

# HIV und HCV Update

Lina Würfel



Katholisches Klinikum Bochum

St. Elisabeth-Hospital  
UK RUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER  
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

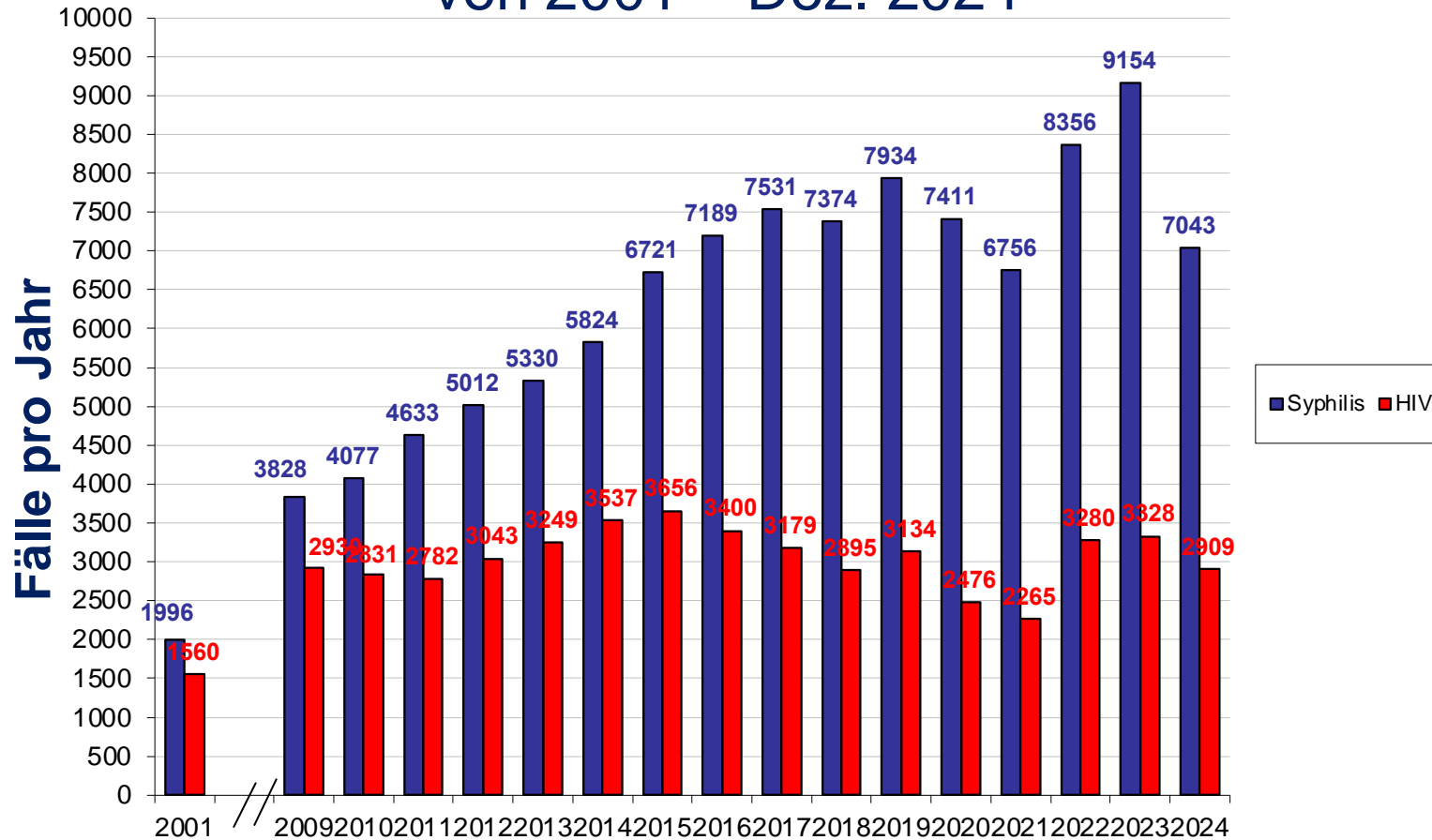


Katholisches Klinikum Bochum



