

Der HIV-Test auf Initiative des Arztes/der Ärztin

Provider-initiated counselling and testing (PICT) bezeichnet die vom Leistungserbringer (Ärzte/Ärztinnen, med. Personal) veranlasste Beratung zum HIV-Test und ggf. anschliessende Testung in Situationen, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion erhöht ist. Das ist zum einen bei bestimmten Krankheitsbildern der Fall (HIV-Indikatorerkrankungen), zum anderen in bestimmten Bevölkerungsgruppen, zum Beispiel bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (Epidemiologische Indikation).

Die aktualisierte Richtlinie verfolgt, wie schon 2013, drei Ziele: der Arzt soll

1. die HIV-Primoinfektion nicht verpassen,
2. bei unklaren Symptomen und Krankheitsbildern an eine fortgeschrittene HIV-Infektion denken und
3. bei Hinweisen auf ein relevantes sexuelles Expositionsrisiko das präventive Beratungsgespräch führen und den HIV-Test vorschlagen.

Eine HIV-Infektion wird häufig zu spät diagnostiziert, weil u.a. bei bestimmten Beschwerdebildern nicht an eine HIV-Infektion als Ursache oder Begleitkrankheit gedacht wird: Mononukleose-ähnliche Krankheitsbilder, sexuell übertragbare Infektionen, unklare Leukozytopenie/Thrombopenie, unklare Lymphadenopathie, Tuberkulose, neurologische Krankheitsbilder, etc. In diesen Situationen nicht zum HIV-Test zu beraten bzw. den HIV-Test anzubieten ist – ähnlich wie z.B. bei Schwangeren oder Organ Spendern – ein Fehler. Mit dieser Richtlinie will das BAG Klarheit schaffen, wann, bei wem, und mit welcher Dringlichkeit ein HIV-Test medizinisch indiziert ist. Unterschieden wird hierbei, ob der HIV-Test hierbei

- a) ausdrücklich empfohlen,
- b) empfohlen,
- c) oder vorgeschlagen wird.

Zur Erleichterung der Einholung des informierten Einverständnisses können sich Ärztinnen und Ärzte auf diese Richtlinie des BAG beziehen. Die Richtlinie lehnt sich stark an die entsprechende Publikation von «HIV in Europe» an, wurde für die Schweiz überarbeitet und von der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) verabschiedet und vom BAG durch Publikation im BAG-Bulletin und in der Schweizerischen Ärztezeitung in Kraft gesetzt.

Warum braucht es eine BAG-Richtlinie zum HIV-Test?

In der Schweiz werden HIV-Infektionen bei 30 % der Betroffenen erst im Stadium einer fortgeschrittenen Immunschwäche (CD4-Zellen unter 200/ μ l) diagnostiziert, und 45 % in einem Stadium, wo eine antivirale Behandlung schon klar indiziert wäre (CD4-Zellen unter 350/ μ l) [1,2].

Bei einer späten Diagnose besteht die Gefahr einer höheren HIV-bezogenen Morbidität und Sterblichkeit, eines schlechteren Ansprechens auf die Behandlung, erhöhter Kosten im Gesundheitswesen und erhöhter Übertragungsraten. Die frühzeitige Diagnose einer HIV-Infektion birgt demnach viele sekundärpräventive Vorteile, weshalb die Früherkennung neben der Primärprävention eine zentrale Strategie der öffentlichen Gesundheit darstellen muss. Eine frühzeitige Diagnose erfordert innovative Ansätze, um die Testangebote für Gruppen mit erhöhtem HIV-Risiko zu verbessern.

