

PROJEKT INFORMATION

Herausgegeben von Projekt Information e.V.

Betroffene informieren Betroffene

Jahrgang 11, Nr. 3, Mai / Juni 2003

9. Deutscher und 14. Österreichischer AIDS-Kongress in Hamburg vom 14.-17. Mai 2003

Ärzte, Patienten, Forscher und Pflegepersonal trafen sich zum Austausch von neuen Erkenntnissen und Erfahrungen.

Und für „Projekt Information“ gab es eine erfreuliche Überraschung.....Seite 3

SARS - ein kurzer Überblick

Eine neu aufgetauchte Krankheit beherrscht die Medien: Das „Severe Acute Respiratory Syndrom“. Wir fassen die wichtigsten Erkenntnisse über die Erkrankung zusammen.

.....Seite 5

Genug ist genug! Spiegelbestimmung antiretroviraler Medikamente und was man darüber wissen sollte

Die Bestimmung der Plasmaspiegel ist ein wertvolles Hilfsmittel um die Behandlung von HIV-Patienten zu optimieren. Doch es gibt einige wesentliche Dinge zu beachten.

.....Seite 7

Editorial

Editorial von Stefan Boes 2

Medizin und Forschung

Uridin als neue Hoffnung gegen mitochondriale Toxizität und Lipodystrophie? 9
Neues zu Ansätzen der "Simple-Salvage"-Therapie 11
Tenofovir (Viread®) und die Niere 12
Defektes Virusprotein verzögert Krankheitsfortschritt 13

Grundlegend & Wissenswert

Kurznachrichten 14

Leben mit HIV

Oft und immer wieder: Problematik Adhärenz 15
Häufigkeit von Analkarzinomen nimmt zu 17
Wie geht es schwulen Männern mit ihren Ärzten? 18
Langfristige überwachte Therapieunterbrechungen 18

Politik & Soziales

Der Streit ist groß-
Sozialreform in schwerer Zeit 19

Projekt Information e.V.

Medienpreis der Deutschen AIDS Stiftung 2001/2002 22

Termine

Veranstaltungskalender 2003 23

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Viren breiten sich aus. Ihre Vielfalt nimmt zu. Immer kürzer werden die Intervalle, in denen auf ihr Erscheinungsbild reagiert werden muss. War es vor einigen Jahren das West-Nil-Virus, das New York in Angst und Schrecken versetzte, indem Moskitos den Erreger einer gefährlichen Hirnhautentzündung übertrugen, so ist es heute ein vorwiegend in Asien grassierendes Virus, das ein "Schweres Atemwegssyndrom" (SARS) hervorruft.

Meist treffen Viren die ökonomischen Zentren unserer Epoche. Oft legen sie das öffentliche Leben ganzer Regionen oder Länder lahm. Stets breiten sie sich in nahezu unkontrollierbarer Schnelligkeit aus. Sind Viren die Strafe der Neuzeit?

Sie gab es immer, und über Jahrtausende hinweg starben die Menschen an ihren Auswirkungen. Allerdings blieben Viren unbemerkt und unerkannt, der Tod trug keinen Namen. Erst um die Jahrhundertwende konnten Viren definiert und behandelt werden, mit der Folge, dass sie mit den Menschen nicht mehr ausstarben, sondern in mutierter Form überlebten.

In Zukunft werden wir nicht nur mit der Zunahme von Krieg und Terror, sondern auch mit der Vielfalt der Viren und Bakterien leben müssen. Gemeinsam mit Krieg und Terror bilden Erreger eine Melange, die den Takt der Welt und ihrer überwiegend ökonomischen Zusammenhänge ernsthaft gefährdet. Klima- und Umweltkatastrophen kommen hinzu, aber auch allein genommen werden Erreger in ihrer immer wieder neuen Form eine Bedrohung darstellen und schnelle Reaktionen erzwingen.

Da fällt es leicht, vom 9. Deutschen und 14. Österreichischen AIDS-Kongress zu berichten, der vom 14. bis 17. Mai in Hamburg stattfand. Das HI-Virus wird nicht nivelliert! Es verliert nicht an Bedeutung, nur weil die Zahl der Kriege, Selbstmordattentate und Erreger sprunghaft ansteigt. Ganz im Gegenteil: Die Erforschung und Behandlung von Infektionserkrankungen wird generell in Zukunft an Gewicht gewinnen. Da tut es nichts zur Sache, dass das Hamburger Treffen keines der Neuerungen oder Sensationen war. Der Kongress vertiefte vielmehr Bekanntes und

ebnete so den Weg, in ein oder zwei Jahren Verbesserungen verkünden zu können.

Davon abgesehen verzeichnete der Hamburger AIDS-Kongress aus der Sicht dieser Zeitschrift einen Höhepunkt der besonderen Art. Projekt Information wurde der "Medienpreis der Deutschen AIDS-Stiftung für sachinformativ Beiträge" verliehen. Über 150 Einsendungen hatte es gegeben, Projekt Information wird diese Auszeichnung zum Anlass nehmen, das über viele Jahre hinweg stetig Aufgebau zu verfestigen. Erinnerung sei in diesem Zusammenhang an zahlreich helfende Köpfe und Hände, die das Zu-

standekommen der Zeitschrift erst ermöglichten. Einige von ihnen wie Tex Weber sind viel zu früh verstorben, andere wie Klaus Streifinger dienen dem Projekt von Anbeginn bis heute durch ihr Tun im Hintergrund.

Zum Spektrum von Projekt Information gehört auch die Beschäftigung mit sozialpolitischen Themen. Gerade die weltweiten Brandherde und SARS haben gezeigt, wie wichtig intakte Sozialsysteme sind. Epidemien lassen

sich ohne funktionierende Gesundheitssysteme nicht eindämmen, selbst Kriege lassen sich dekadenterweise ohne die karikative Nachhut nicht führen. Je größer die Bedrohung, desto wichtiger der Blick auf das Soziale.

So untersucht diese Ausgabe die Auswirkungen der anstehenden Reform im Sozialbereich, darüber hinaus stehen Berichte zu SARS und zur Compliance im Mittelpunkt. Nachgegangen wird Nierenschädigungen durch Tenofovir, in neuem Licht betrachtet werden Plasmaspiegelbestimmungen, Außerdem geht Projekt Information einer neuen alten Substanz nach: Uridin soll gegen Lipodystrophie helfen. Beiträge zu Analkarzinomen, langfristigen Therapiepausen und der einfachen Salvagetherapie runden das Spektrum ab. Projekt Information ist Schaubild des Lebens mit HIV und AIDS, ist Bericht aus Forschung und Wissenschaft sowie Blick über den Tellerrand hinaus. Die Redaktion wünscht eine frohe und gute Lektüre,

Ihr Stefan Boes.



9. Deutscher und 14. Österreichischer AIDS-Kongress in Hamburg vom 14.-17. Mai 2003

Zum ersten Mal wurden der Deutsche und der Österreichische AIDS-Kongress zusammen abgehalten, wobei der Österreichische rein zahlenmäßig schon öfter stattgefunden hat. Allerdings wechselte sich der Deutsche AIDS-Kongress bisher jährlich mit den Münchner AIDS-Tagen ab. Beide Veranstaltungen haben aber eine durchaus unterschiedliche Schwerpunktsetzung.

So wurden auf dem diesjährigen AIDS-Kongress wieder viele Arbeiten zur Grundlagenforschung präsentiert – Hamburg ist ja eines der Top-Zentren was immunologische Forschung in Deutschland angeht.

So interessant und wichtig diese Ergebnisse auch sein mögen, für den „Durchschnittspatienten“ bzw. den „Durchschnittsbehandler“ sind diese Daten erst einmal nicht von unmittelbarer Wichtigkeit.

Wir werden uns deshalb in diesem Heft einer kleinen (und sehr subjektiven) Auswahl von Themen widmen, die uns auf diesem Kongress beeindruckt haben.

Hoffnung...

Insgesamt entstand bei mir das Gefühl, dass sich 1) die deutsche Forschung im internationalen Vergleich nicht verstecken muss, dass 2) sowohl die Klinikärzte als auch die niedergelassenen HIV-Behandler ein hohes Engagement im Bereich von Studien haben und dass 3) langsam aber sicher wieder einmal eine „kritische Masse“ an Erkenntnissen vorliegt. Ich bin mir deshalb ziemlich sicher, dass wir in absehbarer Zeit einen weiteren Meilenstein in der Behandlung der HIV-Erkrankung erleben werden, ähnlich wie seinerzeit mit der Einführung der Proteasehemmern. Noch ist nicht genau klar, auf welchem Gebiet als erstes ein Durchbruch erfolgen wird, aber kommen wird er.

... und Sorgen

Leider wird diese Hoffnung getrübt durch die Tatsache, dass die Bedrohung durch HIV von immer mehr Menschen nicht mehr ernst genommen wird. Die

Meldungen sexuell übertragbarer Krankheiten steigen kontinuierlich an und auch von der Übertragung resistenter HI-Viren wird immer öfter berichtet und gibt Anlass zur Sorge.

Medienpreis der Deutschen AIDS-Stiftung für „Projekt Information“

Für unser Team vom „Projekt Information“ ist die Verleihung des Medienpreises der Deutschen AIDS-Stiftung für „sachkundige, kontinuierliche und qualitativ hochwertige Aufbereitung von HIV und AIDS-Themen“ Ehre und Ansporn zugleich. Schließlich ist das Thema HIV/AIDS nur selten Anlass zur Freude und zum Feiern.

Gallo: Schwerpunkt Immunsystem

Ein weiteres Highlight war der Vortrag von Prof. Gallo, dem Mit-Entdecker des HI-Virus. In seinem visionären Entwurf zukünftiger HIV-Therapien setzte er deutliche Schwerpunkte:

- Eine Immuntherapie nicht direkt gegen das Virus, sondern gegen lösliche Faktoren, die die Immunregulation des Körpers stören.
- Eine Immuntherapie mit neuartigen Molekülstrukturen, die den Komplex aus CD4-Rezeptor und gp120-Molekül des HIV zum Zeitpunkt der Infektion der Zelle imitieren. Damit könnte eine gezielte Immunantwort gegen die entscheidende Phase der Infektion ermöglicht werden.
- Neutralisierende Antikörper: Obwohl diese von vielen Forschern bisher als wenig wirksam eingestuft wurden, sieht Gallo hier eine „Renaissance“, da wir heute viel genauere Kenntnisse über die Vorgänge bei der HIV-Infektion haben. Sein eigenes Team habe bereits einige viel versprechende Untersuchungen mit solchen Antikörpern gemacht, die nicht nur verschiedene Varianten von HIV neutralisieren konnten, sondern sogar unterschiedliche Subtypen.
- Große Fortschritte wurden in den letzten Jahren auch im Bereich der Hilfsstoffe (Adjuvantien) gemacht, die zusätzlich gegeben eine gewünschte Immunreaktion um ein Vielfaches verstärken können.

Auffällig ist, dass der Schwerpunkt der Bemühungen sich mehr und mehr auf das menschliche Immunsystem verschiebt. Da dessen Strukturen keinem ständigen Wandel unterliegen wie die des HI-Virus scheint dieser Ansatz vernünftig und vor allem längst überfällig zu sein.

Hydroxyurea ist „out“

Lange Zeit wurde spekuliert, ob durch Hydroxyurea (Litalir®) das Ansprechen auf eine HAART verbessert werden könnte, ob sich das Ergebnis von Therapiepausen beeinflussen ließe oder ob ein immunologischer Vorteil erzielt werden könnte. Die neuesten Ergebnisse sprechen eher dagegen. Zum einen ist die Substanz mit erheblichen Nebenwirkungen belastet, zum anderen konnte bei Lymphknotenuntersuchungen und beim Einsatz von Hydroxyurea in Studien zu Therapiepausen kein Nutzen gefunden werden, der eine Empfehlung rechtfertigen würde. Dennoch kann man nicht ausschließen, dass es gewisse „Therapienischen“ gibt, in denen Hydroxyurea zum Nutzen des Patienten anwendbar ist. (*Stellbrink et al.: Antivirale und immunologische Effekte von Hydroxyurea (HU) plus HAART versus HAART allein in peripherem Blut und lymphatischen Gewebe*)

Corezeptor-Mutationen haben Einfluss auf den Therapieerfolg

Schon länger ist bekannt, dass bei vielen Langzeitinfizierten, die ohne Therapie das HI-Virus kontrollieren können, bestimmte Mutationen von Oberflächenstrukturen der CD4-Zellen vorliegen. Nun wurde untersucht, ob solche Mutationen auch den Therapieerfolg verbessern. Die Antwort ist ziemlich eindeutig: Ja! Vielleicht führen diese Daten in Zukunft dazu, dass Patienten, die solche Mutationen haben, mit einer weniger intensiven und damit auch nebenwirkungsärmeren Therapie auskommen können.

(*Bogner et al.: Chemokine Receptor/Ligand Genotype Predicts Viral Load Outcome of HAART*)

Vorteil für Proteasehemmer und NNRTI

Erst kürzlich wurde bekannt, dass in einer Studie eine Dreierkombination aus Nukleosidanaloga öfters zum Wiederanstieg der Viruslast führte als eine Kombination mit einem NNRTI. Nun wurden Daten aus Lymphknotenuntersuchungen präsentiert, die diese Befunde untermauern:

Auch wenn die Viruslast im Blut nicht nachweisbar ist, findet bei den meisten Patienten in den Lymphknoten eine Vermehrung von HIV auf niedrigem Niveau statt. Bei Patienten, die mit Proteasehemmer- oder NNRTI-haltigen Kombinationen behandelt werden, ist die Wahrscheinlichkeit für eine Resistenzentwicklung durch diese niedrigschwellige Virus-

vermehrung anscheinend geringer als bei Behandlung nur mit Nukleosidanaloga.

