

# PROJEKT INFORMATION

Herausgegeben von Projekt Information e.V.

**Betroffene informieren Betroffene**

Jahrgang 11, Nr. 4, Juli / August 2003

## **2nd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, 13.-16. Juli 2003, Paris**

Studienergebnisse, neue Medikamente und eine Fülle guter und schlechter Nachrichten: Projekt Information gibt einen Überblick über die interessantesten Themen des Kongresses der internationalen AIDS-Gesellschaft.....Seite 3

### **Vitamine & Mineralien: - nützen sie wirklich?**

Für „Nahrungsergänzungsmittel“ werden Unsummen an Geld ausgegeben. Doch saubere Studien zum Nutzen von Vitaminen und Mineralstoffen sind rar. Welche verlässlichen Daten gibt es?

.....Seite 8

### **HIV/AIDS und Kinderwunsch künstliche Befruchtung weniger erfolgreich?**

Der Wunsch von Menschen mit HIV nach einem eigenen Kind trifft heute zunehmend auf Akzeptanz. Doch ganz unproblematisch ist dieser Wunsch auch aus medizinischer Sicht nicht.

.....Seite 9

#### **Editorial**

Editorial von Siegfried Schwarze ..... 2

#### **Medizin und Forschung**

Frühe Behandlung -längeres Leben ..... 10  
Kaposi-Sarkom kann nach Therapiewechsel wiederkehren . 11  
Tuberkulose: Neues Antibiotikum ..... 11  
Uridin: Die Story geht weiter ..... 12  
Kurznachrichten ..... 12

#### **Grundlegend & Wissenswert**

HDL contra HIV: „Gutes“ Cholesterin gegen böses Virus? . 13  
(Kreuz-)Resistenz bei Proteasehemmern ..... 13

#### **Leben mit HIV**

Hepatitis-Schutzimpfung nicht vergessen! ..... 15  
Buchbesprechungen ..... 15  
ART bei Schwangeren und Neugeborenen ..... 16  
Geschlecht, Herkunft und Therapieerfolg ..... 16

#### **Politik & Soziales**

Kunsttherapie ..... 17  
ABC einer Reform ..... 17  
Die Bürgerversicherung ..... 18  
Sozialpolitische Nachrichten ..... 19

#### **Projekt Information e.V.**

Unterstützung der HIV-Therapie-Hotline ..... 21

#### **Termine**

Veranstaltungskalender 2003 ..... 22

## Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wundern Sie sich, im Editorial von "Projekt Information" eine Anzeige zu erblicken, die aus einem Hochglanz-Urlaubsprospekt stammen könnte?

Mir jedenfalls fielen fast die Augen heraus, als ich eben diese Anzeige (im Original natürlich schön bunt) auf der zweiten Umschlagsseite der aktuellen Ausgabe von "AIDS" entdeckte - jenem seriösen wissenschaftlichen Magazin, in dem die meisten interessanten Daten und Studienergebnisse zu HIV/AIDS veröffentlicht werden.

Obwohl Wissenschaftler und Ärzte schon seit langem stöhnen über die kaum mehr zu bewältigende Anzahl von Kongressen und "Workshops" ist die Zeit offenbar reif für den "Ersten Workshop über die Beharrlichkeit von HIV während der Therapie" (so der von mir etwas holprig eingedeutschte Titel). Klingt so, als ob die Welt darauf gewartet hätte...

Braucht man diesen "Workshop" nun, weil den dort zu behandelnden Themen auf anderen Kongressen nicht die gebührende Beachtung zu Teil wurde? Wohl kaum.

Mich beschleicht der Verdacht, dass Ort und Zeit dieses "Workshops" (sieht das Bild nicht sehr nach harter Arbeit aus) mit Bedacht gewählt wurden: Eine idyllische Insel in der Nähe der Dominikanischen Republik und Puerto Rico, kurz vor den Weihnachtsfeiertagen.

Da ist in der Praxis bzw. im Institut nicht mehr viel los und unter dem Vorwand der eifrigen Kongressteilnahme kann man mit seiner Gattin für wenig Geld (den Flug und die Registrierungsgebühr von schlappen 1200 Euro wird doch wohl hoffentlich die Pharmaindustrie tragen und für die Begleitperson sind ja nur moderate 345 Euro fällig) einige

unbeschwerte Tage genießen. Und bestimmt gibt es in einem anderen Hotel oder auf einer Nachbarinsel noch ein günstiges Zimmer, in dem man ein beschauliches Weihnachtsfest feiern kann. Unter sich ist man natürlich auch, weil die Teilnahme auf 120 Personen beschränkt ist.

Aber wahrscheinlich bin ich ja nur neidisch, weil ich zu diesem Kongress sicher nicht eingeladen werden (schon gar nicht nach diesem Editorial...).

Was mich aber doch ein bisschen nachdenklich macht, ist, dass genau die Persönlichkeiten der weltweiten HIV-Elite im wissenschaftlichen Komitee des Kongresses sitzen, die sonst gerne bei Eröffnungsveranstaltungen die verzweifelte Lage von Drittweltländern zitieren, die darüber dozieren, wie schwierig es ist, mit den begrenzten Ressourcen ein menschenwürdiges Leben mit HIV und AIDS in diesen Ländern zu ermöglichen und so weiter. Einzig beruhigender Aspekt: Kein einziger deutscher Arzt oder Wissenschaftler gibt sich die Blöße, in diesem "Scientific Committee" mitzukaspern.

Nein, ich bin nicht gegen Kongresse im allgemeinen und ich

habe auch nichts dagegen, wenn man sich nach einem anstrengenden Tag in der Dunkelheit der Vortragssäle an einem angenehmen Veranstaltungsort auch etwas erholt und amüsiert.

Aber was zuviel ist, ist zuviel.

Ihr Siegfried Schwarze



**2nd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, 13.-16-Juli 2003, Paris**

Vom 13. bis 16. Juli fand in Paris die „2<sup>nd</sup> IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment“ (also die 2. Konferenz der Internationalen AIDS-Gesellschaft zur HIV-Krankheitsentstehung und Behandlung) statt. Wie mittlerweile bei solchen Kongressen üblich, gab es jeweils mehrere parallele Vorträge, die wir leider nicht alle gleichzeitig besuchen konnten. In unserer Übersicht werden wir uns also auf Themen beschränken, die für das Leben mit HIV und der HIV-Therapie für die Mehrzahl unserer Leser bedeutsam sein könnten.

Wie immer nahmen Daten zu klinischen Studien, neuen Medikamenten und Behandlungsstrategien einen breiten Raum ein.

Nachdem lange Zeit die „Protease-sparing Regimens“, also Kombinationstherapien ohne Proteasehemmer, in Mode waren, kommen jetzt erste Studiendaten zu „Nukesparing Regimens“ (Therapien ohne Nukleosidanaloga). Vorgestellt wurden Daten zu Crixivan®+Sustiva® (EASIER) und zu Kaletra®+Sustiva® (BIKS). In der BIKS-Studie wurden 533 mg Lopinavir und 133 mg Ritonavir (=4 Kapseln Kaletra®) zweimal täglich verabreicht, zusätzlich 600 mg Sustiva® einmal täglich (insgesamt 9 Pillen). Die Dosiserhöhung von Kaletra® ist wegen der Wechselwirkung mit Sustiva® erforderlich. In diese unverblindete Studie ohne Kontrollgruppe wurden 86 Patienten eingeschlossen, die höchstens eine Vorbehandlung haben durften. Eine Vortherapie mit einem NNRTI oder Kaletra® war ein Ausschlusskriterium. Die Studie wird bis Woche 48 fortgesetzt. (*Oral Abstract 36*)

Tabelle 1: Daten der BIKS-Studie

BIKS-Studie	mittlere CD4-Zellzahl (/mm <sup>3</sup> )	mittlere Viruslast (/ml)	% unter 50 Kopien/ml
Studienbeginn	307	70.000	
nach 24 Wochen (OT)	469		93%
nach 24 Wochen (ITT)			78%

In der EASIER-Studie wurden 800 mg Crixivan® und 100 mg Norvir® zweimal täglich verabreicht, dazu 600 mg Sustiva® einmal täglich (insgesamt 7 Pillen). Durch die Kombination mit Sustiva® fiel die mittlere Minimalkonzentration von Indinavir von 0,67 auf 0,33 mg/l. Der Wirkstoffspiegel nach 12 Stunden blieb bei allen Probanden über der für die Wirksamkeit wichtigen Grenze von 0,1 mg/l. Die Studie war randomisiert und hatte eine Vergleichsgruppe, die zu den genannten Medikamenten noch 30-40 mg Zerit® (je nach Körpergewicht) zweimal täglich bekam. Die 93 Patienten durften vorher noch keinen PI, NNRTI und kein Zerit® erhalten haben. (*Oral Abstract 39*)

Tabelle 2: Daten der EASIER-Studie

EASIER-Studie	Crixivan/Norvir + Sustiva + Zerit	Crixivan/Norvir + Sustiva
Ausgangs CD4-Zellzahl (/mm <sup>3</sup> )	323	407
mittlere Viruslast (/ml)	50.000	40.000
CD4-Anstieg nach 48 Wo.	+220	+189
% unter 50 Kopien/ml nach 48 Wo. (OT)	78%	74%
% unter 50 Kopien/ml nach 48 Wo. (ITT)	61%	53%

Bei der „Intention-to-treat“-Analyse (ITT) werden alle Therapieabbrüche (auch die wegen Nebenwirkungen) als Therapieversagen gewertet. Deshalb sind diese Werte meist schlechter als die „on-treatment“-Daten (OT), die nur die Patienten berücksichtigt, die bis zur Auswertung ihre zugewiesene Behandlung beibehielten.

Die Autoren beider Studien folgerten, dass die untersuchten Therapien eine ähnliche Wirksamkeit aufwiesen, wie die „klassischen“ Kombinationen aus zwei Nukleosidanaloga und einem PI oder NNRTI. Ob damit das Auftreten von Nebenwirkungen, die von Nukleosidanaloga (mit-)verursacht werden (z.B. Neuropathie, Lipoatrophie), verhindert werden kann, wird die Zeit zeigen.

Zu den Integrase-Hemmern gab es leider nichts Neues: Es wurden bereits bekannte Daten vorgestellt, die zeigen, dass die Integrase von HIV ein lohnendes Therapieziel ist und dass im Tierversuch damit teilweise drastische Reduktionen der Viruslast möglich sind. Offensichtlich gibt es zur Zeit noch keine Daten aus der Anwendung am Menschen.

Auch zu den „immunbasierten Ansätzen“ gibt es nicht viel zu berichten (der Begriff „Impfung“ sollte eigentlich nicht mehr verwendet werden, da es wohl so schnell keinen wirklichen Impfschutz gegen HIV geben wird). Eigentlich bestehen die Fortschritte vor allem darin, dass man immer genauer weiß, welche Strategien nicht funktionieren – und gelegentlich lernt man sogar, warum nicht. Noch immer ist nicht endgültig geklärt, mit welcher Immunantwort man den besten Schutz gegen HIV erreichen kann, welche Antigene und Impfviren man am besten verwendet und welche Hilfsstoffe man womöglich braucht. Ein großes Problem ist, dass auch bei den besten heutigen Verfahren die Immunreaktion des Körpers sehr schnell wieder nachlässt und eine wiederholte Anwendung alle paar Monate ist einfach wenig praktikabel. Ein weiteres Problem ist, dass gegen einige der eingesetzten Impfviren (Vaccinia und Adenovirus Typ 5) ein großer Anteil der Bevölkerung Antikörper hat, so dass Immuntherapien auf Basis dieser Viren wohl eine sehr eingeschränkte Wirksamkeit haben werden. Mit anderen Virenstämmen gibt es bisher noch relativ wenig Erfahrung, so dass zunächst deren Unbedenklichkeit geprüft werden muss. Bis es eine wirksame Immuntherapie oder gar eine echte Schutzimpfung gibt, werden mit Sicherheit noch viele Jahre ins Land gehen, falls sie überhaupt möglich sind – auch diese Frage ist immer noch offen.

Erfreulicher sind die Daten zu aktuellen Therapie-strategien. Die Verstärkung der Wirkung von Protease-hemmern durch Zugabe einer geringen Dosis Ritonavir (Norvir®), das so genannte „Boosten“, hat sich durch-gesetzt. Doch diese Therapien sind nicht nur stärker wirksam, auch was die Resistenzentwicklung angeht, zeichnen sich Vorteile ab. So gibt es mittlerweile Daten bei unvorbehandelten Patienten, die zeigen, dass geboosterte Proteasehemmer zwar auch versagen kön-nen, das sich dabei aber bislang keine Resistenzen ge-gen die Proteasehemmer entwickeln. Dies zeigen bisher Studien mit Kaletra®, aber auch mit Fortovase®/ Ritonavir und Agenerase®/Ritonavir. Vermutlich ist dies aber eine Eigenschaft aller geboosterten Proteasehem-merregimes – wenn auch noch nicht ganz klar ist, warum. Offensichtlich führt die Zugabe von Ritonavir zu höhe-ren und länger anhaltenden Wirkstoffspiegeln aber vielleicht gibt es darüber hinaus noch zusätzliche Effek-te, die der Proteasehemmertherapie eine völlig neue Qualität verleihen. Leider nutzt dies nichts, wenn die Patienten bereits vorher mit Proteasehemmern behan-delt wurden und dabei erste Resistenzmutationen ent-wickelten. Dann kann zwar eine Behandlung mit einem geboosterten Proteasehemmer in vielen Fällen noch eine ausgezeichnete Wirksamkeit zeigen, aber wenn ein Therapieversagen auftritt, sind in aller Regel auch wei-tere Resistenzmutationen nachweisbar.

Auch beim neuen Proteasehemmer Atazanavir (Reyataz®, bisher nur in den USA zugelassen) macht es einen Unterschied, ob er als erster Proteasehemmer (PI) eingesetzt wird oder erst später. Beim Einsatz von Atazanavir als erstem PI entwickelt sich bei einem Ver-sagen der Therapie typischerweise die I50V Mutation, bei der andere PI wirksam bleiben, ja sogar etwas stär-ker wirksam sind. Wird Atazanavir bei bereits mit PI vorbehandelten Patienten eingesetzt, entwickeln sich andere, PI-typische Mutationen mit breiter Kreuz-resistenz.

Atazanavir ist aber auch deshalb bemerkenswert, weil es als erster PI einmal täglich gegeben werden kann und obendrein die Blutfette kaum beeinflusst. Deshalb wer-den neue Daten zu diesem PI mit großer Spannung er-wartet. In zwei Studien zeigte sich ungeboostertes Atazanavir vergleichbar wirksam wie Nelfinavir (Viracept®), bzw. Efavirenz (Sustiva®). In Paris wur-den nun auch Vergleichsdaten mit Lopinavir/r (Kaletra®) vorgestellt. Wie allgemein erwartet, war ungeboostertes Atazanavir dem „Platzhirsch“ Kaletra® in der antiviralen Wirksamkeit unterlegen.

