

PROJEKT INFORMATION

Herausgegeben von Projekt Information e.V.

Betroffene informieren Betroffene

Jahrgang 19, Nr. 2

März / April 2011

Alles neu macht die CROI? Highlights der Retrovirus Conference 2011

Alle Jahre wieder treffen sich Ärzte, Wissenschaftler und auch ein paar Vertreter der Community Anfang des Jahres in der Hoffnung, dass es neue, bahnbrechende Erkenntnisse gibt.
Was gab es diesmal Berichtenswertes?.....Seite 3

Postexpositionsprophylaxe (PEP) die Pille(nschachteln) danach - wie ist der derzeitige Stand?

Bei einem Kontakt mit HIV besteht die Möglichkeit, unmittelbar danach Medikamente einzunehmen, in der Hoffnung, das Angehen der Infektion verhindern zu können. Doch ganz ohne Haken und Ösen ist das nicht. Prof. Goebel bringt Sie auf den neuesten Stand.....Seite 6

Die Mitwirkungsklausel in der privaten Unfallversicherung Warum HIV auch in bestehenden Verträ- gen zu spürbaren Lücken führen kann

Dass man als HIV-Infizierter einige Versicherungen nicht abschließen kann, daran hat man sich gewöhnt. Aber dass es auch bei bestehenden Verträgen zu Problemen kommen kann, dürfte den meisten neu sein. Ein Versicherungsfachmann klärt auf.....Seite 7

Editorial

von Siegfried Schwarze2

Medizin und Forschung

Fünf Medikamente nicht besser als drei bei der
Behandlung der primären HIV-Infektion11
Neue Hoffnung für Hepatitis C-Infizierte:
Ausheilung auch ohne Interferon / Ribavirin möglich12

Grundlegend & Wissenswert

Mindestens einer von sechs Patienten hat eine
andauernde Viruslast über 100.000 Kopien/ml13

Leben mit HIV

„Und was jetzt“? Das Dilemma der Langzeitüberlebenden14
Diskriminierung im Berufsleben wegen einer HIV-Infektion ...16

Politik & Soziales

Mindestlohn und Mindestrente17
Welt Tuberkulose Tag.....17
Nachrichten aus der Sozial- und Rechtspolitik.....19

Projekt Information e.V.

Buchempfehlung: Migration und HIV-Prävention20

Termine

Aktuelle Termine.....23

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Vielleicht kennen Sie dieses Gefühl: Manchmal müsste der Tag 36 Stunden haben. Uns bei "Projekt Information" geht es immer so, wenn wieder eine neue Ausgabe ansteht. Dann sollte aber auch das Heft 40 Seiten haben. Denn meist gibt es so viele interessante und berichtenswerte Dinge, dass wir eine strenge Auswahl treffen müssen. So auch dieses mal. Eigentlich wollte ich Ihnen noch die neuesten Erkenntnisse zu Vitamin D mitteilen, die ich bei einer ganztägigen Vortragsreihe in Berlin vermittelt bekommen habe. Doch es nützte alles nichts: Das Heft ist voll und mehr geht nicht. Also muss ich Sie auf die nächste Ausgabe vertrösten.

Auch das Layout eines Hefts und das Korrekturlesen geht nicht einfach so nebenher. Beides braucht Zeit und Muße. Deshalb: Wenn ein Heft mal ein paar Tage später bei Ihnen im Briefkasten liegt, seien Sie gnädig mit uns! Trotzdem dass wir als Rentner "nur" ehrenamtlich tätig sind, sind unsere Terminkalender meist gut gefüllt. Und ein bisschen auf die Ge-

sundheit unseres Körpers und unserer Psyche müssen auch wir achten. Zumal wir ja auch nicht jünger werden.

Trotzdem macht die Arbeit an "Projekt Information" und der Kontakt mit Ihnen, liebe Leserin und lieber Leser, nach all den Jahren immer noch viel Spaß und die positiven Rückmeldungen unserer Mitglieder bestärken uns in unserer Tätigkeit.

Und um auf Vitamin D zurückzukommen: Genießen Sie den Frühling, gehen Sie auch mal ein paar Minuten ohne Sonnenschutz in die Mittagssonne um dieses wichtige Vitamin-Hormon selbst herzustellen - und auch noch ganz ohne Kosten.

Sie werden sehen, die Sonne und das Frühlingserwachen tun Ihnen gut!

Ihr Siegfried Schwarze



Alles Neu macht die CROI? Highlights der Retrovirus Conference

Die alljährliche „Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections“, kurz „CROI“, fand dieses Jahr im (noch) eiskalten Boston statt. Im Vergleich zum letzten Jahr empfand ich die Präsentationen im Durchschnitt interessanter, doch einige stachen besonders hervor und die wollen wir kurz präsentieren:

„Obstacles to a cure“ oder auf gut Deutsch: HIV den Zinke-Finger zeigen! (#162-165)

Man hat ja auf medizinischen Kongressen nicht oft das Gefühl, dabei zu sein, wenn Medizingeschichte geschrieben wird, aber die letzte Session der CROI am Donnerstag Abend von 16:00-18:00 Uhr war so ein Fall.

Zunächst gab es einen Überblick: Die HV-Vermehrung speist sich aus mindestens drei Pools: infizierten Monozyten/Makrophagen, infizierten T-Zellen und infizierten blutbildenden (hämatopoetischen) Stammzellen. Interessanterweise lassen sich die Stammzellen und die aus ihnen gebildeten hämatopoetischen Vorläuferzellen (HPC) im Labor praktisch nur mit CXCR4-tropen Viren infizieren. Die Infektion von HPC führt in-vitro dazu, dass sich die Zellen nicht mehr ausdifferenzieren sondern absterben.

Von den T-Zellen ist etwa eine von einer Million latent infiziert. Dazu kommt es, wenn HIV eine Effektor-Zelle infiziert, die gerade dabei ist, eine Gedächtnis-T-Zelle zu werden. Die damit einhergehende Herunterregulation der Genexpression erfasst auch das Virus und versetzt es in einen ruhenden Zustand. Die Regulation von HIV ist aber kein einfacher Ein-/Aus-Vorgang, sondern ein hochkomplexer, mehrstufiger Prozess auf der Ebene der Gen- und Proteinexpression, der viele Regulationsfaktoren umfasst und bis heute nicht vollständig verstanden wird. Ein Referent beschrieb HIV als „bipolar“: Stark supprimiert, wenn es ruht, aber hyperaktiv wenn es wach ist.

Der in der Vergangenheit als möglicher Weg zur Heilung diskutierte „Shock and Kill“-Ansatz, d.h. das Virus in latent infizierten Zellen aus seinem Ruhezustand zu wecken und anschließend mit antiretroviralen Medikamenten an neuen Infektionsrunden zu hindern, würde deshalb vermutlich mehrere Medikamente mit unterschiedlichen Ansatzpunkten in dieser

Aktivierungskaskade erfordern.

Ein anderer Ansatz zur Heilung geht vom Defekt des CCR5-Rezeptors aus. Wenn es gelingt, spezifisch nur diesen Rezeptor zu zerstören, beraubt man HIV seiner Eintrittspforte. Der Fall des nach einer Stammzelltransplantation mit CCR5-defekten Stammzellen geheilten „Berliner Patienten“ ist der Beweis, dass dieses Vorgehen prinzipiell erfolgreich sein kann.

Doch eine allogene Stammzelltransplantation (d.h. mit Zellen eines genetisch nicht identischen Spenders) ist wegen der erheblichen Risiken nicht breit einsetzbar. Zwei universitäre Arbeitsgruppen und die Biotech-Firma Sangamo beschreiten deshalb einen anderen Weg: Zinkfinger nukleasen. Zinkfinger sind kurze Peptide, die an ihren Enden nukleosidspezifische Bindungsstellen haben. Man kann diese Zinkfinger so kombinieren, dass sequenzspezifische Moleküle entstehen, die nur an genau definierte Stellen im Erbmaterial binden. Verbindet man diese molekularen Spürhunde dann noch mit Nukleasen, also Enzymen, die die DNA schneiden, so kann man einzelne Gene (wie in diesem Fall das Gen für den CCR5-Rezeptor) gezielt zerschneiden. Zwar setzen dann sofort die körpereigenen Reparaturmechanismen ein, aber diese fügen an der Schnittstelle zufällige Sequenzen ein, was zu einer Verschiebung des Leserahmens und einem defekten Protein führt.

Man kann aber noch raffinierter vorgehen und den Reparaturenzymen zusätzlich einen Genabschnitt anbieten, der am rechten und linken Ende mit den Sequenzen der Schnittstellen homolog ist. Dann kommt es zu einer ortsspezifischen Rekombination mit dem Ergebnis, dass an der zuvor geschnittenen Stelle keine zufällige Basenabfolge eingebaut wird, sondern ein genau definierter Genabschnitt. Somit bestünde die Möglichkeit, nicht nur den CCR5-Rezeptor auszuschalten, sondern sogar durch ein anderes „anti-HIV-Gen“ zu ersetzen.

Die Gene für diese Zinkfinger nukleasen lassen sich auf verschiedene Weisen in menschliche Zellen einschleusen. Derzeit wird ein Adenovirus-Vektor verwendet. Mittlerweile haben die Forscher dieses Verfahren so weit im Griff, dass bei etwa der Hälfte der behandelten Zellen der CCR5-Rezeptor ausgeschaltet werden kann. Das Produkt wird derzeit unter dem Laborkürzel SB-728 in Phase-I-Studien untersucht. Der erste Patient wurde im Juli 2009 behandelt, 14 Patienten waren es seither, davon sind die Daten von 9 auswertbar:

- Bisher gab es keine schwerwiegenden Nebenwirkungen (Beobachtungsdauer 99-574 Tage)
- Leichtere Nebenwirkungen waren vor allem auf das im Aufbereitungsprozess verwendete Lösungsmittel DMSO zurückzuführen
- Bisher keine Anzeichen für Genotoxizität
- Trotz teilweise vorhandener Antikörper gegen Adenoviren fand eine Etablierung der veränderten T-Zellen statt.

Auch die ersten Ergebnisse geben Anlass zu vorsichtigem Optimismus:

- Alle Patienten hatten einen deutlichen Anstieg der CD4-Zellzahl im Vergleich zur Baseline
- Bei den meisten Patienten hat sich das CD4/CD8-Verhältnis normalisiert
- Die behandelten CD4-Zellen vermehren sich in 8 von 9 Patienten
- In der Darmschleimhaut enthalten etwa 1,5% der CD4-positiven Zellen das veränderte Gen (vergleichbar mit der Rate im peripheren Blut), bei einem Patienten ist der Wert inzwischen auf 5% angestiegen.
- Bei 2 Patienten wurde inzwischen protokollgemäß die HAART unterbrochen. Dabei kam es zunächst zu einem Anstieg der Viruslast auf Werte wie vor der HAART, danach allerdings zu einem Abfall von etwa einem log bevor die HAART wieder weitergeführt wurde.

Klingt alles wunderbar, aber ein paar Haken hat die Sache natürlich noch:

- Mit der Behandlung werden momentan nur T-Zellen erfasst. Ein Großteil der infizierten Zellen sind aber Monozyten / Makrophagen. Um diese auch gegen HIV immun zu machen, müsste man die hämatopoetischen Stammzellen modifizieren. Auch hierzu laufen bereits erste Versuche
- Die Zinkfingernukleasen zerschneiden in 5% der Zellen auch das Gen für den CCR2-Rezeptor, das eine große Ähnlichkeit zum CCR5-Gen hat. Die Auswirkungen sind noch nicht ganz klar und es ist auch noch nicht sicher, ob man diese „falsch geschnittenen“ Zellen effektiv abtrennen kann.
- In bisherigen Gentherapie-Studien erkaufte man sich erste Erfolge mit einer deutlich erhöhten Blutkrebsrate. Ob dies bei der Zinkfingern-Methode auch so ist, müssen die Studien zeigen.
- Was in Kompartimenten wie ZNS oder Genitaltrakt mit dieser Methode erreichbar ist oder nicht, kann derzeit noch nicht beurteilt werden.
- Das Verfahren ist patientenspezifisch – die Behandlung muss also immer individuell durchge-

führt werden, was vermutlich nicht gerade billig wird. (Aber allemal billiger als eine allogene Stammzelltransplantation).

