

PROJEKT INFORMATION

Herausgegeben von Projekt Information e.V.

Betroffene informieren Betroffene

Jahrgang 11, Nr. 6, November / Dezember 2003

Die 9. Europäische AIDS-Konferenz vom 25.-29. Oktober in Warschau

2500 Teilnehmer aus 51 Ländern, Plenarvorträge und „Mini-Lectures“ in 16, teilweise parallel abgehaltenen Foren, etwa 75 mündliche Präsentationen und an die 400 Poster - wir versuchen eine Zusammenfassung für Sie.....Seite 3

Aus für "1 week on" und "1 week off"-Therapie in Staccato-Studie Enttäuschende Ergebnisse zu Therapiepausen

Die neuesten Daten zu Therapiepausen sind wenig ermutigend. Auch die „Staccato“-Studie zeigte keinen Nutzen für Pausen - im Gegenteil!

.....Seite 7

Verunsicherung um Therapien aus drei Nukleosidanaloga („Triple-Nukes“)

Was steckt hinter dem Versagen dieser beliebten Kombinationen?

Wieder einmal wurden zwei Dinge deutlich: 1) Kombinationen zur Behandlung der HIV-Infektion müssen durch Studien abgesichert werden, auch wenn sie theoretisch noch so attraktiv wirken. Und 2) Kombinationen aus ähnlichen Wirkstoffen führen nicht immer zu ähnlichen Ergebnissen.

.....Seite 8

Editorial

von Siegfried Schwarze

Medizin und Forschung

- Vioxx® reduziert Verminderung der Blutplättchen bei HCV-Therapie mit Pegasys® 10
In aller Kürze: Neuzulassungen, Uridin, Gripeschutzimpfung, Herzinfarktrisiko 10

Grundlegend & Wissenswert

- HIV im Genitalsekret HIV/HCV-koinfizierter Frauen 12
„Nukes“ und ihre Nebenwirkungen 13

Leben mit HIV

- Hohe Dosen Vitamin C reduzieren den Indinavir-Spiegel 14
Funktionsfähigkeit des Immunsystems ist abhängig von der niedrigsten CD4-Zellzahl 15

Politik & Soziales

- Gesundheitsreform 2004..... 16
Die Integrierte Versorgung 17
Sozialpolitische Nachrichten 18

Projekt Information e.V.

- 10 Jahre Projekt „Positive Frauen“ in München 19
ARTWORK - Das Experiment geht weiter 20

Termine

- Terminkalender 2003/2004 22

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Wieder neigt sich ein ereignisreiches Jahr dem Ende zu. Ein Jahr voller Überraschungen: So war das Team von "Projekt Information" vor Freude völlig aus dem Häuschen, dass uns die Deutsche AIDS-Stiftung den Medienpreis 2003 verliehen hatte.

Und es gab auch viel Ermutigendes zu berichten. Eine ganze Reihe neuer Medikamente wurde in diesem Jahr zugelassen. Für Patienten, die heute mit einer Therapie beginnen, heißt das in aller Regel besser verträgliche Kombinationen, weniger Pillen und weniger häufige Einnahme. Sieben Jahre nach Einführung der "hochaktiven antiretroviralen Therapie" (HAART) hält der Erfolg bei vielen Patienten an.

Doch auch über weniger Angenehmes mussten wir schreiben: Viel Raum nahmen Berichte über Langzeitnebenwirkungen der Therapien ein. Und neue Kombinationen, von denen man sich eine gute Wirksamkeit bei gleichzeitig verbesserter Verträglichkeit erwartet hatte, versagten kläglich. Das erinnert uns daran, dass wir inzwischen zwar viel über die HIV-Infektion und ihre Behandlung gelernt haben, dass wir aber bei weitem noch nicht genug wissen. Überraschungen - positive wie negative - werden uns auch im nächsten Jahr begleiten.

Das betrifft nicht nur die medizinische Seite. Auch im politischen und sozialen Bereich müssen wir uns an Wechselbänder gewöhnen. Hier dominierten in 2003 aber eindeutig die schlechten Nachrichten. Soziale Einschnitte auf der ganzen Linie werden die Lage für viele HIV-Infizierte und AIDS-Kranke in Zukunft schwieriger machen. Auch wir vom "Projekt Information" sind direkt betroffen, denn als gemeinnütziger Verein finanzieren wir uns aus Ihren Spenden.

Gleichzeitig müssen wir alle uns neuen Herausforderungen stellen. Zusätzliche Infektionen wie die Hepatitis B und C verringern die Lebensqualität und verkürzen die Überlebenszeit von immer mehr Menschen. Die HIV-Infektion ist global gesehen völlig außer Kontrolle und auch bei uns mehren sich die Anzeichen, dass die Neuinfektionsraten nach Jahren der Stagnation wieder ansteigen. Ein erster Hinweis, dass "Safer Sex" immer weniger ernst genommen wird, sind die alarmierend ansteigenden Zahlen von Infektionen mit Tripper, Syphilis und Hepatitis, vor allem bei schwulen Männern.

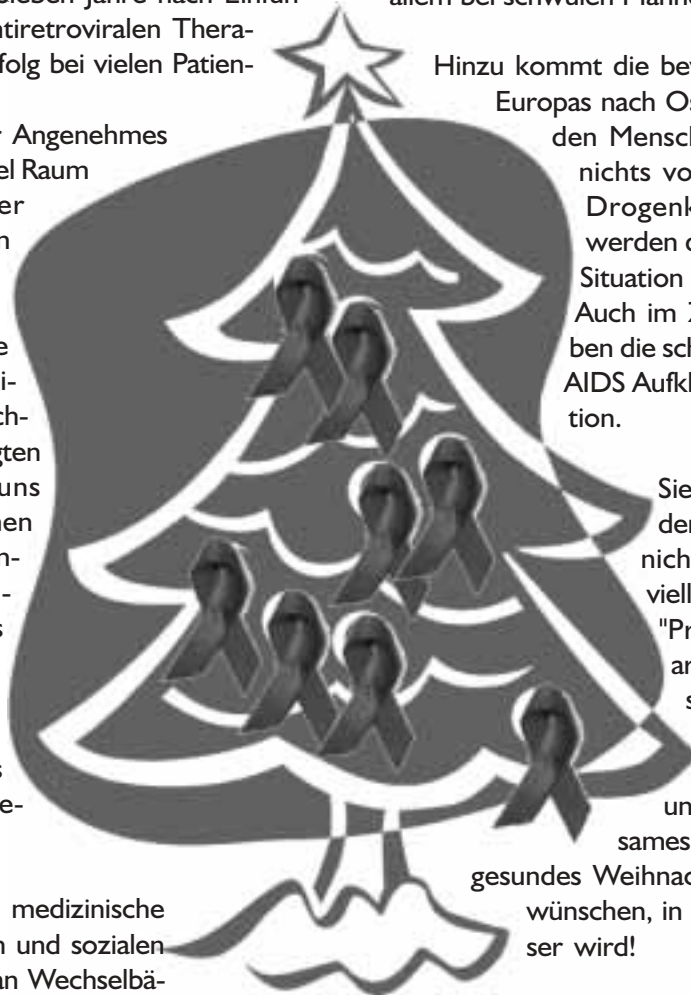
Hinzu kommt die bevor stehende Erweiterung Europas nach Osten. Viele der dort lebenden Menschen mit HIV wissen noch nichts von ihrer Infektion. Armut, Drogenkonsum und Prostitution werden das ihre dazu beitragen, die Situation weiter zu verschlimmern. Auch im Zeitalter der HAART bleiben die schärfsten Waffen gegen HIV/AIDS Aufklärung, Wissen und Prävention.

Sie sehen, die Themen werden uns auch im nächsten Jahr nicht ausgehen und wenn sie vielleicht Lust haben, aktiv bei "Projekt Information" mitzuarbeiten, würden wir uns riesig freuen!

Nun möchten wir Ihnen und Ihren Lieben ein geruhiges, friedliches und vor allem gesundes Weihnachtsfest und ein Jahr 2004 wünschen, in dem hoffentlich vieles besser wird!

Allen Mitgliedern sei an dieser Stelle für Ihre langjährige Unterstützung gedankt. Wir werden uns bemühen, sie auch im nächsten Jahr wieder aktuell, ausgewogen und unabhängig zu informieren.

Ihr Team vom "Projekt Information e.V."





Die 9. Europäische AIDS-Konferenz vom 25.-29. Oktober in Warschau

Während es auf den letzten Kongressen vorwiegend darum ging, die bisherigen Kenntnisse zur HIV-Infektion und deren Behandlung durch immer mehr Details zu vervollständigen, stand die 9. Europäische AIDS-Konferenz in Warschau für mich ganz klar unter dem Motto: „Zurück in die Zukunft“. Zwar wurden auch diesmal wieder zahlreiche Forschungsergebnisse präsentiert, doch vieles kam einem sehr bekannt vor. Therapiekonzepte, Strategien und Theorien, die man längst abgehakt glaubte, tauchen in etwas anderer Form nun wieder auf.

Auffällig auch, dass wirklich neue Medikamente kaum vertreten waren. Nur ein einziger Übersichtsvortrag beschäftigte sich am Rande mit neuen Substanzen. Klinische Daten zu sehnlichst erwarteten Medikamenten mit andersartigen Wirkmechanismen oder Resistenzprofilen wurden – mit Ausnahme vom schon länger bekannten Tipranavir - nicht präsentiert. Dafür eben einige „Überraschungen“ bei den Konzepten und Strategien.

Diskussion um „Triple-Nuke“

Seit einiger Zeit wird über Kombinationen aus drei Nukleosid- bzw. Nukleotidanaloga diskutiert. Auf der einen Seite bieten sie eine patientenfreundliche und Compliance fördernde einfache Einnahme (z.B. bei Trizivir® zweimal täglich eine Tablette), auf der anderen Seite wurden in letzter Zeit gehäuft Studiendaten veröffentlicht, die eine geringere Wirksamkeit dieser Kombinationen im Vergleich zu Proteasehemmer- oder NNRTI-haltigen Therapien zeigten. Um diese Thematik etwas ausführlicher darstellen zu können, widmen wir ihr einen eigenen Artikel in dieser Ausgabe.

Kaletra® als Monotherapie?

Nach diesen Besorgnis erregenden Daten beschleicht einen auch bei diesem „neuartigen“ Konzept ein gewisses Unbehagen: Eigentlich sind Monotherapien bei

HIV-Infektion seit spätestens Mitte der 90er Jahre „out“. Doch geboostete Proteasehemmer haben sich bis her als so wirksam erwiesen, dass die Forscher glauben, dieses Experiment verantworten zu können: 30 therapienaive Patienten mit einer Viruslast über 2000 Kopien/ml erhielten als einzige antiretrovirale Therapie Kaletra®. Anscheinend hatten die Initiatoren dieser Untersuchung aber doch etwas Angst vor der eigenen Courage, denn sie verwendeten die Standarddosierung (400/100 bid, also 3 Kapseln zweimal täglich) nur bei Patienten bis 70 kg. Patienten über 70 kg erhielten 533/133 bid, entsprechend 4 Kapseln zweimal täglich. Eine Intensivierung mit Saquinavir (Fortovase®/Invirase®) oder Viread®/Epivir® war jederzeit möglich. Bis Woche 24 gab es nur ein virologisches Versagen.

In einer weiteren, ähnlichen Untersuchung wurden 15 Patienten wegen virologischem Versagen (n=7) oder Nebenwirkungen (n=8) auf eine Kaletra®-Monotherapie umgesetzt. Die Viruslast reichte von unter 50 bis 234.000 Kopien/ml (Durchschnitt 52.000 /ml). 87 % der Patienten sind seit durchschnittlich 68 Wochen auf dieser Therapie (Bereich 39 bis 104 Wochen), davon haben 80 % eine Viruslast unter 400 Kopien/ml, bei 3 Patienten stieg die Viruslast wieder an.

Trotz dieser guten vorläufigen Ergebnisse müssen unbedingt weitere Studien abgewartet werden, bevor man eine Monotherapie mit Kaletra® oder anderen geboosteten Proteasehemmern empfehlen kann. Zu groß ist die Gefahr, dass nach einem Therapieversagen eine breite Kreuzresistenz gegen alle Proteasehemmer vorhanden ist und die zukünftigen Behandlungsoptionen drastisch reduziert sind!

Kaletra® einmal täglich?

Momentan liefern sich die Pharmafirmen eine regelrechte Marketingschlacht um „once daily“, also die einmal tägliche Einnahme der Medikamente. Dabei wird oft übersehen, dass diese Eigenschaft zwar für eine kleine Gruppe von Patienten, z.B. Substituierte oder Patienten mit sehr unregelmäßigem Lebensrhythmus sehr wünschenswert ist, dass aber dafür Faktoren wie (Langzeit-)Verträglichkeit und Wirksamkeit nicht geopfert werden dürfen.