Allerdings wurden durch Atazanavir die Blutfette nicht un-günstig beeinflusst. Je 150 Patien-ten, deren vorheriges Protease-hemmerregime versagt hatte, be-kamen entweder Atazanavir 400 mg einmal täglich oder Lopinavir/

Ritonavir 400/100 mg (Kaletra®) zweimal täglich. Zu-sätzlich wurden in beiden Gruppen zwei Nukleosidanaloga nach Wahl des Arztes gegeben. Bei einer separaten Auswertung der Atazanavir-Gruppe zeigte sich, dass die Patienten den besten Therapieerfolg hatten, deren Virus zu Behandlungsbeginn Atazanavir-empfindlich war, die nur eine vorhergehende PI-Thera-pie hatten und die keine Nukleosidanaloga-Resistenzen aufwiesen. (Oral Abstract I17)

Tabelle 3: Atazanavir vs. Kaletra®

BMS A1424-043	Atazanavir + 2nRTI	Kaletra® + 2 nRTI
Ausgangs CD4-Zellzahl (/mm <sup>3</sup> )	288	261
mittlere Viruslast (/ml)	15.000	14.000
CD4-Anstieg nach 48 Wo.	ca. +90	ca. +115
% unter 50 Kopien/ml nach 24 Wo. (ITT)	38%	54%
Veränderung der Triglyzeride	- 2 %	+ 55 %
Veränderung des HDL-Cholesterins	+ 12 %	+ 18 %
Veränderung des LDL-Cholesterins	- 6 %	+ 5 %

Für Furore sorgte allerdings der Vergleich von geboostertem Atazanavir (300 mg Atazanavir + 100 mg Ritonavir – einmal täglich), das sich Kaletra® als eben-bürtig erwies. Die Patienten waren intensiv vorbehand-elt (zwei oder mehr versagende Therapie in der Vorge-schichte; ein oder mehr Versagen gegen Substanzen je-der Substanzgruppe). In dieser Studie wurden die Pati-enten zufällig drei Studienarmen zugeteilt:

- Atazanavir 300 mg + Ritonavir 100 mg, einmal täg-lich
- Atazanavir 400 mg + Saquinavir (Fortovase®) 1200 mg einmal täglich
- Lopinavir 400 mg + Ritonavir 100 mg (Kaletra®) zweimal täglich

Während der ersten beiden Woche erhielten die Patien-ten zusätzlich die Nukleosidanaloga der vorherigen, ver-sagenden Therapie um den Effekt der Proteasehemmer unverfälscht messen zu können. Danach erhielten alle Patienten Tenofovir (Viread®) plus ein Nukleosid-analagon zusätzlich.

Bemerkenswert ist, dass trotz der Zugabe von Ritonavir immer noch ein günstiger Effekt von Atazanavir auf die Blutfette im Vergleich zur Vortherapie messbar war.

Dass die Gruppe mit Atazanavir/Saquinavir vergleichs-weise schlechter abschnitt, könnte vielleicht an der rela-tiv niedrigen Dosierung von Saquinavir gelegen haben. Schließlich werden auch bei der Einmalgabe von Saquinavir + Ritonavir 1600 mg Saquinavir gegeben.

Von der Verträglichkeit her waren alle drei Arme ver-gleichbar. Während unter Kaletra® mehr Durchfälle auftraten, kam es in den Atazanavir-Gruppen häufiger

Tabelle 4: Geboostetes Atazanavir vs. Kaletra®

BMS A1424-045	Atazanavir/Ritonavir	Atazanavir/Saquinavir	Kaletra®
Anzahl Patienten	120	115	123
Ausgangs CD4-Zellzahl (/mm <sup>3</sup> )	317	286	230
mittlere Viruslast (/ml)	27.500	26.300	29.500
CD4-Anstieg nach 48 Wo.	+ 83	+ 59	+ 90
% unter 50 Kopien/ml nach 24 Wo. (ITT)	39%	23%	42%
Veränderung der Triglyzeride	- 2 %	- 14 %	+ 31 %
Veränderung des HDL-Cholesterins	- 7 %	- 1 %	0
Veränderung des LDL-Cholesterins	-10 %	-11 %	- 4 %

zu einer gelblichen Verfärbung der Haut durch Bilirubin (Ikterus). Ein ähnliches Phänomen kennt man auch von Crixivan®. Dies beruht auf der Hemmung eines Enzyms in der Leber, was aber (zumindest bisher) scheinbar harmlos ist. (*Oral Abstract 118*)

Dass gerade der Einfluss der antiviralen Therapien auf die Blutfette langfristig bedeutsam sein könnte, zeigte eine Reihe neuerer Auswertungen. Ohne im komplizierte Details gehen zu wollen, lassen sich die Ergebnisse folgendermaßen zusammenfassen:

- Die absoluten Zahlen sind momentan sehr gering, das heißt der Nutzen der antiviralen Therapie ist mit Sicherheit deutlich größer, als das mögliche Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung.
- Zur Zeit gibt es nur rückblickende Auswertungen, deshalb kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob das vermehrte Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Patienten unter antiviraler Therapie wirklich auf die Therapie zurückzuführen ist
- Dennoch macht es schon jetzt Sinn, Patienten auf Risikofaktoren (erhöhte Blutfette, erhöhten Blutdruck, Rauchen, familiäres Risiko) hin zu untersuchen und diese Faktoren – wo möglich – zu beseitigen.

(D:A:D-Studie)

Auf dem Satelliten-Symposium von Boehringer-Ingelheim wurde es dann politisch: ACT-UP!-Paris betrat die Bühne und forderte, dass die Firma Tipranavir für mehr Patienten zur Verfügung stellt. Der Hintergrund: Tipranavir gilt zur Zeit als Proteasehemmer, der bei Patienten mit vielen Resistenzmutationen noch die beste Wirksamkeit hat. Weltweit stellt Boehringer Tipranavir für 600 Patienten im Rahmen eines „Expanded Access“-Programms zur Verfügung. Der Bedarf dürfte aber weit höher liegen. Im Gegensatz zu früheren Aktionen blieb diese allerdings friedlich und so konnte das Symposium nach einigen Minuten fortgesetzt werden.



Dann wurden die mehrheitlich bereits bekannten Daten zu Tipranavir vorgestellt. Für die Phase-III-Studien und das „Expanded-Access“-Programm wurde eine Dosierung von 500 mg Tipranavir + 200 mg Ritonavir, zweimal

täglich, gewählt. Bei dieser Dosierung zeigte sich in Pilotstudien das beste Verhältnis von Wirksamkeit und Verträglichkeit.

Alle Virusisolate, die nur gegen einen Proteasehemmer resistent waren, waren gegen Tipranavir noch empfindlich. Und bei immerhin 90 % der Viren, die gegen drei oder vier Proteasehemmer resistent waren, wirkte Tipranavir noch. Zwar nimmt auch die Wirksamkeit von Tipranavir mit der Anzahl der Mutationen im Protease-Gen ab, aber selbst bei mehr als 20 Resistenzmutationen zeigt die Substanz noch Wirksamkeit (Viruslastsenkung etwa um 1 log = 90 %).

Dass auch „altgediente“ Substanzen manchmal für eine Überraschung gut sind, zeigte die „maxCmin2“-Studie, in der Saquinavir (Fortovase® oder Invirase®), geboostert mit Ritonavir, gegen Kaletra® getestet wurde. Auch in diesem Vergleich zeigte sich eine ähnliche Wirksamkeit beider Substanzen. (*Late Breaker LB23*)

Tabelle 5: Geboostertes Saquinavir vs. Kaletra®

maxCmin2-Studie	Saquinavir/Ritonavir	Kaletra®
Anzahl Patienten	163	163
Ausgangs CD4-Zellzahl (/mm³)	238	238
mittlere Viruslast (/ml)	32.000	40.000
% unter 50 Kopien/ml nach 48 Wo. (OT)	75%	70%
% unter 50 Kopien/ml nach 48 Wo. (ITT)	53%	60%

Ein neuerer Therapieansatz ist „sowohl-als auch“ statt „entweder-oder“. Im Mediziner-Neudeutsch heißt das dann „Double Boosted PI“. Dabei wird zu einem geboosterten PI (meist Kaletra®) noch ein zweiter PI hinzugegeben. Im günstigsten Fall profitieren damit zwei Proteasehemmer von der Wirkungsverstärkung durch Ritonavir. So beispielsweise in der Kombination aus 1000 mg Saquinavir (Fortovase® oder Invirase®) plus 400 mg Lopinavir + 100 mg Ritonavir (Kaletra®), zweimal täglich. Erste Ergebnisse der deutschen „LOPSAQ“-Studie ergaben, dass diese Therapieform eine Möglichkeit für Patienten mit zahlreichen Nukleosidanaloga-Mutationen ist oder wenn Nukleosidanaloga/NNRTI wegen Unverträglichkeit nicht in Frage kommen. Weniger geeignet scheint diese alleinige Proteasehemmertherapie für Patienten mit mehrfachen PI-Resistenzen und sehr niedrigen CD4-Zellzahlen.

Ähnlich ernüchternd wie bei den Immunstrategien sind auch die Daten zu den Therapiepausen. Einer der Referenten sagte es ganz deutlich: Therapiepausen bei chronisch Infizierten sind gestorben –

zumindest was die Verbesserung der Immunlage angeht. Natürlich kann es z.B. wegen Nebenwirkungen in Einzelfällen dennoch erforderlich sein, eine Pause einzulegen. Etwas anders ist die Datenlage bei Patienten, die

ganz kurz nach der HIV-Infektion mit einer Behandlung begannen. Hier gibt es Hinweise, dass Therapiepausen zu einer besseren Kontrolle von HIV durch das Immunsystem beitragen können. Allerdings auch nicht bei allen Patienten. Von 14 Patienten, die unmittelbar nach ihrer HIV-Infektion antiviral behandelt worden waren, eine Pause machten, wieder eine Therapie machten und wieder pausierten, konnten nur drei Patienten das Virus langfristig kontrollieren (d.h. Viruslast < 3000 Kopien/ml). Beim Rest kam es nach unterschiedlich langer Zeit zu einem deutlichen Wiederanstieg der Viruslast. Im Vergleich dazu gelang es in einer historischen Kontrollgruppe 5 von 46 Patienten ohne jegliche Therapie, das Virus über einen längeren Zeitraum zu kontrollieren. Es bleibt also nach wie vor unklar, ob die Patienten von der frühen Behandlung in Verbindung mit Therapiepausen tatsächlich profitierten. Die Autoren fordern zur endgültigen Klärung eine größere Studie. (Vortrag 12)

Die Datenlage zu Therapiepausen bei mehrfach vorbehandelten Patienten mit schwieriger Resistenzlage vor der nächsten Therapie ist uneinheitlich. Während ein solches Vorgehen in der GIGHAART-Studie einen messbaren Vorteil für die Patienten zeigte, war ein solcher in der CPCRA064-Studie nicht nachweisbar – im Gegenteil. In der GIGHAART-Studie erhielten die Patienten nach einer 8-wöchigen Therapiepause eine echte „Giga-HAART“ aus 3-4 Nukleosidanaloga, Hydroxyurea, einem NNRTI und 3 Proteasehemmern. Die Patienten waren intensiv vorbehandelt mit zwei oder mehr Proteasehemmern, zwei oder mehr Nukleosidanaloga und einem oder mehreren NNRTI. Die Viruslast zu Studienbeginn lag über 50.000 Kopien/ml und die CD4-Zellzahl unter 200/mm<sup>3</sup>. Nach 12 Wochen „Giga-HAART“ hatte die Gruppe ohne vorherige Therapiepause eine Viruslastsenkung um 0,37 log während die Gruppe mit Therapiepause eine Senkung um 1,91 log aufwies. Doch dieser Unterschied verringerte sich bis Woche 24: -0,29 log vs. -1,08 log. Es bleibt abzuwarten, wie lange der Vorteil durch die vorangegangene Pause in dieser Studie anhält. (Vortrag 114)

In der CPCRA064-Studie erhielten die Patienten entweder sofort ein auf der Basis von Resistenztest zusammengestelltes „optimiertes Salvage Regime“ (bestehend aus durchschnittlich 3-4 Medikamenten) oder erst nach einer 4-monatigen Therapiepause. In der Gruppe mit vorangehender Therapiepause stieg die Viruslast während der Pause zunächst an um dann mit beginnender Behandlung auf ein ähnliches Niveau abzufallen wie bei der sofort behandelten Gruppe. Allerdings fielen durch die Pause auch die CD4-Zellen deutlich ab und stiegen während der 20-monatigen Beobachtungszeit gerade mal wieder auf den Ausgangswert an, während in der Gruppe ohne Therapiepause die CD4-Zellzahl etwa um 50 Zellen/mm<sup>3</sup> über dem Ausgangswert lag. Hinzu kommt, dass in der pausierenden Gruppe mehr klinische Ereignis-

nisse auftraten. Auch eine genauere Analyse der Daten nach verschiedenen Untergruppen änderte nichts an diesen allgemeinen Ergebnissen. Die Autoren empfehlen, dass Patienten mit multiresistenten Viren – wenn möglich - ohne Therapiepause sofort auf ein optimiertes Salvage-Regime wechseln sollten. (Vortrag 119) Eine abschließende Bewertung ist derzeit nicht möglich. Denkbar wäre, dass die Untergruppe von Patienten von einer Therapiepause profitiert, die 1) noch Behandlungsoptionen hat (also nicht gegen alle Medikamente resistent ist) und 2) bei der während der Therapiepause zumindest einige der Resistenzmutationen verschwinden.

