

PROJEKT INFORMATION

Herausgegeben von Projekt Information e.V.

Betroffene informieren Betroffene

Jahrgang 22, Nr. 1

Januar / Februar / März 2014

Bericht von der CROI („Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections“), 03.-06. März 2014, Boston, USA

Auch dieses Jahr gibt es Berichtenswertes rund um die Themen Heilung, Behandlung und Prävention der HIV-Infektion.....Seite 3

HIV schützt vor nichts – oder vielleicht doch?

Wäre es möglich, dass eine HIV-Infektion (oder zumindest deren Behandlung) vor anderen Erkrankungen schützt, z.B. vor Multipler Sklerose?.....Seite 10

Die Überlebenden des Blut-Aids-Skandals fordern Gerechtigkeit

Die Deutsche Hämophiliegesellschaft kämpft weiter für eine finanzielle Entschädigung von Menschen, die durch infizierte Blutprodukte geschädigt wurden.Seite 12

Editorial

Editorial von S. Schwarze.....2

Medizin und Forschung

Nachrichten aus der Industrie.....14

Grundlegend & Wissenswert

PEP mit Isentress® und Truvada®.....15

Leben mit HIV

„Echte“ Risikolebensversicherung jetzt möglich15
Beachtenswerte Klausel in der Privathaftpflichtversicherung..16

Politik & Soziales

Erste Signale aus dem Gesundheitsministerium.....17
Das Rentenpaket.....18
Nachrichten aus der Sozial- und Rechtspolitik.....18

Projekt Information e.V.

Infos der Aids-Hilfe Hamburg.....19

Termine

Aktuelle Termine21

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

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Diese Ausgabe erscheint etwas verspätet, da wir Ihnen den Bericht von der CROI so schnell wie möglich zukommen lassen wollten. Deshalb ist es auch eine „Dreimonatsausgabe“ für Januar bis März. Dennoch wird es eine reguläre „März-April“-Ausgabe geben. An Themen sollte es nicht mangeln.

Wir halten die Information der Community nach wie vor für eine wichtige Aufgabe. Schließlich soll der „mündige Patient“ gleichberechtigt mit dem Arzt Entscheidungen treffen können. Auch die Europäische Zulassungsbehörde EMA will dem in Zukunft noch stärker Rechnung tragen. Bei der Zulassung von neuen Medikamenten soll neben den rein wissenschaftlichen Daten aus Studien auch ein Werturteil von Patienten einfließen. Mit anderen Worten: Die EMA hat gelernt, dass Patienten mit einer bestimmten Krankheit den Nutzen und mögliche Risiken oft ganz anders bewerten als Ihre Ärzte.

Ein Beispiel: In einem Planspiel wäre die Zulassung eines Krebsmedikaments gescheitert, weil es vergleichsweise häufig Herzrhythmusstörungen verursachen könnte, die in schweren Fällen zum plötzlichen Herztod führen können. Die Ärzte bewerteten das Risiko als inakzeptabel im Vergleich zum Nutzen, da die Lebenszeitverlängerung nur etwa acht Monate betrug. Die Patienten sahen das ganz anders: Für sie war die gewonnene Lebenszeit wichtig um ihre Angelegenheiten zu regeln und sich von ihren Angehörigen zu verabschieden. Das Risiko des plötzlichen Herztodes nahmen sie angesichts einer Grunderkrankung, die oft einen langsamen, schmerzhaften Tod bedeutet, vergleichsweise gelassen.

Ein ermutigendes Signal also, dass auch die Zulassungsbehörde die Rechte der Patienten weiter ausbauen möchte.

Doch schon heute mischen sich Patienten ein. Ein häufiger Kritikpunkt in Richtung der

Pharmaindustrie ist dabei die Preisgestaltung. Vorläufiger Höhepunkt ist der Preis, den Gilead für das Hepatitis C-Medikament Sovaldi® aufruft: 19.999,46 Euro muss man für eine Monatspackung hinblättern. Bei einer Therapiedauer von drei bis sechs Monaten kommt da schnell der Preis für eine Eigentumswohnung zusammen, schließlich benötigt man noch weitere Medikamente und Untersuchungen.

Nun hat Gilead die Firma Pharmaset, die das Medikament ursprünglich entwickelt hat, für schlappe 11 Milliarden Dollar gekauft - diese Investition muss sich schließlich lohnen. Außerdem, so argumentiert Gilead, würde die Hepatitis C-Therapie durch das neue Medikament nur unwesentlich teurer, da die bisherige Standardtherapie aus Interferon und Ribavirin zwar billiger sei, aber eben auch länger angewendet werden müsse.

Das mag zwar so sein, aber durch die bessere Verträglichkeit kommen auf einmal auch viel mehr Patienten für eine Therapie in Frage.

Und wo steht eigentlich, dass neue Medikamente immer teurer sein müssen, als die alten?

Weltweit geht man von ca. 170 Millionen HCV-Infizierten aus - ein gigantischer Markt. Gilead hätte die Chance, mit einem vernünftigen Preis für das Medikament, der auch für Entwicklungsländer erschwinglich sein müsste, nicht nur das Leiden von Millionen Patienten zu verhindern sondern auch zur Eliminierung der Erkrankung beizutragen.

Vielleicht wäre das langfristig ein größerer Gewinn als ein schneller Aufschwung des Aktienkurses.

Ihr Siegfried Schwarze

Bericht von der CROI („Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections“), 03.-06. März 2014, Boston, USA

Die „CROI“ ist seit vielen Jahren der wichtigste Kongress im Jahr für HIV-Behandler und Forscher. In diesem Jahr gab es zwar auch viele Beiträge zu Hepatitis C und Tuberkulose aber auch bei HIV gibt es viele berichtenswerte Dinge. Die folgende Auswahl ist wieder einmal sehr subjektiv und wird der ungeheuren Datenmenge, die präsentiert wurde, nicht annähernd gerecht.

Community Cure Meeting, Boston, 02.03.2014

Das „Community Cure Meeting“ am Rand der CROI hat inzwischen schon Tradition. Bereits zum dritten mal gab es schon vor dem eigentlichen Konferenzbeginn einen exzellenten Überblick wo wir im Bezug auf eine Heilung der HIV-Infektion stehen und welche Herausforderungen noch zu bewältigen sind.

Die beiden „Bostoner Patienten“ – aus Fehlschlägen viel gelernt

Timothy Henrich gab einen Überblick über die beiden „Bostoner Patienten“, die beide auf Grund einer Blutkrebserkrankung (Hodgkin bzw. B-Zell-Lymphom, zusätzlich zu ihrer HIV-Infektion) eine Stammzelltransplantation erhielten.

Das Spender-Knochenmark hatte (im Gegensatz zum „Berliner Patienten“ keine CCR5-Deletion und die Patienten erhielten nur ein „reduced intensity conditioning“, d.h. keine Bestrahlung, kein Anti-Lymphozytenserum und Chemotherapie in verringerter Dosierung. Beide Patienten waren vor der Transplantation CCR5-heterozygot (d.h. nur ein funktionsfähiges CCR5-Gen pro Zelle statt normalerweise zwei), was normalerweise mit einem langsameren Fortschreiten der HIV-Erkrankung einhergeht.

Beide Patienten wurden nach der Stammzelltransplantation intensiv nachbetreut und –beobachtet. Bei Patient A war etwa 100 Tage nach der Transplantation in Blut- und Gewebeproben keine HIV-RNA oder –DNA mehr nachweisbar, bei Patient B dauerte es rund 300 Tage.

Nach eingehender Risikoabwägung und Beratung der Patienten entschied man sich, die Therapie (TDF/FTC/EFV, Atripla®) bei Pat. A nach 4,5 Jahren abzusetzen. Bei Patient B wurde nach 2,8 Jahren die Behandlung bestehend aus TDF/FTC/RAV (Truvada®+Isentress®) beendet. Zunächst sah alles wunderbar aus, HIV war weder im Blut noch in verschiedenen Geweben nachweisbar, doch schließlich begann sich das Virus in beiden Patienten wieder zu vermehren. Bei Patient A nach 100 Tagen, bei Patient B erst nach 220 Tagen. Die virale Kinetik entsprach dabei einer Erstinfektion, d.h. die Viruslast stieg innerhalb weniger Tage stark an. Daraufhin wurde die ART sofort wieder begonnen. Unglücklicherweise nahm Patient A seine Therapie nur drei Tage ein und setzte sie dann selbst wieder ab. Dies führte zu einem weiteren Anstieg der Viruslast und der Ausprägung einer K103N Mutation. Mit einer neuen Therapie gelangte die Viruslast aber schließlich, ebenso wie bei Patient B, schnell wieder unter die Nachweisgrenze.

Neues Immunsystem – zweite Chance auf Heilung?

Da beide Patienten durch die Stammzelltransplantation praktisch ein „neues“ Immunsystem haben (d.h. naiv in Bezug auf HIV), haben sie auch keine Immunantwort gegen HIV. Es handelt sich also im Prinzip um eine Primärinfektion, die extrem früh behandelt wurde. Deshalb könnten die Patienten in einigen Jahren möglicherweise eine erneute Therapieunterbrechung wagen, in der Hoffnung, dass sie – ähnlich wie die Patienten der VISCONTI-Kohorte-„Post-Treatment-Controller“ werden, das Virus also möglicherweise durch das Immunsystem unter der Nachweisgrenze gehalten werden kann.

Doch was war beim geheilten „Berliner Patienten“ eigentlich der ausschlaggebende Faktor? Die intensive Chemotherapie wohl nicht, da es bei anderen Patienten, die damit behandelt wurden, nur zu einer vorübergehenden Abnahme von HIV-RNA und –DNA kam.

Möglicherweise spielt die Graft-versus-Host-Reaktion (GvHR, d.h. die transplantierten Immunzellen erkennen den neuen Wirtskörper als fremd, vor allem die noch vorhandenen Immunzellen, und bekämpfen sie. Man versucht, die Dosis der Immunsuppressiva so zu wählen, dass zwar restliche Immunzellen, die möglicherweise noch HIV enthalten, abgetötet werden aber der Rest des Körpers nicht geschädigt wird). Beide Bostoner Patienten hatten eine akute oder frühe chro-

nische GvHR und kleine virale Blips noch Monate nach der Stammzelltransplantation, möglicherweise als Folge des Untergangs von Zellen, T-Zell-Aktivierung und / oder Virusproduktion als Ergebnis der GvHR.

Beide Patienten entwickelten keine HIV-spezifischen Antikörper, vermutlich weil die Therapie so schnell wieder begonnen wurde, dass das neue Immunsystem gar keine Zeit hatte, zu reagieren. Eine Sequenzanalyse des wieder aufgetauchten Virus zeigte, dass es das ursprüngliche Virus war (also keine Re-Infektion) und dass es von nur wenigen Zellen, möglicherweise einer einzigen, ausging.

Testproblem: Was bedeuten grenzwertig positive Ergebnisse?

Bei einem Patienten sah man kurz vor der Therapieunterbrechung noch ein grenzwertig positives Signal beim Test auf virale DNA. Man entschied sich, dies als Laborfehler zu werten, da alle anderen Tests nach wie vor kein Virus nachweisen konnten. Dies zeigt ein grundsätzliches Problem dieser Tests: Je empfindlicher sie werden, desto anfälliger werden sie auch für Fehler und damit falsche Resultate und desto schwieriger wird es, ein grenzwertig positives Ergebnis zu interpretieren.

Vor der Stammzelltransplantation fand man bei Patient A 144 Kopien HIV-DNA pro einer Million T-Zellen, bei Patient B waren es 96 Kopien. Ausgehend von der Nachweisgrenze der verwendeten Tests berechnete man, dass zum Zeitpunkt der Therapieunterbrechung Patient A noch zwischen 290 und 2.900 HIV-infizierte Zellen beherbergte, und deshalb, nach einem mathematischen Modell, die Chance für eine komplette Heilung zwischen 0 und 3% lag. Die Zeitdauer bis zum Wiederanstieg der Viruslast sagte das Modell mit 8-52 Wochen vorher. Bei Patient B waren es noch 40-730 infizierte Zellen, 0-65% Heilungswahrscheinlichkeit und 28-165 Wochen bis zum Wiederanstieg.

Wann ist man geheilt?

