

Dr. Hans Jäger, München

Neues erlauben, Dogmen verstauben Versuch einer konstruktiv klinischen Polemik

Keine andere vergleichbare Erkrankung kann ähnliche für den Patienten direkt spürbare wissenschaftlich begründete Fortschritte aufweisen wie HIV/AIDS. Hierzu haben das seit Mitte der 90er Jahre deutlich bessere Verständnis der Virusvermehrung, die Möglichkeit, das Virus direkt im Blut zu messen, und vor allem auch die stetig verbesserte antiretrovirale Kombinationstherapie beigetragen.



Diese Situation mit dem Wort „Normalisierung“ zu kennzeichnen wäre so, wie wenn man Mozart einen Musiker nennen würde. Nicht falsch, aber bis an die Grenze der Unwirklichkeit untertrieben.

Aus einer in fast jedem Fall tödlichen Bedrohung ist eine mit den diagnostischen und therapeutischen Instrumenten der dafür ausgebildeten Ärzte grundsätzlich gut behandelbare chronische Erkrankung geworden. Patienten sterben nicht mehr an AIDS, sondern mit AIDS.

Die Geschwindigkeit des therapeutischen Fortschritts bei HIV/AIDS ist im Vergleich zu den großen bedrohlichen Zivilisationskrankheiten schwindelerregend. Vieles spricht dafür, dass es so weiter geht. Bei keiner anderen chronischen Krankheit, z.B. Bronchialkarzinom, Adipositas oder Schizophrenie gibt es eine annähernd vergleichbare Entwicklung.

Apokalyptische Visionen verschrecken Patienten

Vor diesem Hintergrund ist die stetige Zunahme des lamentierenden Erbsenzählens akademischer Provenienz, das ein gerüttelt Maß von Bedenken vor sich herträgt und hinter sich herzieht, nur schwer verständlich. Dreunend wird auf eine mehr als 90%ige Compliance gedrängt und der Buhmann Resistenz menetekelnd in die Abstracts gemalt. Und pünktlich zum Welt-AIDS-Tag verschrecken apokalyptische Statements in oft erschreckenden Interviews meine Patienten.

Nun hält gewiss auch die HIV/AIDS-Zukunft gewaltige Herausforderungen für uns bereit, nicht nur in den Entwicklungsländern. Ob wir diese allerdings durch – bei einer neuen Erkrankung wohl eher bremsende – evidence-based imprimierte Philosophien besser bewältigen als durch

den Mut zum Experiment, bleibt abzuwarten. Angesichts von vielen tausenden Patienten, die monatelange Pausen ohne signifikante Nachteile weltweit absolvieren, ist es glücklicherweise im Lager der fundamentalistischen Pausengegnerschaft etwas ruhiger geworden. Einige Gegner haben sich sogar für die SMART-Teilnahme gemeldet. Wie das Experiment der NUC-freien Behandlung (eigentlich geht es ja um d4T, evtl. AZT-freie Therapie) bei zunehmend störender Fettakkumulation ausgeht, bleibt abzuwarten.

Viele meiner Patienten würden, wenn man sie danach fragt, gern einmal im Quartal, nicht einmal am Tag, ihre Medikamente nehmen. Das wird noch etwas dauern, aber einige neue Substanzen scheinen den Weg dorthin schon aufzuzeigen.

Wider die Resistenz-Apotheose*

Ein Sammelbecken der reinen Lehre ist derzeit noch die Liga der Resistenz-Bedeutungs-Apotheotiker*, wo dieses Problem schon mal als das inkarnierte Böse empfunden wird.

Ärztliche Bedenken im Hinblick auf eine mögliche Resistenzentwicklung werden dann leicht den Patienten als blinkend-blitzendes Damoklesschwert gezeigt. Das ist nicht nur unter beratungstechnischen Gesichtspunkten kontraproduktiv, da hier versucht wird, mit Angst zu arbeiten. Angst ist ausreichend vorhanden. Das bringt die Erkrankung mit sich. Ärztliches Handeln verdient den Namen vor allem dann, wenn es Angst reduziert, dabei allerdings aufrichtig bleibt.

Gut, wer wäre nicht gegen Resistenz? Klar! Aber lassen wir doch mal die Kirche im Dorf. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten hat Resistenzen oder wird

solche bekommen. Meines Erachtens eventuell die Teilnehmer des SMART-Pausenarms etwas weniger. Und weil Resistenz „all around“ ist, sollten wir kreativ damit umgehen. Resistenz tut nicht weh, man stirbt auch nicht daran.

Ja, wir können sie messen! Ja, wir sollten sie – wo immer möglich – vermeiden! Ja, wir reden auch gern über die K65R, aber – die Resistenz bei HIV ist nicht vergleichbar in der klinischen Auswirkung der Resistenz z.B. bei TB oder anderen Antibiotika. Die Resistenz bei HIV ist etwas grundsätzlich anderes. Die antiretroviralen Medikamente sind weiter wirksam (wenngleich nicht so gut) und Resistenz kann auch als Therapiestrategie – anders als bei anderen Infektionen eingesetzt werden, z.B. via „less fit virus“ bei M184V. Der mögliche klinische Nutzen, die 3TC-Resistenz aufrechtzuerhalten, wurde und wird in verschiedenen Settings untersucht.

AIDS-Behandler haben zum Teil auch heute noch schwer kranke und sterbende Patienten zu versorgen, wie jeder andere Arzt auch. Hier liegt nicht der Unterschied. Der Unterschied liegt in der kaum veränderten Diskriminierung unserer Patienten, deren Los deshalb deutlich schwerer ist. Sie bedürfen weiterhin unserer besonderen Unterstützung und unseres besonderen Verständnisses. ■

* Apotheose: Verklärung, Verherrlichung

Dr. med. Hans Jäger
Internist
KIS – Kuratorium für Immunschwäche
Karlsplatz (Stachus) 8
80335 München
Tel. 089 – 558 70 30
Fax. 089 – 550 39 41
E-Mail: info@jajaprax.de
Website: www.jajaprax.de