Eine etwas andere Herangehensweise zeigen die „On/Off“-Studien. Dabei geht man davon aus, dass das Virus einige Zeit braucht, um nach dem Absetzen von Medikamenten wieder mit der Vermehrung zu beginnen. Erste Untersuchungen mit abwechselnd vier Wochen Kombinationstherapie und vier Wochen Pause zeigten aber eine deutliche Vermehrung des Virus und vor allem die Gefahr der Resistenzentwicklung gegen die eingesetzten Substanzen. Nun werden kürzere Intervalle (eine Woche Therapie- eine Woche Pause) untersucht. Damit könnte man die Menge der Medikamente (und die Kosten) um die Hälfte reduzieren. Man erhofft sich damit geringere Nebenwirkungen bei gleich guter Wirksamkeit. Allerdings berichteten Forscher aus der „Staccato“-Studie über wenig ermutigende Resultate: 600 Patienten unter erfolgreicher Therapie wurden auf drei Studienarme aufgeteilt: Therapieweiterführung wie bisher, CD4-Zell-gesteuerte Therapiepausen oder abwechselnd eine Woche Therapie- eine Woche Pause. Erste Ergebnisse dieses Studienarms zeigten, dass 19 von 53 auswertbaren Patienten nach der einwöchigen Therapiepause eine Viruslast über 500 Kopien/ml aufwiesen. Selbst Patienten, mit sehr lange wirksamen Medikamenten (geboosterte PI, NNRTI) waren darunter. Besorgnis erregend war, dass bei einigen Patienten neu aufgetretene Resistenzmutationen gefunden wurden. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde dieser Studienarm vorzeitig abgebrochen. (Late Breaker LB4)

Eine andere Arbeitsgruppe untersuchte acht Patienten, die über mindestens sechs Monate eine Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze gehabt hatten und eine CD4-Zellzahl über 300 Zellen/mm<sup>3</sup> aufwiesen. Die Patienten erhielten ein einmal tägliches Regime aus Sustiva®, VidexEC® und Epivir®. Sieben der Patienten, die sich an das Schema aus einer Woche Einnahme gefolgt von einer Woche Therapiepause hielten, hatten auch während der Beobachtungszeit von 60-84 Wochen eine Viruslast unter 50 Kopien/ml. Bei keinem der Patienten ergab sich ein Anhaltspunkt für eine Resistenzentwicklung. Andererseits zeigte sich auch kein günstiger Einfluss der um die Hälfte reduzierten Medikamentenmenge auf die Blutfette oder die Leberwerte. (Poster 597)

Wie so oft hat man mal wieder zwei ähnliche Studien mit widersprüchlichen Ergebnissen. Und um diese Wi-

dersprüche endgültig zu beseitigen bleibt nur ein Weg: Weitere Studien!

Kurz vor dem Kongress kam überraschend die Nachricht, dass FTC (Emtricitabin, Emtriva®) in den USA zugelassen wurde. Überraschend deshalb, weil man zwar immer wieder von der Substanz gehört hatte, aber in letzter Zeit war es etwas still geworden. FTC ist dem 3TC (Epivir®) sehr ähnlich. Wie Epivir® ist es ein vergleichsweise potentes Nukleosidanalogon, dessen Wirksamkeit aber durch eine einzige Mutation (M184V, wie bei Epivir®) verloren geht. Es ist gut verträglich und in den USA für die einmal tägliche Gabe zugelassen (Epivir® ist in Europa für die einmal tägliche Gabe zugelassen, in den USA nicht). Eine weitere Gemeinsamkeit ist die Wirksamkeit beider Substanzen gegen das Hepatitis-B-Virus. In einer Metaanalyse vergleichen der Studien zwischen FTC und 3TC sieht es so aus, dass FTC 200 mg einmal täglich und 3TC 150 mg zweimal täglich eine vergleichbare Wirksamkeit haben, während 3TC 300 mg einmal täglich vielleicht etwas geringer wirksam ist.

Mit FTC erweitert sich das Arsenal der „once daily“-Substanzen. Erste Studien belegen, dass Kombinationen z.B. aus Emtriva®, VidexEC® und Sustiva® mindestens ebenso wirksam sein können, wie PI-basierte Kombinationen. (*Oral abstract 37*)

In den Diskussionen um neue Substanzen und Therapiestrategien gab es allerdings auch Studienergebnisse, die zur Vorsicht mahnen. Schon länger wusste man aus Studien, dass eine Kombination aus drei Nukleosidanaloga, in diesem Fall AZT (Retrovir®), 3TC (Epivir®) und Abacavir (Ziagen®) – alle drei zusammen in Trizivir® - bei einer Viruslast von über 100.000 Kopien/ml vor Therapie weniger wirksam war als eine Kombination mit einem Proteasehemmer. In der Studie ACTG5095 wurde nun die Kombination aus Trizivir® vs. Trizivir® plus Sustiva® vs. Combivir® (AZT+3TC) plus Sustiva® verglichen. Die Patienten waren unvorbehandelt und hatten eine Viruslast über 400 Kopien/ml zu Studienbeginn. Nach 80 Wochen hatte die Therapie im Trizivir®-Arm bei 82 von 382 Patienten (=21 %) versagt, jedoch nur bei 85 von 765 Patienten (= 11 %) in den beiden Sustiva®-Armen. „Therapieversagen“ war dabei definiert als zweimal eine Viruslast von mehr als 200 Kopien/ml nach Studienwoche 16. Aufgrund dieser Daten entschloss sich die Überwachungskommission der Studie, den Trizivir®-Arm abzubrechen. Die beiden Sustiva®-Arme laufen weiter und bleiben bis auf weiteres verblindet.

Diese Ergebnisse sind zwar eindeutig, aber dennoch interpretationsbedürftig. Falsch wäre sicher der Schluss, dass ab jetzt kein Patient mehr Trizivir® alleine bekommen dürfte. Schließlich ist die antivirale Wirksamkeit nur ein Kriterium bei der Auswahl der optimalen Behandlung für den individuellen Patienten. Und selbst wenn 21 % Therapieversagen aufgetreten sind, heißt das

doch im Umkehrschluss, dass bei 79 % diese Therapie ausreichend gewirkt hat. Und für viele Patienten ist eine einfache und relativ gut verträgliche Therapie wichtiger, als eine möglichst hohe Wirksamkeit um jeden Preis. Die Entscheidung für oder gegen eine Therapie muss nach wie vor individuell von Arzt und Patient getroffen werden. (*Oral Abstract 41*)

Doch damit nicht genug. Da die Thymidinanaloga AZT (Retrovir®) und d4T (Zerit®) immer mal wieder wegen ihrer Nebenwirkungen ins Gerede kommen, versuchte man eine Kombination ohne diese Substanzen zusammen zu stellen. Deshalb wurde die Kombination aus Abacavir (Ziagen®), 3TC (Epivir®) und Tenofovir (Viread®) – alle einmal täglich (Epivir® und Viread® sind in der EU für die einmal tägliche Gabe bereits zugelassen, für Ziagen® wird diese Zulassung angestrebt) in einer Pilotstudie an 19 Patienten getestet. Das Ergebnis verblüffte die meisten Experten: Die innovative, einmal täglich gegebene Dreierkombi war deutlich schwächer wirksam als erwartet: Bei 11 von 19 Patienten versagte die Therapie (Viruslastsenkung von weniger als 2 log oder Wiederanstieg nach anfänglicher Viruslastsenkung). Dieses Resultat ist deutlich und es war zu hören, dass eine ähnliche, größere Studie von GSK (ESS30009) ähnliche Ergebnisse zeigte. Noch sind sich die Experten nicht einig, warum drei eigentlich hochwirksame Substanzen in Kombination so enttäuschende Ergebnisse zeigten. Es wird vermutet, dass es vielleicht eine ungünstige Wechselwirkung zwischen Viread® und Ziagen® gibt. Bis zur endgültigen Klärung wird empfohlen, diese Kombination (vor allem einmal täglich gegeben) nicht einzusetzen. (*Oral Abstract 43*)

Auch zum ersten Vertreter der Fusionshemmerstoffe, T-20 (Fuzeon®) gab es ein Update: die 48-Wochen-Daten der TORO-Studien und eine Analyse der Faktoren, die ein Ansprechen auf die Therapie begünstigen.

Die Patienten in den Studien TORO-1 und TORO-2 erhielten entweder ein aufgrund von Resistenzdaten optimiertes Regime, oder ein optimiertes Regime und zusätzlich Fuzeon®. Nach 48 Wochen betrug die durchschnittliche Viruslastsenkung 0,63 log in der Gruppe ohne und 1,48 log in der Gruppe mit Fuzeon®. (*Vortrag 115*). Eine detaillierte Analyse identifizierte folgende Faktoren als günstig für einen Therapieerfolg mit Fuzeon®:

- CD4-Zellzahl zu Studienbeginn größer als 100/mm<sup>3</sup>
- Viruslast zu Studienbeginn kleiner als 100.000 Kopien/ml
- Vorbehandlung mit nicht mehr als 10 antiviralen Substanzen
- Zwei oder mehr noch wirksame Substanzen zusätzlich zu Fuzeon®.

Patienten, bei denen alle vier Faktoren gegeben waren, erreichten zu 80 % eine Viruslast kleiner als 400 Kopien/ml in Woche 24. (*Vortrag 116*)

Einige neue Substanzen kamen zur Sprache: dd4FC (Reverset®), SPD754, (Alovudin). Beide Wirkstoffe sollen zum Teil gegen resistente Viren noch Wirksamkeit zeigen und dabei gut verträglich sein. Insgesamt wird bei der Entwicklung neuer Substanzen mittlerweile großes Augenmerk auf die Wirksamkeit gegen resistente Viren und auf die Langzeitverträglichkeit (Lipodystrophie & Co!) gelegt. – ein erfreulicher Trend. (Vortrag 115)

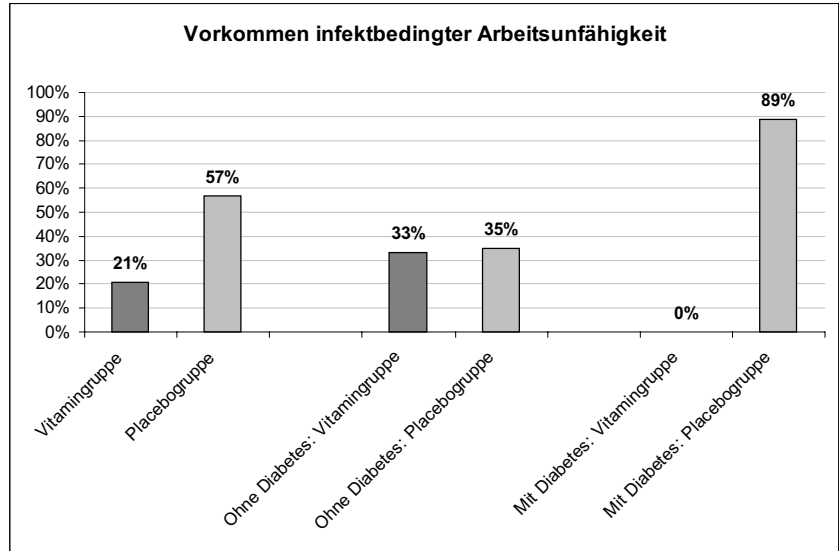
Unmittelbar vor der IAS-Konferenz fand ein Kongress zur Lipodystrophie statt. Die Ergebnisse wurden als Zusammenfassung präsentiert. Mittlerweile glaubt man, recht gut zu wissen, an welchen Stellen die Proteasehemmer und die Nukleosidanaloga unerwünschte Wirkungen entfalten und warum sie sich in der Kombination darin verstärken. Auch an Vorschlägen zur Behandlung mangelt es nicht. So wurde in einer Studie beobachtet, dass bei einer Umstellung von Zerit® oder Retrovir® auf Ziagen® im Laufe von 72 Wochen eine Zunahme von 1,29 kg Fett in den Extremitäten messbar war. Auch ein erst vor kurzem entdecktes Hormon, das Leptin, wird als mögliche Behandlung gesehen. Daten hierzu stehen aber noch aus (Vortrag 205). Eine Arbeitsgruppe aus Freiburg zeigte Untersuchungsergebnisse zu Uridin – auch auf diese Substanz setzen einige große Hoffnungen (Poster 745, siehe dazu auch den Bericht in diesem Heft).

Siegfried Schwarze

**Multivitamine & Mineralien: Nützen sie wirklich?**

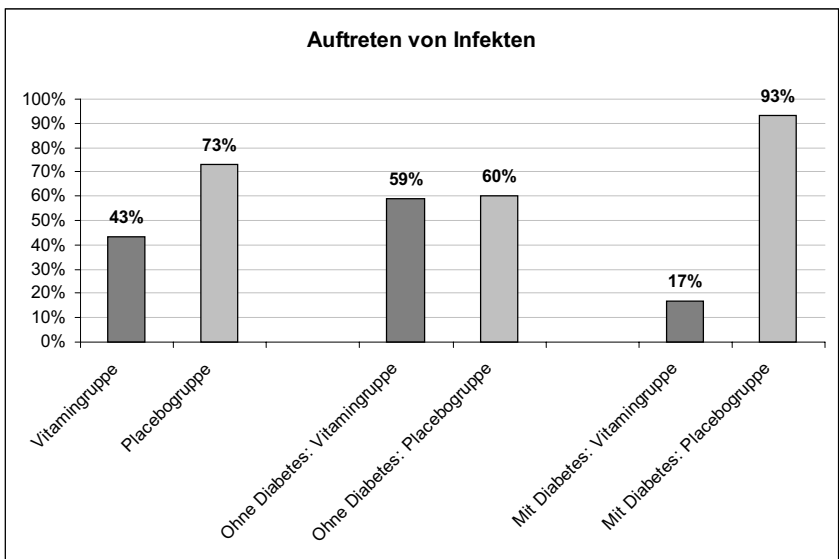
Die amerikanische Bevölkerung gibt pro Jahr etwa 1,5 Milliarden Dollar für Vitaminpräparate aus. Und auch bei uns vergeht kein Werbeblock im Fernsehen, in dem wir nicht erfahren, wie gesund doch Vitamin- und Mineralstoffpräparate sind. Doch sauber durchgeführte Studien zu diesem Thema muss man mit der Lupe suchen. Und zum Nutzen bei der HIV-Infektion werden die Daten dann wirklich dünn. Auch die hier vorgestellte Studie befasst sich leider nicht mit HIV-Infizierten, dennoch sind die Ergebnisse interessant und vielleicht bis zu einem gewissen Grad übertragbar.

Um den Nutzen einer typischen „Einmaltägig“-Multivitamin- und Mineralien-



pille zu überprüfen, wurden 130 Patienten aus zwei amerikanischen Arztpraxen zufällig einer von zwei Gruppen zugeteilt. Die eine Gruppe erhielt ein handelsübliches Multivitamin/Mineralstoff-Präparat, die andere Gruppe ein Quasi-Placebo, das aber den selben Anteil an Calcium, Magnesium und Vitamin B2 hatte wie das tatsächliche Präparat. Damit sollte gewährleistet sein, dass die Pillen genau so riechen, schmecken und auch die gleiche Gelbfärbung des Urins verursachen. Die Patienten mussten über ein Jahr lang ein Tagebuch führen und alle drei Monate zur Untersuchung erscheinen. Als Endpunkte dienten die Anzahl der Infekte, die die Patienten während der Beobachtungszeit von 12 Monaten dokumentierten sowie die Anzahl von Tagen, an denen sie infektbedingt arbeitsunfähig waren oder geplante Tätigkeiten nicht durchführen konnten. Weiterhin wurde noch die Lebensqualität abgefragt.

Das Ergebnis: In der Vitamingruppe gab es statistisch signifikant weniger Infekte und die Patienten waren weniger häufig infektbedingt arbeitsunfähig. Aber: der Effekt kam praktisch vollständig durch die Diabetiker





zustände (siehe Grafik). Nun weiß man, dass Diabetiker aufgrund ihrer Krankheit oft einen Mangel an Mikronährstoffen aufweisen. Die Lebensqualität wurde durch die Vitamingabe nicht beeinflusst.