Damit decken sich die beobachteten Zeiten gut mit den Vorhersagen aus dem mathematischen Modell. Mit anderen Worten: Wenn nur noch wenige infizierte Zellen im Körper sind, kann es Monate, vielleicht sogar Jahre dauern, bis diese Zellen zufällig aktiviert werden und die Virusproduktion von neuem beginnt. Das ist ein weiterer Grund, warum es so schwer ist, einen Patienten endgültig für „geheilt“ zu erklären.

Maria Buzon gab einen Überblick über die Mechanismen, die der viralen Latenz zu Grunde liegen. Die (möglicherweise vorhandene) residuelle Vermehrung von HIV und die latente Infektion werden beide durch Immunaktivierung / Entzündung begünstigt.

Wenn eine naive T-Zelle aktiviert wird, beginnt sie sich zu teilen und zu differenzieren: Zunächst in T-Memory-Stammzellen (T_{SCM}), dann Central-Memory-T-Zellen (T_{CM}), Effektor-Memory-T-Zellen (T_{EM}) und schließlich terminal differenzierte Effektor-T-Zellen (T_{TD}). Die T_{SCM} wurden erst vor kurzem entdeckt. Sie haben den höchsten HIV-DNA-Gehalt aller dieser Zellen, aber da ihre Zahl vergleichsweise gering ist, ist der Beitrag der T_{EM} zum Gesamtpool an HIV-DNA größer. Je länger aber die Dauer der ART, desto größer wird der Beitrag der T_{SCM} , da sie langlebiger sind als die T_{EM} . Diese Memory-Stammzellen sind also ein besonders langlebiges Reservoir für HIV, das entscheidend zur Dauerhaftigkeit der HIV-Infektion beiträgt und die Eradikation erschwert.

Eine Analyse der VISCONTI-Patienten (mit sehr frühem Therapiebeginn) zeigte, dass sie ein deutlich kleineres Reservoir haben als Patienten, die erst in der chronischen Phase mit der Behandlung begannen. Solche früh therapierten Patienten könnten deshalb attraktive Kandidaten für weitere Studien zur Heilung sein.

Anschließend wurden einige Daten von Studien mit dem HDAC-Inhibitor Panobinostat vorgestellt. HDAC Inhibitoren „wecken“ latentes HIV, so dass die infizierte Zelle entweder vom Immunsystem oder entsprechenden Medikamenten vernichtet werden kann – so zumindest die Theorie.

HDAC-Inhibitoren: Nur bei einem Teil der Patienten wirksam?

Insgesamt gab es keine signifikanten Unterschiede im HIV-DNA-Gehalt von Zellen vor und nach einer Behandlung mit Panobinostat. Allerdings zeigte sich bei einer Untergruppe der Patienten („Responder“) eine deutlich Abnahme des HIV-DNA-Gehalts, vor allem in T_{SCM} - und T_{EM} -Zellen, also genau den Zellen, die hauptsächlich für das Reservoir von HIV verantwortlich sind. Nun suchen die Forscher nach den Faktoren, die Patienten zu Respondern machen um dann weitere Schritte in klinischen Studien zu überprüfen.

Romas Gelezunias von Gilead Sciences berichtete über Kombinationsbehandlungen zur Eradikation. Er schlug folgende Vorgehensweise(n) vor:

- Aktivierung der HIV-Expression in latent infizierten Zellen
 - HDAC-Inhibitoren
 - PKC (Protein-Kinase C) Aktivatoren
- Eliminierung von Zellen, die aktiv HIV produzieren
 - Therapeutische Impfstoffe
 - Monoklonale Antikörper, bispezifische Antikörper, ADC (Antibody-Drug-Conjugate)
 - Immunmodulatoren (TLR7 Agonist)
- Kombinationen der o.g. Methoden

Bei den HDAC-Inhibitoren ging er kurz auf die Nachteile von Vorinostat ein (zu schwacher Aktivator der HIV-Vermehrung). Auch Panobinostat (entwickelt von Novartis) erwähnte er nur kurz und konzentrierte sich auf Romidepsin, einen HDAC-Inhibitor der von Celgene entwickelt wurde und bereits eine FDA-Zulassung für die Behandlung des kutanen T-Zell-Lymphoms hat. Sein großer Vorteil gegenüber Vorinostat/Panobinostat ist, dass es die HDAC-Enzyme wesentlich länger hemmt und deshalb HIV effektiver aus der Latenz reißt. Außerdem ist es im Ames-Test nicht positiv (d.h. nicht mutagen und deshalb weniger bedenklich hinsichtlich einer möglichen Krebsentstehung). PKC-Aktivatoren sind zwar sehr effektive Aktivatoren der HIV-Vermehrung, allerdings sind die momentan verfügbaren Substanzen noch zu toxisch für den Einsatz bei HIV.

Renaissance der therapeutischen Impfung?

Große Hoffnungen setzt man in neu entwickelte, vom Cytomegalievirus (CMV) abgeleitete Vektoren. Ein darauf basierender therapeutischer Impfstoff konnte im Tierversuch zwar nicht vor einer Infektion mit einem hochpathogenen Stamm von SIV schützen, aber anschließend waren 6 von 12 Tieren in der Lage, die Infektion zu kontrollieren (d.h. die Viruslast ohne Behandlung unter der Nachweisgrenze zu halten) und nach drei Jahren war bei diesen Tieren kein Virus mehr nachweisbar. Sind diese Tiere also geheilt? Noch ist es zu früh, darüber zu spekulieren. Jedenfalls ruft dieser Vektor eine ungewöhnlich breite CD8-Antwort hervor (d.h. die Zellen erkennen sehr unterschiedliche Virusvarianten). Eine solche Immunantwort hat man bisher mit noch keinem anderen Vektor gesehen.

Neue Antikörper, neues Glück?

Auch bei den Antikörpern gibt es eine neue Generation breit neutralisierender Antikörper, die aus HIV-Infizierten isoliert wurden und 70-98% der geprüften HIV-Isolate neutralisieren können. Diese Antikörper

erkennen das virale Oberflächenprotein gp120. Sobald der Antikörper gebunden hat, gibt es mehrere Möglichkeiten:

- Antibody-dependent cell cytotoxicity ADCC (Das Virus bzw. die Zelle wird für die Zerstörung durch Killerzellen markiert)
- Antibody-dependent cell phagocytosis ADCP (Das Virus bzw. die Zelle wird für die Verdauung durch Fresszellen markiert)
- Antibody- and Complement dependent cytotoxicity ADCD (Das Virus bzw. die Zelle wird für die Zerstörung durch das Komplementsystem markiert, ein mehrstufiges Kaskadensystem ähnlich dem Blutgerinnungssystem das letztendlich Löcher in Zellmembranen bohrt und damit Zellen und Krankheitskeime unschädlich macht). Im Rhesusaffenmodell konnte eine einzige Infusion solcher Antikörper die Viruslast tagelang unter der Nachweisgrenze halten (bis der Antikörper abgebaut war). Es gab weder Resistenzen noch Verträglichkeitsprobleme. Die Tiere mit der niedrigsten Viruslast vor Therapie zeigten sogar eine anhaltende Viruslastsenkung (=Heilung?)
- Bispezifische Antikörper erkennen mit einem Arm gp120 und binden mit dem anderen Arm an den T-Zell-Rezeptor von T-Zellen in der Nachbarschaft. Die Bindung eines Antikörpers an den T-Zell-Rezeptor ist ein sehr starkes Aktivierungssignal für diese Zelle, völlig unabhängig davon, welches Antigen sie normalerweise erkennen würde.
- Toll-like Rezeptoren (TLR) sind eine Gruppe von Molekülen des angeborenen Immunsystems, die eine Vielfalt von Pathogenen erkennen können und die zur Aktivierung von CD8- und NK-Zellen führen. GS9620 von Gilead ist ein starker und selektiver Aktivator von TLR7 und könnte in Zukunft zusammen mit z.B. Romidepsin eingesetzt werden, um dessen Wirkung zu verstärken. Allerdings können über TLR auch sehr schnell massive Entzündungsreaktionen ausgelöst werden, die ähnlich wie eine Blutvergiftung den Patienten umbringen können. Hier ist also Forschung mit vorsichtigen, kleinen Schritten gefragt.

Vorbild Natur

Die Natur selbst benutzt zur Bekämpfung der meisten Infektionen einen Kombinationsansatz aus humoralem Immunsystem (Antikörper) und Abwehrzellen. Vielleicht ist es also gar nicht so dumm, diesen Ansatz nachzuahmen: Ein therapeutischer Impfstoff um die Abwehrzellen scharf zu machen, Medikamente um die virale Latenz zu durchbrechen und die infizierten Zellen für das Immunsystem sichtbar zu ma-

chen und neutralisierende Antikörper die möglicherweise auch Stellen erreichen, an die die Abwehrzellen nicht vordringen können.

Schließlich berichtete Remi Fromentin noch über die mögliche Rolle von PD-1 für die Latenz von HIV.

PD-1 ist einer von mehreren "immune checkpoint blockers" (ICB), die negative Regulatoren der T-Zell-Aktivierung, Proliferation und Zytokinproduktion sind. Man nimmt an, dass durch die Verhinderung der T-Zell-Aktivierung durch ICBs die virale Latenz ermöglicht und aufrecht erhalten wird. PD-1 ist also eine Art „Bremse“ für T-Zellen, der ihre Aktivierung verhindert. Deshalb werden PD-1-Blocker in der Krebsbehandlung verwendet. Sobald die „Bremse“ gelöst wird, werden die T-Zellen aktiviert und bekämpfen die Krebszellen.

Mehr PD-1, größeres Reservoir?

Fromentin zeigte, dass nach einer HIV-Infektion CD4-Zellen mehr PD-1 bilden und die Menge mit der Größe des HIV-Reservoirs korreliert. PD-1-positive Zellen enthalten also mehr HIV-DNA. In ersten Studien führte die Zugabe von PD-1-Antikörpern zu Zellen von chronisch HIV-Infizierten zu einer verstärkten Virusfreisetzung. Man will deshalb den Einsatz die-

Klinische Studien und Resistenzen

Francois Raffi: "First-Line RAL+DRV/r is Non-Inferior to TDF/FTC+DRV/r: The NEAT001/ANRS143 Randomised Trial"

Für bestimmte Patienten wäre eine HIV-Therapie ohne Nukleosidanaloga wünschenswert. Bisherige Versuche, eine gleichwertig Alternative zu finden,

gingen alle mehr oder weniger nach hinten los.

In der vorgestellten Untersuchung wurde DRV/r (Prezista®800mg geboostet mit 100mg Norvir® einmal täglich)+TDF/FTC ® verglichen mit RAL (Isentress® 400mg zweimal täglich) plus DRV/r (Prezista®800mg geboostet mit 100mg Norvir® einmal täglich). Da die Studie nicht Plazebo-kontrolliert war, ist es auch der Vergleich eines Regimes mit einmal täglicher vs. zweimal täglicher Einnahme. Die Ergebnisse von 805 Patienten wurden über 96 Wochen erfasst.

Hinsichtlich der virologischen und immunologischen Ergebnisse war der RAL-Arm statistisch nicht unterlegen, auch wenn die Zahlen alle ein klein bisschen schlechter aussahen als die der klassischen Dreifachkombination.

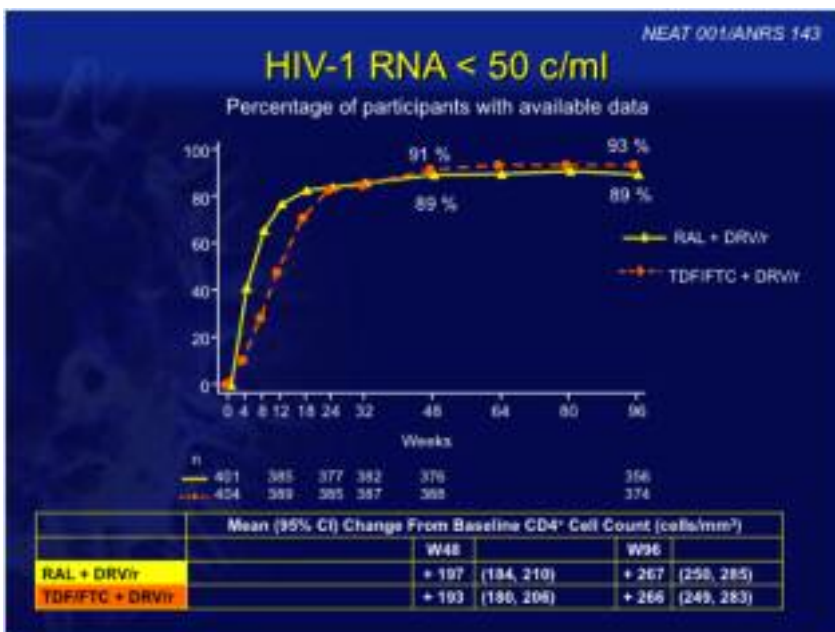
In der Untergruppe der Patienten mit weniger als 200 Helferzellen/µl bei Therapiebeginn war die Zweifachkombination allerdings unterlegen. Auch die Verträglichkeits- und Resistenzdaten waren weniger erfreulich als unter DRV/r+TDF/FTC. Alles in allem sehen die Autoren in der Kombination aus RAL+DRV/r (Isentress®+Prezista®/Norvir®) eine Alternative zur DRV/r+TDF/FTC (Prezista®/Norvir® + Truvada®) in der Ersttherapie, besonders bei Patienten mit mehr als 200 CD4-Zellen/µl.

