Am 1. Dezember war Welt-Aids-Tag.

Welt-Aids-Tag

HIV-Neuinfektionen: leichter Anstieg, noch zu oft übersehen

Unser Umgang mit HIV in Deutschland ist weiter unbefriedigend, das verdeutlichen die jüngsten RKI-Zahlen für 2019. Das für 2020 angepeilte UNAIDS-Ziel ist verfehlt, die Neuinfektionen in Deutschland steigen wieder leicht, die Dunkelziffer wächst.

Der Zuwachs der Neuinfektionen stammt von Heterosexuellen und Drogengebrauchern.

Im Jahr 2019 haben sich in Deutschland 2.600 Menschen neu mit dem HI(Humanes Immundefizienz)-Virus infiziert. Das sind 100 Infektionen mehr als noch 2018, berichtet das Robert-Koch-Institut (RKI). Vor einem Jahr war das Institut noch davon ausgegangen, dass sich zwischen 2017 und 2018 weniger Menschen mit dem Virus angesteckt hätten – für 2017 berichtete das RKI von 2.500 Neuinfektionen, im letzten Jahr ging man von 2.400 Neuinfektionen für das Jahr 2018 aus.

Inzwischen hat das RKI seine Schätzung für das Jahr 2018 auf 2.500 Neuinfektionen korrigiert. Aus dem leicht sinkenden Trend ist also eine Stagnation geworden, mehr noch: Im Jahr 2019 haben sich mehr Menschen in Deutschland infiziert als im Vorjahr, der Trend zeigt also wieder leicht nach oben [1].

MSM sind nicht der Ursprung

Woran liegt das? Die Zusammenhänge im Infektionsgeschehen von HIV in Deutschland sind komplex. Es ist aber ersichtlich, dass der Zuwachs der Neuinfektionen nicht aus der Hochrisikogruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), stammt, sondern von Heterosexuellen und Drogengebrauchern herrührt.

Unter den MSM ist die Zahl der Neuinfektionen im Vergleich zu 2018 mit 1.600 etwa konstant geblieben. Dagegen haben sich geschätzte 650 Personen auf heterosexuellem Wege infiziert, das entspricht einem Zuwachs von 120 Infektionen im Vergleich zu 2018 (**Abb. 1**). Dazu kommen 360 Infektionen unter Drogengebrauchern (ein Plus von 50 Neuinfektionen). Auf beiden Transmissionswegen nehmen die

HIV-Neuinfektionen im Blick: Nachfolgende Schätzungen stammen vom Robert-Koch-Institut.

	Im Jahr 2019	Im Vergleich zu 2018	Im Jahr 2018	Im Jahr 2017
HIV-Neuinfektionen gesamt	2.600	100	2.500	2.500
HIV-Neuinfektionen Männer	2.200	200	2.000	2.100
HIV-Neuinfektionen Frauen	480	80	400	510
HIV-Neuinfektion nach Sex zwischen Männern	1.600	0	1.600	1.700
HIV-Neuinfektion durch heterosexuelle Kontakte	650	120	530	620
HIV-Neuinfektion infolge von Drogengebrauch	360	50	310	260
HIV-Erstdiagnosen	3.300	200	3.100	3.300
Todesfälle bei HIV-Infizierten	380	60	440	450

Abb. 1: Es gibt wieder mehr HIV-Neuinfektionen in Deutschland; nach [1]

COVID-19 stoppt die Aids-Prophylaxe in Afrika

Die Corona-Pandemie birgt hohe Risiken für HIV-Infizierte in armen Ländern. Die zum Teil harten Lockdowns in den Ländern südlich der Sahara behindern die Gaben antiretroviraler Therapien an HIV-Infizierte und von Präexpositionsprophylaktika (PrEP).

Dies geschieht, weil Behandlungs- und Beratungsstellen entweder geschlossen haben, oder weil die Menschen aus Angst vor Corona die Stellen meiden. Darauf hat Winnie Byanyima, die Leiterin des Aids-Hilfe-Programms der Vereinten Nationen (UNAIDS), in einem Pressegespräch verwiesen. UNAIDS versuche derzeit, die Regierungen dazu zu bewegen, mehrere Monate anhaltende Prophylaktika anzuschaffen, um vor allem junge Frauen wenigstens vor HIV-Infektionen zu schützen. Sie seien aufgrund der Pandemie zudem zunehmend sexueller Gewalt ausgesetzt.

COVID-19 werde die Neuinfektionen mit HIV im Jahr 2020 voraussichtlich um 293.000 weltweit ansteigen lassen, sagte Byanyima. UNAIDS rechnet zudem mit 148.000 Aids-Toten aufgrund der schlechteren Versorgungslage. Das Ziel, Aids bis 2030 zu eliminieren, sei in Gefahr.

