

PROJEKT INFORMATION

Herausgegeben von Projekt Information e.V.

Betroffene informieren Betroffene

Jahrgang 21, Nr. 6

November / Dezember 2013

Behandlung der Hepatitis C – Versuch einer Übersicht

Wir leben in spannenden Zeiten: Für die Behandlung der Hepatitis C werden in den nächsten Jahren zahlreiche neue Behandlungsmöglichkeiten entwickelt werden.

Wir geben einen Überblick zum jetzigen Stand der Entwicklung.....Seite 3

HIV, Herzinfarkt – und dann?

HIV-Infizierte haben ein höheres Risiko für Herz-
Kreislauf-Erkrankungen

- so kann man immer wieder lesen.

Aber gilt das für alle und jeden?Seite 5

Wo kein Virus, da keine Übertra- gung: 0 + 0 = 0 !

Die Erkenntnis, dass eine Viruslast unter der Nach-
weisgrenze die Infektiosität dramatisch senkt, setzt
sich nur langsam in der Gesellschaft
durch.....Seite 7

Editorial

Editorial von S. Schwarze.....2

Medizin und Forschung

Darf's auch etwas weniger sein?

Duale Therapie mit Lopinavir/r (Kaletra®) und 3TC (Eпивir).....9

Nachrichten aus der Industrie.....10

Grundlegend & Wissenswert

Integrasehemmer nicht zusammen mit Magnesium-, Calcium-
oder Aluminium-haltigen Präparaten einnehmen!.....11

Leben mit HIV

Nachrichten aus aller Welt.....11

Politik & Soziales

Die Welt hungert weiterhin auf hohem Niveau13

Nachrichten aus der Sozial- und Rechtspolitik13

Projekt Information e.V.

Vereinsmitteilung16

Termine

Aktuelle Termine17

Vereins- und Spendenkonto: Sozialbank München 8845500 (BLZ 700 205 00)
IBAN: DE73700205000008845500 SWIFT/BIC: BFSWDE33MUE

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Zunächst einmal muss ich mich bei Ihnen entschuldigen: Für diese letzte Ausgabe des Jahres musste es mal wieder extra schnell gehen, bekanntlich drängen sich die Termine ja immer kurz vor Weihnachten. Deshalb mute ich Ihnen in dieser Ausgabe einige Grafiken mit den originalen, englischsprachigen Beschriftungen zu. Normalerweise würde ich diese ins Deutsche übersetzen. Aber erstens läuft mir einfach die Zeit davon und zweitens glaube ich, dass die Grafiken im Zusammenhang mit dem Text auch verständlich sind, wenn man des Englischen nicht mächtig ist.

Gerade, als ich eigentlich das Layout fertigstellen und die Datei zur Druckerei schicken wollte, las ich noch eine Nachricht, die ich Ihnen nicht vorenthalten möchte: Bei zwei Patienten, die noch auf einer großen HIV-Konferenz in diesem Jahr als „geheilt“ vorgestellt worden waren, ist das Virus zurückgekehrt!

Sie erinnern sich vielleicht an den Bericht: Es handelte sich um zwei Männer aus Boston, die zusätzlich zu ihrer HIV-Infektion einen Blutkrebs (Lymphom) hatten und deswegen eine Knochenmarktransplantation benötigten. Ähnlich wie bei dem „Berliner Patienten“ Timothy Brown (der übrigens nach wie vor als geheilt gilt) erhielten die Patienten eine Chemotherapie, allerdings in abgeschwächter Form. Im Unterschied zu Timothy Brown erhielten sie keine (den Körper extrem belastende) Bestrahlung und das neue Knochenmark das sie erhielten, war nicht unempfindlich für HIV (d.h. es handelte sich um Knochenmark von CCR5-positiven Spendern). Einige Zeit nach der Transplantation fand sich in den Körpern der beiden keine Spur von HIV mehr. Nach Rücksprache mit den Patienten wagte man es, die Medikamente abzusetzen. Wie es schien, waren die Patienten geheilt, das es weiterhin zu keinem messbaren Anstieg der Viruslast kam. Aber nun die Überraschung: Acht Mo-

nate nach Absetzen der Behandlung ist bei beiden Patienten wieder Virus nachweisbar!

Noch gibt es nur eine vorläufige Verlautbarung der beteiligten Ärzte, es liegen noch keine Veröffentlichungen mit Daten vor, so dass es schwierig ist, den Fall zu beurteilen. Theoretisch wäre denkbar, dass sich tatsächlich einige Viren in ruhenden Zellen so lange versteckt hatten und erst wieder begannen sich zu vermehren, als ihre Wirtszellen zufällig durch eine Immunreaktion aktiviert wurden.

Denkbar wäre aber auch, dass sich die Patienten erneut mit HIV infiziert haben. Ähnliche Fälle kennt man auch aus dem Bereich der Hepatitis: Etwa ein Viertel der Patienten, die eine Hepatitis C selbst oder mit Hilfe von Medikamenten ausgeheilt haben, stecken sich innerhalb von zwei Jahren erneut an.

Um diesen Fall zu verstehen, brauchen wir also sicher noch mehr Informationen.

Aber eines ist in diesem Jahr wohl allen klar geworden: Obwohl es immense Anstrengungen gibt, wurde der Weg zur endgültigen Heilung der HIV-Infektion lang und dornig sein.

Bis dahin müssen wir mit der antiretroviralen Therapie zurecht kommen. Aber dank neuer Medikamente und Therapiestrategien ist dies in den letzten Jahren für die Patienten deutlich einfacher geworden.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen und Ihren Lieben für das Weihnachtsfest und das kommende Jahr eine Zeit voller Gesundheit, Glück und Zufriedenheit!

Ihr Siegfried Schwarze

Behandlung der Hepatitis C – Versuch einer Übersicht

Wie schon im Editorial der letzten Ausgabe angekündigt: Bei der Behandlung der Hepatitis C kündigt sich eine Revolution an. Prof. Heiner Wedemeyer von der Medizinischen Hochschule Hannover gab dazu auf der letzten Europäischen Aids-Konferenz in Brüssel einen viel beachteten Vortrag. Es soll versucht werden, diesen hier zusammenzufassen.

Hat das Hepatitis C-Virus die Leber infiziert, schafft es das Immunsystem nur etwa bei einem Viertel der Patienten, die Krankheit zu überwinden und das Virus zu eliminieren. Als „Erinnerung“ bleiben nur Antikörper zurück, die aber vor einer erneuten Infektion nicht schützen. Auch gibt es keine Garantie, dass man die Hepatitis C bei einer erneuten Infektion wieder von selbst ausheilen kann!

Besteht die Infektion auch nach sechs Monaten noch (d.h. ist Virus-Eiweiß und Virus-Erbmaterial nachweisbar), spricht man von einer „chronischen“ Hepatitis C. Der andauernde Prozess der Virusvermehrung in der Leber und der Angriff des Immunsystems auf die infizierten Zellen führt zu einer dauerhaften Entzündung und zum Absterben von Leberzellen. Diese werden nach und nach durch Bindegewebszellen ersetzt. Man spricht von einer Vernarbung oder „Fibrosierung“ der Leber. Sind schließlich so viele Leberzellen zerstört, dass die Leber ihre Funktionen nicht mehr ausreichend erfüllen kann, spricht man von einer „Leberzirrhose“. Langfristig hat man dann nur noch die Möglichkeit einer Lebertransplantation, wobei die Gefahr besteht, dass auch das neue Organ sofort mit Hepatitis C infiziert wird. Da man aber wegen der Transplantation Medikamente einnehmen muss, die das Immunsystem unterdrücken, wird die „neue“ Leber nicht so lange durchhalten wie die alte. Außerdem besteht durch eine chronische Hepatitis C ein erhöhtes Risiko für Leberkrebs.

Es gibt also genügend Gründe, die Hepatitis C wieder loswerden zu wollen. Die Standardbehandlung bestand bis vor kurzem aus einem Botenstoff des Immunsystems (Interferon), das durch eine besondere Verpackung („Pegylierung“) länger im Körper verbleibt, so dass es über eine Woche wirkt. Zusätzlich wurde der antivirale Wirkstoff Ribavirin verabreicht. Doch selbst unter optimalen Umständen konnte mit

dieser Kombination etwa nur die Hälfte der Patienten geheilt werden. Aus praktischen Gründen sprechen die Ärzte übrigens ungern von Heilung (denn wer garantiert denn, dass das Virus sich nicht doch noch irgendwo im Körper versteckt und womöglich nach Jahren wieder auftaucht?), aber man kann davon ausgehen, dass man geheilt ist, wenn 24 Wochen nach Ende dieser Behandlung kein Hepatitis C-Virus mehr im Körper nachweisbar ist. Medizinisch spricht man dann von „sustained virologic response“ (also „anhaltendes virologisches Ansprechen“) und um anzudeuten, dass dieses Ansprechen schon 24 Wochen anhält, spricht man kurz von „SVR24“.

Zahlreiche Studien zeigten, dass das Ansprechen auf diese Behandlung von vielen Faktoren abhängig ist. Zum einen gibt es verschiedene Untergruppen (Subtypen) des Hepatitis C-Virus. Dabei sind die Subtypen 1 und 4 schwerer behandelbar als 2 und 3. Leider ist bei uns Genotyp 1 der vorherrschende und macht fast 80% der Infektionen aus. Aber auch die eigene genetische Ausstattung beeinflusst die Heilungschancen.

So gibt es beispielsweise beim IL28B-Gen die Varianten CC, CT oder TT. Wer den CC-Genotyp hat, hat deutlich bessere Chancen Hepatitis C entweder von selbst auszuheilen oder durch die Behandlung mit pegyliertem Interferon (pegIFN) plus Ribavirin (RBV).