Raphale J. Landovitz: „Efficacy and Tolerability of Atazanavir, Raltegravir or Darunavir With FTC/Tenofovir: ACTG5257“

In dieser Vergleichsstudie gängiger Ersttherapien sollten Wirksamkeit und Verträglichkeit über 96 Wochen verglichen werden. Pro Arm nahmen etwa 600 Patienten an der Studie teil. Hinsichtlich der Wirksam-

keit unterschieden sich die Arme nur im einstelligen Prozentbereich. Dabei erreichte nur die etwas bessere Wirksamkeit von RAL (Isentress®) im Vergleich zu DRV/r (Prezista®/Norvir®) statistische Signifikanz. Bei der Verträglichkeit schnitt DRV/r (Prezista®/Norvir®)signifikant besser ab als ATZ/r (Reyataz®/Norvir®) und RAL (Isentress®) war wiederum besser als die beiden Proteasehemmer.

Betrachtet man die Endpunkte Wirksamkeit und Verträglichkeit zusammen, ergibt sich eine klare Reihenfolge: RAL (Isentress®) besser als DRV/r (Prezista®/Norvir®) besser als ATZ/r (Reyataz®/Norvir®).



Hinsichtlich des Auftretens von Resistenzen nach einem Therapieversagen hatten wieder die Proteasehemmer die Nase vorn: Hier schnitt Prezista® am besten ab, gefolgt von Reyataz®.

Dafür stiegen unter den Proteasehemmer LDL und Triglyzeride stärker an.

Zusammenfassend waren die drei Kombinationen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit vergleichbar. DRV/r war besser verträglich als ATZ/r (bedingt durch die Hyperbilirubinämie) und beim kombinierten Endpunkt war RAL den beiden PI überlegen. Virologisches Versagen mit Resistenzentwicklung war insgesamt selten aber unter RAL etwas häufiger als unter den PIs. Die Studie wird noch in Bezug auf weitere Biomarker ausgewertet.

Jacob Lalezari: „Attachment Inhibitor Prodrug BMS-663068 in ARV-Experienced Subjects: Week 24 Analysis“

BMS-663068 ist das Prodrug eines Attachment-Inhibitors, der an das virale gp120 bindet und damit das Andocken des Virus an seine Zielzellen blockiert. Die Substanz wirkt gegen HIV-1 mit Ausnahme des Subtyps AE und der Gruppe O, unabhängig vom Tropismus. In einer 8-tägigen Monotherapie-Studie kam es zu einem Abfall der Viruslast zwischen 1,21 und 1,73 log. Jeweils 50 therapieerfahrene Patienten mit einer Viruslast von mehr als 1.000 Kopien/ml erhielten entweder:

- BMS-663068 400mg zweimal täglich + RAL 400mg zweimal täglich + TDF einmal täglich
- BMS-663068 800mg zweimal täglich + RAL 400mg zweimal täglich + TDF einmal täglich
- BMS-663068 600mg einmal täglich + RAL 400mg zweimal täglich + TDF einmal täglich
- BMS-663068 1200mg einmal täglich + RAL 400mg zweimal täglich + TDF einmal täglich
- ATV/r (300/100mg) einmal täglich + RAL 400mg zweimal täglich + TDF einmal täglich (Kontrollarm)

Die Wirksamkeit war in allen Armen vergleichbar (wie bei dem etwas ungewöhnlichen Backbone aus Isentress® und Viread® auch nicht anders zu erwarten war).

Auch die Verträglichkeit war in allen Armen ähnlich, so dass einer weiteren Entwicklung dieser neuen Substanz nichts im Wege steht.

Jeffrey A. Johnson: „Sensitive Screening Reveals Widespread Underestimation of Transmitted HIV Drug Resistance“

Diese Präsentation war das, was die Amerikaner einen „No-Brainer“ nennen: Wenn man genauer hinschaut,

sieht man auch mehr.

Oder etwas ausführlicher: In den USA werden bei etwa 14-16% der Neudiagnosen übertragene Resistenzen beobachtet. Mit sensitiveren Tests findet man allerdings mehr (je nach Mutation etwa 1-2% mehr). Das höchste Vorkommen von übertragenen Resistenzen fand man interessanterweise bei jungen Männern (13-19 Jahre) während die „versteckten“ Resistenzen am häufigsten bei den über 40jährigen waren.

David Margolis: „744 and Rilpivirine as Two-Drug Oral Maintenance Therapy: LAI116482 (LATTE) Week 48 Results“

GSK744 ist eine Weiterentwicklung des Integrasehemmers Dolutegravir mit einer langen Halbwertszeit von 40 Stunden.

In einer 4-armigen Studie mit EFV/TDF/FTC (Atripla®) als Vergleichsarm wurden drei Dosierungen von 744 (10, 30 und 60 mg einmal täglich) jeweils zusammen mit TDF/FTC (Truvada®) über 24 Wochen gegeben (Induktionsphase). Anschließend wurde in den drei 744-Armen Truvada® durch den NNRTI Rilpivirine (RPV) ersetzt. Insgesamt lief die Studie über 96 Wochen und umfasste pro Arm etwa 60 Patienten.

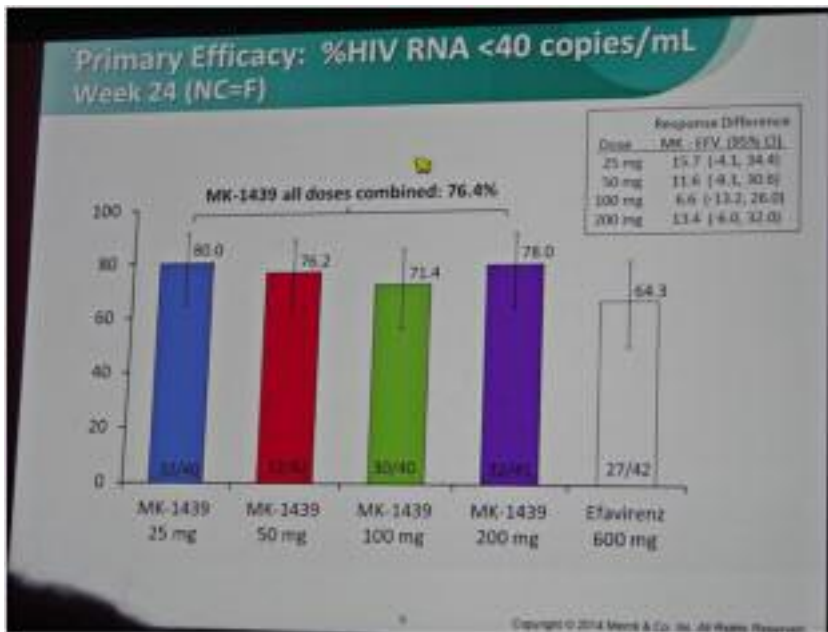
Nach 24 Wochen hatten 87% der Patienten, die 744 erhielten, eine Viruslast unter 50 Kopien/ml im Vergleich zu 74% der EFV-Patienten. Nach 96 Wochen lagen diese Werte bei 82% (744), bzw. 71% (EFV). Wie zu erwarten, gab es unter EFV mehr neuropsychiatrische Nebenwirkungen, dafür traten unter 744 Kopfschmerzen häufiger auf.

Die Ergebnisse dieser Studie unterstützen sowohl die Entwicklung von 744/RPV als orale Erhaltungstherapie als auch in Form einer Depotinjektion, die möglicherweise nur alle drei Monate verabreicht werden muss.

Javier O. Morales-Ramirez: „Safety and Antiviral Effect of MK-1439, A Novel NNRTI (+FTC/TDF) in ART-Naive HIV-Infected Patients“

Und wieder einmal dürfen wir uns einen neuen Substanznamen merken: MK-1439 heißt Doravirine. Die Substanz zeichnet sich durch Wirksamkeit gegen Viren mit den typischen NNRTI-Resistenzmutationen K103N, Y181C, G190A und E138K aus. In-vitro selektiert Doravirine die Resistenzmutationen V106A, F227L und L234I, wobei die beiden ersten keine Kreuzresistenz zu Etravirine oder Rilpivirin bewirken.

In einer Dosisfindungsstudie wurden 25, 50, 100 oder 200 mg Doravirin mit TDF/FTC (Truvada®) einmal täglich verabreicht. Jeweils 40 Patienten pro Arm wurden über 24 Wochen behandelt. Als Vergleich



diente die Kombination EFV/TDF/FTC (Atripla®). Die Wirksamkeit war in allen Armen vergleichbar:

Auch die Verträglichkeit war – bis auf die EFV-typischen Nebenwirkungen – ähnlich. Für die weitere klinische Entwicklung wurde die 100mg-Dosierung von Doravirine ausgewählt.

Epidemiologie und Prävention (Achtung: Der Höhepunkt kommt zum Schluss!)

Nikos Pantazis: “Temporal Trends in Prognostic Markers of HIV-1 Virulence and Transmissibility”
Immer wieder wird diskutiert, ob HIV-1 im Laufe der Zeit virulenter und / oder leichter übertragbar geworden ist. Die hierzu verfügbaren Daten sind widersprüchlich. Nun wurde versucht, der Frage mit Daten der CASCADE-Kohorte nachzugehen. Untersucht wurden die Daten von 15.875 Patienten, die bei Seroconversion älter als 15 Jahre waren, sich vor 2009 infiziert hatten und von denen mindestens eine Viruslast- und CD4-Zellbestimmung vorlag. Die Ergebnisse überraschen:

- In den letzten 30 Jahren (von 1980 bis 2004) verringerte sich die Zeitspanne von der Infektion bis zu einem CD4-Wert von unter 350/μl von 7 Jahren auf 3,4 Jahre.
- Im selben Zeitraum stieg der virale Set-Point um 0,4 log an.
- Dies entspräche einem 44%igem Anstieg in der Übertragbarkeit.

Hong Ha M. Truong: „Transmission Clusters, Recent Infection and STIs Among New HIV Cases: Implication for Prevention“

In dieser Untersuchung aus San Francisco wurden die Daten von 1.311 neu diagnostizierten HIV-Infizierten ausgewertet. Es zeigte sich, dass bei einem Viertel dieser Fälle auch eine kürzlich zurückliegende sexuell übertragbare Infektion festgestellt worden war. Mehr als die Hälfte der Neuinfektionen war auf ein Übertragungsnetzwerk („transmission cluster“) zurückzuführen, das heißt, mehrere Personen infizierten sich nacheinander ($A \rightarrow B \rightarrow C \rightarrow$) oder eine

Person infiziert mehrere andere ($A \rightarrow B, C, D$). Wahrscheinlich ist dieser Anteil in Wirklichkeit sogar noch höher, da eine Übertragung von Personen, die nicht in dieser Untersuchung vertreten war, auch nicht erfasst werden konnte.

Chasity D. Andrews: „Correlating GSK1265744 Plasma Levels To Prevention of Rectal SHIV Transmission in Macaques“

GSK744 (so die Kurzform) ist eine leicht modifizierte Form von Dolutegravir, die als Nanosuspension für die i.m. Verabreichung entwickelt wird. Bei einer Gabe von 800mg i.m. (zwei Spritzen á 2ml) bleiben die Plasmaspiegel für mindestens 12 Wochen überhalb der 4fachen IC_{90} (korrigiert für die Bindung an Plasmaproteine, $PAIC_{90}$). In Makaken ist die Pharmakokinetik anders, bei diesen Tieren müssen 50mg/kg verabreicht werden. In der Untersuchung an 16 Tieren mit wöchentlichen rektalen Expositionen („rectal challenge“) ergab sich ein 100%iger Schutz, wenn die Wirkstoffspiegel über der 3fachen $PAIC_{90}$ lagen, bei Werten über der einfachen $PAIC_{90}$ lag die Schutzwirkung immerhin noch bei 97%. Auf Grund dieser Daten werden im Frühjahr 2014 Phase-2-Studien am Menschen beginnen.