***Fazit:** Es ist noch zu früh, die Sektkorken knallen zu lassen. Aber das erste Mal seit langer Zeit hatte ich das Gefühl „das könnte klappen“. Und falls sich die Methode zur „Serienreife“ weiterentwickeln ließe, hätte es Auswirkungen weit über das Feld HIV hinaus, weil damit praktisch alle Krankheiten, die auf einen einzigen Gendefekt zurückzuführen sind, potenziell behandelbar wären. Allein für diese Session hat sich für mich die Reise nach Boston gelohnt.*

Virale und Wirts-Faktoren bei HIV-assoziierten neurologischen Erkrankungen (Abstracts 54-61)

Einige Highlights aus den Vorträgen:

- Während, bzw. kurz nach der akuten Infektion war die Viruslast im Liquor im Durchschnitt um den Faktor 2,5 niedriger als im Plasma. Allerdings hatten auch 3 von 17 Patienten keine nachweisbare Viruslast im Liquor trotz hoher Viruslast im Blut (bis ca. 300.000 Kopien/ml)
- Mit computerunterstützten Kernspinverfahren konnten bereits zwei Monate nach der Infektion mit HIV messbare neuroanatomische Veränderungen im Vergleich zu nicht Infizierten festgestellt werden (Abnahme der grauen Substanz, Verkleinerung der Hirnrinde, Vergrößerung der Ventrikel) *[Anmerkung: Obwohl die Veränderungen auf den gezeigten Grafiken dramatisch wirkten, gab die Referentin auf Nachfrage an, diese seien zwar messbar aber „mit bloßem Auge nicht sichtbar“. Außerdem fiel auf, dass in der Gruppe der HIV-Infizierten immerhin 6 Patienten einen Amphetamin-Konsum berichteten, in der Vergleichsgruppe jedoch keiner. Der neurotoxische Effekt von Amphetaminen wurde mehrfach beschrieben.]*
- In einer weiteren Studie mit der Magnetresonanztchnik wurde N-Acetylaspartat (NAA) als prädiktiver Marker für neurologische Symptome bei HIV-Patienten gefunden. Weitere Prädiktoren sind: Niedriger CD4-Nadir und evtl. Begleiterkrankungen wie Hepatitis C oder Bluthochdruck.
- Die Vielfalt der HI-Viren in einem Patient ist ein Prädiktor sowohl für das Auftreten von Aids als auch von neurologischen Komplikationen. *[Anmerkung: Das verwundert keinen – je länger sich das Virus ungehindert vermehren kann (und damit auch mutieren), desto größer sind die angerichteten Schäden.]*
- Eine sehr elegante Arbeit konnte zeigen, dass die neurologischen Symptome durch unterschiedliche

Arten von infizierten Zellen verursacht werden können:

- o Zum einen können infizierte T-Zellen, die in das ZNS eingewandert sind, vor Ort Virus produzieren. In diesem Fall ist die Zellzahl im Liquor erhöht und die Viruslast im Liquor nimmt nach Therapiebeginn schnell ab.
- o Die andere Möglichkeit stellen infizierte Makrophagen oder Mikrogliazellen dar, die lokal Virus produzieren. Hierbei ist die Zellzahl im Liquor nicht erhöht und die Viruslast geht nach Therapiebeginn deutlich langsamer zurück.
- Im Tiermodell (Makaken) fand sich eine gute Korrelation der Viruslast in der Peripherie und im Gehirn – aber keine deutliche Korrelation zur Viruslast im Liquor. Auch die Marker für neuronale Schäden (NAA) korrelierten gut mit der Viruslast. Die Autoren vermuten, dass vor allem CD14+/CD16+ Makrophagen verantwortlich sind, die die Blut-Hirn-Schranke überwinden können. Minocyclin konnte das Ausmaß der neurologischen Schädigung verringern.
- Wieder im Tiermodell (diesmal Rhesusaffen) konnten durch die Gabe von Maraviroc:
 - o Die Entzündungsmarker im Liquor gesenkt werden
 - o Die Viruslast im Liquor und im Gehirn gesenkt werden
 - o Die Makrophagenaktivierung verringert werden
 - o Die Bildung von Amyloid-Precursor-Protein verringert werden
 Die Autoren fordern zu überprüfen, ob Maraviroc auch beim Menschen zur Behandlung HIV-assoziiert neurologischer Störungen eingesetzt werden kann.
- In einer methodisch sehr anspruchsvollen Untersuchung zur Proteinzusammensetzung des Liquors wurde nach weiteren Markern gesucht, die positiv bzw. negativ mit der Viruslast im Liquor korrelieren. Dabei fand sich eine positive Korrelation mit Neopterin und bestimmten Komplementproteinen im Liquor, hingegen eine negative Korrelation mit Autotaxin.

Kommentar:

Neues von den Matschbirnen

Wenn man manchen Neurologen glauben darf, haben praktisch alle HIV-Infizierte früher oder später mit neurologischen Defiziten zu kämpfen. Und wie sich das für die Medizin gehört, hat das alles auch seine hochtrabenden Begriffe und Abkürzungen. Das geht von symptomlosen Vorstufen, die nur mit Hilfe spezieller neurologischer Testbatterien erkannt werden können

(„asymptomatic neurocognitive impairment“, ANI) über die „mild cognitive disorder“ (MCD), also ein Krankheitsbild, bei dem die Betroffenen zwar schon über Einschränkungen wie Vergesslichkeit, zunehmende Wortfindungsstörungen oder feinmotorische Probleme berichten, aber ihr tägliches Leben dennoch meistern können, bis hin zur voll ausgeprägten „HIV associated dementia“ (HAD), der HIV-assoziierten Demenz mit der man praktisch ein Pflegefall ist. Natürlich existieren alle diese neurologischen Krankheitsbilder tatsächlich und es wäre fahrlässig, dies zu leugnen. Trotzdem wird nichts so heiß gegessen, wie es gekocht wird. Das Problem liegt nämlich zum Teil darin, dass niemand wirklich genau weiß, wie häufig die oben erwähnten neurologischen Veränderungen bei vergleichbaren Menschen der Allgemeinbevölkerung wären. Und wenn man gezielt Studien bei Patienten von neurologischen Krankenhäusern macht, überrascht es nicht wirklich, wenn man bei diesen gehäuft neurologische Krankheitsbilder findet. So liefern auch Studien bei HIV-Patienten sehr unterschiedliche Ergebnisse: 20-80% der Patienten zeigen neurologische Auffälligkeiten. Diese extreme Spannweite der Resultate lässt vermuten, dass da irgend etwas nicht so ganz stimmen kann. So stammt das Resultat mit 80% aus der vielbeachteten Charter-Studie, die eben an Patienten eines neurologischen Schwerpunktzentrum durchgeführt wurde. Während eine Studie aus London, die auf der CROI vorgestellt wurde, nur bei 20% der Patienten neurologische Defizite ausmachen konnten. Diese Patienten stammten aus einer Londoner Schwerpunktambulanz – wohlgemerkt nicht mit Schwerpunkt Neurologie sondern HIV. Nach allem was man weiß, liegen die 20% durchaus im Bereich dessen, was man auch bei der nicht HIV-infizierten Allgemeinbevölkerung mit ähnlichem Hintergrund erwarten würde (ca. 17%). Mit anderen Worten: Es gibt ein neurologisches Problem bei HIV-Patienten, es ist aber bei weitem nicht so dramatisch, wie es oft dargestellt wird. Wichtig ist aber wohl, dass die Patienten nicht zu lange mit einer antiretroviralen Behandlung warten. Denn Schäden im zentralen Nervensystem sind oft irreversibel, auch wenn sie vom Gehirn zum Teil kompensiert werden können. Und noch eines ist sicher: Mit dem Alter steigt die Anzahl der Menschen mit neurokognitiven Einschränkungen an. In der Allgemeinbevölkerung geht man davon aus, dass etwa ein Drittel der über 65jährigen eine „mild cognitive disorder“ haben. Um wieviel ausgeprägter das Problem bei HIV-Infizierten ist, werden die nächsten Jahre zeigen, in denen immer mehr Betroffene in diesen Altersabschnitt eintreten. Welchen Anteil an ZNS-Schäden aber wirklich HIV bzw. die HIV-bedingten Veränderungen im Gehirn haben und welche z.B. durch ungesunden Lebensstil, Drogen und mangelndes Training des Gehirns verursacht werden, wird Forscher aber noch jahrelang beschäftigen. Gerade von den Drogen aus der Gruppe der Amphetamine („Ec-

stasy“, „Speed“, „Crystal“) weiß man, dass sie selbst bei nur gelegentlichem Konsum irreversible Veränderungen im Gehirn verursachen können. Ob einem ein bisschen Spaß diese langfristigen Konsequenzen wert ist, muss jeder selbst entscheiden.

Freispruch für Abacavir?

Abacavir (Ziagen® sowie in Kivexa® und Trizivir® enthalten) war 2008 in die Schlagzeilen geraten, weil eine Auswertung der D:A:D Kohorte ergeben hatte, dass bei Personen, die Abacavir erhalten hatten, vermehrt Herzinfarkte aufgetreten waren. Darauf ergingen sich die Wissenschaftler in verschiedenen Hypothesen, welcher Wirkmechanismus denn die Substanz so „herzgefährdend“ machte. Von verstärkter Gerinnungsneigung bis hin zu überreagierenden Gefäßwänden wurden alle möglichen Erklärungen bemüht. Eine scharfsinnige Analyse der D:A:D Daten ergab aber einen ganz anderen Verdacht: In der D:A:D Kohorte war Patienten mit Nierenproblemen (oder einer Zuckerkrankheit, die langfristig auch zu Nierenproblemen führen kann), häufiger Abacavir verordnet worden, da die Alternative, Tenofovir, dafür bekannt ist, dass sie vorbestehende Nierenschäden verschlimmern kann. Seit langem ist aber bekannt, dass die Niere bei der Kreislaufregulation eine wichtige Rolle spielt und Menschen mit Nierenerkrankungen auch ein höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie z.B. Herzinfarkte haben. Damit schließt sich der Kreis. Nicht Abacavir war verantwortlich für die vermehrt aufgetretenen Infarkte, sondern eine andere Erkrankung, auf Grund derer die Patienten bevorzugt Abacavir erhalten hatten.

Eine neue Auswertung der amerikanischen Zulassungsbehörden bestätigt nun den „Freispruch“ von Abacavir: In die Analyse gingen die Daten von insgesamt 26 Studien mit knapp 10.000 Teilnehmern ein. Dabei fand sich kein Hinweis für eine erhöhte Häufigkeit von Herzinfarkten unter einer Behandlung mit Abacavir.

Fazit: *Wieder einmal hat sich gezeigt, dass es gefährlich sein kann, automatisch einen statistisch erkennbaren Zusammenhang mit einer Ursache-Wirkung-Beziehung gleichzusetzen. Allerdings besteht immer noch die Möglichkeit, dass Abacavir das Risiko bei Patienten noch weiter erhöht, die bereits ein hohes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben. Diese Gruppe war nämlich in den von der FDA analysierten Studien deutlich unterrepräsentiert.*

Quelle: Ding X., „No Association of Myocardial Infarction with Abacavir Use: Findings of an FDA Meta-Analysis“, Abstract O-1004, CROI 2011

Postexpositionsprophylaxe (PEP), die Pille(nschachteln danach) - wie ist der derzeitige Stand?

Auf der diesjährigen Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) in Boston gab es einige neue Daten zur Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen zur Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Allgemein bekannt ist, dass die Benutzung von Kondomen das Infektionsrisiko drastisch reduziert und dass Männer zu einem hohen Prozentsatz von einer Penisbeschneidung profitieren (zumindest was das Übertragungsrisiko angeht). In Boston auf der CROI wurden neueste Daten vorgestellt: einerseits zu den Mikrobiziden (z.B. ein topisches Gel mit Tenofovir) andererseits zu einer oralen Prophylaxe mit Tenofovir plus Emtricitabine. Zusammenfassend kann man feststellen, dass mit einer Präexpositionsprophylaxe die Infektionswahrscheinlichkeit (unterschiedlich stark) reduziert, aber nicht auf Null gebracht werden kann. Dennoch können wir in der nächsten Zukunft mit Daten zu verbesserten Maßnahmen der PrEP rechnen.

Bei diesen Daten liegt es nahe, sich auch über die derzeitigen Möglichkeiten der Postexpositionsprophylaxe (PEP) Gedanken zu machen und eine kurz gefasste Bewertung vorzunehmen. Grundsätzlich wird in der Literatur unterschieden zwischen einer PEP nach beruflicher Exposition, z.B. Nadelstichverletzung, bzw. nach einer sexuellen Exposition einschließlich Vergewaltigungen. Die Gründe für diese Unterscheidung liegen vor allem darin, dass die Umstände der Exposition bei beruflichen Unfällen meist relativ klar sind, im sexuellen Bereich jedoch häufig unklar sind. Insbesondere handelt es sich bei Nadelstichverletzungen um ein klar definierbares einmaliges Ereignis, im sexuellen Bereich (nimmt man Vergewaltigungen aus) ist die Sachlage häufig weniger übersichtlich. So ist die Rate der HIV-Transmissionen nach Stichverletzungen mit einer Nadel von einem gesichert infizierten Indexpatienten mit etwa

0,3 bis 0,4% relativ gut ermittelt, die für die Übertragungsrate nach sexueller Exposition dagegen sehr schlecht bekannt, auch weil außerordentlich variabel. Damit sind wir bei einem fundamentalen Problem der Beurteilung der PEP angekommen, nämlich der Frage nach der Effektivität. Bei einer Transmissionsrate von 0,3 bis 0,4 % nach Nadelstichverletzung bedarf es in einer randomisierten Studie (Placebo vs. ART-PEP) Tausender von Probanden, um einen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen erkennen zu können. Dies ist bei einer sexuellen Exposition naturgemäß noch schwieriger, weil die Formen der Exposition kategorisiert werden müssten und die Häufigkeit der Kontakte mit verschiedenen Personen usw. mit einbezogen werden müsste.