In einer 24wöchigen Untersuchung an rund 100 Patienten fand man, dass die einmal tägliche Gabe von 6 Kapseln Kaletra® der zweimal täglichen Gabe von 3 Kapseln (jeweils als Bestandteil einer Kombinationstherapie) gleichwertig war: In der „Intention-to-treat“-

Analyse hatten in beiden Gruppen 57 % der Patienten eine Viruslast unter 50 Kopien/ml. Nun sind 24 Wochen noch zu kurz, um daraus endgültige Schlüsse zu ziehen, aber bei der einmal täglichen Gabe sind mit Sicherheit die Spitzenspiegel höher und die Talspiegel niedriger, was mehr Nebenwirkung bei gleichzeitig verringerter Resistenzbarriere bedeuten könnte. In einer Pilotstudie waren die Studienabbrüche wegen Nebenwirkungen in der „Einmal-täglich-Gruppe“ mit 11 % deutlich häufiger als bei den Patienten, die die zweimal tägliche Dosierung erhielten (3% Abbrüche wegen Nebenwirkungen).

Neues zu Tipranavir

Tipranavir wird wohl dereinst in die Geschichte eingehen als der Proteasehemmer mit der längsten Entwicklungsdauer. Seit Jahren wird diese Substanz erforscht und Informationen werden nur in homöopathischen Dosen an Patienten und Behandler verabreicht.

Obwohl Tipranavir auf Grund seiner andersartigen Struktur auch dann noch relativ wirksam ist, wenn andere Proteasehemmer bereits versagen, hat auch dies seine Grenzen: Bei Vorliegen von mehr als zwei der „universellen Proteasehemmer-Mutationen“ (L33I/V/F, V82A/F/L/T, I84V, L90M) wirkt auch Tipranavir kaum mehr. Dennoch bietet diese Substanz eine zusätzliche Hoffnung für Patienten mit zahlreichen Vortherapien und Resistenzen.

Die EATG kritisierte die Hersteller-Firma Boehringer wegen des schleppenden Entwicklung und des stark

eingeschränkten Expanded-Access-Programms (nur 600 Patienten weltweit, außer geboostetem Tipranavir kein weiterer Proteasehemmer erlaubt).



Boehringer gelobte Besserung und hofft auf eine Zulassung für Tipranavir in 2005.

Quo vadis, Integrasehemmer?

Noch weiter in die Ferne gerückt scheinen die ersten Integrasehemmer zu sein. Obwohl die Firma Merck (in Deutschland MSD) keinen Stand auf dem Kongress hatte, waren einige Firmenvertreter anwesend. Der Integrasehemmer, der bisher entwickelt wurde (Laborcode „812“) wird derzeit nicht weiterentwickelt. Angeblich, weil eine einmal tägliche Gabe nicht realisierbar gewesen sei. Inoffiziell hört man aber, dass es wohl auch Probleme mit der Toxizität gegeben hat. Dafür sei eine neue, viel versprechende Substanz mittlerweile in der frühen klinischen Phase I. Das heißt, dass die Entwicklung um etwa ein bis zwei Jahre zurückgeworfen wurde. Außerdem wurden Finanzmittel von der Entwicklung der Integrasehemmer abgezogen zu Gunsten der Bemühungen, einen Impfstoff zu entwickeln. Dieser soll, anders als bisher geplant, auch für bereits HIV-Infizierte entwickelt werden (präventiver und therapeutischer Impfstoff).

Impfstoffe? Fehlanzeige!

Um einen Vortragsraum garantiert bis zum Platzen füllen zu können, genügt es immer noch, das Wort „HIV-Vaccine“ strategisch im Titel zu platzieren. In einem guten Übersichtsvortrag wurde der Stand der momentanen Entwicklung auf den Punkt gebracht: Zwar besteht Grund zur Hoffnung, dass es irgendwann mal eine Art Impfstoff gegen HIV geben könnte, aber wie dieser auszusehen hat, wie sicher der Schutz sein wird, ob er auch bereits HIV-Infizierten helfen könnte und vor allem wie lange es noch dauern wird – alles Spekulation. Wir werden in einer der nächsten Ausgaben von „Projekt Information“ ausführlich über den Stand der Forschung berichten.

„Induction – Maintenance“

Auch dieses Thema war vor einiger Zeit schon mal heiß in der Diskussion. Nach einigen Studien, die eher enttäuschend ausgefallen waren, hatte man diese Strategie zu den Akten gelegt. Vielleicht hatte man damals aber schlicht ungeeignete Kombinationen ausgewählt. Im Prinzip geht es darum, eine Therapie mit mehreren hochwirksamen Substanzen zu beginnen um die Viruslast möglichst schnell unter die Nachweisgrenze zu senken („Induktions-

phase“) um dann, wenn die Viruslast eine gewisse Zeit lang unter der Nachweisgrenze geblieben ist, die Kombination zu vereinfachen um damit langfristig Nebenwirkungen (und Kosten) zu reduzieren („Erhaltungs“- bzw. „Maintenance“-Phase). In der TIME-Studie wird nun erprobt, ob nach einer 24- oder 48 wöchigen Induktionsphase mit Trizivir® + Sustiva® eine anschließende Erhaltungsphase nur mit Trizivir® eine vergleichbare Wirksamkeit aufweist. Noch liegen dazu keine Daten vor, aber falls es klappt, dürfte eine Flut von ähnlichen Studien zu erwarten sein. Allerdings ist schon jetzt absehbar, dass eine Induktionsphase von 24 Wochen bei Patienten mit hoher Viruslast (> 100.000 Kopien/ml) nicht in allen Fällen ausreicht, um die Viruslast zuverlässig unter die Nachweisgrenze zu senken.

Therapiepausen vor Salvage-Therapie? Lieber nicht!

Beim letzten Kongress (IAS, Paris) sorgten zwei Studien für hitzige Debatten: Während die GIGHAART-Studie einen Vorteil für Patienten zeigen konnte, die vor einer Salvage-Therapie eine Therapiepause machten, konnte dies in der CPCRA 064-Studie nicht gezeigt werden – im Gegenteil: die Patienten mit Therapiepause schnitten insgesamt schlechter ab. Vermutlich um ihre eigenen Ergebnisse zu untermauern, führten die Forscher der GIGHAART-Studie eine Nachfolgeuntersuchung namens REVERSE durch. Wichtigster Unterschied: Die Patienten (ähnliche Ausgangssituation wie in GIGHAART: im Mittel 5,14 log Viruslast und 43 CD4-Zellen/mm³) machten nicht nur 8 Wochen Therapiepause wie in GIGHAART, sondern solange bis die Resistenzen gegen mindestens zwei Medikamentenklassen nicht mehr nachweisbar waren. Dies dauerte im Mittel 24 Wochen. Das verblüffende Ergebnis: Obwohl die Patienten nach der Pause eine Kombinationstherapie aus bis zu neun Medikamenten bekamen, war die Viruslast nach 24 Wochen leicht angestiegen (+0,06 log) und die CD4-Zellzahl abgefallen (-27 Zellen/mm³). 15 von 23 Patienten erlitten ein AIDS-definierendes Ereignis. Die Autoren spekulieren, dass vor allem die lange Therapiepause für das schlechte Abschneiden verantwortlich sei. Vermutlich ist das wiederauftauchende Wildtyp-Virus zu aggressiv. Die Angehörige der Arbeitsgruppe, die die Ergebnisse vortrug, sprach dann auch mehrmals von „disastrous results“.

Wenn überhaupt noch weitere Studien zum Thema „Therapiepause vor Salvagetherapie“ stattfinden sollten, werden diese wohl mit deutlich kürzeren Pausen durchgeführt werden.

Wie interpretiert man Resistenztests?

Mit längerer Verfügbarkeit der HAART treten in der Gruppe der behandelten HIV-Infizierten zwangsläufig mehr und mehr Resistenzen auf. Umso wichtiger sind Resistenztests (die bis heute nicht regulär von den Kassen erstattet werden!) und deren Interpretation. In einem ausgezeichneten Übersichtsvortrag verdeutlichte Jonathan Schapiro den Stand des Wissens. Er erklärte sehr anschaulich, dass das mangelhafte Wissen um Resistenzmechanismen immer noch von den Marketingabteilungen der Pharmafirmen ausgeschlachtet wird. So ist z.B. die Resistenzmutation, die eine Substanz selektiert nicht automatisch gleichzusetzen mit den Mutationen, die eine Resistenz gegen diese Substanz verursachen. Dazu ein Beispiel: Wird Nelfinavir (Viracept®) als erster Proteasehemmer eingesetzt, findet man bei einem Therapieversagen häufig die D30N Mutation. Bei einem bereits vorbehandelten Patienten, der schon Mutationen an den Positionen 48, 54 und 82 (aber eben nicht 30) hat, wird Viracept® dennoch nicht mehr wirken. Für die korrekte Interpretation eines Resistenztests sind also sowohl die Vorbehandlungen als auch die aktuelle Therapie entscheidend. Es gibt jedoch einige grundlegende Unterschiede:

- Bei den Proteasehemmern tauchen die Resistenzmutationen schrittweise auf. Je mehr Mutationen vorhanden sind, desto stärker verliert die Substanz an Wirksamkeit. Wie sehr eine einzelne Mutation die Wirkung beeinträchtigt, hängt von der Substanz und der Mutation ab. Nur in Einzelfällen verlieren Proteasehemmer durch eine einzige Mutation ihre Wirksamkeit ganz. Je mehr Mutationen vorhanden sind, desto stärker wird auch die Kreuzresistenz gegen andere Proteasehemmer.
- Bei den NNRTI (Viramune®, Sustiva®, Rescriptor®) reicht eine einzige Mutation, um die Wirksamkeit gegen HIV aufzuheben. Gleichzeitig besteht eine fast vollständige Kreuzresistenz zu den anderen Substanzen dieser Klasse.
- Bei den Nukleosidanaloga kommen beide Situationen vor: Manchmal genügt eine einzige Mutation, um die Wirksamkeit zu verlieren (z.B. M184V bei Epivir® oder Emtriva®), bei anderen Substanzen sind mehrere Mutationen erforderlich, bevor die Wirkung ganz verschwindet. Dabei werden in der Praxis gelegentlich unterschiedliche „Pfade“ der Resistenzentwicklung beobachtet, die sich gegenseitig auszuschließen scheinen. Z.B. bei Retrovir: 41-210-215Y vs. 67-70-215F. Auch bei den Nukleosidanaloga gilt: Je mehr Resistenzen

vorhanden sind, desto breiter die Kreuzresistenz gegen alle anderen Substanzen dieser Klasse.

- Beim einzig bisher verfügbaren Fusionshemmer Fuzeon® (T-20, Enfuvirtide) ist die Resistenztestung derzeit nur relevant, um eine optimale Begleittherapie zusammenstellen zu können. So lange es keine weiteren Vertreter dieser Klasse gibt, spielen Überlegungen zur Kreuzresistenz etc. noch keine Rolle. Es wird jedoch empfohlen, Blutproben zur eventuellen späteren Untersuchung aufzubewahren.

Plasmaspiegelbestimmung

Auch die Plasmaspiegelbestimmung antiretroviraler Medikamente wird derzeit von den deutschen Krankenkassen nicht routinemäßig übernommen. Allerdings kann normalerweise trotzdem eine Bestimmung durchgeführt werden, wenn der Arzt dies für nötig erachtet. Zur Zeit zahlen nämlich die Hersteller der entsprechenden Medikamente diese Untersuchung.

Wie notwendig solche Untersuchungen sind, zeigten einige Beispiele: So hatten bei Kaletra® etwa 10% der Männer extrem hohe Spiegel (10 µg/ml) aber 19% der Frauen! Weiterhin sind die Spiegel stark abhängig von der individuell unterschiedlichen Aufnahme, Verteilung und Ausscheidung. Bei Frauen ändern sich diese Parameter während der Schwangerschaft. In einer Untersuchung hatten schwangere Frauen im dritten Trimester deutlich niedrigere Indinavir-Spiegel als im zweiten Trimester oder nach der Niederkunft.

Auch bei Kindern, für die oft nur unzureichende oder gar keine Studiendaten vorliegen, können Plasmaspiegelbestimmungen die Wirksamkeit und Verträglichkeit entscheidend verbessern.

Beide Methoden, Plasmaspiegelbestimmung und Resistenztestung, werden in einem Hamburger Projekt eingesetzt, um bei einem erforderlichen Therapiewechsel die Behandlung zu optimieren. Im Rahmen dieses RADATA-Projekts wird auf Grund der Ergebnisse dieser Tests von unabhängigen Experten eine Therapieempfehlung formuliert. Weitere Informationen gibt es unter www.radata.org.

Lipodystrophie und Stoffwechselstörungen

Auch zu diesem Themenkomplex gab es einen hervorragenden Übersichtsvortrag. Man bekam den Eindruck, dass man über Detailvorgänge mittlerweile sehr genau Bescheid weiß. Was allerdings immer noch fehlt, ist die große, einheitliche Theorie, wie sich diese Puzzlestücke alle zusammenfügen lassen. Und solange die fehlt, ist man auch mit der Behandlung ziemlich

ratlos. Nach wie vor wird an den einzelnen Symptomen herumgedoktert ohne wirklich überzeugende Erfolge.

