

MedReport

15 / 2011

ORGAN FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSKONGRESSE

WILEY-BLACKWELL

15. bis 18. Juni 2011

DÖAK 2011
5. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress

Hannover,
Congress Centrum



Wissen schafft Perspektiven

Reinhold E. Schmidt, Hannover, und Heribert Stoiber, Innsbruck

Für vier Tage versammeln sich im Congresscentrum HCC unter dem Motto „Wissen schafft Dir Perspektiven“ rund 1000 bis 1500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Medizin, Forschung, Sozialwissenschaft, Beratung und Selbsthilfe und werden neue Erkenntnisse vorstellen und diskutieren. Schwerpunkte des wissenschaftlichen Programms sind gesellschaftliche Aspekte von HIV und Aids, das klinische Bild der HIV-Infektion und Fortschritte in der Behandlung von HIV.

Wir freuen uns sehr, Sie in Hannover begrüßen zu dürfen und heißen Sie zum 5. Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongress DÖAK 2011 herzlich willkommen. AIDS hat sich innerhalb der letzten 30 Jahre zur größten Pandemie unseres Zeitalters entwickelt. Inzwischen hat die Medizin hier aber auch ihre allergrößten Erfolge erzielt und zwar mit ihren Präventionsmaßnahmen, ihrer weltweiten Aufklärung und Testung und schließlich seit 1995 mit der enormen Entwicklung der antiretroviralen Therapie, die jetzt endlich auch viele Patienten in Drittweltländern erreicht.

Nicht nachlassen

Erstmals sind weltweit die Zahlen der frisch Infizierten zurückgegangen, in Deutschland, Österreich und Europa haben wir aber bestenfalls eine Stagnation erreicht. Daher dürfen wir auf keinen Fall nachlassen in der Aufklärung und angemessenen Testung für HIV. Zu viele Betroffene werden hierzulande noch zu spät erkannt. Aber auch nur der große Fortschritt des Wissens um die HIV-Infektion, die Aufklärung ihrer Pathogenese und Entwicklung neuer Therapien hat die oben beschriebenen enormen Fortschritte möglich gemacht. Daher haben wir diesen Kongress auch unter das Motto gestellt: Wissen schafft Dir Perspektiven.

Integration der Aktivitäten

Der DÖAK 2011 möchte als bedeutendster größter deutschsprachiger Fachkongress für alle im Bereich von HIV/AIDS Tätigen und Interessierten eine Plattform sein, um neue Informationen, Erfahrungen und Entwicklungen auszutauschen und zu diskutieren. Der DÖAK wird einen Beitrag zur Integration der Aktivitäten von AIDS-Forschern, Medizinern, Community, Angehörigen sozialer Berufe und Sozialwissenschaftlern im Kampf gegen AIDS leisten.

Der DÖAK 2011 wird als 5. Kongress gemeinsam von der Deutschen AIDS-Gesellschaft und der Österreichischen AIDS-Gesellschaft veranstaltet. Mit einem umfangreichen öffentlichen Programm wendet sich der Kongress an alle gesellschaftlichen Kreise bis hin zu Schülern und Jugendlichen.

Wir wünschen Ihnen einen interessanten und anregenden Kongress und einen angenehmen Aufenthalt in unserer Landeshauptstadt und hoffen, dass alle Ihre Erwartungen erfüllt werden.