Die Daten aus vielen Studien zur perinatalen Behandlung zur Verhinderung der Transmission des Virus von einer infizierten Mutter auf ihr neugeborenes Kind beweisen prinzipiell die Wirksamkeit einer medikamentösen Prophylaxe, aus Tierversuchen ergeben sich ebenfalls klare Hinweise auf die Effektivität einer Prophylaxe. Die Schlussfolgerung daraus lautet, dass eine PEP nach Nadelstichverletzung oder sexueller Exposition mit größter Wahrscheinlichkeit auch eine gewisse Wirksamkeit haben wird. Unter diesen Gesichtspunkten ist eine randomisierte, placebokontrollierte Studie allein schon wegen der notwendigen Anzahl der Probanden technisch kaum durchführbar und vor allem ethisch nicht vertretbar. Bei der Seltenheit des Transmissionsereignisses jedoch müsste zur sicheren Erfassung der Wirksamkeit auf jeden Fall eine Kontrollgruppe untersucht werden. In einigen großen Zentren weltweit, aber vor allem in den USA sind mehrere Versuche von prospektiven, kontrollierten Studien zur PEP unternommen worden, keine aber hat zu einem brauchbaren Ergebnis hinsichtlich Wirksamkeit oder gar zur Wirksamkeit bestimmter Kombinationen der PEP geführt. Wir müssen also auch in Zukunft mit großer Unsicherheit in der Beurteilung der Effektivität der PEP leben. Solange aber Unklarheit über die Wirksamkeit insgesamt besteht, können wir noch viel weniger Fragen nach der Wirksamkeit bestimmter Kombinationen, eines optimalen PEP-Beginns nach Exposition oder Dauer einer PEP beantworten. Alle Angaben in der Literatur zu diesen Fragen sind entweder Spekulationen (im Englischen freundlich „educated guess“ genannt) oder - viel häufiger - Analogieschlüsse oder Schlussfolgerungen aus Labordaten, theoretischen Überlegungen oder gar medizinfremden Aspekten (z.B. forensische, s.u.).

Wann PEP?

Im Folgenden soll nicht unterschieden werden zwischen beruflicher und nicht-beruflicher Exposition. Eine PEP ist indiziert, wenn es zu einem sexuellen Kontakt oder einer unbezweifelten Stichverletzung mit/von einer Person mit gesicherter HIV-Infektion gekommen ist. Wenn der Infektionsstatus des „Indexpatienten“ oder des „Indexpartners“ unbekannt ist, dann ist die bekannte Transmissionsrate (nur gültig für Nadelstichverletzungen!) von 0,3 oder 0,4% anzunehmen und diese mit der Prävalenz des Virus in der Bevölkerung zu multiplizieren. Bei einer Prävalenz von etwa 1 Promille in Deutschland bedarf es keines Taschenrechners um herauszufinden, wie viele Personen einer PEP unterzogen werden müssen, um statistisch wenigstens eine Person in der Gruppe zu haben, bei der die PEP wegen einer möglichen Infektion des Indexpatienten Sinn macht. Eventuell kann der Versuch einer Sicherung der Infektion (z.B. Schnelltest) gemacht werden.

Fazit:

Die HIV-Infektion sollte bei dem Indexpatienten gesichert sein, um eine PEP ernsthaft ins Auge zu fassen.

Wie lange nach Exposition ist ein PEP-Beginn noch sinnvoll?

Gesicherte Erkenntnisse zu diesem Zeitraum liegen nicht vor. Auch hier sind Analogieschlüsse naheliegend. Aus Laborversuchen ist bekannt, dass in einer empfänglichen Zellkultur das Virus innerhalb von etwa 2 Stunden in das Zellgenom eingebaut ist. Für praktische Belange ist es daher notwendig, eine PEP möglichst rasch, d.h. innerhalb von Stunden nach Exposition zu beginnen. Nach amerikanischen Empfehlungen sollte eine PEP innerhalb von 72 Stunden begonnen werden. Dabei ist klar, dass die Effektivität einer PEP mit dem zeitlichen Abstand zur Exposition geringer wird. Wahrscheinlich spielen bei der Festlegung auf 72 Stunden auch forensische Gesichtspunkte eine Rolle, d.h. man fürchtet eine Klagewelle für den Fall, wenn Patienten keine PEP 50 oder 60 Stunden nach der Exposition vom Arzt erhalten haben, sich aber später als infiziert erweisen. Die Zeitangabe aus den USA deutet an, ab wann eine PEP sicher nicht mehr effektiv sein kann, also nach 72 Stunden, wahrscheinlich aber bereits früher.

Wie lange PEP?

Auch zu dieser Frage gibt es keine gesicherten Antworten. Soweit in den verschiedenen Leitlinien zur Therapie die PEP erwähnt wird, wird ein Zeitraum von 4 Wochen vorgeschlagen. Eine tatsächliche bio-

logische oder medizinische Berechtigung für diesen Zeitraum existiert nicht.

Welche PEP?

Grundsätzlich sind mit Ausnahme der Proteaseinhibitoren (PI) alle Medikamente, die in der Therapie der HIV-Infektion wirksam sind, auch in der Prophylaxe einsetzbar. Proteaseinhibitoren sind wegen ihres Wirkungsmechanismus sicher nicht optimal: sie hemmen den Reifungsprozess der in der Zelle bereits formierten Virionen, d.h. sie wirken erst, nachdem das Erbmaterial des Virus in das Zellgenom integriert worden ist. Genau diese Integration des Virus soll jedoch durch eine PEP verhindert werden. Sinnvoll sind daher alle Medikamente, die die Bindung des Virus an die Oberfläche der Zielzelle verhindern oder die ersten Schritte der Virusvermehrung bis hin zur Integration hemmen. Weltweit sind verschiedene Studien zur PEP als Machbarkeitsstudien oder Verträglichkeitsstudien durchgeführt worden. Dabei sind auch verschiedene Kombinationen miteinander verglichen worden. Da aber nach wie vor keine gesicherten Daten zur Wirksamkeit vorliegen, ist die Frage einer unterschiedlichen Verträglichkeit unterschiedlicher Regimes interessant, aber bei Fehlen klarer Daten zur Effektivität von nachrangiger Bedeutung. Dennoch sind solche Studien wichtig, weil sie Hinweise auf die Verträglichkeit verschiedener Kombinationen auch bei kurzzeitiger Einnahme z.B. über 4 Wochen ergeben. In den publizierten Studien finden sich sehr variable „drop-out Raten“, dh. Zwischen 10 und 40% der Personen mit PEP brechen diese vor Ablauf von 4 Wochen ab. Dies ist keine Überraschung, da von den untersuchten Personen Nebenwirkungen bis zu 80% angegeben werden.

In der letzten Version der Deutsch-Österreichischen Empfehlungen zur PEP (Veröffentlichung Januar 2008) finden die zuletzt zugelassenen Medikamente noch keine Erwähnung. Breiter Raum wird dem Einsatz von PI gewährt mit Lopinavir/r als PI der ersten Wahl. In der neuesten Aktualisierung der europäischen Leitlinien (2010) wird die Kombination Truvada® plus Kaletra® ebenfalls als Standard empfohlen. Während in den jeweiligen Therapieempfehlungen zeitnah eine Aktualisierung erfolgt, ist dies leider nicht in der Beschreibung der PEP erkennbar. Selbstverständlich sollten sich in den Leitlinien zur PEP die neuesten Kenntnisse aus der HIV-Therapie widerspiegeln. Im Sinne der PEP wäre es besonders sinnvoll, das Eindringen des Virus in die Zielzelle zu verhindern. Für dieses Ziel bietet sich vor allem Maraviroc (Celsentri®) als CCR5-Rezeptor-Antagonist

an. Dies erscheint auch deshalb angebracht, weil die Primärinfektion mit HIV so gut wie immer über R5-Viren, also CCR5-nutzend, erfolgt. Vom Wirkmechanismus ideal wäre wahrscheinlich die Kombination von Maraviroc und T-20 (Fuzeon®), weil beide Substanzen den Eintritt des Virus in die Zelle behindern. T-20 dagegen ist aus Verträglichkeitsgründen und aus praktischen Erwägungen (es muss als Injektion zweimal täglich verabreicht werden) sicher nicht empfehlenswert. Neuere „Attachment Inhibitoren“ sind bereits in klinischer Erprobung und können eine Bereicherung der PEP-Möglichkeiten nach ihrer Zulassung werden.

In einer kürzlich publizierten Arbeit zur Verträglichkeit der Kombination Truvada® und Kaletra® – die Wirksamkeit dieser Kombination wurde selbstverständlich nicht geprüft, weil nicht prüfbar – empfehlen auch diese Autoren diese Kombination für eine PEP. 80 % der Teilnehmer klagten über mindestens eine Nebenwirkung, 12 % beendeten die PEP vorzeitig wegen unerwünschter Wirkungen und 11 % der Probanden waren „lost to follow up“ (d.h. die Patienten schieden aus nicht bekannten Gründen aus der Studie aus). Bedenkt man zusätzlich die Probleme des Wirkmechanismus der PI in der PEP, erscheint die Empfehlung der Kombination als Standard der PEP sicher überraschend: zur Wirksamkeit gibt es keine Daten (natürlich nicht) und vom Wirkungsmechanismus sind PI für die PEP eher ungeeignet. Dieser Publikation ist dann auch in der Zeitschrift AIDS deutlich widersprochen worden (Mc. Allister and Carr). Diese Bedenken gegen Lopinavir gelten für den Einsatz bei der PEP auch für alle anderen Proteaseinhibitoren.

Zusammenfassung:

Auch wenn es für die Wirksamkeit der PEP keine gesicherten Daten gibt, so gilt sie dennoch auf Grund von Analogien als ein wichtiges Instrument in der Verhinderung einer HIV-Infektion nach Exposition. Nicht das Ausmaß der –gut nachvollziehbaren– Aufregung bei der/dem jeweils Betroffenen stellt ein Indikation zur PEP dar, sondern die Frage, wie wahrscheinlich kann die stattgehabte Exposition zu einer HIV-Infektion führen und kann man –wenn ja, wie– das Risiko der Transmission reduzieren. Die PEP ist keine medikamentöse Form der Psychotherapie. Soweit in den Therapieleitlinien aus den verschiedensten Ländern die PEP beschrieben wird, muss auch für dieses Thema eine regelmäßige Aktualisierung erfolgen. Insbesondere CCR5-Rezeptor-Antagonisten, Attachment Inhibitoren und alle ART-Medikamente, die vor der erfolgten Integration des Virus in das Zellgenom wir-

ken, sind einsetzbar. Von Proteaseinhibitoren (PI) sollte in der PEP eher abgesehen werden, wahrscheinlich sogar in der schwierigen Situation, dass ein Indexpatient unter einer HAART mit PI erfolgreich behandelt worden ist. Wenn bei diesem tatsächlich die Viruslast unter der Nachweisgrenze ist, kann man vielleicht inzwischen die PEP grundsätzlich in Frage stellen. Der Autor dieser Zeilen hatte in der Vergangenheit häufiger den Eindruck, dass eine PEP zu oft und ohne ausreichende Analyse von Nutzen und Risiko einer solchen Massnahme begonnen wurde.

Literatur:

- Tosini, W. et al.: *Tolerability of HIV postexposure prophylaxis with tenofovir/emtricitabine and lopinavir/ritonavir tablet formulation* AIDS 2010; 24: 2375-2380
- McAllister J., Carr A.: *Should a protease inhibitor be standard of care for HIV postexposure prophylaxis?* AIDS 2011; 25: 721-722
- EACS Guidelines, Version 5-3

F.Goebel

Praxis Dr. Levin/Prof. Goebel, Theatinerstr. 45, 80333 München

Die Mitwirkungsklausel in der privaten Unfallversicherung: Warum HIV auch in bestehenden Verträgen zu spürbaren Lücken führen kann

Für HIV-Betroffene stellt sich beim Thema Versicherungen meist die Frage, ob der Abschluss eines neuen Vertrages noch möglich ist. Jedoch führt eine Besonderheit in der privaten Unfallversicherung dazu, dass auch bereits bestehende Verträge noch einmal sehr genau angeschaut werden sollten – und sei es nur, damit man im Leistungsfall vorbereitet ist.

Denn anders als beispielsweise in der Berufsunfähigkeits- oder Krankenversicherung, wo der Versicherer nur einmal Gesundheitsfragen stellen kann und es danach (während der Vertrag läuft) allein sein Risiko ist, ob der Gesundheitszustand des Versicherten sich verschlechtert, kennt die Unfallversicherung mit der so genannten „Mitwirkungsklausel“ eine kaum bekannte Besonderheit.