Vor diesem Hintergrund haben das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die damalige Fachkommission Klinik und Therapie (FKT) im Mai 2007 Empfehlungen zu vermehrter Ärzte-initiiertes HIV-Beratung und Testung «*provider-initiated counselling and testing* (PICT)» publiziert und seitdem regelmässig aktualisiert. PICT bedeutet die freiwillige Durchführung von Beratung und HIV-Tests auf ärztliche Initiative bei Patienten, bei denen aus *Sicht des Arztes ein HIV-Test indiziert* ist. In Situationen, wo aufgrund von Klinik und/oder Laborbefunden eine HIV-Infektion als Ursache oder Begleitkrankheit in Frage kommt, informiert der Arzt den Patienten über die Notwendigkeit der Durchführung eines HIV-Tests. Die Bestätigung bzw. vor allem der Ausschluss einer HIV-Infektion durch einen HIV-Test ist Teil der rationalen medizinischen Abklärung. Bei Hinweisen auf Sexualkontakte mit relevantem HIV-Expositionsrisiko schlägt der Arzt ebenfalls einen HIV-Test vor.

Im BAG-Bulletin 47/2013 erschienen die überarbeitete Empfehlungen zu: «Der HIV-Test auf Initiative

des Arztes» [3]. Die Richtlinie lehnt sich stark an die entsprechende Publikation von «HIV in Europe».

Diese wurde von einem Gremium mit Vertretern aus verschiedenen europäischen klinischen Fachgesellschaften entwickelt, mit inhaltlichen Beiträgen vom WHO-Regionalbüro für Europa [4] und dem Europäischen Zentrum für Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC). Eine wichtige wissenschaftliche Grundlage ist die HIDES-Studie (*HIV Indicator Diseases Across Europe Study* – Studie zu HIV-Indikatorerkrankungen in Europa) und die darin entwickelte Methode, welche Indikatorerkrankungen mit mehr als 0,5 % unentdeckter HIV-Prävalenz dokumentiert [5,6].

Die europäische Richtlinie wurde für die Schweiz überarbeitet und von der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG, früher Eidgenössische Kommission für Aidsfragen EKAF) verabschiedet und vom BAG durch Publikation im BAG-Bulletin und in der Schweizerischen Ärztezeitung in Kraft gesetzt.

Die aktualisierte Richtlinie verweist auch auf das weiterhin gültige HIV-Testkonzept, welches auch das Vorgehen zum Testen von Kindern HIV-positiver Mütter beschreibt.

Die Richtlinie gilt für alle Ärztinnen und Ärzte (und von ihnen beauftragte med. Personal) in der Schweiz, sowohl in freier Praxis als auch im Spital/Ambulatorium/Notfallstation, unabhängig ihrer Spezialisierung. Massgebend sind einzig die Symptome bzw. Krankheitsbilder. ■

Zielsetzung der Richtlinie

HIV-Tests auf Initiative der Ärztin bzw. des Arztes sollen Indikatorerkrankungen systematisch einbeziehen und unterschiedliche HIV-Prävalenzen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen bei der Beratung des Patienten berücksichtigen.

Die HIV-Indikatorerkrankungen können in vier Kategorien unterteilt werden:

1. Symptome einer **HIV-Primoinfektion** (Tabelle 1)
- 2a **Aids-definierende Erkrankungen** (Tabelle 2a);
- 2b und Krankheiten verbunden mit einer Prävalenz nicht diagnostizierter HIV-Infektionen von >0.5 % (Tabelle 2b);
- 2c Erkrankungen, bei denen eine Nicht-Identifizierung des Vorliegens einer HIV-Infektion erheblich nachteilige Auswirkungen auf die klinische Behandlung dieser Person haben kann (Tabelle 2c).

Während und unmittelbar nach der **HIV-Primoinfektion** ist die HIV-Infektion besonders ansteckend [7]. Nur wenn die Primoinfektion erkannt wird, kann die betroffene Person beraten werden, wie sie ihre Partner vor einer Ansteckung schützt. Der potentielle Nutzen einer entsprechenden Verhaltensänderung (HIV-Schutzverhalten) ist demnach in der Phase der Primoinfektion am höchsten und ist umso geringer, je später die HIV-Infektion diagnostiziert wird.