Prof. Dr. med. Reinhold E. Schmidt

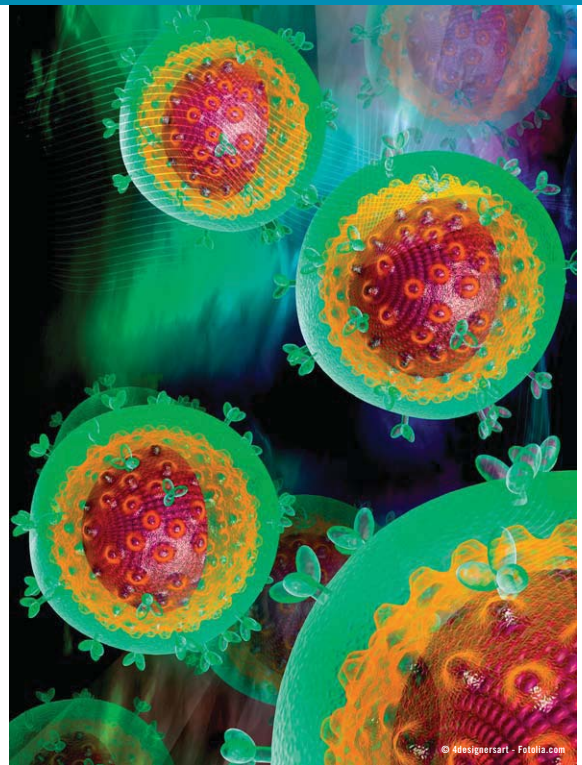
Prof. Dr. med. Heribert Stoiber



Prof. Dr.
Reinhold E. Schmidt
Kongresspräsident



Prof. Dr.
Heribert Stoiber
Kongress-Vizepräsident



ALLGEMEINE HINWEISE

15. bis 18. Juni 2011

DÖAK 2011

5. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress

TAGUNGORT

Hannover Congress Centrum (HCC)
Theodor-Heuss-Platz 1-3
30175 Hannover
Tel.: +49-511-8113-0
www.hcc.de

KONGRESSPRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Reinhold E. Schmidt
c/o Klinik für Immunologie und
Rheumatologie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Tel.: +49-511-532-6656
Fax: +49-511-532-9067
immunologie@mh-hannover.de

KONGRESS VIZEPRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Heribert Stoiber
c/o Med. Univ. Innsbruck, Virologie
Fritz-Pregl-Str. 3, A-6020 Innsbruck
Tel.: +43-512-9003-71701
Fax: +43-512-9003-73701
heribert.stoiber@i-med.ac.at

WISSENSCHAFTLICHER SEKRETÄR

Prof. Dr. med. Georg M. N. Behrens
c/o Klinik für Immunologie und
Rheumatologie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Tel.: +49-511-532-5713
Fax: +49-511-532-9067
behrens.georg@mh-hannover.de

KONGRESSORGANISATION /

VERANSTALTER

K.I.T. Group GmbH
Association & Conference Management
Kurfürstendamm 71
10709 Berlin
Tel.: +49-30-24603-280
Fax: +49-30-24603-200
doeak2011@kit-group.org

Die Beiträge auf dem 5. Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongress sind in sogenannte Tracks (Leitthemen) eingeteilt.

Track A: Gesellschaftliche Aspekte von HIV und AIDS – Epidemiologie, Prävention und Teststrategien
Track B: Klinik der HIV-Infektion, Koinfektionen und Komorbidität, Therapie der HIV-Infektion
Track C: Virologie, Immunologie

Der Deutsch-Österreichische AIDS-Kongress ist als berufsbezogene Fortbildung von der Ärztekammer Niedersachsen mit insgesamt 21 Fortbildungspunkten anerkannt.

www.doeak2011.com

Alles auf GUM

Warum wir in Europas Metropolen Zentren für schwule Gesundheit brauchen

Axel J. Schmidt, Berlin*

Die gute Nachricht vorab: In Europa lässt sich jeder zweite bis jeder fünfte schwule oder bisexuelle Mann etwa einmal jährlich auf andere sexuell übertragbare Infektionen als HIV (STI) untersuchen. Dies zumindest legt der erste Europäische MSM Internet Survey (EMIS) nahe, der im Sommer 2010 durchgeführt wurde und an dem sich über 180.000 Männer in 38 Ländern beteiligten.