Warum die Mitwirkungsklausel so problematisch ist

Eine private Unfallversicherung leistet – in der Regel

als Einmalzahlung – eine Versicherungssumme, wenn aus einem Unfallereignis ein dauerhafter körperlicher Schaden, eine (Teil-)Invalidität hervorgeht. Nicht der Unfall selbst, sondern eine daraus resultierende körperliche Einschränkung ist also der Versicherungsfall. Doch diese steht nicht immer sofort fest. Vielmehr kann oft erst nach einer längeren Zeit der Heilbehandlung deutlich werden, dass beispielsweise ein Körperteil nicht mehr zu alter Einsatzfähigkeit gelangen oder sogar ganz verloren sein wird. In der Regel geht einer Feststellung der dauerhaften Invalidität also ein Heilungsprozess voraus. Weist ein Mensch aber zum Zeitpunkt des Unfalls eine bestimmte Erkrankung auf, die sich nachteilig auf den normalen Genesungsprozess des Körpers auswirkt, so kann die zurückbleibende Invalidität stärker sein oder größere Teile des Körpers betreffen als dies ohne diese bestimmte Erkrankung der Fall gewesen wäre. Und genau hier setzt die so genannte Mitwirkungsklausel an: Sie versucht, den Versicherer so zu stellen, als sei der Unfall einer vollständig gesunden Person widerfahren, und will die mitwirkende bestimmte Erkrankung gewissermaßen heraus rechnen.

In den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) der meisten Gesellschaften liest sich das dann so:

Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,

- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, unterbleibt jedoch die Minderung.

Lässt man einmal außer Acht, dass die meisten Menschen beim Abschluss ihrer Unfallversicherung überhaupt nicht darauf aufmerksam gemacht werden, dass dieser Fall eintreten kann, klingt die Klausel für sich genommen erst einmal nicht so dramatisch. Wurde nach einem Unfall zum Beispiel durch die Mitwirkung von HIV die Heilung einer Verletzung erschwert und blieb im Ergebnis eine Invalidität zurück, die 30% stärker ausfiel als bei einer vollständig gesunden Person, so soll der Versicherer für diese „Mehrinvalidität“

dität“ von 30% nicht eintreten müssen, weil sie mit dem Unfall und seinen üblichen Folgen nichts zu tun hat.

Doch diese 30% bewirken in der Praxis eine deutlich stärkere Kürzung der Leistung. Um das zu verdeutlichen, wird es im Folgenden kurz ein bisschen mathematisch.

Wie ein Unfallversicherer die Leistung berechnet

Wird als Folge eines Unfalls ärztlich eine bleibende Invalidität festgestellt, so ermittelt der Versicherer anhand einer so genannten Gliedertaxe den Gesamtgrad der Invalidität. Dabei werden einzelne Körperteile mit einem Prozentsatz versehen. Ist ein Körperteil gar nicht mehr einsatzfähig, gilt der volle Prozentsatz, ist er nur noch zur Hälfte einsatzfähig, der halbe Prozentsatz usw. Schließlich werden alle Körperteile (Prozentsätze) addiert, und heraus kommt eine Gesamtinvalidität.

Hätte Person A beispielsweise eine einfache Unfallversicherung mit einer Grundsumme von 100.000 Euro und würden 40% Gesamtinvalidität festgestellt, so würde er (ohne Mitwirkung) 40.000 Euro an Versicherungsleistung erhalten.

Was nun, wenn 30% Mitwirkung festgestellt wurden? In diesem Fall würde gemäß des Wortlauts der Klausel „der Prozentsatz des Invaliditätsgrades“ gemindert (wir werden später sehen, warum dies so entscheidend ist). Die 30% reduzieren also nicht die Versicherungsleistung, sondern die zugrunde liegende Gesamtinvalidität: 40% vermindert um 30% (bzw. 70% von 40%) sind 28%. Also nur 28.000 Euro Versicherungsleistung – immerhin 12.000 Euro weniger. Und das, obwohl A bei der Antragstellung völlig gesund war (sonst hätte es im Zweifel gar keinen Versicherungsvertrag gegeben). Nun mag man einen solchen Abschlag noch für verkraftbar halten, doch in den meisten Fällen wird die Kürzung erheblich schmerzhafter ausfallen.

Große Wirkung bei Progressionstarifen

Denn nur die wenigsten Versicherten haben einen einfachen Unfalltarif. Deutlich verbreiteter sind die so genannten Progressionstarife, die für vergleichsweise geringe Beiträge sehr hohe Leistungen versprechen: so zahlt ein Tarif mit 500% Progression beispielsweise bei 100% Invalidität die fünffache Grundsumme der Versicherung: statt 100.000 Euro also 500.000 Euro. Das klingt meist überzeugend, verleitet aber dazu, um etwas Geld zu sparen, nicht 100.000 Euro zu versichern (im Hinterkopf: 500.000 Euro), sondern vielleicht nur 50.000 Euro (im Hinterkopf: 250.000 Euro).

Jedoch wird hier gerne die Berechnung dieser Pro-

gression übersehen (oder gar nicht erst erklärt). Und diese Berechnung ist wichtig, um zu erkennen, was für ein Loch die allgemeine Mitwirkungsklausel in den Versicherungsschutz reißen kann.

Angenommen, die Versicherten A und B hätten beide einen Unfalltarif mit 500% Progression und einer Grundsumme von 50.000 Euro. Ohne Mitwirkung würde für A eine Gesamtinvalidität von 40% festgestellt, für B 70%.

Üblicherweise wird nun die Progression einer Unfallversicherung in drei Stufen berechnet: (1) für die Invalidität bis 25%, (2) für die übrige Invalidität zwischen 25 und 50% und (3) für die verbleibende Invalidität über 50%. Bei Tarifen mit 500% Progression würde hier mit den Faktoren 1, 5 und 7 gerechnet (die ersten 25% mal 1, die nächsten 25% mal 5 und die restlichen 50% mal 7 = $25\% \times 1 + 25\% \times 5 + 50\% \times 7 = 500\%$ bei 100% Invalidität).

Für A mit 40% ergäben sich damit: $25\% \times 1$ (bleiben noch 15%) + $15\% \times 5 + 0\% \times 7 = 100\%$. Er erhielte also 100% der Grundsumme = 50.000 Euro.

Für B mit 70% wäre die Rechnung: $25\% \times 1$ (bleiben noch 45%) + $25\% \times 5$ (bleiben noch 20%) + $20\% \times 7 = 290\%$. Bei 50.000 Euro Grundsumme würden also 145.000 Euro Versicherungsleistung fällig.

Doch was geschähe nun mit der Leistung für A und B, wenn hier eine Mitwirkungsquote von 30% aus unserem Beispiel angerechnet würde? In den meisten Bedingungswerken würde nun ebenfalls nicht die Leistung oder der Invaliditätsgrad nach Progression gekürzt, sondern wieder der ermittelte Gesamtinvaliditätsgrad vor Progression: bei A also 40% vermindert um 30% = 28%, bei B 70% reduziert um 30% = 49%.

Folge: B würde die dritte Stufe der Progression mit nunmehr 49 % Invalidität gar nicht mehr erreichen. Statt auf 290% käme er nur noch auf $25\% \times 1 + 24\% \times 5 = 145\%$, was 72.500 Euro entspricht. 30% Mitwirkung würden ihn also die Hälfte der Leistung kosten.

A fiel noch tiefer: seine auf 28 % gekürzte Invalidität ließe die Progression praktisch komplett ausfallen, denn die ersten 25% würden nur mit Faktor 1 gewichtet, für den Faktor 5 blieben gerade noch 3 %; und so käme er statt auf 100% plötzlich lediglich auf $25\% \times 1 + 3\% \times 5 = 40\%$ bzw. auf 20.000 Euro Leistung anstelle von 50.000 Euro – ein Abschlag von 60%.

Wer nun die Grundsumme nach dem Leistungsversprechen des Tarifs bei der vollen Progression ausgewählt hatte (also z. B. 50.000 Euro, weil 250.000 Euro als ausreichend empfunden wurden), sieht sich einer ernstzunehmenden Versorgungslücke gegenüber.

Und nun?

Wer eine private Unfallversicherung hat und gesund ist, kann bei der Auswahl seines Versicherungstarifs diesem Problem aus dem Weg gehen. Denn die guten Anbieter haben mittlerweile reagiert und Tarife an den Markt gebracht, die eine Mitwirkung erst dann berücksichtigen, wenn sie z. B. mindestens 50 oder 70 Prozent beträgt. Außerdem kürzen sie nicht den ermittelten Gesamtinvaliditätsgrad vor der Progression, sondern die berechnete Leistung nach der Progression. Zwei Anbieter haben sogar bereits einen vollständigen Verzicht auf die Mitwirkung in ihre Tarife aufgenommen.

Doch wer heute bereits von HIV oder anderen Erkrankungen betroffen ist, kann gegenwärtig leider in keinen dieser besseren Tarife wechseln. Zwei Unfallversicherer verzichten aktuell zwar auf Gesundheitsfragen und bieten damit überhaupt Versicherungsschutz für Betroffene: doch ab 25% Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen, die mit dem Unfall nichts zu tun haben, gilt hier die entsprechende Kürzungsklausel mit den oben beschriebenen Folgen.

Hier kann man also nur den genauen Wortlaut prüfen, die Grundsumme hoch genug ansetzen und eine evtl. Mitwirkung von Anfang an in die Berechnung möglicher Leistungen mit oder ohne Progression einbeziehen, um im Leistungsfall dennoch eine ausreichende Absicherung zu haben.

Außerdem empfiehlt es sich, die behandelnden Ärzte nach einem Unfall für diese Problematik zu sensibilisieren. Natürlich kann und soll kein Arzt ein falsches Attest ausstellen. Doch bei diagnostischen Unklarheiten oder Ermessensspielräumen kann dieses Wissen sicherlich hilfreich sein.

Weitere Informationen und Vorschläge können u. a. jederzeit angefordert werden bei: service@investmentpartner.de, Tel. 030 – 257 986 00. Micha Helmut Schrammke, investmentpartner Schrammke eK

(Der Autor ist freier Finanzberater und Versicherungsmakler in Berlin)

Anmerkung von Projekt Information:

Wir empfehlen, vor dem Abschluss von Versicherungen unabhängig von diesem Beitrag zusätzliche Informationen einzuholen und sich ggf. persönlich beraten zu lassen!

Medizin & Forschung**Fünf Medikamente nicht besser als drei bei der Behandlung der primären HIV-Infektion**

Es gibt ein zunehmendes Interesse an den Vorteilen der Behandlung in der frühesten Phase der HIV-Infektion. Das resultiert aus den Beobachtungen von tiefgreifenden Schädigungen des Immunsystems während dieser frühen Phase. Es wird vermutet, dass der Beginn der antiretroviralen Therapie (ART) innerhalb der ersten sechs Monate bis zu einem Jahr nach der Infektion zu einer geringeren Erschöpfung des Immunsystems und günstigeren klinischen Ergebnissen führen könnte.

In einer mündlichen Präsentation auf der CROI stellte Martin Markowitz die 48-Wochen-Ergebnisse zu einem Vergleich einer Standard-ART mit drei Substanzen und einer experimentellen 5-fach-Kombination vor. Dabei handelte es sich um Patienten, bei denen die Behandlung innerhalb eines Jahres nach der Infektion begonnen wurde. Die Patienten wurden in die entsprechenden Studienarme randomisiert (zufällig verteilt). Entweder erhielten sie Truvada® (Tenofovir/Emtricitabin) plus geboostetes Reyataz® (Atazanavir) oder geboostetes Prezista® (Darunavir) oder im zweiten Arm zusätzlich den Integrasehemmer Isentress® (Raltegravir) und den CCR5-Blocker Celsentry® (Maraviroc).

Insgesamt beteiligten sich 40 Patienten an der Studie, 26 im Arm mit der Fünffachkombination und 14 im Arm Dreifachkombination. In jedem Arm schieden drei Patienten aus. Alle Teilnehmer waren Männer im mittleren Alter von 40 Jahren. Von etwa 25% wurde angenommen, dass sie in der akuten Phase der HIV-Infektion waren. Sie hatten sehr hohe HI-Viruslasten und noch keine HIV-Antikörper entwickelt.

Ergebnisse:

- In der Intent-to-Treat-Analyse ergab sich eine Wirksamkeit von 78,6% in der Dreifachkombination gegenüber 76,9% in der Fünffachkombination, ein nicht signifikanter Unterschied. Nach 48

Wochen hatten alle Patienten in der Dreifachkombination eine nicht nachweisbare Viruslast, dagegen nur 20 von 23 Patienten im Arm mit der Fünffachkombination.

- Die HI-Viruslast sank schneller im Arm mit fünf Medikamenten, ein statistisch signifikanter Unterschied nach 12 Wochen. Das zeigt wie in anderen Untersuchungen auch, dass Raltegravir zu einer schnelleren Abnahme der Viruslast führt als der Einsatz anderer antiretroviraler Medikamente.
- Allerdings waren die Viruslasten der beiden Arme in der 16. Woche ähnlich.
- Bis auf einen Patienten hatten alle Teilnehmer bei dem Einsatz empfindlicherer Viruslastverfahren nachweisbare HI-Viren.
- Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen mit intensiven virologischen Tests, einschließlich Tests mit einer Nachweisgrenze von nur einer Viruskopie pro ml Blut, proviraler DNA und Zell-assoziiierter HIV-RNA.
- Die CD4-Zellzahlen stiegen um durchschnittlich 300 Zellen/mm³ in beiden Armen an.
- Es ergaben sich zwischen den Armen keine klinisch bedeutsame Unterschiede und auch nicht bei anderen immunologischen Parametern, inklusive T-Zell-Untergruppen und verschiedenen Entzündungsmarkern.
- Die Teilnehmer beider Arme waren zu 95% adherent, sowohl nach Selbstberichterstattung als auch zufälligen Untersuchungen der Medikamentenspiegel.

