

Faster on the track

Berlin sucht und findet von Aids bedrohte Menschen

Autor: Dr. med. Hartmut Stocker

Federführende Organisation: St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof

Die inhaltliche Verantwortung des Beitrags liegt allein bei dem genannten Autor. MSD weist ausdrücklich auf die finanzielle Unterstützung dieser Publikation hin.

Management Summary

Die Organisation UNAIDS hat sich zum Ziel gesetzt, die Aids-Epidemie weltweit zu beenden. In Berlin gilt es noch rund 3.500 Menschen mit HIV-Infektion zu diagnostizieren und zu therapieren. Eine verspätete Diagnose kann zum Ausbruch der Krankheit Aids und zu einer erhöhten Ansteckungsrate führen. Daher soll an Orten mit hoher HIV-Prävalenz ein universelles Testangebot in Einrichtungen der Notfallversorgung etabliert werden. Auf diese Weise können Menschen, die Hemmungen haben, einen Test zu machen, oder ihr persönliches Risiko nicht wahrnehmen, besser erreicht werden.

Umsetzung

Rund 50 Prozent der Patient:innen mit undiagnostizierter HIV-Infektion werden erst spät getestet (Op de Coul et al., 2016, Mardh et al., 2019, Deen et al., 2018, Darcis et al., 2018). Diese Menschen haben ein gesteigertes Risiko, Aids zu entwickeln und weisen eine hohe Morbidität und Mortalität auf. Als Patient:in selbst einen HIV-Test durchführen zu lassen (Patient-Initiated Testing), ist vielfach mit Barrieren verbunden: Teilweise fehlt es den Betroffenen an Mut oder an dem Bewusstsein, dass sie einer Risikogruppe angehören. Umso wichtiger ist es, dass Leistungserbringer diesen Menschen aktiv Testangebote machen (Provider-Initiated Testing).

Für diesen Ansatz ist es allerdings entscheidend, dass die Personen identifiziert werden, die tatsächlich Risikogruppen angehören bzw. eine überdurchschnittliche Vortestwahrscheinlichkeit haben. Ein Problem besteht in diesem Zusammenhang darin, dass die meisten Ärzt:innen relevante Indikatoren nicht erkennen und dass selbst geschulte Mediziner:innen in mehr als 50 Prozent der Fälle die Gelegenheit zum Test verpassen (Gennotte et al., 2013, Pillay et al., 2014, Davies et al., 2018).

Aus diesem Grund soll das Konzept des Indikator-getriggerten Testens um ein universelles Testangebot ergänzt werden: So soll Menschen, die sich in Notaufnahmen bestimmter Ballungszentren vorstellen, standardmäßig ein Testangebot unterbreitet werden. Das Testkonzept soll an Orten implementiert werden, deren Einzugsgebiet

eine hohe undiagnostizierte HIV-Prävalenz aufweist. Zielgruppe sind Menschen im Alter von 18 bis 69 Jahren, bei denen eine Blutuntersuchung erforderlich ist, unabhängig von ihrem Vorstellungsgrund. Ein universelles Testangebot lässt sich leicht in den Routineablauf von Notaufnahmen integrieren. Es enthebt Anbietende und Patient:innen der Gefahr einer Stigmatisierung und eröffnet die Chance, Testbarrieren zu überwinden.

In einer Pilotphase werden aktuell Praxistauglichkeit, Akzeptanz und Effizienz eines universellen Testangebots in einer Notaufnahme in Berlin-Tempelhof erprobt. Anhand der Ergebnisse der Pilotphase wird der Implementierungsprozess der Teststrategie optimiert. In einer zweiten Phase sollen sukzessive die Notaufnahmen folgender Berliner Kliniken in das Programm integriert werden: DRK Kliniken Westend, DRK Kliniken Mitte, Malteser Krankenhaus, St. Gertrauden Krankenhaus, Elisabeth Krankenhaus.

Nach Analyse der lokalen Prozesse werden die Testprozeduren (Aufklärung, Blutabnahme, Probenverarbeitung, Ergebnisausgabe) in den Workflow der Notaufnahme und des Labors integriert. Die Pflegekräfte und das ärztliche Personal werden zudem im Rahmen des Programms „Let's Talk About Sex“ in der Gesprächsführung über Sexualität geschult. Die Schulungen werden von Mitarbeiter:innen der Deutschen Aidshilfe durchgeführt.

Übergeordnetes Ziel der Testinitiative ist Reduzierung undiagnostizierter HIV-Infektionen und im Falle eines positiven Ergebnisses eine verbesserte Anbindung an die Versorgungsstruktur. Dadurch soll der Anteil der Menschen mit ungebremster Virusreplikation verringert werden, woraus wiederum ein Rückgang von Übertragungseignissen resultiert. In der Folge soll die Rate der Patient:innen gesenkt werden, bei denen die HIV-Infektion bei der Erstdiagnose bereits länger zurückliegt (Late Presentation of HIV). Dies geht gleichzeitig mit einem Rückgang an Aids-Diagnosen und der damit assoziierten Morbidität und Mortalität einher. Neben diesem individualmedizinischen Mehrwert werden im Zuge einer konzentrierten Testoffensive auch langfristige Einsparungen im Gesundheitssektor prognostiziert.