Jessica Radzio: „Monthly GSK744 Long-Acting Injections Protect Macaques Against Repeated Vaginal SHIV Exposures“

Die Konzentration von GSK744 im vaginalen Sekret ist deutlich geringer als im analen (c_{max} im Plasma 3,4 μg/ml, im Analsekret 2,2 μg/ml, im Vaginalsekret 0,9 μg/ml). Monatliche Injektionen konnten die Tiere dennoch vor einer Infektion bei vaginaler Exposition schützen.

Beatrice A. Chen: „Safety and Pharmacokinetics/Pharmacodynamics of Dapivirine and Maraviroc Vaginal Rings“

Bisherige Studien, bei denen die PrEP täglich oral genommen oder vaginal appliziert werden musste, hatten eher enttäuschende Ergebnisse, da die Adhärenz nicht optimal war. Vaginalringe sind eine attraktive Option, da sie wenig Aufwand erfordern, eine diskrete Anwendung ermöglichen und mehrere Substanzen über längere Zeit eingesetzt werden können. In dieser Untersuchung wurden Vaginalringe mit Plazebo, 25 mg Dapivirin (einem NNRTI), 100 mg Maraviroc sowie 25 mg Dapivirin plus 100 mg Maraviroc verglichen. Dabei blieb der Ring 28 Tage eingesetzt. Untersucht wurden 48 HIV-negative, sexuell abstinenten Frauen im Alter von 18-40 Jahren. Die Verträglichkeit war gut. Die Dapivirin-Spiegel in Cervix-Biopsien nach 28 Tagen lagen mehr als 10fach über der IC90, während Maraviroc kaum nachweisbar war. Ex vivo wurden Infektionsversuche mit dem Biopsiematerial gemacht. Dabei korrelierten die gefundenen Spiegel von Dapivirin mit der Schutzwirkung, die Maraviroc-Spiegel waren dafür zu gering.

Katherine E. Bunge: „FAME-02: A Phase I Trial to Assess Safety, PK and PD of Gel and Film Formulations of Dapivirin“

Neben dem Einsatz in Vaginalringen werden noch weitere topische Anwendungsformen von Dapivirin erprobt: Als Gel und Film.

Film und Gel wurden bei 60 Frauen mit den entsprechenden Plazebos verglichen. Mit dem Film wurden Wirkstoffspiegel erreicht, die der des Vaginalrings entsprachen aber etwas niedriger lagen als beim Gel.

Einige Frauen beklagten die etwas schwierige Handhabung (der Film klebte scheinbar schon an den Fingern), so dass diese Darreichungsform wohl noch weiter optimiert werden kann.

Jared Baeten: „Single Agent TDF Versus Combination FTC/TDF PrEP Among Heterosexual Men and Women“

Bisherige Studien mit oraler PrEP haben entweder TDF (Viread®) alleine oder die Kombination aus TDF und FTC (Truvada®) untersucht. Dabei waren die gefundenen Unterschiede statistisch nicht signifikant. Dies sollte in einer Verlängerung der Partners PrEP-Studie näher untersucht werden. Die Studie begann im Juli 2008, im Juli 2011 empfahl das DSMB eine Entblindung, da der Vorteil von TDF bzw. TDF+FTC gegenüber Plazebo signifikant war. Danach wurden die bisherigen Plazebo-Empfänger erneut randomisiert und erhielten nun TDF oder TDF+FTC bis zum Ende der Studie im Dezember 2012. Insgesamt konnten 8.791 Personenjahre ausgewertet werden, in der TDF-Gruppe kam es zu 31 Infektionen, in der TDF+FTC-Gruppe zu 21 was einer HIV-Inzidenz pro 100 Personenjahren von 0,7 bzw. 0,48 entspricht. Der Unterschied war nicht statistisch signifikant. Auch bei Subgruppenanalysen ergab sich kein signifikanter Vorteil für die Kombination.

Ariane van der Straten: „Divergent Adherence Estimates With Pharmacokinetic and Behavioral Measures in VOICE (MTN003)“

Bekanntlich versagte die PrEP in der VOICE-Studie kläglich – schlicht und einfach deshalb, weil die Frauen das Gel nicht anwendeten bzw. die Pillen nicht schluckten. Obwohl sie selbst die Anwendung dokumentierten bzw. bei Interviews zu Protokoll gaben, entsprach dies nicht der Realität (bzw. der Spiegelmessung). Für die Korrelation von Adhärenz zu Wirkung benötigen wir also dringend objektive Marker.

DAS HIGHLIGHT: Alison Rodger: „HIV transmission risk through condomless sex if the HIV positive partner is on suppressive ART: PARTNER Study“

Das Risiko einer HIV-Übertragung bei Kontakt mit einer HIV-positiven Person mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze wird

Rationale

- Films are an inexpensive, scalable, chemically and physically stable solid dosing form for delivery of drugs
- For vaginal delivery, films are more discreet, portable, and easier to store than gels
- The small volume of films relative to gels may translate to decreased dilution of endogenous antiviral properties of vaginal fluid
- Dapivirine is a potent NNRTI
- FAME-02 is the first evaluation of a vaginal film containing an antiretroviral microbicide in humans

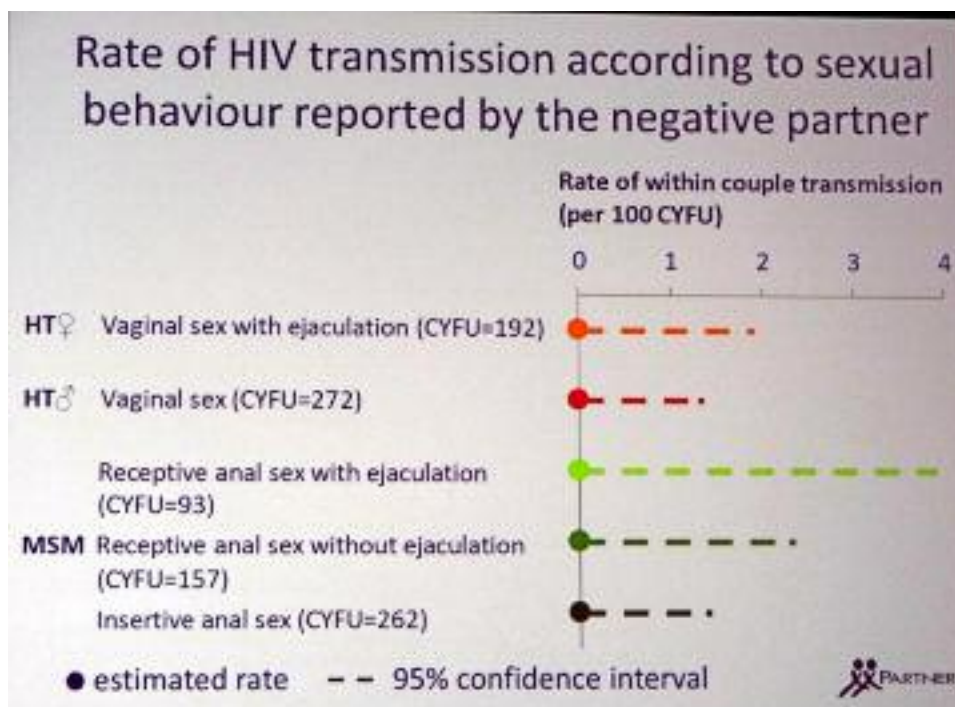
FILM ANTIRETROVIRAL MICROBICIDE EVALUATION

immer noch unterschiedlich eingeschätzt. Bis jetzt gab es nur sehr begrenzte Daten aus Paar-Untersuchungen (330 Paar-Jahre), noch dazu kaum Daten für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM).

In die Studie wurden (und werden) Paare aufgenommen, die Sex ohne Kondome praktizieren, weder PrEP noch PEP anwenden wobei der infizierte Partner in den letzten 12 Monaten eine Virulast unter 200 Kopien/ml hatte. Bis 01.11.2013 wurden 1.100 Paare rekrutiert. Die Daten von 767 Paaren (894 Follow-Up-Jahre, d.h. mehr als doppelt so viel wie die bisherige Datenbasis!) wurden ausgewertet. Das Ergebnis ist schnell dargestellt: Es kam zu keiner „linked transmission“, d.h. zu keiner Übertragung vom HIV-positiven auf den HIV-negativen Partner.

Auf Grund der Tücken der Statistik (d.h. der Breite des Konfidenzintervalls, siehe Bild) muss man dennoch vorsichtig mit Schlussfolgerungen sein. Um die Unsicherheit noch weiter verringern zu können, sollten die endgültigen Ergebnisse der Studie, die noch bis 2017 läuft, abgewartet werden. Nach ihrer Einschätzung gefragt, meinte Alison Rodger: „Our best guess: The risk is zero.“ Mit anderen Worten: Jede(r) muss selbst entscheiden, welchen Grad an Sicherheit man haben will. Aber schon jetzt ist klar, kondomloser Sex mit einem HIV-Infizierten, dessen Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt, ist mindestens genau so sicher wie bei Verwendung von Kondomen.

S. Schwarze



HIV schützt vor nichts – oder vielleicht doch?

Für die die schon länger in der Betreuung HIV-infizierter Patienten tätigen Ärzte war das ein sehr gängiges Problem: ein Patient mit HIV-Infektion stellt sich vor mit unklarem Fieber. Naheliegender war der Gedanke, die Ursache des Fiebers in der HIV-Infektion oder einer opportunistischen Infektion bei fortgeschrittenem Immundefekt anzunehmen. Das war wie ein gebahnter Reflex. Aber die Frage, was der Patient als Fieberursache haben könnte, wenn er keine HIV-Infektion und keinen Immundefekt hätte, musste auch gestellt werden. Um die jungen Kollegen auf diese Spur zu führen, habe ich dann immer gesagt „HIV schützt vor nichts“.

Ist diese Aussage grundsätzlich und immer richtig? Neuere Daten lassen daran zweifeln. In der Ärztezeitung vom 15.01.2014 (1) wird berichtet, dass HIV-infizierte keine multiple Sklerose (MS) bekommen. Dies wurde auf einen MS-Kongress in London berichtet, dass unter zahllosen Publikationen zu HIV und AIDS und fast ebenso vielen zu MS nur eine einzige Fallbeschreibung existiert, demzufolge ein Patient mit HIV-Infektion eine MS hatte.

Diesem Phänomen ist man in Großbritannien nachgegangen durch Aktenstudium an 21.200 Patienten mit HIV-Infektion zwischen 1999 und 2011 und einer Kontrollgruppe aus 6,7 Millionen Briten ohne Hinweis auf HIV. Es wurden „Matched-Controls“ gebildet, also Patientengruppen, die bezüglich Alter, Geschlecht und sozialem Status in beiden Gruppen vergleichbar waren. Bei 152.000 Personenn Jahren in der HIV-Gruppe betrug die MS-Inzidenz etwa 7 pro 100.000 Personenn Jahre, in der Kontrollgruppe mit 42 Millionen Personenn Jahren dagegen 18,3 pro 100.000 Personenn Jahre. Die MS-Inzidenz bei den HIV-Infizierten

lag damit um 62 % niedriger als in der Kontrollpopulation, ein hochsignifikanter Unterschied.

Wie könnte man den Unterschied erklären, d.h. den Schutz der HIV-Infizierten vor einer Multiplen Sklerose?

Könnte die HIV-Infektion selbst dafür verantwortlich sein oder eine entsprechende antiretrovirale Therapie? Im Weiteren ging man dieser Frage zunächst mit Prüfung von Krankenakten nach. Man ging davon aus, dass die HIV-Infizierten bei der erstmaligen Erwähnung der HIV-Infektion in den Klinikakten noch nicht oder noch nicht lange gegen das Virus therapiert wurden, ein Jahr später aber fast alle eine antiretrovirale Therapie erhielten. Lässt man nun das erste Jahr bei solchen Patienten in der Analyse weg, zeigte sich eine MS-Inzidenz unter einer vermuteten HIV-Behandlung sogar um 80 % geringer als in der Kontrollgruppe. Dies wurde als starkes Indiz für die Wirkung der antiretroviralen Therapie als Schutzfaktor gewertet.