Martin Markowitz kam zu dem Ergebnis, dass die zusätzliche Gabe von Raltegravir und Maraviroc zu der Standard-ART mit drei Medikamenten zu keinem zusätzlichen Nutzen führte, weder bei virologischen noch immunologischen Parametern. Ein interessanter Aspekt sind möglicherweise die Ergebnisse aus den erfolgten gastrointestinalen Biopsien nach 60 Wochen bei allen Teilnehmern. Diese liegen noch nicht vor. Immunologen haben einen tiefgreifenden Verlust von T-Zellen im Darmtrakt während der frühen HIV-Infektion festgestellt. Es ist geplant, die Studie bis zur 96. Woche fortzuführen.

Quelle: Paul Dalton; 5 drugs no better than 3 for treatment of primary HIV infection; hivandhepatitis.com; 03.11.2010

Übersetzung: Peter Lechl

Neue Hoffnung für Hepatitis C-Infizierte Ausheilung auch ohne Interferon / Ribavirin möglich

Die Hepatitis C-Behandlung mit Interferon und Ribavirin macht viele Probleme: Zum einen ist sie nicht wirklich gut verträglich, zum anderen stellt sich bei bis zur Hälfte der Patienten (bei Genotyp 1 und 4) der Behandlungserfolg nicht ein. Deshalb wird intensiv nach Alternativen geforscht.

Auf dem Internationalen Leberkongress in Berlin wurde nun eine Studie mit zwei neuen Substanzen vorgestellt, bei der es auch bei einem Teil der Patienten, bei denen zuvor Interferon/Ribavirin versagt hatten, zur Ausheilung kam.

Die beiden Substanzen des Herstellers Bristol-Myers Squibb (BMS) befinden sich noch in einer sehr frühen Phase der klinischen Entwicklung und haben derzeit noch Laborcodes: BMS-790052 ist ein „NS5A-Replikationskomplex-Inhibitor“, BMS-650032 ein HCV NS3 Proteasehemmer. Im Reagenzglas zeigten beide Substanzen eine synergistische Wirkung.

In die Studie wurden Patienten mit chronischer HCV-Infektion (Genotyp 1) aufgenommen, die eine HC-Viruslast von mindestens 10.000 IU/ml hatten, bei einer vorangegangenen Interferon/Ribavirin-Therapie nicht angesprochen hatten und keine Zirrhose aufwiesen.

Gruppe A (11 Patienten) erhielt für 24 Wochen nur die beiden neuen Substanzen, Gruppe B (10 Patienten) zusätzlich die Standardbehandlung aus Ribavirin und pegyliertem Interferon. Patienten aus Gruppe A, bei denen die Behandlung nicht ausreichend wirksam war, konnten von Woche 24 bis 48 zusätzlich Interferon/Ribavirin erhalten.

Nach 24 Wochen hatten 4 von 11 Patienten in Gruppe A eine nicht nachweisbare HC-Viruslast und 9 von 10 Patienten in Gruppe B.

Die meisten Nebenwirkungen in der Studie waren mild oder moderat, es wurden keine schweren Nebenwirkungen und keine Studienabbrüche wegen Nebenwirkungen verzeichnet, allerdings traten einige Laborwertveränderungen auf.

Fazit: Bei dieser Gruppe von Patienten, bei denen die Standardtherapie zuvor versagt hatte, sind diese neuen Substanzen ein Hoffnungsschimmer. Zwar scheint auch hier die Kombination mit der Standardbehandlung aus Interferon/Ribavirin die Ansprechrate nochmals zu steigern, aber die Zukunft wird langfristig der Interferon- und Ribavirin-freien Therapie gehören. Bis dahin werden zwar noch einige Jahre vergehen, aber der Grundstein ist gelegt. Spannend wird sein zu sehen, wie sich die neuen Substanzen bei Patienten mit weniger dramatischer Therapiegeschichte, bzw. mit anderen Genotypen schlagen werden. Außerdem stellt sich die Frage, ob die Kombination von Substanzen eines Herstellers immer auch die optimale ist. Im HIV-Bereich zumindest sind wir damit ja schon (mindestens) einmal auf die Nase gefallen (ddI+ d4T).

Quelle: „*Quadruple Therapy With BMS-790052, BMS-650032 and Peg-IFN/RBV for 24 Weeks Results in 100% SVR12 in HCV Genotype 1 Null Responders: "HCV infection can be cured without interferon & ribavirin: 2 orals BMS790052+BMS650032"* www.natap.org

S. Schwarze

Grundlegend & Wissenswert

Mindestens einer von sechs Patienten hat eine andauernde Viruslast über 100.000 Kopien/ml

Eine Studie im südlichen Afrika mit Patienten im primären Stadium der HIV-Infektion fand heraus, dass einer von sechs eine anhaltende HI-Viruslast über 100.000 Kopien/ml bis mindestens 400 Tage nach der HIV-Infektion hat. Einer von sechs wird zudem weiterhin andauernde hohe Viruslasten für drei Jahre oder mehr haben, so die Kalkulation der Forscher.

Die Erfassung von Patienten ohne Behandlung mit anhaltend hohen Viruslasten ist bedeutsam für die Berechnung der wahrscheinlichen Übertragungsrate innerhalb einer Population und für die präventive Auswirkung der antiretroviralen Behandlung dieser

Patienten. In einer anderen Studie der 18. CROI wurde gezeigt, dass eine Einzelperson mit einer HI-Viruslast über 100.000 Kopien/ml mit einer dreifach erhöhten Wahrscheinlichkeit als ein Patient mit 10.000 Kopien/ml HIV übertragen kann.

In dieser Studie, von Vladimir Novitsky und Kollegen der Havard Medical School durchgeführt, wurde auch festgestellt, dass bei den Patienten mit einer Viruslast über 100.000 Kopien/ml ein dramatisch schnellerer Abfall der CD4-Zellzahlen stattfand.

Die Studie untersuchte 75 Patienten aus Durban (Südafrika) und Gaborone in Botswana mit akuter HIV-Infektion, definiert innerhalb 30 Tage seit dem geschätzten Infektionszeitpunkt. Diese Patienten wurden in einem durchschnittlichen Zeitrahmen von 573 Tagen begleitet. Durchschnittlich erfolgten im Mittel vier Messungen der HI-Viruslast. Es stellte sich heraus, dass ein Drittel der Patienten zwischen 100 und 300 Tagen nach der Infektion dauerhaft eine Viruslast von über 100.000 Kopien/ml hatten und 19% zwischen 200 und 400 Tage nach der Infektion. Eine statistische Schätzung ergab, dass 16% der Patienten eine anhaltend hohe Viruslast für mindestens 900 Tage nach der Infektion beibehielten. Bei drei Patienten (3,4%) wurde eine beständige Viruslast über einer Million zwischen 100 und 300 Tagen nach der Infektion festgestellt. Bei Patienten mit Viruslasten über 100.000 erfolgt ein dramatisch schnellerer Abfall ihrer CD4-Zellen unter 350 Zellen/mm³ in weniger als drei Monaten nach der Infektion. Das ist der Schwellenwert, bei dem die Weltgesundheitsorganisation den Therapiebeginn empfiehlt.

Dies ist eine der ersten Langzeitstudien zur Viruslast im südlichen Afrika, wo ein einzelner Subtyp von HIV, Subtyp C vorherrschend ist. Die Forscher schließen aus ihren Ergebnissen, dass Patienten mit verlängerter andauernder hoher Viruslast möglicherweise die AIDS-Epidemie anheizen.

Quelle: Gus Cairns; *At least one in six patients maintains a viral load over one hundred thousand; aidsmap.com; 09.03.2011*

Übersetzung: Peter Lechl

Leben mit HIV

„Und was jetzt“? Das Dilemma der Langzeitüberlebenden

Mitte Februar 2011 erschien auf der Internet-Plattform „The Body“ ein Beitrag von Nelson Vergel mit dem Titel „The Long-Time Survivors Dilemma“ (<http://www.thebody.com/content/art60472.html>).

Der Autor, der in den USA als Aids-Aktivist und Autor bekannt ist, thematisiert darin die Situation von Menschen, die seit mehr als 15 oder 20 Jahren mit HIV infiziert sind, langsam älter werden und sich aufgrund krankheitsbedingter Frühverrentung mit existentiellen finanziellen Herausforderungen konfrontiert sehen. Innerhalb weniger Tage wurden zu dem Artikel 30 Kommentare von Leser/innen des Blogs veröffentlicht, weit mehr, als die meisten Beiträge, die auf The Body regelmäßig erscheinen, normalerweise erhalten. Die 10.400 Treffer bei der Google-Suche nach dem Artikel zeigen zugleich die weltweite Vernetzung des Artikels, der weit über den ursprünglichen Kreis der Plattformbenutzer hinausgehend zitiert und diskutiert wird. Vergel traf mit seinem Artikel offenbar einen Nerv, was nicht zuletzt der vielfältige Zuspruch und Dank, der in den Kommentaren zu lesen ist, bezeugt.

Aber was genau versteht Vergel unter dem Dilemma, mit dem Langzeitüberlebende umzugehen hätten? Er beschreibt zunächst die Angst vor einem finanziellen Ruin, die viele Langzeitüberlebende teilten, die mit HIV frühverrentet langsam ins Alter kämen. Aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes hätten sie ihren Beruf aufgeben müssen, als HIV noch nicht so gut (wenn überhaupt) behandelbar gewesen sei. Neben dem existentiellen Bemühen um eine weitmögliche, lange Gesunderhaltung und der Umgang mit der körperlichen Erschöpfung und psychischen Antriebslosigkeit habe kein Gedanke aufkommen können, diesen „Vollzeitselbstsorgejob“ wieder gegen eine bezahlte Arbeit einzutauschen: „Kurzfristige Ziele waren alles, was wir hatten.“ Durch die bessere medikamentöse Behandelbarkeit der Infektion hätten sich die Dinge jedoch in den letzten Jahren tiefgreifend verändert. Sie besitzen eine lebenswerte Per-

spektive, können sich auf ein „volles Leben“ freuen. Ihre lange Berufslosigkeit, Frühverrentung und (USA-spezifisch) mit 65 Jahren auslaufenden Versorgungsansprüche führten zu prekären finanziellen Verhältnissen, so dass die Freude, alt werden zu können, oftmals durch Ängsten vor dieser Zukunft überlagert werde. Viele Langzeitüberlebende sähen sich damit vor die Entscheidung gestellt, ob sie nach so langer Zeit wieder ins bislang so ferne und abgehakte Berufsleben zurückkehren müssten, um im Alter über die Runden zu kommen: „Einige von uns stehen nun an einer Klippe, zögerlichen Mutes, kurz vor dem Sprung ins Unbekannte.“

Dies bedeute für die Menschen eine große – teilweise zu große – Herausforderung, da langjährige Leerstellen im Lebenslauf schon die Bewerbung erschwerten, sich der frühere Tätigkeitsbereich weiterentwickelt und man so den Anschluss verloren habe, es kaum erfolgreiche und akzeptierte Programme gebe, die den Übergang ins Berufsleben vorbereiteten, die angebotenen Umschulungen regelmäßig zu gering bezahlten Jobs führten, für die man häufig weit überqualifiziert sei, und die Angst vor den möglichen gesundheitlichen Belastungen und Leistungsanforderungen, die der Job mit sich bringe, übermächtig zu werden droht. Die Situation könne letztlich auf eine Frage gebracht werden, die sich viele Langzeitüberlebende stellten: Und was nun?

Wie aber lassen sich die Fähigkeiten und das Selbstvertrauen, den bildlichen „Sprung ins Unbekannte“ des Arbeitslebens zu meistern, stärken? Vergel sieht gerade für Nicht-Regierungs-Organisationen (wie etwa die Aidshilfen) eine Chance, eine „neue Mission“, diejenigen Positiven zu unterstützen und zu befähigen, die wieder Teil des finanziell produktiven Arbeitsmarktes werden wollen. Dringend benötigt würden dafür spezifische Fortbildungsmaßnahmen, die Positive dabei unterstützen, ihre beruflichen Optionen auszuloten, während sie zugleich ihre Angst vor dem Unbekannten systematisch in die Beratung einbeziehen müssen.