Ein weiterer Faktor ist die Dauer der Infektion. Frisch Infizierte, d.h. Menschen, deren Infektion noch nicht länger als ein Jahr zurückliegt, haben eine fast 100%ige Chance, die Infektion durch eine Behandlung mit pegIFN+RBV auszuheilen.

Allerdings ist die Behandlung nicht unproblematisch. Viele Patienten leiden unter den Nebenwirkungen von pegIFN / RBV, bis hin zum Abbruch der Behandlung. Hinzu kommt, dass die Behandlung im Regelfall über 48 Wochen erfolgt. Allerdings wird die Behandlungsdauer heute aufgrund des Ansprechens individualisiert. Im günstigsten Fall ist die Behandlung bereits nach 24 Wochen beendet, im ungünstigsten erst nach 96 Wochen.

Seit Ende 2011 haben sich die Therapiemöglichkeiten weiter verbessert: Mit Einführung der Hepatitis C-Proteasehemmer Telaprevir (Incivo®) und Boceprevir (Victrelis®) konnten die Ansprechraten um ca. 20-30% gesteigert werden, allerdings auch um dem Preis deutlich vermehrter Nebenwirkungen. Außerdem müssen diese Medikamente dreimal täglich eingenommen werden (bei Telaprevir ist inzwischen auch eine zweimal tägliche Einnahme möglich) und es gibt

problematische Wechselwirkungen, gerade mit einigen HIV-Medikamenten. Nicht zuletzt verteuern diese Medikamente die Behandlung der Hepatitis C erheblich.

Es gibt also dringenden Bedarf für eine weitere Optimierung der Therapie. Das Hepatitis C-Virus kann erst seit 2005 in Zellkultur gehalten werden – was die Voraussetzung für eine zielgerichtete Entwicklung neuer Wirksubstanzen war. In den kommenden Monaten wird die nächste Welle der etwa 300 in Entwicklung befindlichen Substanzen zugelassen werden und auf den Markt kommen. Dabei werden wir sicher erst im Laufe der Zeit lernen, wie und in welcher Kombination diese neuen Substanzen am besten eingesetzt werden.

Zunächst eine Übersicht über die Substanzklassen:

Hepatitis C-Proteasehemmer („...previr“)

- Telaprevir (Incivo®, bereits zugelassen)
- Boceprevir (Victrelis®, bereits zugelassen)
- Simeprevir (als Olysio™ in den USA zugelassen)
- Faldaprevir
- Danoprevir
- Asunaprevir
- Sovaprevir
- ABT-450/r
- MK-5172

Hepatitis C-Polymerasehemmer („...buvir“)

Ähnlich wie bei HIV gibt es hier Nukleosidanaloga und nicht nukleosidische Hemmstoffe

Nukleosidanaloga:

- Sofosbuvir (Sovaldi®, Zulassung steht kurz bevor)
- Mericitabine
- ALS-2200

Nicht nukleosidische Hemmstoffe:

- 5Deleobuvir
- 5Setrobuvir
- 5Filibuvir
- 5ABT-333
- 5ABT-072
- 5VX-222
- 5BMS-731225

Außerdem hat HCV noch ein weiteres Protein, das für die Vermehrung unbedingt erforderlich ist: NS5A, auch hierfür werden Hemmstoffe entwickelt.

NS5A-Hemmstoffe („...asvir“)

- Daclatasvir
- Ledipasvir
- ABT-267

Es gibt noch weitere Ansätze, z.B. mit anti-RNA, therapeutischen Impfstoffen und Cyclophilin-Hemmern, aber diese sind eher noch Zukunftsmusik.

Die Entwicklung neuer Therapieregimes kann man in mehrere Stufen einteilen:

- 1) als Ergänzung der klassischen pegIFN/RBV-Behandlung
- 2) als Interferon-freie Therapie, aber immer noch unter Beibehaltung von RBV
- 3) als Interferon- und RBV-freie Therapie.

Dabei ist die letzte Option die wahrscheinlich erstrebenswerteste, da sowohl pegIFN als auch RBV die Patienten mit erheblichen Nebenwirkungen belasten, während die nächste Generation von Hepatitis C-Medikamenten nach ersten Ergebnissen deutlich besser verträglich sein wird.

Die neuen Medikamente unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Wirkung gegen alle Genotypen des Virus (nur die Nukleosidanaloga wirken gegen alle Genotypen, der Rest wurde vorwiegend gegen Genotyp 1 entwickelt), ihrer Wirkstärke und der Resistenzbarriere. Grundsätzlich lassen sich alle Substanzklassen kombinieren, wenn nicht Wechselwirkungen dagegen sprechen. Welches aber die optimalen Kombinationen sind, werden erst langjährige Studien zeigen können. Allerdings sind solche Studien nicht unproblematisch wenn die Substanzen von unterschiedlichen Herstellern stammen. Denn oft werden bevorzugt Kombinationen aus Substanzen des gleichen Herstellers untersucht. So hat Gilead, ermutigt durch seine Erfolge mit „Single Tablet Regimens“ bei HIV, bereits die Zulassung einer Fixkombination aus Sofosbuvir und Ledipasvir zur Zulassung eingereicht (In der LONESTAR-Studie erreichten damit von unvorbehandelten Patienten ohne Zirrhose 100% mit RBV und 95% ohne eine SVR12). Beim Studium der neuen Wirkstoffe hat sich gezeigt, dass bereits eine Virusfreiheit nach 12 Wochen („SVR12“) ein zuverlässiger Indikator für eine Heilung ist. Nach bisheriger Erfahrung spielt auch der IL28B-Genotyp für die Vorhersage des Therapieerfolgs bei den neuen Therapien keine Rolle mehr. Einzig und allein der Genotyp ist für die Planung der Therapiestrategie wichtig. Die meisten Regimes (zumindest die ohne RBV auskommen) werden eine einmal tägliche Gabe ermöglichen. Bleibt zu hoffen, dass auch die Kombinationen von Substanzen verschiedener Hersteller untersucht werden. So hat die Kombination aus Sofosbuvir und Simeprevir in der COSMOS-Studie bei zuvor unbehandelte Patienten zu 93% eine SVR12 erreicht.

Auch bei den bisher kaum noch zu behandelnden Patienten kann mit den neuen Therapien sehr oft noch eine Heilung erreicht werden. Dies betrifft :

- Patienten mit hochgradiger Fibrose oder Zirrhose
- Patienten, die auf pegIFN/RBV nicht oder nicht ausreichend ansprachen (Null- und Partial Responder)
- Patienten, die nach zunächst erfolgreicher Therapie mit pegIFN/RBV einen Wiederanstieg der Viruslast hatten (Relapser)

Eines ist klar: Die neuen „direkt antiviralen Agenzien“ (DAA) werden die Behandlung der Hepatitis C revolutionieren – im Prinzip ist eine Ausrottung denkbar, wenn diese Therapie weltweit allen Betroffenen zur Verfügung steht. Erstmals in der Geschichte der Medizin ist es möglich, eine virale Erkrankung bei praktisch allen Betroffenen tatsächlich zu heilen. Doch wie wir mit diesen neuen Wundermedikamenten am besten umgehen, wissen wir noch nicht. Dafür werden noch viele Studien erforderlich sein.

Doch ein Problem ist nach wie vor ungelöst: Die Re-Infektion. Bis zu 30% der Patienten stecken sich nach einer Heilung innerhalb von zwei Jahren erneut an, da die Hepatitis C keine Immunität hinterlässt.

Außerdem werden die Hersteller für die neuen Präparate wohl einen „Premiumpreis“ aufrufen, d.h. die Therapie wird vermutlich teurer werden, als die jetzige (pegIFN/RBV kosten für 48 Wochen Therapie ca. 24.000 €, gibt man noch einen HCV-Proteasehemmer der ersten Generation dazu, erhöhen sich die Kosten auf ca. 60.000 €). Bleibt zu hoffen, dass die Vielzahl neuer Substanzen zu einem Preiswettbewerb führt, der die Kosten rasch drückt.

Schließlich warten weltweit ca. 170 Millionen Infizierte dringend auf die neuen Mittel.

S. Schwarze

HIV, Herzinfarkt – und dann?

Menschen mit HIV haben ein höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie z.B. einen Herzinfarkt. Das haben viele Studien ergeben. Aber gilt das wirklich für jeden? Schließlich können Studien immer nur Aufschluss über den Durchschnitt geben, nie über den Einzelfall. Deshalb lohnt sich hier ein Blick auf die Details.

Eine Auswertung der Datenbank von „Kaiser Permanente Northern California“ (eine Art integrierte medizinische Versorgungseinrichtung in den USA) erlaubt interessante Einblicke: Die Daten von 226 Patienten mit HIV und einem akuten koronaren Ereignis wie Herzinfarkt mit oder ohne ST-Strecken Hebung (einem speziellen Merkmal im EKG) oder instabile Angina (Vorstufe des Herzinfarkts mit ähnlichen Symptomen) wurden verglichen mit den Daten von 86.321 Patienten ohne HIV.

Dabei fiel folgendes auf:

- Die HIV-Patienten waren im Durchschnitt jünger bei Eintritt des Ereignisses (54,3 vs. 66,8 Jahre)
- Bei den HIV Patienten handelte es sich vorwiegend um Männer (94,3% vs. 63%)
- Die HIV-Patienten hatten eher einen Herzinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (36,7% vs. 24,8%)
- Die HIV-Patienten hatten seltener eine instabile Angina (29,7% vs. 41,8%)
- Außerdem hatten HIV-Patienten häufiger ein niedriges HDL und erhöhte Triglyzeride und waren häufiger Raucher (69,9 vs. 55,2%)
- Von den HIV-Patienten hatten 58% eine Proteasehemmer-basierte Therapie, 25,7% eine Therapie ohne Proteasehemmer und 16,4% nahmen keine HIV-Medikamente
- Etwa ein Drittel hatte CD4-Werte über 499/ μ l, fast die Hälfte hatte zwischen 200 und 499/ μ l und der Rest hatte weniger als 200 Helferzellen/ μ l.