Wenn nicht HIV selbst, warum dann die Therapie dagegen?

Multiple Sklerose ist eine Autoimmunkrankheit des zentralen Nervensystems, die oft in Schüben verläuft mit unklarer Pathogenese. Welche Auslöser den Autoimmunprozess in Gang bringen können, ist immer noch unerforscht. Seit vielen Jahren jedoch werden Viren - also infektiöse Partikel als Ursache diskutiert. Schon Ende der 80er Jahre wurden endogene Retroviren verdächtigt, bei der Entwicklung der menschlichen Demenz eine Rolle zu spielen (2). Seit etwa 2010 konzentriert sich die diesbezügliche Forschung auf eine Assoziation oder gar einen kausalen Zusammenhang zwischen humanen endogenen Retroviren (HERV) und Erkrankungen des zentralen Nervensystems, insbesondere auf Autoimmunkrankheiten wie multiple Sklerose (3,4). Von mehreren Arbeitsgruppen wurden unterschiedliche retrovirale Elemente im Zentralnervensystem bei MS nachgewiesen. Einer dänischen Gruppe gelang der Nachweis von endogenen Retrovirusstrukturen nicht nur bei vielen MS-Patienten, sondern insbesondere bei Patienten mit einem akuten Schub (5) sowie bei Patienten, deren MS mit einem akuten Anfall begann (6). In einer neuesten Arbeit konnten bestimmte Restriktionsgene für Retroviren bei Patienten mit hohem Risiko, eine MS zu entwickeln, gefunden werden (7).

Was sind endogene Retroviren?

Es handelt sich um Viren, die keinen vollständigen Replikationszyklus durchlaufen, d.h. von den infizierten Zellen nicht neu gebildet werden können. Sie

liegen als Virusvorstufe (Provirus) in der Zelle vor und werden von einer Generation zur anderen im genetischen Material des Wirts weitervererbt. Solche Viren können seit Urzeiten im menschlichen Genom vorhanden sein und weil viele Veränderungen dieser Viren (Mutationen) eingetreten sind, sind diese Viren nicht (mehr) vermehrungsfähig. Das Humangenomprojekt hat als ein Ergebnis erbracht, dass 6 bis 8 % des menschlichen Genoms aus endogenen Retrovirusmaterial besteht, inzwischen wurden Tausende von endogenen Retroviren gefunden und in verschiedene Familien eingeteilt. Da jeder Mensch einen hohen Anteil an endogenen Retroviren hat, Virusanteile also bei jedem nachweisbar sind, ist naturgemäß die Zuordnung bestimmter Retrovirusstrukturen zu bestimmten Krankheiten sehr schwierig. Dass endogene Retroviren eine Immunantwort, also eine Antikörperbildung auslösen können, ist schon lange bekannt und wurde gehäuft bei Patienten mit Leukämien, malignen Lymphomen und Hirntumoren gefunden (8).

Die beschriebenen wissenschaftlichen Befunde sind für die Entstehungsgeschichte mancher Krankheit sicher von größter Bedeutung weil mit der Verfügbarkeit der Therapie gegen HIV potenziell Medikamente auch gegen endogene Retroviren verfügbar werden. Da die antiretrovirale Therapie gegen HIV hochwirksam ist, aber in der ersten und zweiten Generation nicht unerhebliche Nebenwirkungen hatte, waren Therapieversuche bei anderen Krankheiten mit unklarer Pathogenese nicht zu rechtfertigen. Die inzwischen deutlich verbesserte Verträglichkeit der ART legt aber therapeutische Versuche, wie z.B. bei multipler Sklerose, nahe. Die populationsbasierten epidemiologischen Befunde zur Häufigkeit von MS bei britischen Patienten mit und ohne HIV-Infektion deuten auf eine neue Indikation für diese Medikamente hin. Man darf gespannt sein, was die erste geplante Studie (INSPIRE) mit antiretroviraler Therapie bei multipler Sklerose erbringt. Bei einem positiven Ergebnis können wir den Satz „HIV schützt vor nichts“ endgültig ad acta legen. Die Zukunft wird möglicherweise noch mehrere Krankheiten erbringen, vor denen weniger HIV selbst als vielmehr die Therapie dagegen schützt.

Literatur beim Verfasser

F. Goebel
Praxis Dr. Levin/Prof. Goebel
Theatinerstraße 45
80333 München
Tel: 089/220 222

Die Überlebenden des Blut-Aids-Skandals fordern Gerechtigkeit

Der Film „Blutgeld“, der im Oktober 2013 im ZDF ausgestrahlt wurde hat Deutschlands größten Medizinskandal thematisiert und so auf eindrückliche Weise das Schicksal der Opfer erneut in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt.

Seit fast 40 Jahren fordern HIV- und HCV-infizierte Hämophile (Bluter), Patienten mit einem von-Willebrand-Syndrom sowie Menschen, die nach schweren Unfällen oder großen operativen Eingriffen Gerinnungspräparate erhalten haben, ihr Recht auf Entschädigungen und die Anerkennung des ihnen zugefügten Schadens und Leidens ein. Die politisch Verantwortlichen und die Pharmaindustrie schweigen und verhindern für HCV-Infizierte bis heute eine Entschädigungslösung, wie sie in vielen europäischen Nachbarländern längst gefunden wurde. Die mit verunreinigten Gerinnungspräparaten infizierten Betroffenen leiden an den Folgen dieser chronischen und oft tödlichen Erkrankungen. Ein Großteil der HIV-Infizierten ist längst verstorben und die Todesrate unter den HCV-Infizierten nimmt besorgniserregend zu.

Hämophilie ist eine angeborene Störung der Blutgerinnung. Den Betroffenen fehlt ein Eiweiß im Blut (Faktor VIII oder Faktor IV), das für die Gerinnung notwendig ist. Es handelt sich um einen X-chromosomal vererbaren Defekt, der fast ausschließlich Männer betrifft.

Bis in die 50er Jahre konnten Hämophile nicht behandelt werden, und so erlitten sie qualvoll schwerste Schäden am Bewegungsapparat und letztlich lebensbedrohliche Blutungen (in vielen Drittel-Ländern ist dies bis heute noch so). Die meisten verstarben bereits in jungen Jahren. Das „von-Willebrand-Syndrom“, welches auch Frauen treffen kann, zeigt in seiner schweren Verlaufsform ein ähnliches Krankheitsbild und ist mit einer Häufigkeit von etwa 1% der Gesamtbevölkerung die häufigste angeborene Blutstillungsstörung.

Die industrielle Herstellung von Faktorpräparaten ab den 1970er Jahren ermöglichte es den jungen Hämophilen, zum ersten Mal ein einigermaßen „normales“ Leben zu führen, in dem sie sich den fehlenden Ge-

rinnungsfaktor selbst injizierten (Heimselfbehandlung). So blieben den Heranwachsenden viele Krankenhausaufenthalte, Schmerzen und Verkrüppelungen erspart. Sie durften als Kinder „spielen“, in die Schule gehen und später einen Beruf erlernen und ausüben.

Der dringend benötigte Gerinnungsfaktor konnte bis in die 90er Jahre ausschließlich aus menschlichem Blut- bzw. Plasmaspenden gewonnen werden. Bis 1985 kamen 90 Prozent der Spenden von bezahlten Spendern; wie wir heute wissen, häufig aus epidemiologisch bedenklichen Regionen der USA (so genannten „hotspots“) mit einem hohen Anteil an HIV- und HCV-infizierten Spendern. So kam es, dass mit dem Blut oft auch diese Krankheitserreger „gespendet“ wurden. Da die Blutspenden in riesigen Pools gesammelt wurden, reichte eine einzige Spende eines HIV- oder HCV-Infizierten aus, eine ganze Charge medizinischer Produkte zu kontaminieren. Auch Patienten, die nur einmal bei einer Operation oder nach einem Unfall Faktor benötigten, sind so mit einer einzigen Infusion lebenslang geschädigt worden.

Rund 4.500 Hämophile, darunter auch viele Kinder, sind in den 1970er und 1980er Jahren in beiden Teilen Deutschlands mit HIV und/oder mit Hepatitis-B sowie Hepatitis-C-Viren (HCV) infiziert worden. Das Risiko einer Infektion mit HCV (damals noch Hepatitis nonA/nonB genannt) war bereits in den 1960ern bekannt gewesen. 1975 prophezeite Prof. Schimpf, dass diese Infektion weitaus schwerere Veränderungen an der Leber hervorrufen würde als bisher angenommen worden war.

Nachdem bereits viele Experten auf die Risiken von Infektionen durch Blut und Blutprodukte hingewiesen hatten und seit 1982 auch für HIV der Übertragungsweg durch Blut bekannt war, versäumten es die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder dennoch zu lange, importiertes Blutplasma gemäß den deutschen Vorschriften zu kontrollieren, den Ausschluss von Risikogruppen von der Blutspende zu fordern und Virusinaktivierungsverfahren vorzuschreiben. Sorglosigkeit und wohl auch eine gewisse Nachgiebigkeit gegenüber der Pharmaindustrie verzögerten die nötigen Schritte. Wider besseren Wissens und sehr wahrscheinlich von Profitmaximierung geleitet, hat auch die Pharmaindustrie die Sicherheitsmaßnahmen sträflich vernachlässigt.

Mehr als 1.000 der ca. 1.500 mit HIV infizierten Hämophile mussten diese Versäumnisse mit dem Leben bezahlen. Ebenso sind bereits 500 HCV-infizierte Hä-

mophile an den Folgen ihrer HCV- Infektion verstorben. Da HCV in vielen Fällen erst nach vielen Jahren zu Leberversagen und Leberkrebs führt, bleibt das lange Leiden dieser Patientengruppe oft im Verborgenen, wird von Außenstehenden kaum wahrgenommen und findet nur selten mediale Beachtung.

Prof. Dr. Wolfgang Schramm vom Hämophilie-Zentrum München führt seit Jahren eine Todesursachenstatistik. Diese belegt eine kontinuierliche Zunahme der HCV-bedingten Todesfälle bei Hämophilen. Lebererkrankungen sind mittlerweile die Haupttodesursache bei Blutern. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren vermutlich noch verstärken.

Dr. Edward Shanbrom aus den Vereinigten Staaten entwickelte 1977 ein Verfahren, um das Risiko der Hepatitis-Übertragungen (welches damals schon bekannt war) zu eliminieren. Doch kein Unternehmen wollte das Patent kaufen und nutzen. Erst nach Ausbruch der HIV-Katastrophe Mitte der 1980er Jahre wurde es von einem der plasmaverarbeitenden Hersteller erworben. Da war es für viele Betroffene zu spät; sie waren schon mit HI-Viren und/oder Hepatitis-C-Viren infiziert. Dabei stand in Deutschland für die Behandlung der Hämophilie sogar bereits ab 1976 ein virusinaktiviertes PPSB-Konzentrat der Firma Biotest zur Verfügung. 1978 kam ein pasteurisiertes Produkt der Firma Behring für die Behandlung der Hämophilie A im Rahmen von klinischen Studien zur Anwendung (1981 Marktzulassung). Jedoch blieben die kontaminierten Medikamentenchargen trotzdem im Umlauf und wurden nicht zurückgerufen. Anfänglich weigerten sich auch viele Krankenkassen, die teureren virusinaktivierten Produkte zu bezahlen und setzten die Ärzteschaft entsprechend unter Druck – leider zu meist mit Erfolg.

All das wurde von dem damaligen Bundesgesundheitsamt und der Pharmazeutischen Industrie bis Mitte der 1980er Jahre ignoriert bzw. verdrängt. In der ehemaligen DDR wurden Hämophile noch bis zur Wende mit nicht virusinaktivierten und damit möglicherweise infektiösen Gerinnungsfaktoren behandelt. Zusätzlich erhielten durch die Anti-D-Prophylaxe (Rhesus-Prophylaxe) in der DDR etwa 6700 schwangere Frauen in den Jahren 1978 und 1979 mit Hepatitis C verseuchte Immunglobuline.