Liest man die Kommentare, die in der Mehrzahl von Positiven um die Mitte 50 veröffentlicht wurden, deren Diagnose oft mehr als 20 Jahre zurückliegt, so werden die beschriebenen Ängste sehr konkret: „Ich kämpfe jeden Tag meines Lebens gegen die permanente Erschöpfung“, schreibt etwa Bobby. „Mit meinem 65. Geburtstag enden alle Unterstützungen, und ich werde auf der Straße stehen. Ich weiß nicht mehr, wohin ich mich wenden soll. Momentan habe ich das Gefühl, ich würde lieber tot sein als alt und gebro-

chen.“ Die mit der Frage nach finanzieller Sicherheit im Alter einhergehenden Belastungen beschreibt D.M. folgendermaßen: „Das System hat mich in eine Falle eingeschlossen, in der ich wählen muss zwischen der Wiedergewinnung finanzieller Unabhängigkeit durch einen Teilzeitjob (der vielleicht zu einem Vollzeitjob führt) oder dem vollständigen Verlust meiner Behindertenrente, die es mir letztlich erlaubt zu überleben. Der Stress, den das Älterwerden mit HIV für mich bedeutet, hat bereits meine Probleme mit Depression und Erschöpfung verstärkt. Einsamkeit zwingt mich nur noch weiter hinein in die klinische Depression. Auch wenn ich in einer großen Stadt lebe, sind viele meines Alters an AIDS gestorben.“ Mehrfach wird in den Kommentaren dieses Gefühl der Einsamkeit, durch Schwule auch der traumatisierenden Erfahrung des Sterbens von Freunden und Bekannten thematisiert, und dieser belastenden Alltagswirklichkeit die Möglichkeit eines anderen, „richtigen“ Lebens gegenübergestellt, die jedoch utopische Züge trägt und von Hilf- und Perspektivlosigkeit zeugt. GB erzählt: „Es ist verrückt, weil ein Teil von mir einfach aufgeben und sich in einem Loch verstecken möchte, ein anderer Teil aber nach Nepal zum Trekking fliegen möchte, um sich endlich mal wieder lebendig zu fühlen. Ich weiß nicht, was die Antwort darauf ist...“ Pete schließt daran an: „Ich akzeptiere die Fakten, aber zwei oder dreimal im Jahr haue ich ab und LEBE.“

Dennoch es gibt auch eine Reihe von Kommentaren, die – in durchaus missionarisch klingender Weise – die eigene Erfolgsstory, ins Erwerbsleben zurückgekehrt zu haben, erzählen und diese implizit anderen als Vorbild anbieten. In diesem Sinn postet Butch Thomson: „Jetzt habe ich die Gelegenheit, meine Erfahrungen mit anderen zu teilen. (...) Als 50-jähriger Mann habe ich noch eine Menge Zeit zu leben übrig und viel Talent, diese Welt des Lebens zu vermitteln. Ich weiß, ich werde das Thema auf lokaler Ebene präsentieren und hoffe, andere werden sich quer durch das Land anschließen.“ Und B.A. gibt zum Wechsel ins Arbeitsleben eine konkrete Handlungsanleitung: „Fang klein an, lebe spartanisch. Beindrucke Deinen Arbeitgeber. Gehe auch zur Arbeit, wenn Du Dich nicht so fit fühlst. Baue eine exzellente Erfolgsgeschichte auf. (...) Diese kleine Formel hat sich seit 1994 als effektiv für mich herausgestellt, all diese Jahre danach...“

Wie ist die Diskussion um das „Dilemma des Langzeitüberlenden“ zu verstehen? Welche Bedeutung hat sie für Deutschland? Die Themen Älterwerden mit

HIV sowie HIV und Arbeit haben seit einigen Jahren auch hier an Bedeutung gewonnen. Wir leben in einer Gesellschaft, in der Arbeit als ein Kernbestandteil von Identität gesehen und soziale Anerkennung an beruflichen Erfolg (oder zumindest ökonomische Produktivität, „Nützlichkeit“) geknüpft wird. Die Möglichkeit zu arbeiten – oder nach längerer Arbeitsunfähigkeit wieder ins Berufsleben zurückzukehren – ist prinzipiell zu begrüßen. Sie ist Ausdruck der Normalisierung von HIV und kann dazu beitragen, das im Artikel und in den Kommentaren aufscheinende Selbstverständnis als Langzeitüberlebende(r), in dem das permanente Überleben zum fast ausschließlichen Ankerpunkt der Identität geworden ist, zu erweitern und zu differenzieren, damit die HIV-Infektion nur mehr einer von mehreren unterschiedlichen Identitätsbausteinen werden kann. Der Münchner Sozialpsychologe Heiner Keupp spricht in diesem Sinn von einer „Patchwork-Identität“, die jede(r) aktiv zusammensetzen kann. Die Verunsicherung, die Vergels Frage „Und was jetzt?“ hervorruft, ist damit nicht nur der beschriebenen finanziellen Lage im Alter und empfundenen Perspektivlosigkeit geschuldet, sondern reflektiert eine Identitätskrise, die eine andere Frage sichtbar macht: Was bin ich über meine HIV-Infektion hinaus?

Problematisch wird das Bemühen um die Schaffung von beruflichen Teilhabechancen von Menschen, die mit und aufgrund von HIV lange Zeit außerhalb des Arbeitslebens standen, dann, wenn erstens die Eingliederung in den Arbeitsmarkt eine existenzielle Notwendigkeit darstellt und wenn zweitens die Forderung danach mit einem (realen wie gefühlten) Zwang einhergeht. Zwar dürfte der erste Aspekt für Deutschland nicht in dem Ausmaß zutreffen, wie Vergel ihn für die USA skizziert. Das deutsche Gesundheitssystem kann eine Versorgung von HIV-Infizierten mit antiretroviralen Medikamenten unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status (noch?) weitgehend gewährleisten. Dennoch hat HIV eine wesentlich soziale Dimension und finanzielle Notlagen, die auch mit dem Verlust der Berufsfähigkeit zu tun haben können, sind keine Seltenheit. Der zweite Aspekt übersieht, dass wir bei aller (auch von uns Positiven gewünschten und eingeforderten) Normalisierung doch noch weit von Normalität entfernt sind. HIV ist nach wie vor mit einem gewaltigen Stigma verbunden, so dass es nicht nur darum geht, ob wir arbeiten können und wollen, sondern auch darum, wie wir im Arbeitsleben wahrgenommen und anerkannt, mit welchen Erwartungen oder Vorurteilen wir konfrontiert, welche Optionen und Chancen uns gegeben werden.

Nicht selten führt das Gefühl, die gewünschte Normalität dem Arbeitgeber beweisen zu müssen (zumindest, wenn die Arbeit außerhalb des HIV-Bereichs liegt) zu dem Bemühen, im Job 120 Prozent zu leisten, damit körperliche und psychische Überforderung in Kauf zu nehmen, diese jedoch nicht zu thematisieren und etwaige Ängste oder Unsicherheiten für sich zu behalten, um diesen Normalitätsanspruch nicht zu gefährden. Ein Kommentar zu Vergels Artikel bringt diese Dynamik auf den Punkt. Dante J schreibt: „Sobald man mal eine Emotion zeigt, raten sie Dir schon zu psychiatrischer Hilfe.“ In dieser Hinsicht trifft Vergel sicherlich „den Nagel auf den Kopf“, wie es in vielen Kommentaren heißt: Es bedarf sowohl des Angebotes von Fortbildungsmaßnahmen, die Menschen mit HIV für Arbeiten (weiter-)qualifizieren und die ihren Kenntnissen, Fähigkeiten und Erfahrungen angemessen sind, als auch des Angebotes begleitender psychosozialer Beratung und Unterstützung, um einen individuell gelingenden Umgang mit den beschriebenen Herausforderungen zu finden.

Phil C. Langer

Diskriminierung im Berufsleben wegen einer HIV-Infektion – wie kann das AGG (allgemeines Gleichstellungsgesetz) helfen?

Vor 5 Jahren ist das Allgemeine Gleichstellungsgesetz in Kraft getreten und soll Menschen vor Benachteiligung schützen. Allerdings ist das Gesetz in der Öffentlichkeit kaum bekannt gemacht worden – das hat vor allem machtpolitische Gründe und so wissen die wenigsten, dass es überhaupt ein Gesetz gibt, das Diskriminierung verbietet.

Das AGG benennt 6 Diskriminierungsmerkmale: Niemand darf benachteiligt werden aufgrund seiner ethnischen Herkunft (im Gesetz steht Rasse, meines Erachtens ist der Begriff jedoch selbst schon rassistisch), seiner Religion und Weltanschauung, seines Geschlechts, des Alters, der sexuellen Identität und Orientierung und wegen einer Behinderung. Der Hauptanwendungsbereich des AGG liegt im Bereich Arbeit und Beschäftigung, denn gerade hier soll die Teilhabe aller ermöglicht werden.

Nun stellt sich eigentlich die Frage, warum nicht die

HIV-Infektion als eigenständiges Merkmal mit aufgeführt wurde, wenn allgemein bekannt und politisch erst letztes Jahr vom Gesundheitsminister abgesegnet ist, dass viele HIV-Infizierte diskriminiert werden.

In Großbritannien zum Beispiel wurde mit dem DDA (Disability Discrimination Act) 2005 explizit die HIV-Infektion als Diskriminierungsmerkmal im Bereich Arbeit und Beschäftigung aufgelistet, d. h. es besteht ein Benachteiligungsverbot für HIV-Infizierte im Berufsleben. Wenn dort im Beschäftigungsbereich HIV-Infizierte diskriminiert wurden, haben sich viele gewehrt und Klage eingereicht, die in den meisten Fällen auch gewonnen wurde. Allerdings ist das Gesetz – im Gegensatz zu Deutschland – den meisten BritInnen eben auch bekannt.

Doch auch bei uns kann die Möglichkeit bestehen, sich mit Hilfe des AGG als HIV-Infizierte/r gegen Benachteiligung zu wehren. Denn Behinderung wird im AGG nicht mit dem Grad der Schwerbehinderung gleich gesetzt, sondern ist weiter gefasst: So gelten dort Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Eine klare Abgrenzung von (chronischer) Krankheit und Behinderung gibt es daher nicht und so muss der Einzelfall vom Gericht geprüft werden. Da es (noch) keine Präzedenzfälle gibt, kann ich keine eindeutige Aussage treffen, ob eine Klage vor dem AGG Bestand haben wird.

Trotzdem möchte ich ermutigen, sich als HIV-Infizierte/r bei Diskriminierung zu wehren, sich zu beschweren und – wenn nötig – zu klagen. Nur so können Präzedenzfälle entstehen, die Rechtssicherheit geben - und so drehen wir den Spieß auch mal um und werden nicht selbst kriminalisiert! Diskriminierung öffentlich machen, auch das macht Sinn – und vielleicht erhöht das den Druck, wie in GB auch HIV als Merkmal ins Gesetz aufzunehmen.

Gabriele Kalmbach, Dipl.-Sozialpädagogin, AIDS-Hilfe Hamburg e. V.

Politik & Soziales

Mindestlohn und Mindestrente Der allgemeine Arbeitsmarkt und seine Folgen

Der deutsche Arbeitsmarkt verändert sich kontinuierlich – zu Lasten der Solidargemeinschaft. Seit 1995 stieg die Zahl der Erwerbstätigen in der Bundesrepublik von 37,6 auf 40,4 Millionen an, die der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten sank jedoch im gleichen Zeitraum von 28,1 auf 27,7 Millionen.

Der Rückgang konnte zwar auf dem schlechteren Niveau gestoppt werden, was jedoch kein Grund zur Entwarnung ist, denn immer mehr Arbeitsverhältnisse sind Teilzeitstellen oder unsicher, das heißt untypisch oder prekär. Laut Statistischem Bundesamt befinden sich aktuell 923.000 Menschen in Leiharbeit, nach 790.000 im Jahr 2008. Hier wird die Millionenmauer bald durchbrochen sein. Gleichzeitig leben 4,8 Millionen Menschen von so genannten Minijobs, wiederum 15 Prozent aller Erwerbstätigen müssen einer Nebenbeschäftigung nachgehen, um genug zu verdienen, denn ihr Haushaltsnettoeinkommen liegt unter 1.000 Euro monatlich.

Das heißt, der Anstieg der Zahl der Erwerbstätigen ist trügerisch. Immer mehr Menschen können von ihrer Beschäftigung nicht leben. Auch die Zahl der Aufstocker, die zusätzlich zu Lohn und Gehalt Sozialleistungen erhalten, steigt beständig an und hat die Millionengrenze seit geraumer Zeit überschritten. Grund sind geringe Stundenlöhne, weshalb die Debatte um einen allgemeinen Mindestlohn immer wieder aufs Neue einsetzt. Bedrohlich ist außerdem die mangelnde Altersvorsorge, weshalb nun das Arbeitsministerium von April an eine Regierungskommission zur „Vermeidung von Altersarmut“ einberuft. Sie soll die Einführung einer gesetzlichen Mindestrente prüfen und ihren Bericht 2012 vorlegen.

Stefan Boes

Welt Tuberkulose Tag Was der Bundesregierung das Andenken Robert Kochs wert ist

Zur Erinnerung an die Entdeckung der Tuberkulose Bakterien am 24. März 1882 durch Robert Koch wird seit dem hundertsten Jahrestag dieser Entdeckung der Welt Tuberkulose Tag begangen. Nur wenige Personen in der Medizingeschichte haben einen vergleichbaren Ruf wie Robert Koch, dessen Arbeiten die Medizin revolutionierten, zu Behandlungsmöglichkeiten der Tuberkulose führten und den Ruf Deutschlands als Standort der Wissenschaft und Innovation bekräftigten.