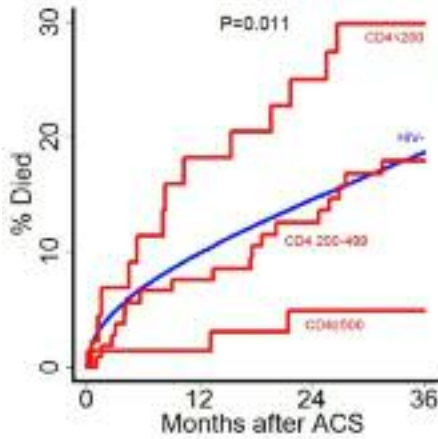
Man sieht also, dass sich die beiden Gruppen in einigen Aspekten deutlich unterscheiden.

Eine einfache statistische Analyse ergab, dass sich die Sterblichkeitsraten nach einem Jahr (HIV-pos.: 7,6%, HIV-neg: 9,6%; $p=0,26$) und nach drei Jahren ((HIV-pos.: 16,6%, HIV-neg: 18,6%; $p=0,43$) nicht signifikant unterschieden.

Aber nach statistischer Anpassung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Rasse, Diagnose Jahr, Typ der Erkran-

Mortality after an ACS diagnosis

By HIV status and immunodeficiency



| | 3-year mortality | Adjusted* hazard ratio | (95% CI) | P |
|-------------|------------------|------------------------|-----------|--------|
| CD4<200 | 29.8% | 5.6 | (3.2-9.7) | <0.001 |
| HIV- (ref) | 18.6% | 1 | | |
| CD4 200-499 | 17.9% | 2.5 | (1.6-4.0) | <0.001 |
| CD4≥500 | 4.9% | 0.7 | (0.2-2.1) | 0.52 |

* Adjusted for baseline age, sex, race, diagnosis year, ACS type, ever smoking status, and LDL, HDL, and triglyceride levels

kung, Raucherstatus und Blutfetten ergab sich ein etwas anderes Bild:

- Eine HIV-Infektion ging einher mit einem mehr als doppelt so hohem Risik (2,2fach), ein Jahr nach einem akuten Koronar-Ereignis verstorben zu sein (p<0,001).
- Das Drei-Jahres-Risiko für HIV-Patienten war sogar 2,5fach erhöht (p<0,001).

Aber dies sind eben nur die Daten für den Durchschnitt der Patienten. Schlüsselst man das ganze nach CD4-Zellzahlen auf, erlebt man eine Überraschung: Patienten mit weniger als 200 Helferzellen/μl hatten das höchste Drei-Jahres-Risiko (29,8%). In der Gruppe mit 200-499 CD4-Zellen/μl war das Risiko ähnlich wie bei Patienten ohne HIV-Infektion (17,9% mit, 18,6% ohne HIV-Infektion). Das niedrigste Risiko hatten HIV-Patienten mit mehr als 500 Helferzellen/μl (4,9%). (Siehe 1. Grafik)

Wenig überraschend hing das Ergebnis auch vom Therapiestatus ab. HIV-Patienten ohne HIV-Therapie hatten ein deutlich höheres Drei-Jahres-Risiko (22%) als Patienten mit einer Proteasehemmer-haltigen Therapie (16,9%) oder Patienten mit einer Therapie ohne Proteasehemmer (12,1%) – hierbei war allerdings der Unterschied zwischen den Therapiegruppen, also ob mit oder ohne Proteasehemmer, nicht statistisch signifikant. (Siehe 2. Grafik).

Die Autoren geben zu, dass ihre Untersuchung auch eine Reihe von Schwächen hat: So wurden wiederkehrende koronare Ereignisse sowie die Behandlung nach der Diagnose (also z.B. Behandlung mit Medikamenten, Stents oder Bypässen) nicht berücksichtigt. Einige Risikofaktoren (Rauchen) wurden nicht vollständig erfasst, andere (Kokain-, Amphetaminegebrauch) überhaupt nicht.

Diese Studie zeigt sehr deutlich: Auch wenn der Durchschnitt der HIV-Positiven ein erhöhtes Risiko hat (in diesem Fall für die Drei-Jahres-Mortalität nach einem koronaren Ereignis), kann dies bei einzelnen Untergruppen ganz anders aussehen. In diesem Fall hatte die Gruppe der Behandelten mit mehr als 500 Helferzellen/μl sogar ein deutlich niedrigeres Risiko als vergleichbare Menschen ohne HIV-Infektion – woran auch immer dies gelegen haben mag.

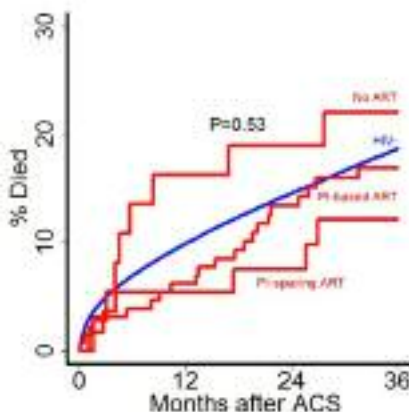
Es lohnt sich also, Schlagzeilen und Studienzusammenfassung kritisch zu hinterfragen und immer mal wieder etwas genauer hinzuschauen.

S. Schwarze

Quelle: Silverberg M, Hurley L, Prasad A, et al. Mortality following hospitalization for acute coronary syndrome among HIV+ and HIV- patients. IDWeek 2013. October 2-6, 2013. San Francisco. Abstract 75.

Mortality after an ACS diagnosis

By HIV status and antiretroviral therapy use



| | 3-year mortality | Adjusted* hazard ratio | (95% CI) | P |
|------------------|------------------|------------------------|-----------|--------|
| No ART | 22.0% | 3.4 | (1.7-6.9) | 0.001 |
| HIV- (ref) | 18.6% | 1 | | |
| PI-based ART** | 16.9% | 2.5 | (1.6-3.8) | <0.001 |
| PI-sparing ART** | 12.1% | 1.8 | (0.8-4.1) | 0.14 |

* Adjusted for baseline age, sex, race, diagnosis year, ACS type, ever smoking status, and LDL, HDL, and triglyceride levels

** P>0.05 comparing PI-based and PI-sparing ART

Wo kein Virus, da keine Übertragung: $0 + 0 = 0$!

Um die Schutzwirkung der ART besser illustrieren zu können, werden unterschiedliche Metaphern vorgeschlagen: „chemisches Kondom“, „medikamentöse Barriere“ und „Schutzschild“ sind im Angebot. Dabei ist zu bedenken, dass der Schutz durch Therapie für manche sehr abstrakt ist und möglicherweise nicht verstanden werden kann: abstrakter zumindest, als der Gebrauch eines Kondoms, der sozusagen „verdinglichten“ Präventionsbotschaft.

Noch leichter verständlich als die vorgeschlagenen Metaphern ist eine Gleichung, die aus Behandlungserfolg und nicht nachweisbarer Viruslast abgeleitet werden kann: „Wo kein Virus, keine Übertragung“, als Gleichung ausgedrückt: „ $0 + 0 = 0$ “.

Pathologisch ist die Suche nach Viren, wo keine mehr da sind

Die Suche nach neuen Bildern zur Illustration der Schutzwirkung der ART geht mit unterschiedlichen Wünschen einher: kondomloser Sex soll nicht weiter pathologisiert (das heißt als krankhaft eingeordnet), sondern als nachvollziehbares Bedürfnis behandelt werden.

Die Verwendung der Gleichung: „ $0 + 0 = 0$ “ erlaubt einen Perspektivwechsel: pathologisch wäre vornehmlich nicht das Streben nach kondomlosem Sex, sondern zwanghaft nach Viren und Restrisiken zu suchen, wo keine mehr vorhanden sind.

Der Perspektivwechsel betraf natürlich auch die Kriminalisierung von HIV-Übertragungen und die Möglichkeit von auf HIV-Übertragungen basierenden Berufsverboten. Es gibt Schritte in die richtige Richtung: Mit der Schutzwirkung der HIV-Therapie begründet, kippte in Großbritannien das Berufsverbot für HIV-infizierte Chirurgen (vgl. den Artikel in der letzten Ausgabe von Projekt Information). Im Oktober hat ein schwedisches Gericht den Schutz durch Therapie anerkannt und einen HIV-Positiven vom Vorwurf der versuchten Körperverletzung freigesprochen. Im Berufungsverfahren hatte der Mann angegeben zum Zeitpunkt der sexuellen Beziehungen mit einer gut wirksamen HIV-Therapie behandelt und deshalb nicht mehr infektiös gewesen zu sein.

Es bleibt abzuwarten, wie lange es in Deutschland

noch dauert, bis sich entsprechende Perspektiven durchsetzen. Nach wie vor wird der „Versuch einer Übertragung von HIV“ hierzulande kriminalisiert. Auch Berufsverbote werden vollzogen: HIV-positiven Gefangenen ist es in vielen Gefängnissen nicht erlaubt in der Küche oder in der Bäckerei zu arbeiten.

Wir brauchen mehr Forschung Dass in Bezug auf Schutz durch Therapie noch mehr Forschung benötigt wird, wird wie ein Mantra wiederholt. Natürlich muss noch weiter geforscht werden, beispielsweise zu Übertragungsrisiken bei Analsex, zu Übertragungsrisiken bei Spritzentausch (auch in Bezug auf Sex- und Partydrogengebrauch) und zu Infektiosität, wenn andere STIs vorliegen etc.