Offensichtlich hatte das Multivitaminpräparat nur bei denjenigen Patienten einen Einfluss auf die Infektanfälligkeit, die vorher einen Mangel gehabt hatten. Bei den „gesunden“ Patienten sah man keinen Unterschied zwischen Vitamingabe und Placebo.

(Ann Intern Med. 2003;138:365-371)

#### **Kommentar von Projekt Information:**

„Der Vorhang zu und alle Fragen offen!“ – So könnte man das Ergebnis dieser Studie zusammenfassen. Soll man nun als HIV-Infizierter Multivitamine/Mineralstoffe zu sich nehmen?

Fassen wir noch mal zusammen: Diabetiker hatten über ein Jahr durch die Gabe eines Multivitaminpräparates deutlich weniger Infekte. HIV-Infizierte haben durch ihre Infektion – ähnlich wie Diabetiker – einen erhöhten Mikronährstoffbedarf. Also könnte man folgern, dass auch bei HIV-Infizierten die Gabe von zusätzlichen Vitaminen und Spurenelementen Sinn machen könnte. Soweit – so gut. Aber viele drängende Fragen beantwortet die Studie nicht: Was ist mit dem langfristigen Einfluss auf die Gesundheit, z.B. auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Osteoporose? Und wäre nicht eine vernünftige und ausgewogene Ernährung, die nicht nur ein paar Vitamine und Mineralstoffe sondern auch deren Vorstufen, Begleit- und Schutzstoffe in optimaler (weil natürlicher) Kombination enthält, sinnvoller und letztendlich auch billiger? Ohne allzu viel zu spekulieren kann man aus den Ergebnissen dieser Studie wohl nur folgern, dass eine moderate Nahrungsergänzung mit Pillen zumindest nicht schadet. Aber günstiger und auch gesünder als zusätzliche Tabletten ist sicher eine insgesamt gesunde Lebensführung.

#### **HIV/AIDS und Kinderwunsch – künstliche Befruchtung weniger erfolgreich?**

Der Wunsch von Menschen mit HIV/AIDS nach einem eigenen Kind, vor einigen Jahren noch heftig umstritten, trifft heute in zunehmend Maß auf Akzeptanz – zumindest, wenn es um HIV-positive Männer geht. Maßnahmen der künstlichen Befruchtung mit aufbereitetem Spermium wurden in Deutschland vor fast 12 Jahren zum ersten Mal angeboten, und in den letzten Jahren erklärte sich eine wachsende Anzahl von reproduktionsmedizinischen Zentren bereit, Paare zu behandeln, bei denen der Mann HIV-positiv ist. Ein ganzes Netzwerk von Einrichtungen mehrerer europäischer Länder hat sich unter dem Namen „CreaThe“ gegründet, um gemein-

sam Forschung zu betreiben, Erfahrungen auszutauschen und zu kooperieren. Die neuesten europaweiten Zahlen: Inzwischen wurden fast 1800 Paare mit unterschiedlichen Methoden der künstlichen Befruchtung mit aufbereitetem Spermium behandelt (in ca. 4500 so genannten „Behandlungszyklen“), über 500 Kinder wurden geboren. In keinem Fall kam es zu einer Infektion der Mutter.

Frauen mit HIV/AIDS oder auch Paare, bei denen beide Partner HIV-positiv sind und die wegen Einschränkungen der Fruchtbarkeit auf eine künstliche Befruchtung angewiesen sind, treffen allerdings immer noch, vor allen Dingen in Deutschland und Italien, auf wenig Unterstützung. Während sich fast alle europäischen Programme auch der Behandlung von Frauen annehmen, gibt es hierzulande nur eine Möglichkeit der Unterstützung im Rahmen eines einzigen Pilotprojektes in Berlin.

Klar ist: Wenn die Frau HIV-positiv ist, dann müssen neben dem Infektionsschutz des gesunden Partners auch mögliche Interaktionen von Infektion, Schwangerschaft und HAART und das Infektionsrisiko des erhofften Kindes berücksichtigt werden. Darüber hinaus werden aber immer noch haftungsrechtliche Bedenken diskutiert, und ethische Vorbehalte lassen sich nur schwer aus der Welt schaffen. Solange keine Störungen der Fruchtbarkeit vorliegen, ist durch eine Selbstinsemination eine Konzeption ohne reproduktionsmedizinische Eingriffe möglich – andernfalls bleibt vielen Paaren letztlich manchmal nur der Weg ins Ausland. Und außerdem – weder in Deutschland noch (für deutsche Paare) in anderen europäischen Ländern besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung für die Behandlung durch die Krankenkassen. So kann der Weg zum Wunschkind zu einem Luxusprojekt für wenige werden, die es sich leisten können. Ein untragbarer Zustand, der auf einer völlig überholten Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen beruht, der sich von den Realitäten und aktuellen Forschungsergebnissen um HIV und Reproduktionsmedizin hartnäckig unbeeindruckt zeigt.

Eine für Frauen mit HIV/AIDS nicht sehr hoffnungsvolle Nachricht kam kürzlich aus Straßburg, einem der Zentren, die auch Frauen mit HIV/AIDS – und auch deutsche Paare – behandeln (in Frankreich ist der Zugang zu Maßnahmen der assistierten Reproduktion auch für Menschen mit HIV/AIDS gesetzlich verankert). Jeanine Ohl und ihre KollegInnen veröffentlichten nach 18 Monaten Projektdauer ihre Behandlungsergebnisse: Von Januar 2001 bis Juli 2002 suchten 101 Paare nach reproduktionsmedizinischer Unterstützung, in 81 Fällen war der Mann HIV-positiv, in 18 Fällen die Frau, in zwei Fällen beide Partner. 57 der Paare wurden mit unterschiedlichen Methoden behandelt. Von den 47 Paaren, bei denen nur der Mann HIV-positiv war, wurde fast ein Drittel Eltern.

Ganz anders die Situation bei den 10 Paaren, bei denen die Frau HIV-positiv war: Neun der Paare wurden behandelt, aber lediglich eine Frau wurde schwanger, obwohl in 12 der 15 Behandlungszyklen technisch aufwendige Verfahren angewandt wurden, die gegenüber der einfachen Insemination eine höhere Erfolgsrate aufweisen sollten.

Ganz sicher ist es zu früh, Schlüsse aus dieser geringen Erfolgsrate zu ziehen, und auch die Anzahl der untersuchten Frauen ist zu gering dafür. Jeanine Ohl diskutiert einige mögliche Gründe: Die HIV-positiven Partnerinnen ihrer PatientInnengruppe waren deutlich älter als die HIV-negativen (35,9 bzw. 32,7 Jahre). Viele von ihnen hatte lange auf eine Behandlungsmöglichkeit gewartet und schon einige erfolglose Versuche der Selbstinsemination hinter sich. Ihre Hormonspiegel – hier gab es Hinweise auf eine eingeschränkte Funktion der Eierstöcke – unterschieden sich ebenfalls von denen der HIV-negativen Frauen. Die Wechselwirkungen zwischen weiblicher Fruchtbarkeit, HAART und HIV sind nach wie vor weitgehend ungeklärt, betont auch Ohl. „Es gibt einige Hinweise aus der Forschung auf ein Versagen der ovariellen Funktion bei HIV-positiven Frauen. Das müsste aber in einer größeren Studie bestätigt werden. Auf der anderen Seite werden in den Entwicklungsländern junge HIV-positive Frauen sehr leicht schwanger. Wir müssen noch herausfinden, ob HIV einen zusätzlichen negativen Faktor darstellt.“ Auch Simon Gregson vom Imperial College in London untersuchte die Fruchtbarkeit von Frauen mit HIV und fand heraus, dass es für sie schwieriger ist, ein Kind zu empfangen. „Einige Studien weisen darauf hin, dass die Fruchtbarkeit um 30-40% eingeschränkt sein könnte“, sagte er in einem Interview der BBC im Mai dieses Jahres.

Fazit: Möglichen Einschränkungen der Fruchtbarkeit von Frauen mit HIV/AIDS muss mehr Aufmerksamkeit in Forschung und Behandlung gewidmet werden. Ganz wichtig ist aber eine Ausweitung und Erleichterung des Zugangs zur reproduktionsmedizinischen Beratung (ein Faktor, der nicht vernachlässigt werden darf!) und Behandlung. Auch aus meiner Beratungspraxis sind mir nicht wenige Frauen bekannt, die seit Jahren – in einigen Fällen seit fast einem Jahrzehnt – nach Behandlungsmöglichkeiten suchen – und in absehbarer Zeit zu alt für die reproduktionsmedizinische Unterstützung sein werden.

#### Quellen:

Ohl, Jeanine et al.: *Assisted reproduction techniques for HIV serodiscordant couples: 18 months of experience. Human Reproduction Vol. 18, No. 6 pp. 1244 – 1249, 2003*

BBC News (28.05.03)

Creathe Meeting Madrid, 29.06.03

#### Weitere Informationen:

Ulrike Sonnenberg-Schwan, FrauenGesundheitsZentrum München, Projekt „Positive Frauen“  
Tel. 089/1291195

Informationen für HIV-positive Frauen mit Kinderwunsch im Internet:

<http://hetero.aidshilfe.de/kis>

[www.dagnae.de](http://www.dagnae.de)

Ulrike Sonnenberg-Schwan, München

## Medizin & Forschung

### HIV-Therapie: Frühe Behandlung – längeres Leben

Eine Studie von Dr. Bruce Schackman des Weill Cornell Medical College zeigt, daß ein früher Therapiebeginn die Lebenserwartung HIV-Infizierter signifikant erhöhen könnte, trotz langfristiger Nebenwirkungen. Auch wenn wegen der Kosten vielen Patienten eine frühe Therapie vorenthalten wird – ein Kosten-Nutzen-Berechnungsmodell zeigte außerdem, dass ein früher Behandlungsbeginn rentabel ist. In dem Computer-Simulationsmodell der Studie ergab sich mit früher hochaktiver antiretroviraler Therapie (HAART) ein um etwa drei Jahre verlängertes Leben, trotz der angenommenen Cholesterinwert-Erhöhung durch die HAART. Für einen 37-jährigen Patienten mit früher HAART bedeutete dies eine Überlebenszeit von 16,54 Jahren gegenüber 13,73 Jahren bei verzögertem Therapiebeginn. Dieser Nutzen ist der Wirkung der HAART mit verringerter Viruslast und damit verbesserter CD4-Zellzahl zuzuschreiben. Das führt gleichzeitig zu einem verringerten Risiko von opportunistischen Infektionen. Im Vergleich der Lebenserwartung von frühem und verzögertem Therapiebeginn trotz angenommener fehlender Cholesterinerhöhung durch die HAART ergaben sich ähnliche Ergebnisse; 16,66 gegenüber 13,80 Jahre. Der Zeitpunkt des Therapiebeginns ist wegen der Nebenwirkungen der HAART, Cholesterinerhöhungen und Lipodystrophie-Syndrom eingeschlossen, umstritten. Die Therapieempfehlungen des US Department of Health and Human Services zum Beginn der HAART wurden im vergangenen Jahr verändert: Es wird vorgeschlagen, eine HAART nur Patienten mit eher fortgeschrittener HIV-Erkrankung anzubieten, Viruslast über 30.000 Kopien

und CD4-Zellzahl unter 350/µl. Die Ergebnisse dieser Studie hingegen legen nahe, dass aber HIV-Patienten von einem früheren Therapiebeginn profitieren. Dr. Schackmann meint dazu, dass durch die HAART erhöhte Cholesterinwerte und auch eine durch Nebenwirkungen verminderte Lebensqualität nicht als Rechtfertigung von Regierung und Versicherungen benutzt werden sollten, den Zugang zu einer frühen HIV-Behandlung einzuzugrenzen.

Quelle: „HIV Therapy: Early Treatment Extends Life“, *AIDS Weekly* (05.26.03)

Übersetzung: Peter Lechl

Einige Forscher vermuten schon lange, dass die Wirksamkeit der Proteasehemmer bei KS nicht nur auf eine Verbesserung der Immunfunktion und eine Unterdrückung des HI-Virus zurück zu führen ist, sondern dass diese Substanzgruppe darüber hinaus einen direkten Effekt gegen das KS hat. Deshalb, so die Autoren, sollte eine Umstellung von einem Proteasehemmer-haltigem Regime auf ein NNRTI-basiertes bei Patienten mit KS in der Vorgeschichte mit großer Vorsicht erfolgen.

Quelle: *AIDS* 2003,17:1580-1581

Siegfried Schwarze

**Nach Therapiewechsel  
von PI auf NNRTI:  
Kaposi Sarkom kann zurückkehren**

Über viele Jahre war das Kaposi Sarkom (KS) eine der am meisten gefürchteten Komplikationen der HIV-Erkrankung. Erst mit der Einführung der Proteasehemmer verschwand diese Form des Hautkrebs fast völlig.

Nun wurden erstmals fünf Fälle von Patienten berichtet, deren KS mit Strahlen- und/oder Chemotherapie behandelt worden war; gleichzeitig oder kurz darauf war bei allen eine Kombinationstherapie mit einem Proteasehemmer begonnen worden. In allen Fällen bildete sich das KS zurück und die Patienten waren im Mittel für 32 Monate symptomfrei.

Dann wurde die Therapie umgestellt. In drei Fällen wegen eines Versagens der bisherigen Medikamente und in zwei Fällen um die Therapie zu vereinfachen. Der Proteasehemmer wurde abgesetzt und in vier Fällen durch Efavirenz (Sustiva®), in einem Fall durch Nevirapin (Viramune®) ersetzt. Obwohl sich die CD4-Zellzahl nicht dramatisch veränderte und auf teilweise hohem Niveau lag, kam es 4 bis 28 Monate nach der Therapieumstellung zu einem Wiederauftreten von KS-Läsionen. Dabei war bei vier der Patienten die Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze von 20 Kopien/ml. (Siehe Tabelle).

