

Aids-Kongress in Toronto bringt Paradigmenwechsel in der Prävention

Medikamente zum Schutz vor einer Ansteckung werden wichtiger

Von Pietro Vernazza*

HIV-Prävention wurde bisher gleichgesetzt mit Verhaltensänderung, insbesondere dem Gebrauch von Kondomen. Dies könnte sich schon bald ändern, wie der Aids-Kongress in Toronto gezeigt hat. In Studien erprobt werden derzeit vaginal anzuwendende sowie oral einzunehmende Medikamente, die vor einer HIV-Ansteckung schützen sollen.

«Time to deliver» – das Motto der 16. Internationalen Aids-Konferenz, die am 18. August in Toronto zu Ende ging, betrifft medizinische, soziale und politische Fragen. 25 Jahre nach der Erstbeschreibung der Infektionskrankheit wissen wir, wie sie übertragen wird, was sie im Körper verändert, wie sie behandelt werden kann und wie Übertragungen verhindert werden können. Es ist Zeit, dieses Wissen global umzusetzen.

Erinnerungen an Vancouver

Neben politischen und sozialen Themen hat der diesjährige Kongress auch im medizinischen Bereich Aufsehen erregt. Wie vor zehn Jahren die Veranstaltung in Vancouver das Zeitalter der medikamentösen Kombinationsbehandlung eingeläutet hat, hat auch «Toronto» einen Paradigmenwechsel angekündigt – diesmal in der HIV-Prävention. Diese hat sich bisher im Wesentlichen auf «Safer sex»-Empfehlungen beschränkt. Verhaltensänderungen sind zwar wirksam, doch hat die Methode ihre Grenzen, wie der Anstieg von Neuinfektionen unter homosexuellen Männern weltweit zeigt. Nun soll die Prävention durch Medikamente unterstützt werden.

Bisher wurden Vertreter einer medikamentös unterstützten Prävention oft mit Hinweisen auf Resistenzprobleme und einer möglichen Zunahme von Risikoverhalten in die Schranken gewiesen. Doch in Toronto wurde nun intensiv über die Bedeutung medikamentöser Massnahmen zur HIV-Prävention gesprochen. Im Zentrum stehen vaginale Mikrobizide und die sogenannte medikamentöse Prä-Expositions-Prophylaxe. Bei den Mikrobiziden geht es darum, Frauen – die sich besonders in Afrika kaum zur Anwendung eines Kondoms durchsetzen können – mit einem vaginal anwendbaren Mittel zu unterstützen. Verschiedene antiviral wirksame Substanzen und neuerdings auch HIV-Medikamente werden dazu eingesetzt. Diese Methoden wären mit 10 bis 20 Dollar pro Jahr und Frau auch vergleichsweise günstig. Zurzeit laufen mehrere Phase-3-Studien mit verschiedenen Mikrobiziden, wobei deren Verträglichkeit und Akzeptanz gut zu sein scheinen.

Bei der oralen Prä-Expositions-Prophylaxe geht es darum, HIV-negative Personen durch die Einnahme eines Medikaments vor einer möglichen Ansteckung zu schützen. Wie diese Arzneimittel genau einzunehmen sind, wird zurzeit erforscht. In St. Gallen etwa wenden wir diese Methode bereits bei HIV-negativen Frauen an, die sich von ihrem HIV-positiven Partner ein Kind wünschen. Wie in Toronto zu hören war, zeigen erste Erfahrungen, dass sich das «Safer sex»-Verhalten bei diesen Personen nicht wie be-

fürchtet verschlechtert, sondern eher verbessert.

Schliesslich hat auch die HIV-Therapie einen präventiven Effekt, der bisher nur wenig beachtet wurde. Wenn eine Person gut wirksame HIV-Medikamente einnimmt, dann ist sie nach heutiger Auffassung praktisch nicht mehr ansteckend. Diese Wirkung ist so gut, dass bisher weltweit noch über keine einzige Übertragung von einer gut behandelten Person auf einen Partner berichtet wurde. Eine Therapie kann deshalb auch zu präventiven Zecken eingeleitet werden.

Aus dieser Überlegung heraus leitete Julio Montaner, der zukünftige Präsident der Internationalen Aids-Gesellschaft, eine hypothetische Idee ab und präsentierte einen Traum. Wenn wir weltweit alle HIV-Infizierten mit antiretroviralen Medikamenten behandeln würden, sagte er, dann würde das HI-Virus innert wenigen Jahrzehnten verschwinden. Die Kosten dieser Massnahme, die Montaner auf jährlich 15 Milliarden Dollar veranschlagte, scheinen immens. Doch diese würden jährlich abnehmen, und ab 2020 wären sie tiefer als die Kosten, die es derzeit braucht, um 30 Prozent der infizierten Menschen zu behandeln.