Ziemlich klar scheint mittlerweile zu sein, dass sowohl die Proteasehemmer, als auch die Nukleosidanaloga an den Veränderungen beteiligt sind. Während die Nukleosidanaloga, allen voran das d4T (Zerit®) vor allem für den Fettverlust (Lipoatrophie) verantwortlich gemacht werden, sind die Proteasehemmer wohl eher an der Entwicklung einer Insulinresistenz beteiligt, die dann eine Fettstoffwechselstörung nach sich ziehen kann. Es ist aber noch verfrüht, daraus Empfehlungen für oder gegen bestimmte Substanzen oder Substanzgruppen abzuleiten.

Interessant ist, dass eine bestehende Leberschädigung, z.B. durch eine chronische Hepatitis B oder C, die Ausprägung einer Lipodystrophie wohl zusätzlich verstärken kann.

HIV & Hepatitis

Dies ist insgesamt ein Trend, der schon auf den letzten Konferenzen immer stärker wurde: Da es immer mehr HIV-Hepatitis B/C-Koinfizierte gibt und die Sterblichkeit wegen Hepatitis die wegen HIV mittlerweile übertrifft, wird dieses Thema immer wichtiger. Hinzu kommt, dass sich beide Infektionen gegenseitig ungünstig beeinflussen. Außerdem erschwert die Behandlung der einen Erkrankung oft die gleichzeitige Behandlung der anderen. Auch hier sind neue Konzepte gefragt und auch neue Medikamente wie z.B. Epivir®, Viread® und Emtriva®, die nicht nur gegen HIV sondern gleichzeitig gegen Hepatitis B wirksam sind.

Darüber hinaus sind dringend neue Präventionskonzepte notwendig, die der zunehmenden Bedrohung durch die Koinfektionen Rechnung tragen.

Schlusswort

Diese kurze Zusammenfassung muss leider (wie immer) schlaglichtartig und unvollständig bleiben. Es gibt noch eine Vielzahl interessanter Abstracts zu sichten und die Flut von Eindrücken zu verarbeiten. Wir werden ihnen deshalb auch in der nächsten Ausgabe von „Projekt Information“ über weitere Ergebnisse des Europäischen AIDS-Kongresses berichten.

Siegfried Schwarze

Aus für "1 week on" und "1 week off"-Therapie in Staccato-Studie

Schon wieder gibt es enttäuschende Ergebnisse zu Therapiepausen. In der Staccato-Studie wurde der Arm mit abwechselnd einer Woche mit und einer Woche ohne Therapie wegen gehäuften Therapieversagens beendet. In vorhergehenden Pilotstudien mit kleiner Teilnehmerzahl hatte sich dieses Therapiekonzept als Erfolg versprechend dargestellt. Zeitlich längere Intervalle mit und ohne Therapie hatten dagegen eine deutliche Virusvermehrung und die Gefahr von Resistenzentwicklungen gegen die eingesetzten Substanzen ergeben. Wir berichteten darüber in der „Projekt Information“ Ausgabe Juli/August 2003. Im Kontrast zu strukturierten Therapiepausen mit längeren Intervallen erwartete man sich von der „1 week on - 1 week off“ günstigere Voraussetzungen: die Viruslast bleibt unter der Nachweisgrenze, die CD4-Zellen sinken nicht und trotzdem wären die Belastung mit Medikamenten und gleichzeitig die Kosten auf die Hälfte vermindert.

In der Staccato-Studie mit 600 Teilnehmern wurden Patienten unter erfolgreicher hochaktiver antiretroviraler Therapie (HAART) mit HI-Viruslast unter 50 Kopien/ml und über 350 CD4-Zellen/mm³ auf die Studienarme verteilt:

- Arm 1: Therapieweiterführung wie bisher (Kontrollarm)
- Arm 2: CD4-Zell-gesteuerte Therapiepausen, Wiederbeginn der HAART, sobald CD4-Zellen unter 350/mm³ gesunken sind
- Arm 3: Eine Woche mit, eine Woche ohne HAART

An Staccato beteiligten sich insgesamt 400 Patienten in Thailand, 100 in der Schweiz, der Rest in Australien, Argentinien und Kanada. In Thailand war die Behandlung standardisiert mit d4T (Zerit®, 2 x tgl. 30 oder 40 mg, abhängig vom Körpergewicht), ddI (Videx®, 250 der 400 mg, 1 x tgl.) und Saquinavir HGC (Invirase® 1600 mg) mit 100 mg Ritonavir (Norvir®), 1 x tgl.

In der Schweiz wurde die HAART individuell nach ärztlicher Entscheidung eingesetzt. Im Arm mit jeweils einwöchiger Therapiepause wurde die HI-Viruslast jeweils am Ende der Woche „ohne“ nach 2, 4, 8 und 12 Wochen und danach alle 12 Wochen ermittelt. Bei

Patienten mit zwei nachfolgenden Messergebnissen über 500 Kopien/ml wurde dies als virologisches Versagen gewertet.

Bis Januar 2003 waren 150 Patienten der Staccato-Studie randomisiert (zufällig verteilt). Die gegenwärtigen Ergebnisse beziehen sich auf 36 Patienten, die im Durchschnitt bereits 28 Wochen im „on/off“-Arm waren.

Insgesamt ereignete sich bei 19 von 36 (53 %) der Patienten im Arm mit einwöchiger Therapieunterbrechung ein virologisches Therapieversagen. In den ersten 12 Wochen zeigte sich das Versagen vorwiegend bei Patienten in der Schweiz mit einer Therapie bestehend aus drei Nukleosidanaloga bei drei von vier Patienten und in Thailand bei 11 von 17 Patienten mit der Kombination ddI/d4T/Saquinavir/Ritonavir. Ein „spätes“ Therapieversagen nach 12 Wochen ergab sich in der Schweiz bei zwei Patienten unter Nelfinavir (Viracept®), 3TC (Epivir®) und AZT (Retrovir®). Jeweils einmal versagten die Kombinationen Saquinavir/Ritonavir/d4T zweimal täglich und Nevirapin (Viramune®)/3TC/AZT. Unter acht Patienten, die Efavirenz, 3TC und AZT erhielten, ereignete sich nur ein Versagen. Die statistischen Analysen zur HI-Viruslast vor Therapiebeginn, Zusammensetzung der HAART und die Zeitdauer vor der Therapieunterbrechung ergaben keine statistisch gesicherten Unterschiede zwischen den Patienten mit und ohne Therapieversagen ($p=0,34 - 0,74$).

Im Behandlungsarm mit Weiterführung der HAART ergaben sich bisher zwei Therapieversagen bei 37 Patienten. Bei keinem der bisher 39 Patienten im CD4-Zell-gesteuerten Arm fiel in einem durchschnittlichen Zeitraum von 25 Wochen die CD4-Zellzahl unter 350/mm³. Bei Patienten mit Saquinavir/Ritonavir 1600 mg/100 mg in der HAART erfolgten einmal täglich Plasmaspiegelbestimmungen. Die Wirkstoffkonzentrationen von Saquinavir lagen bei sechs von sieben Patienten mit Therapieversagen im „on/off“-Studienarm in einem sicheren Bereich von 0,1 mg/l. Die 50%ige Hemmstoffkonzentration gegen das Wildtypvirus liegt bei 0,05 mg/l. Die Genotypen des Reverse Transkriptase- und Proteasegens wurden bei 18 von 19 Patienten mit Therapieversagen bestimmt. Neue 184V-Mutationen zeigten sich bei zwei von sieben Patienten mit 3TC, eine neue 103N-Mutation bei dem Patienten mit Efavirenz und eine neue 181C-Mutation bei dem Patienten mit Nevirapin. Keiner der 14 mit Proteasehemmer behandelten Patienten hatte bedeutsame Mutationen, die keine Resistenz gegenüber

Proteasehemmern und auch nicht gegen Nucleosidanaloga annehmen lassen. Es gibt bisher Daten zu mindestens 4 Wochen nach Wiederaufnahme der kontinuierlichen HAART bei 14 Patienten mit Therapieversagen nach Beendigung der „on/off“-Behandlung: alle außer zwei liegen mit der Viruslast unter 400 Kopien/mm³.

Die Erfahrungen aus der Staccato-Studie ergeben Hinweise, dass unterschiedliche Zusammensetzungen der HAART sich in der Anfälligkeit für Therapieversagen unterscheiden. Im „on/off“-Arm ergab sich nur ein Therapieversagen bei acht Patienten mit Efavirenz/3TC/AZT. Eine vergleichbare „on/off“-Studie in den USA mit sieben Patienten auf einer Efavirenz-basierten HAART verlief über mehr als ein Jahr erfolgreich. Die lange Halbwertszeit von Efavirenz und seine hohen Plasmaspiegel könnten für wirksame Substanzmengen während der meisten Zeit der Woche ohne HAART verantwortlich sein.

Fazit:

Trotzdem, Therapieversagen im „1 week on“ und „1 week off“ ereigneten sich bei verschiedenen Zusammensetzungen der HAART. Die Tauglichkeit dieses Therapiekonzepts ist zweifelhaft.

Quelle: AIDS 2003, 17: F33 - F37

Peter Lechl

Verunsicherung um Therapien aus drei Nucleosidanaloga („Triple-Nukes“)

Therapien nur aus Nucleosidanaloga sind bei vielen Patienten und Ärzten beliebt: Viele der Substanzen sind seit Jahren bekannt, man weiß, welche Nebenwirkungen zu erwarten sind und wie man mit diesen umgehen kann. Außerdem zeichnen sich diese Kombinationen durch geringe Tablettenzahlen aus. Außerdem sparte man sich damit zwei Substanzklassen (NNRTI und Proteasehemmer) auf.

Doch bereits seit längerer Zeit war bekannt, dass Trizivir® (AZT, 3TC und Abacavir) bei Patienten mit einer Viruslast von mehr als 100.000 Kopien/ml weniger wirksam ist, als eine Kombination aus Combivir® (AZT und 3TC) mit einem Proteasehemmer (in diesem Fall Crixivan®).

Anfang dieses Jahres wurde über eine Studie (ACTG 5095) berichtet, in der Trizivir® gegen Combivir® + Sustiva® bzw. gegen Trizivir® + Sustiva® getestet wurde. Als man sah, dass im Trizivir®-Arm der Studie nach etwa einem halben Jahr 21 % der Patienten eine Viruslast über 200 Kopien hatten, in den beiden Sustiva®-haltigen Armen aber nur 11 % (der Unterschied war statistisch signifikant), wurde die Studie abgebrochen.

Der nächste Schlag folgte, als auf dem IAS-Kongress in Paris über gehäuftes Therapieversagen unter der Kombination aus Abacavir (Ziagen®), 3TC (Epivir®) und Tenofovir (Viread®) berichtet wurde: Unter Ziagen®/Epivir®/Viread® erlitten 58 % der Patienten ein virologisches Therapieversagen. Eine kurz darauf veröffentlichte Studie mit größerer Patientenzahl kam zu einem ganz ähnlichen Ergebnis: 49 % der Patienten unter Ziagen®/Epivir®/Viread® hatten ein virologisches Therapieversagen, aber nur 5 % der Patienten unter Ziagen®/Epivir®/Sustiva®.

Kurz vor dem Kongress in Warschau warnte die europäische Zulassungsbehörde EMEA in einem Schreiben vor der Kombination aus Videx®/Epivir®/Viread®. Hier war es in einer kleinen Pilotstudie bei 91 % der Patienten zu einem virologischen Therapieversagen gekommen.

Der (vorläufig?) letzte Fehlschlag wurde in der Zeitschrift AIDS vom 26.9.03 veröffentlicht: Nach 48 Wochen hatten nur 43 % der Patienten, die Zerit®/Videx®/Ziagen® einnahmen, eine Viruslast unter 20 Kopien/ml während in den Vergleichsarmen die Ansprechraten deutlich höher waren: Combivir®/Fortovase®/Norvir®: 62 % und Combivir®/Viramune®/Viracept®: 69 %. Besonders schlecht schnitt die Kombination aus drei Nucleosidanaloga dabei bei Patienten mit hoher Viruslast und bereits bestehendem AIDS-Vollbild ab.

Auf der nächsten Seite finden Sie einen tabellarischen Überblick dieser Studien.

Da die Studien methodisch unterschiedlich waren und „Therapieversagen“ unterschiedlich definiert wurde, sollte man sich das Ergebnis immer im Verhältnis zur Kontrollgruppe (wo vorhanden) betrachten.

Worin die Ursache für das relative schlechte Abschneiden dieser Kombinationen liegt, ist noch unklar.

Diskutiert werden zurzeit mehrere denkbare Ursachen, aber keine vermag die Studienergebnisse bisher befriedigend zu erklären.