Wir brauchen aber auch mehr Forschung zu eher gesellschaftlichen und psychologischen Faktoren, beispielsweise zur Frage des Umgangs mit Restrisiken und wie diese durch unterschiedliche Akteure benutzt werden, um Bedrohungsszenarien aufzubauen. Interessant wäre auch zu erforschen, warum im HIV-Bereich neue wissenschaftliche Erkenntnisse oft so zaghaft adaptiert werden. Welchen Anteil haben das erfahrene Trauma AIDS und Fehlentwicklungen der Vergangenheit daran? Wer profitiert davon, wenn alles so bleibt wie bisher: inklusive Stillstand in Bezug auf Prävention, Kondomgebrauch, Berufsverbot und Strafverfolgung? Gut wäre auch zu wissen, warum manche in der Prävention meinen, ohne die Weitergabe von etwas „Handgreiflichem“ (Kondome etc.), auf verlorenem Posten zu stehen?

Community Statement zu HIV Therapie als Prävention

Europäische HIV-Aktivist:innen der EATG und NAM/aidsmap.com arbeiten seit mehreren Monaten an einem Community Statement zum Einsatz der antiretroviralen Therapie in der Prävention von HIV-Übertragungen.

Das Statement wurde auf der AIDS Impact Konferenz in Barcelona vorgestellt und diskutiert, es reagiert auf bisher entwickelte Leitlinien zur HIV-Behandlung. In den kommenden Wochen werden weitere Rückmeldungen aus der Community einfließen, diese werden eingearbeitet, das Statement kann danach unterzeichnet und verbreitet werden. Das Statement berücksichtigt die Situation in unterschiedlichen Ländern, eine Beschreibung der geführten Diskussionen verdeutlicht dies:

Grundlegende Prinzipien des Statements beziehen sich auf die Umsetzung der GIPA Prinzipien: Menschen mit HIV sind eingebunden und treffen unabhängige Entscheidungen. Niemand darf unter Druck gesetzt, oder zur Behandlung gezwungen werden. Dies nimmt vor allem Bezug auf die Situation in einigen Ländern Osteuropas, wo der Arzt oft eine ganz besondere Autorität hat und manchmal auch alleine entscheidet, wer mit der Behandlung beginnt (bzw. aufhört). Drogengebrauchende werden in manchen Regionen nur dann behandelt, wenn sie den Drogenkonsum beenden, also „clean“ sind.

Die Gesundheit des Einzelnen steht im Vordergrund

Auch wenn es bei der Behandlung unter dem Präventionsaspekt um den Schutz Dritter geht, muss die Gesundheit des Einzelnen im Vordergrund bleiben. Dies auch dann, wenn die Behandlung unter dem Präventionsaspekt diskutiert wird und unabhängig davon, ob sich Menschen für oder gegen den Gebrauch der ART entscheiden. Die Entscheidung für oder gegen die Behandlung ist und bleibt eine persönliche Entscheidung. Menschen müssen zur Therapie bereit sein. Die freiwillige Entscheidungsfindung muss sichergestellt werden, vor allem in Settings, wo dies manchmal schwierig ist, wie beispielsweise in Haftanstalten oder in Drogentherapieeinrichtungen.

Das Statement benennt die Chancen und Herausforderungen, welche die ART als Prävention für Menschen mit HIV bringt: die Behandlung kann dazu beitragen Schuldgefühle und Angst zu reduzieren, auch Angst davor strafrechtlich verfolgt zu werden. Einige Studien zeigen, dass die Unmöglichkeit das Virus übertragen zu können für Menschen mit HIV einen sehr hohen Stellenwert hat.

HIV-Therapie als Prävention: eine Herausforderung für Tugendwächter

Eine Herausforderung übrigens auch für Tugendwächter: als problematisch wird manchmal beschrieben, dass durch die Behandlung zum Zweck der Prävention indirekt Sex ohne Kondom gefördert werde, ein Verhalten das man eigentlich eher nicht fördern möchte: Warum solle man jemanden Medikamente geben, damit er besser seinem Vergnügen nachgehen könne, angesichts der Tatsache, dass andernorts die gleichen Medikamente zum Überleben gebraucht würden? Dieses Beispiel verdeutlicht, dass die Behandlung durchaus auch mit Bestrafungs- und Belohnungsphantasien einhergehen kann.

Das Statement berücksichtigt die Situation von Menschen so genannter hochvulnerabler Gruppen, die in vielen Ländern keinen gleichberechtigten Zugang zu Therapien haben: Schwule, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Drogengebrauchende, Migranten, Menschen ohne Aufenthaltsstatus und Gefangene. Die Benachteiligung dieser Gruppen begründet sich vielerorts durch rechtliche Bestimmungen, durch Abwertung, Vorverurteilung und Stigmatisierung. Ein Beispiel zur Illustration: ein schwuler Mann aus Istanbul wird eher nicht zum HIV-Test gehen, wenn er weiß, dass er durch das Personal diskriminierend behandelt wird oder sich unsicher ist, ob das Testergebnis an den Arbeitgeber weiter gereicht wird (beides kann zutreffen). Beispiele wie diese verdeutlichen: Solange sich an diesen Missständen nichts verändert, kann nicht von den Möglichkeiten, welche Behandlung als Prävention anbietet, profitiert werden.

Es geht nicht darum „Präventionisten“ gegen „Behandler“ auszuspielen

Diskutiert wird, dass Behandlung als Prävention ein integrativer Bestandteil anderer Präventionsbemühungen sein muss. Vermieden werden muss, dass es zu Kürzungen von Programmen kommt, dass „Behandler“ gegen „Präventionisten“ ausgespielt werden. In Zeiten knapper werdender Kassen ist dies durchaus ein ernstzunehmendes Szenario. Es muss sichergestellt sein, dass es weiterhin für alle einen Zugang zu freiwilligen Beratungs- und Testangeboten und zu Behandlungsmöglichkeiten gibt. Diese sind und bleiben eine wichtige Voraussetzung für einen effektiven Gebrauch der Behandlung als Prävention.

Dass die Kosten für Medikamente sinken müssen, so dass für mehr Menschen Zugang geschaffen werden kann, wird allmählich auch bei uns deutlich. Länder wie Griechenland, Italien und Spanien hat die Finanzkrise bereits getroffen, mit direkter Auswirkung auf die Versorgung von Menschen mit HIV. In Spanien wurde die Förderung von HIV-Organisationen um 75% zusammengestrichen, Griechenland und Spanien hat die Behandlung von undokumentierten HIV-positiven Migranten eingestellt. Dabei ist deutlich, dass es auf lange Sicht gesehen kosteneffektiv ist, wenn niemand von der Behandlung ausgeschlossen ist.

Keine Botschaften unterm Ladentisch

Viele Menschen wissen nach wie vor nichts über den präventiven Effekt der ART. Bei uns mag sich das EKAF-Statement herumgesprochen haben. In vielen anderen Ländern ist dieses Thema noch genauso ta-

buisiert, wie es bei uns vor fünf Jahren war. Das Statement sagt, dass es die Pflicht des Versorgungssystems ist, entsprechend zu informieren. Pflicht ist es auch, die ART dann zur Verfügung zu stellen, wenn dies gewünscht ist. Aidshilfen haben hier eine besondere Rolle und Verantwortung: die Zeiten, bei denen Botschaften aufgrund präventiver Bedenken „unter dem Ladentisch“ verhandelt wurden, sind zum Glück vorbei.

Die Information zu den präventiven Effekte der HIV Therapie sollte natürlich auch HIV Negative mit besonderer Vulnerabilität erreichen: Partner von Menschen mit HIV brauchen diese Informationen, die adäquat vermittelt werden müssen. Adäquat meint hier: in einer Sprache, die verstanden wird und kulturelle Unterschiede reflektiert.

Die meisten Modellrechnungen sagen übrigens voraus, dass ART als Prävention die HIV Epidemie nicht beenden wird. Angesichts der hier diskutierten und dargestellten Problemlagen überrascht das nicht. Auch wenn in Zukunft mehr Menschen Zugang zur Behandlung erhalten sollten, müssen die anderen, erfolgreich angewandten Präventionsbestrebungen weiterhin betrieben und finanziert werden. Es wird also weiterhin noch sehr viel zu tun geben!

Um ein bereits geflügeltes Wort zu benutzen: die Behandlung ist ein weiterer begrüßenswerter „Pfeil im Köcher“ der Prävention. Nicht mehr, aber auch nicht weniger.

Kontakt: peter-wiessner@t-online.de

Peter Wiessner

Der direkte Draht zu Projekt Information:

Sie erreichen uns in unserem Münchner Büro in der Ickstattstr. 28 persönlich oder telefonisch:

Mo - Do: 10:00 - 12:00 und 13:00 - 16:30
Fr : 10:00 - 12:00 und 13:00 - 14:00

Außerhalb der Bürozeiten können Sie uns ein Fax schicken oder eine Nachricht auf unserem Anrufbeantworter hinterlassen. Wir rufen Sie gerne zurück! Und wenn Sie einmal Zeit haben, schauen Sie doch auf eine Tasse Kaffee vorbei!

Medizin & Forschung

**Darf's auch etwas weniger sein?
 Duale Therapie mit Lopinavir/r
 (Kaletra®) und 3TC (Epivir)**

Die Dreifachkombination ist heute Standard in der Behandlung der HIV-Infektion. Dieses Konzept stammt noch aus Zeiten, in denen die Einzelsubstanzen deutlich weniger wirksam waren als heute. Andererseits gilt in der Medizin eigentlich immer das Motto „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“. Deshalb gibt es seit einiger Zeit Bestrebungen, die Anzahl der HIV-Medikamente in einer Kombination zu verringern. Studien zu Proteasehemmer-Monotherapie haben zwar vergleichsweise gute Ergebnisse erzielt, aber meistens handelte es sich dabei um Umstellungs-Studien, d.h. die Patienten hatten bereits eine nicht nachweisbare Viruslast und wurden erst nach sechs Monaten oder mehr auf die Monotherapie umgestellt. Bei Versuchen, von Anfang an mit einer Monotherapie zu behandeln, zeigte sich sehr schnell, dass dieses Konzept der klassischen Dreifachkombination klar unterlegen war.