# HIV

# Die Entwicklung meldepflichtiger STI in Deutschland von 2001 – Dez. 2024



# HIV-Therapie: Ein Überblick

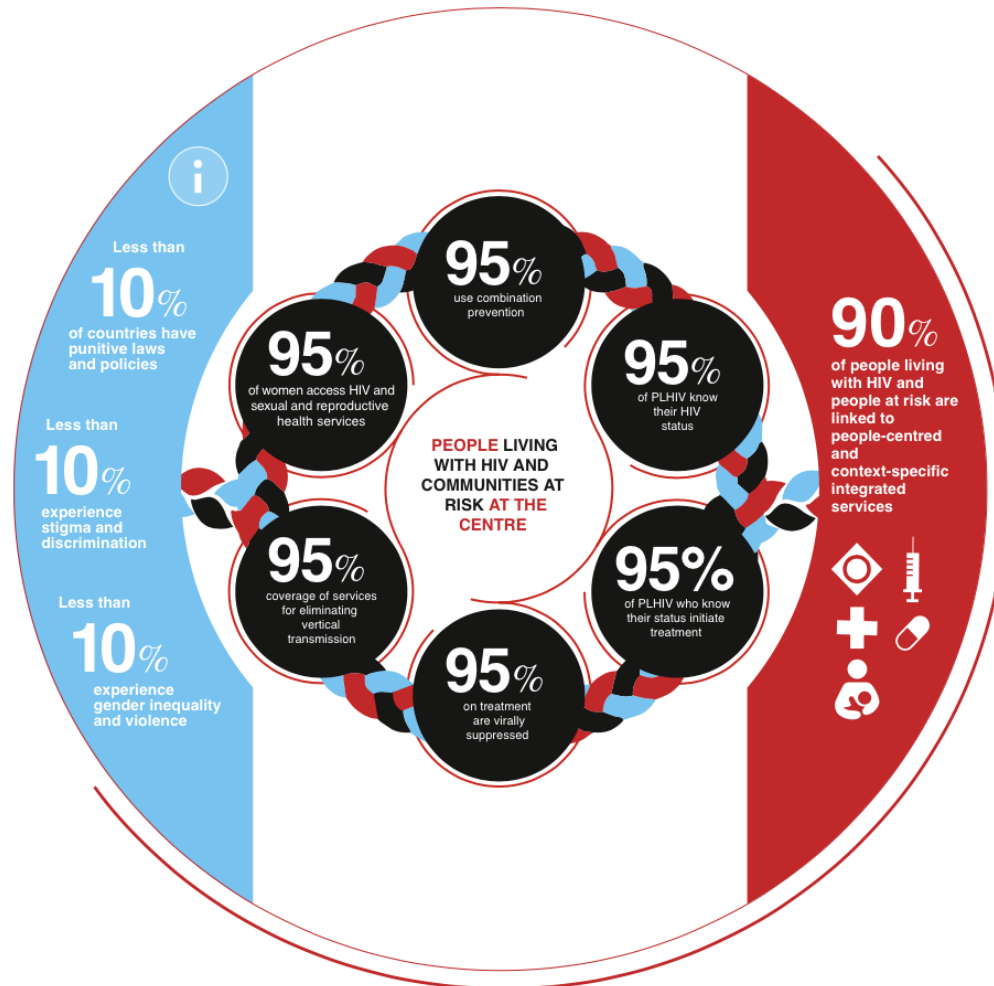
- Fortschritte in der antiretroviralen Therapie (ART)
- Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung, ähnlich derer von nicht HIV-Infizierten
- Ziel: Funktionelle Heilung und Reduktion der Transmission

