

HIV-DIAGNOSTIK

Zu wenige Tests bei Risikopersonen

Bislang geht die Initiative zu einer HIV-Diagnostik meist von den Testpersonen selbst aus – oft zu spät für einen optimalen Therapiebeginn bei Infizierten. Deshalb sollten Ärzte bei erhöhten Infektionsrisiken aktiv auf die Testmöglichkeit hinweisen.

Circa die Hälfte der Infektionen mit dem menschlichen Immunschwächevirus (HIV) wird spät diagnostiziert, nämlich bei einer T-Helferzellen-Zahl von weniger als 350 Zellen pro μ l Blut. Bei einem Drittel der Patienten handelt es sich zum Zeitpunkt der Neudiagnose bereits um eine „fortgeschrittene HIV-Erkrankung“: Die Zahl der T-Helferzellen liegt dann unter 200 Zellen pro μ l. Durch späte Diagnosen wird bei vielen Patienten der optimale Zeitpunkt für den Beginn einer Behandlung verpasst.

Ein Teil der Betroffenen gelangt aus anderen Gründen als einer späten Diagnose in einem fortgeschrittenen Stadium der HIV-Infektion in eine spezialisierte medizinische Betreuung.

Die bisherige Testpraxis in Deutschland beruht überwiegend auf krankenhausinitiiertem HIV-Testung, die in der Regel in Gesundheitsämtern, Aidshilfen und Arztpraxen nach einer individuellen Beratung durchgeführt wird. Durch Ärzte empfohlene Tests finden statt im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, in Therapie- und Substitutionseinrichtungen für i.v.-Drogenkonsumenten und in der klinischen Versorgung zur Differenzialdiagnostik.

Herpes zoster als Indikator für HIV-Infekt bei Jüngeren

Darüber hinaus empfehlen medizinische Fachgesellschaften die HIV-Testung bei Vorliegen einer Tuberkulose, einer weiteren sexuell übertragbaren Infektion oder einer chronischen Hepatitis B oder C.

Bisher bieten Ärzte selbst bei Vorliegen von Erkrankungen, die auf eine HIV-Infektion hinweisen (HIV-Indikator-Erkrankungen, zum Beispiel Herpes zoster bei jungen Patienten), noch zu selten einen

HIV-Test an. Die in Deutschland bereits bestehenden Leitlinien und Empfehlungen für eine ärztlich initiierte Testung werden nur unzureichend umgesetzt.

Auf einem Workshop im Oktober 2009 in Hannover unter Beteiligung von Experten aus den Bereichen Medizin, Public Health, Ethik und Recht sowie aus Kliniken, Schwerpunktambulanzen, Aidshilfen, Betroffenenorganisationen, wissenschaftlichen Instituten der Bundesländer und internationalen Organisationen (UNAIDS, Weltgesundheitsorganisation, ECDC, Europäische Kommission) wurde Einigkeit darüber erzielt, dass

- die gegenwärtige Situation, in der geschätzt ein Drittel der HIV-Neudiagnosen erst in einem fortgeschrittenen Stadium der HIV-Infektion erfolgen, nicht befriedigend ist
- fortgesetzte Anstrengungen erforderlich sind, um die Testrate und -frequenz bei Menschen mit erhöhten Risiken für eine HIV-Infektion zu erhöhen
- eine HIV-Testung grundsätzlich freiwillig und mit informiertem Einverständnis der Getesteten erfolgen muss.

Die Testung muss begleitet sein von einer den konkreten Umständen angepassten Beratung vor dem Test und einer ausführlichen Beratung zum Ergebnis nach dem Test; oder – falls dies nicht möglich ist – von der Weiterverweisung an eine andere Einrichtung, wo eine solche qualifizierte Beratung erfolgen kann. Zur Beratung gehört auch, die Notwendigkeit wiederholter Testung bei Fortbestehen von Infektionsrisiken anzusprechen. Etwa die Hälfte der neu mit HIV diagnostizierten Personen in Deutschland hat sich vor der HIV-Diagnose bereits mindestens ein-

mal mit negativem Ergebnis auf HIV testen lassen.

Die Möglichkeiten ärztlich initiiertem Testung sollten stärker als bisher genutzt werden:

- Anlässlich der Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Erkrankungen sollte die Frage eines HIV-Tests regelmäßig angesprochen werden.
- Das Wissen nicht-HIV-spezialistischer Ärzte über HIV-Indikatorerkrankungen muss verbessert werden.
- Die Fähigkeit zur Kommunikation mit Patienten über HIV-Risikofaktoren und die Kompetenz der Ärzte zur Testberatung und -mitteilung muss gestärkt werden.

Soziale Ausgrenzung wirkt Testbereitschaft entgegen

Die Diskriminierung und soziale Ausgrenzung von HIV-Infizierten wirken sich demotivierend auf die HIV-Testbereitschaft von gefährdeten Personen aus. In Deutschland erfahren auch heute noch selbst im medizinischen Versorgungssystem HIV-Infizierte bei der Offenlegung ihrer Infektion Diskriminierung und Ausgrenzung. Weitere und kontinuierliche Anstrengungen zum Abbau der Diskriminierung von Betroffenen sind daher notwendig.

Es besteht ein Recht auf Nichtwissen. Eine Entscheidung gegen die Durchführung eines angeratenen HIV-Tests ist zu akzeptieren und darf nicht zu Benachteiligungen führen. Die Weiterentwicklung von HIV-Testangeboten in Deutschland sollte wissenschaftlich evaluiert werden. ■

*Prof. Dr. med. Reinhold E. Schmidt
Vorsitzender des gemeinsamen wissenschaftlichen Beirates des Bundesministeriums für Gesundheit*

*Prof. Dr. med. Jürgen Rockstroh
Präsident der Deutschen Aids-Gesellschaft*

*Dr. med. Ulrich Marcus
Robert-Koch-Institut, Berlin*