

# „Wir vermuten einen Schutzfaktor!“

*COVID-19 trifft HIV-Patienten meist nur leicht*

Nur relativ wenige HIV-Patienten haben sich bisher – entgegen vieler Befürchtungen – mit SARS-CoV-2 infiziert. Schwere Erkrankungen scheinen in dieser Gruppe eher selten zu sein. Experten wie der Münchner Schwerpunktarzt Dr. Hans Jäger vermuten einen noch unbekanntem Schutzfaktor.

**MMW:** Herr Dr. Jäger, wie hat sich Ihr Praxisalltag seit Beginn der Coronapandemie verändert?

**Jäger:** Radikal, stärker, als wir es überhaupt für möglich gehalten haben. Wir haben, als das Infektionsrisiko relevant wurde, zwei Teams gebildet, von denen immer nur eines vor Ort war. Damit kamen wir in unserem Bereich ganz gut zu recht, auch weil weniger Patienten den Weg in die Praxis fanden.

**MMW:** Man hört, dass Patienten aus Furcht vor Ansteckung den Arztbesuch meiden. Ist das auch bei Ihnen so?

**Jäger:** Ja, das Gefühl haben wir tatsächlich. Und so weit hergeholt ist die Angst vor Ansteckung ja nicht. Wir wissen, dass Einrichtungen wie Alten- und Pflege-

heime regelrechte Brutstätten für SARS-CoV-2 sind, und anders als bei HIV muss man leider bei COVID-19 sagen, dass das medizinische Personal eine Risikogruppe für die Virusübertragung darstellt. Allerdings fällt auf, dass sich bisher offenbar nur sehr wenige HIV-Patienten mit dem neuen Coronavirus angesteckt haben. Wir sind sogar der Meinung, dass das kein Zufall ist!

**MMW:** Schwere COVID-19-Verläufe bei HIV-Patienten haben Sie bisher nicht gesehen?

**Jäger:** Nein, bislang nicht. Auch in der Literatur scheinen diese eher eine Rarität zu sein. Unterm Strich kann man sagen, dass die Gruppe der HIV-Patienten jedenfalls keine besondere Risikogruppe für das neue Coronavirus zu sein scheint. Die Gefahr einer Ansteckung scheint sogar eher geringer als in der Normalbevölkerung. Und auch wenn sich HIV-Patienten anstecken, werden sie unserer Erfahrung nach nicht etwa häufiger oder schwerer krank. Möglicherweise verfügen Menschen mit HIV über einen noch nicht identifizierten Schutzfaktor. Dieser könnte entweder in der Erkrankung



Interview

**Dr. Hans Jäger**  
MVZ Karlsplatz  
Stachus, München

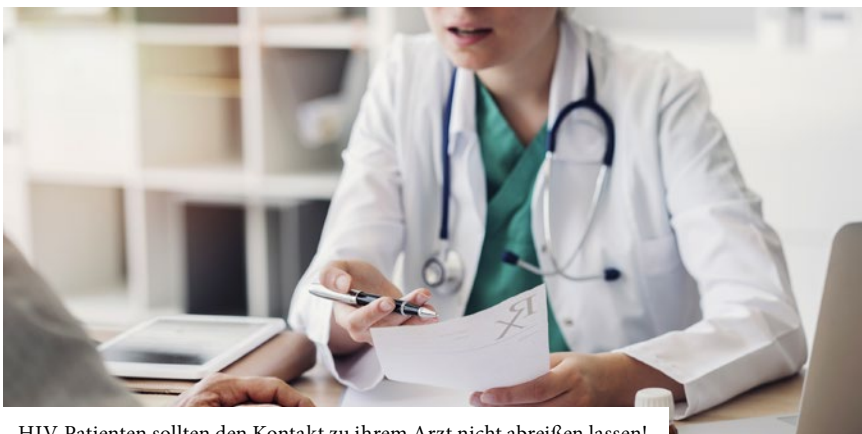
selbst und in den damit verbundenen Immunveränderungen liegen oder aber mit den Medikamenten zu tun haben, die die Patienten bekommen.

**MMW:** Bestimmte antiretrovirale Medikamente galten eine Zeitlang als „heiße Kandidaten“ für eine Therapie gegen SARS-CoV-2. Wie stehen die Chancen, dass ein solches Medikament doch noch ein Durchbruch erzielt? Und würden dann HIV-Patienten mit COVID-19-Patienten um diese Medikamente konkurrieren?

**Jäger:** Es gab hier zwar zwischendurch einen gewissen Hype, aber der betraf immer Medikamente, die wir HIV-Patienten gar nicht mehr verordnen, vor allem Proteaseinhibitoren. Die aktuellen HIV-Medikamente stehen als mögliche Strategien gegen das neue Coronavirus nicht zur Diskussion. Insofern würde es unsere Patienten gar nicht tangieren, selbst wenn eine Studie zeigen sollte, dass sich ein PI nun doch erfolgreich gegen SARS-CoV-2 einsetzen lässt. Dieses Szenario ist aber extrem unwahrscheinlich.

**MMW:** Ist unabhängig davon die Sorge berechtigt, dass benötigte HIV-Medikamente aufgrund von Engpässen bei der Industrie nicht mehr geliefert werden können?