Nun hat eine spanische Arbeitsgruppe einen neuen Anlauf gewagt, allerdings mit einer Zweifachkombination aus einem geboosteten Proteasehemmer (Lopinavir + Ritonavir, Kaletra®) und dem Nukleosidanalogs 3TC (Epivir®). Diese wurde mit einer Standard-Dreifachkombination aus Kaletra®, Epivir® und einem weiteren Nukleosidanalogs (AZT, ABC oder TDF) verglichen.

214 Patienten erhielten die 2fach-Kombination, 202 die 3fach-Kombi. Nach 48 Wochen lag bei 88,3% der 2fach-Gruppe (Dual Therapy, DT) die Viruslast unter der Nachweisgrenze von 50 Kopien/ml im Vergleich zu 83,7% in der 3fach-Gruppe (Triple Therapy, TT, siehe Grafik auf der nächsten Seite).

Auch bei der (eigentlich schwieriger zu behandelnden) Gruppe von Patienten mit einer Ausgangsviruslast von mehr als 100.000 Kopien/ml hatte die Zweierkombination die Nase vorn: 87,2% erreichten eine Viruslast unter der Nachweisgrenze, aber nur 77,9% in der Dreierkombinationsgruppe. Dieser Un-

terschied war allerdings statistisch nicht signifikant.

Der Gewinn an CD4-Zellen war in beiden Gruppen ähnlich: 227 Zellen/ μ l (2fach) und 217 (3fach).

Interessanterweise wurde in der 2fach-Gruppe über weniger Nebenwirkungen berichtet: 65 vs. 88 Meldungen in der 3fach-Gruppe.

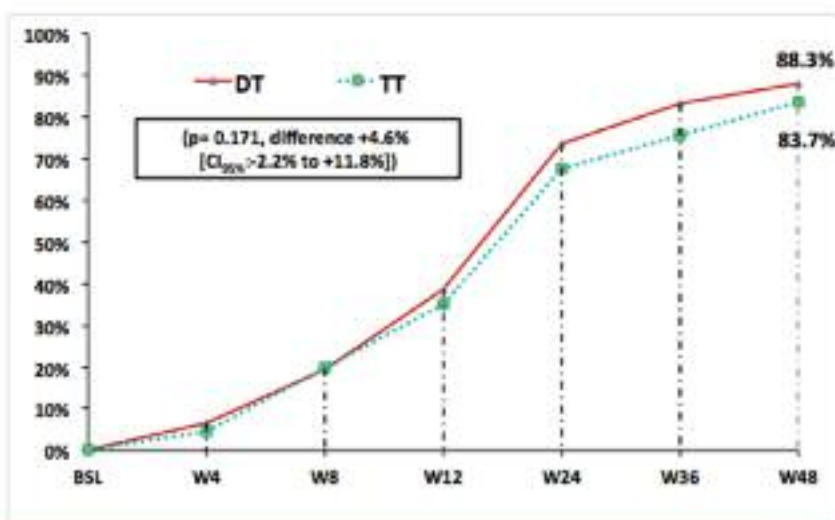
Bedeutet dies nun, dass die 2fach-Kombination der neue Standard wird? Sicher nicht! Zum einen kann man nicht zwei beliebige Substanzen kombinieren. Eine Besonderheit der geboosteten Proteasehemmer ist, dass sie eine hohe Resistenzbarriere haben. Man würde eine solche Studie zum jetzigen Zeitpunkt nicht mit einem NNRTI oder einem Integrasehemmer wagen. Außerdem bedarf es weiterer Studien, die das Ergebnis dieser Untersuchung absichern.

Aber bereits jetzt lässt sich sagen, dass „drei“ keine magische Zahl ist, dass es nicht immer unbedingt eine Dreifachkombination sein muss. In Einzelfällen können sich Behandler und Patient auch heute schon für eine Zweifachkombination (wie in diesem Fall) oder sogar eine Monotherapie mit einem geboosteten Proteasehemmer (dann aber nur als Erhaltungstherapie) entscheiden, wenn dafür gute Gründe vorliegen.

S. Schwarze

Quelle: Cahn P: „Dual therapy with Lopinavir/ Ritonavir (LPV/r) and Lamivudine (3TC) is non-inferior to standard triple drug therapy in Naïve HIV-1 infected subjects : 48-week results of the GARDEL Study.“, EACS - 14th European AIDSConference Oct 16-19 2013 Brussels, Belgium

Viral load <50 copies/mL at week 48 (ITTe)



Nachrichten aus der Industrie

Neuer Booster Cobicistat (Tybost®) zugelassen

Bisher gab es zum Booster (Wirkverstärker) Ritonavir (Norvir®) praktisch keine Alternative. Da Gilead für seinen Integrasehemmer Elvitegravir aber ebenfalls die Verstärkungswirkung brauchte, entwickelte die Firma kurzerhand ihren eigenen Booster Cobicistat. Dieser ist seit einigen Wochen bereits als Kombinationspräparat (Elvitegravir+Cobicistat+Tenofovir+Emtricitabine) unter dem Namen Stribild® erhältlich. Am 24.10.13 erteilte die Europäische Zulassungsbehörde EMA nun auch die Zulassung für Cobicistat als Einzelsubstanz unter dem Handelsnamen Tybost®. Vor dem breiteren Einsatz wird man Studien zur Vergleichbarkeit der Wirkung zusammen mit den gängigen Proteasehemmern im Vergleich zu Ritonavir abwarten müssen.

Neuer Integrasehemmer Elvitegravir (Vitekta®) zugelassen

Am 18.11.13 hat die EMA auch den anderen Bestandteil aus Stribild®, den Integrasehemmer Elvitegravir unter dem Handelsnamen Vitekta® zugelassen. Elvitegravir ist alleine nicht wirksam genug und muss durch einen Booster (entweder Cobicistat oder Ritonavir) verstärkt werden. Vom Resistenzprofil ist die Substanz mit Raltegravir (Isentress®) vergleichbar –

zwischen beiden Substanzen besteht also eine weitgehende Kreuzresistenz.

Neuer Hepatitis C-Proteasehemmer Simeprevir (Olysio™) in den USA zugelassen

Am 27.11.13 erteilte die US-amerikanische FDA die Zulassung für Simeprevir. Dieser Hepatitis C-Proteasehemmer der nächsten Generation muss nur noch einmal täglich eingenommen werden und verspricht, zusammen mit anderen Wirkstoffen, ein wichtiger Baustein in der zukünftigen Behandlung der Hepatitis C zu werden (siehe dazu auch den Übersichtsartikel in dieser Ausgabe).

Grundlegend & Wissenswert

Integrasehemmer nicht zusammen mit Magnesium-, Calcium- oder Aluminium-haltigen Präparaten einnehmen!

Manchmal lernt man auf Kongressen tatsächlich etwas: So hörte ich auf dem letzten Europäischen Aids-Kongress in Brüssel einen Vortrag über die Entwicklung der Integrasehemmer. Dabei wurde auch detailliert auf den Wirkmechanismus eingegangen. So benötigt die Integrase für ihre Arbeit ein Magnesium-Ion. Genau hier setzen alle heute verfügbaren bzw. in Entwicklung befindlichen Integrasehemmer (Raltegravir, Elvitegravir, Dolutegravir) an: Sie binden selbst so fest an das Magnesium-Ion, dass die Integrase ihre Arbeit nicht mehr verrichten kann. Dummerweise binden die Integrasehemmer aber mehr oder weniger jedes divalente Kation, also Magnesium- oder wahlweise auch Aluminium-Ionen und vielleicht auch Calcium-Ionen.

Deshalb wird in der Packungsbeilage davon abgeraten, z.B. Isentress® gleichzeitig mit Magnesium- oder Aluminium-haltigen Antacida (Mittel gegen Sodbrennen) einzunehmen.

Ich hatte das bisher immer darauf zurückgeführt, dass Antacida die Säure im Magen neutralisieren und dass deshalb möglicherweise der Integrasehemmer nicht mehr ausreichend aufgenommen werden kann – diese Wechselwirkung kennt man ja von vielen Medikamenten. Aber weit gefehlt, es hat nichts mit der Säure zu tun, sondern eben einzig und allein mit den Magnesium- bzw. Aluminium-Ionen!

Und ich habe bisher brav mit meiner Morgendosis Isentress® eine Multivitamin-Tablette geschluckt (enthält natürlich auch Magnesium und Calcium als Mineralien) und zur Abenddosis noch eine extra Magnesium-Tablette... Vielleicht war das die Erklärung, warum in letzter Zeit bei mir immer mal wieder eine niedrige Viruslast messbar war, obwohl ich meine Tabletten hundertprozentig einnehme...

Praktisch bedeutet das, dass man alle Integrasehemmer-haltigen Medikamente (also Isentress®, Stri-

bild®, Vitekta® und auch das momentan nur im Rahmen von Studien verfügbare Dolutegravir) nicht mit Magnesium- oder Aluminium-haltigen Arzneimitteln einnehmen sollte. Sicherheitshalber würde ich um den Einnahmezeitpunkt herum auch keine großen Mengen an Milch oder Milchprodukten zu mir nehmen (enthalten Calcium). Eine Stunde Abstand sollte ausreichen.

Möglicherweise ist dieses Phänomen die Erklärung für den einen oder anderen bisher unerklärlichen Therapieversager unter den ansonsten sehr zuverlässig wirksamen Integrasehemmern.