**U=U**

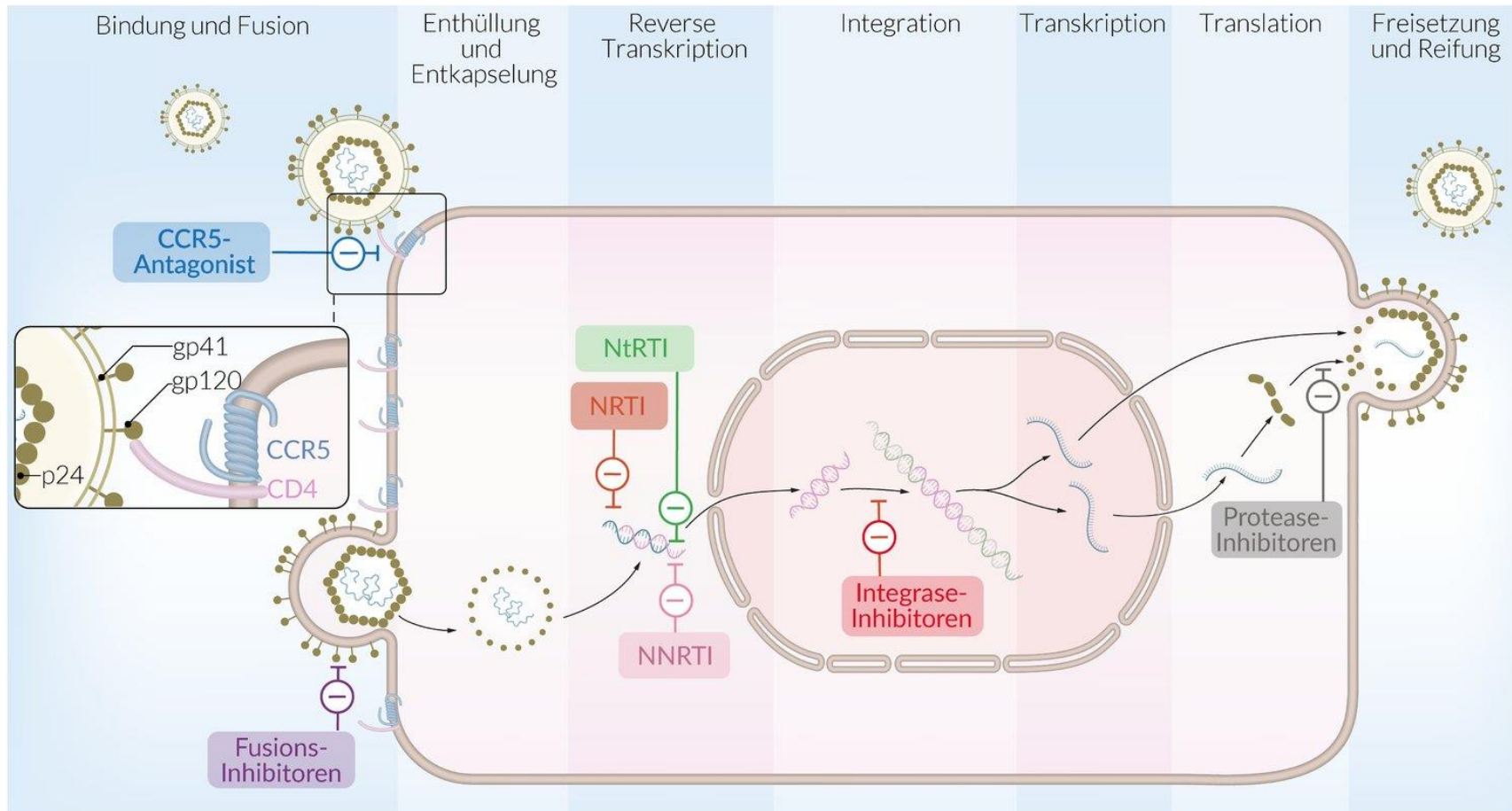
UNDETECTABLE = UNTRANSMITTABLE

# 2025 UN AIDS Targets

■ THE 10s ■ THE 95s ■ THE INTEGRATION



# HIV Replikation und antiretrovirale Therapie



CCR5-Antagonist:  
**Maraviroc**

Fusions-Inhibitoren:  
**Enfuvirtid**

NtRTI:  
**Tenofvir**

NRTI:  
**Emtricitabin, Lamivudin, Abacavir, Zidovudin, Didanosin, Stavudin**

NNRTI:  
**Rilpivirin, Efavirenz, Nevirapin, Etravirin**

Integrase-Inhibitoren:  
**Raltegravir, Elvitegravir, Dolutegravir**

Protease-Inhibitoren:  
**Darunavir, Atazanavir, Lopinavir, Fosamprenavir, Saquinavir, Indinavir, Ritonavir**

# Regimen bei HIV Therapie



**Empfehlung 12: Welche Kombinationen werden für die Initialtherapie empfohlen?**

Für die Primärtherapie werden empfohlen:

<b>Eintablettenregime</b>	
Integraseinhibitor-basiert	BIC/TAF/FTC DTG/ABC/3TC DTG/3TC EVG/c/TAF/FTC
NNRTI-basiert	DOR/TDF/3TC RPV/TAF/FTC <i>oder</i> RPV/TDF/FTC <sup>2</sup>
PI-basiert	DRV/c/TAF/FTC
<b>Mehrtablettenregime</b>	
Integraseinhibitor-basiert	DTG + TAF/FTC <i>oder</i> DTG + TDF/FTC RAL <sup>3</sup> + ABC/3TC <sup>4</sup> <i>oder</i> RAL + TAF/FTC <i>oder</i> RAL + TDF/FTC
NNRTI-basiert	DOR + TDF/FTC <i>oder</i> DOR + TAF/FTC <i>oder</i> DOR + ABC/3TC