Eine mögliche Erklärung wäre, dass diese Kombinationen auf der einen Seite eine hohe Wirksamkeit be-

Studie	Medikamente	"Therapieversagen"
ACTG5095	Trizivir	21%
	Trizivir + Sustiva	11% (Kontrollarm)
Farthing	Viread+Ziagen+Epivir	58%
ESS30009	Viread+Ziagen+Epivir	49%
	Sustiva+Ziagen+Epivir	5% (Kontrollarm)
Jemsek et al.	Viread+Videx+Epivir	91%
Gerstoft et al. (*)	Zerit+Videx+Ziagen	57%
(*)	Fortovase+Norvir+Combivir	38% (Kontrollarm)
	Viracept+Viramune+Combivir	31% (Kontrollarm)

(*) Rate an Therapieversagen wurde in der Studie nicht angegeben, deshalb wurde in dieser Tabelle - methodisch nicht korrekt - statt dessen 100 - "Therapieerfolg" (Anteil der Patienten mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze) eingesetzt. Es geht aber in diesem Fall nur darum, zu zeigen, dass die Triple-Nuke-Kombination den Vergleichsarmen unterlegen war. Eine Kombination aus Zerit und Videx wird mittlerweile aus anderen Gründen (verstärkte Nebenwirkungen) praktisch nicht mehr eingesetzt.

sitzen und deshalb das HI-Virus einem hohen Selektionsdruck aussetzen, auf der anderen Seite aber nur eine niedrige Resistenzbarriere besteht, d.h. dass das Virus durch nur eine oder zwei Mutationen eine praktisch vollständige Resistenz gegen die eingesetzte Kombination erlangt. Dies wäre analog zu der Situation, die man aus den ersten Studien mit NNRTI in Monotherapie kennt.

Welche Konsequenzen ergeben sich nun daraus? Es wäre sicherlich falsch, aus diesen Studien den Schluss zu ziehen, dass man keinen Patienten mehr mit diesen Kombinationen behandeln darf. Immerhin geht es vielen Patienten z.B. mit Trizivir® seit langer Zeit gut und bei vielen hält der Therapieerfolg an.

Dennoch könnte es gerade bei Patienten mit hoher Viruslast eine gute Strategie sein, die Behandlung zunächst mit einer hochwirksamen Kombination unter Verwendung eines Proteasehemmers oder NNRTI zu beginnen und wenn dann die Viruslast über einen bestimmten Zeitraum (6 Monate?) unter der Nachweisgrenze liegt, könnte man den Proteasehemmer / NNRTI weglassen und nur noch mit drei Nukleosidanaloga weiter behandeln – entsprechende Studien laufen zur Zeit. Eine ähnliche Vorgehensweise kennt man ja auch aus dem Antibiotikabereich („De-Eskalation“).

Weiter wird empfohlen, bei Patienten, die eine der oben erwähnten Kombinationen erhalten, die Viruslast in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren. Gerade bei einer Behandlung mit Trizivir® ist es typisch, dass das Therapieversagen „schleichend“ auftritt, d.h. die Viruslast steigt zunächst nur sehr langsam und über einen längeren Zeitraum an. Dabei häufen sich aber immer mehr Resistenzen an. Deshalb ist es in solchen Fällen sehr schwierig, den richtigen Umstellungszeitpunkt zu treffen. Stellt man zu früh um, muss man sich an eine neue, meist komplexere und mit mehr Nebenwirkungen behaftete Therapie gewöhnen, ohne dass dies zwingend nötig gewesen wäre. Außerdem ist die Zahl

der möglichen Folgetherapien begrenzt und man sollte kein „Pulver unnötig verschießen“. Stellt man jedoch zu spät um, ist es auf Grund der dann vorhandenen Resistenzen oft nur noch schwer möglich, überhaupt noch eine wirksame Therapie unter Einschluss von Nukleosidanaloga zusammenzustellen. Mit genau dieser Problematik setzt sich auch die aktuelle Ausgabe von „ARTWORK“ auseinander, die sie wieder als Beilage in dieser Ausgabe von „Projekt Information“ vorfinden.

Kommentar von Projekt Information:

Es wäre sicher falsch, nun plötzlich alle „Triple-Nukes“ über einen Kamm zu scheren und zu verurteilen. Viele Patienten haben mit diesen Kombinationen einen anhaltenden Therapieerfolg und es geht ihnen gut damit.

Dennoch mahnen diese Ergebnisse zur Vorsicht: Offensichtlich lassen sich diese Substanzen nicht beliebig kombinieren. Bei den Kombinationen, die in Studien besonders schlecht abgeschnitten haben, fielen immer wieder zwei Mutationen besonders auf: K65R und M184V. Die hiervon betroffenen Medikamente sind vor allem Videx®, Epivir®/Emtriva®, Ziagen® und Viread®. Therapien, die nur aus Substanzen dieser Gruppe bestehen, sollte man zunächst meiden. In wie weit die Gabe eines Thymidinanalogs (Zerit® oder Retrovir®) das Problem mildert, muss erst in Studien überprüft werden. Erste Laborversuche deuten darauf hin, dass sich die „Resistenzpfade“, die zu K65R/M184V und zur Resistenz gegen Thymidinanaloga führen, gegenseitig behindern.

Wer gerade eine der oben aufgeführten Kombinationen einnimmt, sollte das weitere Vorgehen zunächst mit seinem Arzt besprechen. Ein eigenmächtiges Absetzen wäre ein Fehler.

Quellen:

- Farthing C et al., Abstract 43, 2. IAS 2003, Paris
- Gulick R et al., late breaker 31, 2. IAS 2003, Paris
- „Dear Doctor Letter“ von Gilead, 14.10.2003
- Gerstoft et al., AIDS 2003,17:2045-2052
- Arztinformation „Triple-NUC ein Kunstfehler? Was ist mit Trizivir?“ von GlaxoSmithKline
- Hoffmann Christian, „2003-das Ende von Triple-Nukes? Eine aktuelle Übersicht“ in www.hiv.net

Siegfried Schwarze

Medizin & Forschung

Vioxx® reduziert Verminderung der Blutplättchen bei HCV-Therapie mit Pegasys®

Bei der Konferenz zu Lebererkrankungen (AASLD) im Oktober 2003 in Boston wurde über eine überraschende Wirkung eines Schmerzmedikamentes auf die Zahl der Blutplättchen während der Pegasys®-Behandlung (pegyliertes Interferon) gegen das Hepatitis C-Virus berichtet. Normalerweise ist die Verminderung der Blutplättchen (Thrombozytopenie) eine der unerwünschten Wirkungen bei dieser Therapie. Um die Verträglichkeit der Interferon/Ribavirin-Behandlung zu verbessern, werden häufig nichtsteroidale, anti-entzündliche Medikamente eingesetzt. Vioxx® (Rofecoxib) ist ein Mittel gegen Schmerzen und Entzündungen z.B. bei degenerativen Gelenkerkrankungen. Die Thrombozytopenie ist eine der bedeutsameren Nebenwirkungen bei der Therapie der chronischen Hepatitis C. Das trifft besonders für Patienten mit fortgeschrittener Lebererkrankung zu:

- einmal durch die verminderte Thrombopoetin-Produktion (thrombozytopoesestimulierender Faktor TSF) der entzündeten Leber;
- Hypersplenismus, das bedeutet ein gleichzeitiges Auftreten von Milzvergrößerung,
- Blutzellmangel und Knochenmarkhyperplasie bei HCV-bedingter Leberzirrhose;
- Wirkungen von Interferon selbst.

Beim Einsatz von Vioxx®, ein sog. COX-2-Hemmer, wird die entzündliche und gefäßverengende Wirkung von Prostacyclin gehemmt. Gegenüber anderen nichtsteroidalen anti-entzündlichen Medikamenten hat Vioxx® den Vorteil keiner oder geringerer Nebenwirkungen auf hormonähnliche Substanzen oder Stickoxide im Körper. Das Ziel der Kurzzeitpilotstudie war es, den Einfluss von Vioxx® kombiniert mit der Pegasys®-Therapie auf die Blutplättchenzahl zu untersuchen.

Jeweils die Hälfte von 18 Patienten mit chronischer Hepatitis C unter Pegasys®-Therapie wurde entweder mit zusätzlich 12,5 mg Vioxx®-Tabletten oder

Pegasys® allein für acht Wochen behandelt. Wöchentlich wurden die Veränderungen der Hämoglobin- und Leukozytenwerte, der Blutplättchenzahl, Leberwerte, Kreatinin- und Harnstickstoffwerte in beiden Gruppen gemessen. Bis auf die Blutplättchenzahl zeigten sich keine offensichtlichen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Bei den Patienten mit Pegasys® plus Vioxx® war der Blutplättchenwert von 193 ± 13 vor Therapiebeginn auf 162 ± 12 gesunken, eine Verminderung um 16 %. Ohne Vioxx® war der Verlust von Blutplättchen durch Pegasys® weitaus größer, der Wert sank von 166 ± 18 auf 89 ± 11 , d. h. um 41 % vermindert.

Die an dieser Untersuchung beteiligten Ärzte raten dazu, bei Patienten mit fortgeschrittener Lebererkrankung (Stadium 3 oder 4) und vorbestehender verminderter Blutplättchenzahl Vioxx® zusätzlich zur Pegasys®-Therapie einzusetzen. Die tägliche 12,5 mg Vioxx®-Dosierung war außerdem gut verträglich und nicht mit Veränderungen von wichtigen Laborwerten verbunden.

Quelle: Jules Levin, Rofecoxib (Vioxx) prevents reduction in platelets during Pegasys therapy for HCV: short term pilot study, www.natap.org./2003/AASLD

Peter Lechl

In aller Kürze

Lexiva® (Fosamprenavir) am 20.10.03 in den USA zugelassen

Fosamprenavir ist eine Weiterentwicklung von Amprenavir (Agenerase®). Das Prodrug wird vom Körper besser aufgenommen und im Körper praktisch vollständig in Amprenavir umgewandelt. Der Vorteil für den Patienten ist eine deutlich verringerte Tablettenzahl.

In den USA sind folgende Dosierungen zugelassen:

- Lexiva® 1400 mg (= 2 Tabletten zu 700 mg) zweimal täglich
- Lexiva® 1400 mg + Norvir® 200 mg einmal täglich
- Lexiva® 700 mg + Norvir® 100 mg zweimal täglich (jeweils in Kombination mit weiteren antiretroviralen Wirkstoffen). Die einmal tägliche Gabe wird für bereits vorbehandelte Patienten nicht empfohlen.

Bisher mussten die Patienten von Agenerase® täglich 2 x 8 Kapseln zu 150 g einnehmen, bzw. 2 x 4 Kapseln + 2 x 100 mg Norvir®.

In Europa wird voraussichtlich nur die geboostete Dosierung (also in Kombination mit Norvir®) zugelassen werden.

Quelle: Vertex

Emtriva® (Emtricitabin, FTC) am 24.10.03 in der Europäischen Union zugelassen

Emtriva® scheint nach ersten Daten etwas stärker wirksamer zu sein als Lamivudin (Epivir®), ist aber ansonsten vom Nebenwirkungs- und Resistenzprofil dieser Substanz sehr ähnlich. Emtriva® wird als eine 200mg-Kapsel einmal täglich verabreicht.

Ähnlich wie Epivir® ist auch Emtriva® nicht nur gegen HIV sondern auch gegen das Hepatitis-B-Virus wirksam. Die Substanz ist voraussichtlich ab dem 1. Dezember erhältlich. Der Apothekenabgabepreis liegt mit €332,71 strategisch geschickt zwischen dem für Epivir® 150 mg (€318,27) und Epivir® 300 mg (€350,09).

Quelle: Gilead

Grippeschutz ist auch Herzschutz!

Jetzt ist es höchste Zeit, sich gegen Grippe impfen zu lassen. Da normalerweise die Grippewelle ihren Höhepunkt gegen Jahresanfang hat, sollte man sich jetzt unbedingt noch impfen lassen. Da der Impfschutz immer nur ein Jahr anhält und auf das aktuell grassierende Virus abgestimmt ist, muss die Impfung auch dann erfolgen, wenn man in der Vergangenheit schon gegen Grippe geimpft wurde.

Doch die Impfung hilft anscheinend nicht nur gegen die Grippe: Eine Reihe von Untersuchungen deutet darauf hin, dass Grippeviren die Ablagerungen in den Arterien destabilisieren können und damit sogar Herzinfarkte auslösen können. Bereits in vier Studien konnte durch die Grippeimpfung ein Schutz vor bestimmten Herz-Kreislaufkrankungen (Herzinfarkt, Herzstillstand, Schlaganfall) gezeigt werden. In einer dieser Studien starben 2% der geimpften Patienten an Herz-Kreislaufkrankungen, während in der ungeimpften Kontrollgruppe 8% verstarben!

(Quelle: MMW Nr.48/2003, S.6)

Erste positive Erfahrungen mit Uridin

Mittlerweile liegen uns zwei Berichte von Patienten vor, die Uridin (als Triacetyluridin, TAU) in einer Dosierung von 1 g täglich über einen Zeitraum von vier bzw. sechs Monaten eingenommen haben. Beide erzählten übereinstimmend, dass die Substanz gut verträglich sei. Beide berichten ebenfalls von einer sichtbaren Verbesserung der äußeren Erscheinung: Der Fettverlust im Bereich der Wangen sei deutlich zurückgegangen, so dass sie von Leuten aus ihrer Umgebung auf ihr „gesünderes“ Aussehen angesprochen worden seien. Einer der Patienten berichtete darüber hinaus über eine Verbesserung seiner Neuropathie in diesem Zeitraum.

Nach diesen ersten positiven Berichten wird es höchste Zeit, dass Studien zu dieser Substanz gemacht werden. Einige Münchner Ärzte wollen die Erfahrungen ihrer Patienten dokumentieren.