Tatsächlich ist der Abbruch oder die Unterbrechung der antiretroviralen Behandlungen sogar noch weitaus tödlicher, als es die rein auf Aids gerechneten Zahlen aussagen. Darüber hinaus gehende Modelle gehen davon aus, dass das Unterbrechen der Therapien und die fehlende Prophylaxe aufgrund von COVID-19 mehr als 500.000 zusätzliche Todesfälle in afrikanischen Ländern südlich der Sahara auslösen könnte. Dies vor allem deshalb, weil die Patienten dann stärker anfällig für Tuberkulose und Malaria seien.

Mehr als die Hälfte (57 %) der weltweit jährlich rund 700.000 Neuinfektionen mit HIV finden in den Ländern südlich der Sahara statt. Besonders stark betroffen sind junge Frauen zwischen 15 und 24 Jahren.

HIV-positive Mutter mit Kind bei der Medikamentenausgabe in einer Ambulanz in Quelimane, Mosambik (Archivbild). Wegen des Corona-Lockdowns sind derzeit viele Behandlungsstellen in afrikanischen Ländern geschlossen.

COVID-19 wirkt wie ein Verstärker für diese Trends. Die internationale Hilfsorganisation ONE rechnet mit 40 Millionen Menschen in der Region, die 2020 die Grenze zur absoluten Armut unterschreiten und von weniger als 1,90 US-Dollar am Tag leben müssen. Gleichzeitig sanken die für den Kampf gegen HIV zur Verfügung stehenden Hilfsgelder dramatisch. Von den 2020 weltweit benötigten 26 Milliarden US-Dollar stünden lediglich zwei Drittel zur Verfügung.

Anno Fricke

Nachgefragt

HIV: „Wir behandeln heute die Folgen der Gesundung.“

Als „gut behandelbare Störung“ bezeichnet der Münchner Infektiologe Prof. Johannes Bogner die HIV-Infektion gegenüber seinen Patienten. Tatsächlich ist die antiretrovirale Therapie selbst meist nicht mehr die größte Herausforderung für Ärzte und Patienten.

? Herr Professor Bogner, können Sie sich noch an Ihren ersten HIV-Patienten erinnern?

Prof. Dr. Johannes Bogner: Jawohl, sehr genau. Die Aids-Station war meine allererste Stelle als junger Assistenzarzt. Diesen Patienten hatte ich gerade neu aufgenommen, er wusste schon, dass er an Aids erkrankt war. Er zeigte das Vollbild der Erkrankung, mit erheblichem Gewichtsverlust und Mundsoor. In die Klinik war er wegen hohem Fieber gekommen. Unsere Aufgabe war es, herauszufinden, woher das kam. Das haben wir vier Wochen lang mit allen möglichen Tests versucht, konnten aber die Ursache nicht eruieren. Das Fieber hielt an, der Patient ist schließlich gestorben. Das war 1986.

„Bei der Mitteilung der Diagnose sage ich als erstes, dass die Therapiemöglichkeiten heutzutage gut sind.“

Prof. Dr. med. Johannes Bogner

Leiter der Klinischen Infektiologie, Klinikum der Universität München

? Wie haben Sie damals eine HIV-Diagnose, die zu der Zeit ja noch einem Todesurteil gleichkam, mitgeteilt?

Bogner: Richtig fand ich immer, den Patienten zu sagen, es ist zwar eine ernste Diagnose, aber wir tun alles, um die medizinische Betreuung sicherzustellen und die Krankheit subjektiv zu verbessern – ähnlich wie bei einem Palliativkonzept. Man konnte damals kein dauerhaftes Überleben in Aussicht stellen. Aber man konnte sagen, wir kümmern uns um die Schmerzen, um das Fieber, wir versuchen, die Zusatzinfektionen zu behandeln und dadurch Zeit zu gewinnen.

? Mittlerweile ist die HIV-Infektion eine behandelbare chronische Erkrankung geworden. Ist die Diagnose immer noch ein Schock für die Patienten?

Bogner: Für die meisten nicht. Ich erlebe es sehr häufig, dass man schon damit gerechnet hat, darum ist der Schock nicht so groß. Bei der Mitteilung der Diagnose sage ich als erstes, dass die Therapiemöglichkeiten heutzutage gut sind, dass man gesund bleibt oder gesund wird und mit dieser Störung – ich nenne es nicht mal „Erkrankung“ – leben kann und eine normale Lebenserwartung hat.

? Was bewegt die Patienten heute im Gegensatz zu früher?