**Tuberkulose: Neues Antibiotikum  
scheint wirksam gegen Stämme mit  
vielfacher Medikamentenresistenz**

Ein neues Antibiotikum scheint auch dann zu wirken, wenn sonst tödliche Stämme der Tuberkulose (Tbc) mit Resistenzen praktisch gegenüber allen Medikamenten zur Behandlung der ansteckenden Krankheit vorliegen. Mit dem Antibiotikum Linezolid (Zyvox®) konnte kürzlich das Leben von vier Frauen und einem Mädchen, die an einer Tuberkulose mit Multiresistenz schwer erkrankt im Bellevue Hospital in New York lagen, gerettet werden. Die Tbc-Erreger der Patientinnen im Alter zwischen 10 und 54 Jahren waren gegen mindestens acht bis zu 14 Tbc-Therapie-Kombinationen resistent. Nach Aussage des Arztes Timothy Harkin wurde Zyvox® in einem Akt purer Verzweiflung verordnet. Zyvox®, eine neue Klasse bei den Antibiotika, wurde von der amerikanischen Zulassungsbehörde (FDA) zur Behandlung von Bakterienstämmen mit Resistenzen gegenüber Standard-Penicilline, Methicillin und auch sonst stark wirksamen Medikamenten wie z.B. Vancomycin, anerkannt. Zur Behandlung medikamentenresistenter Tbc ist aber Zyvox® bisher nicht zugelassen. Die Patientinnen nahmen Zyvox® zweimal täglich als Pille für 9 – 33 Monate ein. Vier Patientinnen wurde auch Interferon gamma in Form von Aerosolinhalation dreimal pro Woche verabreicht. Nachfolgend ergaben sich keine Anzeichen von Tbc-Erregern im Sputum aus den Lungen der Patientinnen. Die Ärzte des Bellevue Hospital stellten

keine schwere Nebenwirkungen fest, die mit dem Einsatz von Zyvox® in Verbindung gebracht werden könnten. Zwei der Patientinnen machen mit der Behandlung weiter und es geht ihnen gut. Eine Patientin erlitt zwei Jahre nach beendeter Behandlung einen Rückfall, starb aber an nicht in Beziehung mit Tbc bestehen-

Wiederauftreten von KS nach Therapiewechsel	Pat. 1	Pat. 2	Pat. 3	Pat. 4	Pat. 5
Alter (Jahre)	40	39	52	47	52
Zeit ohne KS-Symptome zwischen der letzten KS-Behandlung und der Therapieumstellung (Monate)	33	29	33	32	16
Dauer der PI-basierten Therapie (Monate)	10	31	37	29	24
Viruslast zum Zeitpunkt der Therapieumstellung	< 20	2.800	162.000	7.900	< 20
CD4-Zellzahl zum Zeitpunkt der Umstellung	814	658	511	165	800
Zeit von der Therapieumstellung bis zum Wiederauftreten von KS (Monate)	24	11	11	28	4
Viruslast beim Wiederauftreten von KS	< 20	< 20	41.800	< 20	< 20
CD4-Zellzahl beim Wiederauftreten von KS	1032	349	499	157	1319

den Ursachen, bevor sie erneut behandelt werden konnte.

Die Ärzte William Rom und Timothy Harkin hoffen auf größere klinische Studien, gesponsort durch die WHO, die ihre Ergebnisse bei den beschriebenen Krankheitsfällen bestätigen.

*Quelle: Tuberculosis Week, 06.09.2003*

*Übersetzung: Peter Lechl*

---

## Uridin: Die Story geht weiter

---

Im letzten Heft haben wir einige „alte“ Studien ausgegraben, die erste Hinweise darauf liefern, dass die körpereigene Substanz Uridin vielleicht bei der Behandlung der mitochondrialen Toxizität der Nucleosidanaloga hilfreich sein könnte.

Mittlerweile liegen uns weitere Studien vor. Ursprünglich überprüfte man, ob Uridin die Giftigkeit bestimmter Chemotherapien in der Krebsbehandlung verringern könnte, ohne die Wirksamkeit zu beeinträchtigen. Obwohl es damals Anhaltspunkte gab, dass Uridin und davon abgeleitete Substanzen tatsächlich Körperzellen vor einer Schädigung durch bestimmte Krebsmedikamente schützen kann, sind die damals verwendeten Dosierungen (mehrere Gramm pro Tag als Infusion) nicht praktikabel.

Doch Uridin wurde noch bei weiteren Einsatzgebieten untersucht. So fand eine Studie, dass Uridin in einer Dosierung von 300 mg dreimal täglich die Symptome der Nervenschädigung, die eine Folge der Zuckerkrankheit ist („diabetische Neuropathie“) bessern konnte. [1] Für HIV-Infizierte noch relevanter ist eine Untersuchung, die fand, dass man mit Uridin Nervenschädigungen, die durch ddC (Hivid®) verursacht worden waren zum Teil beheben konnte – allerdings war dies eine in-vitro-Untersuchung, bezog sich also auf isolierte Nervenzellen im Labor. [2]

Auf dem Kongress der IAS (siehe Bericht in diesem Heft) stellte eine Freiburger Arbeitsgruppe ebenfalls in-vitro-Daten vor, die zeigen, dass sich mit Uridin Zellschädigungen durch Pyrimidinanaloga vermeiden lassen. Zu diesen Pyrimidinanaloga gehören AZT (Retrovir®), d4T (Zerit®) und ddC (Hivid®). Durch die Behandlung von kultivierten Zellen mit Uridin normalisierten sich die Zellgestalt, das Wachstum und die Fettansammlung in den Zellen. [3]

Eigenartigerweise springen die Autoren direkt von ihren Zellkulturversuchen zu einem „neuen Nahrungsergänzungsmittel“ namens „NucleomaxX“, das „Mitocnol“ enthält, was wohl ein aus Zuckerrohrerextrakt gewonnenes Nucleosidgemisch ist. Etwas seltsam daran ist, dass mit keinem Wort erwähnt wird, ob es bereits Daten aus Untersuchungen am Menschen gibt und wie diese zustande kamen. Dem scheint so zu sein, weil

nebenbei erwähnt wird, dass wirksame Spiegel durch die orale Einnahme von Mitocnol erzielt werden können und dass keine Nebenwirkungen beobachtet wurden.

Und noch ein Detail lässt aufhorchen: Mitocnol wird als „reich an Nucleosiden“ bezeichnet, scheint also kein reines Uridin zu sein. In der bereits erwähnten Studie [1] wurde aber gefunden, dass ein anderes Nucleosid, nämlich Cytidin, zwar ebenfalls die Toxizität von ddC (Hivid®) verringern konnte, aber gleichzeitig auch die antivirale Wirksamkeit schwächte. Das kann aber nicht Sinn und Zweck sein.

Fazit: Die Substanz Uridin scheint es wert zu sein, dass man seriöse Studien damit macht. Der Schluss von Zellkulturexperimenten direkt auf den Einsatz am Menschen wie in [3] scheint etwas vorschnell und legt den Verdacht nah, dass hier vielleicht wirtschaftliche Interessen im Vordergrund stehen.

*Siegfried Schwarze*

*Quellen:*

- [1]: Gallai et al.: *Effects of uridine in the treatment of diabetic neuropathy: an electrophysiological study. Acta Neurol Scand 1992;86:3-7*
- [2]: Keilbaugh et al.: *Anti-Human Immunodeficiency Virus Type 1 Therapy and Peripheral Neuropathy: Prevention of 2',3'-Dideoxycytidine Toxicity in PC12 Cells, a Neuronal Model, by Uridine and Pyruvate. Molecular Pharmacology, 44:702-706*
- [3]: Walker et al.: *Uridine prevents and treats mtDNA-depletion by NRTI Pyrimidine Analogues and fully restores mitochondrial function. Abstract 745, 2<sup>nd</sup> IAS Conference, Paris 2003*

---

## Kurznachrichten

---

### Atazanavir (Reyataz®) in den USA zugelassen

Am 20. Juni hat die US-amerikanische Arzneimittelbehörde den neuen Proteasehemmer Atazanavir (Handelsname Reyataz®) der Firma Bristol-Myers Squibb für die Behandlung der HIV-Infektion zugelassen.

Reyataz® ist in Form von 150 mg und 200 mg Kapseln verfügbar. Die Standarddosierung beträgt einmal täglich 400 mg, bzw. einmal täglich 300 mg plus 100 mg Ritonavir (Norvir®). Reyataz® führt nach bisheriger Erfahrung zu einem geringeren Anstieg der Blutfette als andere Proteasehemmer. Bei bis zu einem Viertel der Patienten kann durch Hemmung eines Leberenzym ein Anstieg des Bilirubins im Blut und eine Gelbfärbung der Haut erfolgen. Diese Nebenwirkung ist jedoch nach Einschätzung von Experten in den meisten Fällen harmlos.

Reyataz® ist mittlerweile als Importpräparat erhältlich, doch wurde uns von Preisunterschieden bis zu 100% berichtet!

### **FTC (Emtricitabine, Emtriva®) in den USA zugelassen**

Am 2. Juli hat die US-amerikanische Zulassungsbehörde das neue Nukleosidanalogon FTC (Emtricitabine, Handelsname Emtriva®) der Firma Gilead für die Behandlung der HIV-Infektion zugelassen.

Emtriva® wird in einer Dosierung von einmal täglich 200 mg (eine Kapsel) verabreicht. Die Substanz ist in ihrer Wirkung (und in den möglichen Nebenwirkungen) eng verwandt mit 3TC (Lamivudin, Epivir®). Wer bereits eine Resistenz gegen 3TC hat, bei dem wird auch FTC nicht mehr wirken.

Es ist zu erwarten, dass Gilead in absehbarer Zeit ein Kombinationspräparat aus Emtriva® und Viread® entwickeln wird, da beide Substanzen einmal täglich gegeben werden können.

*Siegfried Schwarze*

## **Grundlegend & Wissenswert**

### **HDL contra HIV: „Gutes“ Cholesterin gegen böses Virus?**

Die meisten HIV-Patienten sind mittlerweile (zwangsläufig) fast schon Experten für Blutfette. Wir wissen, dass die HIV-Therapie diese Werte ungünstig beeinflussen können: Die Triglyzeride steigen an und auch das Cholesterin geht nach oben. Doch beim Cholesterin gibt es ein „schlechtes“, nämlich das LDL, das für ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit verantwortlich gemacht wird, daneben gibt es aber auch das „gute“ HDL-Cholesterin, das überschüssiges Cholesterin aus dem Körper zum Abbau in die Leber zurücktransportiert.

Eine spanische Arbeitsgruppe hat sich nun dieses HDL und seine Wechselwirkungen mit dem HI-Virus etwas genauer angesehen und ist dabei zu erstaunlichen Schlussfolgerungen und Hypothesen gekommen. Der menschliche Körper ist ein Wunderwerk an Effizienz und die wenigsten Mechanismen dienen nur einem einzigen Zweck. So auch das HDL. Es ist nicht nur ein

„Cholesterin-Rücktransporter“, sondern spielt auch eine Rolle bei der unspezifischen Immunabwehr (es kann z.B. die Bildung von Interleukin-2 anregen) und als Antioxidans. Und in Gegenwart von Antioxidantien kann sich HIV schlechter vermehren. Seit kurzem weiß man auch, dass der Zusammenbau der HI-Viren an cholesterinreichen Stellen der Zellmembran stattfindet. Wenn HDL nun Cholesterin aus der Zellmembran abtransportiert, könnte es dadurch die Produktion neuer HI-Viren behindern. Aus Laborversuchen weiß man auch, dass der Eiweißbestandteil des HDL (Apolipoprotein A1) Zellschädigungen durch Herpes- und HI-Viren verhindern kann. Insgesamt scheint HDL also eine Reihe von Eigenschaften zu haben, die es zu einem Gegenspieler von HIV machen.

Doch lässt sich ein solcher Zusammenhang auch bei Patienten finden? Die spanische Arbeitsgruppe untersuchte dazu 80 Patienten, die innerhalb von zwei Monaten nach Beginn einer hochaktiven antiretroviralen Therapie eine Viruslast von weniger als 200 Kopien/ml erreicht hatten. Diese Gruppe wurde über 36 Monate nachverfolgt. Das Ergebnis: Bei Patienten, die während der gesamten Beobachtungszeit unter der Nachweisgrenze von 200 Kopien blieben, hatten zu Studienbeginn höhere HDL-Werte (im Durchschnitt  $54 \pm 21$  mg/dl) als Patienten, bei denen die Viruslast wieder anstieg ( $44 \pm 15$  mg/dl).

Natürlich besteht die Möglichkeit, dass beide Phänomene nicht direkt zusammenhängen, sondern lediglich eine gemeinsame Ursache haben. Aufgrund der eingangs beschriebenen Wirkungen von HDL wäre ein direkter Zusammenhang zumindest denkbar.

Die Schlussfolgerung der Autoren: Falls weitere Untersuchungen ihre Hypothese bestätigen, würde dies die Möglichkeit eröffnen, durch entsprechende Ernährung, Sport und evtl. Medikamente das HDL zu erhöhen und damit zu einer erfolgreichen HIV-Behandlung beizutragen.

Als angenehmer Nebeneffekt senkt ein erhöhtes HDL auch noch das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Man hätte zwei Fliegen mit einer Klappe erschlagen.

*Quelle: AIDS 2003,17:1173-1178*

*Siegfried Schwarze*

### **Gretchenfrage bei Proteasehemmern: „Wie steht's mit der (Kreuz-)Resistenz?“**

Keine Frage, Proteasehemmer (PI) sind ein unverzichtbarer Bestandteil der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART). Doch auch diese Medikamente sind nicht perfekt und es kommt bei einem immer noch zu großen Anteil von Patienten schließlich zum Therapie-

versagen – meist begleitet von der Entwicklung von Resistenzmutationen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass mit zunehmender Anzahl von Resistenzmutationen die Folgetherapien immer schwieriger werden. Nicht zuletzt, weil es zwischen den Medikamenten eine breite Kreuzresistenz gibt, d.h. wenn das HI-Virus gegen eine Substanz resistent geworden ist, wirkt auch eine andere Substanz aus der gleichen Gruppe (z.B. Proteasehemmer) nicht mehr oder zumindest nicht mehr so gut.

Deshalb schauen alle auf neue Substanzen, in der Hoffnung, dass diese resistente Viren erfolgreich bekämpfen können. Doch wie begründet ist diese Hoffnung? Eine Arbeitsgruppe aus Erlangen untersuchte 245 HIV-Isolate mit Resistenzen gegen einen oder mehrere der „alten“, etablierten PI Indinavir (Crixivan®), Saquinavir (Invirase®/Fortovase®), Ritonavir (Norvir®) und Nelfinavir (Viracept®). Untersucht wurde, in wie weit die neueren PI Amprenavir (Agenerase®), Lopinavir/r (Kaletra®) und Atazanavir (Reyataz®) in der Lage sind, die Vermehrung dieser Viren im Laborversuch zu hemmen.

Dabei zeigte sich, dass Viren, die gegen einen der „alten“ PI resistent waren (Empfindlichkeit 3,5-fach oder mehr verringert), in 75 – 95% der Fälle auch gegen die anderen „alten“ PI resistent waren. Auch gegen den neuen PI Atazanavir wurden bei 78 – 84% der Isolate Kreuzresistenzen gefunden. Besser schlugen sich Amprenavir (58 – 67% Kreuzresistenzen) sowie Lopinavir (62 – 75% Kreuzresistenzen). Setzt man für Lopinavir die Resistenzgrenze nicht bei einer Verringerung der Empfindlichkeit von 3,5-fach sondern 9,5-fach an (wie es die US-amerikanische Zulassungsbehörde tat), so zeigten sich Kreuzresistenzen sogar nur bei 44 – 54 % der Viren.