Solange noch keine entsprechenden Studien vorliegen und auch die wirksame Dosis nicht genau bekannt ist, können wir nicht zum breiten Einsatz von Uridin raten. Wer es dennoch unter entsprechender ärztlicher Aufsicht versuchen möchte:

Die Substanz ist nur auf Privat Rezept erhältlich (wird von den Kassen nicht bezahlt!). Auf dem Rezept sollte stehen:

Tri-o-acetyluridine 0,25 g m.f.Kps.d.tal.dos. Nr. 120

Die Isartor-Apotheke in München (Isartorplatz 6) teilte uns mit, dass sie den Monatsbedarf (120 Kapseln zu 0,25 g) derzeit für 128 € herstellen kann.

Zu beachten ist noch, dass die gesamte Dosis (vier Kapseln) abends eingenommen werden sollte, da Uridin eine leichte Schlaf fördernde Wirkung hat.

Siegfried Schwarze

Angina pectoris und Herzinfarkt: Symptome frühzeitig erkennen, rasch behandeln

Herzinfarkte und kardiovaskuläre Erkrankungen bei HIV-Infizierten haben in den letzten Jahren wenn überhaupt, dann nur geringfügig zugenommen. Darauf weisen epidemiologische Untersuchungen hin, die auf dem 1. Europäischen Symposium zur klinischen Bedeutung von Lipoprotein-Störungen bei HIV-Patienten am 21./22.11.2003 in München vorgestellt wurden. F. Boccara, Paris, zeigte sich allerdings besorgt, dass bei HIV-Infizierten mit Herzinfarkt sehr viel Zeit zwischen dem Auftreten von Symptomen und der Aufnahme in ein Krankenhaus vergeht: sie lag in seiner Studie bei 17 (+/- 3) Stunden. Gerade bei drohen-

dem oder bereits eingetretenem Herzinfarkt kommt es auf eine rasche Behandlung an, da so die Sterblichkeit erheblich gesenkt werden kann. Häufig werden Symptome übersehen oder, wenn sie nicht typisch ausgeprägt sind, falsch interpretiert. Wichtig ist es daher, bei Schmerzen hinter dem Brustbein, die eventuell in Hals- und Schulterregion sowie die Arme ausstrahlen können, oder bei Herzrhythmusstörungen sofort eine weitergehende Diagnostik und ggf. die Vorstellung in der Notaufnahme eines Krankenhauses zu veranlassen. Koronare Angioplastie („Ballon-Dilatation“) und Bypasschirurgie zur Therapie verengter Herzkranzgefäße sind bei HIV-Infizierten von vergleichbarer Wirksamkeit wie bei HIV-negativen Patienten.

Quellen:

Boccaro F. et al.: Coronary artery bypass graft in HIV-infected patients. A multicenter case control study.

Boccaro F. et al.: Mid-term follow-up after coronary angioplasty in HIV-infected patients. A multicenter case control study. *European Journal of Medical Research* 2003;8, Supplement II, S. 13/14

Stephan Dressler, Berlin

Grundlegend & Wissenswert

HIV im Genitalsekret HIV/HCV-koinfizierter Frauen

Jules Levin fasste für NATAP im November Forschungsergebnisse zur sexuellen Übertragung von HCV bei Männern und Frauen zusammen, die auf der EACS in Warschau und der AASLD in Boston vorgestellt worden waren.

Das Vorkommen von HCV in den Genitalsekreten HCV-positiver Frauen untersuchte eine Arbeitsgruppe um Jorge Rakela. Die Daten wurden im Rahmen der WIHS (Women's Interagency HIV Study) erfasst.

Die sexuelle Übertragung von HCV ist nicht häufig und scheint öfter bei Frauen vorzukommen, die HIV/HCV-koinfiziert sind. Einige Studien zeigen ein erhöhtes Übertragungsrisiko, wenn folgende Bedingungen

vorhanden sind: Analer Sex, multiple sexuelle Partner, Sex während der Menstruation, Vorhandensein sexuell übertragbarer Erkrankungen, HIV und Herpes, offene Wunden und riskante Sexualpraktiken wie Fisting, die zu Blut-Blut-Kontakten führen können. Die Mutter-Kind-Übertragung von HCV ist häufiger bei Frauen, die HIV/HCV-koinfiziert sind – die Mechanismen sind bisher unklar. Genitalsekrete werden selten untersucht, weil es nicht einfach ist, diese Proben zu gewinnen.

Bei 75 anti-HCV-positiven Frauen aus der WIHS-Kohorte in Los Angeles wurden Plasma und Proben aus cervikaler Lavage (CVL, Probeentnahme durch Spülung des Gebärmutterhalses) untersucht, unter anderem wurden anti-HCV im Plasma sowie Vorkommen und Titer von HCV-RNA in Plasma und CVL dokumentiert.

62 der 75 Frauen (83%), die anti-HCV-positiv waren, waren auch HIV-positiv. Die CVL von 18 der 62 koinfizierten Frauen (28%) war auch HCV-RNA-positiv; bei keiner CVL der 13 lediglich HCV-positiven Frauen konnte HCV-RNA nachgewiesen werden. Eine multivariate Analyse, die CD4- und CD3-Zellzahlen, HIV-RNA in Plasma und CVL, und HCV-RNA im Plasma einschloss, zeigte, dass lediglich die HCV-Virämie im Plasma und die HIV-Virämie in der CVL das Auftreten von HIV-RNA im Genitalsekret vorhersagen konnte. Weitere detaillierte Untersuchungen zeigten, dass bei einigen Frauen ein bestimmter HCV-Strang nur im Genitalsekret, aber nicht in anderen Proben nachgewiesen werden konnte.

Alle Frauen, bei denen die HCV-Infektion auf sexuelle Übertragung zurückgeführt werden konnte, hatten vaginale Infektionen oder Schleimhautschädigungen.

Die Autoren folgern, dass HCV-RNA häufiger im Genitalsekret HIV/HCV-koinfizierter Frauen vorkommt. Dies könnte zu einer größeren Wahrscheinlichkeit der Übertragung bei sexuellen Kontakten beitragen und auch die häufigere Mutter-Kind-Übertragungsrate erklären. Weiterhin weisen die Daten auf eine lokale Interaktion zwischen HCV und HIV im Genitaltrakt hin und legen nahe, dass es eine Vermehrung von HCV auch extrahepatisch (außerhalb der Leber) geben könnte.

Quelle: www.natap.org

Ulrike Sonnenberg-Schwan

„Nukes“ und ihre Nebenwirkungen

Bei der Auswahl der Komponenten einer anti-retroviralen Kombinationstherapie spielen mögliche bzw. zu erwartende Nebenwirkungen eine entscheidende Rolle. Nur Medikamente, die dem Patienten möglichst wenig zusätzliche Probleme beschern, werden auch eingenommen und können langfristig nützen.

Eine spanische Arbeitsgruppe untersuchte im Rahmen der RECOVER-Studie 1350 mehrfach vorbehandelte Patienten, bei denen ein Nukleosidanalogen im Zeitraum September 2002 - Mai 2003 wegen Nebenwirkungen ausgetauscht werden musste. Die mittlere Behandlungszeit bis zum Austausch einer Substanz war drei Jahre. Die Nebenwirkungen, die am häufigsten zum Absetzen einer Substanz führten waren Fettverlust im Gesicht und an den Gliedmaßen (Lipoatrophie) – 39,3%, Nervenschmerzen /-missempfindungen (periphere Neuropathie)- 12 % und Lipodystrophie (Fettverlust im Gesicht und an den Gliedmaßen bei gleichzeitiger Fettansammlung am

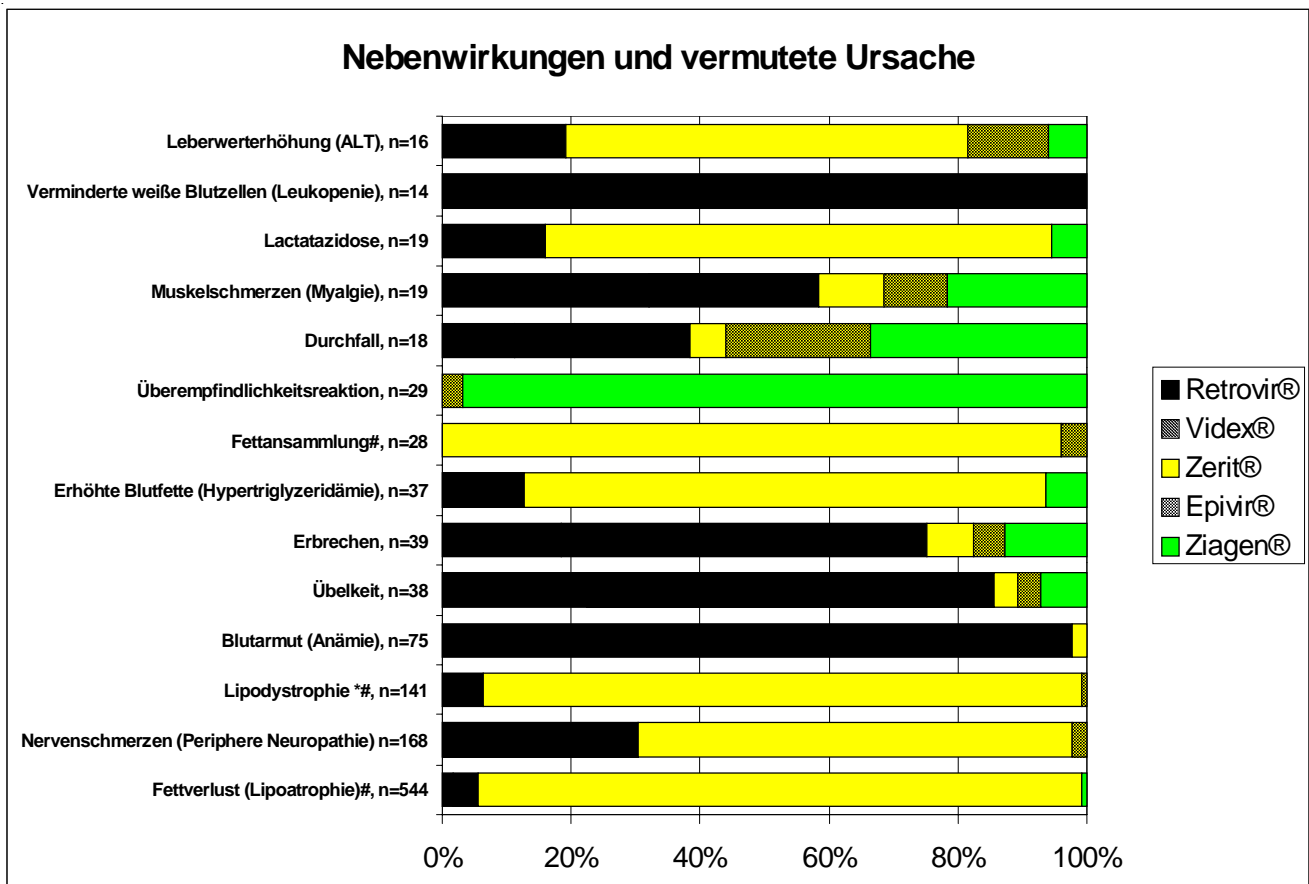
Bauch, im Nacken oder an den Brüsten) – 10,3%. Alle anderen Nebenwirkungen waren unter 3%.

Die Medikamente wurden mit unterschiedlicher Häufigkeit ausgetauscht: Zerit® (66%), Videx® (13%), Retrovir® (13%), Ziagen® (6%) und Eпивir® (2%).

In der Grafik ist zu erkennen, welche Substanz wie oft wegen welcher Nebenwirkung ausgetauscht wurde. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass manche Nebenwirkung relativ selten auftritt, so dass auch die Gesamtzahl der Patienten, die von dieser Nebenwirkung betroffen waren, aufgeführt ist („n=...“). Außerdem war für den Therapiewechsel die Einschätzung des Arztes verantwortlich. Man kann also nur sagen, dass vermutet wurde, dass Substanz X für eine bestimmte Nebenwirkung die Ursache war. Des weiteren sei noch angemerkt, dass Videx® mittlerweile in einer neuen Formulierung vorliegt (Videx® EC), die eine bessere Verträglichkeit aufweist und vor allem weniger Magen-Darm-Störungen verursacht.

Quelle: Palacios et al., Poster 9.1/4, 9. EACS, Warschau 2003

Siegfried Schwarze



*: Lipoatrophie und Fettansammlung (Bauch, Nacken, Brüste) beim selben Patienten

#: Vom Arzt diagnostiziert

Nebenwirkungen, die bei 13 oder weniger Patienten auftraten, wurden in der Grafik nicht berücksichtigt.