PI-basiert	DRV/r + ABC/3TC <i>oder</i> DRV/r + TAF/FTC

Alle o.g. Regime mit Ausnahme von RAL-basierten Regimen mit 2x 400mg/d werden einmal täglich eingenommen. Die Reihenfolge der Regime in der Tabelle stellt keine Priorisierung dar.

**[Konsensstärke: Starker Konsens]**

# Fortschritte in der ART

- **Moderne Therapieregime:**
  - **Einmal täglich** einzunehmende Kombinationspräparate
  - **Zweifach-Therapien** (z.B. DTG/3TC) für therapienaive Patienten
  - **Depotpräparate** für monatliche oder zweimonatliche Injektionen (z.B. Cabotegravir/Rilpivirin: Alle 1–2 Monate)
- **Weniger Nebenwirkungen und bessere Adhärenz**

# Neue Substanzklassen

- **CAPsID-Inhibitoren (Capsid-Inhibitoren):**
  - **Lenacapavir:** Langwirksame Substanz für resistente HIV-Infektionen
  - *Vorteile:* Breites Wirkungsspektrum, geringe Resistenzentwicklung
- **NRTTI (Nukleosidische Reverse-Transkriptase-Translokations-Inhibitoren):**
  - **Islatravir:** Reduzierte Dosierungsfrequenz (aktuelle Studienlage beachten)

## Langzeitstrategien:

- Therapien mit längerer Wirkdauer in Entwicklung
- **Lenacapavir (LEN):** Depottherapie s.c.
- **Islatravir (ISL) + Lenacapavir (LEN):** 1x/Woche Pille