In einer anderen Auswertung gruppierte man die resistenten Viren nach der Anzahl von PI, die der jeweilige Patient in seinen Vortherapien schon „verschlissen“ hatte. Denn gegen je mehr PI ein Virus resistent ist, desto geringer ist die Ansprechrate gegenüber einem neuen PI.

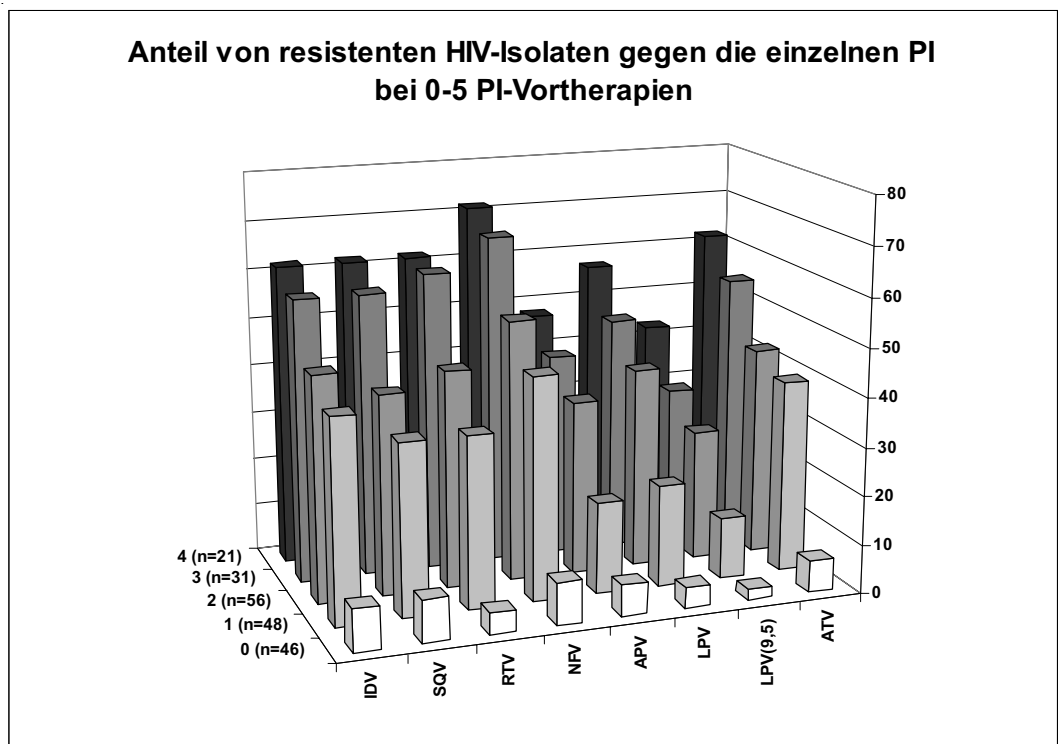
Die Ergebnisse sind in der Grafik zusammengefasst: Auf der einen

Achse ist aufgetragen, wieviele PI ein Patient in der Vortherapie (0-4) hatte und wieviele Patienten in der untersuchten Gruppe waren (n=...); auf der anderen Achse sind die untersuchten PI aufgetragen. Als Resistenz galt wieder eine Verringerung der Empfindlichkeit um den Faktor 3,5; für Lopinavir ist zusätzlich auch die Auswertung mit 9,5 gemacht worden.

Man sieht deutlich, dass sich alle PI nach dem Versagen einer oder mehrerer vorhergehender PI-Therapien schwer tun. Nur bei Amprenavir und Lopinavir sind nach dem Versagen von 3 oder mehr vorherigen PI-Therapien noch mehr als die Hälfte der Virusisolate empfindlich!

Die Autoren folgern, dass Atazanavir auf Grund dieser Daten für mehrfach vorbehandelte Patienten mit multi-resistenten Viren wohl weniger geeignet ist als Lopinavir/r und Amprenavir. Allerdings gelten diese Daten (mit Ausnahme von Lopinavir/r) so nur für ungeboostete PI. Sobald man die Wirkung durch die Zugabe von Ritonavir (Norvir®) verstärkt, dürften sich die Ansprechraten bei allen PI deutlich verbessern. Da dieses „Boostern“ heute gängige Praxis ist, wäre es dringend erforderlich, diese Resistenzanalysen mit geboosterten PI zu wiederholen.

Quelle: AIDS 2003,17:1260-1262  
Siegfried Schwarze



## Leben mit HIV

### Hepatitis-Schutzimpfung nicht vergessen!

Eigentlich sollte es ja mittlerweile eine Selbstverständlichkeit sein, dass jeder schwule Mann gegen Hepatitis A und B („Gelbsucht“) geimpft ist. Leider ist dem nicht so. Das Robert-Koch-Institut und viele Ärzte schlagen Alarm: Zur Zeit grassiert in den Großstädten geradezu eine Hepatitis-A-Epidemie. Die Ansteckung erfolgt hierbei über infizierte Nahrungsmittel (Muscheln) aber auch über bestimmte Sexualpraktiken (anal-orale Kontakte, „Rimming“).

Auch wenn diese Form der Leberentzündung meist harmloser verläuft als eine Hepatitis B oder C – HIV-Infizierte haben ein erhöhtes Risiko für einen schwereren Krankheitsverlauf. Und bei Hepatitis B und C heißt das: ein erhöhtes Risiko dafür, dass die Leberentzündung nicht ausheilt, sondern chronisch wird und langfristig möglicherweise zum Leberkrebs führt. Zwar gibt es inzwischen für Hepatitis B und C medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten, aber erstens sind diese mit heftigen Nebenwirkungen verbunden und zweitens spricht nur ein Teil der Patienten auf diese Behandlung an wobei HIV-Infizierte nochmals schlechtere Ansprechraten haben.

Doch das alles lässt sich leicht vermeiden: Für einen Schutz zumindest gegen Hepatitis A und B sorgt ein Kombiimpfstoff (Twinrix®). Schon nach der ersten Impfung ist ein gewisser Schutz vorhanden, aber die optimale Wirkung entfaltet sich erst nach der dritten Spritze. Gerade bei HIV-Infizierten sollte die Wirksamkeit (der sogenannte „Titer“) der Impfung überprüft werden. Je höher dieser Titer ist, desto länger hält der Impfschutz an (in der Regel 5-10 Jahre), danach ist eine Auffrischungimpfung fällig.

Leider ist der Titer bei HIV-Infizierten oft nicht ausreichend hoch. Die Erfahrung zeigt, dass durch eine Auffrischungsimpfung mit dem Impfstoff eines anderen Herstellers oft ein deutlicher Titeranstieg erreicht wird. (Auf dem deutschen Markt gibt es zwei Hepatitis-A-Impfstoffe: Havrix® und Vaqta® sowie zwei Hepatitis-B-Impfstoffe: Gen-HB-Vax® und Engerix®. Der Kombinationsimpfstoff Twinrix® enthält die beiden Einzelimpfstoffe aus Havrix® und Engerix®). Grund für diese Wirkungsverstärkung ist vermutlich, dass die Impfstoffe zwar eigentlich das selbe Oberflächenantigen des Virus enthal-

ten, dass aber die Herstellung nach unterschiedlichen Verfahren erfolgt. Damit können sich die „Feinstrukturen“, die für eine Immunantwort wesentlich sind, deutlich unterscheiden. Je nach der genetischen Zusammensetzung des eigenen Immunsystems hat man dann auf den einen oder anderen Impfstoff die bessere Immunreaktion.

Was viele nicht wissen: Bei Risikopersonen (und dazu zählen schwule Männer) übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die Hepatitis-Impfung! Also ruhig mal den eigenen Arzt darauf ansprechen, falls er nicht von selbst auf die Idee kommt.

Gegen die Hepatitis C gibt es leider noch keine Impfung und die Entwicklung eines Impfstoffs gestaltet sich ähnlich schwierig wie die gegen HIV. Auch wenn es manche nicht wahrhaben wollen: Hepatitis C ist sexuell übertragbar. Und auch wenn es dazu noch nicht allzu viele Daten gibt, „Safer Sex“ vermindert mit großer Wahrscheinlichkeit auch das Ansteckungsrisiko für diese Form der Gelbsucht.

*Siegfried Schwarze*

### Buchbesprechungen

Nachdem in dieser Ausgabe von „Projekt Information“ wieder einmal viel von Blutfetten zu lesen ist und die meisten unserer Leser großes Interesse an Themen rund um die Ernährung haben, hier zwei Buchtipps, die, wenn auch nicht speziell für HIV-Infizierte geschrieben, so doch für diesen Leserkreis sehr wertvoll sind:

„**Fit mit Fett**“ von Dr. Ulrich Strunz (u.a. Autor von „Forever Young“) und Andreas Jopp, Heyne Verlag, 17 €: Im Jugendkult und Schlankeitswahn unserer Zeit wird immer wieder eine generell fettarme Ernährung propagiert. In diesem Buch erfährt man nun, dass es nicht darauf ankommt, möglichst fettarm zu essen, sondern darauf, die richtigen Fette zu genießen! Deshalb heißt der Untertitel auch „Gute Fette von Killerfetten unterscheiden – Herzinfarkttrisiko senken – Fette für ein fittes Gehirn“. Man sieht schon, die Sprache ist teilweise etwas plakativ und reißerisch, aber immer verständlich und mit vielen Abbildungen erläutert und aufgelockert. So erschließen sich die teilweise doch recht komplizierten Zusammenhänge auch für Nicht-Mediziner und Nicht-Chemiker. Einziger Kritikpunkt: Manche Passagen sind etwas langatmig und wiederholen sich. Statt dessen hätten ruhig etwas mehr Rezeptideen Aufnahme finden können.

Einen Schritt weiter geht „**Mit Nährstoffen heilen**“ von Norbert Fuchs, Ralf Reglin Verlag Köln ([www.reglin-verlag.de](http://www.reglin-verlag.de)), 29,90 €. Dieses Buch ist eine sehr umfassende „Einführung in die komplexe Orthomolekulare Nährstoff-

Therapie“. Was ziemlich geschwollen klingt, ist im Prinzip nur die alte Forderung „lasst unsere Nahrung unsere Medizin und unsere Medizin unsere Nahrung sein“. Also: ein kurzer Leitfaden, wie man sich ausgewogen und gesund ernähren kann – nicht nur im Hinblick auf Fette, sondern auf alle Lebensmittel. Allerdings sollte man schon ein wenig chemische Grundbildung mitbringen oder zumindest sich vom Anblick von Strukturformeln nicht abhalten lassen weiter zu lesen. Das Buch beinhaltet nämlich in sehr komprimierter Form den aktuellen Stand der Forschung zu diesem für uns alle (lebens-)wichtigen Thema.

Siegfried Schwarze

---

### **Keine ernstesten Nebenwirkungen durch antiretrovirale Medikamente in der Schwangerschaft und bei Neugeborenen**

---

Antiretrovirale Medikamente, denen Kinder HIV-positiver Mütter während der Schwangerschaft oder als Neugeborene ausgesetzt sind, sind nicht mit ernstesten Nebenwirkungen assoziiert, wie Forscher aus Großbritannien jetzt berichten.

Sie analysierten Daten von 2414 Kindern ohne HIV-Infektion im Rahmen der European Collaborative Study an Kindern HIV-positiver Mütter. Insgesamt 1008 Kinder waren den Medikamenten ausgesetzt, davon 906 vor der Geburt, 840 nach der Geburt und 750 sowohl vor als auch nach der Geburt.

Das Muster und das Auftreten angeborener Missbildungen war bei den Kindern vergleichbar mit denen, die keinen antiretroviralen Medikamenten ausgesetzt gewesen waren, und nicht mit einem niedrigen Geburtsgewicht assoziiert. Trotzdem war die ART (bzw. Prophylaxe) mit einem Anstieg der Frühgeburtlichkeit verbunden: Bei Frauen mit einer Kombination ohne PI war die Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt im Vergleich zu Frauen ohne ART um das Dreifache erhöht, mit einem PI-haltigen Regime um das Vierfache. Die ART war auch mit einem häufigeren Auftreten von Anämie (Blutarmut) assoziiert: Die Nachbeobachtung von 458 Kindern, die eine antiretrovirale Prophylaxe erhalten hatten, zeigte mittlere Hämoglobinwerte (roter Blutfarbstoff) von 12,6g/dl im Vergleich zu 13,8g/dl bei 305 Kindern ohne Prophylaxe. Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Die Hämoglobinwerte normalisierten sich allerdings nach Absetzen der ART.

Die ForscherInnen schließen, dass abgesehen von Frühgeburtlichkeit und Anämie ihre Ergebnisse „keine

nachteilige Auswirkung der antiretroviralen Exposition bei nicht infizierten Kindern HIV-positiver Mütter in kurz- bis mittelfristiger Hinsicht zeigen“.

*Quelle: European Collaborative Study. Exposure to antiretroviral therapy in utero or early life: the health of uninfected children born to HIV-infected women. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 32: 380-387, 1 April 2003*

---

### **Beeinflussen Geschlecht oder ethnische Herkunft die Therapieantwort nach 6 Monaten HAART?**

---

Frauen erleben einen stärkeren Anstieg der CD4-Zellzahlen nach dem Beginn einer HAART, so eine amerikanische Studie, die gerade veröffentlicht wurde. Die ethnische Herkunft hatte allerdings keinen Einfluss auf Änderungen der CD4-Werte nach HAART-Beginn bei weißen, afrikanisch-amerikanischen und hispanischen Patienten.

In den USA ist die Sterblichkeitsrate bei HIV-positiven Frauen um 20% höher als bei Männern. Signifikante Unterschiede gibt es auch zwischen den ethnischen Gruppen: Hispanische Menschen haben eine um 20% erhöhte Sterblichkeitsrate, afrikanisch-amerikanische sogar um 50%.

Die ForscherInnen an einer Klinik in Texas, die Menschen mit HIV und AIDS behandeln, die keine Versicherung haben, untersuchten 100 PatientInnen (23 Frauen) mit einer Unterdrückung der Viruslast nach 6 Monaten HAART, um zu sehen, ob die Sterblichkeitsrate durch eine unterschiedliche Therapieantwort zu erklären ist.

Zu Beginn der Untersuchung unterschieden sich Männer und Frauen nicht hinsichtlich CD4-Zellzahl (durchschnittlich 106), Viruslast (durchschnittlich 158.500 cp/ml), HCV-Koinfektion, Alter, Drogengebrauch oder Stadium der Erkrankung. Allerdings war keine der Frauen in der Studie weiß.

Sechs Monate nach Therapiebeginn (mit unterschiedlichen Kombinationen) war die durchschnittliche CD4-Zellzahl 135, bei Frauen 180 und bei Männern 120. Die ethnische Zugehörigkeit machte keinen Unterschied, wohl aber die Behandlung mit einem PI in der Kombination.

Auch nach Ausschluss der Daten weißer Männer aus den Ergebnissen blieb der höhere Anstieg der CD4-Zellen bei Frauen bestehen.