Leben mit HIV

Pilotstudie: Hohe Dosen Vitamin C reduzieren den Indinavir-Spiegel

Myles Helfand von „The Body Pro“ berichtete im September von der 43. ICAAC:

Nur wenige Studien haben sich bisher damit beschäftigt, welchen möglichen Einfluss Vitamine, Mineralien, Kräuter oder andere Nahrungsergänzungsmittel auf den Plasmaspiegel antiretroviraler Medikamente, besonders von Proteaseinhibitoren (PI), haben könnten. Auf der anderen Seite ist Forschung in diesem Bereich unbedingt notwendig, weil eine große Anzahl von Menschen mit HIV/AIDS komplementäre oder alternative Behandlungsmethoden einsetzen. So zeigte erst kürzlich ein Überblick aus Ontario, Kanada, das 89% der PatientInnen Vitamine, Mineralien oder andere komplementäre oder „alternative“ Mittel einnahmen. In einer größeren Studie aus den USA nahm die Hälfte der PatientInnen solche Mittel ein, und immerhin ein Viertel von ihnen solche, bei denen es zu Interaktionen mit der ART/HAART kommen kann. *(Kommentar: Hinzu kommt, wie andere Studien zeigen, dass solche Behandlungen nicht immer mit Wissen der BehandlerInnen durchgeführt werden).* Die meisten der bisherigen Studien haben sich auf PI beschränkt. So stellte sich bekannter Weise heraus, das Johanniskraut den Plasmaspiegel von Indinavir (Crixivan®) dramatisch senken kann, aber es wurden auch Interaktionen mit NNRTI beobachtet. Auch die Senkung des Plasmaspiegels von Saquinavir (Invirase® / Fortovase®) durch Knoblauch wurde berichtet. Grund für die meisten dieser Interaktionen scheint der Effekt dieser Substanzen auf das Cytochrom P450 CYP3A4 zu sein, ein Enzym, das PI und NNRTI verstoffwechselt. Allerdings gibt es noch viel zu lernen über die genaue Natur dieser Veränderungen, und wir können davon ausgehen, dass die Mehrzahl der möglichen Interaktionen bisher unbekannt ist.

Eine Pilotstudie von Slain und Kollegen von der Universität von West Virginia stellt den ersten Versuch dar, eine Interaktion zwischen antiretroviralen Medikamenten und Vitamin C zu untersuchen – das in den

industrialisierten Ländern am häufigsten besonders von immungeschwächten Menschen eingesetzte Ergänzungsmittel. Die Studiengruppe war zwar sehr klein und umfasste nur HIV-negative Patienten, aber die Ergebnisse mahnen doch zur Vorsicht und sollten BehandlerInnen dazu anregen, die Einnahme von ergänzenden Mittel bei ihren Patientinnen im Auge zu behalten.

Sieben gesunde, HIV-negative Freiwillige zwischen 18 und 55 Jahren nahmen vier 800 mg-Dosen im Abstand von 8 Stunden ein, so dass die Plasmaspiegel bestimmt werden konnten, bevor Vitamin C zugeführt wurde. Nach einer siebentägigen „wash-out“-Periode nahmen die Freiwilligen sieben Tage lang täglich 1.000 mg Vitamin C – eine Dosis, die dem 12fachen der US-Empfehlungen entspricht, aber noch innerhalb der Dosierung liegt, die viele Menschen mit HIV/AIDS in den USA einnehmen. Am 6. Tag nach dem Beginn der Einnahme von Vitamin C wurden den Probanden wieder vier Dosen von 800 mg Indinavir (Crixivan®) gegeben. Blutplasma wurde zu mehreren Zeitpunkten während und nach den Indinavir-Gaben entnommen.

Die Ergebnisse waren Aufsehen erregend: Die Vitamin C-Gabe resultierte in einer im Mittel 20%igen Reduktion des Spitzenspiegels, einer 14%igen Reduktion der Fläche unter der Plasmakonzentrations-Zeitkurve (AUC), und einer 32%igen Reduktion des Talspiegels von Indinavir. Bei 5 der sieben Probanden wurden signifikante Verringerungen der Indinavir-Spiegel festgestellt.

Natürlich ist die Aussagefähigkeit der Studie durch ihre Größe beschränkt, wie auch die Autoren anmerken. Dennoch betonen sie den Nutzen der Plasmaspiegelbestimmung während einer antiretroviralen Therapie. Es wird immer klarer, dass komplementäre Therapien nicht einfach eingenommen werden können wie Bonbons – es ist möglich, dass sie dazu beitragen können, dass ein Therapieregime versagt. Durch vermehrte Forschung auf diesem Gebiet könnten solche Folgen verhindert werden.

Übersetzung und Zusammenfassung nach: Myles Helfand, The Body Pro's coverage of the 43rd ICAAC, 16. September 2003

Zur weiteren Information über komplementäre Therapien siehe auch: Komplementäre Therapien, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2003

Ulrike Sonnenberg-Schwan

Funktionsfähigkeit des Immunsystems ist abhängig von der niedrigsten CD4-Zellzahl

Noch immer ist die Diskussion um den optimalen Zeitpunkt für einen Therapiebeginn bei der HIV-Infektion nicht abgeschlossen. Zu Beginn der HAART-Ära galt das Mantra: „Hit hard and early“. Dann erkannte man, dass viele Patienten unter Langzeitnebenwirkungen zu leiden begannen und plädierte immer mehr für einen späteren Therapiebeginn. Nun liegen wieder neue Daten vor, die wieder einmal einen früheren Start der HAART favorisieren.

Eine amerikanische Forschergruppe untersuchte neun HIV-negative Kontrollpersonen und 29 HIV-Infizierte, deren letzte CD4-Zellzahl über 450/ μ l liegen musste und deren Viruslast für mindestens die letzten 12 Monate unter 400 Kopien/ml gelegen haben musste.

Alle Probanden erhielten Injektionen von Impfstoffen gegen Diphtherie und Tetanus, sowie eine Injektion mit dem Eiweiß einer Meeresschnecke (KLH), das bei gesunden Personen eine sehr starke Immunantwort hervorruft.

Nach einigen Tagen wurde die Immunantwort auf diese Stoffe mit mehreren Tests gemessen (Lymphozytenproliferation, Überempfindlichkeitsreaktion vom verzögerten Typ [DTH] und Antikörperbildung).

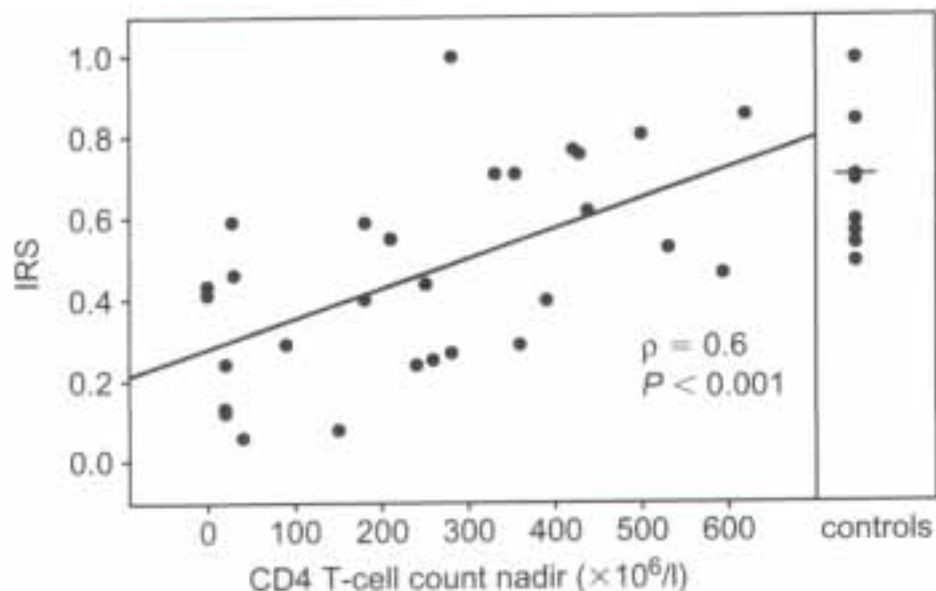
Das Ergebnis erscheint zunächst überraschend: Die Stärke der Immunantwort hing nicht von der aktuellen CD4-Zellzahl ab, sondern von der niedrigsten Zahl (dem sogenannten „Nadir“), die die Patienten je hatten. Je weniger Helferzellen sie einmal gehabt hatten, desto schwächer fiel die Immunantwort aus – und zwar bei allen drei gemessenen Parametern.

Auf der Basis der gemessenen Immunantwort wurde ein Zahlenwert errechnet („Immune Response Score,

IRS). Je höher dieser Wert, desto besser die Immunantwort.

In der Grafik erkennt man deutlich, dass dieser IRS-Wert umso niedriger lag, je niedriger der CD4-Nadir der Patienten war.

Die Autoren geben zu bedenken, dass die untersuchten Patienten nicht typisch waren, da sie alle eine lang anhaltend Viruslastunterdrückung und einen sehr guten Wiederanstieg der CD4-Zellzahl durch die Therapie zeigten. Beim „durchschnittlichen“ Patienten könnte die Immunantwort eher noch schlechter ausfallen. Die Autoren fordern deshalb weitere Studien, um zu sehen, in wie weit diese schlechtere Immunantwort klinisch bedeutsam ist, ob also diese Patienten z.B. häufiger an Infekten erkranken.



Dass HIV-Infizierte mit niedriger Helferzellzahl auf Impfungen schlechter ansprechen, ist ja schon längere Zeit bekannt.

Diese Befunde könnten dazu beitragen, dass sich die Behandlungsstrategie wieder in Richtung früherer Therapie verschiebt.

Quelle: Lange et al., AIDS 2003,17:2015-2023

Siegfried Schwarze

Politik & Soziales

Gesundheitsreform 2004: Klar ist nur, dass vieles unklar ist....!

Zum 1.1.04 verlieren alle Zuzahlungsbefreiungen bei den Krankenkassen ihre Gültigkeit. Ab dann müssen alle Patienten bei sämtlichen Leistungen 10 Prozent, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, Eigenanteil übernehmen. Als Zuzahlung in diesem Sinne gelten zukünftig auch die 10 € Praxisgebühr pro Quartal, sowie der Eigenanteil von 10 €/Tag im Krankenhaus. Für alle Zuzahlungen gilt dann eine Zuzahlungsobergrenze von 2 Prozent des Haushalts-Bruttoeinkommens pro Jahr. Zum Bruttoeinkommen zählen neben dem Bruttoarbeitsverdienst auch Pacht- und Mieteinnahmen, Zinsen aus Kapitalvermögen, Renten und Entgeltersatzleistungen.

Für Versicherte, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind (sog. Chroniker), beträgt die Belastungsgrenze 1 Prozent.

Welche Kranken sind nun „Chroniker“?:

- Bisher galt die Regel: Chronisch krank ist, wer wegen derselben Krankheit ein Zeitjahr in Dauerbehandlung war. Dauerbehandlung heißt mindestens 1 x pro Quartal ein Arztbesuch zur ärztlichen Behandlung, Überwachung und Therapie.
- Ab 2004 wurde die „Chroniker-Definition“ im Gesetz mit dem Zusatz „schwerwiegende“ Krankheit ergänzt und damit gleichzeitig verschärft.
- Ob HIV/AIDS in den entsprechenden Richtlinien als chronische Krankheit eingestuft wird ist noch unklar. Eventuell wird es auch eine Unterscheidung zwischen „nur“ HIV-infiziert und dem bereits fortgeschrittenen AIDS-Stadium geben.

Wann die entsprechenden Ausschüsse diese Richtlinien erlassen ist ebenfalls noch unklar. Dies sollte laut Auskunft der Krankenversicherungen aber bis spätestens Anfang 2004 erfolgen.

Wie sieht es bei Sozialhilfeempfängern aus?:

Zur Zeit werden die nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfänger aufgefordert sich eine gesetzliche Krankenkasse auszusuchen, in der sie dann ab 1.1.04 krankenversichert werden. Die Beiträge in

Höhe der Beiträge freiwillig Versicherter übernimmt dann das Sozialamt. Diese Personen werden dann durch die entsprechende Krankenkasse „betreut“ und erhalten die gleichen Leistungen wie andere gesetzlich Versicherte. Ab Mitte 2004 ist durch die geplante Einführung des Arbeitslosengeld II dann evtl. eine Mitgliedschaft als Pflichtversicherter für diejenigen Personen möglich, die als vermittlungsfähig gelten. Diese Regelung ist aber derzeit auch noch unsicher, da sie im Vermittlungsausschuss des Bundesrates hängt.

Wann erreicht ein Sozialhilfeempfänger/Grundsicherungsempfänger die 1- bzw. 2% Zuzahlungsobergrenze?

Nach Auskunft der Krankenkasse sieht die neue Reform bei Sozialhilfe- und Grundsicherungsempfängern den jeweils geltenden Regelsatz als Bemessungsgrundlage zur Ermittlung des Jahresbruttoeinkommens an. Demnach würde ein allein stehender Sozialhilfeempfänger in München bei einem Regelsatz von 316 € folgende Zuzahlung leisten müssen:

$$316 \text{ €} \times 12 = 3792 \text{ €}$$

$$\text{davon } 1 \% \text{ (bei chronisch Kranken)} = 37,92 \text{ €}$$

$$\text{bzw. } 2 \% \text{ (bei allen anderen)} = 75,84 \text{ €}$$

Nach Erreichen dieses Eigenanteils kann er sich dann bei der Krankenkasse für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreien lassen. Eine Übernahme dieser Kosten durch das Amt für soziale Sicherung ist aber derzeit nicht vorgesehen.

