Dank moderner Medizin haben HIV-Patienten eine fast normale Lebenserwartung. Vor 40 Jahren sah das noch ganz anders aus.

Ein Blick zurück

40 Jahre HIV: „Da waren plötzlich lauter schwer erkrankte junge Männer“

Was vor 40 Jahren mit einigen ungewöhnlichen Fällen einer atypischen Pneumonie in US-Kliniken begann, entwickelte sich rasch zu einer Pandemie, die bis heute nicht vollständig besiegt ist. Dr. Hans Jäger, HIV-Therapeut der ersten Stunde, erinnert sich an die anfängliche Hilflosigkeit und das Ringen der AIDS-Patienten um gesellschaftliche Akzeptanz und medizinische Erfolge.

Vor 40 Jahren, am 5. Juni 1981, erschien in einer wenig bekannten US-Fachzeitschrift eine kurze Sammelkasuistik. Der Autor, Dr. Michael S. Gottlieb von der University of California in Los Angeles, hatte fünf ungewöhnliche Fallberichte zusammengetragen, die sich in frappierender Weise ähnelten: Bei allen fünf Patienten handelte es sich um bislang gesunde, junge, homosexuelle Männer, die an einer *Pneumocystis carinii* (heute: *P. jirovecii*)-Pneumonie erkrankt waren [MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1981; 30: 1–3]. So etwas kannte man bisher höchstens von organtransplantierten Patienten oder Kindern mit schwach ausgebildetem Immunsystem. Ein weiterer Artikel, den Gottlieb für das New England Journal of Medicine verfasste, sollte den Immunologen weltweit bekannt machen [N Engl J Med. 1981; 305: 1425–31]. Darin stellte er die Hypo-

these von einer „potenziell übertragbaren Immunschwäche“ auf. Der Erreger wurde 1983 als humanes Immundefizienzvirus (HIV) Typ 1 identifiziert.

Anfangs nur palliative Behandlung

Der Münchner HIV-Therapeut Dr. Hans Jäger erinnert sich noch gut, wie es war, als die ersten Fälle ins New Yorker Sloan Kettering Cancer Center kamen, wo er Anfang der 1980er-Jahre tätig war: „Da waren plötzlich junge Männer, fast alle aus der Schwulenszene, die schwer erkrankt waren, entweder mit Lungenentzündungen, die wir nicht einschätzen konnten oder mit hautkrebsartigen Veränderungen, Karposi-Sarkomen, wie wir später wussten.“ Zu dieser Zeit sei klar gewesen, dass man die Patienten nur palliativ behandeln konnte.

Nach München zurückgekehrt, arbeitete Jäger zunächst am Städtischen Kran-

kenhaus München-Schwabing, wo er zwischen 1981 und 1989 die Ambulanz für Immunschwäche-Erkrankungen aufbaute. Von Anfang an widmete sich die Arbeitsgruppe auch den spezifischen Problemen von HIV-infizierten Frauen.

Laborhilfestellungen bekam Jäger vom damaligen Ordinarius für Immunologie der Ludwig-Maximilians-Universität München, Prof. Gert Riethmüller, der bei den ambulanten Patienten spezifische T-Zell-Bestimmungen vornahm. Jäger: „Dadurch fanden wir heraus, dass bei vielen Patienten, noch bevor sie Symptome entwickelten, das Immunsystem bereits massiv geschwächt war.“

Bereits Mitte der 1980er-Jahre wurde der erste diagnostische Test auf HIV in Form eines ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay) verfügbar. Und es zeigte sich, so Jäger, „dass gegen diese neuartige atypische Pneumonie ausgerechnet das uralte Cotrim das einzig wirksame Mittel war“.

Überhaupt habe man in der HIV-Pandemie so manche alte Lehrbuchweisheit revidieren müssen. Wie zum Beispiel den Grundsatz, bei Immunschwäche kein Cortison zu geben. Jägers Erfahrung war, dass sich der Zustand vieler HIV-Patienten nach Cortisongabe deutlich besserte. Den Arzt erinnert das ein wenig an die

aktuelle Pandemie, in der Dexamethason erfolgreich bei COVID-19-Patienten eingesetzt wird.