Bogner: Hauptsächlich ist das die Frage, ob sie jemand anderen anstecken können. Das ist, wie wir heute wissen, unter einer erfolgreichen antiretroviralen Therapie nicht der Fall. Die andere Frage ist die, ob man etwas an seinem Leben verändern muss. Häufig ist da die Angst vor dem Medizinbetrieb im Spiel, von dem man vielleicht nicht mehr loskommt. Dass man dauernd zum Arzt muss und zur Apotheke, ist ja schon eine Einschränkung. Und leider gibt es nach wie vor die Angst vor Offenbarung und Stigmatisierung. Unsere Bevölkerung ist ja durchaus noch nicht so aufgeklärt, wie man sich das wünschen würde.

? Wie ist es heute mit den Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie? Hat man die immer im Griff?

Bogner: Nebenwirkungen sind höchstens bei einem Neubeginn einer modernen antiviralen Therapie ein Thema. Wir sind heute in der komfortablen Lage, dem Patienten sagen zu können: Wir finden für Sie auf alle Fälle eine Medikation, die Sie so gut vertragen, dass Sie keine Kurz- und keine Langzeitnebenwirkungen haben.

? Worauf kommt es bei der ärztlichen Beratung von Menschen an, die mit HIV leben?

Bogner: Zur HIV-Behandlung gehört heute immer auch Lebensstilberatung. Das betrifft aber nicht die HIV-Erkrankung selbst,

Viele Infizierte erleben immer noch Diskriminierung – auch im Gesundheitswesen.

Neuinfektionen auf niedrigem Niveau seit 2012 zu, schreibt das RKI.

Außerdem gestiegen ist die Dunkelziffer. Das RKI hat errechnet, dass von den aktuell 90.700 Menschen, die in Deutschland mit HIV leben, 10.800 nichts von ihrer Infektion wissen.

UNAIDS-Ziele verfehlt

Bis 2020 hatte sich Deutschland vorgenommen, die internationalen Ziele des Aids-Programmes der Vereinten Nationen (UNAIDS) zu erfüllen. Diese

lauten kurz gesagt „90-90-90“. Gemeint ist damit, dass 90 % der HIV-Infizierten des jeweiligen Landes ihre Diagnose kennen sollen, wiederum 90 % der diagnostizierten HIV-Positiven sollen eine Therapie erhalten und wiederum 90 % der Infizierten mit Therapie sollen erfolgreich therapiert sein, sodass ihre Viruslast unter der Nachweisgrenze von 50 Viruskopien pro ml Blut ist.

Zwar steht es um die letzten beiden Werte (Anteil der diagnostizierten Infizierten mit Therapie, Anteil der erfolgreichen Therapien) gut in Deutschland,

sondern vielmehr die Folgen der „Gesundung“: Wenn der Patient an Gewicht zunimmt, die Lipidwerte und der Blutdruck steigen, dann müssen wir auch als Ernährungsberater tätig sein und als kardiovaskulärer Risikoberater. Wir müssen darauf bestehen, dass die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gemacht werden, also all die Dinge, die in der allgemeinen Gesundheitsvorsorge wichtig sind.

? Wo liegen für Sie aktuell die größten Herausforderungen im Alltag mit HIV-Patienten?

Bogner: Das sind für mich drei Punkte: Erstens eine gute Adhärenz an die Medikation und ein gutes Vertrauensverhältnis zum Behandler herzustellen. Zweitens psychosoziale Schwierigkeiten zu beseitigen, also die Angst vor Entdeckung der Erkrankung, aber auch Probleme mit dem Versicherungs- oder Kündigungsschutz. Für Patienten, die wegen ihrer Erkrankung beruflich ins Schwanken gekommen sind, ist es beispielsweise wichtig, einen Sozialpädagogen zur Hand zu haben, der diesbezüglich beraten kann. Und drittens die Überbrückung größerer Distanzen bis zur nächsten Behandlungsmöglichkeit. Das ist deshalb so wichtig, weil es in vielen Regionen mit nur sehr wenigen HIV-Patienten naturgemäß keine HIV-Schwerpunktärzte gibt. Die Praxisbesonderheit „HIV-Behandlung“ bekommt man ja nur, wenn man entsprechende Expertise nachweist.

? Viele HIV-Patienten sind seit ihrer Diagnose in die Jahre gekommen. Brauchen ältere HIV-Patienten eine besondere Betreuung?