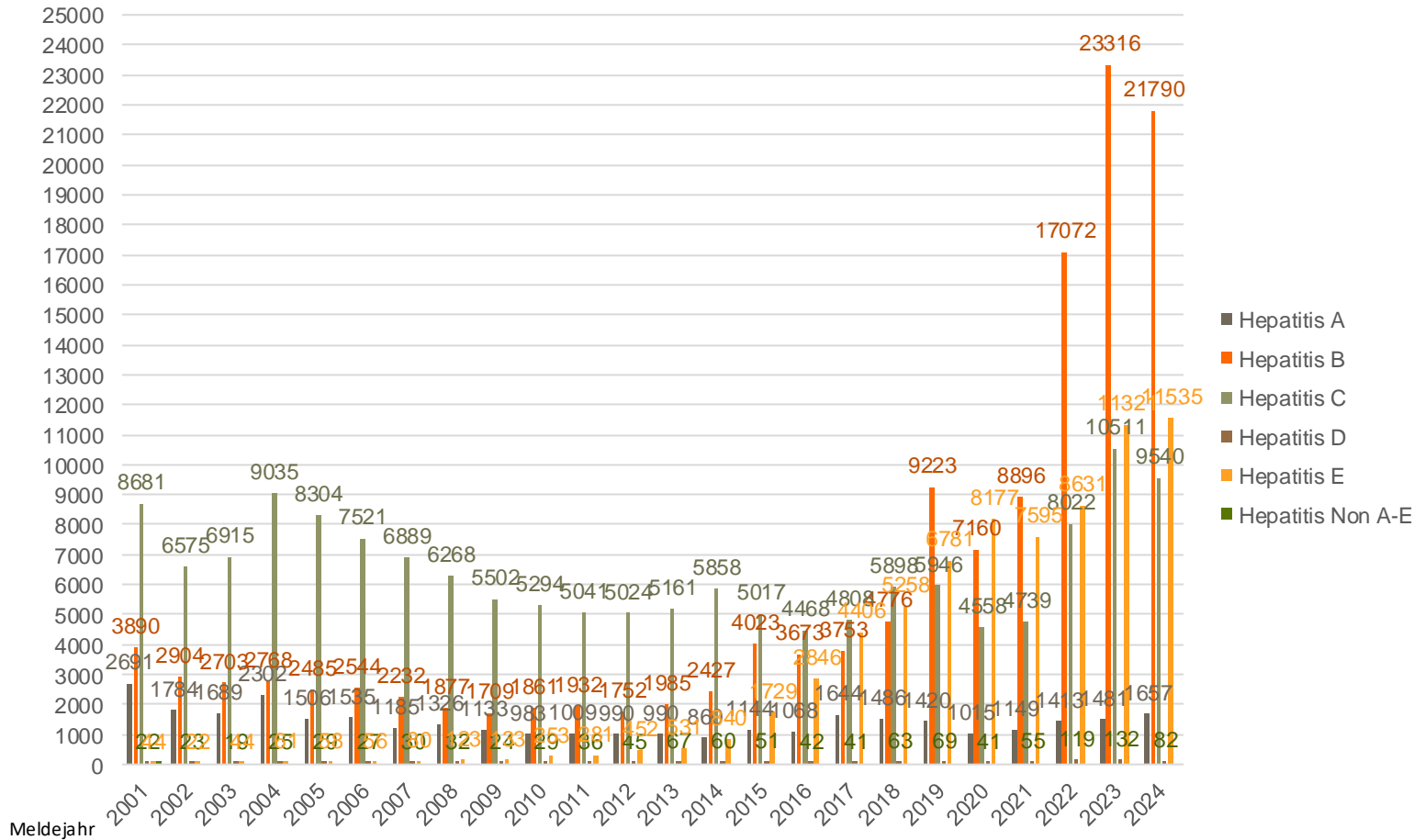
- **Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP):**
  - Verbesserte Adhärenz und Effektivität
  - Entwicklung langwirksamer PrEP (z.B. Cabotegravir als Injektion)
- **Hepatitis B Impfung in PLWH non-responders:**
  - **Heplisav (HepB-CpG)**
    - BEe-HIVe: Phase 3, prospective, open-label (global)