**Jäger:** Dass Lieferketten für HIV-Medikamente zusammengebrochen wären, konnten wir bisher nicht beobachten. Hin und wieder war vielleicht mal ein Medikament in einer bestimmten Apotheke nicht verfügbar. Aber das hing wohl auch damit zusammen, dass einige Patienten versucht haben, Medikamente zu horten. Es wurde z. B. versucht, sich mehrere Monatspackungen aufschreiben zu lassen. Inzwischen hat sich aber auch das wieder ausgeglichen.



HIV-Patienten sollten den Kontakt zu ihrem Arzt nicht abreißen lassen!

**MMW:** Gehen HIV-Patienten ein Risiko ein, wenn sie zu Kontrolluntersuchungen nicht mehr pünktlich in der Schwerpunktpraxis erscheinen?

**Jäger:** Wir haben bisher nicht gesehen, dass es dadurch zu katastrophalen Entgleisungen der Viruslast oder massiven Krankheitsverschlechterungen bei unseren HIV-Patienten gekommen wäre. Wichtig zu wissen ist, dass wir auch über das Telefon beraten, Videosprechstunden machen oder bis Ende Mai telefonisch krankschreiben konnten. Es gibt viele Aktivitäten, für die wir die Präsenz des Patienten nicht benötigen. Bei HIV-Patienten, denen es ansonsten gut geht, kann man z. B. die Blutabnahme, die man normalerweise alle drei Monate macht, ruhig mal ein bisschen schieben. Dann sind es halt mal vier Monate, was in einer Krisensituation berechtigt ist.

**MMW:** Menschen, die mit HIV leben, haben bekanntermaßen ein erhöhtes Risiko ischämischer Herzerkrankungen. Wären sie damit nicht auch mehr gefährdet, schwer an COVID-19 zu erkranken?

**Jäger:** Theoretisch wären HIV-Patienten eine richtig gefährdete Risikogruppe. Aber praktisch sind sie es eben nicht. Bei COVID-19-Erkrankten handelt es sich ja nicht um eine Selektion von älteren Patienten, sondern das geht quer durch das Altersspektrum. Es stimmt zwar, dass Begleiterkrankungen bei HIV-Patienten genau wie in der Allgemeinbevölkerung mit steigendem Alter zunehmen und auch die HIV-Infektion selbst ein eigener Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist. Aber wir sehen trotzdem keine zunehmende Tendenz für eine Koinfektion mit SARS-CoV-2. Im Augenblick deutet alles darauf hin, dass es Faktoren gibt, die über diese theoretische kardiologische Gefährdung hinweghelfen.

### Nach durchgemachter Infektion immun?

In einer derzeit laufenden Studie untersuchen Dr. Hans Jäger, MVZ Karlsplatz, und sein Team den SARS-CoV-2-Antikörper-Status in einer Zufallsauswahl von HIV-Patienten. Ergebnisse werden noch vor der Sommerpause erwartet.

**MMW:** Was kann man HIV-Patienten raten, die sich mit dem neuen Coronavirus anstecken?

**Jäger:** Inzwischen haben wir ja gelernt, dass zeitweise vielversprechende Substanzen wie Hydroxychloroquin oder auch HIV-Medikamente letztlich wohl keine nachweisliche Verbesserung mit sich bringen. Gelassenheit ist zwar nicht immer ein guter Ratgeber im Umgang mit HIV-Patienten, aber manchmal eben schon: Ich erinnere mich, dass ich von Patienten gefragt wurde, ob sie für ihre Eltern den – ziemlich teuren – Proteaseinhibitor Kaletra® kaufen sollten. Ich habe davon abgeraten. Derzeit verdichten sich die Informationen, dass man mit solchen heroischen Maßnahmen möglicherweise eher schaden als nutzen kann. All das muss bedacht sein. Wir wären daher mit experimentellen Herangehensweisen, die nicht im Rahmen einer Studie stattfinden, sehr zurückhaltend. Auch zu Remdesivir ist das letzte Wort noch nicht gesprochen.

**MMW:** Was empfehlen Sie Ihren Patienten konkret?

**Jäger:** Das kommt auf die Situation an. In den meisten Fällen kann man raten, zu Hause zu bleiben, sich selbst zu isolieren. Die Infektionsrate innerhalb eines Haushalts ist kleiner, als man denkt; wenn man entsprechende Vorkehrungen trifft, liegt sie bei etwa 16%. Wenn ein Patient mit COVID-19 in die Praxis kommt, würden wir mit einem Oxymeter schauen, ob er bereits eine stille Hypoxie aufweist. Es kann nämlich sein, dass er einen Surfactant-Factor-Mangel hat und die Alveolen bereits langsam zusammenbrechen, ohne dass er das so richtig merkt. Das Problem ist, bei COVID-19-Patienten wird in der Regel noch genügend CO<sub>2</sub> abgegeben, deswegen entsteht kein akuter Luftbedarf, den der Patient als Notfall empfindet. Man würde aber schon deutliche Einschränkungen der O<sub>2</sub>-Sättigung sehen. In solchen Fällen kann es wichtig werden, mit Sauerstoff zu arbeiten und ggf. eine schnelle stationäre Einweisung zu veranlassen. ■

*Interview: Dr. Elke Oberhofer*

Hier steht eine Anzeige.

 Springer