(*Van Lunzen et al.: Wie hart ist HAART tatsächlich? Residuelle Virusreplikation und Evolution in Lymphknoten von Patienten mit dauerhafter Kontrolle der Virämie*)

Neues zu Atazanavir

Der neue Proteasehemmer Atazanavir (voraussichtlicher Handelsname Reyataz®, Zulassung gegen Ende des Jahres erwartet) zeichnet sich durch einmal tägliche Gabe und niedrige Pillenzahl aus.

Es besteht die Möglichkeit, die Substanz ohne Boosterung zu verwenden; dann sind 400 mg (zwei Kapseln zu 200 mg) pro Tag erforderlich, oder mit einer Kapsel Ritonavir (Norvir®) zu boostern, dann sind nur 300 mg Atazanavir erforderlich (zwei Kapseln zu 150 mg). Die Boosterung mit Ritonavir ist erforderlich bei Patienten, die Sustiva® einnehmen und wahrscheinlich auch bei mehrfach vorbehandelten Patienten und bei Patienten, die Viramune® nehmen. Erfreulicherweise scheinen die Blutfette auch bei der geboosterten Gabe von Atazanavir kaum anzusteigen.

Zur Wirksamkeit gibt es naturgemäß noch relativ wenige Studien. Erste Daten deuten darauf hin, dass zumindest geboostertes Atazanavir vergleichbar wirksam ist wie Lopinavir/r (Kaletra®). Was die Langzeitverträglichkeit angeht, muss man die laufenden Studien abwarten. Für Patienten, die bestimmte Kriterien erfüllen (z.B. Therapieversagen ohne andere Alternativen, hohe Blutfette, Complianceprobleme), ist Atazanavir in Deutschland bereits im Rahmen des „Expanded Access“ Programms verfügbar.

Tenofovir-Daten bis Woche 96

Für die Zulassungsstudie von Tenofovir (Viread®) im Vergleich zu Zerit® - beide plus Sustiva® und Epivir® - wurden die Daten bis Woche 96 präsentiert; eine Fortführung ist bis Woche 144 geplant. Beide Therapieregimes waren vergleichbar wirksam in Bezug auf Absenkung der Viruslast und Anstieg der CD4-Zellzahl. Auch der Anteil an Nebenwirkungen war ähnlich, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung. So gab es unter Viread® weniger Fälle von Neuropathien. Bemerkenswert ist, dass unter Viread® die Triglyzeridspiegel (Blutfette) weniger stark anstiegen als unter der Zerit®-haltigen Kombination.

Siegfried Schwarze

SARS - ein kurzer Überblick

Seit einigen Monaten hat die Weltpresse ein neues Thema mit vier Buchstaben: SARS. Ähnlich wie auch AIDS scheint diese Krankheit aus dem Nichts aufgetaucht zu sein. Doch es gibt noch weitere Parallelen. Zur Zeit ist noch unklar, wie groß der Prozentsatz der Erkrankten ist, der an den Komplikationen der Infektion verstirbt. Auch die Übertragungswege sind noch nicht restlos geklärt. Welche Konsequenzen eine SARS-Infektion für HIV-Infizierte hat, ist noch völlig offen, auch wenn es hierzu von verschiedenen Seiten Spekulationen gibt.

Doch der Reihe nach: Die SARS-Epidemie begann wahrscheinlich Mitte November 2002 in der chinesischen Provinz Guangdong. Auf Grund der engen Wohnverhältnisse, mangelhafter Hygiene und der Nähe zu Tieren gilt die Region als Brutstätte neuer Erreger und Epidemien. So trat hier 1997 zum ersten Mal das Vogelgrippevirus auf, dem fünf Menschen in Hongkong zum Opfer fielen.

Im Februar 2003 brachte ein Arzt aus Guangdong das Virus nach Hongkong. Selbst schon schwer erkrankt, steckte er in einem Hotel mindestens sieben Personen an, darunter die Patienten, von denen die Epidemie nach Kanada und Vietnam weiter getragen wurde.

Nachdem sich sein Zustand schnell verschlechterte, wurde er in ein Krankenhaus eingeliefert, wo er weitere Patienten und medizinisches Personal infizierte und selbst zehn Tage später an der Infektion verstarb.

Der erste vietnamesische Patient flog zurück nach Hanoi, wo er mit einer Lungenentzündung ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Dort wurde er u.a. von dem italienischen WHO-Infektionsspezialisten Carlo Urbani betreut, dem die aggressive Lungeninfektion als Erstem aufgefallen war. Er bezeichnete die Erkrankung als „Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom“ (severe acute respiratory syndrome, SARS). Ende März 2003 verstarb der 46jährige Infektiologe in Thailand selbst an den Folgen der Infektion.

Ausbreitung in alle Erdteile

Mit dem weltweiten Reiseverkehr konnte sich die Epidemie rasant in alle Erdteile ausbreiten. Länder

mit lokalen Übertragungsketten sind China, England, Kanada, Singapur, die USA und Vietnam. Mit Sorge wurden die ersten SARS-Fälle in Südafrika und Indien zur Kenntnis genommen; man befürchtet, dass sich das Virus in Entwicklungsländern ohne entsprechende medizinische Infrastruktur explosionsartig ausbreiten könnte.

Den ersten Infektionsalarm in Europa löste Mitte März 2003 ein Arzt aus Singapur aus, der zusammen mit seiner Frau und Schwiegermutter bei einem Zwischenstopp in Frankfurt mit Verdacht auf SARS in die Frankfurter Uniklinik eingeliefert wurde. Seine 235 Mitreisenden wurden unter Quarantäne gestellt. Nach drei Tagen wurde der SARS-Verdacht bestätigt.

Als Ende März in einem Wohnkomplex in Hongkong mehr als 100 Bewohner erkrankten, von denen die Mehrzahl keinen direkten Kontakt untereinander gehabt hatten, war klar, dass es außer der Tröpfcheninfektion bei engem Kontakt noch andere Übertragungswege geben musste. Auch die Theorie, dass nur ältere und geschwächte Patienten anfällig seien, war nicht länger haltbar.

Am 4. April erlässt die WHO zum ersten Mal in ihrer Geschichte eine globale Reisewarnung für Hongkong und Südchina. Reisen werden seitdem verschoben oder abgesagt und die asiatischen Börsen melden drastische Kursverluste.

Am 14. April erkrankt ein britischer Geschäftsmann in London nach einem Essen mit einem Partner aus Hongkong. Damit erfolgte zum ersten Mal eine Infektion innerhalb Europas. In Deutschland wurden bisher sieben SARS-Fälle gemeldet, die sich alle in Risikogebieten angesteckt haben. Glücklicherweise konnte durch umgehende Isolation und consequenten Infektionsschutz bei der medizinischen Versorgung bisher eine weitere Verbreitung und damit die Entstehung einer lokalen Infektionskette verhindert werden.

Informationen zurückgehalten

China wird für seine Informationspolitik heftig kritisiert. Experten vermuten, dass ein früherer Alarm die globale Verbreitung hätte verhindern können. Während Pekings Behörden versichern, dass der Ausbruch unter Kontrolle sei, berichteten WHO-Mitarbeiter über deutlich höhere Fallzahlen als offiziell gemeldet. Inzwischen hat Peking unter dem Druck der

WHO eingeräumt, dass es allein in Peking zehnmal mehr Erkrankungen gibt als bisher angegeben.

Identifizierung des SARS-Virus

In einer Mitteilung vom 16. April bestätigt die WHO, dass es sich bei dem Erreger des SARS um ein bisher noch nicht bekanntes Virus aus der Familie der Coronaviren handelt.

Fehlendes Ansprechen auf Antibiotikatherapie, Verlauf der Erkrankung, Röntgenbefunde und ein charakteristischer Abfall der Lymphozyten ließen schon früh auf eine Virusinfektion als Ursachen des SARS schließen. Umfangreiche Diagnostik auf bekannte Erreger von Lungenentzündungen brachte kein Ergebnis.

Etwa zeitgleich isolierten das Hamburger Bernhard-Nocht-Institut und die CDC in Atlanta ein übereinstimmendes Coronavirus aus Proben von SARS-Patienten. Den Wissenschaftlern gelang die Vermehrung in Zellkulturen, sowie die Infektion von Affen, die die typischen Symptome des SARS entwickelten. Damit war das neu gefundene Virus als Erreger des SARS bestätigt. Coronaviren können Menschen und Tiere befallen. Beim Menschen zeichnen sie für etwa 30 % aller harmlosen Erkältungskrankheiten sowie für leichtere Magen-Darm-Infekte verantwortlich. Bei immunschwachen Patienten wurden auch schwerere Verläufe und Lungenentzündungen beobachtet. Die Analyse des Erbmaterials und des daraus abgeleiteten Stammbaums lässt vermuten, dass der SARS-Erreger von einem tierischen Reservoir auf den Menschen übergegangen ist.

Übertragungswege

Zu Beginn der Epidemie waren hauptsächlich enge Kontaktpersonen betroffen. Vor allem medizinisches Personal hat sich bei der Versorgung von SARS-Patienten infiziert. Daher wurde anfangs die Infektionsgefahr als gering eingeschätzt und eine Tröpfcheninfektion bei engem Kontakt vermutet. Bei der Analyse der Infektionsketten zeigte sich jedoch schnell, dass zahlreiche Infektionen ohne direkten Kontakt erfolgten. Weitere Übertragungswege sind also vorhanden, über ihre Art gibt es zur Zeit jedoch nur Vermutungen. Der Erreger dürfte unter normalen Bedingungen außerhalb des Organismus etwa 24 Stunden überleben. Beweise für eine Übertragung durch Klimaanlage oder die Kanalisation konnten bisher nicht erbracht werden.

Symptome

Die Zeit von der Ansteckung bis zum Ausbruch beträgt zwei bis sieben (max. zehn) Tage. Die Erkrankung beginnt meist mit anhaltendem Fieber über 38°C, häufig begleitet von Schüttelfrost, Muskelschmerzen und Kopfschmerzen. Später (u.U. erst nach einigen Tagen) kommen Symptome der unteren Atemwege hinzu. Typisch ist der trockene Husten ohne Auswurf und in schweren Fällen Atemnot. Schnupfen oder laufende Nase sind seltener zu beobachten. Die Symptome unterscheiden sich nicht von denen einer harmlosen Erkältungskrankheit. Für die Unterscheidung kann das anhaltende Fieber vor Einsetzen der Atemwegsbeschwerden wichtig sein. Die Sterblichkeit liegt nach den der WHO vorliegenden Daten bei 5 %. Allerdings sind derzeit von den etwa 3500 gemeldeten Verdachtsfällen bisher nur ca. die Hälfte wieder genesen. Bei einem Teil bestätigt sich die Verdachtsdiagnose vielleicht nicht. Möglicherweise ergibt sich im Verlauf noch ein Anstieg der Sterblichkeitsrate. Bei den 138 Patienten in Hongkong mussten 23 % intensivmedizinisch betreut werden, 14 % mussten beatmet werden.

Als Risikofaktoren für einen schweren Verlauf wurden hohes Alter, männliches Geschlecht, starker Abfall der Lymphozyten, hohe LDH-Serumspiegel bei Aufnahme und ein verspäteter Therapiebeginn mit Ribavirin und Cortison identifiziert. Sofern die Krankheit überstanden wird, ist nicht mit bleibenden Schäden zu rechnen.

Behandlung

Noch gibt es keine spezifische Therapie gegen das SARS-Virus. In Hongkong und einigen anderen Zentren wird eine Behandlung mit hoch dosiertem Cortison und Ribavirin durchgeführt. Unter dieser Therapie wurde bei vielen Patienten über eine Entfieberung und Besserung der Symptome beobachtet. Im Laborversuch hatte die antivirale Substanz Ribavirin keine Wirksamkeit auf Coronaviren. In Anbetracht möglicher Nebenwirkungen sollte der Einsatz von Ribavirin nur nach sorgfältiger Abwägung des Risikos erfolgen. Versuche mit anderen antiviralen Medikamenten sind dringend erforderlich. Auch an einer Impfung wird bereits gearbeitet, mit einem Erfolg kann jedoch in absehbarer Zeit nicht gerechnet werden.

Wechselwirkung mit HIV?

Im Zusammenhang mit HIV ist ein Bericht der CDC über eine kleine Patientengruppe in Guangzhou, China sehr interessant:

Auf der Höhe des Ausbruchs von SARS im Januar/Februar 2003 wurden die Patienten mit der damals noch mysteriösen Erkrankung im Krankenhaus von Guangzhou auf dem selben Stockwerk untergebracht wie AIDS-Patienten. Das gleiche medizinische Personal betreute beide Patientengruppen. Aber während sich einige der Ärzte und Pflegekräfte mit SARS infizierten, entwickelte keiner der AIDS-Patienten (oder deren Besucher, von denen viele HIV-positiv waren) Anzeichen der Erkrankung. Zunächst vermutete man, dass antivirale Substanzen gegen HIV vielleicht auch gegen den SARS-Erreger wirksam wären. Allerdings sind die gegen HIV besonders wirksamen Proteasehemmer in Guangzhou nicht verfügbar.

Eine andere Theorie besagt, dass das Gefährliche an SARS nicht der Erreger selbst ist, sondern eine überschießende Immunreaktion gegen das Virus. Ähnliches kennt man von bestimmten Formen der Virushepatitis, wo die Leberzellen gar nicht so sehr durch das Virus geschädigt werden, sondern viel mehr durch das Immunsystem. Ein weiterer Hinweis in diese Richtung ist, dass die wirksamste Behandlung von SARS zur Zeit Cortison darstellt, eine Substanz, die die Immunantwort abschwächt.

