden kann, dramatisch verbessert. Der Einsatz innovativer Substanzen in Dreifachkombination, die an unterschiedlichen Orten in den Replikationszyklus des Virus eingreifen (Abb. 6), hat die AIDS-Mortalität um 86 Prozent reduziert. Bei permanenter Virussuppression unterhalb der Nachweisgrenze hochsensitiver PCR-Tests entspricht die Lebenserwartung HIV-infizierter Menschen der der nichtinfizierten Bevölkerung. Ein therapeutischer Erfolg, der beispielsweise bei Herz-Kreislauf- oder Tumorerkrankungen in weiter Ferne liegt.

Einer frühzeitigen Diagnosestellung und einer konsequenten Therapieadhärenz kommt hierbei besondere Bedeutung zu.

Sogenannte Late presenter, das sind HIV-Infizierte, die bei Diagnosestellung weniger als 200 CD4-Zellen/Mikroliter oder bereits AIDS-definierende Erkrankungen aufweisen, gehören aber auch heute noch zur Behandlungsrealität. In Deutschland beträgt der Anteil dieser Patienten 16–18 Prozent der neu entdeckten HIV-Infizierten. Ihre Prognose ist signifikant schlechter.

Zur frühzeitigeren Erfassung dieser Betroffenen müssen Kenntnisse und Sensibilität für das Thema HIV-Infektion im medizinischen Bereich gefestigt werden.

HIV-Infizierte sind auch heute noch, wenngleich in rückläufiger Intensität, von Diskriminierung betroffen. Ein gesamtgesellschaftlicher Diskurs ist hier geboten.

Das Testverhalten zur Dedektierung sexuell übertragbarer Krankheiten in Risikopopulationen muss gefördert werden. Hierzu dienen auch niederschwellige und anonyme Test- und Beratungsangebote, wie sie durch die AIDS-Hilfen und die Gesundheitsämter angeboten werden. In Thüringen wurden bereits

Laborkategorie
(CD4-Zellen/ul)

Klinische Kategorie

	A (asymptomatisch)	B (Symptome, kein AIDS)	C (Symptome, AIDS)
1 : > 500	A 1	B 1	C 1
2 : 200-499	A 2	B 2	C 2
3 : < 200	A 3	B 3	C 3

Abb. 5. CDC-KLASSIFIKATION / SUBGRUPPEN A1 BIS C3.

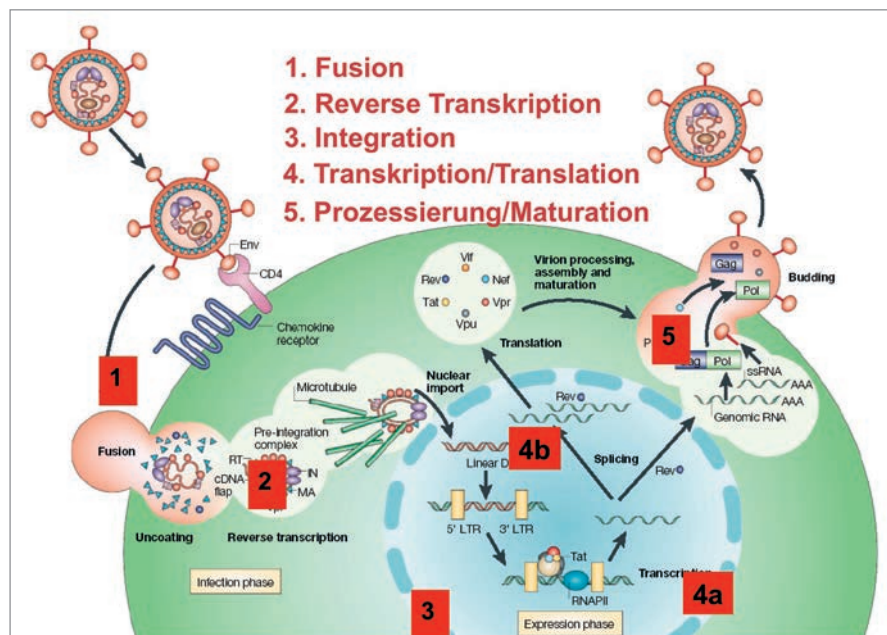


Abb. 6. Angriffsorte antiretroviraler Substanzen im HIV-Replikationszyklus (modifiziert nach Harrison, NatRevImm).

sogenannte CheckPoints in Erfurt, Weimar und Jena durch die regionalen AIDS-Hilfen eingerichtet.

Die in Deutschland kürzlich legalisierte Freigabe von Selbsttesten beinhaltet kein ergänzendes Beratungsangebot. Sie kann aber bei sachgerechter Anwendung und dem dringlichen Verweis auf Beratungs- und Behandlungskonsequenzen bei positivem Ausfall zur früheren Erkennung einer Infektion beitragen.

Prävention

Die aktuelle Kampagne der Deutschen AIDS-Hilfe steht unter dem Motto „Kein AIDS für alle“ und verfolgt das Ziel, ab dem Jahr 2020 in Deutschland keine neuen AIDS-Erkrankungen zu registrieren. Diese Kampagne reiht sich in die Zielsetzung der Vereinten Nation ein, die AIDS-Pandemie bis 2030 zu beenden.

Unverändert gelten auch heute noch die Empfehlungen zum Safer Sex bei risikoreichem Sexualverhalten.