Erst 1995 reagierte die damalige Bundesregierung nach jahrelangen Verhandlungen und Beweissammlungen in dem „Untersuchungsausschuss Blut“ mit dem HIV-Hilfegesetz und gründete die „Stiftung Hu-

manitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV- infizierte Personen“, die auch verwitwete Ehepartner sowie Waisen und deren Angehörige berücksichtigt. Jedoch ist die Finanzierung der Stiftung keineswegs gesichert. Durch die Erfolge der HIV Behandlung und der damit verbundenen Verlängerung der Lebenserwartung, mit der bei Einrichtung der Stiftung niemand gerechnet hätte, werden die zur Verfügung gestellten Mittel bis 2015 aufgebraucht sein. Die Höhe der Leistungen wurde im Übrigen nie an die gestiegenen Lebenshaltungskosten angepasst.

Auf die Leistungen der Stiftung sind die heute noch lebenden HIV-infizierten Bluter (90% sind doppelinfiziert und nicht arbeitsfähig) dringend angewiesen. Nur durch eine angemessene Entschädigung kann das Leiden der Betroffenen gemildert werden. Deshalb müssen die Stiftungsgelder dringend langfristig gesichert und nachbezuschusst werden.

Anders als die HIV-infizierten Betroffenen haben die mit dem Hepatitis-C-Virus infizierten Hämophilen bislang weder ein Schuldeingeständnis durch die Verantwortlichen noch eine finanzielle Entschädigung erhalten. Diese Ungleichstellung ist wenig plausibel, da die HIV- und die HCV-Infektionen auf demselben Weg erfolgten – durch infizierte Gerinnungspräparate.

Eine Durchführung einer HCV-Therapie bringt oft schwere Nebenwirkungen mit sich – vergleichbar einer Chemotherapie –, die nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen massiv beeinträchtigen sondern auch dazu führen, dass die Patienten oft nur bedingt arbeitsfähig und somit von einem weiteren sozialen Abstieg bedroht sind. Außerdem ist die Erfolgsrate einer HCV-Therapie bei Blutern bis heute deutlich geringer als bei anderen Infizierten, da sie bereits seit langer Zeit und oft auch mit verschiedenen Virustypen infiziert sind und über Jahre immer wieder und weiter infektiöse Faktorpräparate injizierten. Zahlreiche Anstrengungen seitens der Deutschen Hämophiliegesellschaft (DHG e.V.) und anderer Interessensvertretungen und zahlreiche Versuche, auf dem Klagewege voranzukommen und endlich eine angemessene Entschädigungsregelung für Hepatitis-C-Infizierte zu erreichen, deren Erkrankung auf infizierte Blutprodukte zurückzuführen ist, haben bis heute keinen Erfolg gezeigt.

Doch wir geben nicht auf und fordern von den Verantwortlichen:

1. Die Versäumnisse öffentlich einzugestehen und dieses „Kapitel“ der Medizingeschichte für die Opfer würdig abzuschließen.
2. Eine angemessene Entschädigung der HCV-Geschädigten. Als Absicherung für die Betroffenen ist eine finanzielle Entschädigung dringend erforderlich und könnte dazu beitragen, ihnen wenigstens die verbleibende Lebenszeit erträglicher zu gestalten.
3. Die verlässliche Fortführung der Stiftung für HIV-Infizierte bis zur Beendigung des Stiftungszweckes, inklusive Anpassung der Leistungen an die Lebenshaltungskosten.

Die Geschehnisse sollten eine Mahnung sein, Blutprodukte sorgsam zu überwachen und die Arzneimittelsicherheit insgesamt kontinuierlich zu verbessern, damit so etwas niemals wieder geschehen kann!

Weitere Informationen unter:

<http://www.zdf.de/Dokumentation/Blutgeld-30309420.html>

<http://www.dhg.de/informationen/hiv-und-hcv/hcv/hcv-entschaedigung.html#c562>

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/12/085/1208591.pdf>

<http://robinblood.org>

Annette Piecha und Werner Kalnins für die

Deutsche Hämophiliegesellschaft (DHG) e. V.

Neumann-Reichardt-Str. 34

22041 Hamburg

Tel.: (040) 672 29 70

Fax: (040) 672 49 44

E-Mail: dhg@dhg.de

Der direkte Draht zu Projekt Information:

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

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

Fr : 10:00 - 12:00 und 13:00 - 14:00

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

Medizin & Forschung

Nachrichten aus der Industrie

Am 18. Januar 2014 hat die Europäische Arzneimittelbehörde **Sofosbuvir** (Sovaldi®) zur Behandlung der Hepatitis C zugelassen. Wie bereits im letzten Heft berichtet, gehörtet dieses Medikament zu einer ganzen Reihe von Neuentwicklungen, die in nächster Zeit auf den Markt drängen werden. Momentan erstreckt sich die Zulassung von Sofosbuvir noch auf eine Kombination mit pegyliertem Interferon und Ribavirin (bzw. unter bestimmten Umständen nur mit Ribavirin). Voraussichtlich ab Mitte des Jahres werden aber weitere Substanzen verfügbar werden, die Interferon und wohl auch Ribavirin für die meisten Patienten überflüssig werden lassen. Damit wird die Hepatitis C-Therapie nicht nur deutlich weniger Zeit beanspruchend (12-24 Wochen statt 48-96 Wochen) sondern auch besser verträglich werden. Atemberaubend ist allerdings der Preis: Eine Monatspackung Sovaldi® kostet 19.999,46 Euro! Damit setzte sich der Hersteller Gilead internationaler Kritik aus, da ein Großteil der Hepatitis C-Infizierten in Entwicklungsländern lebt und die hohen Kosten eine Behandlung dort unmöglich machen. Doch auch für Länder mit einem gut entwickelten Gesundheitssystem wie Deutschland stellen diese Kosten eine Herausforderung dar. Geht man doch in Deutschland von mindestens 400.000 chronisch mit HCV infizierten Menschen aus. Wollte man alle diese Menschen behandeln, beliefen sich alleine die Kosten für eine dreimonatige Behandlung mit Sovaldi® auf 24 Milliarden Euro!

Möglicherweise in Zusammenhang mit der Zulassung von Sofosbuvir aber auch auf Grund enttäuschender Studiendaten hat Boehringer Ingelheim die weitere Entwicklung des Wirkstoffs **Deleobuvir** zur Behandlung der Hepatitis C eingestellt. Die bereits laufende Zulassung (in den USA) von Faldaprevir soll davon nicht betroffen sein.

Am 22. Januar 2014 hat die Europäische Arzneimittelbehörde den HIV-Integrasehemmer **Dolutegravir** (Tivicay®) des Herstellers viiv zugelassen. Dolutegravir wird als eine 50mg-Tablette einmal täglich zu-

sammen mit anderen HIV-Medikamenten eingesetzt. Bei bereits bestehenden Resistenzen gegen andere Integrasehemmer wie Raltegravir (Isentress®) oder Elvitegravir (Vitekta® und in Stribild® enthalten), ist die Dosis zweimal täglich 50 mg. Der Preis für die Monatspackung (bei einmal täglicher Dosierung) liegt bei 926,36 und damit 43 Euro über dem von Isentress®.

S. Schwarze

Grundlegend & Wissenswert

PEP mit Isentress® und Truvada®

Seit der Verfügbarkeit der ersten Medikamente gegen HIV gibt es das Konzept der „Post-Expositions-Prophylaxe“ (PEP). Dabei gibt man Menschen, die sich möglicherweise mit HIV infiziert haben könnten, möglichst schnell (auf jeden Fall innerhalb von 48 Stunden) HIV-Medikamente in der Hoffnung, damit das Angehen der Infektion zu verhindern. In den Leitlinien zu PEP wird immer noch die Kombination aus Kaletra® und Truvada® empfohlen, obwohl die Verträglichkeit dieser Kombination nicht optimal ist (Durchfall!). Auch aus theoretischen Überlegungen macht es Sinn, Substanzen einzusetzen, die früher im Vermehrungszyklus des Virus ansetzen als ein Proteasehemmer (dieser wirkt erst, wenn das Virus sich schon in das Erbmateriale der Zelle integriert hat und genau das möchte man ja eigentlich verhindern).

In einer australischen Untersuchung wurden nun schwule Männer, die kondomlosen Sex mit einem HIV-Positiven oder ungeschützten Sex mit einer Person mit unbekanntem HIV-Status gehabt hatten, auf zwei Arme aufgeteilt: Bei „höherem Risiko“ (bekannt HIV-positiver Partner und/oder aufnehmender Analverkehr) erhielten die Probanden TDF/FTC (Truvada®) und RAL (Isentress®), in allen anderen Fällen lediglich Truvada®.

Das erfreuliche Ergebnis vorneweg: Es kam in keinem Fall zu einer HIV-Infektion.

91 Probanden hatten die Dreifachkombination erhalten, davon nahmen 79 die Kombination über vier Wo-

chen ein. 8 Patienten klagten über Muskelschmerzen, teilweise mit Erhöhung der Kreatinkinase.

Interessanterweise hatten 46% der Teilnehmer Begleitmedikamente, die möglicherweise mit einem HIV-Proteasehemmer Wechselwirkungen verursacht hätten. Außerdem berichteten 42% über Konsum illegaler Substanzen (vor allem Crystal Meth, aber auch GHB, Ecstasy, Marihuana, Kokain und Ketamin), bei denen auch das Potenzial für Interaktionen bestanden hätte.

Wegen der allgemein guten Verträglichkeit und der Vermeidung von Wechselwirkungen schätzen die Autoren die Kombination aus Isentress® und Truvada® als günstige Alternative zu momentan empfohlenen Kombinationen ein. Allerdings sollten weitere Studien die Adhärenz und vor allem auch die Sicherheit in Bezug auf muskuläre Nebenwirkungen überprüfen.

Quelle: McAlliste J et al.: „Raltegravir-emtricitabine-tenofovir as HIV nonoccupational post-exposure prophylaxis in men who have sex with men: safety, tolerability and adherence“, HIV Medicine (2014), 15, 13-22

S. Schwarze

Leben mit HIV

„Echte“ Risikolebensversicherung jetzt möglich

Ob es um die finanzielle Absicherung von Partnern oder Kindern geht oder beispielsweise die Bank im Zusammenhang mit einer Finanzierung den Nachweis einer Lebensversicherung fordert: Die Todesfallabsicherung ist für HIV-Betroffene ein problematisches Feld.

Kleine Lösungen wie Sterbegeldtarife oder Todesfallsummen ohne Gesundheitsprüfung im Rahmen von fondsgebundenen Rentenversicherungen können nur in Größenordnungen bis ca. 20.000 € bzw. ca. 60.000 € Ersatzlösungen bieten, wobei auch stets die Todesfallsumme anfangs begrenzt ist und sich erst über eine gewisse Zeit aufbaut – für eine Bank keine überzeugende Sicherheit.

Erfreulicherweise ist ein Lebensversicherer am deutschen Markt inzwischen jedoch weiter – was auch maßgeblich an dem dahinter stehenden Rückversicherer liegen dürfte. Als erster mir bekannter Anbieter überhaupt formuliert er die klare Aussage, dass „HIV für uns kein pauschaler Ablehnungsgrund mehr ist“. Dies bedeutet praktisch, dass zwar aufgrund der medizinischen Unterlagen (Anamnese, ggf. Schilderung des Verlaufs, aktueller Laborwerte, Einstufung nach HAART) eine Risikoprüfung erfolgt. Dies sollte vorab im Rahmen eines Probeantrags (Anfrage) vorgenommen werden, um einer offiziellen Antragsablehnung in jedem Fall vorzubeugen und auch eine Eintragung in das Informationssystem der Versicherungswirtschaft zu vermeiden. Der Versicherer teilt anschließend mit, welchen Risikozuschlag er erheben und ob er ggf. eine kürzere als die gewünschte Versicherungsdauer anbieten würde. Die Ablehnung von Versicherungsschutz kam in den bisher angefragten Fällen jedoch tatsächlich nicht vor. Wer also eine Risikolebensversicherung benötigt und einen erhöhten Beitrag in Kauf nehmen kann, findet damit nun eine erste wirkliche Lösung am deutschen Markt.

Alle Beiträge finden Sie auch unter www.positiv-versichert.de

Micha Helmut Schrammke
 Telefon 030 – 257 986 00,
schrammke@investmentpartner.de
 (Der Autor ist freier Finanzberater und Versicherungsmakler in Berlin.)