Wenn sich diese Theorie bestätigt, könnten HIV-Infizierte vielleicht sogar ein geringeres Risiko haben, an SARS schwer zu erkranken oder gar zu sterben. Möglicherweise wären sie aber dafür längere Zeit infektiöse Überträger des Virus.

Kein Ende in Sicht

Der Ausbruch von SARS fiel in eine Zeit erhöhter Alarmbereitschaft des weltweiten Überwachungsnetzwerks. Anstelle von bioterroristischen Anschlägen wurde dieses Netzwerk durch einen bisher unbekannt, hoch infektiösen und potenziell tödlichen Erreger herausgefordert, gegen den weder eine wirksame Behandlung noch eine Impfung zur Verfügung standen. Eine weltweite Kooperation von insgesamt elf WHO-assoziierten Forschungsinstituten konnte den Erreger innerhalb weniger Wochen isolieren und identifizieren. Vor allem aber der schnelle Austausch klinischer, epidemiologischer und molekularbiologischer Daten ermöglichte diesen raschen Erfolg.

Zuverlässige Diagnostik und damit die zeitnahe Erkennung und konsequente Isolation von SARS-Patienten sind wesentliche Elemente zur Infektionskontrolle.

Das weltweite Netzwerk der Infektionsüberwachung unter der Führung der WHO und CDC hat sich be-

währt. Die Erforschung der SARS-Epidemie soll als Modell für die Bekämpfung zukünftiger Epidemien dienen.

Ein Ende der SARS-Epidemie ist trotz aller Erfolge jedoch nicht in Sicht.

*Quellen: Feldt, T. et al.: SARS – die Fakten; MMW Nr.19/2003:36-40 (gekürzt und tlw. vereinfacht)
The Body: CDC News Updates: China – Baffling Resistance to SARS*

Siegfried Schwarze

Genug ist genug! Spiegelbestimmung antiretroviraler Medikamente und was man darüber wissen sollte

Ein neues Kürzel macht auf den HIV-Kongressen seit geraumer Zeit die Runde: „TDM“ für „Therapeutisches Drug Monitoring“ – oder, etwas weniger geschraubt, „Plasmaspiegelbestimmung“.

Gemeint ist damit eine Messung, wie viel von einer gewissen Substanz zu einer bestimmten Zeit im Blut des Patienten ist. Ziel dieser Messung ist es, die Wirksamkeit der Behandlung zu verbessern und / oder die Nebenwirkungen zu reduzieren.

Damit dies möglich ist, muss aber eine wichtige Voraussetzung erfüllt sein: Es muss ein direkter Zusammenhang zwischen der Substanzmenge im Blut einerseits und der Stärke der Wirkung / Nebenwirkung andererseits bestehen.

Im Bereich der anti-HIV-Medikamente gilt dies so nur für die Proteasehemmer und die NNRTI. Bei den Nukleosidanaloga ist nicht die Substanzmenge im Blut Ausschlag gebend, sondern die Menge in den Zielzellen. Dank raffinierter Methoden kann man solche Messungen zwar mittlerweile durchführen, aber derzeit nur im experimentellen Maßstab im Rahmen von Studien. Eine breite klinische Anwendung dieser so genannten „intrazellulären“ Spiegelbestimmung ist momentan noch nicht in Sicht.

Doch zurück zu den Proteasehemmern und NNRTI. Warum sind gerade bei diesen Medikamenten Spiegelmessungen sinnvoll? Schließlich gibt es genügend andere Medikamente, die man einfach schluckt – basta.

Zum einen sind nicht alle Menschen gleich. So können z.B. genetische Unterschiede eine unterschiedliche Enzymausstattung der Leber verursachen. Damit werden dann bestimmte Medikamente unterschiedlich schnell abgebaut und ausgeschieden.

Zum anderen unterliegt auch der Stoffwechsel eines einzelnen Menschen deutlichen Schwankungen. Je nach Alter, Tageszeit, Nahrungsaufnahme, Begleiterkrankungen, Begleitmedikamenten, etc. können Stoffwechsel und Abbaurate bestimmter Medikamente (und damit auch Wirkung und Nebenwirkungen) deutlich unterschiedlich sein.

Besonders ausgeprägt sind diese Effekte bei den Proteasehemmern. Bei keiner bisher untersuchten Stoffgruppe wurden derart starke Schwankungen der Plasmaspiegel sowohl innerhalb eines Patienten als auch zwischen verschiedenen Patienten beobachtet. Dennoch wirken diese Substanzen bei der Mehrzahl der Patienten zufrieden stellend.

In bestimmten Situationen kann aber eine Plasmaspiegelbestimmung entscheidend für den Therapieerfolg sein:

- bei bestimmten Erkrankungen oder bei starken Durchfällen kann die Aufnahme von Medikamenten durch den Körper beeinträchtigt sein.
- durch Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten können sich die Plasmaspiegel teilweise dramatisch verändern.
- eine verringerte Leber- oder Nierenfunktion kann die Ausscheidung von Medikamenten verlangsamen und damit die Menge im Blut ansteigen lassen.
- Körpergewicht und Geschlecht beeinflussen die Plasmaspiegel.
- Veränderungen des Stoffwechsels bei Schwangeren oder Kindern beeinflussen viele Medikamente.

Somit ergeben sich folgende Szenarien, bei denen der Einsatz einer Plasmaspiegelbestimmung erwogen werden sollte:

- bei Beginn einer Behandlung mit Proteasehemmern / NNRTI – allerdings nicht am ersten Tag, sondern nach ca. zwei Wochen, wenn sich das Fließgleichgewicht („steady state“) im Körper eingestellt hat.

- bei plötzlichem Viruslastanstieg. Es muss nicht immer eine Resistenzentwicklung vorliegen, evtl. sind einfach die Wirkstoffspiegel aus einem der o.g. Gründe nicht ausreichend. Allerdings sollte gewährleistet sein, dass der Patient seine Medikament auch tatsächlich eingenommen hat.
- Bei Boosterung, d.h. gewünschter Erhöhung der Wirkspiegel, z.B. durch Ritonavir (Norvir® und auch in Kaletra® enthalten). Besonders wenn keine „Standarddosierungen“ von Ritonavir verwendet werden oder noch weitere Arzneimittel eingenommen werden, die die Spiegel beeinflussen können.
- Wenn eine Nebenwirkung auf Grund zu hoher Blutspiegel vermutet wird. Damit kann man evtl. die Nebenwirkung durch eine Dosisreduktion verringern und vermeiden, dass unnötigerweise das Medikament ganz abgesetzt werden muss.

Wie bei anderen Verfahren auch, gibt es ein paar Fachbegriffe, die man kennen sollte: Wenn man ein Medikamente einnimmt, wird es vom Körper aufgenommen und die Menge im Blut steigt bis zu einem bestimmten Maximalwert an. Diesen Wert bezeichnet man als c_{max} , Spitzenspiegel oder (Englisch) „Peak“. Dann setzt der Abbau bzw. die Ausscheidung ein, die Menge im Blut fällt auf einen Minimalwert c_{min} , Talspiegel oder (Englisch) „Trough“ ab bis mit der Einnahme der nächsten Dosis das Spiel wieder von vorne beginnt.

Nun weiß man, dass besonders hohe Spitzenspiegel meist auch zu besonders ausgeprägten Nebenwirkungen führen, während – gerade bei anti-HIV-Medikamenten – ein bestimmter Talspiegel nicht unterschritten werden darf, damit das Virus zuverlässig an der Vermehrung gehemmt wird.

Je nachdem, ob die Plasmaspiegelbestimmung nun einer Optimierung der Wirksamkeit oder einer Verringerung der Nebenwirkungen dient, wird bevorzugt der Tal- bzw. der Spitzenspiegel bestimmt werden. In besonders gelagerten Fällen kann auch einmal eine ganze „Kinetik“ ermittelt werden. Dazu muss an einem Tag mehrmals Blut abgenommen werden um den genauen Verlauf der Blutspiegel zu ermitteln.

Bei den Einnahmezeitpunkten sollte man sich genau an die Vorgaben des Arztes halten. Wenn man insgesamt Schwierigkeiten hat, seine Medikamente so einzunehmen, wie der Arzt es verordnet hat, sollte man lieber im Vorfeld darüber reden. Sonst haben

die Ergebnisse der Plasmaspiegelbestimmung nämlich wenig mit der Realität zu tun und man hätte sich die Prozedur auch sparen können.

Um ein möglichst genaues Resultat erhält, kann man selbst einiges beitragen:

- In den drei Tagen vor der Plasmaspiegelbestimmung sollten die Einnahmezeitpunkte besonders genau eingehalten werden.
- Optimal wäre es, wenn man diese Zeitpunkte schriftlich festhält und diese Notizen zum Blutabnahmetermin mitbringt.
- Nimmt man noch weitere Arzneimittel (auch rezeptfreie und/oder pflanzliche Präparate) ein, sollte man dies dem Arzt unbedingt mitteilen! So können z.B. Johanniskraut oder Knoblauchextrakt die Wirkstoffspiegel von Proteasehemmern senken. Wenn der Arzt weiß, was man eingenommen hat, lassen sich ansonsten rätselhafte Ergebnisse oft schnell erklären.

Und welche Konsequenzen ergeben sich schließlich? Entweder, die Spiegel sind im „grünen Bereich“, oder aber zu hoch oder niedrig. Abhängig vom Ergebnis wird der Arzt vielleicht die Dosis der Medikamente verändern, ein zusätzliches Medikament verordnen oder sogar die Therapie umstellen.

Das Ziel ist:

- Die Wirksamkeit zu erhalten oder zu verbessern
 - Die Nebenwirkungen zu verringern
- und damit langfristig die HIV-Infektion erfolgreich zu behandeln!

Siegfried Schwarze

Medizin & Forschung

Uridin als neue Hoffnung gegen mitochondriale Toxizität und Lipodystrophie?

Immer mehr Menschen mit HIV leiden unter Langzeitnebenwirkungen der hochaktiven

antiretroviralen Therapie (HAART). Gerade der Veränderung des Aussehens durch Fettverlust im Bereich des Gesichts und der Extremitäten kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, weil sie die Betroffenen „krank“ aussehen lässt und stigmatisiert. Allerdings muss man immer wieder betonen, dass diese Veränderungen nur bei einem Teil der Patienten auftreten. Entweder spielen noch unbekanntes Wechselwirkungen der Medikamente eine Rolle oder genetische Faktoren. Oder beides.

Hatte man zu Beginn vor allem die Proteasehemmer im Verdacht, diese Veränderungen hervorzurufen, so konzentrieren sich neuere Forschungen mehr und mehr auf die Nukleosidanaloga und unter diesen vor allem auf die „d-Drugs“ (also die Medikamenten mit einem „d“ in der chemischen Kurzbezeichnung: ddC (Hivid®), ddI (Videx®) und vor allem d4T (Zerit®)).

Nach neueren Erkenntnissen wird in den Zellen allerdings auch AZT (Retrovir®, sowie in Combivir® und Trizivir® enthalten) zu etwa 30 % in d4T umgewandelt. Damit wäre erklärbar, dass auch unter AZT Symptome wie Fettschwund auftreten können, wenn auch nicht in dem Ausmaß bzw. so schnell wie unter d4T.

Im Laborversuch konnte man feststellen, dass die genannten Substanzen nicht nur die gewünschte Wirkung haben (die Hemmung der Reversen Transkriptase von HIV), sondern auch bestimmte unerwünschte Wirkungen. So hemmen diese Medikamente beispielsweise auch die gamma-Polymerase. Dies ist ein Enzym in den Mitochondrien, den „Kraftwerken“ unserer Körperzellen. Dadurch – so die Arbeitshypothese – verringert sich die Zahl der Mitochondrien und / oder ihre Leistungsfähigkeit nimmt ab. Man spricht hierbei von „mitochondriale Toxizität“ – also von einer die Mitochondrien schädigenden Wirkung. In Zellen, die einen sehr hohen Energieverbrauch haben und deshalb besonders auf die Arbeit der Mitochondrien angewiesen sind, kann es dann zu Fehlfunktionen kommen. So erklärt man sich das Zustandekommen von Symptomen wie Neuropathie (Nervenschmerzen), Anämie (Blutarmut), Störungen des Leberstoffwechsels oder eben auch Fettverlust (Lipoatrophie). Diese Zellen sind zur Deckung ihres Energiebedarfs dann zunehmend auf den anaeroben Stoffwechsel angewiesen, dessen Endprodukt Milchsäure (Laktat) ist. Wenn die Leber mit dieser Überproduktion von Laktat nicht mehr fertig wird, kommt es zu einer Anhäufung von Milchsäure im Blut und,

sobald die Kompensationsmechanismen des Körpers überfordert sind, zu einer Ansäuerung des Bluts – der so genannten Laktatazidose, die in schweren Fällen tödlich sein kann. Auch die Laktatazidose ist schon lange als – seltene – Nebenwirkung der Nukleosidanaloga bekannt.

Nun gibt es auch noch andere Erkrankungen (Erb-leiden, Vergiftungen), bei denen die Mitochondrien geschädigt werden und vergleichbare Symptome auftreten können. Mit Medikamenten, die bei diesen Erkrankungen helfen, versuchte man auch, die Lipodystrophie zu behandeln (z.B. Coenzym Q10, Acetyl-L-Carnitin, Antioxidantien etc.) – allerdings mit wenig Erfolg.

