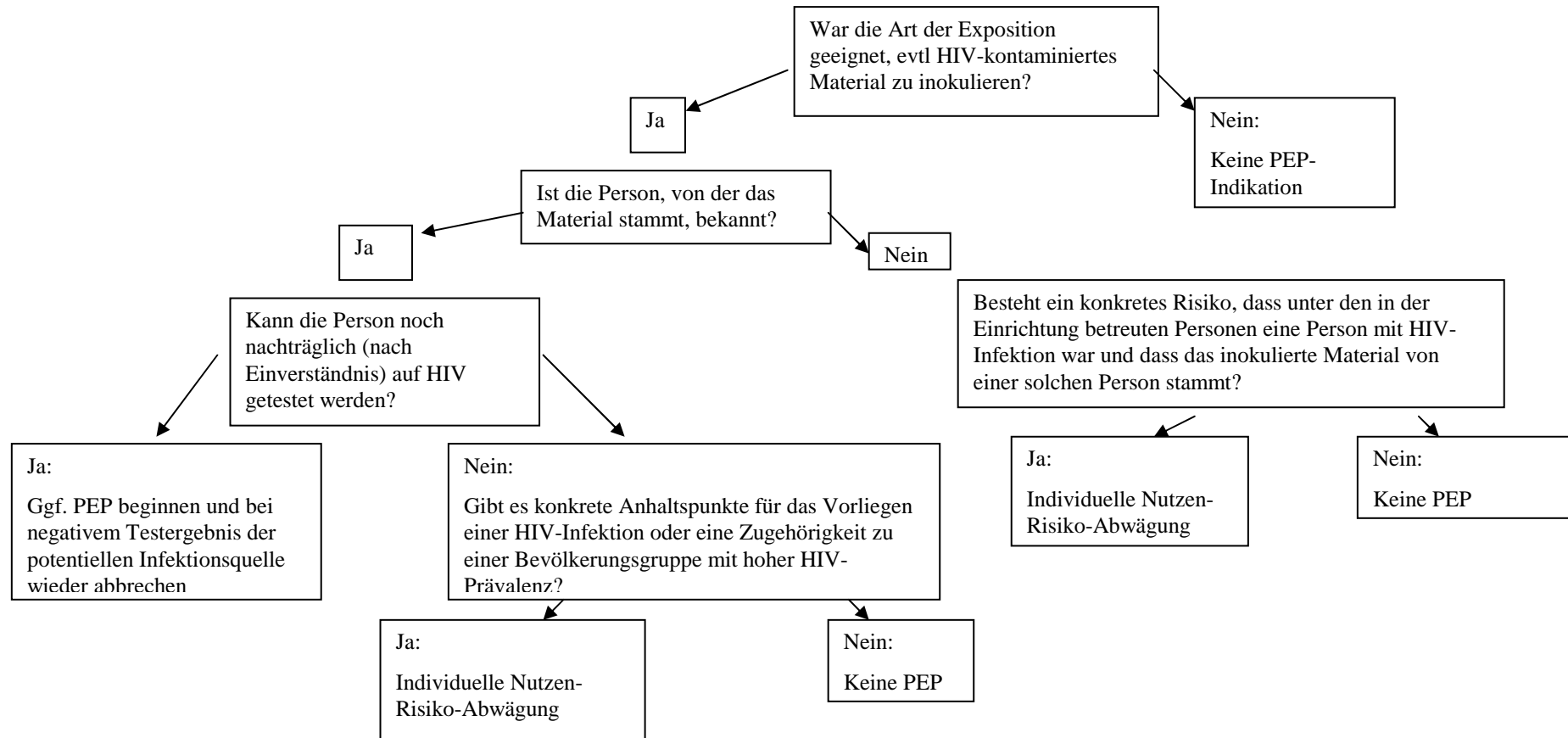
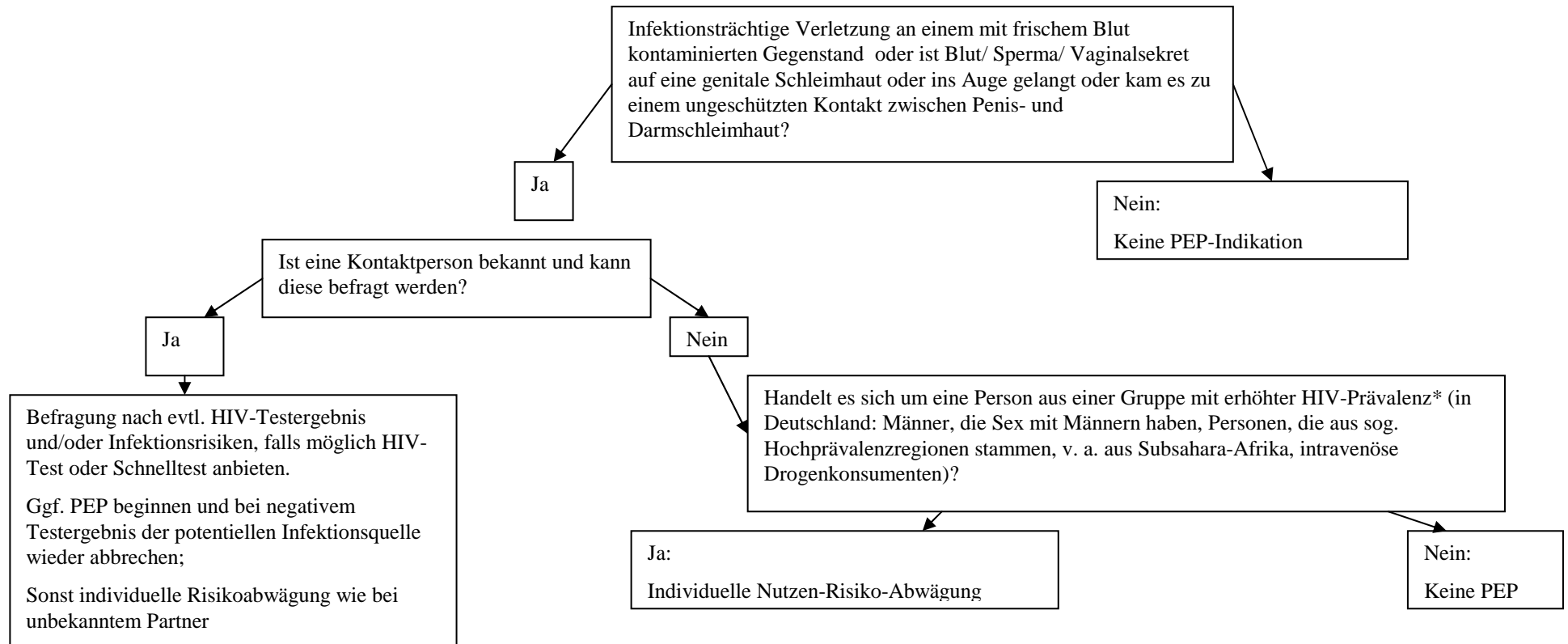