Ist dieser Traum in der Schweiz zu realisieren? Möglich wäre es. Denn der Schweizerische Aids-Survey (Chat), eine Befragung neu Infizierter über die genauen Umstände ihrer Ansteckung, hat gezeigt, dass der grösste Teil der HIV-Infektionen in der Schweiz erworben wird. Dies bedeutet, dass man versuchen müsste, bei möglichst vielen HIV-positiven Personen die Infektion zu diagnostizieren und dann sofort zu behandeln. Beginnen könnte man bei besonders gefährdeten Personengruppen wie den homosexuellen Männern. Denn bei dieser Gruppe beobachten wir nach den Daten des Bundesamts für Gesundheit und von Chat trotz intensiver Präventionsarbeit eine Zunahme der Neuinfektionen. Es ist durchaus denkbar, dass wir mit intensiver Testberatung mit Schnelltests und der Therapie von Infizierten beziehungsweise der Prä-Expositions-Prophylaxe bei nicht Infizierten einen nachhaltigen Effekt erzielen könnten.

Montaners Traum widerspricht allerdings der derzeitigen Therapiestrategie: Heute beginnen wir die Therapie erst dann, wenn das Immunsystem so weit geschädigt ist, dass mit Krankheitszeichen gerechnet werden muss. Doch auch dieses Dogma wurde in Toronto in Frage gestellt, nachdem im Januar die sogenannte «Smart»-Studie mit fast 6000 Testpersonen vorzeitig abgebrochen werden mussten. Dabei ging es um den Vergleich zwischen einer Dauertherapie und einer Therapie nach Mass. Bei Letzterer wird die Behandlung immer dann unterbrochen, wenn sich das Immunsystem genügend erholt hat.

Obwohl die kurzfristige Wirksamkeit von Therapieunterbrüchen als vielversprechend galt, zeigte die «Smart»-Studie, dass Personen, die ihre Therapie bei guter Immunlage unterbrachen, ein höheres Sterberisiko hatten als solche, die ihre Medikamente ohne Unterbrüche einnahmen. Diese Resultate weisen darauf hin, dass die HIV-Infektion selbst ein Zustand ist, der durch die chronische Aktivierung des Immunsystems Alterungsprozesse wie die Arteriosklerose beschleunigt. Aus diesen Überlegungen heraus wurde in

Toronto diskutiert, ob man nicht grundsätzlich früher mit der HIV-Therapie beginnen sollte. Dies wird auch durch die Entwicklung nebenwirkungsarmer Medikamente begünstigt. Sollte sich diese Tendenz bestätigen, könnte der Traum von Julio Montaner näher an die Realität rücken.

Monotherapien wenig überzeugend

Nachdem nun Therapieunterbrüche «out» sind, sorgen in Toronto die Resultate von Behandlungsstudien mit nur einem Wirkstoff (Monotherapien) für Aufsehen. Monotherapien reduzieren insbesondere die Kosten und das Nebenwirkungspotenzial. In St. Gallen haben wir bereits über vier Jahre Erfahrung mit dieser Strategie. Eine in Toronto vorgestellte Studie der Schweizerischen HIV-Kohorte hat dabei gezeigt, dass die Medikamente bei etwa jedem sechsten Patienten ungenügend wirken. Bis wir mehr darüber wissen, sollten solche Therapien daher nicht ausserhalb von Studien durchgeführt werden.

Der Kongress in Toronto hat auch gezeigt, dass die Schweiz in vielen Aids-Belangen weltweit gut dasteht. Wir haben vieles erreicht, worum uns andere Länder beneiden. So haben wir etwa ein Bundesamt für Gesundheit, das eine klare Leaderposition einnimmt und sich in Partnerschaft mit der Aids-Hilfe Schweiz für die Prävention und gegen Stigmatisierung und Diskriminierung einsetzt. Wir haben zudem eine wissenschaftlich angesehene HIV-Kohorten-Studie, die nicht zuletzt eine hohe Behandlungsqualität in der Schweiz garantiert. So ist etwa die Übertragung resistenter Viren, ein Mass für die Qualität der Therapie, in der Schweiz minimal. Andererseits habe ich mich etwas geschämt, als Präsident Chirac während des Kongresses vorlesen liess, dass Frankreich den Internationalen Fonds für Aids, Malaria und Tuberkulose mit weiteren 300 Millionen Euro unterstützen wird. Vielleicht könnte auch die Schweiz etwas grosszügiger sein.

* Der Autor ist Medizinprofessor und Leiter des Fachbereichs Infektiologie/Spitalhygiene am Kantonsspital St. Gallen.