Eine antiretrovirale Therapie (ART) in der Phase der Primoinfektion kann indiziert sein. Dies ist Gegenstand der Forschung [8–13]. Die Bedingungen hierfür sind mit dem HIV-Spezialisten abzuklären. Bis zum Vorliegen von wissenschaftlicher Evidenz, dass die Soforttherapie der HIV-Primoinfektion wirksam ist, soll die Soforttherapie wenn immer möglich unter Einschluss des Patienten in eine Studie (z.B. SHCS) durchgeführt werden.

Es gibt eine gute Evidenzlage aus randomisierten, kontrollierten Studien über die Folgen der Nicht- oder späten Behandlung von Menschen mit **Aids-definierenden Erkrankungen**. Unter diesen Umständen keinen HIV-Test zu empfehlen, wäre keine gute klinische Praxis.

Nicht zuletzt gibt es Erkrankungen, bei denen eine Nicht-Identifi-

zierung des Vorliegens einer HIV-Infektion erheblich nachteilige Auswirkungen auf die klinische Behandlung dieser Person haben kann. **Insbesondere vor Verabreichung immunsuppressiver Medikamente ist der Ausschluss einer HIV-Infektion zwingend geboten.**

Schliesslich sollte allen Personen, die zu einer **Gruppe mit erhöhter HIV-Prävalenz** gehören (Epidemiologische Indikation), mindestens einmal jährlich ein Test angeboten werden. Solange dieser Test nicht anonym erfolgt, kann er bei diesen Personen auch ohne oben genannte Indikatorerkrankungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung durchgeführt werden.

Empfehlungen

1. Jeder Person mit **Symptomen einer HIV-Primoinfektion** nach Tabelle 1 muss **ausdrücklich empfohlen** werden, **sofort** einen HIV-Test durchzuführen.
2. Jeder Person ohne einen positiven HIV-Test in der Patientenakte mit potentiell Aids-definierenden Erkrankungen nach Tabelle 2a muss **ausdrücklich empfohlen** werden, einen HIV-Test durchzuführen.
3. Jeder Person, die mit einer Erkrankung mit einer Prävalenz nicht diagnostizierter HIV-Infektionen von

> 0.5 % nach Tabelle 2b vorstellig wird, muss **empfohlen** werden, einen HIV-Test durchzuführen.

4. Für Erkrankungen nach Tabelle 2c, bei denen eine Nicht-Identifizierung des Vorliegens einer HIV-Infektion erheblich nachteilige Auswirkungen auf die klinische Behandlung dieser Person haben kann, muss ein Test **vorgeschlagen** werden, um eine weitere Immunsuppression mit potentiell schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen für diese Person zu vermeiden und um das potentielle Ansprechen auf die Behandlung der Indikatorerkrankung zu maximieren.
5. Hausärzte und Spezialisten schlagen ihren Patienten das Beratungsgespräch und einen HIV-Test auch vor, wenn es Hinweise auf ein erhöhtes HIV-Expositionsrisiko gibt (Tabelle 3). Nach einer sorgfältigen Sexualanamnese und einem ausführlichen Beratungsgespräch stimmt der informierte Patient der Durchführung eines HIV-Tests und anderer relevanter Tests explizit zu; d.h. ohne Zustimmung wird kein Test durchgeführt.
6. Informiertes Einverständnis: In allen oben beschriebenen Situationen – wie generell in der ärztlichen Praxis – ist für die Untersuchung auf HIV die Information und das Einverständnis des Patienten erforderlich. Da sich der Patient mit Symptomen/Beschwerden in ärztliche Behandlung begeben und damit einen generellen Diagnose-Auftrag bereits erteilt hat, genügt in der Regel die Information, dass in solchen Situationen gemäss Richtlinie des BAG ein HIV-Test «ausdrücklich empfoh-

Tabelle 1:
Symptome einer HIV-Primoinfektion – Test ausdrücklich und sofort empfehlen wenn zwei oder mehr der folgenden Symptome vorliegen

