

Die Bedeutung früher HIV-Diagnosen durch die Gesundheitsämter

1988 rief die Weltgesundheitsorganisation WHO den Welt-AIDS-Tag ins Leben. Seit 1996 wird er jährlich am 1. Dezember begangen und auf der ganzen Welt zum Anlass genommen, für Solidarität und gegen Ausgrenzung von Infizierten zu werben und Verantwortliche in Politik und Gesellschaft an das Fortbestehen der HIV/ AIDS Pandemie zu erinnern.

von **Susanne Kuttner-May**

Im vergangenen Jahr wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) 3.290 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet (Datenstand 1.9.2014), davon 715, also etwa jede fünfte, aus Nordrhein-Westfalen. Die Zunahme der Inzidenzen seit 2010 in NRW (von 3,4 auf 4) ist mit der für Deutschland (von 3,3 auf 4) vergleichbar. Dieser Trend setzt sich in diesem Jahr fort. Obwohl Deutschland weltweit zu den Ländern mit der niedrigsten HIV-Prävalenz gehört, sind die hierzulande weiter steigenden Neuinfektionszahlen Grund genug, die Entwicklungen beim Management der HIV Epidemie in den Blick zu nehmen.

Neben die Kondombenutzung als immer noch uneingeschränkt gültige Präventionsempfehlung treten medizinische Prophylaxe-Maßnahmen. So wurde die männliche Beschneidung von der WHO 2007 als HIV-Infektionsschutzmaßnahme empfohlen.

Nach einer Empfehlung der WHO auf der diesjährigen Welt-Aids-Konferenz in Melbourne sollen gesunde Menschen, die beabsichtigen, ungeschützten Geschlechtsverkehr zu haben, antiretrovirale Medikamente vorbeugend einnehmen; für schwule Männer wurde diese *Präexpositionsprophylaxe (PrEP)* von der WHO generell empfohlen. In der EU ist derzeit noch kein Medikament für diesen Zweck zugelassen. In Deutschland können Ärzte entsprechende Rezepte ausstellen. Eine Monatsration kostet hierzulande mehr als 800 Euro. Diese Präventionsmethode ist aus mehreren Gründen umstritten. Beispielhaft sei ein ethischer Aspekt angeführt: In Entwicklungsländern fehlt Millionen HIV-Infizierten der Zugang zu antiretroviralen Medikamenten.

Nach einem beruflichen oder sexuellen HIV-Risikoereignis sollte innerhalb der ersten 48 Stunden eine prophylaktische antiretrovirale Therapie für vier Wochen eingeleitet werden (*Postexpositionsprophylaxe (PeP)*). Die Deutsche AIDS-Hilfe hat auf ihrer Internetseite <http://aidshilfe.de/de/sich-schuetzen/biv/aids/post-expositions-prophylaxe/pep> die aktuellen Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur Postexpositionsprophylaxe veröffentlicht. Dort ist eine Hilfe zur Risikoabschätzung inklusive der empfohlenen Erstmaßnahmen zu finden. Eine aktuelle Liste der Kliniken mit einem entsprechenden 24-Stunden-Angebot ist ebenfalls eingestellt. Wenn das Risikoereignis länger als 48 Stunden zurückliegt, kann eine Kontrolle der HIV-RNA mittels PCR in kürzeren Abständen eine frühe Diagnose ermöglichen, auf deren Grundlage dann gegebenenfalls eine Frühtherapie begonnen werden kann.

Das Konzept der *therapy as prevention (TasP)* beruht auf der Erkenntnis, dass HIV-Patienten, deren HI-Viruslast mittels moderner antiviraler Therapie für eine längere Periode unter die Nachweisgrenze gesenkt werden kann, nicht mehr ansteckend sind. Dies kommt sowohl dem Einzelnen als auch der öffentlichen Gesundheit zugute.

Frühtherapie: Viele Studien deuten heute darauf hin, dass eine Therapie im HIV Primärstadium (während der ersten 4 Wochen nach der Infektion), in dem die spezifischen HIV-Antikörpermerkmale im Blut der Patienten noch nicht vollständig ausgebildet sind, die besten Chancen bietet, eine maximale Reduktion des HI-Virus-Pools und somit den Status einer funktionellen Heilung (siehe auch *Rheinisches Ärzteblatt 12/2013, Seite 22*) zu erreichen. Außerdem ist der protektive Effekt auf die öffentliche Gesundheit bei einer Therapie in der hochvirämischen Frühphase besonders ausgeprägt.

Die Herausforderung besteht folglich in einer *frühzeitigen Diagnostik*. Voraussetzung dafür ist, dass diese Patienten bereits zwei bis drei Wochen nach einem Risikokontakt zur Untersuchung kommen und Venenblut nebst einem entsprechenden Untersuchungsauftrag an ein auf HIV untersuchendes Labor geschickt wird. Im Labor

wird zunächst ein hochsensibler Screeningtest durchgeführt, dessen positives Testergebnis dann in einer Immunoblot-Reaktion auf spezifische Antikörper als HIV-Befund bestätigt oder widerlegt wird. Sind Antikörper nicht in einem die HIV-Diagnose begründenden Umfang nachweisbar und liegt kein weitergehender Untersuchungsauftrag vor, so wird in der Regel eine weitere Untersuchung spätestens drei Monate nach vermutetem Risikokontakt zum Ausschluss einer HIV-Infektion empfohlen. Mittels einer aufwändigen molekularbiologischen Methode (PCR), mit der RNA des Virus direkt nachgewiesen werden kann, könnte bereits in diesem Stadium (Fiebig II und III) die HIV-Virusinfektion nachgewiesen und die Möglichkeit einer Frühtherapie mit positiven Konsequenzen für die individuelle und öffentliche Gesundheit genutzt werden.

Das anonyme und kostenlose HIV-Untersuchungsangebot der Gesundheitsämter in NRW, das im Auftrag des Landesgesundheitsministeriums vom Landeszentrum Gesundheit (LZG) NRW organisiert und bereitgestellt wird, beinhaltet genau diese molekularbiologische PCR-Methode. So konnten mit Hilfe dieses Untersuchungsalgorithmus im Jahr 2013 im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in NRW sechs und im 1. Halbjahr 2014 vier sehr frühe HIV-Infektionen diagnostiziert werden. Eine Einordnung dieser Zahlen ermöglicht die zusammenfassende Darstellung der weltweit bekannten Publikationen von 82 frühdiagnostizierten und frühtherapierten Fällen von E. Wolf auf den Münchner AIDS- und Hepatitis-Tagen 2014. Das weitere Schicksal der in NRW anonym früh diagnostizierten Patienten bleibt dem LZG NRW naturgemäß unbekannt. Bemerkenswert ist neben der diagnostischen Potenz des landesweiten HIV-Beratungs- und Untersuchungsangebots die Möglichkeit einer frühen HIV-Diagnose bei den Patienten, die die Gesundheitsämter im ÖGD in NRW aufsuchen.

Die Humanbiologin **Dr. rer. physiol. Susanne Kuttner-May** arbeitet im Bereich Infektiologie und Hygiene des Landeszentrums Gesundheit NRW (E-Mail: susanne.kuttner-may@lzg.gc.nrw.de).