Wenn man bei HIV-Infizierten unter antiretroviraler Therapie davon ausgeht, dass schon allein für eine Monatsration einer üblichen 3er-Kombination und einem Arztbesuch (10 € Praxisgebühr) zusammen etwa 40 € an Eigenanteilen anfallen, kann die Zuzahlungsbefreiung in vielen Fällen schon im Januar bzw. Februar 2004 beantragt werden.

Fazit:

Ab Januar 2004 heißt es für Alle: Fleißig Quittungen über die geleisteten Eigenanteile sammeln - und rechtzeitig bei Erreichen der Zuzahlungsobergrenze die Zuzahlungsbefreiung für den Rest des Jahres beantragen.

Tipp: Im Zweifelsfall ist es für HIV-Infizierte ratsam, sich vom behandelnden Arzt eine ärztliche Bestätigung über das Vorhandensein einer schwerwiegenden chronischen Krankheit ausstellen zu lassen. Ob diese dann von der Krankenkasse anerkannt wird, bleibt abzuwarten.

Weitere Auskünfte gibt es bei den örtlichen AIDS-Hilfen.

Alois Gerbl

Aufgemerkt – Belege sammeln!

Einkommensobergrenze bei Zuzahlungen

Die Zuzahlungs-Höchstgrenze ist chronisch Kranken seit langem ein Begriff. Sie erhält 2004 eine neue Bedeutung. Nach wie vor dürfen jährlich geleistete Zuzahlungen – dazu gehört auch die neu eingeführte Praxisgebühr - in ihrer Gesamtheit zwei Prozent und bei Chronikern ein Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens nicht überschreiten. An dieser Zahl hat sich nichts geändert. Neu ist, dass die Überschreitung der Einkommensobergrenze jährlich nachgewiesen werden muss.

Das heißt: Belege sammeln! Für die vierteljährliche Praxisgebühr und für jede Zuzahlung zu Medikament, Klinikaufenthalt oder Heilmittel wird eine Rechnung ausgestellt. Sobald die Ein- beziehungsweise Zwei-prozentgrenze erreicht ist, sind alle quittierten Rechnungen sowie der letzte Einkommensnachweis der Krankenkasse vorzulegen. Bei HIV-Infizierten und insbesondere bei jenen, die gleichzeitig Sozialhilfe beziehen, dürfte dies sehr schnell, meist schon im Februar oder März der Fall sein - unter Zugrundelegung eines großstädtischen Sozialhilfesatzes liegt die Einkommensgrenze bei etwa siebzig Euro.

Nach Sichtung der quittierten Rechnungen und der letzten Einkommensbescheinigung stellt die Krankenkasse einen Befreiungsausweis aus, gültig für den Rest des Jahres. Bei Vorlage befreit er von allen weiteren Gebühren und Zuzahlungen. Der für Patient und Kasse sehr lästige Vorgang wiederholt sich im darauffolgenden Jahr, weshalb einzelne Krankenkassen schon über eine Vereinfachung des Systems nachdenken. Übrigens: Für Familienversicherte gilt eine andere Einkommensobergrenze, Jugendliche unter 18 sind von der Regelung ausgenommen.

Stefan Boes

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.

Chance oder Ungetüm? Stichwort: Die Integrierte Versorgung

Im Rahmen der Gesundheitsreform wurden auch Maßnahmen zur Integrierten Versorgung beschlossen. Hinter dem Begriff verbirgt sich die Zusammenlegung verschiedener Abrechnungsbereiche von der Erstbehandlung bis zur Rehabilitation und Pflege. Dazu können Krankenkassen mit Ärzten oder Ärzteguppen gesonderte Verträge abschließen. Netzwerke und Versorgungszentren sind das Ziel. Gedacht ist an eine Vernetzung einzelner Hausärzte sowie an Versorgungszentren, für die sich eine interdisziplinäre Arbeit anbietet, was beispielsweise bei Erkrankungen wie Krebs, Diabetes oder HIV und AIDS der Fall ist.

Versorgungszentren müssen keinen Klinikcharakter haben. Sie bestehen für sich. Eine Anbindung an kleinere oder große Krankenhäuser ist möglich, aber nicht zwingend erforderlich. Am wahrscheinlichsten sind Häuser mittleren Ausmaßes, in denen sich spezialisierte Ärzte mit Fachärzten, Masseurinnen, Pflegeabteilungen oder Psychotherapeuten zusammenfinden. Sie können, im Unterschied zum einzelnen Arzt, auf eigene Konditionen und Rabatte hinwirken. Die Abrechnung gegenüber den Kassen verbleibt im üblichen Rahmen, lediglich die Preisgestaltung ist eine andere. Während Einzelpraxen auf die Verträge zwischen der Kasse und ihrer Kassenärztlichen Vereinigung angewiesen sind, können Netzwerke und Versorgungszentren individuelle Preis-Leistungs-Kataloge aushandeln.

In gewisser Weise ist die DDR das Vorbild der Integrierten Versorgung. Dort gab es übergreifende Zusammenschlüsse unter einem Dach. Eine Krankheit, ein Weg! Heute steckt hinter der Integrierten Versorgung das Ziel der nachhaltigen Spar- und Synergieeffekte. Doppeluntersuchungen würden der Vergangenheit angehören. Zukunft wäre aber auch eine mehr oder minder unsichere Qualität, denn Versorgungszentren dürfen privatwirtschaftliche Gesellschaften, GmbHs oder letztlich auch AGs sein. Ihnen können beliebig viele stille oder weniger stille Teilhaber angehören. So ist denkbar, dass sich Gerätehersteller wie Siemens oder einzelne Pharmafirmen an einem Versorgungszentrum beteiligen. Ob unter solchen Voraussetzungen die unabhängige und freie Versorgung gewährleistet ist oder ob diese plötzlich ökonomischen

Interessen folgt, bleibt im Augenblick offen. Noch werden die Details der Integrierten Versorgung erprobt, auch im Bereich von HIV und AIDS.

Dort tun sich durchaus Chancen auf. Ein HIV-Versorgungszentrum, das einen Haut- oder Hals-Nasen-Ohrenarzt mit einbindet, macht durchaus Sinn. Auch die unmittelbare Nähe zur Psychotherapie wäre denkbar. Möglich wären effektivere Behandlungswege. Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten ließe sich Zeit und vielleicht sogar die eine oder andere Zuzahlung einsparen.

Einiges ist allerdings problematisch. In einer privatwirtschaftlich organisierten Gesellschaft der integrierten Versorgung würde der freie Arzt in den Angestelltenstatus abrutschen. Aufsichtsgremien könnten Einfluss nehmen. Da gilt es auszuschließen, dass beteiligte Gerätehersteller nur ihre Geräte, Pharmafirmen nur ihre Medikamente vermarkten wollen. Das trifft, wie gesagt, nur privatwirtschaftlich organisierte Gesellschaften, also Versorgungszentren. Im Netzwerk bleibt der Arzt frei, also Alleinunternehmer.

Natürlich sind Netzwerke und Versorgungszentren betriebswirtschaftlich geführte Einrichtungen, sie unterliegen bürokratischen sowie steuer- oder gemeindefinanzierten Einflüssen. Hier ist entscheidend, dass die Behandlungsqualität gewährleistet bleibt, auch unter ökonomischem oder rechtlichem Druck. Das gilt für alle beteiligten Seiten, für Kassen, medizinische Institutionen oder auch Kommunen. Was Bundesausschuss und Gesetzbuch an bestmöglicher Behandlung vorschreiben, darf nicht einer beliebigen Auseinandersetzung der Vertragspartner ausgeliefert sein, darf also nicht Bestandteil eines Preispokers oder einer kommunalen Verordnung sein, um nur zwei Beispiele zu nennen.

Dennoch ist die Integrierte Versorgung kein Ungeheuer. Aus der Sicht HIV-infizierter Menschen ist sie eher Chance. Ob sie Erfolg und Bestand haben wird, hängt von ihrer vertrauenswürdigen Handhabung ab. Gut ist sie nur, wenn sie auch Interessen der „Kunden“ mit einbindet, zum Beispiel im Rahmen neu zu schaffender Patientenforen. Das wäre ein wahrhaft integrativer Schritt in eine gute Zukunft.

Stefan Boes

Sozialpolitische Nachrichten: Sozialhilfe – Rentensparpaket - Bonussysteme

Jahrelang wandte sich die südafrikanische Regierung gegen AIDS-Programme aller Art. Fadenscheinige Gründe wurden herangeführt: So sei nicht das HI-Virus für den Ausbruch der Immunschwäche verantwortlich, auch hätten handelsübliche Medikamente keinerlei Auswirkung, dergleichen war offizielle Regierungsposition. Nun endlich stellt **Südafrika** über drei Jahre verteilt 1,5 Milliarden Euro zur Verfügung, um gegen HIV und AIDS vorzugehen. Landesweit sollen Versorgungsstellen eingerichtet und Medikamente verteilt werden, und zwar kostenfrei. Erklärtes Ziel ist, in fünf Jahren jede einzelne Gemeinde erreicht zu haben und dort Medikamente auszugeben. Derzeit sind in Südafrika über fünf Millionen Menschen HIV-infiziert.

Deutsche Krankenkassen planen die Gründung einer eigenen **Stiftung** zur Gesundheitsvorsorge. Das bestätigen einzelne Kassenverbände. Ein Startkapital von 25 Millionen Euro soll ab dem kommenden Frühjahr für Projekte zur Gesundheitsvorsorge eingesetzt werden, beispielsweise in Schulen, Kindergärten oder ganzen Stadtteilen. Die Stiftung versteht sich als Gegenstück zum „Forum Prävention“, das Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vor zwei Jahren ins Leben rief. Dem „Forum Prävention“ gehören neben Kassen auch Ärzte, Selbsthilfegruppen und Vertreter der Pharmaindustrie an.

Ab 2004 werden die Gesetzlichen Krankenkassen über **Bonussysteme** verfügen. Allerdings unterscheiden sich diese je nach Kasse. Die AOK, mit über 27 Millionen Mitglieder die größte Kasse in Deutschland, wird sowohl Vorsorgemaßnahmen als auch Gesundheit und Wirtschaftlichkeit prämiieren. Auf den monatlichen Beitrag kann sich der Nachweis eines Sportabzeichens oder die Untersuchung zur Früherkennung reduzierend auswirken. Auch ein Selbstbehalt ist im Gespräch, allerdings nur auf freiwilliger Basis. Die DAK schnürt dagegen ganze Bonus-Pakete, Fachausschüsse und Verwaltungsrat entscheiden darüber im Dezember. Die Barmer Ersatzkasse wiederum stellte ihr so genanntes Fünf-Sterne-Programm vor. Es belohnt gesundheitsbewusstes Verhalten, sportliche Betätigung und regelmäßige Vorsorge. Freiwillig ist der Selbstbehalt: Wer jährlich 320 Euro selbst be-

zahlt, erhält einen Bonus über 250 Euro. Außerdem kündigte die Barmer eine private Zusatzversicherung für Krankengeld, Zahnersatz, Brillen und Chefarztbehandlung im Krankenhaus an. Deren Kosten werden etwa 200 Euro im Jahr betragen. Einige Kassen bestätigten, die Ersparnis der Gesundheitsreform an die Versicherten weiter zu geben. Lediglich die Techniker Krankenkasse gab bekannt, dafür keinen Spielraum zu haben. Wann die Beiträge sinken werden, ließen alle Kassen offen. Im Gespräch ist eine Reduzierung unterhalb der Einprozentmarke.

Auch die Privaten Krankenkassen stehen vor einer **Reform**. Pläne erarbeitet zurzeit das Bundesgesundheitsministerium. Demnach könnten Altersrückstellungen, zu denen private Kassen gesetzlich verpflichtet sind, bei einem Kassenwechsel mitgenommen werden. Erleichtert werden soll außerdem die Zusammenarbeit der Gesetzlichen und Privaten Krankenkassen. Regierung und Opposition sind sich bei dieser Reform einig.

Der Bundestag verabschiedete ein **Rentensparpaket**, das folgende Punkte beinhaltet: Renten werden im kommenden Jahr nicht steigen, Ruheständler müssen ihren Beitrag zur Pflegeversicherung allein bestreiten, der Bundeszuschuss wird entgegen anders lautenden Ankündigungen nicht gekürzt, dafür sinkt die Schwankungsreserve, mit der konjunkturell bedingte Einnahmeverluste ausgeglichen werden. Mit dem Maßnahmenpaket wird der Rentenbeitrag stabil gehalten. Ende November lag es dem Bundesrat vor, der es ablehnte und an den Bundestag zurück verwies. Die Bundesregierung kündigte aber umgehend an, das Sparpaket mit ihrer Kanzlermehrheit zu beschließen. Mit Jahresbeginn tritt es in Kraft. Ob Neurentner, wie von der Bundesregierung ebenfalls beabsichtigt, ihre erste Zahlung erst am Ende eines Monats erhalten, unterliegt noch dem endgültigen Plazet der Ländervertretung. Vom Tisch ist laut Aussage von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt eine zweite Rentennullrunde, die für 2005 vorgesehen war. Sie sei Rentnern nicht mehr zuzumuten, so Schmidt in mehreren Interviews. Auch die Bundestagsfraktion der SPD lehnt eine zweite Nullrunde ab.