Beachtenswerte Klausel in der Privathaftpflichtversicherung

Die ungewollte Infektion eines anderen Menschen mit HIV ist glücklicherweise ein Thema mit abnehmender Bedeutung. Denn jene, die um ihre Infektion wissen und durch erfolgreichen Therapieverlauf unter der Nachweisgrenze liegen, scheinen nach allen zuletzt bekannt gewordenen Studien in dieser Hinsicht praktisch kein Risiko mehr darzustellen, von der Kombination mit Safer Sex ganz zu schweigen. Dennoch treibt manchen Betroffenen nach meinen Erfahrungen aus verschiedenen Gesprächen die Sorge vor dem „Fall der Fälle“ um. Daher sei auf eine Regelung hin-

gewiesen, die im Bereich der Privathaftpflichtversicherung zu finden ist: genau diese ist es nämlich, die in einer solchen Situation für eventuelle zivilrechtliche Schadensersatzansprüche des oder der ungewollt Infizierten sachlich zuständig wäre.

In aller Regel legen die Haftpflichtversicherer die Hürde für mögliche Ansprüche hier sehr hoch, denn in den Allgemeinen Haftpflichtbedingungen (AHB) fast aller geprüften Versicherer findet sich ein Leistungsausschluss mit dieser oder einer vergleichbaren Formulierung:

„Ausgeschlossen sind [...] Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit des Versicherungsnehmers resultieren. Das Gleiche gilt für Sachschäden, die durch Krankheit der dem Versicherungsnehmer gehörenden, von ihm gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden sind. In beiden Fällen besteht Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat.“

Der Versicherte hätte also im Ernstfall zu beweisen, dass er nur mit einfacher Fahrlässigkeit gehandelt hat, als es zur Infektion des Anspruchstellers kam – und einen solchen Beweis zu führen, dürfte sich in der Praxis mitunter schwierig gestalten (besonders, wenn Aussage gegen Aussage steht und es Zeugen für das Geschehen ja meist nicht geben wird).

Ein Haftpflichtversicherer geht hier jedoch einen anderen Weg: In seinen Bedingungen findet sich vor dem oben genannten Leistungsausschluss der Satz: „Folgende Ausschlüsse [...] gelten nicht im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken“, durch den im Rahmen einer Privathaftpflichtversicherung der komplette oben genannte Ausschluss entfällt. Auch auf gezielte Nachfrage bestätigt der Versicherer: „Der [oben genannte] AHB-Ausschluss gilt nicht für private Risiken“.

Für die Privathaftpflichttarife dieses Versicherers, die übrigens zu den leistungsmäßig führenden Tarifen am deutschen Markt zählen, bedeutet dies: Käme es zur Infektion einer anderen Person durch eine/n Versicherungsnehmer/in und würde diese Schadensersatzansprüche erheben, müsste zunächst der Versicherer beweisen, dass grob fahrlässig oder vorsätzlich gehandelt wurde. Die Beweislast liegt also anders als bei den übrigen Gesellschaften am Markt in diesen Tarifen nicht bei dem oder der Versicherten. Umkehr-

schluss: In 99 % aller anderen Privathaftpflichtversicherungen am Markt sind die Versicherten zum Beweis verpflichtet.

Alle Beiträge finden Sie auch unter www.positiv-versichert.de

*Micha Helmut Schrammke
Telefon 030 – 257 986 00,
schrammke@investmentpartner.de
(Der Autor ist freier Finanzberater und Versicherungsmakler in Berlin.)*

Politik & Soziales

Neuer Minister, alte Sorgen Erste Signale aus dem Gesundheitsministerium

Als Hermann Gröhe nach der Bundestagswahl das Amt des CDU-Generalsekretärs gegen das des Gesundheitsministers tauschte, da sagte er gleich zu Anfang, er werde sich erst einmal einarbeiten müssen. Ein weises Wort, denn das Gesundheitsministerium gilt nicht nur als Schleudersitz im deutschen Ministeriumswald, sondern auch als politische Groß- und Dauerbaustelle.

Übernommen hat Hermann Gröhe zuerst einmal den Auftrag einer weiteren Gesundheitsreform, in der es um eine Neuverteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfond geht, aber auch um die im Koalitionsvertrag vereinbarte einkommensabhängige Neugestaltung des Zusatzbeitrages. Hier haben schon Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen Druck gemacht. Ein erster Referentenentwurf des Ministeriums sieht nun die Senkung des Beitrags von derzeit 15,5 auf 14,6 Prozent – mit jeweils 7,3 Prozent gleichrangig von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert. Die Krankenkassen können darüber hinaus einkommensabhängige Zusatzbeiträge von den Versicherten erheben, was auf mittlere Sicht zu unterschiedlichen Gesamtbeiträgen führen wird. Der Entwurf soll bereits im Sommer verabschiedet werden.

Von Brisanz ist auch die Pflegereform, in der es um die Gleich- und Besserstellung demenzkranker Menschen geht, denn die werden in der Pflege schlechter behandelt als Pflegebedürftige mit körperlichen Gebrechen. Über notwendige Schritte debattieren Experten, Politiker und Vertreter der Pflegeberufe schon seit geraumer Zeit – bislang jedoch ohne Erfolg.

Hermann Gröhe will deshalb die Gleich- und Besserstellung Demenzkranker zunächst nur regional erproben, außerdem den Beitrag zur Pflegeversicherung zu Beginn des kommenden Jahres um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent beziehungsweise 2,6 Prozent bei Kinderlosen erhöhen. Die jährlichen Mehreinnahmen in Höhe von 3,6 Milliarden Euro sollen zu einem Drittel in einen Pflegefonds fließen, um später Belastungen durch den demografischen Wandel abfedern zu können. Der Rest dient den allgemeinen Verbesserungen im Pflegebereich. Später will Gröhe den Pflegebeitrag nochmals um 0,2 Prozentpunkte anheben.

Darüber hinaus geht Hermann Gröhe eine Besserstellung des Pflegeberufs an. Um dem gravierenden Fachkräftemangel in Heimen und ambulanten Pflegediensten begegnen zu können, will er dort die Verdienstmöglichkeiten erhöhen. Auch die Ausbildung soll verbessert und vereinfacht werden, unter anderem mit der bundesweiten Abschaffung des Schulgeldes, das einige Bundesländer nach wie vor für die Ausbildung zur Pflegekraft erheben.

Stefan Boes

**seit 14 Jahren:
HIV-Therapie-Hotline**

Telefon: 089 - 54 333 - 123

Montag - Donnerstag 16 - 19 Uhr

therapie.hotline@muenchner-aidshilfe.de

**Betroffene informieren Betroffene
zu Therapiefragen**

Das Rentenpaket Auch Erwerbsminderung wird besser gestellt

Die Rücklagen der deutschen Rentenkassen betragen nach Berechnungen des Bundesversicherungsamtes Ende November 2013 knapp 32 Milliarden Euro. Nach geltendem Rentenrecht hätte der Überschuss zu einer Absenkung des gesetzlichen Rentenbeitrags führen müssen – von derzeit 18,9 auf 18,2 Prozent. Dennoch hat die Große Koalition der gesetzlich geregelten Beitragsabsenkung eine Abfuhr erteilt. Sie will die Gelder für verschiedene Verbesserungen und Neuerungen im Rentenrecht verwenden.

Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles hat in diesem Sinn das Rentenpaket auf den Weg gebracht. Es erhöht Rentenpunkte für Mütter oder Väter, deren Kinder vor 1992 geboren wurden, und sieht den Renteneintritt mit 45 Jahren ab 63 vor, allerdings nur für jene, die vor 1952 geboren sind – danach erhöht sich das abschlagsfreie Zugangs-Rentenalter schrittweise, bis aus der Rente mit 63 ab dem Jahrgang 1964 eine Rente mit 65 geworden ist.

Auch die Erwerbsminderungsrente wird besser gestellt. Die Zurechnungszeit wird von 60 auf 62 erhöht, auch werden die letzten vier Jahre, die wegen einer Erwerbsminderung schlechter entlohnt wurde, in der Berechnung nicht mehr negativ berücksichtigt. Außerdem werden die Reha-Ausgaben nicht mehr starr gedeckelt, sondern dynamisiert.

Das gesamte Rentenpaket wurde vom Kabinett gebilligt, soll im Mai verabschiedet werden und ab dem 1. Juli 2014 gelten. Die Kosten betragen bis 2030 gut 160 Milliarden Euro. Spätestens 2018 sind die Rücklagen der Rentenkassen verbraucht, dann müssen Steuergelder das Rentenpaket finanzieren.

Deshalb hat sich der Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) auch sehr deutlich gegen die Rentenvorhaben der Großen Koalition ausgesprochen. Der Vorstand sehe zum Beispiel "mit Sorge, dass die geplante Mütterrente mit einem Finanzierungsvolumen bis 2030 von 105 Milliarden nahezu ausschließlich auf Kosten der Rentenversicherung bezahlt werden soll." Dies sei aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und deshalb aus Steuermitteln zu bezahlen, zumal Mütterrente auch jene erhalten sollen, die selbst

nie in die Rentenversicherung eingezahlt haben, zum Beispiel Selbstständige, Ärzte, Anwälte oder Apotheker.

Stefan Boes

Nachrichten aus der Sozial- und Rechtspolitik Urlaub – Armutsbericht – Erbschaft – Niedrigverdiener – Leiharbeit – Elternunterhalt

Älteren Mitarbeitern darf mehr **Urlaub** zugesprochen werden als jüngeren. Das entschied das Landesarbeitsgericht Rheinland-Pfalz und bestätigte damit einen längeren Urlaub als „bewährtes Mittel zum Schutz und Erhalt der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer“, so das Gericht in seinem Urteil. Zur Verhandlung standen Mitarbeiter über 58, die in einem Betrieb zwei Tage mehr Jahresurlaub bekamen. Ein jüngerer Kollege fühlte sich diskriminiert und klagte dagegen. Das Gericht sah allerdings in einem längeren Urlaub keine Diskriminierung. (Az.: 6 Sa 709/11)

Der **Armutsbericht**, den Paritätischer Wohlfahrtsverband und Nationale Armutskonferenz alljährlich vorlegen, stellt ein erhebliches Einkommensgefälle zwischen einzelnen Bundesländern fest. Während im Stadtstaat Bremen nahezu jeder Vierte von Armut bedroht ist, gelten in Baden-Württemberg oder Bayern nur etwas mehr als elf Prozent als armutsgefährdet. Von Armut bedroht ist, wer lediglich sechzig Prozent des bundesdurchschnittlichen Einkommens zur Verfügung hat – derzeit 869 Euro als Singlehaushalt beziehungsweise 1826 als Familienhaushalt mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern unter 14 Jahren. Bundesweit gelten nach dieser Definition insgesamt 15,2 Prozent als armutsgefährdet.

Wer als Hartz-IV-Empfänger eine **Erbschaft** macht und diese fröhlich ausgibt, kann anschließend trotzdem weiterhin staatliche Hilfe zum Erhalt des Existenzminimums einfordern. Das entschied das Bundessozialgericht in Kassel, das über ein Erbe in Höhe von 6.500 Euro zu entscheiden hatte. Der alleinstehende Arbeitslose hatte das Geld innerhalb von

zwei Monaten ausgegeben. Während dieser Zeit hatte das Jobcenter keine Leistungen gezahlt. Nachdem das Geld ausgegeben war, stellte der Arbeitslose erneut einen Antrag zur Wiederaufnahme der Zahlungen. Dem müsse das Jobcenter nachkommen, denn es hätte seitens des Hartz-IV-Empfängers kein grob sozialwidriges Verhalten vorgelegen, so das Gericht. (Az.: B 14 AS 76/12 R) Grundsätzlich gilt, wer Arbeitslosengeld II bezieht, ist verpflichtet, eine Erbschaft umgehend anzuzeigen, sonst droht ein Bußgeld von bis zu 5.000 Euro oder in Einzelfällen sogar eine Anzeige wegen Betrugs. Das Erbe wird als einmalige Einnahme ohne Freibeträge monatlich angerechnet und kann zu einer vorübergehenden KomplettEinstellung aller Leistungen führen. Danach jedoch müssen die Zahlungen wieder aufgenommen werden.

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) gab auf Anfrage der Linken im Bundestag bekannt, dass es in Deutschland zurzeit mehr als vier Millionen **Niedrigverdiener** gibt. Sie arbeiten in Vollzeit und verdienen brutto weniger als 1926 Euro im Monat. Niedrigverdiener machen gut ein Fünftel der Vollzeitbeschäftigten in Deutschland aus. Deren Zahl wiederum liegt bei etwa zwanzig Millionen, ohne Auszubildende und Praktikanten.