# Fazit

- **Heilungsperspektive: Status quo** - Eine Heilung bleibt weiterhin ein unerreichtes Ziel.
  - **Ausnahme:** Knochenmarktransplantation bei Hämatologischen Erkrankten
- **Innovationen in der Therapie - Neue Medikamente und Wirkmechanismen:**
  - Kontinuierlicher Fortschritt.
  - Spritze oder Tablette: Individuelle Präferenz entscheidet.
  - Verbesserte Lebensqualität für Patienten
- **Begleiterkrankungen unter ART:** Vergleichbar mit der Häufigkeit bei HIV naiven Patienten.
- **Ausblick:** Weitere Fortschritte in Heilung und Prävention erforderlich

# Hepatitis

# Hepatitis von 2001 bis Dez 2024



# Hepatitis B:

## Eine vermeidbare Infektion

- Hepatitis B ist gut durch eine Impfung vermeidbar.
- Auch Hepatitis A lässt sich effektiv durch Impfung vorbeugen.
- Impfprophylaxe gegen Hepatitis
  - **Hepatitis A** (isoliert): **Havrix-Impfstoff** → Impftermine: 0 und 6 Monate
  - **Hepatitis B** (isoliert): **Engerix-Impfstoff** → Impftermine: 0, 1 und 6 Monate
  - **Kombinierte Impfung gegen Hepatitis A und B**: **Twinrix-Impfstoff** → Impftermine: 0, 1 und 6 Monate
- **Kostenübernahme der Impfung**
  - Die Impfungen gegen Hepatitis A und B sind bis zum 18. Lebensjahr kostenfrei.
  - In bestimmten Fällen, z.B. bei Indikationsimpfungen oder Fernreisen, übernehmen Krankenkassen die Kosten auch für Erwachsene.

# Hepatitis C

# Übertragungswege

- **Parenteral**
  - Gemeinsam genutzte Injektionsnadeln bei Drogenabhängigen, nasaler Drogengebrauch
  - Kontaminierte Nadeln beim Piercen oder Tätowieren
  - Nadelstichverletzungen (medizinisches Personal)
- **Sexuell** (geringeres Risiko)
- **Vertikal:** Mutter auf Kind

# Ein „HCV-Screening“ soll angeboten werden bei:

1. Personen mit erhöhten Aminotransferase-Aktivitäten und/oder klinischen Zeichen einer Hepatitis bzw. chronischen Lebererkrankungen oder HCC
2. Empfängern von Blut und Blutprodukten (vor 1992)
3. Transplantatempfängern (vor 1992)
4. Hämodialyse-Patienten
5. aktiven und ehemaligen i.v./nasal Drogengebrauchern
6. Insassen von Justizvollzugsanstalten
7. Personen, die Tätowierungen oder Piercings tragen
8. HIV- und/oder HBV-Infizierten
9. Haushaltsangehörigen bzw. Sexualpartnern HCV-Infizierter
10. Patienten mit Hochrisiko-Sexual-Praktiken und STI
11. Kindern von HCV-infizierten Müttern
12. Personen mit Migrationshintergrund aus Regionen mit erhöhter HCV-Infektionsrate
13. Personen mit beruflich bedingtem Infektionsrisiko
14. Blut-, Organ- und Gewebespendern

# Krankheitsverlauf

## Akute

### HCV Infektion:

- **Vor < 6 Monate erworbene Infektion mit HCV**
- Häufig asymptomatisch (80%)
- 20% Unspezifische Symptome:
  - Ikterus, Abgeschlagenheit, Fieber, abdominelle Beschwerden, Übelkeit, Emesis, Diarrhoen, Arthralgie, Myalgie
- Selten fulminanter Verlauf mit Leberversagen

## Chronische

### HCV Infektion:

- **> 6 Monate erworbene Infektion mit HCV**
- 60-85% der akuten Infektionen werden chronisch
- Unspezifische Symptome:
  - Abgeschlagenheit, Müdigkeit und subklinische kognitive Einschränkungen, ggf. Juckreiz
- Möglichkeit von Leberzirrhose und hepatozellulärem Karzinom (HCC)
  - Prognose: abhängig von Progression zu Leberzirrhose!