Auch die heutigen Therapieoptionen mit der Möglichkeit, die Viruslast permanent unterhalb der Nachweisgrenze hochsensitiver Tests zu halten, reduzieren das Infektionsrisiko signifikant.

Die postexpositionelle medikamentöse Prophylaxe (PEP) ist etabliert und ihre Wirksamkeit nachgewiesen (Abb. 7). Der Zugang hierzu muss zeitnah und niederschwellig möglich sein.

Die Wirksamkeit der präexpositionellen Prophylaxe (PrEP) ist inzwischen auch

Das Ärzteblatt Thüringen im Internet:

www.aerzteblatt-thuer.de

Postexpositionsprophylaxe/PEP

nur bei gesichertem Risikokontakt sinnvoll:

- Indexperson gesichert HIV-positiv/hochgradiger V.a. HIV-Infektion
- Übertragung von HIV möglich/wahrscheinlich (Hohlnadelstich/tiefer Schnitt ; ungeschützter Anal-/Vaginalverkehr)

Zeitnah

(möglichst innerhalb von 24h, nach 72h fraglicher Nutzen)

Dokumentation

betroffene Person und Indexperson

D-Arzt Verfahren

an HBV/HCV denken

Behandlungsdauer 4 Wochen

z.B. AZT/3TC + LPV/rtv oder AZT/3TC + EFV

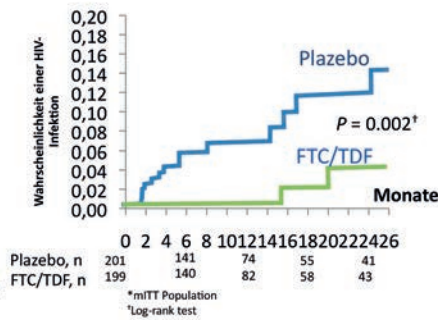
HIV-erfahrenen Behandler konsultieren

Abb. 7. Empfehlungen zur medikamentöse Postexpositionsprophylaxe (PEP).

PrEP – präexpositionelle Prophylaxe mit FTC/TDF

IPERGAY-Studie: anlassbezogene PrEP, Frankreich und Kanada

- **16 Probanden neu infiziert**
 - Plazebo=14 (Inzidenz: 6.6/100 PJ)
 - FTC/TDF=2 (Inzidenz: 0.9/100 PJ)
- Mittleres follow-up=13 Monate
- Durchschnittliche Einnahme: 16 Tabletten pro Monat
- **Number needed to treated: 18** um über ein Jahr eine HIV-Infektion zu verhindern



86 % (95% CI: 40-99, p=0.002)
Risikoreduktion bei MSM durch anlassbezogene PrEP

Abb. 8. Präexpositionspophylaxe, IPERGAY-Studie (Molina J, et al. CROI 2015).

EMPHASIZING VIRAL SUPPRESSION AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV

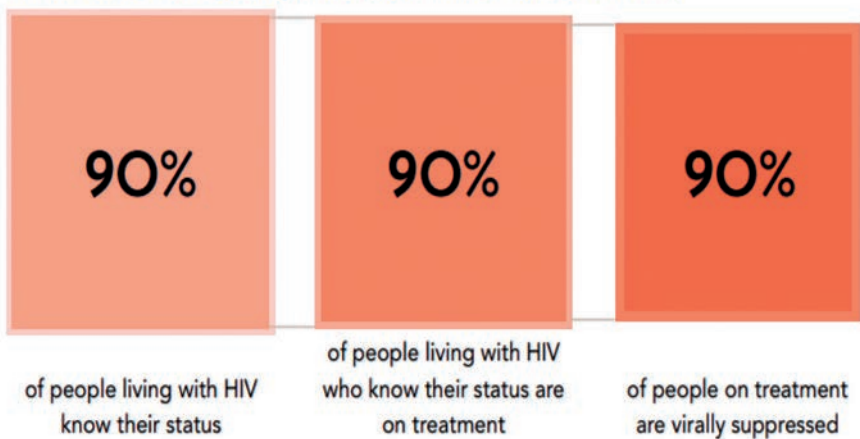


Abb. 9. WHO/UNAIDS-Ziele bis 2020 weltweit.

hinreichend evaluiert und nachgewiesen (Abb. 8). Die Finanzierung in Deutschland ist jedoch noch strittig. Die Krankenversicherungen sehen sich hier gegenwärtig nicht in der Erstattungspflicht. Preisliche Sonderangebote ausgewählter Apotheken helfen aber, den Bezug der Substanzen zu erleichtern.

Fazit

Eine populationsbezogene durchschnittliche Lebenserwartung HIV-infizierter Menschen ist unter den heutigen Therapieoptionen möglich.

Eine frühzeitige Diagnostik erhöht die Behandlungseffektivität.

Die ambulante medizinische Versorgung HIV-Infizierter in Thüringen ist etabliert.

Die Kenntnisse über sexuell übertragbare Erkrankungen müssen in allen Versorgungsbereichen gefestigt werden.

Die Zielsetzung von UNAIDS/WHO, 90 Prozent aller HIV-Infizierten zu kennen, davon 90 Prozent so zu behandeln, dass 90 Prozent eine Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze aufweisen (Abb. 9), ist auch in Thüringen bis 2020 realisierbar.

Literatur beim Verfasser.

PD Dr. med. Rainer Lundershausen
 Infektiologische Schwerpunktpraxis
 Thälmannstraße 25
 99085 Erfurt
 E-Mail: r.lundershausen@gmx.de