Der Bundesregierung würde es gut anstehen diesen Tag zu nutzen, um an die Errungenschaften Robert Kochs zu erinnern. Dies könnte durch einen jährlich durch Deutschland ausgelobten Robert-Koch Preis für innovative Tuberkulose-Projekte oder neue Forschungsergebnisse geschehen oder durch die tatkräftige Kooperation und Unterstützung des Globalen Fonds im Kampf gegen Aids, Malaria und Tuberkulose.

Tuberkulose gehört heute neben Aids und Malaria zu den Krankheiten, deren Verbreitung durch Behandlung und Prävention radikal eingedämmt werden könnten. Voraussetzung dazu wäre allerdings eine gerechte Verteilung vorhandener Ressourcen. Tuberkulose ist eine der Haupttodesursachen von Aids und dabei vor allem auch ein Problem der Armen: 95% der Neuerkrankungen finden in Regionen unterhalb der Armutsgrenze statt, in Regionen also, wo Menschen ums tägliche Überleben kämpfen und auf erschwingliche Medikamente angewiesen sind: alleine in Indien leben mehr als 800 Millionen Menschen von weniger als 2 Euro Tageseinkommen, oder wie es im glattgebügeltem Neudeutsch heißt, „unterhalb der Armutsgrenze“.

Dem Globalen Fond zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sind diese Zusammenhänge bekannt, seine Bestrebungen richten sich deshalb mit gutem Grund auf diese drei Krankheiten, das geschieht bspw. auch durch das Eintreten für preiswerte Medikamente und den Einsatz von Generika.

Anstatt gegen Aids, Tuberkulose und Malaria zu kämpfen, kämpft unser Entwicklungsminister gegen den Globalen Fonds

Der Globale Fonds wird von Fachkräften und inter-

nationalen Institutionen als die erfolgreichste globale Gesundheitsinitiative angesehen, die es bisher gegeben hat. Der Globale Fonds unterstützte in 145 Ländern HIV Projekte mit einem Volumen von 13 Milliarden Dollar. Wer der Förderung von Entwicklung und Zusammenarbeit interessiert ist, sollte diesen Kampf eigentlich unterstützen.

Weit gefehlt! Bundesentwicklungsminister Niebel lässt derzeit keine Gelegenheit ungenutzt die Bestrebungen des Globalen Fonds zu torpedieren. Etwas spitz formuliert könnte man sagen, dass sich der Kampf unseres Bundesentwicklungsministers nicht gegen Aids, Tuberkulose und Malaria richtet, sondern gegen den Globalen Fonds.

In seinem Feldzug scheint Herr Niebel jegliches Augenmaß abhanden gekommen zu sein. Letzter Akt dieses Schauspiels ist die Streichung der Auszahlung der bereits für 2010 zugesagten Gelder in Höhe von 200 Millionen Euro. Nach Niebel soll dies bis zur Aufklärung von Korruptionsfällen gelten. Diese hatten die Verantwortlichen des Globalen Fonds im November 2010 aufgedeckt und unverzüglich angezeigt. Es handelt sich um die Summe von 34 Millionen Dollar, die durch Mauretanien, Mali, Djibouti und Sambia veruntreut worden sind und nun nachgezahlt werden müssen. Bei einem Gesamtvolumen von 14 Milliarden macht dies weniger als 0,3% der durch den Globalen Fonds verwalteten Gelder aus. Dass Korruption bekämpft werden muss ist verständlich. Dass aber der Globale Fonds nun gerade wegen seiner Offenheit und Transparenz abgestraft wird, ist nicht akzeptabel. Die Reaktion von Niebel wird zu Recht als maßlos und überzogen kritisiert.

Niebel als Kassenwart deutscher Steuergelder

Angesichts der Parteispendenaffären die es in Deutschland in der Vergangenheit gegeben hat und der mehr als zögerlichen Aufklärung durch involvierte Politiker, sollte das transparente Vorgehen des Globalen Fonds eigentlich als vorbildliches Beispiel honoriert werden.

Dem sich nun als „Sachverwalter deutscher Steuergelder“ gerierendem Minister konnte bereits nachgewiesen werden, dass ihm die Berichte über die Korruption bereits im November 2010 vorlagen. Erst nach einer Pressemeldung in der Associated Press vom 24 Januar 2011 und darauffolgenden reißerischen Artikeln in Boulevardblättern sprang Herr Niebel jedoch auf die Medienkampagne auf, um den Auszahlungsstopp zu verfügen und den missliebigen Globalen Fonds unter Druck setzen zu können.

Als Hintergrund muss man wissen, dass Herr Niebel, bevor er ins Entwicklungsministerium berufen wurde,

dieses Ministerium komplett abschaffen wollte. Seiner Antipathie gegen den Globalen Fonds hat er bereits im letzten Jahr vor der Millenniumskonferenz Luft gemacht. Der FDP-Mann Niebel zieht einen industriefreundlichen Kurs vor und würde deshalb gerne bilaterale Entwicklungsprojekte fördern, anstatt in unilateralen Bezügen kooperieren bzw. mitwirken zu müssen.

Mögliche Auswirkungen eines Rückzugs vom Globalen Fonds

Der von Niebel geführte Feldzug gefährdet sowohl die Existenz des Globalen Fonds als auch das Ansehen Deutschlands. Menschen aus Entwicklungsländern haben sich auf die gegebenen Zusagen verlassen. Projekten wurden finanzielle Zusagen gegeben und können nun möglicherweise nicht umgesetzt werden. Nicht abzusehen die negative Signalwirkung die von einem Rückzug Deutschlands als drittgrößtem Geldgeber des Globalen Fonds ausgehen könnte. Deutschland strebt nach internationaler Geltung... ist jedoch nicht bereit sich in globale Projekte einzufügen.

Der von Niebel vollzogene Auszahlungsstopp gefährdet aber vor allem das Leben von Menschen: Wenn Kanzlerin Merkel nicht die Notbremse zieht, dann könnten alleine im kommenden Jahr nach Aussagen des Globalen Fonds 252.000 Menschen weniger mit HIV Medikamenten versorgt werden, 35.000 Mütter würden keine Prophylaxe zur Mutter-Kind-Übertragung erhalten, 6,3 Millionen Moskitonetze könnten nicht ausgeteilt und 227.000 Erstbehandlungen für Tuberkulosekranke nicht eingeleitet werden. Hochgerechnet würden die Mittel zur Rettung von 43.000 Menschenleben fehlen.

Braucht die Bundesregierung eine weitere Ethikkommission?

Der Globale Fonds hat vor wenigen Tagen ein unabhängiges Gremium zur Revision seiner Finanzkontrollmechanismen beauftragt. Vorsitz des Gremiums haben der hochangesehene ehemalige US Gesundheitsminister Michael O. Leavitt und der ehemalige Präsident von Botswana, Festus Mogae. Ziel ist es, den Korruptionsschutz und die finanziellen Kontrollen als wesentliche Elemente des Globalen Fonds noch besser zu gestalten. Wie der Globale Fonds das Thema Korruption angeht ist vorbildlich. Dass es nie zu 100% gelingen kann Korruption auszuschalten, weiß natürlich auch Herr Niebel. Bleibt abzuwarten wie er weiterhin die Angelegenheit für seine eigene Agenda ausschaltet.

Der dem Andenken Robert Kochs gewidmete Welt Tuberkulose Tag sollte durch Entwicklungsminister

Niebel zu einer 180 Grad Kehrtwende genutzt werden: nicht gegen, sondern mit den Globalen Fonds im Kampf gegen Aids, Malaria und Tuberkulose wäre die Devise.

Oder sollte man der Kanzlerin die Einberufung einer weiteren Ethikkommission empfehlen, vorausgesetzt, dass Herr Niebel nicht einlenkt?

Peter Wiessner

Nachrichten aus der Sozial- und Rechtspolitik

Pflegezeit – Pflegekräfte – Rentenkürzung – Internetapotheker – Arbeitsplatzstudie – Rentner – Langzeitarbeitslose – Hartz IV

Das Bundeskabinett stimmte einem **Pflegegesetz** zu, das Arbeitnehmern ermöglicht, zur Pflege eines Angehörigen zwei Jahre lang die Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden bei 75 Prozent des Bruttogehalts zu reduzieren. Anschließend allerdings werden nur 75 Prozent des Bruttogehalts ausgezahlt, bis das Arbeitszeitkonto wieder ausgeglichen ist. Außerdem muss der Arbeitgeber zustimmen, kann das Anliegen also ablehnen. Das Rentenniveau bleibt in etwa gleich, ein zusätzlicher Rentenanspruch besteht nicht. Auch beinhaltet das Gesetz keinen Rechtsanspruch auf Pflegezeit, wie ursprünglich vorgesehen.

Nach Einschätzung des Trägerverbandes katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD) werden in 15 Jahren in der Bundesrepublik gut 150.000 **Pflegekräfte** fehlen. Grund sei vor allem die schlechte Bezahlung, die keine Anreize biete, den Beruf zu ergreifen. Weiter sei die Abwanderung ins Ausland hoch, was die Situation noch verschärfe. Ausländischen Pfleger steht der VKAD skeptisch gegenüber, da es in der Regel an sprachlichen und kulturellen Kompetenzen mangelt.

Das Bundesverfassungsgericht hat die **Rentenkürzung** von bis zu 10,8 Prozent im Fall einer Erwerbsminderung bestätigt. Die Regelung wurde vor zehn Jahren eingeführt und sieht entsprechende Abschläge bei einem Rentenbezug vor dem sechzigsten Geburtstag vor. Die Kürzung sei mit dem Grundgesetz

vereinbar, da sie nur maßvoll in die Eigentumsrechte eingreife, gleichzeitig aber die Rentenanwartschaft sowie das Rentensystem als Ganzes schütze. Das Karlsruher Gericht mahnte jedoch vor einer allzu „sprunghaften und willkürlichen Rentenhöhe“. Nicht jede Rentenkürzung sei zu rechtfertigen, es gebe diesbezüglich verfassungsrechtliche Grenzen. (Az.: 1 BvR 3588/08 und 555/09)

Offensichtlich kaufen immer mehr Menschen Medikamente via **Internetapotheker**. Das besagen zumindest aktuelle Untersuchungen des Verbandes „Bitkom“, der die IT- und Telekommunikationsbranche vertritt. Umfragen zur Folge hätte bereits jeder fünfte Internet-Nutzer über 14 Jahren Medikamente über Onlineanbieter erstanden. Dabei handelt es sich sowohl um frei verkäufliche als auch um apotheken- und verschreibungspflichtige Arzneimittel. Im vergangenen Jahr orderten neun Millionen über das Internet, im Vorjahr waren es noch sieben Millionen. Der Online-Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln ist seit 2004 erlaubt.

Eine Studie der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) stellt fest, dass die Zahl der Menschen mit Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz beständig zunimmt. Im vergangenen Jahr waren bereits 13,5 Prozent aller Fehltag auf diese Krankheiten zurückzuführen, fast doppelt so viel wie 1998. Die Patienten gaben als Hauptgrund die veränderte Arbeitswelt an, die mehr Effizienzdruck erzeuge. Als Diagnose wurden in der **Arbeitsplatzstudie** insbesondere Angstzustände, Stressreaktionen sowie Alkohol- und Tablettenabhängigkeit genannt.

Untersuchungen des Wiesbadener Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung belegen, dass deutsche **Rentner** immer älter werden. Demnach können Frauen bei einem Renteneintritt mit 65 auf zwanzig, Männer auf 17 weitere Lebensjahre hoffen. Gegenüber 1998 entspricht das einer knapp zwanzigprozentigen Steigerung.

Weiterhin gibt es in keinem Industriestaat mehr **Langzeitarbeitslose** als in Deutschland. Darauf weist die

Internationale Arbeitsorganisation (ILO) in Genf hin. Die Organisation steht den Vereinten Nationen nahe und vertritt Regierungen sowie Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbände. Den Spitzenplatz nimmt Deutschland ein, weil von den drei Millionen Arbeitssuchenden etwa die Hälfte mehr als ein Jahr nach einer neuen Anstellung sucht. Knapp ein Drittel findet sogar nach zwei Jahren keine Arbeit.

Hartz IV wurde nach langem Ringen neu geregelt. Bundestag und Bundesrat stimmten einer Erhöhung des Regelsatzes um rückwirkend fünf Euro auf 364 Euro pro Person sowie einer weiteren Erhöhung um drei Euro plus Inflationsausgleich ab 1. Januar 2012 zu. Ein Bildungspaket stellt Kindern aus Hartz-IV-Familien Bundesmittel für ein warmes Mittagessen sowie Zuschüsse für Wandertage, Vereinsmitgliedschaften oder Nachhilfeunterricht zur Verfügung. Außerdem übernimmt der Bund Schritt für Schritt die Sozialausgaben armer Rentner.

Stefan Boes

Projekt Information e.V.

Buchempfehlung: Migration und HIV-Prävention

Aus der Reihe AIDS Forum DAH ist ein neuer Band erschienen der über die Homepage der Deutschen AIDS-Hilfe (<http://www.aidshilfe.de/de/shop/1658>) bestellt und heruntergeladen werden kann.