Die Forschergruppe erklärt die höhere Sterblichkeit bei HIV-positiven Frauen, hispanischen und afrikanischen



Amerikanern eher durch den ungleichen Zugang zur Behandlung als durch unterschiedliche Auswirkungen der HAART. Sie weisen in diesem Zusammenhang auf eine neue dänische Studie hin, die zeigte, dass nichtweiße PatientInnen keine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, eine HAART zu bekommen, und eine Unterdrückung der Viruslast und einen ähnlichen Anstieg der CD4-Zellen erreichten.

Quelle: Michael Carter; [www.thebodypro.com](http://www.thebodypro.com), 22.07.2003

*Kommentar: Wieder ein deutlicher Hinweis darauf, wie wichtig der Zugang zu Gesundheitsversorgung und antiretroviraler Behandlung für Menschen gleich welchen Geschlechts und welcher ethnischen Herkunft ist. Unterschiede in der Effektivität der Therapien sind eben nicht nur durch biologische Einflüsse zu erklären.*

Ulrike Sonnenberg-Schwan

---

### **KUNSTTHERAPIE- über künstlerische Selbsterfahrung positive Effekte zur Steigerung der Lebensqualität nutzen**

---

HIV und AIDS kannte der Höhlenmensch nicht, wohl aber das Bedürfnis seine Gefühle und Hoffnungen künstlerisch zu gestalten. Die Anfänge der menschlichen Kultur wurden begleitet von dem Urbedürfnis sich nonverbal auszudrücken, um nicht nur bewusste, sondern auch unbewusste Inhalte zu transportieren.

Dieses Urbedürfnis entspricht auch dem vielfachen Wunsch der HIV/ AIDS- Klienten selbst aktiv zu werden und in dem künstlerischen Prozess eine Annäherung an die eigene Person und an ein Leben mit dem Virus und der damit verbundenen Lebensperspektive zu finden.

Den inneren Bildern auf die Spur kommen, sie als Ausdruck des eigenen Wesens zu identifizieren, sie innerhalb sicherer Grenzen frei zu gestalten und zu verändern, ist Ziel und Zweck der Kunsttherapie. Da keine künstlerischen Vorkenntnisse erforderlich sind, ist diese Therapieform ein niederschwelliges Verfahren, dass zu jedem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes nebenwirkungsfrei eingesetzt werden kann.

#### **HIV- ART, ein Kunsttherapie- Projekt**

Einzigartig für das Ruhrgebiet ist HIV- ART, ein Kunsttherapie- Projekt der AIDS- Hilfe Bochum. Ein spürbares Interesse an dem seit drei Jahren bestehenden Projekt zeichnet sich durch die kontinuierliche Teilnahme von Klienten aus dem gesamten Ruhrgebiet ab. Die individuellen Lebensentwürfe werden ebenso sichtbar, wie gelebte Veränderungen.

Während des AIDS- Kongresses in Hamburg wurden fünf Arbeiten eines Teilnehmers auf einem Poster präsentiert. Bei den Aquarellen wird eine Wandlung an Hand eines

wiederkehrenden Themas sichtbar. Von Bild zu Bild weicht eine bröckelnde Schutzmauer zwischen zwei Bäumen, ein Holzzaun hält noch die Mauerreste zusammen. Die nicht sehr vitalen Bäume, mit magerer Laubkrone, versinnbildlichen die neu zu definierende Partnerbeziehung. Auch die veraltete Mauer zeigt, dass ein neuer Lebensentwurf gefragt ist. Der Künstler hatte zu diesem Zeitpunkt die Rente beantragt und befand sich vor einem neuen Lebensabschnitt. Die Öffnung der Bildmitte, die bis dahin von der Mauer versperrt war, vollzieht sich im vorletzten Aquarell. Die Ressource des Künstlers wird sichtbar, ein See. Noch wird der neue Lebensentwurf nur auf dem Papier erprobt. Auf dem letzten Exponat ist der See nutzbar geworden, wird von Booten befahren. Auch die beiden Bäume haben eine volle Laubkrone erhalten. Nur die Steinbrocken am Bildrand erinnern an die Mauer. Parallel zu der Bilderserie konnte der Malende gewohnte Verhaltensmuster wandeln und eine stabile Partnerschaft aufbauen. Die entstandenen Bilder sind Zeugen von durchlebten Veränderungen und schon Erreichtem.

#### **Kunsttherapie kann die lebenslangnotwendige Therapie der HIV- Infektion optimieren**

Unabhängig von dem Gelingen einer Bildaussage, sind für die Malenden schon während des gestalterischen Prozesses eine direkte Entspannung und eine Zufriedenheit durch die künstlerische Bestätigung spürbar. Über die Malstunden hinaus sind die künstlerische Selbsterfahrung und die Selbstkompetenz der Gesamtbefit. Die Auswertung eines qualitativen Interviews zur Einschätzung der Lebensqualität, gibt der Vermutung Raum, dass eine positive Entwicklung möglicherweise dynamischer verläuft, wenn sich ein Klient in einem anfänglichem Infektionsstadium befindet. Schließlich wurde bei allen Teilnehmern eine positive Entwicklung beobachtet.

Die beachtenswerten Erfahrungen des HIV- ART Projektes sprechen für den weiterreichenden Einsatz von Kunsttherapie über das Projekt hinaus. Die Steigerung der Lebensqualität und die individuelle Behandlung der HIV- Infektion ist zu jedem Zeitpunkt das oberste Therapieziel. Hierbei ist der Einsatz von Kunsttherapie bisher zu wenig beachtet worden.

Regine Merz, *Eur. J. Med. Res. 8 (Suppl I) (2003) 101*;  
Weitere Informationen: [www.hiv-art.de](http://www.hiv-art.de)

---

## **Politik & Soziales**

---

### **ABC einer Reform- Von Apotheke bis Zuzahlung**

---

Opposition und Regierung haben sich geeinigt: Folgende Eingriffe sollen die Kostensituation der Gesetzlichen Krankenkassen in den Griff bekommen und insgesamt 23 Milliarden Euro erbringen. Ziel ist eine Beitragssenkung von 14,6 auf 13 Prozent des monatlichen Bruttoeinkommens. Patienten erbringen den Löwenanteil, die Pharmaindustrie kommt mit einem Solidarbeitrag von etwa 1 Milliarde Euro davon, Ärzte müssen lediglich eine Nullrunde, Apotheken die Einführung des Versandhandels hinnehmen. Bundestag und Bundesrat müssen über die einzelnen Punkte noch entscheiden.

**Apotheken:** Versandapotheken zugelassen; Reimporte sind billiger abzugeben; Preisbindung für rezeptfreie Mittel aufgehoben

**Arzneimittel:** Nicht mehr alle rezeptfreien Medikamente werden bezahlt; Positivliste als Versuch der Kosten-Nutzen-Analyse vom Tisch

**Entbindungsgeld:** Ersatzlose Streichung; eventuell Steuerfinanzierung

**Fahrtkosten:** Keine Übernahme für Taxi und Mietwagen, nur wenige Ausnahmen, zum Beispiel Dialyse-Patienten

**Fortbildung:** Ärzte müssen Fortbildungsnachweise einbringen, sonst Vergütungseinbußen

**Gesundheitskarte:** Eine fälschungssichere ersetzt 2006 die bestehende Karte; auf Wunsch mit Patientendaten

**Härtefallregelung:** Eventuell für Sozialhilfeempfänger und Menschen mit geringem Einkommen; dann weniger Zuzahlung, zum Beispiel 1 statt 5 Euro

**Krankengeld:** Ab 2007 nur durch Versicherte, wahrscheinlich als Pflichtversicherung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenkassen

**Krankenhausaufenthalt:** 10 Euro täglich, maximal 28 Tage

**Künstliche Befruchtung:** Drei statt bislang vier Versuche, nur noch vom 25. bis zum 40. Lebensjahr, sofern der Ehemann nicht über 50 ist

**Medikamente:** Für neue Medikamente, die keinen erkennbaren Zusatznutzen bieten, gelten geringere Festbeträge

**Patientenbeauftragter:** Einführung nach Vorbild des Wehrbeauftragten auf Bundesebene

**Patientenquittung:** Wird vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus auf Wunsch ausgestellt

**Qualitätszentrum:** Ein „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ kommt nicht

**Rentner:** Rentner müssen mehr, jene mit Betriebsrenten und Nebeneinkünften sogar voll einbezahlen

**Sehhilfen:** Nur noch für Jugendliche und schwer Sehbehinderte

**Selbstverwaltung:** Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen unangetastet; direkte Honorarverträge zwischen Ärzten und Kassen nicht erlaubt

**Sterbegeld:** Ersatzlose Streichung

**Sterilisation:** Übernahme nur noch aus medizinischen Gründen

**Zahnersatz:** Ab 2005 kein Bestandteil der Gesetzlichen Krankenkassen, individuelle Zusatzversicherung wird Pflicht, wahlweise gesetzlich oder privat

**Zuzahlungen:** Generell 10 Prozent Zuzahlung auf Arznei- und Heilmittel sowie jede medizinische Leistung, maximal aber 10 Euro; außerdem 10 Euro vierteljährliche Praxisgebühr; 10 Euro für jeden Facharztbesuch ohne Überweisung; alle Zuzahlungen dürfen 2 Prozent (Chroniker 1 Prozent) des jährlichen Bruttoeinkommens nicht überschreiten (abzüglich Kinderfreibetrag); Volumen aller Zuzahlungen wird auf über 3 Milliarden Euro taxiert

*Zusammenstellung: Stefan Boes*

---

## Die Bürgerversicherung

---

Kaum einigten sich Regierungskoalition und Opposition, da begann eine Debatte über die Bürgerversicherung. Joschka Fischer (Grüne), Horst Seehofer (CSU) und Ulla Schmidt (SPD) sahen in der vorgelegten Gesundheitsreform keine Lösung der strukturellen Probleme. Da helfe nur die Bürgerversicherung. Doch was bedeutet diese?

Derzeit werden Beiträge zur Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung nur von abhängig Beschäftigten und ihren Arbeitgebern geleistet. Wohl und Wehe des Solidarsystems hängen also vom Faktor Arbeit ab. Die Bürgerversicherung bezieht grundsätzlich alle Einkunftsarten und Bevölkerungskreise ein, darunter auch Kapitaleinkünfte oder Mieteinnahmen sowie Beamte oder Selbstständige. Der Leistungskatalog bliebe gleich. Private Krankenversicherungen würden ihre Bedeutung verlieren, denn ihr Part wäre nur noch der einer Zusatzversicherung zum Leistungskatalog der Bürgerversicherung.

Während die Grünen die Bürgerversicherung seit Jahren propagieren, ist das Einschwenken anderer Parteien neu. Horst Seehofer will bis Ende 2003 Vorschläge unterbreiten, die 2007 eingeführt werden sollen. Allerdings pro-

testierten bereits der Deutsche Beamtenbund und der Verband der Privaten Krankenversicherungen. Ersterer nannte die Bürgerversicherung „völlig unseriös“. Letzterer will notfalls das Bundesverfassungsgericht anrufen. Viele Steine auf dem Weg zur Strukturveränderung!

*Stefan Boes*

---

## Sozialpolitische Nachrichten

---

**EU forciert Globalen Fonds:** Ende Juni, nach Beendigung des EU-Gipfels von Thessaloniki, prangerte Guido Westerwelle die deutsche Bundesregierung wegen ihrer Haltung gegenüber dem „Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria“ an. Der Vorsitzende der FDP sprach öffentlich von einer „Blockade-Haltung bei der AIDS-Bekämpfung“, weil der Gipfel dem Fonds lediglich einen „substanziellen Finanzierungsbeitrag“ und keine klare Zusage in Aussicht stellte. Diese „un glaubliche Verantwortungslosigkeit“ der Bundesregierung gegenüber Tod und Leid würde verhindern, dass andere Länder wie die USA ihrerseits Mittel zur Verfügung stellten.

Im Nachhinein stellt sich die „Blockade-Haltung“ etwas anders dar, denn Westerwelle saß einer Fehlinterpretation auf. Sowohl die Europäische Union als auch die ihr angehörenden Staaten leisten seit vergangenem Jahr Beiträge zum Globalen Fonds. Deutschland steuerte 2002, ein Jahr nach der formalen Gründung des Fonds, 12 Millionen und in diesem Jahr über 32 Millionen Euro bei. Im Haushalt des kommenden Jahres sind 38 Millionen Euro eingestellt, wiewohl das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung eher von einer Aufstockung des Betrages ausgeht. Zusätzlich stellt das Ministerium jährlich 300 Millionen Euro für die AIDS-Bekämpfung zur Verfügung.

Die bereits ausgeführten Zahlungen und Zusagen der Europäischen Union und ihrer Länder belaufen sich auf gegenwärtig 55 Prozent des Gesamtfonds, während die Vereinigten Staaten bis dato deutlich weniger leisten beziehungsweise zusagen. Der Fonds ist mittelfristig angelegt. Projekte laufen bis 2007 und darüber hinaus. Diese längerfristige Bedeutung des „Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria“ betonte die EU in ihrem Abschlusskomitee von Thessaloniki. Für dessen Handlungs- und Planungssicherheit garantiert die EU einen „substanziellen Finanzierungsbeitrag“, der über das bereits Bestehende, also über 2007 hinaus geht und die USA zusätzlich in Zugzwang bringt. Westerwelle hat die falsche Regierung angeprangert!

---

**Reform der Pflegeversicherung:** Die Rürup-Kommission plant für 2010 eine Erhöhung der Beiträge, die Rent-

ner in die Pflegeversicherung einzahlen. Leistungseinschnitte sind zudem bei der Pflege in Heimen vorgesehen. Der Zuschuss für die vollstationäre Pflege der ersten Stufe soll von derzeit 1023 auf 400 Euro im Monat sinken, der der zweiten Stufe von 1279 auf 1000 Euro. Auch Kinderlose werden nach den Plänen der Rürup-Kommission verstärkt zur Kasse gebeten. Ihnen drohen ebenfalls höhere Beiträge. Eltern werden dadurch besser gestellt. Der Vorschlag kommt einer Forderung des Bundesverfassungsgerichtes nach. Im Gespräch ist zuguterletzt ein obligatorisches „Altersvorsorgesparen“, also die Bildung eines individuellen Kapitalstockes. Ziel aller Pläne ist die Beibehaltung des derzeitigen Beitragssatzes von 1,7 Prozent. Ohne eine Reform der Pflegeversicherung würden die Beiträge auf drei Prozent anwachsen.