Eine kleine Studie, die schon 1988 veröffentlicht wurde, beschreibt, dass eine körpereigene Substanz, das Uridin, die schädigende Wirkung von AZT in höheren Dosierungen auf bestimmte Blutzellen verhindern kann ohne die antivirale Wirkung zu beeinträchtigen. Eine andere Substanz, Cytidin, konnte zwar die schädliche Wirkung ebenfalls neutralisieren, allerdings ging dabei auch die Wirkung gegen HIV verloren.

Unglücklicherweise wird Uridin vom Körper nur sehr schlecht aufgenommen. Neuere Untersuchungen zur Wirkung dieser Substanz bei bestimmten Erkrankungen verwenden daher chemisch abgewandelte Stoffe, die erst im Körper zu Uridin umgewandelt werden, z.B. Triacetyluridin (TAU). Die Liste der Erkrankungen, bei denen Uridin derzeit getestet wird oder zumindest theoretisch einen Versuch wert wäre, ist lang: Zystische Fibrose, Leberschäden, Krebs (um die schädigenden Effekte der Chemotherapie zu reduzieren), diabetische Neuropathie, Störungen des Fett- und Zuckerstoffwechsels und einige Erkrankungen des Zentralnervensystems wie Schizophrenie oder Parkinson zählen dazu.

In den USA läuft derzeit eine klinische Studie (Christini Uridine Trial) zum Einsatz von TAU bei genetisch bedingten Störungen der Mitochondrienfunktion.

Dabei scheint die Substanz selbst in höherer Dosierung nicht giftig zu sein – zumindest konnte im Tierversuch keine toxische Dosis ermittelt werden. Allerdings gibt es derzeit kein Fertigarzneimittel auf dem Markt, das Uridin in ausreichender Menge enthält. Außerdem war die Herstellung bisher sehr aufwendig und teuer. Mittlerweile haben aber einige Fir-

men neuere und billigere Herstellungsmethoden entwickelt.

Der (bisher) hohe Preis war wahrscheinlich auch der Grund, dass diese Substanz bisher noch nicht auf eine mögliche Wirkung bei der HAART-assoziierten mitochondrialen Toxizität geprüft wurde, aber vielleicht ändert sich dies in nächster Zukunft.

Die Dosis, die für eine mögliche Anwendung in Frage käme, ist ebenfalls noch unklar. Ergebnisse erster Untersuchungen an freiwilligen Probanden lassen vermuten, dass wohl Mengen in der Größenordnung von einigen Gramm pro Tag erforderlich sein werden, um die selben Wirkstoffspiegel von Uridin im Körper zu erreichen, wie sie in den Laborexperimenten zur Vermeidung mitochondrialer Schäden eingesetzt wurden.

Allerdings muss vor übertriebenen Hoffnungen gewarnt werden: Zwar sind noch nicht alle Wirkmechanismen von Uridin bekannt, aber auf Grund der bisherigen Erkenntnisse dürfte die Substanz wohl eher prophylaktisch wirksam sein. Wenn einmal eine deutliche Schädigung der Mitochondrien aufgetreten ist – mit den damit verbundenen Symptomen – wird es schwer sein, diese wieder rückgängig zu machen. Es ist aber sehr wohl denkbar, dass Uridin die Schädigung der Mitochondrien verhindern könnte, wenn es von Anfang an zusammen mit den Nukleosidanaloga gegeben würde. Ob und wie weit dann auch die Symptome verhindert werden können, die uns derzeit so zu schaffen machen, sollte schnellstmöglich in Untersuchungen abgeklärt werden.

Bis dahin bleibt uns nur, mehr Literatur zu diesem Thema aufzustöbern und zu sichten, die weitere Entwicklung abzuwarten und Sie, liebe Leser, auf dem Laufenden zu halten.

Quellen:

Somadossi JP et al.: Uridine reverses the toxicity of 3'-azido-3'-deoxythymidine in normal human granulocyte-macrophage progenitor cells in vitro without impairment of antiretroviral activity. Antimicrob Agents Chemother. 1988 Jul;32(7):997-1001

Conolly GP, Duley JA: Uridine and its nucleotides: biological actions, therapeutic potentials. TiPS May 1999 (Vol.20):218-225

Siegfried Schwarze

Neues zu Ansätzen der "Simple-Salvage"-Therapie

Die Therapiemöglichkeiten für Patienten mit multi-resistentem HIV sind immer noch sehr eingeschränkt. Noch sind zu wenige neue Medikamente mit andersartigem Resistenzprofil für eine Zusammenstellung einer wirksamen Kombination für diese Patienten verfügbar. Als ein seit längerem praktizierter Ausweg gilt die Mega-HAART, eine Kombination von bis zu neun antiretroviralen Medikamenten. Nur wenige Patienten vertragen die Nebenwirkungen und meist ergibt sich nur eine vorübergehende Senkung der Viruslast und ein Anstieg der CD4-Zellen. Eine Überwindung dieses Dilemmas erfordert neue Strategien.

Doppel-Proteasehemmer-Regime

Die Klinik I für Innere Medizin, Universität zu Köln setzte in einer Salvagestudie bei 16 intensiv vorbehandelten Patienten ein Regime inklusive Doppel-Proteasehemmer ein. Die Patienten hatte alle drei Klassen antiretroviraler Therapie erhalten und ein Therapieversagen des letzten Regimes. Folgende Kombination wurde eingesetzt: Kaletra®, Crixivan® (600 mg) plus Epivir® (150mg) (alle 2 x täglich) und Viread® 245 mg (1 x täglich). Drei Frauen und 13 Männer mit einem mittleren Behandlungszeitraum von sechs Jahren wurden über sechs Monate beobachtet. 14 Patienten waren im CDC-Stadium C (AIDS). Nach drei Monaten zeigten vier Patienten (25 %) eine Viruslast unter 400 Kopien/ml, nach sechs Monaten fünf (31 %) Patienten. Die mittlere Senkung der Viruslast lag im Monat 3 bei 0,96 log, und 0,52 log nach sechs Monaten. Der CD4-Zell-Anstieg betrug im Monat drei 55 Zellen/ml und im Monat sechs 75 Zellen/ml. Eine strukturierte Therapieunterbrechung von mindestens acht Wochen erfolgte vor der Salvagetherapie bei 12 Patienten. Zwei Patienten brachen die Behandlung ab, einmal wegen virologischem Versagen, im anderen Fall aufgrund von Nebenwirkungen.

Zusammenfassend:

Die Doppel-Proteasehemmer-Therapie wurde gut vertragen. Es kam zu einem signifikanten Abfall der Viruslast und einer Stabilisierung des Immunsystems.

Kontinuierlich abwechselnde Therapie

Die als CAT (Continuously Alternating Therapy) bezeichnete prospektive Pilotstudie wurde am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum, Berlin durchgeführt. Es ist durch die regelmäßig abwechselnde Einnahme zweier Therapieregimes charakterisiert. Zur Minimierung von Kreuzresistenzen behindert Regime 1 selektiv die virale Reverse Transkriptase und Regime 2 die virale Protease. Vor Studienbeginn erfolgte eine genotypische Resistenzbestimmung. Ausgeschlossen wurden Patienten mit Viren, die sensibel für mehr als zwei derzeit erhältliche antiretrovirale Substanzen waren. Regime 1 bestand aus zwei Proteasehemmern (mit oder ohne Ritonavir). Regime 2 setzte sich aus mindestens drei verschiedenen Medikamenten zusammen, zwei oder mehr NRTI mit oder ohne einem NNRTI. Die Zyklusdauer wurde abhängig von der individuellen Viruslastentwicklung in den ersten zwei Therapiezyklen (jeweils 6 Wochen) auf 4-6 Wochen festgelegt.

Bisher haben vier Patienten die Woche 20 erreicht. Die Ausgangsviruslast betrug bei diesen Patienten ca. 98.000 Kopien/ml (Bereich 9.550 - 513.000 Kopien/ml).

Der Mittelwert der CD4-Zellen vor Studienbeginn war 193/μl (Bereich 10-363/μl). Die Absenkung der Viruslast zu Woche 20 betrug im Mittel 0,86 log. Die CD4-Zellzahl erhöhte sich im Mittel um 30/μl (Bereich -53 bis +110/μl). Vorläufiges Fazit: CAT könnte mit einem klinischen Nutzen für Patienten mit multi-resistenten HI-Virus verbunden sein, ohne die Toxizität einer Mega-HAART und ohne die Risiken einer strukturierten Therapiepause bei Patienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium. Die Beschränkung des Selektionsdrucks innerhalb eines Zyklus auf ein jeweiliges virales Enzym könnte den beobachteten Viruslastabfall erklären.

Quelle:

P67- Schmitz K. et al.: Salvagetherapie mit einem Doppel-Proteasehemmer-Regime bei multipel vortherapierten HIV-positiven Patienten, Abstract P67, 9. Deutscher und 14. Österreichischer AIDS-Kongress, 14.-17. Mai 2003 in Hamburg.

P93- Weber C. et al.: Continuously alternating therapy (CAT): Eine neue Option für die Salvage-Therapie?

Peter Lechl

Tenofovir (Viread®) und die Niere

Tenofovir (Viread®) gehört zur Gruppe der so genannten Nukleotide (im Gegensatz zu den Nukleosidanaloga wie AZT & Co), zu denen auch Adefovir (Hepsera® - wirksam v.a. gegen Hepatitis B) und Cidofovir (Vistide® - wirksam u.a. gegen das Cytomegalievirus) gehören. Diesen drei antiviralen Substanzen ist gemeinsam, dass ihr Einsatz mit einem gewissen Risiko für eine Nierenschädigung verbunden ist, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß.

In mindestens einer klinischen Studie zeigten etwa fünf Prozent der Patienten, die Tenofovir erhielten, Zeichen einer Nierenfunktionsstörung. Allerdings haben Patienten, die in Studien für HIV-Medikamente aufgenommen werden, normalerweise keine anderen schwer wiegenden Begleiterkrankungen. Ganz anders in der "wirklichen Welt" außerhalb von klinischen Studien. Hier sind Komplikationen wie Co-Infektionen, Begleiterkrankungen und komplexe Medikamentenkombinationen über viele Jahre eher die Regel als die Ausnahme. Damit erhöht sich zwangsläufig auch das Risiko für weitere Nebenwirkungen.

Die Nieren im Blickpunkt

Die Nieren filtern das Blut, spülen Endprodukte des Stoffwechsels in den Urin und holen wertvolle Substanzen aus dem Urin zurück. Tritt ein Nierenschaden auf, arbeiten diese Organe nicht mehr richtig und Abfallstoffe können sich im Blut anhäufen und / oder wichtige Stoffe dem Körper über den Urin verloren gehen.

Patienten, die Tenofovir einnehmen, können erhöhte Kreatinin-Spiegel im Blut und Urin entwickeln - ein Anzeichen für eine Nierenschädigung. Bei einer Blutuntersuchung kann auch ein zu niedriger Phosphat-Spiegel auffallen - eine weitere Folge einer beeinträchtigten Nierenfunktion.

Es bleibt die Frage, wie hoch der Anteil von Patienten ist, die unter Tenofovir ein erhöhtes Risiko für eine Nierenschädigung haben. Um dies zu beantworten, analysierten kanadische Forscher die Daten von Patienten, die Tenofovir im Rahmen des "Expanded Access" Programms erhalten hatten. Die Ergebnisse wurden auf einer kanadischen Konferenz im April 2003 vorgestellt.

Die Daten von 322 Patienten, die Tenofovir erhielten wurden verglichen mit denen von 430 Patienten, die statt dessen Abacavir (Ziagen®) einnahmen - jeweils als Teil einer Kombinationstherapie. Was diese Analyse bemerkenswert macht, ist die Art, wie "Nierenschädigung" definiert wurde. Nach Auskunft von Nierenspezialisten deuten bereits Kreatininspiegel, die mehr als 1,5-fach über dem Ausgangswert liegen, auf eine beginnende Nierenschädigung hin. In den klinischen Studien zu Tenofovir wurden hingegen vor allem solche Kreatininerhöhungen erfasst, die bereits als "schwerwiegend" oder "möglicherweise lebensbedrohlich" eingestuft wurden.

Risiko durch Tenofovir

Die kanadischen Forscher fanden, dass Patienten, die Tenofovir einnahmen, im Vergleich zu Abacavir-Patienten ein etwa dreifach erhöhtes Risiko für eine Kreatininerhöhung hatten. Ein weiterer Risikofaktor war eine CD4-Zellzahl von weniger als 150 Zellen/mm³. Insgesamt entwickelten etwa 7 Prozent der Patienten unter Tenofovir Anzeichen einer Nierenschädigung über einen Zeitraum von durchschnittlich sechs Monaten. Sechs Patienten mussten Tenofovir wegen einer Schädigung der Nieren absetzen.

Nach der Präsentation berichtete ein weiterer Arzt von einem Patienten, der wegen einer schweren Nierenschädigung im Zusammenhang mit einer Behandlung mit Tenofovir ins Krankenhaus eingeliefert werden musste und später an den Komplikationen verstarb.

Behandeln mit Bedacht

Natürlich sind diese Befunde vorläufig und müssen durch weitere Untersuchungen abgesichert werden. Zusätzliche Faktoren, die möglicherweise einen Einfluss hatten, müssen abgeklärt werden. So gibt es beispielsweise eine breite Palette von potenziell Nieren schädigenden Medikamenten. Hatten die betroffenen Patienten eines dieser Medikamente erhalten? Und wenn ja, könnten diese Substanzen das Risiko für eine Schädigung durch Tenofovir erhöht haben? Hier einige Beispiele für Medikamente, die Nierenschäden hervorrufen können

- Aminoglykosid-Antibiotika (Amikacin, Gentamicin, Paromomycin, Streptomycin, Tobramycin)
- Chemotherapeutika (Co-trimoxazol, Trimethoprim/Sulfamethoxazol)
- Pilzmedikamente (Amphotericin B)

- Virustatika (Aciclovir, Adefovir, Cidofovir, Foscarnet, Indinavir, Valaciclovir)
- Pentamidin (intravenös)
- Schmerzmittel (Acetaminophen, Ibuprofen, Indometacin, Naproxen)

Etwa 10 Prozent in der Tenofovir-Gruppe und 20 Prozent in der Abacavir-Gruppe der Untersuchung hatten schon einmal den Proteasehemmer Indinavir (Crixivan®) eingenommen, der ebenfalls über die Nieren ausgeschieden wird. Allerdings war eine Behandlung mit Crixivan® kein Risikofaktor für das Auftreten von Nierenproblemen im Rahmen dieser Studie.