- **Fieber**
- **(Verdacht auf) aseptische Meningitis**
- **Mononukleose-ähnliche Erkrankung**
- **Disseminierte Lymphadenopathie**
- **Erythematöse Pharyngitis**
- **Hautausschlag**
- **Reaktive Lymphozyten**

Tabelle 2a:
(häufigste) potentiell Aids-definierende Krankheiten – Test ausdrücklich empfehlen

Neoplasien:	<ul style="list-style-type: none"> • Zervixkarzinom • Non-Hodgkin-Lymphom • Kaposi-Sarkom
Bakterielle Infektionen:	<ul style="list-style-type: none"> • Mycobacterium tuberculosis, pulmonal oder extrapulmonal • Mycobacterium avium-Komplex (MAC) oder Mycobacterium kansasii, disseminiert oder extrapulmonal • Mycobacterium, andere Art oder nicht identifizierte Art, disseminiert oder extrapulmonal • Pneumonie: rezidivierend ≥ 2/Jahr • Salmonellen-Sepsis bei Personen < 60 Jahren
Virusinfektionen:	<ul style="list-style-type: none"> • Cytomegalievirus-Retinitis • Herpes simplex, Ulcus/Ulcera > 1 Monat/Bronchitis/Pneumonitis • Progressive multifokale Leukenzephalopathie
Parasitäre Infektionen:	<ul style="list-style-type: none"> • Zerebrale Toxoplasmose • Pneumocystis jiroveci Pneumonie • Kryptosporidien-Diarrhöe, > 1 Monat • Isosporiasis, > 1 Monat • Disseminierte Leishmaniose • Pilzinfektionen: <ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis, ösophageal • Candidiasis, bronchial / tracheal / der Lunge • Kryptokokkose, extrapulmonal

len», «empfohlen» oder «vorgeschlagen» ist. Verweigert der Patient die Durchführung einer HIV-Testung, ist dies in der Krankengeschichte zu vermerken. Wird in seltenen Ausnahmen auf die Information des Patienten verzichtet, ist die Begründung in der Krankenakte zu dokumentieren. Als Ausnahmen werden insbesondere Situationen angesehen, bei denen der Arzt davon ausgeht, dass die Thematisierung einer HIV-Infektion unter den gegebenen Umständen für den Patienten nachteilig sein könnte oder eine Einwilligung nicht innert nützlicher Frist eingeholt werden kann.

7. Der Inhalt dieser Richtlinie beschreibt «*good clinical practice*» der Medizin. Nichtbefolgen der Richtlinie kann eine Sorgfaltpflichtverletzung darstellen und haftungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Das Nicht-Anbieten eines HIV-Tests in oben beschriebenen Situationen ist – ähnlich wie z.B. bei Schwangeren oder Organ Spendern – ein Fehler.

Tabelle 2b:
Andere gesundheitliche Zustände mit wahrscheinlicher nicht diagnostizierter HIV Prävalenz von > 0.5% – Test empfehlen

• Orale Haarleukoplakie	• Invasive Pneumokokken Erkrankung
• Sexuell übertragbare Infektionen	• Candidämie
• Hepatitis B oder C (akut oder chronisch)	• Viszerale Leishmaniose
• Ungeklärte Lymphadenopathie	• Schwere oder atypische Psoriasis
• Ungeklärte Leukozytopenie und/oder Thrombozytopenie > 4 Wochen	• Guillain-Barré-Syndrom
• Periphere Neuropathie unbekannter Ursache	• Mononeuritis
• Maligne Lymphome	• Subkortikale Demenz
• Lungenkarzinom	• Multiple Sklerose-ähnliche Krankheit
• Analkarzinom/Dysplasie	• Ungeklärter Gewichtsverlust
• Zervikale Dysplasie	• Ungeklärte orale Candidiasis
• Herpes zoster bei Personen < 50 Jahren	• Ungeklärte chronische Diarrhöe
• Seborrhoische Dermatitis/seborrhoisches Exanthem	• Ungeklärter chronischer Niereninfarkt