Leiharbeiter haben keinen Anspruch auf eine reguläre Anstellung, selbst nach einer langjährigen Beschäftigung und auch nicht nach der Ausleihe innerhalb eines gleichen Unternehmens zu in der Regel niedrigeren Löhnen. Das entschied das Bundesarbeitsgericht. (Az.: 9 AZR 51/13) Die Große Koalition in Berlin will jedoch die Bedingungen der **Leiharbeit** verändern und vor allem zeitlich begrenzen.

Für Heimkosten pflegebedürftiger Eltern haften erwachsene Kinder auch dann, wenn diese keinen Kontakt mehr untereinander haben. Laut einem Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) muss ein Sechzigjähriger den Bonner Sozialbehörden 9.000 Euro für das Pflegeheim des Vaters erstatten, obwohl dieser vierzig Jahre den Kontakt unterbunden und den Sohn sogar enterbt hatte, der Erziehungspflicht jedoch bis zur Volljährigkeit nachgekommen war. Das genüge, so das Gericht, für den Anspruch auf **Elternunterhalt**, der allerdings nicht zu einer Absenkung des Lebens-

standards führen darf und gegenüber der Versorgung eigener Kinder nachrangig ist. 2012 Lagen die Bruttoausgaben deutscher Kommunen für die Pflege bei 3,7 Milliarden Euro, 500 Millionen flossen als Regressforderung zurück. (AZ.: XII ZB 607/12)

Stefan Boes

Projekt Information e.V.

Infos der Aids-Hilfe Hamburg

Raum der Stille

Viele Menschen finden in ihrem Alltag keine Gelegenheit, sich auf sich selbst zu besinnen und zur Ruhe zu kommen. Mit einem „Raum der Stille“ bietet der Verein Sociosus seit März 2014 in zweiwöchigem Abstand in der AIDS-Hilfe Hamburg die Gelegenheit, die Balance zwischen Aktivität und Entspannung wiederzufinden.

Der Raum der Stille wird jeweils am 2. und 4. Mittwoch des Monats von 17 bis 18 Uhr geöffnet sein. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich; einfach vorbeikommen, still werden, Stille erfahren und wieder seiner Wege gehen.

Für die Gestaltung des Raumes der Stille sehen die Veranstalter keine äußeren Bedingungen vor. Sie gehen vielmehr davon aus, dass jeder Mensch die Fähigkeit mitbringt, innerlich still zu werden und somit einen „Raum der Stille“ entstehen zu lassen. Um dies zu üben und zu erleichtern, werden von den jeweiligen Leitern ggf. Hilfsmittel wie Kerzen, Musik, Blumen oder Anleitungen zur Meditation und Aufmerksamkeitswahrnehmung genutzt.

Mittwoch 9. und 23. April 2014, jeweils 17 bis 18 Uhr

AIDS-Hilfe Hamburg, Lange Reihe 30-32 (S+U: Hauptbahnhof, Metrobus 6: Gurlittstraße Parkhaus: Baumeisterstraße/Borghesch)

Informationen: sociosus@web.de

HIV im Alter

Zwischenergebnisse zur Studie über das Älterwerden mit HIV/AIDS in Deutschland

Im Rahmen der Reihe „Gesundheit ist mehr...!“ stellen Aisha-Nusrat Ahmad und Klaus Weber von der Goethe-Universität Frankfurt gemeinsam mit Mitarbeitern der Studie „50plushiv“ am 16. April 2014, 19 Uhr, in der AIDS-Hilfe Hamburg erste Zwischenergebnisse zum Älterwerden mit HIV/AIDS in Deutschland vor.

Dank antiretroviraler Medikamente leben die meisten Menschen mit HIV bei uns heute weitgehend frei von schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Nicht mehr die akute Todesdrohung steht im Mittelpunkt des Lebens mit HIV, sondern die alltäglichen Sorgen und Herausforderungen einer durch eine regelmäßige Pilleneinnahme kontrollierbaren chronischen Erkrankung – mit unverändert hohem Stigmatisierungspotential. Mediziner prognostizieren jungen HIV-positiven Menschen, sofern sie antiretroviral behandelt werden, heute eine Lebenserwartung, die dem Bevölkerungsdurchschnitt entspricht.

Doch wie beeinflusst eine HIV-Infektion den Alterungsprozess? Welche typischen Alterserkrankungen treten früher und/oder häufiger auf - und warum? Neben vielen medizinischen Fragen, sind es vor allem psychosoziale Herausforderungen, die eine wichtige Rolle spielen: Wie will ich im Alter leben, wenn mein Unterstützungsbedarf grö-

ßer wird? Habe ich ausreichend für das Alter vorgesorgt? Wie bewältige ich die psychischen Belastungen, die mit der HIV-Infektion und dem Alterungsprozess verbunden sind? Wo bekomme ich Antworten auf meine Fragen sowie Hilfe und Unterstützung bei meinen Problemen?

Um Genaueres über diese Thematik zu erfahren, führte das „Forschungsprojekt 50plushiv“ der Universität Berlin in den letzten Monaten eine bundesweite schriftliche Befragung durch.

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.aidshilfe-hamburg.de).

Mittwoch 16. April 2014, 19.00 Uhr
AIDS-Hilfe Hamburg, Lange Reihe 30-32 (S+U: Hauptbahnhof, Metrobus 6: Gurlittstraße Parkhaus: Baumeisterstraße/Borghesch)

Informationen: (040) 2351 99-0 www.aidshilfe-hamburg.de

Noch Fragen? Ihr Ansprechpartner ist: Dirk Mokus (Sociosus e.V.)
Sociosus e.V. Stargarder Str. 3, 21680 Stade

sociosus@web.de

Termine

Sexuelle Gesundheit und Jugendsexualität

Symposium* am Samstag, den 10. Mai 2014
 Ort: Großer Hörsaal Zeit: 09.30 – 16.30 Uhr Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie Ludwig-Maximilians Universität München Frauenlobstr. 9-11

- 09.30–09.45 Begrüßung und Einführung
 09.45–10.30 Vortrag: Körpermodifikation bei Jugendlichen Referentin: Prof. Dr. Paula Villa
 10.30–10.45 Das Projekt-Seminar für Studien- und Berufsorientierung "Projekttag Sexual- und Familienpädagogik"; Julian Wörndl und MitschülerInnen Gymnasium Penzberg
 10.45–11.00 Konzeptualisierung und Evaluation eines Workshops zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens Sexuelle Gesundheit; Vanda van Lier, B.Sc.; Bastian Steinbauer, B.Sc.; Franziska Welker, B.Sc.; Christina Wirth, B.Sc.
 11.00–11.15 Das MFM-Projekt - begleitet Mädchen, Jungen und ihre Eltern in die Pubertät
 Die Zyklus-Show® Dem Geheimcode meines Körpers auf der Spur - ein Workshop für Mädchen und Agenten auf dem Weg... Ein positiver Start ins Leben als Mann ein Workshop für Jungen; Dr. med. Veronika Wolf (Vorstand) MFM Deutschland e.V.
 11.15-11.30 Jugend gegen AIDS e.V. Referent: Daniel Nagel
 11.30-11.45 Die Vorlesung Risiken der HIV-Infektion und Geschlechtskrankheiten Referent: Dr. Stefan Zippel
 12.00-13.30 Mittagspause (mit kleiner Verpflegung in der Klinik)
 13.30–13.45 Uhr Treffen im großen Hörsaal mit Workshopeinteilung
 13.45-14.45 Workshopeinheit 1
 14.45-15.00 Kurze Kaffeepause
 15.00–16.00 Workshopeinheit 2
 16.00–16.30 Plenum: Evaluation und Ausgabe der Fortbildungsbestätigung

Projekt Information e.V.

Gemeinnütziger Verein

Vereins- und Spendenkonto:

Sozialbank München

IBAN: DE7370020500008845500

SWIFT/BIC: BFSWDE33MUE

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

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: _____

Termine der Münchner Aids-Hilfe**Vorträge:****Aids ist auch nicht mehr das was es mal war!**

Schutz durch Therapie, Viruslastmethode, Safer unter Nachweisgrenze- alles bezeichnungen für eine neue Safer-Sex-Botschaft. Stimmt diese Aussage und wie kam es hierzu?

Termin: Montag, 24. März, 19.30 Uhr

Referent: Dr. Anja Meurer, HIV-Schwerpunktärztin, München

Ort: Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe, Lindwurmstr. 71

Eintritt frei

HIV und Sport - eine Erfolgsgeschichte?

Experten sind sich einig, Sport ist eine der besten Maßnahmen sich in Schwung zu halten. Kann Sport auch gefährlich sein? Wie wirken sich leistungssteigernde Mittel (Eiweiße, Kreatin, Aminosäuren, Nahrungsergänzungsmittel) auf unseren Körper aus?

Termin: Montag, 12. Mai, 19.30 Uhr

Referenten: Dr. Dr. Celia Oldenbüttel, HIV-Schwerpunktärztin, Drs. Jägel-Guedes/Jäger München

Ort: Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe, Lindwurmstr. 71

Eintritt frei

Regelmäßige Sportangebote

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

Nordic-Walking

Termin: Jeden Mittwoch 18.00 bis 19.30 Uhr

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

Wichtiger Hinweis:

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

Sivananda Yoga

Termin: Jeden Dienstag 19.00 bis 20.30 Uhr
 Ort: Münchner Aids-Hilfe, 2. Stock
 Anmeldung erforderlich!

Traditionelles Yoga

Termin: Jeden Mittwoch 19.00 bis 20.30 Uhr
 Ort: Münchner Aids-Hilfe, 2. Stock
 Anmeldung erforderlich!

Sport - Anfänger, sanfte Gymnastik

Termin: Jeden Donnerstag 19.00 bis 20.00 Uhr
 Ort: Max-Planck-Institut, Kraepelinstr. 10
 Anschließendes Schwimmen möglich!
 (Wassertemperatur 27°C)

Sport - Gymnastik, Kondition

Termin: Jeden Donnerstag 20.00 bis 21.00 Uhr
 Ort: Max-Planck-Institut, Kraepelinstr. 10
 Anschließendes Schwimmen möglich!
 (Wassertemperatur 27°C)

Positiver Stammtisch-

offen für Menschen jeglicher sexueller Orientierung

Termin: jeden Dienstag, ab 19.30
 Ort: Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe

Heterotreff

Programm unter www.muenchner-aids-hilfe.de

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

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

Freizeitgruppe

Programm unter www.muenchner-aids-hilfe.de

Stammtisch Freizeitgruppe

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

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

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

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

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

Termine der Berliner Aids-Hilfe

Medizinische Reise 2014

30.04.14, 19:00 Uhr

Neuigkeiten von der CROI

Ivanka Krznic

Die CROI - Conference über Retroviren und opportunistische Infektionen - gilt als die wichtigste Konferenz im HIV-Bereich. Von dieser kommen die neuen zentralen Ergebnisse und Botschaften. Ivanka Krznic berichtet ausführlich von den Neuigkeiten der CROI 2014.

28.05.14, 19:00 Uhr

Sozialrechtliche Fragen bei HIV

Gert Wüst

Menschen mit HIV sind auf unterschiedliche Weise von sozialer Not bedroht oder betroffen. Das Sozialrecht ändert sich ständig und so wird der Erhalt sozialer Leistungen häufig zu einem anstrengenden und frustrierenden Ritt durch den Wald der Bürokratie. Gert Wüst erklärt die aktuelle Situation und steht für allgemeine Fragen zur Verfügung.

25.06.14, 19:00 Uhr

Neue Therapien gegen Hepatitis C

Patrick Ingiliz

2014 ist das Jahr der Hepatitis C-Therapie. Neue Medikamente ermöglichen eine deutliche Vereinfachung der Behandlung. Nebenwirkungen werden deutlich reduziert, Behandlungszeiten verkürzt. Patrick Ingiliz informiert über die neuen Wege in der HCV-Therapie.

Beginn jeweils: 19:00

Ein Imbiss wird gereicht

Café Ulrichs

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

10785 Berlin

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

E-Mail: info@projektinfo.de

Fax: 089 / 21031235

Tel.: 089 / 21949620

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

Impressum

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

Vorstand: Peter Lechl, Siegfried Schwarze, Klaus Streifinger.

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

Hinweis:

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

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