Ein Risikofaktor hingegen war eine niedrige CD4-Zellzahl. Es ist nicht klar, wie dies zu einer Nierenschädigung beitragen kann. Es gibt aber Spekulationen: Patienten mit niedrigen CD4-Zellzahlen könnten schwerer krank sein und deshalb empfindlicher gegenüber Medikamentennebenwirkungen. Außerdem nehmen diese Patienten vermutlich insgesamt mehr Medikamente ein, was das Risiko für Wechselwirkungen erhöhen könnte. Diese Theorien sind allerdings noch unbestätigt.

Gesunde Nieren

Tenofovir könnte eine Schädigung der Nieren durch Beeinträchtigung der Kraftwerke der Nierenzellen (Mitochondrien) hervorrufen. In der Präsentation wurde nicht darauf eingegangen, wie man den Tenofovir-bedingten Nierenschaden vermeiden könnte. Wenn aber tatsächlich eine Schädigung der Mitochondrien vorliegt, könne man in einem ersten Ansatz in Laborexperimenten an Nierenzellen Substanzen erproben, die eine solche Schädigung verhindern könnten, z.B. Alpha-Liponsäure, L-Carnitin, Coenzym Q10, N-Acetyl-Cystein oder Uridin.

Quelle: Harris M et al.: Nephrotoxicity of tenofovir DF. 12th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, April 10-13, Halifax. Abstract 168

Kommentar von Projekt Information:

Auf dem 9. Deutschen und 14. Österreichischen AIDS-Kongress wurde auch von zwei deutschen Arbeitsgruppen über einen Fall von akutem Nierenversagen unter einer Therapie mit Tenofovir (Viread®) und Trizivir® (Höhn, Masuhr, Arastéh: Abstract P110), bzw. über einen Fall von akuter interstitieller Nephritis (Nierenentzündung) und akutem Nierenversagen unter Viread® (Schaaf, Aries,

Kramme, Steinhoff, Helmchen, Dalhoff: Abstract P103) berichtet..

Obwohl Viread® in den meisten Fällen ein sehr gut verträgliches Medikament ist, sollte den Nierenfunktionsparametern im Rahmen der Routinekontrollen große Aufmerksamkeit geschenkt werden - vor allem, wenn noch weitere Risikofaktoren für eine Nierenschädigung gegeben sind.

Siegfried Schwarze

Grundlegend & Wissenswert

Defektes Virusprotein verzögert Krankheitsfortschritt

Kanadische und US-Forscher berichten, dass ein Teil der HIV-Infizierten, die auch Jahre nach der Infektion noch völlig gesund sind, möglicherweise mit HIV-Viren infiziert sind, die eine Veränderung in einem bestimmten Eiweißmolekül aufweisen.

Diese Entdeckung bietet eine weitere mögliche Erklärung, warum eine kleine Gruppe von HIV-Infizierten nicht das Vollbild AIDS entwickelt und zeigt eine neue Forschungsrichtung auf, wie vielleicht auch bei anderen HIV-Patienten das Fortschreiten der Krankheit aufgehalten werden könnte.

Versuche mit dem HIV Protein "virales Protein r" (Vpr) zeigten, dass eine Veränderung oder Entfernung der Erbinformation für dieses Molekül HIV weniger aggressiv macht - es werden deutlich weniger Immunzellen vernichtet.

Da Vpr anscheinend beim Fortschreiten der HIV-Infektion hin zum Vollbild AIDS eine wichtige Rolle spielt, könnte eine Blockade von Vpr auch den Krankheitsverlauf abmildern.

Schon länger ist bekannt, dass Patienten, die bestimmte Veränderungen (Mutationen) in den Genen für den Corezeptor von HIV aufweisen, eine verlangsamte

Krankheitsprogression haben. Dies äußert sich meist in einer niedrigeren Viruslast und höherer CD4-Zellzahl verglichen mit Patienten ohne diese Mutation.

Noch ist nicht bekannt, wie Vpr genau sein zerstörerisches Werk ausübt, doch es wird bereits nach Hemmstoffen für diesen viralen Eiweißstoff gesucht.

Mit den Ergebnissen dieser Forschung ist allerdings nicht vor Ablauf mehrerer Jahre zu rechnen.

*Quelle: Journal of Clinical Investigation 2003;111:1455-1457, 1547-1554
Siegfried Schwarze*

Kurznachrichten

Viracept® 625 mg in USA zugelassen

Am 30. April 2003 hat die US-amerikanische Zulassungsbehörde grünes Licht für eine neue Formulierung des Proteasehemmers Nelfinavir (Viracept®) gegeben: Neben dem Pulver und den 250 mg Tabletten wird es in Zukunft auch 625 mg Tabletten geben, die die Pillenmenge von zehn auf vier Tabletten reduzieren (2x2 statt bisher 2x5). Die neue Formulierung wird sogar etwas besser vom Körper aufgenommen. Ob diese bessere Bioverfügbarkeit häufiger zu Durchfällen führt als bisher, wird der Einsatz in der täglichen Praxis zeigen.

Quelle: FDA List Serve

Europa verweigert Wachstumshormon die Zulassung bei AIDS

Serono, einer der Hersteller für menschliches Wachstumshormon (human growth hormone = HGH, Somatropin (Serostim®)), versucht seit einiger Zeit mit beachtlichem Marketingaufwand in das lukrative Geschäft mit HIV/AIDS-Patienten einzusteigen. Serostim® soll bei AIDS-bedingtem Wasting, aber auch bei Symptomen der Lipodystrophie Hilfe bringen – das Medikament ist aber für keine der beiden Indikationen in Europa zugelassen. In den USA gibt es eine Zulassung für AIDS-bedingtes Wasting.

Nun hat die europäische Zulassungsbehörde die Zulassung mit der Begründung abgelehnt, dass die langfristige Unbedenklichkeit nicht ausreichend belegt sei und dass außerdem auch die langfristigen

Wirksamkeitsdaten unter kontrollierten Studienbedingungen nicht ausreichend seien.

Quelle: www.natap.org

T-20 (Fuzeon®) in Europa zugelassen

Am 28. Mai 2003 hat die Europäische Zulassungsbehörde den ersten Fusionshemmer (T-20, Enfuvirtide, Fuzeon®) der Firma Hoffman LaRoche zugelassen. Da zunächst noch mit einem Bedarf gerechnet wird, der durch die Produktion derzeit nicht gedeckt werden kann, wird die Firma ein Verteilungssystem installieren, das die Versorgung derjenigen Patienten gewährleisten soll, die dieses Medikament am dringendsten benötigen. Schwerpunktärzte werden direkt von der Herstellerfirma darüber informiert.

Nierenfunktionsstörungen bei HIV-positiven Frauen

Es ist notwendig, die Kreatininspiegel im Blutserum (*Kreatinin ist ein Stoffwechselprodukt, das im Muskel entsteht und über die Nieren ausgeschieden wird, erhöhte Werte können eine Nierenschädigung anzeigen*) und die Proteinwerte im Urin HIV-positiver Frauen engmaschig zu überwachen – zu diesem Schluss kommen Lytt I. Gardner, Scott D. Holmber und KollegInnen von der HIV Epidemiology Research Study Group (HERS), einer großen amerikanischen frauenspezifischen Kohortenstudie. Sie fanden bei HIV-positiven Frauen häufiger überhöhte Kreatininwerte und/oder eine Proteinurie (*Eiweißausscheidung im Urin, z.B. bei einer Nierenerkrankung*) als bei HIV-negativen. HIV-positive Frauen mit hohen Kreatininwerten/Proteinurie hatten in dieser seit 1993 laufenden Studie (885 HIV-positive und 425 HIV-negative Frauen) im Vergleich zu Frauen mit normalen Werten ein um das Zweieinhalbfache erhöhtes Sterblichkeitsrisiko. Es fanden sich keine Unterschiede hinsichtlich Viruslast, CD4-Zellzahl oder antiretroviraler Behandlung.

Die Häufigkeit, mit der erhöhte Kreatininwerte und Proteinurie auftraten, weist laut Gardner und KollegInnen auf die Bedeutung einer engmaschigen Überwachung dieser Laborwerte bei HIV-positiven Patienten hin, besonders bei denen mit anderen Risikofaktoren für Nierenfunktionsstörungen.

Quelle: www.thebodypro.com, 6. Mai 2003

Frauen und AIDS – Vernetzung über Ländergrenzen hinweg

Am 14. Mai wurde in Hamburg auf dem ersten gemeinsamen AIDS-Kongress der Deutschen (DAIG) und Österreichischen (ÖAG) AIDS-Gesellschaft der Grundstein für ein deutsch-österreichisches Netzwerk zum Thema Frauen und AIDS gelegt, dass auch für Interessierte aus der Schweiz und anderen deutschsprachigen Ländern offen sein.

Ziel ist die Vernetzung und Förderung der Zusammenarbeit zwischen deutschsprachigen ForscherInnen, BehandlerInnen, BeraterInnen und HIV-positiven Frauen. Die ersten Schritte zum Aufbau dieses Netzwerkes wurden im Rahmen des inzwischen 3. Workshops der Sektion ALL AROUND WOMEN special der DAIG unter dem Vorsitz von Ulrike Sonnenberg-Schwan und Birgit Mumelter (Österreich) gemacht. Mehr als 50 interessierte Frauen und auch einige Männer trugen sich in eine Adressenliste ein, die bald über das Internet zugänglich sein wird, um den Erfahrungsaustausch und die Kooperation auch über die Ländergrenzen hinweg zu ermöglichen. Weitere Ziele sind der Aufbau einer Datenbank und die Schaffung eines Infopools zum Thema Frauen und AIDS.

Leben mit HIV

Oft und immer wieder: Problematik Adhärenz

Etliche Vorträge und Poster des Hamburger AIDS-Kongresses widmeten sich der Thematik Adhärenz. Falls einigen LeserInnen der Ausdruck nicht so geläufig ist: Adhärenz bedeutet die Einhaltung von therapeutischen Vorgaben durch den Patienten. Der häufiger verwendete Ausdruck "Compliance" gilt inzwischen bei "sensibilisierten Patienten" als leicht anrühlich. Wörtlich bedeutet er Einwilligung, Bereitschaft, Nachgiebigkeit, signalisiert aber auch Unterordnung, Zwang und eine eher hierarchische Arzt-Patient-Konstellation.

Nicht neu ist, dass auf lange Sicht nur eine mindestens 95%ige Adhärenz einen enormen Beitrag zum Therapieerfolg bedeutet. Einige Behandlungszentren und sogar Arztpraxen führen inzwischen Studien und Erhebungen zur Adhärenz durch. Viele Selbsthilfegruppen in größeren Städten haben sich seit den Anfängen der hochaktiven antiretroviralen Therapie bemüht, das Wissen und Empfinden um die Bedeutung der Adhärenz in der "Community" zu verinnerlichen. Gerne werden auf Veranstaltungen die Erfolge einer direkt beobachteten Tabletteneinnahme (DOT - Directly Observed Therapy) zitiert. Am besten funktioniert das unter Haftbedingungen, z.B. im Gefängnis.

Einfluss der ART

Am Institut für Infektiologie und Immunologie in Hamburg wurden über einem Zeitraum von sechs Jahren, 1997, 1999 und 2002, Änderungen der Adhärenzrate durch die Fortschritte in der antiretroviralen Therapie mittels anonymer Fragebogen ermittelt. Bedeutsam ist dabei, dass die ART für viele Patienten einfacher geworden ist. So sank die mittlere Tablettenzahl in dem untersuchten Zeitraum von 13 auf 6, die Zahl der Einnahmezeitpunkte von 3 auf 2. Insgesamt stieg der Anteil an Patienten mit 100%iger Adhärenz von 43% auf 55%. Die wichtigsten Gründe für eine unzureichende Adhärenz waren Vergessen der Tabletten zu Hause (1997 42%, 1999 26% und 2002 19%), unterwegs sein (44%, 33%, 24%), im Urlaub (16%, 3%, 16%). Mangelnde Aufklärung über Nebenwirkungen beeinflussten die Adhärenz ebenfalls in abnehmenden Maße negativ: 13%, 5%, 3%. Nebenwirkungen bleiben für die Adhärenzschwierigkeiten bedeutsam, 9% bzw. 5%, bzw. 8%. Zweifel an der Wirksamkeit der Tabletten machten einen Anteil von 2%, bzw. 4% bzw. 3% aus. In dieser Untersuchung korrelierten Alter, Geschlecht und Berufstätigkeit nicht mit der Adhärenz. Patienten mit niedriger Viruslast und hoher CD4-Zellzahl taten sich mit den Tabletten leichter.