Bogner: Medizinisch ist der alte HIV-Patient genauso zu versorgen wie der durchschnittliche geriatrische Patient. Natürlich gibt es Folgeerkrankungen. Ein 75-jähriger HIV-Patient hat vielleicht schon seine fünf Koronarstents, der 80-Jährige seinen ersten Schlaganfall hinter sich. Was aber dazu kommt, ist oft Vereinsamung, manchmal auch Verarmung. Gegen das Problem, im Alter nicht ausreichend versorgt zu sein, gibt es mittlerweile Projekte wie das „rosa Alter“, eine Beratungs- und Vernetzungsstelle für homo-, trans- und intersexuelle Seniorinnen und Senioren. Solche Angebote der sozialmedizinischen und psychosozialen Versorgung sind vorhanden und notwendig.

? Wie geht es den Patienten in der Corona-Pandemie? Haben sie ein erhöhtes Risiko, schwer zu erkranken?

Bogner: Die Tatsache, dass jemand HIV-infiziert ist, führt an sich nicht zu einem erhöhten Corona-Risiko. Aber weil HIV-Infizierte eben manchmal das falsche Geburtsdatum haben oder zu hohe Zuckerwerte oder zu hohen Blutdruck, haben sie, so wie ihre Altersgenossen auch, dadurch bedingt ein erhöhtes Risiko. Etliche Patienten, die ich selbst betreue, haben Corona durchgemacht und sind genauso durchgekommen wie andere auch, also meist ohne, manchmal mit Krankenhausaufenthalt. Ich kenne mindestens 20 HIV-Infizierte, die Corona gut überstanden haben. Für alle anderen gilt, sich so gut wie möglich vor einer Infektion zu schützen.

? Was würden Sie HIV-Patienten für diesen Winter raten, auch im Hinblick auf Grippe?

Bogner: Wir raten allen unseren Patienten zur Influenza-Impfung. Das Angebot wird auch bereitwillig angenommen. Dieses Jahr wird die Impfquote wahrscheinlich wesentlich höher sein als sonst, wobei es gar nicht genug Impfstoffe für alle gibt. Meine Prognose wäre aber, dass die Influenzawelle diesmal sehr gering ausfällt, wegen der Maskenpflicht. Masken schützen ganz erheblich. Übrigens auch vor anderen Erkrankungen wie der Meningokokken-Meningitis.

? Würden Sie HIV-Patienten die Impfung gegen SARS-CoV-2 empfehlen?

Bogner: Ja, unbedingt. Wer eine Indikation für die Influenza-Impfung hat, wird wohl auch zu den ersten gehören, die den Corona-Impfstoff bekommen.

? Gerade haben drei Wissenschaftler den Nobelpreis für ihre Forschung am Hepatitis-C-Virus erhalten. Wie man gesehen hat, konnte damit der Grundstein für eine zuverlässig kurative Therapie gelegt werden. Rechnen Sie damit, noch zu erleben, dass das auch bei HIV erreicht wird?

Bogner: Ich sage allen meinen Patienten, dass die antiretrovirale Therapie eine Überbrückungsmaßnahme ist bis zu dem Zeitpunkt, wo eine Heilung der HIV-Infektion erreicht werden kann. Ich kann mir sogar sehr gut vorstellen, dass ich den Tag erlebe, wo dies relativ unkompliziert möglich sein wird. Ob das noch zehn oder zwanzig Jahre dauert, weiß ich nicht, aber ich bin da optimistisch.

Das Interview führte Dr. Elke Oberhofer.

doch ist das Ziel mit „88-96-96“ für das Jahr 2020 verfehlt: Etwa 88 % der HIV-Infizierten in Deutschland haben eine Diagnose, eine HIV-Infektion wird in Deutschland also schlicht zu oft übersehen. Gerade bei Älteren und Heterosexuellen werden Warnsymptome leichter übersehen, die Sexualanamnese wird oft nicht erhoben.

Dass ein Lebensstil mit hohem Infektionsrisiko im Arzt-Patienten-Gespräch nur ungern angesprochen wird, liegt auch daran, dass viele Infizierte noch immer auch im Gesundheitswesen Diskriminierung

erleben. So berichten in einer Umfrage der Deutschen Aidshilfe (DAH) mit 935 HIV-Infizierten zum Beispiel 56 % von mindestens einer diskriminierenden Erfahrung im Gesundheitswesen im letzten Jahr – etwa die Verweigerung einer Gesundheitsleistung, die für dritte offensichtliche Markierung der Patientenakte oder Verstöße gegen die Schweigepflicht.

Tipps zum Diskriminierungs-freien Umgang mit HIV-Positiven in der Praxis, zeigt eine Broschüre der DAH und der Bundesärztekammer (erhältlich unter www.baek.de oder www.aidshilfe.de). *Marco Mrusek*

Literatur

1. Robert-Koch-Institut. Epi Bull. 2020; 48