Entscheidungsbaum für PEP-Indikation bei beruflicher Exposition und unbekanntem HIV-Status der potentiellen Infektionsquelle



## Entscheidungsbaum für PEP-Indikation bei nicht-beruflicher Exposition und unbekanntem HIV-Status der potentiellen Infektionsquelle



\*HIV-Prävalenzen bei MSM in Deutschland: Großstädte ca. 10%, ländliche Regionen und Städte < 200.000 Einw. unter 5%

HIV-Prävalenzen bei IVD in Deutschland: unter 5%

HIV-Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung in Subsahara-Afrika: südliches Afrika > 10%; Ostafrika 5-10%; Westafrika 1-5%

HIV-Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung in Südostasien (Myanmar, Thailand, Kambodscha; Papua-Neuguinea) und der Karibik: 1-5%

HIV-Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung in Osteuropa (Ukraine, Rußland, Weißrußland, Estland): 1-2% (bei IVD ca. 30%)

Bei einer vermuteten HIV-Prävalenz  $\geq 10\%$  in der Population, zu der der Indexpartner gehört oder in dem Setting, in dem die Exposition erfolgte, ist eine medikamentöse HIV-PEP generell noch gerechtfertigt, bei einer Prävalenz  $< 5\%$  in der Regel nicht.

Bei sexueller Exposition und unbekanntem HIV-Status des Partners sollten die Umstände des Expositionseignisses bei der PEP-Indikationsstellung mit bedacht werden: in Settings, in denen Sexualkontakte häufig mit anonymen oder weitgehend unbekanntem Partnern stattfinden, muss mit einem im Vergleich zur durchschnittlichen Prävalenz höheren Anteil HIV-infizierter, insbesondere auch frisch infizierter und nicht ART-behandelter Partner mit STI-Koinfektionen gerechnet werden, bei denen die Übertragungswahrscheinlichkeit bei einem ungeschützten expositionsrelevanten Kontakt um das 20- bis 100-fache höher sein kann als die in der Literatur angegebenen Werte von 1:1.000 bis 1:10.000 für einen einmaligen ungeschützten (heterosexuellen) Geschlechtsverkehr mit einem nicht-therapierten, symptomfreien HIV-infizierten Partner in der klinischen Latenzphase.