Adhärenz aus ärztlicher Sicht

In einer Erhebung des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands in Bonn wurden standardisierte Interviews mit 97 Ärzten zur Adhärenz in der HIV-Therapie durchgeführt. Im Schnitt gaben die Ärzte an, dass 23% ihrer männlichen und 30% ihrer weiblichen Patienten sehr hohe Adhärenzlevels (d.h. größer als 94%) erreichen. 36% der Patienten schaffen nach Einschätzung der Ärzte Adhärenzwerte von 81% bis 94%. 64% der Behandler gaben an, dass sie mit ihren

Patienten bei jedem Besuch über Adhärenz sprechen. Lediglich 12% der Ärzte benutzten standardisierte Skalen oder Erfassungsbögen zur Adhärenzkontrolle. Nur sehr wenige Ärzte versuchen den Problemen auf den Grund zu gehen und bieten weitere unterstützende Maßnahmen an. Viele Ärzte überschätzen auch offensichtlich die Adhärenz ihrer eigenen Patienten. Keine Frage, zielgruppenspezifische Interventionsstrategien und regelmäßige Adhärenzkontrollen sind in breiterem Rahmen als bisher notwendig.

Weitere Faktoren in Verbindung mit Adhärenz und Nichtadhärenz

In einer Multi-Center-Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands und der Uni-Klinik Bonn wurden Adhärenzdaten bei 284 Patienten unter HAART ermittelt. 62,5% der Patienten gaben an, innerhalb des letzten Quartals keine Dosis vergessen zu haben. Der stärkste Vorhersagewert für Nicht-Adhärenz war das Bewusstsein der Patienten, dass der Therapieerfolg durch Nichteinnahme von Medikamenten gefährdet wird. Das ergibt sich aus der Frage an die Ärzte: "Wie oft kann man Ihrer Meinung nach die Medikamente auslassen, ohne dass die Therapie wirkungslos wird?" Signifikant schlechtere Adhärenzwerte weisen auch diejenigen Patienten auf, die der Meinung sind, bei HIV sei es sinnvoll, Schulmedizin und alternative Heilmethoden zu verbinden gegenüber denjenigen, die allein auf die Schulmedizin vertrauen. Ein zentraler Einflussfaktor für positive Adhärenz ist die Sicherheit, mit der die Patienten zu ihrer Therapie stehen. Diejenigen, die ihre Entscheidung für HAART aktuell immer noch für richtig hielten, zeigten eine deutlich höhere, Patienten die schon einmal einen Abbruch oder eine Pillenpause in Erwägung zogen eine niedrigere Adhärenz. Nicht überraschend ist, dass Rauschmittel, wie Alkohol und andere Drogen, die Adhärenz negativ beeinflussen.

Therapie 1 x täglich – das Nonplusultra?

Von Pharmafirmen, Ärzten und Patienten wird die Pilleneinnahme 1 x täglich häufig als unübertreffbar bei der Adhärenzthematik angesehen. Wie Patienten das beurteilen ergab eine Umfrage der Universität Bonn per Telefoninterview mit 100 HIV-Patienten in Deutschland. 83 Männer und 17 Frauen machten sehr differenzierte Aussagen zu dem doch so verführerischen „Once daily“. 76% der Interviewten hatten gegenwärtig ein Regime 2 x täglich, 19% 3 x täglich, 3% 1 x täglich und 2% mehr als 3tägliche Pillentermine. 66% der Befragten gaben an, irgendwann einmal eine oder mehr Dosierungen vergessen zu ha-

ben. 65% dieser Patienten nahmen an, dass 1 x täglich zu keinem Vergessen der Einnahme mehr führen würde. Überraschend: von den Patienten, die nie eine Pilleneinnahme vergaßen, nahmen nur 27% an, dass 1 x täglich es noch unwahrscheinlicher machen würde, die Medikamenteneinnahme zu versäumen. Insgesamt zeigten 78% der Befragten ein beträchtliches Interesse an 1 x täglich. Wurde jedoch nach dem Grad der Wichtigkeit von 1 x täglich in Bezug auf Wirksamkeit und Sicherheit gefragt, dann landete 1 x täglich auf Platz 3 hinter Wirksamkeit und Dauerhaftigkeit des Therapieerfolgs und Nebenwirkungen. Die Zögerlichkeit zu 1 x täglich resultiert möglicherweise aus der Angst, ein Risiko bei einem Therapiewechsel einzugehen. Dr. Jörg Götz bei einem Vortrag zu 1 x täglich: „Jüngere Schwule, dreimal pro Woche in verschiedenen Betten, brauchen 1 x täglich“. Insgesamt würde diese Vereinfachung von 81% seiner Patienten gewünscht.

Tipps und Tricks gegen die Vergesslichkeit

Wem bereits seit den Anfängen der HAART die Pilleneinnahme mit anfänglich sehr viel mehr Pillen und Beachtung von Essensvorschriften vertraut ist, dem fällt es auch leichter, die ART in den Lebensalltag zu integrieren. Für diesen Patientenkreis dürfte dann 1 x täglich auch eine weitere Erleichterung und trotzdem große Therapiesicherheit bedeuten. Mit 1 x täglich kann ich mir jede beliebige Tages- oder Nachtzeit zur Pilleneinnahme wählen. Das sollte allerdings ein Zeitpunkt sein, an dem ich mit Sicherheit sehr bewusst für die Pillen bin. Aber auch ein Regime mit zweimal täglich lässt sich gut in den Alltag integrieren.

Eselsbrücken – Erinnerungshilfen

Viele von uns kennen noch die Pillenalarmboxen. Jetzt bieten sich mehr Möglichkeiten an die Pilleneinnahme erinnert zu werden, z.B. per Handy oder per Terminplaner. Noch wichtiger scheint es aber, dass die Pillen präsent sind, am besten auf dem Tisch zu den jeweiligen Mahlzeiten (wenn man das vor niemandem verstecken muss). Die Pillenboxen mit unterschiedlichen Tageszeiten sind für viele unverzichtbar. Für unterwegs sind die kleinen nicht so sperrigen Plastiktütchen sicher geeigneter, einfach in der Hosentasche oder im Handtäschchen, wenn die Frau Rock trägt.

Pillenvorrat

Vorteilhaft ist es, zu einer ruhigen Zeit die Pillen für eine Woche vorzusortieren, aber nicht in einer

stressigen oder „benebelten“ Situation. Das schafft auch einen Überblick, wie lange die einzelnen Medikamente noch reichen und wann der nächste Rezepttermin ansteht. Besonders bevorstehende Reisen erfordern Konzentration, um mit Sicherheit über die ganzen Ferien und zu weiterer Sicherheit noch ein paar Tage darüber hinaus ausreichend versorgt sein. Ein Pillendepot bei regelmäßig besuchten Freunden oder auch in der Stammkneipe kann nützlich sein, wenn man mal wieder in der Eile des Aufbruchs nicht an die Pillen gedacht hat.

Soziale Unterstützung

Der Beistand von Lebenspartnern ist vielfach mit einer verbesserten Adhärenz verbunden. In Selbsthilfegruppen kann der Erfahrungsaustausch zu Therapie-schwierigkeiten und deren Management hilfreich und motivierend sein. In schwierigen, chaotischen Lebensumständen, auch bei Patienten mit depressiven Verstimmungen, ist eine psychotherapeutische Behandlung zur Stressbewältigung eine weitere Möglichkeit die Adhärenz zu verbessern.

Am wichtigsten ist die Vorbereitung auf die Erfordernisse der ART bei Patienten, die vor dem Therapiebeginn stehen. Die Unterstützung und enge Begleitung der HIV-BehandlerInnen während der langjährigen Therapiedauer ist hier ausschlaggebend. Standardisierte Skalen und Erfassungsbögen können die Adhärenzkontrolle besser strukturieren. Die intensive ärztliche Beratung bereits im Vorfeld des Therapiebeginns und ein offenes Arzt-Patienten-Verhältnis können viel dazu beitragen, eine geeignete individuelle Therapie für sehr unterschiedliche Lebensumstände von Patienten herauszufinden.

Quellen:

- P70 – Memken L. et al.
- P253 – Weilandt C. et al.
- P252 – Weilandt C., Rockstroh J.
- *Impact of Once Daily Therapy from the Patients' Perspective – Results from a Telephone Interview with 100 HIV-positive Patients in Germany*

Alle genannten Poster und Abstracts: 9. Deutscher und 14. Österreichischer AIDS-Kongress, 14.-17. Mai 2003 in Hamburg

Peter Lechl

Häufigkeit von Analkarzinomen nimmt trotz HAART zu

Eine vielbeachteter Vortrag beim AIDS-Kongress in Hamburg galt der beunruhigenden Zunahme von Analkarzinomen bei HIV-Patienten unter einer hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART). Andere durch HIV begünstigte Entwicklungen von Tumoren treten dagegen seit breiterer Anwendung der HAART und einer damit verbesserten Immunktion seltener auf. Die Entstehung des Analkrebses steht in Zusammenhang mit der gleichzeitigen Infektion mit dem Humanen Papillomavirus (HPV), das Warzen (Condylomata acuminata) im Genital- und Enddarmbereich verursacht. Projekt Information berichtete dazu bereits in der Juli/August 2002-Ausgabe. Neu ist, dass die HAART einen zusätzlichen Risikofaktor für das Auftreten von Analkarzinomen zu bedeuten scheint. In einer gemeinschaftlichen Untersuchung mehrerer Kliniken in München wurden bei 1472 HIV-infizierten Patienten rückwirkend Daten zur Häufigkeit des Auftretens von analen Condylomata acuminata (ACA) gesammelt. Verglichen wurden die Zeiträume 1985 bis 1995 (vor der Einführung der HAART) und 1996 bis 2001. Es werden 10 Fälle von Analkarzinomen mit den Daten zur Zeitspanne zwischen der HIV-Infektion und Analkarzinom und der Zeit zwischen der Feststellung von ACA und Analkarzinom geschildert. Ebenso wurden Daten zur Vorbehandlung mit HAART, die CD4-Zellzahl und CDC-Stadium (HIV-Erkrankungsklassifikation) zum Zeitpunkt der Diagnose des Analkarzinoms erfasst. Die 1472 Patienten wurden 3655mal auf Warzen im Analbereich untersucht. Es ergab sich eine statistisch gesicherte höhere Anzahl von positiven ACA-Befunden in den Jahren nach 1996 ($p < 0,001$), unabhängig von der Helferzellzahl und dem HIV-Erkrankungsstadium. Die Häufigkeit von ACA ist bei HIV-Infizierten generell signifikant höher als bei Nichtinfizierten. Das Analkarzinom tritt bei HIV-Infizierten ebenfalls häufiger auf, vor allem bei fortgeschrittenem Erkrankungsstadium, bei Jüngeren und innerhalb einer kürzeren Zeitspanne nach der Feststellung von Warzen im Analbereich. Wahrscheinlicher ist auch das Auftreten von Analkarzinomen bei Patienten mit HAART-Vorbehandlung. Die durchschnittliche CD4-Zellzahl zum Zeitpunkt der Diagnose von Analkarzinom betrug 266/ μ l.

Das Stadium der HIV-Erkrankung (CDC) war in sechs Fällen in der Kategorie B und in vier Fällen in der Kategorie C. Die an der Untersuchung beteiligten Ärzte schlagen vor, das HPV-assoziierte Analkarzinom in die Liste der AIDS-Indikator-Erkrankungen aufzunehmen. Gleiches gilt für das auffallend ähnliche Auftreten von Zervixkarzinomen bei Frauen. Generell sollten im Rahmen von Reihenuntersuchungen (Screening) körperliche Untersuchungen, Proktoskopie (Mastdarmspiegelung), Gewebeuntersuchungen und Gewebeentnahmen erfolgen. Das sollte bei Patienten mit über 500 Helferzellen im Abstand von zwei bis drei Jahren erfolgen, bei einer CD4-Zellzahl unter 500/ μ l aber alljährlich. Die Rolle der HI-Viruslast in der Entwicklung und dem Fortschreiten von analen Warzen und in der Konsequenz von Analkarzinom bedürfen weitergehender Erforschung.

Kommentar von Projekt Information:

Es sollte sich inzwischen herumgesprochen haben, dass Warzen im Analbereich langfristig gesehen ein möglicherweise sehr viel ernsthafteres Problem als nur ein "kosmetischer" Aspekt darstellen, nämlich die Gefahr der Entstehung von Analkarzinomen. Auch an einer von vielen als "delikat" empfundenen Körperstelle sollte man sich ohne Scheu regelmäßig untersuchen lassen. Im Miteinander von HIV-Behandlern/Innen und Patienten muß dieser Problematik mehr Aufmerksamkeit zukommen. Im persönlichen Gespräch betonte Dr. Sophia Horster auch den Nutzen der rechtzeitigen Entfernung von Warzen im Analbereich und die Bedeutung der Nachuntersuchungen.

Quelle: Horster S., Thoma-Greber E., Siebeck M., Bogner J.R., HPV-associated anal carcinoma: A new AIDS-indicator disease?; European Journal of Medical Research, 9. Deutscher und 14. Österreichischer AIDS-Kongress, Hamburg, 14.-17. Mai 2003.

Übersetzung: Peter Lechl

Wie geht es schwulen Männern mit ihren Ärzten?

2002 haben die Münchner AIDS-Hilfe e.V. und Projekt Prävention im Sub eine Fragebogenaktion durchgeführt, um zu erfahren, was schwule Männer von

ihrem Arzt (oder ihrer Ärztin) erwarten und wie ihre Erfahrungen mit ihm oder ihr sind. Der Gesamteindruck der Studie ist ein äußerst positiver: Die 281 in der Studie beteiligten schwulen Männer stellen ihren Ärzten ein hervorragendes Zeugnis aus: Nur 4% der Befragten sind eher oder gar nicht zufrieden mit ihrem Arzt - aber 88,9% können ihrem Arzt in jeder Hinsicht vertrauen. Auch die detailliertere Abfrage einzelner Aussagen zu der Qualität des Arztes ergab, daß - naturgemäß - zwar ein Unterschied zwischen "Wunsch" ("Was erwartest Du allgemein von einem Arzt") und "Realität" ("Die Erfahrungen mit Deinem Arzt sind...") besteht, aber die Werte sich immer noch auf einem sehr hohen Niveau befinden.

