

Falscher Optimismus

Ruedi Lüthy

Ende Juli besuchte ich eine Konferenz der Internationalen Aids-Gesellschaft (IAS) im kanadischen Vancouver. Ein Thema dominierte den Anlass: Wann soll mit der HIV-Therapie begonnen werden? Bisher galt die Maxime zuzuwarten, bis ein erkennbarer Schaden am Immunsystem – gemessen an der Zahl der Helferzellen im Blut – eingetreten war. Die sogenannte Start-Studie, die in Vancouver erstmals veröffentlicht wurde, zeigte nun aber, dass es sinnvoll ist, die HIV-Therapie schon lange vor dem Abfall der Helferzellen zu beginnen. Damit können gemäss der Studie Todesfälle und Komplikationen der HIV-Infektion deutlich reduziert werden. Ein Paradigmenwechsel steht bevor. Bisher versuchte man die Nachteile einer später begonnenen Therapie (höhere Erkrankungshäufigkeit) gegen die Wahrscheinlichkeit einer Therapiemüdigkeit und eventueller Langzeitnebenwirkungen der Medikamente abzuwägen. Denn je früher eine Therapie beginnt und je länger sie dauert, umso wahrscheinlicher treten Letztere auf.

Das Ziel, den Behandlungserfolg weiter zu verbessern, ist wichtig und richtig. Nur leider wären die Konsequenzen eines solchen Richtungswechsels immens. Würden alle Patienten unmittelbar nach einem positiven Testergebnis behandelt, hätte dies alleine in Simbabwe eine Verdoppelung der Patientenzahlen zur Folge. Doch woher das Geld nehmen, wenn es heute schon nicht reicht, um allen eine gleich gute Behandlung zu ermöglichen? Woher das Wissen und die Ressourcen nehmen, um diese Herkulesaufgabe zu bewältigen – insbesondere im stark betroffenen südlichen Afrika? Die Studienresultate sind bereits in die neue Strategie von Unaid für die Jahre 2015 bis 2020 eingeflossen. Unter dem Motto «90-90-90» gibt sie drei Hauptziele vor: 90 Prozent aller HIV-Patienten weltweit sollen bis 2020 ihren HIV-Status kennen, 90 Prozent dieser HIV-Patienten sollen eine Therapie erhalten, und bei 90 Prozent aller HIV-Patienten, die eine Therapie erhalten, sollen die HI-Viren nicht mehr im Blut nachweisbar sein. Auch diese drei Ziele mögen im Grundsatz richtig sein, doch es werden riesige Umsetzungsprobleme sichtbar.

Nur schon die Vorstellung, dass in ländlichen Gegenden im südlichen Afrika 90 Prozent der Patienten mit HIV-Infektion getestet werden, ist utopisch. Heute sind es halb so viele. Die Distanzen zu einer Klinik sind für viele Patienten unüberwindbar, weil ihnen das Geld für den Transport fehlt. Und selbst wenn es gelingen würde, wesentlich mehr Menschen zu testen, ist ein Therapieerfolg in dieser Grössenordnung ebenso unrealistisch: Es fehlen die Infrastrukturen, ausgebildete Betreuer und das Geld. Eine HIV-Behandlung erfordert zum Beispiel regelmässige Bluttests, doch die nötigen Laborgeräte und Reagenzien fehlen in den öffentlichen Kliniken. Die Krankengeschichten werden manuell geführt, so dass es kaum eine Möglichkeit gibt, Patienten zu identifizieren, die nicht zur Nachkontrolle erscheinen. Zwischen 20 und 30 Prozent gehen deshalb bereits im ersten Jahr verloren. Ein weiteres Problem ist die fehlende Zeit: In öffentlichen Kliniken stehen den Ärzten und Pflegepersonen pro Konsultation durchschnittlich drei bis fünf Minuten zur Verfügung. Das Personal ist überfordert und ungenügend ausgebildet. Die Konsequenz sind eine ungenügende Behandlungsqualität und damit die vermehrte Bildung von resistenten Viren. Dies erfordert den Einsatz von neueren, wesentlich teureren Medikamenten. Allein der Wechsel von einem Medikament der ersten zu einem der zweiten Generation hat in Simbabwe eine Kostensteigerung von bis zu 50 Prozent zur Folge – Medikamente der dritten Generation sind praktisch unerschwinglich.

Das Ziel müsste deshalb gerade in Entwicklungsländern sein, die Patienten möglichst lange mit Medikamenten der ersten Generation zu behandeln. Dafür sind eine hohe Behandlungsqualität und eine enge Begleitung der Patienten nötig, die oft in schwierigsten Bedingungen leben. Sie müssen verstehen, welche fatalen Folgen eine ungenügende Therapietreue haben kann. An der gesamten Konferenz habe ich die Worte «Therapietreue» und «Qualität» jedoch kaum gehört. Dabei wäre genau hier anzusetzen, wenn wir mehr gegen die Aids-Epidemie tun wollen. Erst in einem zweiten Schritt kann die Anzahl Patienten erhöht werden. In Simbabwe leben jedoch mindestens 1,4 Millionen Menschen mit dem HI-Virus. Zu tun gibt es also mehr als genug – umso wichtiger wäre es, den Hebel an der richtigen Stelle anzusetzen.