Für die Patienten, die sich in der Schwabinger Ambulanz oder ab 1990 im MVZ, der neugegründeten Schwerpunktpraxis am Münchner Karlsplatz, vorstellten, stand in der Vorzeit der antiretroviralen Therapie die Angst vor dem Sterben im Vordergrund, berichtet Jäger. Eine große Rolle habe aber auch die Angst vor Diskriminierung gespielt. So habe sich ein Patient sehr um die Existenz seiner Eltern gesorgt, die in der Nähe von Ingolstadt einen Lebensmittelladen betrieben: „Wenn im Dorf bekannt geworden wäre, dass der Patient HIV-infiziert war, hätten die Eltern den Laden schließen müssen.“

Der AZT-Wecker war immer dabei

Misstrauen und Stigmatisierung begleiteten die Patienten auch nach Zulassung der ersten antiretroviralen Substanzen. Die Monotherapie mit Azidothymidin (AZT), seit 1987 eingesetzt, erwies sich zwar als relativ schlecht wirksam. Dennoch war man laut Jäger froh, den Patienten etwas anbieten zu können, das den Tod zumindest um einige Monate hinauszögerte. Die Tabletten mussten anfangs alle vier Stunden eingenommen werden. Um das Timing zu erleichtern, gab man den Patienten einen „AZT-Wecker“ mit. Was gut gemeint war, erwies sich als zusätzliche Belastung: Die Patienten lebten nun in ständiger Sorge, mit ihrer HIV-Infektion am Arbeitsplatz aufzufliegen, weil der Wecker klingelte und sie daran erinnerte, die Medikamente aus ihrem Versteck zu holen.

Mit der HIV-Therapie ging es von da an etwa alle zehn Jahre einen entscheidenden Schritt voran: Mitte der 1990er-Jahre kam die Klasse der Proteaseinhibitoren, Mitte der Nullerjahre dann die Integraseinhibitoren, die es den Patienten ermöglichen, ein nahezu normales Leben zu führen.

Mit diesen Substanzen – an deren effektiven Möglichkeiten man laut Jäger lange gezweifelt hatte – konnte das Virus schließlich so weit unterdrückt werden, dass es sich nicht mehr nachweisen ließ. Damit fiel eine weitere große Sorge weg: den Partner beim Sex zu infizieren. Jäger: „Das hat die eigentliche Neuzeit der HIV-Behandlung eingeleitet.“ In den Augen

der anderen nicht mehr als „Virenschleuder“ zu gelten, war für die Patienten eine große Entlastung.

Ohne verräterische Nebenwirkungen

Unter den modernen Medikamenten gingen auch die Nebenwirkungen deutlich zurück. Das galt vor allem für die verräterische Lipodystrophie, die dem Behandelten das typische ausgemergelte Aussehen verliehen hatte. „Man sieht es HIV-Patienten heute nicht mehr an, dass sie therapiert werden“, so Jäger.

All das habe dazu geführt, dass Patienten heute von sich aus den Wunsch äußern, so schnell wie möglich behandelt zu werden. „Sie wissen, dass sie dann nicht mehr infektiös sind, dass sie kaum Nebenwirkungen haben werden, dass sie nur eine oder maximal zwei Tabletten am Tag nehmen müssen, dass ihr Immunsystem nicht weiter kaputtgeht.“

Mit den neuen Long-acting-Substanzen gibt es heute sogar die Möglichkeit, die antiretrovirale Therapie komplett als Spritze in Abständen von zwei Monaten zu verabreichen. Was das bedeutet, hatten selbst Jäger und sein Team zunächst unterschätzt: Die Patienten werden nun nicht mehr täglich an ihre HIV-Infektion erinnert, können die Krankheit zwischen den Injektionen auch mal komplett vergessen.

Noch heute Angst vor Entdeckung?

Für die allermeisten Patienten hat die Diagnose HIV inzwischen ihren Schrecken verloren. Es gibt jedoch auch Ausnahmen: Gerade einmal drei oder vier Jahre ist es her, da begegnete Jäger einem jungen Mann, der es aus Angst vor Entdeckung in Kauf genommen hatte, „bis nahe an den Tod“ zu erkranken. Die Familie des Patienten hatte die Hochzeit mit einer Frau aus dessen türkischer Heimat arrangiert und hätte seine Homosexualität nie akzeptiert. Als er wegen einer Lungenentzündung stationär behandelt werden musste, hatte er den Ärzten nichts davon gesagt. Von einem Freund des Patienten angesprochen, konnte Jäger den entscheidenden Hinweis geben. Daraufhin stellten die Klinikärzte die antibiotische Therapie um: auf das bei *P.-jirovecii*-Pneumonie nach wie vor wirksame Cotrimoxazol. Dr. Elke Oberhofer

Hier steht eine Anzeige.