8. Beim Testen von Kindern HIV-positiver Mütter ist darauf zu achten, dass hier andere als die klassischen HIV-Screening-Tests verwendet werden müssen (siehe HIV-Testkonzept). ■

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Telefon 058 463 87 06

Literaturangaben

1. Wolbers M, Bucher HC, Furrer H, et al. Delayed diagnosis of HIV infection and late initiation of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Med* 2008; 9:397–405.
2. Buetikofer S, Wandeler G, Kouyos R, Weber R, Ledergerber B, and the Swiss HIV Cohort Study. Prevalence and risk factors of late presentation for HIV diagnosis and care in a tertiary referral centre in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2014; 144:w13961
3. Bundesamt für Gesundheit. HIV-Test und Beratung auf Initiative des Arztes, der Ärztin. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit* 2013; 47: 1–2.
4. WHO/UNAIDS. Guidance on provider initiated HIV testing and counselling in health facilities. 30. May 2007.
5. Sullivan AK, Raben D, Reekie J, Rayment M, Mocroft A, et al. (2013) Feasibility and Effectiveness of Indicator Condition-Guided Testing for HIV: Results from HIDES I (HIV Indicator Diseases across Europe Study). *PLoS ONE* 8(1): e52845
6. Kutsyna G on behalf of the HIDES Study Group. Which Conditions are Indicators for HIV testing across Europe? Results from the HIDES II Study. *HepHIV 2014*, Barcelona
7. Brenner BG, Roger M, Routy JP, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Inf Dis* 2007; 195, 951–959.
8. Pantazis N, Touloumi G, Vanhems P, et al. (CASCADE collaboration). The effect of antiretroviral treatment of different durations in primary HIV infection. *AIDS* 2008; 22: 2441–2450.
9. Seng R, Goujard C, Desquilbet L, et al. (ANRS PRIMO and SEROCO Study Groups). Rapid CD4+ Cell Decrease after Transient cART Initiated During Primary HIV Infection (ANRS PRIMO and SEROCO Cohorts). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2008; 49: 251–258.
10. Hecht FM, Wang L, Collier A, et al. A multicenter observational study of the potential benefits of initiating combination antiretroviral therapy during acute HIV infection. *J Inf Dis* 2006; 194:725–33.
11. Steingrover R, Jurriaans S, Grijzen M et al. Transient HAART during PHI prolongs total time of HAART in patients presenting with PHI: Data

Tabelle 2c:

Erkrankungen, bei denen eine Nicht-Identifizierung des Vorliegens einer HIV-Infektion erheblich nachteilige Auswirkungen auf die klinische Behandlung dieser Person haben kann – Test vorschlagen:

- *Gesundheitliche Zustände, die eine aggressive immunsuppressive Therapie erfordern:*
 - Krebs
 - Transplantation
- *Autoimmunerkrankungen, die mit immunsuppressiver Therapie behandelt werden*
 - Primäre raumfordernde Läsion des Gehirns
 - Idiopathische/Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura

Tabelle 3:

Epidemiologische Indikation – Test vorschlagen

- Patient gehört zu einer Gruppe mit erhöhter Prävalenz: Männer, die Sex mit Männern haben, intravenös Drogen Injizierende, Herkunft aus einem Land mit erhöhter HIV-Prävalenz (Subsahara)
- Patient berichtet sexuelle Expositionsrisiken mit einer bekanntermassen HIV-positiven Person oder in einem Umfeld mit erhöhter Prävalenz

from the Dutch Primo SHM Cohort. 16th Conference on Retroviruses and opportunistic infections, Montreal February 8–11, 2009, Abstract 70bLB.

12. Fidler S, Fox J, Touloumi G, Pantazis N, et al. Slower CD4 cell decline following cessation of a 3 month course of HAART in primary HIV infection: findings from an observational cohort. *AIDS*. 2007 Jun 19; 21(10):1283–91.
13. Vernazza P. Therapiebeginn – ein heisses Thema. *Swiss Aids News* 2015;1: 14–16