

INTERVIEW MIT PROF. GEORG BEHRENS, HANNOVER – VORSTAND DER DEUTSCHEN AIDS GESELLSCHAFT

## Leitlinien 2016: Die individualisierte Therapie bleibt!

□ Die aktuellen Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur antiretroviralen Therapie von Erwachsenen sind erschienen. Welche Neuerungen gibt es?

**Prof. Behrens:** Es gibt Änderungen in der Erstlinientherapie und bei den Empfehlungen zum Therapiebeginn. Bei der Erstlinientherapie sind Efavirenz und Lopinavir/r jetzt im Bereich Alternative. Ebenfalls eine Alternative geworden ist die Fixkombination Elvitegravir/c mit herkömmlichem TDF. Dafür ist die Tenofovir Alafenamid haltige Fixkombination Elvitegravir/c neu in die Reihe der empfohlenen Erstlinientherapien aufgenommen worden. Das NNRTI Rilpivirin und die Proteasehemmer Darunavir und Atazanavir bleiben empfohlene Kombinationspartner ebenso wie die Integrasehemmer. Damit stehen Vertreter aus allen drei Substanzgruppen für eine individualisierte Therapie zur Verfügung.

□ Gibt es eine Empfehlung auf das neue Tenofovir Alafenamid umzustellen?

**Prof. Behrens:** Für den Switch gibt es keine konkreten Empfehlungen. Alle Leitlinien geben hier nur allgemeine Prinzipien-orientierte Ratschläge. Somit gibt es auch in der Deutsch-Österreichischen Leitlinie keinen konkreten Hinweis, in dieser oder jener Situation sollte man von TDF auf TAF umstellen.

□ Welche Änderungen gab es bei den Empfehlungen zum Therapiebeginn?

**Prof. Behrens:** Hier sind natürlich die Ergebnisse der START-Studie eingeflossen. Wir empfehlen wie viele anderen Leitlinien jetzt auch den Therapiebeginn bei <500 CD4/µl. Bei über 500 Helferzel-

len „sollte“ man beginnen, d.h. die Therapie ist indiziert und wir bieten dem Patienten die Möglichkeit der Behandlung an. Hier sollte man - wie bisher auch - andere Aspekte berücksichtigen, z.B. die Viruslast, die Bereitschaft des Patienten usw.

□ Sollen bei der Testung auf Primärresistenzen auch auf Integrasehemmer getestet werden?

**Prof. Behrens:** Die Rate von Primärresistenzen ist in Deutschland stabil auf sehr niedrigem Niveau. Resistenzen gegen Integrasehemmer sind ausgesprochen selten und haben im Lauf der letzten fünf Jahre nicht zugenommen. Deshalb gibt es derzeit auch keine Empfehlung für die Testung auf Integrase-Primärresistenzen. Wir werden die Situation beobachten und gegebenenfalls die Empfehlung ändern. Das heißt aber nicht, dass bei einem begründeten Verdacht, die Testung nicht sinnvoll sein kann.

□ Vergleicht man die Deutsch-Österreichische Leitlinie mit beispielsweise den



Prof.  
Georg Behrens  
Hannover  
Vorstand der  
Deutschen AIDS  
Gesellschaft

amerikanischen Leitlinien gibt es erhebliche Unterschiede. Wie kommt das?

**Prof. Behrens:** Man darf nicht vergessen, Leitlinien bedienen immer auch eine bestimmte Versorgungssituation. So haben WHO-Leitlinien das Ziel, weltweit umsetzbare Standards zu definieren. In den USA werden Ein-Tabletten-Regime und ein sofortiger Therapiebeginn favorisiert, denn das Spektrum der Behandler ist groß und die Neuinfektionsrate immer noch hoch. In Deutschland haben wir dagegen hochqualifizierte Behandler, die eine individualisierte Therapie gestalten können und wollen. Diese Möglichkeit sollen die Leitlinien absichern, nicht zuletzt gegenüber Kostenträgern und anderen Institutionen. Vielen Dank für das Gespräch.

Kombinationspartner 1		Kombinationspartner 2
<b>Nukleosid-/Nukleotidkombinationen empfohlen:</b> - Tenofovir / Emtricitabin - Abacavir / Lamivudin <sup>1</sup> <b>Alternative</b> - Tenofovir + Lamivudin	+	<b>INI empfohlen</b> - Dolutegravir - Raltegravir - Elvitegravir/c (+TAF/FTC) <b>Alternative</b> - Elvitegravir/c (+TDF/FTC) <b>NNRTI empfohlen</b> - Rilpivirin <sup>2</sup> <b>Alternative</b> - Efavirenz <sup>3</sup> <b>PI empfohlen</b> - Darunavir/r/c - Atazanavir/r/c <b>Alternative</b> - Lopinavir/r

Empfohlene und alternative Kombinationen

<sup>1</sup> Einsatz nach negativem Screening auf HLA-B\*5701, Einsatz mit Vorsicht bei Plasmavirämie >100.000 Kopien/mL und hohem kardiovaskulärem Risiko (Framingham-Score >20%/10 Jahre).

<sup>2</sup> Cave: Nicht bei HIV-RNA >100.000 K/mL (keine Zulassung) <sup>3</sup> Kein Einsatz bei Schwangerschaft im ersten Trimenon (s. Schwangerschafts-Therapieleitlinien (unter [www.daignet.de](http://www.daignet.de)))