In allen beteiligten europäischen Ländern wurde die große Mehrheit der STI-Untersuchungen veranlasst, ohne dass die befragten Männer Symptome hatten. Sie werden daher im Folgenden als STI-Check-ups bezeichnet.

Die schlechte Nachricht

Nur selten beinhalten solche STI-Check-ups diagnostische Verfahren, die geeignet sind, rektale Infektionen mit Gonokokken oder Chlamydien oder einen Befall mit spitzen Kondylomen (Feigwarzen) festzustellen. Nur wenige Länder weichen von dieser Regel ab: Großbritannien, Irland, Malta und Schweden. Diese vier Länder unterhalten speziell auf sexuelle Gesundheit ausgerichtete Zentren, die in Großbritannien und Irland auch als clinics for genito-urinary medicine, kurz GUM-clinics, bezeichnet werden.

EMIS-Studienteilnehmer wurden gefragt, was für Untersuchungen im Rahmen ihrer Check-ups im Verlauf der letzten 12 Monate durchgeführt wurden. In allen Ländern gaben über 80 % der befragten Männer an, dass Blut entnommen wurde. Ein Bluttest erlaubt jedoch – abgesehen von HIV – lediglich die Diagnose von Syphilis und Hepatitiden. In 33 Ländern wurde in weniger als 40 % der STI-Check-ups eine schlichte Inspektion von Penis oder Anus vorgenommen;

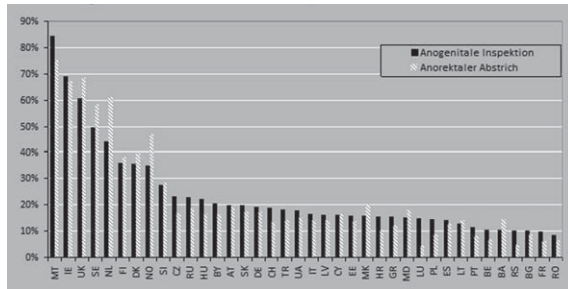


Abb. 1: EMIS 2010: Diagnostische Verfahren bei MSM mit STI-Check-up in den letzten 12 Monaten in 38 europäischen Staaten (angegeben ist für jedes Land das internationale Internetkürzel (TDL)).

in mehr als der Hälfte der Länder, darunter Deutschland, waren es sogar weniger als 20 %. Weitergehende Untersuchungen – beispielsweise ein Rektalabstrich – waren noch seltener: In mehr als zwei Dritteln der beteiligten Länder lag der Anteil dieser Untersuchungen bei unter 20 %. Für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) besteht somit nahezu auf dem gesamten europäischen Kontinent die Gefahr einer substantiellen Untererfassung von Feigwarzen sowie von rektalen Infektionen mit Gonokokken oder Chlamydien. Dies hat nicht nur Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität der betroffenen Männer und ihrer Sexualpartner, sondern führt auch dazu, dass europäische

STI-Melddaten nur schwer vergleichbar sind bzw. zu falschen Schlussfolgerungen verleiten. Unter 5 % der in Deutschland befragten Männer berichteten über eine Inspektion von Anus und Penis in den vergangenen 12 Monaten; bei einem noch geringeren Anteil wurde ein Analabstrich vorgenommen. Inspektion von Anus und Penis war in Irland und Großbritannien mehr als 6-mal, ein Analabstrich sogar 8- bzw. 10-mal häufiger als in Deutschland. Für HIV-positive Männer war der Unterschied beim Analabstrich etwas geringer.

Für Deutschland konnten bereits 2006 ähnliche Ergebnisse berichtet werden: In der KABA-STI-Studie des RKI wurde untersucht, ob schwulen

und bisexuellen Männern rektale Screening-Untersuchungen angeboten werden [1]. Selbst MSM, die sich in den letzten zwölf Monaten auf HIV testen ließen (und damit prinzipiell für weitere STI-Diagnostik erreichbar waren) und die im gleichen Zeitraum mehr als zehn Sexualpartner hatten, wurde nur in 6 % der Fälle ein anorektales Screening auf Gonokokken/Chlamydien angeboten.