S. Schwarze

Quelle:

- *Fachinformation Isentress®*

- *Miller M: „Discovery and Evolution of Integrase Inhibitors: Hope for the Future“, MSD Satellite Symposium, EACS2013, Brüssel*

Leben mit HIV

Nachrichten aus aller Welt

Afrika

Zwangssterilisationen

In deutlichen Worten hat Anfang November die „Afrikanische Kommission für Menschen- und Völkerrechte“ die Zwangssterilisation HIV-positiver Frauen als eklatante Verletzung ihrer fundamentalen Rechte verdammt, die ihnen aufgrund der „Afrikanischen Charta für Menschen- und Völkerrechte“ garantiert werden. Die Resolution verurteilt alle Formen von Stigmatisierung und Diskriminierung im Zusammenhang mit dem Zugang zu medizinischer Versorgung. Anlass waren Berichte über erzwungene Sterilisationen HIV-positiver Frauen in zahlreichen afrikanischen Ländern, darunter Südafrika, Kenia, Namibia, Swasiland, Lesotho, Tansania, Simbabwe und Sambia. Aktivisten und Gruppen aus ganz Afrika begrüßten die Erklärung, die eine klare Botschaft an afrikanische Regierungen sendet, endlich Maßnahmen zu ergreifen, um Zwangssterilisationen ein Ende zu bereiten. „Es wird Zeit für die Regierungen, die sexuellen und reproduktiven Rechte von Frauen zu fördern und nicht

mehr faul daneben zu sitzen, während sie verletzt werden“, so eine südafrikanische Anwältin. Seit Jahren hatten sich Aktivistinnen aus der ganzen Welt gegen diese Praxis eingesetzt.

Quelle: <http://www.osisa.org/hiv-and-aids/namibia/they-took-my-choice-away>

Spätdiagnosen und späte Therapien im südlichen Afrika

Der Anteil der Menschen mit HIV im südlichen Afrika, die erst in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium mit einer Therapie beginnen, sank zwischen 2006 und 2011 deutlich ab. Waren es 2006 noch 42%, die erst in einem Stadium von <100 CD4-Zellen oder mit schon deutlichen Aids-Symptomen eine Therapie anfangen, lag der Anteil im Jahr 2011 bei 29%. Die durchschnittlichen CD4-Zellzahlen stiegen allerdings nur bescheiden von 125 auf 185 Zellen/mm³ an – ein „enttäuschend langsamer Fortschritt“, so die Forscher. Obwohl die Anzahl der Menschen mit Zugang zur cART in Subsahara-Afrika von 100.000 im Jahr 2003 auf 6.2 Millionen im Jahr 2011 angestiegen ist, beginnen die meisten Menschen erst sehr spät mit einer Therapie. Das trägt immer noch zu einer hohen Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate und der weiteren Verbreitung von HIV-Infektionen bei.

Fast alle Behandlungsleitlinien in den Ländern im südlichen Afrika empfehlen einen Therapiebeginn, wenn die Helferzellen unter 350 fallen oder wenn die Patienten im Stadium 3 oder 4 der Erkrankung (nach WHO) sind. In der Studie zeigte sich auch, dass Männer häufiger in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium mit der Therapie begannen als Frauen, dazu haben sicher auch die Programme zur Verhinderung der HIV-Übertragung von Müttern auf ihre Kinder beigetragen. Weitere Faktoren, die eine frühere Therapie begünstigten, waren höheres Lebensalter und das Leben in einer Partnerschaft oder Ehe. Eine Tuberkulosebehandlung führte dagegen eher zu einem späten Beginn der HIV-Therapie.

Die Notwendigkeit, HIV früher zu diagnostizieren und zu behandeln, ist auch in Subsahara-Afrika groß. Ohne entsprechende gezielte Interventionen und Programme kann der erweiterte Zugang zur HIV-Therapie im südlichen Afrika sein volles Potential nicht entwickeln, schließen die Forscher.

Quelle: Lahuerta M et al. Advanced HIV disease into HIV care and initiation of antiretroviral therapy during 2006-2011: findings from four sub-Saharan African countries. *Clin Infect Dis*, online edition, 2013.

USA

HIV und Organtransplantationen

Mitte des Monats hat das US-amerikanische Repräsentantenhaus dem “HIV Organ Policy Bill (Hope)” endgültig zugestimmt, das Organspenden und Transplantationen zwischen HIV-positiven US-Bürgern legalisiert. Dieses Gesetz wird die seit 25 Jahren bestehende Praxis beenden, die Organe HIV-positiver Spender nicht für medizinische Zwecke zu nutzen. Sobald das DHHS (Ministerium für Gesundheitspflege und Soziale Dienste der Vereinigten Staaten) feststellt, dass die Transplantation von Organen zwischen HIV-positiven AmerikanerInnen sicher und effektiv ist, werden auch Organspenden zwischen Positiven endlich legal werden. Das DHHS muss entsprechende Leitlinien entwickeln. Wissenschaftler hatten schon lange argumentiert, dass das bisher bestehende Verbot veraltet und wissenschaftlich nicht mehr haltbar sei. Präsident Obama hat das Gesetz inzwischen unterschrieben.

Quelle: www.eatg.org

Großbritannien

Das Sexleben der Briten

Eine ganze Reihe von Artikeln, die aktuell in der Zeitschrift *Lancet* veröffentlicht wurden, vermittelt einen detaillierten Einblick in das Sexleben der britischen Bevölkerung in den letzten zehn Jahren. Über 15.000 Erwachsene zwischen 16 und 74 Jahren nahmen von September 2010 bis August 2012 am 3. “National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal)” teil. Ob zur Verbreitung von Chlamydieninfektionen in der sexuell aktiven Bevölkerung (1,5% bei Frauen, 1,1% bei Männern), zur Steigerung der HIV-Testbereitschaft (von 8,7% auf 27,6% bei Frauen und von 9,2% auf 16,9% bei Männern) in den letzten 5 Jahren, zur Häufigkeit von Problemen im Bereich der Sexualität (41,6% der Männer und 51,2% der Frauen berichteten über mindestens ein Problem im Laufe des vergangenen Jahres), zur Zufriedenheit mit dem Sexualleben oder zu sexuellen Gewalterfahrungen – in den 6 Beiträgen ist eine Vielzahl von Themen und Analysen zu finden.

Quelle: *The Third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles*
www.thelancet.com

Frankreich

HIV-Spät Diagnosen

Mehr als die Hälfte der PatientInnen – 53,9% der fast 20.500 TeilnehmerInnen- in der großen französischen HIV-Kohortenstudie erhielten ihre HIV-Diagnose erst, nachdem ihre CD4-Zellzahlen unter 350/µl gefallen waren oder sie schon erkrankt waren. Das Sterberisiko der Menschen mit CD4-Zahlen zwischen 200 und 350/µl bei Diagnose ist zumindest in den ersten zwei Jahren höher als bei Patienten, die zum Zeitpunkt der Diagnose höhere CD4-Werte hatten. Auch in Frankreich ist es dringend nötig, frühes Testen und den Zugang zur HIV-Behandlung zu fördern, so die Forscher.

Quelle: Mark Mascolini. Late HIV diagnosis in 54% in France tied to higher 2-year death risk.

U. Sonnenberg-Schwan

Währenddessen sprach die Präsidentin der Welthungerhilfe, Bärbel Dieckmann, einerseits von einer positiven Entwicklung, andererseits sei die Zahl der Hungernden nach wie vor „skandalös groß“. In diesem Sinn lenkte Dieckmann den Blick auf Brennpunkte des Hungers, darunter die Länder Burundi und Eritrea oder auch Syrien, wo der Bürgerkrieg Millionen Menschen in den Hunger treibe. Fortschritte seien dagegen in Lateinamerika, Vietnam und Thailand erzielt worden. Der Blick auf den Hunger der Welt müsse geschärft bleiben, denn jederzeit könnten Naturkatastrophen, Kriege oder auch der stark zunehmende Klimawandel für eine drastische Verschlimmerung der Situation sorgen. Eine Absage erteilte Dieckmann der Gentechnik, denn die würde gerade in Entwicklungsländern nicht zu einer Reduzierung des Hungers führen. Hier müsse jeweils regional weiter an einer funktionierenden Landwirtschaft gearbeitet werden.

Stefan Boes

Politik & Soziales

**Skandalös groß
Die Welt hungert weiterhin auf hohem Niveau**

Für Unruhe und Diskussion sorgte eine Nachricht der Weltnahrungsgewinnungsorganisation FAO. Ihren Angaben nach gehe der Hunger weltweit dank einer effektiveren Landwirtschaft zurück. So würden aktuell 842 Millionen Menschen auf der Welt hungern, 26 Millionen weniger als in den Vorjahren zwischen 2010 und 2012. Die Organisation Germanwatch warnte dagegen vor einer voreiligen Entwarnung. Die FAO berechne die tägliche Aufnahme von 1800 Kalorien als Hungergrenze, doch sage dies nichts über eine eventuelle Mangelernährung aus. Auch habe sich die landwirtschaftliche Anbaufläche weltweit seit 1960 halbiert, viele Regionen seien vertrocknet und verödet, außerdem stünden mehr Flächen denn je der Produktion von Energiepflanzen sowie der Viehhaltung zur Verfügung. Der Optionshandel mit Nahrungsmitteln trage ebenfalls zur Verschärfung des Welthungers bei. Für eine Entwarnung sei es deshalb zu früh, so Germanwatch.

Nachrichten aus der Sozial- und Rechtspolitik

Gesundheitskarte – Ältere im Beruf – Malaria – Sozialhilfe – Datenreport 2013 – Jahreswechsel – Koalitionsvertrag – Kliniken – Nickerchen

Die elektronische **Gesundheitskarte** wird zum 1. Januar 2014 Pflicht. Danach verliert die alte, seit 1995 von den Krankenkassen ausgegebene Krankenversicherungskarte, unabhängig vom Ablaufdatum ihre Gültigkeit. Bereits 95 Prozent der Versicherten haben die neue Gesundheitskarte, die nun nach einer jüngst getroffenen Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbands der Krankenkassen ab 2014 allein gültig für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ist. Wer noch nicht im Besitz einer elektronischen Gesundheitskarte ist, sollte diese rechtzeitig bei der jeweiligen Krankenkasse anfordern.