---

**Der gläserne Patient:** Was Menschen mit HIV und AIDS mit Argusaugen verfolgen, nimmt Gestalt an. Fachleute aus vier Industrieverbänden entwickelten Vorschläge zur „Telematik-Architektur im Gesundheitswesen“ und legten diese dem Bundesgesundheitsministerium vor. Gestärkt werden sollen die Patientenautonomie und Verordnungssicherheit, aber auch die Transparenz und Kosteneffizienz. Mehrfachuntersuchungen will die Telematik durch die Vernetzung aller Krankenhäuser und Praxen vermeiden, Ärzte und Pfleger sollen nur noch wenig Zeit mit der Dokumentation einer Krankheit verbringen. Eine elektronische Gesundheitskarte soll ab 2006 alle Behandlungsdaten, den Zuzahlungsstatuts, das aktuelle Rezept, die Patientenakte und den Arztbrief enthalten. Alle Informationen stehen nur professionell im Gesundheitswesen Tätigen zur Verfügung – also Apotheken, Ärzten und Kassen. Allein die Einführung der Gesundheitskarte soll 1,3 Milliarden Euro verschlingen, wobei das Gesundheitsministerium sibyllinisch bemerkt, das „diejenigen, die einen Nutzen von der Karte haben“, auch das Geld dafür aufbringen sollen. Ob allerdings die Einführung der Telematik nach der Einigung zur Gesundheitsreform vom Tisch ist, ließ das Ministerium ebenso sibyllinisch offen.

*Stefan Boes*

---

## Neues Ungemach: Reform zu Lasten chronisch Kranker

---

Der parteiübergreifende Kompromiss zur Gesundheitsreform ist ein einmaliger Vorgang. Jenseits aller plebiszitären Aufträge einigten sich Regierung und Opposition auf Maßnahmen zur Sanierung der Gesetzlichen Krankenkassen. Das Ergebnis ist unerfreulich, denn die Reform ist die Fortsetzung einer erfolglosen Politik, die Gesundheitsminister seit Jahrzehnten praktizieren. Erstens: Die Reform wagt sich nicht an Strukturprobleme! Das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen bleibt unberührt. Die Pharmaindustrie wird lediglich mit einem

Solidarbeitrag von etwa einer Milliarde Euro beteiligt. Für Apotheken ändert sich fast nichts, sie müssen mit der Einführung des Versandhandels leben. Weitere Projekte wie die Positivliste oder das Qualitätszentrum bleiben Theorie. Das Einsparvolumen, das Ärzte, Pharma und Apotheken erbringen, beläuft sich auf 15 Prozent. 85 Prozent leisten gesetzlich Versicherte.

Zweitens: Die Reform wird nur von Patienten getragen! Zuzahlungen werden über drei Milliarden Euro in die Kassen der Kassen spülen, das entspricht einer durchschnittlichen Jahresbelastung von 70 Euro pro Patient. Krankengeld und Zahnersatz dürften einen Patienten 400 Euro jährlich kosten. Sehhilfen, Krankenfahrten, rezeptfreie Arzneimittel kommen hinzu. Wer zudem ein Krankenhaus aufsucht, zahlt bis zu 280 Euro.

Dem Mehraufwand steht die in Aussicht gestellte Senkung der Lohnnebenkosten gegenüber. Deren Nutznießer sind allein die Arbeitgeber, denn gesetzlich Versicherte werden die möglichen Ersparnisse wieder in die Gesundheitsversorgung stecken. Die Reform ist also nichts anderes als die verdeckte Aufkündigung der Parität zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Allein: Kein Politiker traut sich das zu sagen!

Drittens: Aus der Sicht chronisch Kranker ist die Reform unannehmbar. Menschen mit HIV und AIDS können sich nicht aussuchen, ob sie zum Arzt gehen, monatlich Medikamente nehmen, ein Krankenhaus aufsuchen. Sie müssen! Die regelmäßigen Zuzahlungen eines Menschen mit HIV und AIDS sind wesentlich höher als die durchschnittlichen. Zudem sind chronisch Kranke in der Regel keine Großverdiener, weshalb sie von der in Aussicht gestellten Senkung der Lohnnebenkosten kaum profitieren. Selbst wenn Zuzahlungen nur ein Prozent ihres Gesamteinkommens ausmachen dürfen: Die Belastungen durch Zuzahlungen, Praxisgebühren, Krankenfahrten, Arzneimittel sowie Krankenhausaufenthalte belaufen sich bei Menschen mit HIV und AIDS auf 600 bis 1400 Euro jährlich. Auch das bleibt ungesagt!

Die Reform belastet den Patienten und insbesondere chronisch Kranken, also das schwächste Glied der Kette. Sanierungssicherheit besteht bis 2007. Dann droht ähnlich großes Ungemach. Nichts Neues in der Politik!

*Stefan Boes*

### **Wichtiger Hinweis:**

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

## **Das Leben von Gefangenen wird aufgrund parteipolitischer Statements in Gefahr gebracht**

### **Zur Einstellung der Spritzentauschprogramme im niedersächsischen und im Hamburger Justizvollzug**

Als Mitarbeiter, die im Haftbereich Bayerns HIV und AIDS Arbeit leisten, haben wir in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder neidisch nach Niedersachsen und Hamburg geblickt. Dort war möglich, was präventions- und gesundheitspolitisch sinnvoll und effektiv ist. Engagierte Mitarbeiter einiger Justizvollzugsanstalten Hamburgs und Niedersachsens akzeptierten, was längst jeder weiß: Dass auch in Haft Drogen gehandelt und konsumiert werden. Aufgrund dieser Erkenntnis wurde die Durchführung von Modellprojekten erkämpft. So wurden in den Haftanstalten Vechta und Lingen (Niedersachsen) und in den Haftanstalten Hamburgs Spritzentauschprogramme durchgeführt, um Schaden von Drogen gebrauchenden Häftlingen abzuwenden.

Damit ist es nun vorbei! Nach dem Regierungswechsel in Hamburg bestand die erste Amtshandlung der neuen Verantwortungsträger (in trauriger Gemeinschaft: SCHILL Partei und CDU) darin, die erfolgreichen Projekte abzuschaffen. Das parteipolitisch motivierte Spektakel wiederholt sich nun in Niedersachsen: Trotz zahlreicher Proteste lies es sich die Justizministerin Niedersachsens, Frau Heister-Neumann (CDU) nicht nehmen, politisch Profil zu zeigen und dem Hamburger Vorbild zu folgen.

Durch die Einstellung der Modellprojekte werden den Gefangenen wichtige Schutzmöglichkeiten vor einer HIV- oder Hepatitisinfektion entzogen. Für Gefangene stellt die Möglichkeit, sterile Spritzen zu erhalten oft die einzige Schutzmöglichkeit dar. Aufgrund parteipolitisch geprägter Statements wird die Gefährdung ihres Lebens bewusst in Kauf genommen.

Auf individueller Ebene mag dies zynisch ankommen. Es werden aber auch Richtlinien der WHO bewusst außer acht gelassen. Diese besagen, dass innerhalb des Justizvollzugs die gleichen Präventionsmaßnahmen erhältlich sein sollten, wie außerhalb.

Wie überall in Deutschland wurde am 21. Juli auch in München der Drogentotengedenktag durchgeführt. Die Zahlen, die von Mitarbeiter/innen des Spritzentauschprojektes der Münchner AIDS-Hilfe und von JES (Junkies, Ehemalige, Substituierte) weitergegeben werden, erschüttern: In 2002 gab es bundesweit 1.513 Drogentote, davon 57 in München. Vermutet wird, dass diese Zahlen in 2003 weit überschritten werden. Alleine in München

waren im ersten Halbjahr diesen Jahres bereits weit über 40 Drogentote zu beklagen.

Hinter den Zahlen verbergen sich Gesichter und Schicksale. Sie belegen die Wichtigkeit vernünftiger Prävention, sowohl innerhalb, als auch außerhalb von Gefängnismauern. Von den politischen Verantwortungsträgern wäre zu wünschen, dass sie sich andere Felder aussuchten, um sich ihren Namen zu machen.

*Peter Wießner*

## Projekt Information e.V.

### Pharmafirmen unterstützen die HIV-Therapie-Hotline

Die Hotline hat sich zu einem wichtigen Beratungsangebot in München entwickelt. Seit ihrem Bestehen wenden sich jedes Jahr bis zu 400 Menschen mit HIV an die Hotline. Obwohl die Hotline in erster Linie als telefonische Beratung konzipiert ist, kommen doch sehr viele Ratsuchende zu persönlichen Gesprächen. Medizinische Probleme, vor allem Therapieentscheidungen, sind sehr komplex und erfordern gründliche Überlegung. Sie brauchen deshalb dem entsprechend viel Zeit und offensichtlich auch direkten persönlichen Kontakt. Die Beratungen der Therapie-Hotline dauern im Durchschnitt 45 Minuten. So ein aufwändiges Gespräch ist in der ärztlichen Sprechstunde oft nicht möglich. Und natürlich ist für manche Betroffene neben dem Kontakt mit dem Arzt auch ein ausführliches Gespräch mit einem erfahrenen, kompetenten Betroffenen wichtig, wenn es um Therapieentscheidungen geht. Deshalb schicken die Schwerpunktärzte ihre Patienten gerne zur Hotline.

Die HIV-Therapie-Hotline wird gemeinsam von Münchner AIDS-Hilfe e.V. und von Projekt Information e.V. getragen und finanziert. Sie bekommt keinerlei staatliche oder kommunale Zuschüsse. Die Personal- und Sachkosten der Hotline betragen pro Jahr über 40.000,- Euro, die von den beiden Vereinen durch Spenden und Mitgliedsbeiträge aufgebracht werden müssen. Da sind Zuwendungen der Pharma-Industrie natürlich recht willkommen. In diesem Jahr haben die Firmen MSD Sharp&Dohme mit 1000,-€, Boehringer Ingelheim Pharma mit 2000,- €, Hoffmann-La Roche mit 2000,-€, Glaxo SmithKline mit 4000,- € und Bristol Myers-Squibb mit 4100,-€ die Hotline direkt unterstützt. Die bereits genannten Firmen und weitere wie z.B. Gilead Sciences nutzen unser Angebot, patientenrelevante Informationen in der Veranstaltungsreihe „Spre-

Bitte in frankierten Fernbriefumschlägen

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

Gemeinnütziger Verein  
**Vereins- und Spendenkonto:**  
Sozialbank München  
Konto-Nr. 8 845 500  
Bankleitzahl: 700 205 00  
**Telefon: 0 89 / 21 94 96 20**  
**Fax: 0 89 / 21 03 12 35**

chen wir mal über...!“ an die Betroffenen zu bringen und tragen über die Veranstaltungskosten auch zur Finanzierung der Hotline bei. Darüber hinaus ermöglichten die Firmen die Teilnahme an verschiedenen Kongressen. Für dieses Engagement möchten wir uns an dieser Stelle bei den Unternehmen sehr herzlich bedanken.

**Mitgliedschaft**

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

Eintrittsdatum (zum Monatsersten) \_\_\_\_\_

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

den **Mitgliedsbeitrag** 7,67 €

zuzüglich einer **Spende** \_\_\_\_\_

Gesamtbetrag monatlich \_\_\_\_\_

per Lastschrift einzuziehen zu Lasten meines/unseres

Girokonto-Nr.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bankname: \_\_\_\_\_ Bankort: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Zahlungsweise (bitte ankreuzen):  
monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Ort/Datum)

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

**Vollständige Anschrift** (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Haus-Nr.)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl/Ort)

\_\_\_\_\_  
(ggf. Tel.-Nr.)

\_\_\_\_\_  
(ggf. Fax-Nr.)

Die finanzielle Unterstützung der Betroffenen-Organisationen ist ja nicht ganz unumstritten. Einerseits sind das Geld und natürlich auch die fachlichen Informationen der Pharmaindustrie sehr willkommen und natürlich eine große Hilfe.

Andererseits gibt man sich auf diese Weise auch schnell in Abhängigkeiten. Wer beißt schon gerne die Hand die ihn füttert? Für die Hotline wäre diese Abhängigkeit na-

türlich tödlich. Wir achten deshalb sehr genau darauf, dass der willkommene Beitrag der Pharmaindustrie nicht zu solch einer Abhängigkeit führt. Wir gehen mit der Unterstützung offen um und machen die Beteiligung der Pharmaindustrie etwa an Veranstaltungen immer deutlich. Natürlich dient auch dieser Artikel neben dem ehrlichen Dank auch der Transparenz. Wir achten auch darauf, dass der Anteil der Pharmaindustrie an unseren finanziellen Zuwendungen nicht zu groß wird und wir nicht mal sagen müssen: „ohne deren Unterstützung läuft nichts.“ Hier sind natürlich auch unsere Mitglieder und Förderer gefragt, ihren Beitrag zur Unabhängigkeit leisten. Ohne Ihre finanzielle Unterstützung läuft wirklich nicht viel.

*Michael Tappe*

## 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-Plank-Institut, Kraepelinstr.10 (U-Scheidplatz)**

**Infos Engelbert Tel: 089/544647-21**

##### „Rollerblading“

jeden Dienstag auf der Theresienwiese

**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**

#### 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.

**Heterotreff der Münchner AIDS-Hilfe**

Stammtisch an jedem vierten Mittwoch im Monat um 19:30 Uhr im Café Regenbogen in der Lindwurmstr. 71

**27.08.03:** Gemütlicher Sommerabend. Bei gutem Wetter gehen wir ab 20:30 Uhr in einen nahe gelegenen Biergarten

**24.09.03:** Vortrag von Dr. Schuster (MSD): Entwicklung eines Medikaments – von der Idee bis zur Zulassung

**22.10.03:** Vortrag von Jutta Benker: AIDS und Psyche. Anschließend Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch

**26.11.03:** Spieleabend

**10.12.03:** Gemütliche Adventsfeier

Info: Jutta Benker: (089) 544647-0

**Bayerische AIDS-Stiftung: „Offenes Atelier“ – Kreatives Gestalten für Positive und Mitbetroffene**

Dienstag 15:00-19:00 Uhr, Mittwochs 14:00-18:00 Uhr

Ort: Krankenhaus München-Schwabing, Haus 2, 3.Stock, Kölner Platz 1, U2/U6 Scheidplatz  
Info (089) 30683237 – Keine Anmeldung erforderlich

# HIV-Therapie-Hotline

**Telefon: 089 - 54 46 47 - 21**  
**Montag - Donnerstag 16 - 19 Uhr**  
**therapie.hotline@muenchner-aidshilfe.de**

## Betroffene informieren Betroffene zu Therapiefragen

### Wir helfen ...

- ... bei Informationssuche und -bewertung
- ... bei der Therapieentscheidung
- ... bei praktischen Problemen
- ... im Therapiealltag
- ... in Krisensituationen

**Projekt Information e.V.**  
**BAGNÄ e.V.**  
**Münchner AIDS-Hilfe e.V.**

### Der direkte Draht zu Projekt Information:

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

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

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

Ihr Team von Projekt Information e.V.

# 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.**

- 06.10.2003**     **HIV, Immunsystem & Psyche**  
**03.11.2003**     **Wir sprechen über ... ein aktuelles Thema**  
**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](mailto:info@projektinfo.de)  
[www.projektinfo.de](http://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](mailto: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