Die positiven Erfahrungen waren durchgängig über alle soziodemografischen Daten wie Alter, Einkommen, Wohnort etc. Auch zeigt sich in unserem Material kein Effekt einer "Zweiklassenmedizin": Die Erfahrungen derer, die in einer gesetzlichen Krankenkasse sind, unterscheiden sich nicht von denen der privat Versicherten. Ganz besonders wichtig und gleichzeitig erfreulich ist, dass sich die Stichprobe der positiven Männer noch besser über ihre medizinische Versorgung äußert. Der überwiegende Teil der befragten Positiven wird in HIV-Schwerpunktpraxen betreut, und bewertet das Verhältnis zu ihren ArztInnen besonders gut.

Einen sehr interessanten Effekt konnten wir jedoch feststellen: Die Befragten, die angaben, "ungetestet" in bezug auf HIV zu sein, machen - neben vielen anderen Punkten - signifikant schlechtere Erfahrungen mit ihren Ärzten, gehen später zu Untersuchungen oder reden mit ihrem Arzt weniger über ihr Privatleben als negativ oder positiv Getestete. Die "Ungetesteten" sind wohl dadurch zu charakterisieren, dass sie weniger Vertrauen in das medizinische System haben, weniger Sorge um ihren eigenen Körper tragen (oder vielleicht vielmehr ein ambivalenteren Zugang zu ihrem Körper haben), und auch weniger Informationen suchen.

Christopher Knoll, 9. Dt./Ö. AIDS-Kongress, Abstract P233

Langfristige überwachte Therapieunterbrechungen: Kritisch bei rapidem CD4-Zell-Abfall vor Therapiebeginn

Bisher gibt es kaum Erkenntnisse zu den Konsequenzen langfristiger Therapieunterbrechungen auf die virale Population in infizierten CD4-Zellen. Dr. Lars E. Eriksson und Kollegen des Karolinska Institut in Stockholm gingen dieser Frage bei 15 chronisch HIV-infizierten Patienten unter bisheriger hochaktiver antiretroviraler Therapie (HAART) nach. Die Patienten wurden mit mindestens einem Proteasehemmer und zwei Nukleosidanaloga behandelt. Vor Beginn der HAART betrug die mittlere CD4-Zellzahl $393/\mu\text{l}$, die mittlere HI-Viruslast lag bei 30.500 Kopien/ml. Bei allen Patienten wurde HIV-DNA in den CD4-Zellen festgestellt. Durchschnittlich betrug die Zeitdauer der HAART 41 Monate, die Viruslast lag unter der Nachweisgrenze von 50 Kopien/ml und im Mittel von 33,4 Monaten ergab sich ein Durchschnitt von 875 CD4-Zellen/ μl . Zwei der Patienten zeigten sofort zu Beginn der Therapieunterbrechung einen Durchbruch der Viruslast. Bei einem Patienten war nach fünf Monaten ein Wiederbeginn der Therapie notwendig.

Bei den 14 Patienten, die mindestens sechs Monate kontrolliert wurden, waren drei verschiedene Muster des HIV-DNA-Anstiegs in CD4-Lymphozyten feststellbar. Bei neun Patienten zeigte sich ein anfänglicher Anstieg, dann Stabilisierung. Drei hatten kontinuierlich ansteigende Virusmengen, dagegen waren diese bei weiteren drei Patienten nur langsam ansteigend. Die Wissenschaftler stellten keine signifikante Beziehung zwischen dem HIV-DNA-Anstieg während der ersten sechs Wochen nach Therapieunterbrechung und der Ausgangsviruslast fest. Auch die Zeitspanne der Viruslast unter 50 Kopien/ml oder die Dauer der HAART ergaben keine signifikante Korrelation. Die Patienten mit dem schnellsten HIV-DNA-Anstieg in den CD4-Zellen zeigten auch den gravierendsten prozentualen Abfall von CD4-Zellen während der neunmonatigen Therapiepause ($p < 0,05$). Der Grad des Verlustes an CD4-Zellen korrelierte mit dem Maximum und anhaltend gleichbleibenden Viruslastmengen während der Therapieunterbrechung und stand umgekehrt in Beziehung zum Abfall der CD4-Zellen vor Beginn der HAART.

Die Schlussfolgerung daraus: für Patienten mit einem rapiden CD4-Zell-Abfall vor Beginn der HAART ist es ratsam, die Therapie fortzusetzen.

Quelle: STI Failure Predicted by Rapid CD4+ Tcell Decline Before Initiating HAART, www.hivandhepatitis.com 05/16/03

Übersetzung: Peter Lechl

Politik & Soziales

Der Streit ist groß- Sozialreform in schwerer Zeit

Deutschland befindet sich am Anfang eines weit reichenden, mehrere Jahre andauernden Reformprozesses. Erstmals werden staatliche Leistungen und Zuwendungen auf breiter Ebene zurückgefahren. Für eine verhältnismäßig junge Republik, die 54 Jahre sozialen Fortschritt gewohnt war, ist das hart und neu zugleich.

Damit nicht genug: Der Reformprozess fällt in einen politisch erschwerten Zusammenhang. Der Bundesregierung fehlt nach der großen Flut des vergangenen Jahres, die gut zehn Milliarden Euro kostete, der finanzielle Spielraum. Gleichzeitig werden Verpflichtungen, die der Bund im Zuge der Deutschen Einheit einging, sukzessive fällig. Der Irakkrieg führt die Weltwirtschaft in eine Rezession. Deutschland steht am Rande einer Deflation. Dem Bundesfinanzminister fehlen bis 2006 Steuereinnahmen in dreistelliger Milliardenhöhe. Aufgrund des starken Euro lahmt der Außenhandel, die einst wichtigste Stütze unseres exportabhängigen Landes. In diesem Umfeld Reformen umzusetzen grenzt an Wunder und ist zugleich notwendiger denn je. Die Arbeitslosigkeit steigt ins Ungeahnte, dem Solidarsystem fehlt an allen Ecken und Enden Geld, das Land wirkt überreguliert.

Bis hierhin teilen nahezu alle im deutschen Parlament vertretenen Parteien die Analyse. Allein die Rezepturen zur Genesung geraten unterschiedlich. Der Streit um den besten Weg ist groß, und das ist auch gut so. In dieser Lage und ohne lautstarke Lobby fällt es kleineren gesellschaftlichen Gruppen schwer sich zu behaupten. Dazu gehören chronisch Kranke und insbesondere Menschen mit HIV und AIDS.

Grundsätzlich ist auch Chronikern bewusst, dass sie mit Einschnitten rechnen und leben müssen. Die Erkenntnis ist einfach: Wenn die Torte kleiner wird, werden dies auch die einzelnen Stücke, die zur Verteilung stehen. Trotzdem sollten die Stücke nicht zu Brosamen degenerieren, schließlich ist eine chronische Erkrankung bereits Einschnitt genug.

Das droht genau im Fall des Krankengelds, derzeit noch Teil der Gesetzlichen Krankenversicherung und eigentlich eine versicherungsfremde Leistung. Die Arbeitgeber zahlen die ersten sechs Krankheitswochen, Arbeitnehmer sollen in Zukunft die folgenden sechs Wochen allein versichern. Dem obliegt eine gewisse Logik, doch müssen chronisch Kranke erstens aus Gründen der Existenzsicherung davon ausgenommen werden, und eine Neuregelung darf zweitens nicht privaten Anbietern obliegen, denn nichtgesetzliche Zusatzversicherungen bleiben chronisch Kranken versagt. Alles andere käme einer Bestrafung gleich.

Ähnliches lässt sich von der Idee, das Renteneintrittsalter zu erhöhen, sagen. Rente mit 67 bedeutet nichts anderes, als dass die Rente mit beispielsweise 45 im Verhältnis geringer ausfällt. Auch hier werden Menschen, denen Unbill widerfährt und die früher in die Rente müssen, benachteiligt.

Ein besonderes Ärgernis ist die Zuzahlung. Deren Höhe fällt je nach Partei unterschiedlich aus. Gleich ist allen Zuzahlungen, ob sie nun für Medikamente fällig werden oder Praxisgebühren heißen, dass sie eine chronische Erkrankung unter Strafe stellen. Menschen mit HIV und AIDS beispielsweise müssen täglich Tabletten einnehmen, oft zum Arzt sowie Anwendungen und Untersuchungen regelmäßig durchführen. Nun durch allerlei Zuzahlungen einen Anreiz zu schaffen, der darauf hinausläuft, weniger Leistungen in Anspruch zu nehmen, ist für Chroniker der blanke Hohn. Zuzahlungen sind bei chronischen Erkrankungen ein unlauteres Mittel, für Chroniker müssen sie vom Tisch.

Zuguterletzt droht den sozial Schwachen Gefahr von der Zusammenlegung der Arbeitslosen- und Sozialhilfe. Ziel dieser Reform ist die Absenkung der Auszahlungsniveaus, damit jene, die arbeiten nicht ähnlich viel verdienen wie jene, die Arbeitslosen- oder Sozialhilfe beziehen. Hintergrund ist wiederum ein Anreiz: Arbeitslose sollen sich schneller eine Beschäftigung suchen. Dadurch verwischt jedoch die Trennlinie zwischen echter Bedürftigkeit und der Absicht, Arbeitslosigkeit effektiver zu regulieren. Sozial- und Arbeitslosenhilfe sowie deren Zuschläge dürfen nicht unter das zur Existenzsicherung notwendige Niveau fallen.

Diese Kritikpunkte verstellen nicht den Blick auf Gutes. Dazu zählen die Patientenquittungen und das Hausarztprinzip, die Stärkung der Prävention und der Anstieg der Zuverdienstmöglichkeiten. Probleme bereiten den Menschen mit HIV und AIDS die Fallpauschalen für Kliniken und Krankenhäuser, die ihrem Krankheitsbild nicht Genüge leisten.

Das Gros der Maßnahmen dient der Senkung der Lohnnebenkosten und einer finanziellen Stabilisierung der

deutschen Solidarsysteme. Ob dem Land damit wieder Wachstum und Wohlstand beschieden werden, bleibt dahin gestellt. Angesichts der eingangs beschriebenen Gesamtlage müssen Arbeitsmarkt, Gesundheitswesen und Rentensystem in jedem Fall effizienter gestaltet werden. Das wollen die ersten auch Schritte erreichen. Doch dabei unterlaufen der Sozialreform gravierende Fehler. Ihr entscheidender Mangel ist, dass nur bestimmte Bevölkerungsgruppen die Last tragen, während wesentliche Teile der Volkswirtschaft wie Beamte und Selbstständige, Kapital- und Mieterträge am Sozialwesen kaum teilnehmen.

Dabei wird ein zweiter Reformschritt noch viel weiter gehen. Ähnliches hat der Bundeskanzler für diese Legislaturperiode angekündigt. Die Opposition widerspricht nicht. Der zweite Reformschritt wird erneut Sozialleistungen in Frage stellen und reduzieren. Spätestens dann geht es um die soziale Ausgewogenheit, die dieses Land während der vergangenen Jahrzehnte stark gemacht hat und die nun einer neuen Idee vom Wirtschaftsstandort Deutschland geopfert wird. Hier liegt das eigentliche Problem: Die neue Idee wird nicht skizziert. Weder Regierung noch Opposition entwerfen ein tragfähiges Zukunftsmodell, in das Reformen eingebettet werden. Diverse Kommissionen sind daran gescheitert. Doch ohne übergreifendes Modell wirken alle Maßnahmen vereinzelt. Das Individuum fühlt sich als Opfer, chronisch Kranke und sozial Schwache sind es wirklich. So lässt sich die langfristige Genesung eines Landes nicht betreiben.

Stefan Boes

Zur Gesundheitsreform

Die in der letzten Ausgabe begonnene Übersicht, welche Sozialreformen bevorstehen beziehungsweise umgesetzt werden, findet hier in erweiterter Form ihre Fortsetzung. Jeder Punkt wird aus der Sicht der Menschen mit HIV und AIDS bewertet – nur aus dieser, eine allgemeine politische Bewertung wird absichtlich nicht vorgenommen.