Laut einer Studie der Bundesagentur für Arbeit (BA) nehmen ältere Arbeitnehmer immer stärker am Erwerbsleben teil. Ihr Anteil am Arbeitsmarkt sei von 2002 bis 2012 dreimal so stark gestiegen wie der der

unter Sechzigjährigen. Die Entwicklung gehe letztlich auf die Abschaffung einer Vielzahl an Möglichkeiten zurück, eine Rente vor- und frühzeitig zu beantragen. Nun nehme Deutschland innerhalb der Europäischen Union eine Spitzenstellung ein, so die Bundesagentur für Arbeit. Nur in Schweden seien noch mehr **Ältere im Beruf**.

Jährlich erkranken weltweit 215 Millionen Menschen an **Malaria**, gut ein Drittel stirbt an der Tropenkrankheit, die von der Anopheles-Mücke übertragen wird. Nun hat Glaxo Smithkline (GSK) bei der europäischen Arzneibehörde EMA die Zulassung eines Impfstoffs beantragt, an dem das britische Unternehmen seit mehr als dreißig Jahren arbeitet. Untersuchungen an 15.000 Kindern haben laut GSK ergeben, dass der Einsatz des Impfstoffs die Malariafälle halbiert habe. Das Unternehmen rechnet mit einer Einführung im Jahr 2015. Das Präparat (RTS,S) kurbelt das Immunsystem an und soll auf dem Markt nur fünf Prozent teurer sein als die Herstellungskosten.

Immer mehr alte und kranke Menschen sind laut einer Aufstellung des Statistischen Bundesamtes auf **Sozialhilfe** angewiesen. Ende 2012 bekamen in Deutschland knapp 900.000 Bundesbürger Grundsicherung, 6,6 Prozent mehr als 2011. Entweder reichte die Altersrente nicht für den Lebensunterhalt, wie bei insgesamt 465.000 Menschen, oder sie waren zu krank, um zu arbeiten, was bei 435.000 Bürgerinnen und Bürgern der Fall war. Seit der Einführung der Grundsicherung entsprechen die Zahlen einem neuen Höchststand. Vor allem westdeutsche Frauen sind betroffen.

Der **Datenreport 2013** des Statistischen Bundesamtes und verschiedener Sozialwissenschaftler bestätigt die fortschreitende Armut in Deutschland. Während die Zahl der Erwerbstätigkeiten auf über 42 Millionen anstieg, sind gleichzeitig immer mehr armutsgefährdet – bei Menschen bis 24 und ab 55 Jahren mittlerweile jeder Fünfte. Als armutsgefährdet gilt, wer monatlich weniger als 980 Euro zur Verfügung hat.

Der **Jahreswechsel** bringt neue Beitrags- und Regelsätze sowie Bemessungsgrenzen. Bundesrat und Bundestag beschlossen die Anhebung des Regelsatzes zur Sozialhilfe. Dieser steigt Anfang 2014 für Alleinstehende von 382 auf 391 Euro, Bedarfsgemeinschaften erhalten jeweils acht, Kinder je nach Alter fünf bis sieben Euro mehr. Die durchschnittliche Erhöhung beträgt 2,27 Prozent – bei einer durchschnittlichen Preissteigerung von 1,4 Prozent. Die Bemessungsgrenze für die Renten- und Arbeitslosenversicherung steigt im Westen auf 5950, im Osten auf 5000 Euro, die zur Kranken- und Pflegeversicherung einheitlich auf 4050 Euro.

Die Verhandlungen zum **Koalitionsvertrag** einer neuen Bundesregierung wurden abgeschlossen. Demnach bauen Sozialdemokraten und Union einen Pflegefonds in Höhe von 5 Milliarden Euro auf, der Pflegebeitrag steigt von 2,05 auf 2,35 sowie für Kinderlose von 2,3 auf 2,6 Prozent. Eine grundlegende Veränderung erfährt der Zusatzbeitrag, der nicht mehr pauschal, sondern einkommensabhängig und direkt erhoben wird. Langfristig will die Koalition den Beitrag zur Gesetzlichen Krankenkasse wieder paritätisch zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufteilen. Für jene, die vierzig Jahre eingezahlt haben und dennoch nur eine geringe Altersvorsorge haben, wird eine Grundrente in Höhe von 844 Euro eingeführt, außerdem werden Mütter, deren Kinder vor 1992 geboren wurden, bei der Rente bessergestellt. Ebenfalls verbessert wird die Erwerbsminderungsrente, darüber hinaus soll nach 45 Beitragsjahren der frühzeitige Renteneintritt mit 63 möglich sein. Der Mindestlohn kommt ab 2015, Ausnahmen schränken die flächendeckende Einführung ein. Begrenzt wird die Leiharbeit, dem Missbrauch von Werkverträgen will die Koalition entgegenwirken. Besonders gefördert wird die betriebliche Altersvorsorge in kleineren Unternehmen, Bestechlichkeit bei Ärzten und Apothekern wird Straftatbestand. Über den Koalitionsvertrag stimmen die Gremien der Parteien sowie die Mitglieder der SPD ab. Ergebnisse lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Nachdem im Jahr 2011 etwa ein Drittel der bundesdeutschen **Kliniken** Verluste schrieb, erhöhte sich deren Zahl nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft im vergangenen Jahr erneut und macht nun mehr als die Hälfte aller Einrichtungen aus.

Gründe seien die gestiegenen Lohn-, Strom-, Anschaffungs- und Unterhaltskosten, außerdem verhielten sich vor allem Länder und Kommunen sparsamer. Die Parteien der Großen Koalition wollen der Entwicklung mit dem Zusammenschluss kleinerer Häuser zu Versorgungs- und Praxisgemeinschaften begegnen.

Über ein wichtiges Thema wurde vom Landesarbeitsgericht Hessen entschieden: Wer während der Arbeitszeit ein **Nickerchen** hält, kann deshalb nicht fristlos gekündigt werden. Zuerst muss der Arbeitgeber einem betroffenen Mitarbeiter eine Abmahnung aussprechen, die erst im Wiederholungsfall zu einer Kündigung führen darf. Verhandelt wurde der Fall einer Altenpflegerin, die während ihrer Nachtschicht im Seniorenheim zwischen 0.30 Uhr und 1.45 Uhr schlafend vorgefunden wurde. Der Arbeitgeber hatte ihr fristlos gekündigt. Zu Unrecht, so die Richter. Zwar habe die Altenpflegerin gegen ihre Dienstpflichten verstoßen, doch rechtfertige dies keine sofortige Kündigung. (Az.: 12 Sa 652/11)

Stefan Boes

**seit 13 Jahren:
HIV-Therapie-Hotline**

Telefon: 089 - 54 333 - 123

Montag - Donnerstag 16 - 19 Uhr

therapie.hotline@muenchner-aidshilfe.de

**Betroffene informieren Betroffene
zu Therapiefragen**

POSITIV UMDENKEN.

AUSSCHREIBUNG EINES FÖRDERPROJEKTES

ViiV Healthcare setzt seinen Fokus zu 100% auf HIV – wir stellen den Patienten in das Zentrum unseres Handelns. Zusätzlich zu unserem deutschen und weltweiten Engagement möchten wir ab 2014 ein größeres, ambitioniertes und neu entstehendes Projekt fördern, das HIV-infizierte Menschen in Deutschland messbar und nachhaltig unterstützt.

Wir laden Sie herzlich ein, uns Ihre Vorschläge und Ideen dazu einzureichen!

Die Beurteilung der Anträge erfolgt mit Unterstützung eines neutralen Ausschusses, der aus Vertretern der Deutschen AIDS-Hilfe, der Deutschen AIDS-Stiftung und des Deutschen Expertennetzwerkes HIV/Hepatitis e.V. (DCAB) besteht. Die Bekanntgabe der Förderung erfolgt Ende März 2014. Der inhaltliche Fokus des Projektes sollte auf einem der beiden folgenden Themen liegen:

1. PATIENTENBERATUNG
Beratung, Fortbildung zu HIV-relevanten Themen für von HIV betroffene Menschen, die durch das bestehende Angebot der Patientenorganisationen bisher nicht erreicht werden oder es aus verschiedenen Gründen nicht annehmen. Wichtig ist, dass in dem Projektantrag klar ausgearbeitet wird, wie die jeweilig angesprochene Patientengruppe erreicht werden soll.

2. ANTI-STIGMA/ANTI-DISKRIMINIERUNG
Projekte, mit dem Ziel, Stigma und Vorurteile gegenüber HIV-positiven Menschen abzubauen. Das Projekt sollte entsprechend eingegrenzt sein, so dass ein Erfolg messbar ist (z. B. indem es sich nur an eine bestimmte Zielgruppe innerhalb der Bevölkerung richtet).

Ein Förderprojekt von



Bitte verwenden Sie ausschließlich das Antragsformular, das Sie unter dem QR-Code bzw. dem Internatlink abrufen können.

Weitere Informationen erhalten Sie unter:
www.umdenken-hiv.de/csr/antrag.pdf

Projekt Information e.V.**Vereinsmitteilung**

An unsere Vereinsmitglieder

Ankündigung der Umstellung der Mitgliedsbeiträge im Einzugsermächtigungsverfahren auf das neue SEPA-Lastschriftverfahren

Liebe Vereinsmitglieder,

ab dem 01.02.2014 wird die Einzugsermächtigung Ihrer Mitgliedsbeiträge auf das neue SEPA-Lastschriftverfahren umgestellt. Sie erhalten von uns Ende 2013/Anfang 2014 mit der jährlichen Spendenbescheinigung (bzw. gesondert) eine entsprechende Mitteilung hinsichtlich der Neuerungen. Da diese Umstellung durch uns erfolgt, brauchen Sie nichts zu unternehmen.