In 2009 wurde etwa jede zehnte neue HIV Infektion bei Menschen diagnostiziert, die aus Regionen stammen in denen HIV besonders weit verbreitet ist. Wie gut oder schlecht Migrant/-innen hier versorgt werden können hängt entscheidend davon ab, ob bzw. welche Papiere sie haben. Wer keine Papiere hat bekommt keinen Zugang zu legaler Beschäftigung und damit auch keinen Anspruch auf soziale Leistungen und keinen Zugang zum Versorgungssystem. Für Menschen mit HIV und Aids kann dies zu lebensbedrohlichen Problemen führen, wie die Publikation an einzelnen Beispielen aufzeigt. Die Forderung nach einem uni-

versellen Zugang zu HIV-Medikamenten ist auch bei uns längst nicht eingelöst.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass man zu lange darüber gestritten hat, ob und wie Menschen mit Migrationshintergrund für HIV Prävention erreichbar sind. Leider wurden in dieser Diskussion immer wieder Diskriminierungspotentiale, als auch kulturelle und sprachliche Barrieren vorgeschoben, um Untätigkeit zu rechtfertigen. Dabei funktioniert es auch hier am besten mit Beteiligung der Menschen, die man erreichen möchte.

Der Forums Band der DAH nähert sich dem Thema auf unterschiedlichen Ebenen und Blickwinkeln und möchte dabei Diskussionen anregen: neben epidemiologischen und gesellschaftspolitischen Gesichtspunkten finden sich in dem Band viele Beispiele aus der Praxis und Anregungen aus Aidshilfe und Selbsthilfe. Viele der Beispiele stellen dabei vertraut gewordene Klischees bewusst auf den Prüfstand, und hinterfragen z.B. die Vorstellung, dass die Behandlung von Migranten ganz besonders schwer ist oder das Gespräch über Sexualität mit Migrantinnen kaum möglich sei.

Alles in allem bietet das Buch einen erfrischenden Beitrag zu einer längst überfälligen Diskussion!

Antje Sanogo und 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!

**seit 11 Jahren:
HIV-Therapie-Hotline**

Telefon: 089 - 54 333 - 123

Montag - Donnerstag 16 - 19 Uhr

therapie.hotline@muenchner-aidshilfe.de

**Betroffene informieren Betroffene
zu Therapiefragen**

Termine

AIDS-Hilfe Hamburg e.V.:

Komplementäre Therapien bei HIV

Beispiel Traditionelle Chinesische Medizin Heilbehandlungen und Therapien können durch ergänzende Methoden unterstützt und verstärkt werden. Hierbei spielen Ernährung und Bewegung ebenso eine Rolle wie das Wissen aus Naturheilkunde und Traditioneller Chinesischer Medizin. Für Menschen mit HIV/AIDS sind komplementäre Methoden besonders interessant zur Stärkung des Immunsystems sowie im Management von Nebenwirkungen der antiretroviralen HIVTherapie.

Im Rahmen der Workshopreihe „Gesundheit ist mehr ...!“ wird Helga Neugebauer (Ärztin für Innere Medizin und Akupunktur, AIDSHilfe Hamburg) am Mittwoch, 20. April 2011, die verschiedenen Methoden vorstellen und anhand von Beispielen mit den TeilnehmerInnen diskutieren.

Zu allen Zeiten und in allen Kulturen der Welt haben Menschen Verfahren ausprobiert und angewendet, um etwas für ihr Gesundbleiben und gegen Krankheiten zu tun. Diese Kenntnisse und Erfahrungen wurden überliefert und weiterentwickelt. Die Weisheit der Traditionellen Chinesischen Medizin stärkt besonders die eigenen Ressourcen und nutzt innere Kräfte. Dabei werden nicht nur die körperliche, sondern auch die seelische, soziale und spirituelle Ebene angesprochen.



Projekt Information e.V.

Gemeinnütziger Verein

Vereins- und Spendenkonto:

Sozialbank München

Konto-Nr. 8 845 500

Bankleitzahl: 700 205 00

Telefon: 0 89/21 94 96 20

Fax: 0 89/21 03 12 35

bitte in frankierten Fensterbriefumschlag

An
Projekt Information e.V.
Ickstattstr. 28

80469 München

Mit der Veranstaltungsreihe „Gesundheit ist mehr ...!“ vermittelt die AIDS-Hilfe Hamburg regelmäßig einmal monatlich in Form von Workshops Informationen zu Themen der Gesundheitsförderung für Menschen mit HIV und AIDS. Die Teilnahme ist kostenlos; um Voranmeldung unter Tel. 040-2351 990 wird gebeten.

Eine Übersicht der gesamten Veranstaltungsreihe ist bei der AIDS-Hilfe Hamburg erhältlich (www.aids-

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-hamburg.de).

Mittwoch 20. April 2011, 19.00 Uhr

Veranstaltungshinweis 18. Mai 2011: Alles, was Recht ist – Rechtliche Konsequenzen im Umgang mit der Sexualität

Veranstaltungshinweis 29. Mai 2011: Café Afrika – Act up, fight up

AIDS-Hilfe Hamburg, Lange Reihe 30-32
(S+U: Hauptbahnhof, Metrobus 6: Gurlittstraße
Parkhaus: Baumeisterstraße/Borgesch)
Informationen: (040) 2351 99-0
www.aidshilfe-hamburg.de

Frauengesundheitszentrum München (FGZ)
Projekt „Positive Frauen“

Infoveranstaltung: „Konzentrations- und Gedächtnisstörungen: Selbsthilfe durch Gedächtnistraining mit allen Sinnen“ für Frauen mit HIV
Samstag, 28.05.2011, 10.00 – 17.00 Uhr
im FrauenGesundheitsZentrum

Viele Menschen mit HIV klagen über Einschränkungen ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit. Neben dem Wissen über mögliche Ursachen ist vor allen Dingen wichtig: Was können wir selbst tun? Wie können wir unser Gedächtnis trainieren?

Mithilfe der Sinne nehmen wir Informationen aus unserer Umwelt auf. Der Workshop bietet neben Informationen zum Thema „HIV und Gehirn“ und zur Bedeutung der bewussten Wahrnehmung für das Gedächtnis nicht nur Theorie: Sie können/Ihr könnt viele praktische Übungen ausprobieren, die auch leicht im Alltag eingebaut werden können.

Unser Motto: Gedächtnistraining macht Spaß.

Referentin: Sybille Lichti, Gedächtnistrainerin BVGT
Moderation: Ulrike Sonnenberg-Schwan, Dipl.-Psych., FGZ

Kostenbeitrag € 5,- (inkl. Kaffee, Tee und Mittagsimbiss)

Bitte bis zum 20.05.2011 im FGZ anmelden
Mit freundlicher Unterstützung von MSD

Offene Gruppentreffen für Frauen mit HIV:

Wichtiger Hinweis:

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

Einmal/Monat montags 18.30 – 20.30 Uhr
 Einmal/Monat donnerstags 10.00 – 12.00 Uhr
 Genaue Termine auf Anfrage

Telefonische und persönliche Beratung auf Anfrage,
 siehe unten

Weitere Informationen und Anmeldung:

Ulrike Sonnenberg-Schwan, Tel. 089-1291195, ulrike.sonnenberg-schwan@fgz-muc.de
 www.fgz-muc.de

alle Veranstaltungen im FGZ, Grimmstr. 1, 80336

Termine der Münchner Aids-Hilfe

Workshop: LOGI-Kochkurs

Wie kann ich gut, gesund und preiswert kochen?
 Die LOGI Methode (Low Glycemic Index) bedeutet für unsere Ernährung beispielsweise den Austausch hoch energiereicher Kohlenhydrate wie im Weißmehl durch ballaststoffreiche Nahrungsmittel wie Weizenkleie oder Kichererbsenmehl, Kartoffeln durch Topinambur, lieber mehr Eiweiß und Fett als eine große Portion Nudeln usw. Und natürlich alt Bekanntes wie vielfältige Milchprodukte, mageres Fleisch, reichlich Gemüse (und natürlich regelmäßige Bewegung). Nichts ist verboten, niemand muss hungern, entscheidend ist die Menge und deren Zusammensetzung. Darüber hinaus unterstützt diese Methode das Immunsystem und beeinflusst den Fett- und Zuckerstoffwechsel günstig!

Nächste Termine: 2. Mai, 16. Mai und 30. Mai, Ort: Café Regenbogen, Beginn 18.30Uhr

Workshop: POSITIV/NEGATIV

Workshop für „HIVerschiedene“ Paare: Für viele Paare ist es eine Realität: Ein Partner ist HIV-positiv, der andere negativ (auch HIV-differente oder „serodiskordante“ Paare genannt). Für viele ist das Zusammenleben unproblematisch. Aber auch in diesen Beziehungen ist HIV immer auf die eine oder andere Art Thema oder Problem. In einem angeleiteten Tagesworkshop können sich „HIVerschiedene“ Paare über ihre Erfahrungen austauschen und voneinander lernen.

Termin:

- Samstag, 16. Juli 2011, 11 bis 17 Uhr, dies ist eine Gruppe speziell für HETEROSEXUELLE Paare.
 Leitung: Christopher Knoll, Dipl.Psychologe

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

Workshop: HIV und Entspannung

Workshop für Menschen mit HIV: Die HIV-Infektion wird auch von der Psyche beeinflusst. Welche Entspannungsmethode passt zu mir? Stressbewältigung und eine ausgeglichene Psyche haben einen günstigen Einfluß auf das Immunsystem. Bequeme Kleidung mitbringen.

Termin: Donnerstag, 5. Mai, 19 -21Uhr

Leitung: Jutta Klein, Dipl.Psychologin und Yogalehrerin

Ort: Münchner Aids-Hilfe, 2. Stock
 Anmeldung bis 3. Mai erforderlich!

Freizeitgruppe

Aktuelles Monatsprogramm
 unter www.muenchner-aidshilfe.de

Stammtisch Freizeitgruppe

Termin: Jeden 3. Mittwoch eines Monats

Ort: Café Regenbogen

Zeit: 19.00

Information und Anmeldung: Andrea Brunner
andrea.brunner@muenchner-aidshilfe.de; Tel.: 089-54 333-100

Heterotreff

jeden 4.Mittwoch, 19.30 Uhr
 im Café Regenbogen

Termine:

27. April - Angehörigenabend -bringt eure Partner und/oder Familienangehörige mit!

25. Mai - Wir feiern 9-Jahre Heterotreff!

22. Juni - Offener Abend

Rückfragen bei Jutta Klein 089/54 333-115
jutta.klein@muenchner-aidshilfe.de

Vitamin D – Power des Lebens?

Wie wichtig ist es, dass wir HIV-Positive unseren Vitamin D-Spiegel messen lassen und warum ist Vitamin D für uns so wichtig?

Termin: Montag, 23. Mai, 19.30 Uhr

Referent: Siegi Schwarze, Projekt Information München

im Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe, Lindwurmstr. 71

HIV-Therapiestart/HIV-Basiswissen

Wann fange ich am Besten mit meiner HIV-Therapie an?

Grundlagen der HIV-Infektion und HIV-Therapie

Termin: Montag, 27. Juni, 19.30 Uhr

Referent: Engelbert Zankl, HIV-Therapie-Hotline im Cafe Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe, Lindwurmstr. 71

Regelmäßige Sportangebote

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

Nordic-Walking

Termin: Jeden Mittwoch 18-19.30 Uhr

Treffpunkt: Münchner Aidshilfe, 2.Stock

Anmeldung erforderlich!

Sivananda Yoga

Termin: Jeden Dienstag 19.00 bis 20.30

Ort: Münchner AIDS-Hilfe e.V., 2. Stock

Anmeldung erforderlich!

Traditionelles Yoga

Termin: Jeden Mittwoch 19.00 bis 20.30

Ort: Münchner AIDS-Hilfe e.V., 2. Stock

Anmeldung erforderlich!

Sport - Anfänger , sanfte Gymnastik

Termin: Jeden Donnerstag 19.00 bis 20.00

Ort: Max-Planck-Institut, Kraepelinstr. 10

Anschließendes Schwimmen möglich! (Wassertemperatur 27°C)

Sport - Gymnastik, Kondition

Termin: Jeden Donnerstag 20.00 bis 21.00

Ort: Max-Planck-Institut, Kraepelinstr. 10

Anschließendes Schwimmen möglich! (Wassertemperatur 27°C)

Positiver Stammtisch-

offen für Menschen jeglicher sexueller Orientierung

Termin: jeden Dienstag, ab 19.30

Ort: Cafe Regenbogen

Tabakentwöhnung: Positiv und rauchfrei

Termin: April/Mai 2011, 6 Abende und 2 Stabilisierungsabende

Ort: Münchner Aidshilfe, 2.Stock

Kosten: 50/100/150 Euro je nach Einkommen

Anmeldung erforderlich

Information und Anmeldung zu allen Angeboten:

Engelbert Zankl

therapie.hotline@muenchner-aidshilfe.de

Tel.: 089-54 333-123

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. Vereinsregister: AG München Nr. 12575; Gemeinnützigkeit anerkannt: FA München, St.Nr.844/29143

Vorstand: Peter Lechl, Siegfried Schwarze, Klaus Streifinger.

Redaktion: Jochen Drewes, Prof. Frank-Detlef Goebel, Phil C. Langer, Peter Lechl, Siegfried Schwarze, Ulrike Sonnenberg-Schwan, Peter Wießner.

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,