Die Initiative wird begleitend evaluiert. Damit soll im ers-

ten Monat nach Implementierung in der jeweiligen Einrichtung sichergestellt werden, dass die Prozessqualität fortlaufend verbessert wird. In diesem Rahmen wird die Anzahl der akzeptierten Testangebote im Verhältnis zu den unterbreiteten Testangeboten und dem Patientenaufkommen erhoben, darüber hinaus wird der Prozess des Testangebotes an die Besonderheiten des Workflows der jeweiligen Notaufnahme angepasst. Die Auswertung in Bezug auf die Effizienz der Strategie erfolgt drei Monate nach dem Start der Initiative in der jeweiligen Notaufnahme anhand festgelegter Endpunkte.

Projektpartner sind das St. Joseph Krankenhaus in Berlin Tempelhof und die Berliner Sozialprojekte gGmbH. Die Personalkosten werden durch die jeweiligen Kliniken gedeckt. Die Kosten für die Schulungen übernimmt das St. Joseph Krankenhaus. Die Laborkosten werden über Spendengelder finanziert, die die Berliner Sozialprojekte gGmbH zweckgebunden einwirbt.

Nächste Schritte

Im nächsten Schritt soll eine Cluster-randomisierte prospektive Studie an acht Rettungsstellen in Berlin durchgeführt werden. In jeder der acht Rettungsstellen werden über einen Zeitraum von zwölf Monaten je zwei Teststrategien angewandt:

- Teststrategie A: Bisheriges Prozedere (Test nach Einschätzung der Behandelnden)
- Teststrategie B: Neues Prozedere (universelles Testangebot)

Alle Patient:innen, die eine der teilnehmenden Rettungsstellen in einer Periode mit Teststrategie B aufsuchen, werden nach entsprechender Einwilligung auf eine HIV-Infektion untersucht.

Ansprechpartner

Dr. med. Hartmut Stocker
Chefarzt der Klinik für Infektiologie
St. Joseph Krankenhaus
Wüsthoffstraße 15
12101 Berlin
Telefon: 030 7882 5500
E-Mail: hartmut.stocker@sjk.de

Literatur

- Burns, F., Edwards, S., Woods, J., Haidari, G., Calderon, Y., Leider, J., Morris, S., Tobin, R., Cartledge, J. & Brown, M. (2013). Acceptability, feasibility and costs of universal offer of rapid point of care testing for HIV in an acute admissions unit: results of the RAPID project. *HIV Medicine*, 14, 10–14. <https://doi.org/10.1111/hiv.12056>
- Darling, K. E. A., de Allegri, N., Fishman, D., Kehtari, R., Rutschmann, O. T., Cavasini, M. & Hugli, O. (2013). Awareness of HIV Testing Guidelines Is Low among Swiss Emergency Doctors: A Survey of Five Teaching Hospitals in French-Speaking Switzerland. *PLoS ONE*, 8(9), e72812. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072812>
- Deen, L., Cowan, S., Wejse, C., Petersen, J. H. & Norredam, M. (2018). Refugees and family-reunified immigrants have a high incidence of HIV diagnosis and late presentation compared with Danish born: a nationwide register-based cohort study. *Infection*, 46(5), 659–667. <https://doi.org/10.1007/s15010-018-1167-8>
- Levi, J., Raymond, A., Pozniak, A., Vernaza, P., Kohler, P. & Hill, A. (2016). Can the UNAIDS 90–90–90 target be achieved? A systematic analysis of national HIV treatment cascades. *BMJ Global Health*, 1(2), e000010. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2015-000010>
- Correction: Missed opportunities for HIV testing among patients newly presenting for HIV care at a Swiss university hospital: a retrospective analysis (2018). *BMJ Open*, 8(9), e019806corr1. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019806corr1>
- Omland, L. H., Legarth, R., Ahlström, M. G., Sørensen, H. T. & Obel, N. (2016). Five-year risk of HIV diagnosis subsequent to 147 hospital-based indicator diseases: a Danish nationwide population-based cohort study. *Clinical Epidemiology*, Volume 8, 333–340. <https://doi.org/10.2147/cep.s101288>
- Raben, D., Sullivan, A. K., Mocroft, A., Kutsyna, G., Hadžiosmanović, V., Vassilenko, A., Chkhardtisvili, N., Mitsura, V., Pedersen, C., Anderson, J., Begovac, J., Bak Dragssted, U., Bertisch, B., Grzeszczuk, A., Minton, J., Necsoi, V. C., Kitchen, M., Ajana, F., Sokhan, A., . . . Lundgren, J. D. (2019). Improving the evidence for indicator condition guided HIV testing in Europe: Results from the HIDES II Study – 2012 – 2015. *PLOS ONE*, 14(8), e0220108. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220108>

Sullivan, A. K., Raben, D., Reekie, J., Ray-
ment, M., Mocroft, A., Esser, S., Leon, A.,
Begovac, J., Brinkman, K., Zangerle, R.,
Grzeszczuk, A., Vassilenko, A., Hadziosma-
novic, V., Krasnov, M., Sönnnerborg, A., Clu-
meck, N., Gatell, J., Gazzard, B., Monforte,
A. D., . . . Lundgren, J. D.

(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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052845>

Walensky, R. P., Weinstein, M. C., Kimmel,
A. D., Seage, G. R., Losina, E., Sax, P. E.,
Zhang, H., Smith, H. E., Freedberg, K. A. &
Paltiel, A. D.

(2005). Routine human immunodeficiency virus testing: An economic evaluation of current guidelines. The American Journal of Medicine, 118(3), 292–300. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.07.055>