GUM-Kliniken

Männer, deren letzter HIV-Test in einer GUM-Klinik oder bei einem Community-based testing-service durchgeführt wurde (letzteres sind in Deutschland Testangebote der Gesundheitsämter oder der AIDS-Hilfen), waren zudem zufriedener mit der vorgefunden Testsituation als Männer, die sich bei niedergelassenen Ärzten oder in Krankenhausambulanzen auf HIV testen ließen; insbesondere konnten sie dort häufiger im Rahmen des HIV-Tests über das Geschlecht ihrer Sexualpartner, sexuelles Verhalten und sexuelle Praktiken sprechen. Eine Thematisierung von Sexualität ist die Grundlage nicht nur für eine angemessene, individuelle und kosteneffektive Diagnostik, sondern auch für eine umfassende Beratung zu und Verbesserung von sexueller Gesundheit. Ländern mit speziell auf sexuelle Gesundheit ausgerichteten Zentren schneiden hinsichtlich des Versorgungsangebots zu sexuell übertragbaren Infektionen sehr viel besser ab. In Deutschland ist neben dem Fehlen regelmäßiger und sinnvoller STI-Check-ups bei Personen mit häufig wechselnden Sexualpartnern die nach wie vor hohe Schambesetzung des Themas STI im Kontext ärztlicher Untersuchung und Beratung ein noch zu überwindendes Hindernis auf dem Weg zu besserer STI-Prävention und zu besserer sexueller Gesundheit schwuler und bisexueller Männer. Besonders für sexuelle Minderheiten ist ein offener und diskriminierungsfreier Umgang in medizi-

nischen Einrichtungen wesentliche Voraussetzung für effektive HIV- und STI-Prävention. In einer aktuellen Studie des RKI [2] wurden MSM systematisch auf Infektionen mit Gonokokken und Chlamydien untersucht. Bei 15 % waren *Neisseria gonorrhoeae* oder *Chlamydia trachomatis* nachweisbar; bei 8% (Chlamydien) bzw. 5 % (Gonokokken) war das Rektum befallen; häufiger als die Harnröhre.

Diese Ergebnisse unterstreichen deutlich den Bedarf, STI-Prävention umfassender zu verankern, das Konzept der GUM-clinics erscheint hierbei wegweisend.

LITERATUR

- Schmidt AJ, Marcus U. Self-reported history of sexually transmissible infections and STI-related utilization of the German health care system by men who have sex with men: data from a large convenience sample. BMC Infectious Diseases, 2011; 11:132; <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/11/132>
- Dudareva S et al. Prevalence of pharyngeal and rectal neisseria gonorrhoea and chlamydia trachomatis infections among men who have sex with men in Germany. The PARIS [Pharyngeal and rectal infection screening] study. DÖAK 2011, Poster P89.

Weitere Autoren: J. Rankin, T. Sekuler, U. Marcus; Robert-Koch-Institut, Abt. f. Infektionsepidemiologie, Berlin

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. Axel J. Schmidt
Robert-Koch-Institut
Abt. f. Infektionsepidemiologie
DGZ-Ring 1
13096 Berlin
schmidtax@rki.de

PROGRAMMHINWEIS

Donnerstag, 16. Juni 2011
09:45–11:15 Uhr, Glashalle

TRACK A SYMPOSIUM
Neuinfektionen – Stillstand oder Dynamik?
Vorsitz: C. Schatz, Berlin;
F. Goebel, München

Interaktionsstudien

HIV/HCV-Koinfektion

Albrecht Stoehr, Hamburg

Durch den Rückgang der AIDS-bedingten Morbidität und Mortalität infolge der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) haben Begleiterkrankungen wie die chronische Hepatitis C an Bedeutung gewonnen. International sind ca. 10 % der Todesfälle bei HIV-positiven Patienten auf eine chronische Hepatitis C zurückzuführen. Die Prävalenz der chronischen Hepatitis C bei HIV-Patienten liegt in Deutschland je nach Auswertung zwischen 4,4 und 13 %.