# Diagnose

- **Serologische Tests:**

- HCV-RNA (PCR)

- **Genotypisierung:**

- Bestimmung des Genotyps und Subtyps
- Ggf. Wichtig für die Therapieentscheidung

- **Lebergesundheit:**

- Leberbiopsie, elastographische Verfahren, Bildgebung

# Genotypen und Subtypen

- **HCV-Genotypen:**
  - 6 Hauptgenotypen (1-6) mit weiteren Subtypen
  - Genotyp 1 und 3 am weitesten verbreitet
- **NEU:**
  - Durch die Zulassung von **pangenotypischen Regimen** hat sich die Therapie der HCV-Infektion bei unkomplizierten Patienten weiterhin vereinfacht.
  - Es besteht daher die Möglichkeit, die antivirale Therapie ohne Bestimmung des HCV-Genotyps durchzuführen.
  - Bei Zirrhose bzw. vorbehandelten Patienten ist jedoch die HCV-Genotypisierung obligat!

# Behandlung

- **Moderne Therapien:**
  - **Direkt antivirale Mittel (DAAs)**
  - Beispiele: NS3- Protease, NS5A-Inhibitoren, NS5B-Inhibitoren
- **Therapieziele:**
  - **Sustained virological response (SVR)** → Virus aus dem Blut eliminieren
- **Behandlung je nach Genotyp und Leberzustand**
  - Standardtherapie bei Genotyp 1 und 4
  - Therapieanpassungen bei Zirrhose oder hohen Viruslasten

# Therapieoptionen

- **Standardbehandlungen:**
  - Kombinationstherapien mit DAAs:
    - z.B. Bei **pangenotypischen Optionen** wird **Glecaprevir/Pibrentasvir (8 Wochen)** oder **Sofosbuvir/Velpatasvir (12 Wochen)** empfohlen
  - Ribavirin bei bestimmten Patienten (z.B. hohe Viruslast und Resistenzen)
- **Behandlung bei Leberzirrhose und Koinfektionen**
- **Verkürzte Therapie bei bestimmten Patienten (z.B. niedrige Viruslast, keine Zirrhose)**

# Fazit

- **Erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten:**
  - Hochwirksame direkte antivirale Mittel (DAAs)
  - hohe Heilungsraten
- **Zukünftige Herausforderungen:**
  - Verbesserung des Zugangs zu Behandlung und Prävention weltweit

**Vielen Dank!**

**WIR-Homepage: [www.wir-ruhr.de](http://www.wir-ruhr.de)**

**Mail: [wir@klinikum-bochum.de](mailto:wir@klinikum-bochum.de)**



Katholisches Klinikum Bochum

St. Elisabeth-Hospital  
UKRUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER  
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

## 7. DSTIG special Fachtagung

### Wissenschaft ohne Tabus Neue Horizonte in STI- und Sexarbeitsforschung

Freitag 14. & Samstag 15. November 2025  
Bochum /St. Josef Hospital

THE DATE

### Programmvors

(Stand: 01/2025)

Freitag 14. & Samstag 15. November 2025  
Bochum im Hörsaalgebäude  
St. Josef Hospital in der Gud

#### Ausblick auf das Programm

- Smart, digital und intelligent: Digital Health  
dienen der sexuellen Gesundheit
- Resistent und nun? Wenn d
- Angebote und Bedarf: was brauchen  
non-binäre Menschen für ih
- Männlich, heterosexuell: Was ist  
Bezahl-Sex, was sollten sie
- Testen auf Teufel komm raus  
Welche STI-Tests machen i
- Noch immer nicht genug im
- Welche Impfungen braucht
- Sexarbeitsphobie: was steckt dahinter  
Verbotfantasien der Sexar

**Wissenschaftliches Board:**  
Johanna Claass, Harriet Langan

Norbert H. Brockmeyer (DSTIG