Projekt Information e.V.

Aber bei allen finanziellen Notwendigkeiten wollen wir nicht versäumen, Ihnen und Ihren Lieben von ganzem Herzen ein erholsames und harmonisches Weihnachtsfest zu wünschen, sowie ein gesundes, glückliches und friedliches Neues Jahr!

Ihr Team von Projekt Information e.V.



Termine

Termine der Münchner Aids-Hilfe

**Vortrag/Workshop
HIV-Therapiestart/HIV-Basiswissen**

Engelbert Zankl vermittelt Grundlagen der HIV-Infektion und erläutert warum, ob und wann mit der Therapie begonnen werden sollte.

Termin: Montag, 13. Januar, 19.30 Uhr
 Referent: Engelbert Zankl, HIV-Therapie-Hotline
 Ort: Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe, Lindwurmstr. 71
 Eintritt frei

Kurs: Progressive Muskelentspannung

Durch bewusste An- und Entspannung bestimmter Muskelgruppen einen Zustand tiefer Entspannung erreichen.

Termin: Sechs Dienstage ab 10. Januar, 10.15 bis 11.30 Uhr
 Leitung: Jutta Klein, Dipl. Psychologin und Yogalehrerin
 Ort: Münchner Aids-Hilfe, Lindwurmstr. 71, 2. Stock
 Anmeldung erforderlich!

Workshop: Tanzkurs

Tanzen ist nicht nur Bewegung. Tanzen hält durch die Verbindung von Körper- und Hirnkoordination auch das Gehirn perfekt in Schuss. Ob Slowfox, Samba, Cha-Cha, Rumba oder Discofox: Tolle Musik, tolle Tänze und viel Spaß!

Termine: Sonntage von 9.März- 4.Mai, 16 bis 18 Uhr
 Tanzlehrer: Bernd Müller
 Ort: Café Regenbogen der Münchner Aids-

bitte in frankierten Fensterbriefumschlag

✂

An
 Projekt Information e.V.
 Ickstattstr. 28
 80469 München

Projekt Information e.V.
 Gemeinnütziger Verein

Vereins- und Spendenkonto:
 Sozialbank München
 IBAN: DE73700205000008845500
 SWIFT/BIC: BFSWDE33MUE

Telefon: 0 89/21 94 96 20
Fax: 0 89/21 03 12 35

Mitgliedschaft

Zur Unterstützung der Ziele von **Projekt Information e. V. München** wird hiermit die Mitgliedschaft bis zum schriftlichen Widerruf – jeweils vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres möglich – erklärt.

Eintrittsdatum (zum Monatsersten) _____

Ermächtigung zum Forderungseinzug per Lastschrift
Projekt Information e. V. München wird widerruflich ermächtigt,

den **Mitgliedsbeitrag** 7,67 €

zuzüglich einer **Spende** _____

Gesamtbetrag **monatlich** _____

per Lastschrift einzuziehen zu Lasten meines/unseres

Girokonto-Nr.: _____

Bankname: _____ Bankort: _____

Bankleitzahl: _____

Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

_____, den

Ort/Datum

Unterschrift _____

Vollständige Anschrift (in Druckbuchstaben)

Vor- und Zuname

Straße/Haus-Nr.

Postleitzahl/Ort

Tel: _____ Fax: _____

Hilfe , Lindwurmstr. 71
Anmeldung erforderlich!

Regelmäßige Sportangebote

Für die beiden Yogagruppen und das Nordic-Walking ist ein Einstieg für Anfänger_innen immer am ersten Termin im Monat möglich!

Nordic-Walking

Termin: Jeden Mittwoch 18.00 bis 19.30 Uhr

Treffpunkt: Münchner Aids-Hilfe, 2.Stock
Anmeldung erforderlich!

Sivananda Yoga

Termin: Jeden Dienstag 19.00 bis 20.30 Uhr

Ort: Münchner Aids-Hilfe , 2. Stock
Anmeldung erforderlich!

Traditionelles Yoga

Termin: Jeden Mittwoch 19.00 bis 20.30 Uhr

Ort: Münchner Aids-Hilfe, 2. Stock
Anmeldung erforderlich!

Sport - Anfänger, sanfte Gymnastik

Termin: Jeden Donnerstag 19.00 bis 20.00 Uhr

Ort: Max-Planck-Institut, Kraepelinstr. 10
Anschließendes Schwimmen möglich!
(Wassertemperatur 27°C)

Sport - Gymnastik, Kondition

Termin: Jeden Donnerstag 20.00 bis 21.00 Uhr

Ort: Max-Planck-Institut, Kraepelinstr. 10
Anschließendes Schwimmen möglich!
(Wassertemperatur 27°C)

Wichtiger Hinweis:

Für Interessenten und Vereinsmitglieder:
Bei einem nachgewiesenen monatlichen Netto-Einkommen bis EUR 766,94 reduziert sich der Monatsbeitrag auf EUR 3,83.

Positiver Stammtisch-

offen für Menschen jeglicher sexueller Orientierung

Termin: jeden Dienstag, ab 19.30

Ort: Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe

Heterotreff

Programm unter www.muenchner-aids-hilfe.de

jeden 4. Mittwoch, 19.30 Uhr
und
jeden 2. Freitag, 19.30 Uhr
im Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe

Rückfragen bei Christopher Knoll 089/54 333-115
christopher.knoll@muenchner-aidshilfe.de

Freizeitgruppe

Programm unter www.muenchner-aids-hilfe.de

Stammtisch Freizeitgruppe
Termin: Jeden 3. Mittwoch eines Monats
Ort: Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe
Zeit: 19.00 Uhr
Information und Anmeldung: Andrea Brunner
andrea.brunner@muenchner-aidshilfe.de;
Tel.: 089-54 333-100

Termine des Projektes „Positive Frauen“ für Frauen mit HIV/Aids

- Offene Gruppentreffen für Frauen mit HIV:
Einmal/Monat montags 19.00 – 21.00 Uhr
Genauere Termine auf Anfrage
- Telefonische und persönliche Beratung auf Anfrage, siehe unten

Die Veranstaltungen finden, im FGZ statt!
Weitere Informationen und Anmeldung:
Ulrike Sonnenberg-Schwan, Tel. 089-1291195, ulrike.sonnenberg-schwan@fgz-muc.de
www.fgz-muc.de. FGZ, Grimmstr. 1, 80336 München (U3/U6, Poccistr.)

Übrigens: Das FGZ feierte im November sein 20. Jubiläum. Frauen und Mädchen über HIV und Aids zu informieren und der Ausgrenzung von HIV-positiven Frauen engagiert zu begegnen – diese Ziele bestimmen seit 20 Jahren die Arbeit des Projektes „Positive Frauen“ im FrauenGesundheits-Zentrum München.

Termine der Berliner Aids-Hilfe**Nichtrauchertraining für Menschen mit HIV**

Steffen Taubert

14.12.13

10:00-18:00 Uhr

Berliner Aids-Hilfe e.V.

Kurfürstenstr. 130

10785 Berlin

Anmeldung erforderlich unter: 88 56 40 -0

Beginn jeweils: 19:00

Ein Imbiss wird gereicht

Café Ulrichs

Karl-Heinrich-Ulrichs-Str. 11 (ehem. Eienemstr.11)

10785 Berlin

Medizinische Reise 2014

29.01.2014

HIV-Therapie aktuell

Siegfried Schwarze

26.02.2014

Nebenwirkungen bei HIV: was kann ich tun?

Michael Latzke angefragt

26.03.2014

Schutz durch Therapie - wie infektiös bin ich?

Armin Schafberger

Wenn Sie auch Termine in Projekt Information veröffentlichen wollen, kontaktieren Sie uns doch. Am besten per E-Mail, aber auch per Fax oder telefonisch:

E-Mail: info@projektinfo.de

Fax: 089 / 21031235

Tel.: 089 / 21949620

Wir behalten uns jedoch eine Veröffentlichung vor - abhängig vom verfügbaren Platz und der Relevanz für unseren Leserkreis.

Impressum

Herausgeber: Projekt Information e.V., Ickstattstraße 28, 80469 München, Telefon (089) 21 94 96 20, Fax: (089) 21 03 12 35, email: info@projektinfo.de. Eingetragen: Amtsgericht München Nr. VR 12575, Gemeinnützigkeit: Finanzamt München f. Körperschaften v. 11.01.2013 Steuer-Nr.: 143/220/60417

Vorstand: Peter Lechl, Siegfried Schwarze, Klaus Streifinger.

Redaktion: Stefan Boes, Jochen Drewes, Phil C. Langer, Peter Lechl, Siegfried Schwarze, Ulrike Sonnenberg-Schwan, Peter Wießner, Engelbert Zankl.

Hinweis:

Projekt Information versucht durch eine breite Auswahl von Themen, dem Leser einen Überblick zu den derzeitigen therapeutischen Möglichkeiten, Entwicklungen und dem Stand der Forschung zu geben. Zum größten Teil verwenden wir hierbei Übersetzungen aus ähnlichen Publikationen in den USA und Großbritannien.

Sie geben nicht die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder. Ob die besprochenen Medikamente, Therapien oder Verfahren tatsächlich erfolgversprechend oder erfolglos sind, entzieht sich unserer Beurteilung. Sprechen Sie immer mit dem Arzt Ihres Vertrauens. Namentlich gezeichnete Artikel verantwortet der betreffende Autor. Soweit es um Zitate aus wissenschaftlichen Publikationen geht, werden die Leser gebeten, die angegebenen Referenztexte zu konsultieren.