- *Praxisgebühren*: 15 Euro für Facharzt ohne vorherige Konsultierung des Hausarztes eigentlich in Ordnung, um „Facharzt-Hopping“ zu verhindern; eine generelle Praxisgebühr ist mit Prävention, Vorsorge und Frühzeiterkennung nicht vereinbar; sollte sie dennoch kommen: **Befreiung für Chroniker**
- *Zuzahlungen*: Menschen, die oft zum Arzt müssen, werden bestraft; generelle **Befreiung für Chroniker**
- Keine beitragsfreie *Familienmitversicherung* mehr: beitragsfrei nur noch bei Erziehungsurlaub und Angehörige in Pflege; **ohne direkten Bezug zu Chronikern**
- *Krankengeld*: ist in der Tat versicherungsfremde Leistung; Schröders Argument lautet „Arbeitgeber zahlen

- die ersten sechs Wochen, deshalb Übertrag der nächsten sechs Wochen auf Arbeitnehmerseite“; Forderung: **Sonderregelung für chronische Erkrankungen** wegen Existenzsicherung dringend notwendig; Chroniker erhalten in der Regel keine privaten Zusatzversicherungen
- Zusatzversicherung für Unfälle: scheint vom Tisch, aber Problem wie beim Krankengeld, denn **Chroniker erhalten keine privaten Zusatzversicherungen**
 - Mutterschutz: versicherungsfremde Leistung, Herausnahme eigentlich in Ordnung; **ohne direkten Bezug zu Chronikern**
 - Sterbegeld: versicherungsfremde Leistung, Herausnahme eigentlich in Ordnung; **ohne direkten Bezug zu Chronikern**
 - Zahnersatz: scheint vom Tisch, aber Problem wie beim Krankengeld, denn **Chroniker erhalten keine privaten Zusatzversicherungen**
 - Bonussystem: zum Beispiel für Sportler, Nichtraucher oder Hausarztbesuch, auch bei Prävention und Vorsorge; können Chroniker **nur in dieser Form unterstützen**, alles andere schwächt das Solidarsystem
 - Malussystem: für Raucher über Erhöhung der Tabaksteuer um einen Euro pro Packung bei Einspeisung der Mehreinnahmen ins Solidarsystem; können Chroniker **in diesem Fall unterstützen**
 - Patientenquittungen: im Prinzip **in Ordnung**, Kontrolle bei der Ausgestaltung notwendig
 - Selbstbehalt: scheint vom Tisch; aber immer noch eine Forderung der Opposition, die **Chroniker auf die Barrikaden** treiben muss, da Beitragserhöhungen die Folge sind
 - Stärkung der Patientenrechte: unstrittig und **bedingt in Ordnung**, sofern Parität zwischen Kassen, Ärzten und Patienten gewährleistet ist
 - Positivliste: aus 60000 bis 80000 Arzneien werden nur noch einige tausend freigegeben, DAH war an Auswahl beteiligt, **Kontrolle notwendig**
 - Patientenchipkarte: kommt aus Gründen des Daten- und Therapieschutzes deutlich reduziert; **Kontrolle** wegen effektivem Datenschutz und wegen Interaktionen **nötig**
 - Hausarzt als Lotse: können Chroniker **bedingt begrüßen**, sofern Schwerpunktärzte auch als Hausärzte anerkannt werden
 - Fallpauschalen: die schon geltenden für Klinik und Krankenhaus sind mit durchschnittlich 8000 Euro pro Patient zu gering und vor allem unflexibel; sollen auch für Fachärzte kommen; in beiden Fällen **Sonderregelung bei HIV und AIDS**
 - Ärzte schließen mit Krankenkassen Direktverträge: Problem, dass kleine Ärzte nicht gleiche Konditionen wie große bekommen; vergleichbar mit dem Tante-Emma-Laden, den Plus und Penny vertrieben haben; deshalb sind **Qualitätssicherung, Sicherstellungsauftrag sowie Erhalt der Klein- und Schwerpunktpraxen Grundbedingung**

- Pflichtfortbildung für Ärzte: Angebracht ist **Skepsis**, weil das wahrscheinlich Alibiveranstaltungen werden
- Gesundheitszentrum: nach Vorbild Stiftung Waren-test; wichtig ist **paritätische Besetzung unter Einbeziehung der Patienten**
- Arzneiversandhandel: Freigabe eigentlich **in Ordnung, Kontrolle** und Datenschutz **nötig**
- Prävention: Stärkung nur zu begrüßen, aber **Frage der Legitimation**; wer vertritt die Patienten?
- Vorsorge: Stärkung nur zu begrüßen, aber **Frage der Legitimation**; wer vertritt die Patienten?

Zum Arbeitsmarkt

- Zusammenlegung von Sozial- und Arbeitslosenhilfe: Arbeitslosenhilfe wird lohnunabhängig; niedrigeres Niveau der Sozialhilfe und ihrer Zusätze ist zu befürchten und teilweise schon angekündigt; Forderung nach **Beibehaltung Niveau**
- Arbeitslosengeld: wird nicht mehr 32, sondern nur noch zwölf beziehungsweise bei über 55Jährigen 18 Monate gezahlt; wichtig sind Regelungen für den **Wiedereinstieg ins Erwerbsleben**
- Zuverdienst: Anstieg im Vorruhestand von monatlich 325 auf 340 Euro, im Altersruhestand von 325 auf 400; **Angleichung für Chroniker** an Regelung für Ruheständler sinnvoll
- Lockerung des Kündigungsschutzes: bis zu fünf oder zwanzig Mitarbeitern, teilweise mit Abfindung; **ohne direkten Bezug für Chroniker**, da Behinderte von der Neuregelung nicht betroffen

Rentenreform

- Bis 2040 schrittweise Vollbesteuerung der Rente: Beiträge schrittweise steuerfrei und Rente besteuert, heutige Rentner genießen Vertrauensschutz; eigentlich **in Ordnung**
- Auf Eichels Vorschlag eventuell Senkung der staatlichen Zuzahlung zur Rentenkasse: erst kurz im Gespräch; Staat zahlt zum Beispiel für Ausbildung und Kindererziehung; wegen Staatsverschuldung verständlich, erhöht aber entweder Beiträge, also kontraproduktiv; oder Streichung der Leistungen sowie Senkung des Rentenniveaus, vermutlich **klare Ablehnung**
- Alterskonten: Ausbau geplant; Chroniker sind bereits Verlierer der individuellen Altersvorsorge namens Riester-Rente, denn Menschen mit geringerer Lebenserwartung sparen nicht für die Zeit nach 65, müssen aber im Vorruhestand das niedrigere Rentenniveau hinnehmen; außerdem verbleiben privat angesparte Beträge im System, sind nicht vererbbar oder auszahlfähig; **klare Ablehnung**
- Schrittweise Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre, mit Übergangszeiten; angesichts der Arbeitslosigkeit wird keiner länger arbeiten; entspricht also versteckter Senkung des Rentenniveaus, auch für Frührentner; **klare Ablehnung**

Projekt Information e.V.

Medienpreis der Deutschen AIDS Stiftung 2001/2002

Die Deutsche AIDS Stiftung verlieh am Donnerstag, den 15. Mai 2003 auf dem 9. Deutschen und 14. Österreichischen AIDS Kongress in Hamburg (CCH, Saal 3) ihren Medienpreis 2001/2002. In der Eröffnungsveranstaltung hielt Dr. Günter Struve, Programmdirektor der ARD und Kuratoriumsmitglied der Deutschen AIDS Stiftung ab 9.45 Uhr die Laudatio auf die Preisträger.

Den Medienpreis 2001/2002 erhalten:

- **Die Redaktion der Zeitschrift "Projekt Information" für ihre sachkundige, kontinuierliche und qualitativ hochwertige Aufbereitung von HIV und AIDS Themen, besonders für Betroffene.**
- Peter Sartorius für seine vierteilige Serie "Die Aids Katastrophe im Süden Afrikas", erschienen auf der Seite Drei in der Süddeutschen Zeitung im Juni 2001.
- Die Arbeitsgruppe "Unterbrochene Karrieren" in der Neuen Gesellschaft für Bildende Kunst (NGBK), Berlin für ihre Ausstellungsreihe "Unterbrochene Karrieren", zuletzt die Ausstellung "Africa apart Afrikanische Künstlerinnen und Künstler konfrontieren AIDS", NGBK Berlin, 14.12.2002 9.2.2003.

Die Jury 2001/2002: Schauspieler Dirk Bach, Prof. Dr. Norbert Brockmeyer (Deutsche AIDS Gesellschaft, Bochum), Michael Emmrich (Frankfurter Rundschau), Heinz

Joachim Herrmann (Konferenz der Landesfilmdienste e.V., Bonn), Petra Klüfer (Aktivistin, Hamburg), Manfred Kriener (freier Journalist und Autor, Berlin), PD Dr. Jürgen Rockstroh (Medizinische Klinik und Poliklinik 1, Universitätsklinikum Bonn), Prof. Dr. Bernd Schmidt (Zentrum für interdisziplinäre Medienwissenschaft (ZiM) Georg August Universität Göttingen), Wolfgang Vorhagen (Akademie Waldschlösschen, Reinhausen b. Göttingen).

aus der Pressemitteilung der Deutschen AIDS-Stiftung



Termine

Veranstaltungskalender 2003

Münchner AIDS-Hilfe e.V.

„Positiver Sport“

jeden Donnerstag (Gymnastik und Kondition)

Anfängergruppe 19.00 Uhr

Fortgeschrittene 20.00 Uhr

Sporthalle Max-Planck-Institut, Kraepelinstr.10

(U-Scheidplatz)

Infos Engelbert Tel: 089/544647-21

„Yoga“

jeden Dienstag

Zeit: 19.00 Uhr

Ort: Münchner AIDS-Hilfe, Lindwurmstr. 71

Anmeldung erforderlich bei

Engelbert, Tel: 089 / 54 46 47-21

Medizinische Poliklinik, Innenstadt, Klinikum

LMU München

Symposium: Fusionsinhibition mit T20: Neueste HIV-Therapie und Aktuelles zu HIV/Hepatitis C

Referenten: Dr. Reiner Babel, Penzberg; Prof. Dr.

med. Frank-Detlef Goebel, München, Prof. Dr.

med Thomas Harrer, Erlangen; Dr. med. Hans

Jäger, München; PD Dr. Jürgen Rockstroh, Bonn;

Dr. med. Thomas Sternfeld, München.

Datum: 26. Juli 2003

Ort: Hörsaal der Medizinischen Poliklinik,
Pettenkoferstr. 8a, München (U-Bahn: Sendlinger
Tor)

Zeit: 10.00 Uhr bis 14.00 Uhr

Anmeldung: Prof. Dr. J. Bogner, Tel: 089 / 5160-
3550 oder -3598, per Fax: 089 / 5160-3593

FrauenGesundheitsZentrum München (FGZ)

Gruppe „Positive Frauen“

Wöchentlich stattfindende Gruppe für Frauen mit HIV und AIDS zum Austausch, zur Unterstützung und für gemeinsame Aktivitäten. Neue Frauen sind willkommen (bitte vorher anrufen!)

Zeit: jeweils **montags** von 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr. Am 05.05., 12.05., 19.05., 02.06., 16.06., 23.06., 07.07., 14.07.

Ort: FrauenGesundheitsZentrum

Nymphenburgerstr. 38/Rgb. 2. Stock

Kontakt: Ulrike Sonnenberg-Schwan, Tel: 089 / 129 119 5

Außerdem: Einzelberatung, z.B. nach der Diagnose, in anderen schwierigen Situationen mit dem Virus, zum Thema Kinderwunsch/Schwangerschaft, zu sozial- und arbeitsrechtlichen Fragen, finanziellen Hilfen und Berentung.

Fortbildungsveranstaltung – Die Medizinische Rundreise

Thema: Nebenwirkungsmanagement / Sexuelle Dysfunktionen bei Frauen mit HIV/AIDS

Referentinnen: Dipl.Psych. Ulrike Sonnenberg-Schwan, FGZ München, Dr. med. Claudia Levin, München

Datum: Donnerstag, 17. Juli 2003

Ort: Münchner AIDS-Hilfe, Lindwurmstraße 71, München

Zeit: 10.00 Uhr bis 16.00 Uhr

Anmeldung bis 30.06.2003: Ulrike Sonnenberg-Schwan, Tel: 089 / 129 11 95, Email: fgz@fgz-muc.de

All Around AIDS e.V. Dortmund

All about AIDS – Vortragsreihe zu HIV-relevanten Themen

Nachlese zum Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongress in Hamburg

Referenten: Dr. med. Doris Reichelt, Münster, Bernd Vielhaber, Berlin

Datum: 19.06.2003

Ort: Hotel Drees, Hohe Straße 107, 44139 Dortmund

Zeit: ab 11.45 Uhr

AIDS-Hilfe Köln e.V.

MED-Info im Gespräch

Gesprächsreihe der AIDS-Hilfe Köln

Thema: „Neue Krankheitsbilder bei HIV und AIDS“

Referent: Dr. A. Rieke

Datum: 12.06.2003

Ort: Josef-Stelzmann-Straße 20, Forum-Gebäude (KVB Linie 9, Haltestelle Lindenburg/Unikliniken)

Zeit: 19.30 Uhr

Projekt WORKSHOPS

Veranstaltungsreihe von Projekt Information e.V. München
und Münchner AIDS-Hilfe e.V. zur Vermittlung von
medizinischem/therapeutischem Grundwissen an HIV-Infizierte und ihre Freunde

Folgende Veranstaltungen sind geplant, Themenänderung aus aktuellem Anlass ist möglich.

- 30.06.2003** **Neu: Wir sprechen über Reyataz® (Atazanavir)**
Niels Postel, HIV-Schwerpunktarzt
u. Engelbert Zankl, HIV-Therapiehotline
Ort: Cafe Regenbogen, Lindwurmstr. 71 (U-Bahn Goetheplatz)
Beginn: 19:30 Uhr
- 06.10.2003** **HIV, Immunsystem & Psyche**
- 03.11.2003** **Wir sprechen über ... Zerit XR (einmal täglich)**
- 24.11.2003** **Europäischer AIDS-Kongress: Neue Substanzen, neue
Nebenwirkungen?**

**Soweit nicht anders angegeben, finden alle Veranstaltungen im 'SUB'
Müllerstr. 43 OG, München, statt. (U-Bahn-Haltestelle Sendlinger-Tor-Platz)**

***ACHTUNG: Auf vielfachen Wunsch wurde der Beginn
der Veranstaltungen auf 19.30 Uhr verlegt !***

Projekt Information e.V.
Telefon: 089 - 21 94 96 20
Fax-Nr.: 089 - 21 03 12 35
e-mail: info@projektinfo.de
www.projektinfo.de

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

Redaktion: Stefan Boes, Georg Kiechle, Peter Lechl, Manfred Müller, Siegfried Schwarze, Ulrike Sonnenberg-Schwan.

Hinweis:

Projekt Information versucht durch eine breite Auswahl von Themen, dem Leser einen gewissen 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 erfolversprechend 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