Durch eine verbesserte Kenntnis der Dosierung, Therapiedauer und Interaktionen zwischen der antiretroviralen Therapie und den bislang zugelassenen Medikamenten zur Therapie der chronischen Hepatitis C wie pegyliertem Interferon oder Ribavirin, ist es zu einer deutlichen Verbesserung der Behandlungsergebnisse gekommen. In einer deutschen Phase-IV-Studie fand sich eine Ausheilungsrate (SVR) bei Genotyp

1, 4, 5 und 6 von 35 % und bei Genotyp 2 und 3 von 58 %. Die Zulassung der beiden ersten Proteasehemmer für die Therapie der chronischen Hepatitis C steht unmittelbar bevor. Von der Firma MSD wird die Substanz Boceprevir (Victrelis®) und von der Firma Janssen-Cilag Telaprevir (Incivo®) auf den Markt gebracht. Diese beiden Substanzen haben in Phase-III-Studien bei HCV-Monoinfizierten in

Kombination mit pegyliertem Interferon und Ribavirin zu einer deutlich höheren Ansprechrate mit zum Teil kürzeren Therapiezeiten geführt.

Interaktionsstudien

Zu HIV/HCV-koinfizierten Patienten liegen bislang jeweils eine Interaktionsstudie sowie die Zwischenauswertung einer Phase-II-Studie mit Telaprevir vor. In der Interaktionsstudie mit Boceprevir fanden

sich keine relevanten Medikamenteninteraktionen mit Ritonavir und Tenofovir, die Relevanz der Interaktion mit Efavirenz ist noch unklar. In der Interaktionsstudie mit Telaprevir zeigten sich relevante Medikamenteninteraktionen mit allen Proteasehemmern, mit Ausnahme von Atazanavir. Tenofovir und Efavirenz können aber mit einer erhöhten Telaprevir-Dosis (3 x 1125 mg) kombiniert werden. In der Phase-IIa-Studie mit Telaprevir konnte gezeigt werden, dass in der Kombination mit Atazanavir bzw. Efavirenz keine wesentlichen Spiegelschwankungen von Telaprevir auftraten. Die virologischen Daten zu Woche 4 und Woche 12 waren in der Kombinationstherapie mit Telaprevir, Peginterferon α -2a und Ribavirin signifikant besser als mit Peginterferon α -2a und Ribavirin allein. Diese Ergebnisse machen Hoffnung, dass auch die HIV-Patienten mit einer chronischen Hepatitis C von diesem Fortschritt profitieren werden.

Genetische Marker

Ende 2009 erschienen erstmals Veröffentlichungen, die individuelle genetische Marker bei Patienten für das therapeutische Ansprechen einer Hepatitis C definierten. Der Polymorphismus nahe dem IL28-B-Gen ist prädiktiv für das Ansprechen auf die Therapie der chronischen Hepatitis C. Somit haben Patienten, die das CC-Allel tragen, im Vergleich zu Patienten mit dem TC- oder TT-Allel ein deutliches besseres therapeutisches Ansprechen. Die Bedeutung dieses Polymorphismus konnte inzwischen auch bei HIV/HCV-koinfizierten Patienten belegt werden. Patienten, die das CC-Allel tragen, haben ein besseres Ansprechen bei Vorliegen des Genotyps 1 und 4, beim Genotyp 2/3 ist die Bedeutung deutlich geringer. Die Kenntnis dieses Polymorphismus ist sinnvoll, um die individuelle Therapieintensivität und Therapiedauer zu planen, die Bedeutung wird nach der Zulassung der neuen Protease-



Dr. Axel J. Schmidt



Dr. Albrecht Stoehr