Abschließend stimmte der Bundesrat einer Verordnung zur Erhöhung der **Einkommensgrenzen** in der Sozialversicherung zu. Die Beitragsbemessungsgrenze zur gesetzlichen Rentenversicherung steigt 2004 von monatlich 5100 auf 5150 Euro, im Osten von 4250 auf 4350 Euro, der zur gesetzlichen Krankenkasse von derzeit 3450 auf 3487 Euro. Auch die

Versicherungspflichtgrenze, ab der Bürger einer Privaten Krankenversicherung beitreten können, wurde von 3825 auf 3862 angehoben.

Die Zahl der **Sozialhilfeempfänger** hat sich laut Statistischem Bundesamt seit 1963 verdreifacht. Waren es vor vierzig Jahren nur ein Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung, die Sozialhilfe bezogen, so betrug diese Zahl im vergangenen Jahr 3,3 Prozent. Deutlich mehr als ein Drittel sind Kinder, der Frauenanteil ging von 67 auf 56 Prozent, der Seniorenanteil von 28 auf sieben Prozent zurück. Insgesamt gaben bundesdeutsche Kommunen fast neun Milliarden Euro für Sozialhilfe aus. Etwa zwei Drittel der 2,757 Millionen Sozialhilfebezieher sei erwerbsfähig, so das Bundesamt. Derzeit verhandelt der Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat über die Zusammenlegung der Sozial- und Arbeitslosenhilfe sowie über den Regierungsplan, einzelne Leistungen nur noch pauschal auszus zahlen.

Stefan Boes

Projekt Information e.V.

10 Jahre Projekt „Positive Frauen“ in München

Ausgrenzung abwehren – unter diesem Motto fanden zum diesjährigen Welt-AIDS-Tag die Aktionen der AIDS-Hilfen und der BZGA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) statt. Der Ausgrenzung von HIV-positiven Frauen engagiert zu begegnen – das ist seit 10 Jahren Leitgedanke für die Arbeit des Projektes „Positive Frauen“ im FrauenGesundheits-Zentrum München. Am 13. Dezember konnte das Projekt sein 10-jähriges Bestehen feiern.

Zur Geschichte: 1993 gründeten engagierte Frauen mit und ohne HIV/AIDS die Gruppe „Positive Frauen“, die im Januar 1994 als Projekt ihr Zuhause im FrauenGesundheitsZentrum München fand. Ingrid Stelzel leitete die Projektarbeit von Beginn bis Ende 2002. Viele Frauen arbeiteten - bezahlt oder ehrenamtlich - an ihrer Seite. Im Januar 2003 wurde ich ihre Nachfolgerin.

Aus einer kleinen Gruppe von Frauen ist inzwischen ein Netzwerk entstanden, das über die Grenzen Münchens und auch Bayerns hinaus reicht. Seit 1993 trifft sich die Frauengruppe einmal wöchentlich. Einige Frauen sind von Beginn an dabei, viele sind im Laufe der Jahre dazugekommen – manchmal für einige Monate, oft für Jahre. Immer noch ist die Gruppe offen für neue Frauen. Aber die Arbeit des Projektes geht weit über die Gruppentreffen hinaus. 10 Jahre Projektarbeit heißen auch:

- 10 Jahre Information, Unterstützung und Beratung von Frauen mit HIV/AIDS*
- 10 Jahre Stärkung der Selbsthilfe von Frauen*
- 10 Jahre Workshops, Lesungen, Kunstausstellungen und Performances*
- 10 Jahre Fortbildungen und Tagungen für Fachkräfte im Bereich HIV/AIDS*
- 10 Jahre HIV-Prävention für Frauen und Mädchen*
- 10 Jahre Engagement von Fachfrauen und Frauen mit HIV/AIDS in München, bayernweit und bundesweit*

Mit einem kleinen Team - zwei Halbtagsstellen und einer Fachkraft im „geringfügigen Beschäftigungsverhältnis“- erfüllten wir bis zu diesem Jahr unsere vielfältigen Beratungs- und Präventionsaufgaben. Den größeren Teil der Personalkosten trägt die Regierung von Oberbayern, einen Teil der Sachkosten die Stadt München. Ein steigender Teil der Kosten muss durch Spenden oder andere Quellen aufgebracht werden.

Damit ist der Rahmen des Projektes nur knapp und nüchtern umrissen. Das Engagement, die Vielfalt und Kreativität der Aktionen geben einige Beispiele sicher besser wieder:

1997 wurde das Buch „Auf einmal bin ich selbst Betroffene“ mit Texten und Gedichten von Frauen aus der Gruppe herausgegeben. Seitdem hat es viele Lesungen auch außerhalb Münchens gegeben – von Frauen mit HIV/AIDS und von Schauspielerinnen wie z.B. Jutta Speidel. Natürlich entstehen immer wieder auch neue Texte, die Eingang in die Lesungen finden. Mit Münchner Kabarettistinnen wurde eine CD mit Jingles zur HIV-Prävention für den Rundfunk entwickelt – leider bisher selten zu hören, aber das wird sich hoffentlich ändern.

Vielen ist sicher die große Fachtagung „Frauen und AIDS“ in Gauting in Erinnerung, die im Oktober 2001 als Nachfolgetagung von „Emma hat AIDS“ stattfand. Ob medizinische Rundreisen, Fortbildungen für Krankenpflege-Berufe, Aktionen zum Welt-AIDS-Tag, Interviews in den Medien oder Präventionsaktionen - immer sind Frauen aus der Gruppe aktiv beteiligt.

Eines unserer jüngsten Projekte ist die Erweiterung der Internetseite des FrauenGesundheitsZentrums (www.fgz-muc.de). Hier werden Informationen speziell für Mädchen und junge Frauen zu den Themen Sexualität, Verhütung, HIV und andere sexuell übertragbare Erkrankungen angeboten.

Grund zum Feiern hatten wir also wirklich am 13. Dezember, auch wenn wir wissen, dass wir angesichts der immer knapper werdenden öffentlichen Mittel um den Fortbestand des Projektes werden kämpfen müssen. Wie überall reichen die Zuschüsse hinten und vorne nicht, und die Zukunftsaussichten sind nicht gerade rosig. Für die Sozial- und Rechtsberatung im geringfügigen Beschäftigungsverhältnis stehen ab 2004 keine öffentlichen Gelder mehr zur Verfügung, und der Verein FGZ muss einen immer größer werdenden Anteil an den Sach- und Personalkosten selbst tragen.

Entmutigen lassen wir uns aber nicht. Schließlich wollen wir noch lange sowohl Anlaufstelle für Frauen bleiben, die selbst oder als Partnerin von HIV/AIDS betroffen sind, als auch unser Engagement in der Öffentlichkeitsarbeit und Prävention fortsetzen.

Übrigens: Spenden für das Projekt „Positive Frauen“ sind steuerlich abzugsfähig.

Spendenkonto:

FrauenGesundheitsZentrum
Postbank München
Konto: 200 211 802
BLZ: 700 100 80

Ulrike Sonnenberg-Schwan

ARTWORK - Das Experiment geht weiter

Nachdem wir Ihnen in der letzten Ausgabe von „Projekt Information“ die erste Ausgabe von „ARTWORK - Die Umstellsprechstunde“ als Beilage vorgestellt hatten, waren wir natürlich sehr auf Ihre Reaktionen gespannt. In zahlreichen persönlichen Gesprächen erfuhren wir, dass das Konzept insgesamt sehr gut ankommt. Vielen war bis dahin gar nicht bewusst, wie vielfältig die Überlegungen sind, die beim Zusammenstellen einer neuen Therapie einfließen.

Und die Situation wird nicht einfacher: Immer neue Substanzen, neue Kombinationen und neue Studienergebnisse führen dazu, dass die Behandlung immer

komplexer wird.

Patienten mit mehrfachen Vorbehandlungen haben oft eine ganze Reihe von Resistenzmutationen, die die Folgetherapie beeinträchtigen und die deshalb in die Therapieentscheidung mit einbezogen werden müssen.

Schließlich werden die Patienten auch nicht mehr „von heute auf morgen“ behandelt. Gefragt ist ein vorausschauender, strategischer Ansatz, der sowohl die aktuelle Situation des Patienten berücksichtigt, als auch die therapeutischen Optionen für die Zukunft. Durch Begleiterkrankungen wie Hepatitis B/C, andere Medikamente und durch mögliche Unverträglichkeiten, kurz- und langfristige Nebenwirkungen werden die Behandlungsmöglichkeiten weiter eingeschränkt.

Weiterhin spielt die individuelle Lebenssituation des Patienten eine große Rolle. Liegt der Schwerpunkt auf einer möglichst einfachen und unkomplizierten Einnahme mit wenig Tabletten oder kann man dem Patienten auch ein etwas „schwierigeres“ Therapieregime zumuten?

Dies alles muss sorgfältig bedacht werden um dem Patienten die optimale Behandlung zukommen zu lassen.

In dieser Ausgabe von „ARTWORK“ geht es um Patienten, die bisher eine Dreifachkombination aus Nukleosidanaloga („Triple-Nuke“) erhalten haben. Sollte man diese Patienten auf Grund der aktuellen Studiendaten auf eine andere Therapie umstellen, oder sollen sie ihre Kombination weiterhin einnehmen?

Lesen Sie dazu auch den Artikel „Verunsicherung um Therapien aus drei Nukleosidanaloga („Triple-Nukes“)" auf Seite 8.

**Informiert bleiben -
Mitglied werden bei**

Projekt Information

**im Internet unter
<http://www.projektinfo.de>**

- **Mitgliedsantrag**
- **Jahrbuch**
- **aktuelle Publikationen**
- **Termine**
- **Links**

Bitte in beschrifteten Fensterbriefumschlag

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

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.) _____

Termine**Terminkalender 2003/2004****Münchner AIDS-Hilfe e.V.****„Positiver Sport“**

jeden Donnerstag (Gymnastik und Kondition)

Anfängergruppe 19.00 Uhr

Fortgeschrittene 20.00 Uhr

Sporthalle Max-Planck-Institut, Kraepelinstr.10 (U-Scheidplatz)

Infos Engelbert Tel: 089/544647-21

„Yoga“

jeden Dienstag

Zeit: 19.00 Uhr

Ort: Münchner AIDS-Hilfe, Lindwurmstr. 71

Anmeldung erforderlich bei

Engelbert, Tel: 089 / 54 46 47-21

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 12.01., 19.01., 26.01., 02.02., 08.02., 16.02., 01.03.

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.

Wichtiger Hinweis:

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

Heterotreff der Münchner AIDS-Hilfe

Stammtisch an jedem vierten Mittwoch im Monat um 19:30 Uhr im Café Regenbogen in der Lindwurmstr. 71. Nächster Termin: 28. Januar 04: „Sushi am Tisch“ -Ein netter kulinarischer Abend an dem jeder selbst erlernen kann, wie man „Sushi“ und „Maki“ - Röllchen (auch vegetarisch) zubereitet.

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

Positiventreffen * 22. - 25. Januar im Waldschlösschen

99. Bundesweites Positiventreffen (Positiv e.V.)

Die Treffen sind ein Fortbildungsangebot für Menschen mit HIV / AIDS, unabhängig davon, in welchem Stadium der HIV-Infektion sie sind und zu welcher Betroffenenengruppe sie gehören.

Vorausgesetzt wird die Bereitschaft, aktuelle Themen rund um das Virus zu bearbeiten. Jedes Treffen hat einen oder mehrere thematische Schwerpunkte. Es sollten auf jeden Fall die gesonderten Ausschreibungen zu den einzelnen Treffen beachtet bzw. angefordert werden.

Neben den Workshops zu Themenschwerpunkten finden auf den jeweiligen Treffen weitere Angebote u.a. zu rechtlichen und medizinischen Aspekten, Theater- und Malworkshops, Fortbildungen für haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen in AIDS- und Selbsthilfeprojekten sowie Entspannungsworkshops statt.

Die Treffen sind ausschließlich für Menschen mit HIV / AIDS!

Themen dieses Treffens:

- Neue Medikamente - neue Therapien
- HIV und Arbeitswelt
- Soziale Grausamkeiten, Teil 1: die Pflegeversicherung

- Beratung zum Schwerbehindertenrecht
- Einführung in Massage- und Entspannungstechniken

Internet: <http://www.waldschloessen.org>

Angehörige * 07. Februar in Stuttgart

Erster regionaler Infotag für Angehörige und Freunde von Menschen mit HIV und Aids

Internet: <http://angehoerige.aidshilfe.de>

**Weitere Termine im Internet unter
<http://netzwerkplus.aidshilfe.de/>**

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.

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.**

- 26.01.2004 HIV und das Sozialsystem (Gesundheitsreform, Sozialhilfe,
Rente)**
- 29.03.2004 Komplementäre Medizin - die Ergänzung zur HAART**
- 24.05.2004 Reisen mit HIV**
- 06.09.2004 Nebenwirkungsmanagement**
- 29.11.2004 Was gab's Neues auf den Kongressen?**

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

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

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

Impressum

Herausgeber: Projekt Information e.V., Ickstattstraße 28, 80469 München, Telefon (089) 21 94 96 20,
Fax: (089) 21 03 12 35, email: info@projektinfo.de. Vereinsregister: AG München Nr. 12575; Gemeinnützig-
keit anerkannt: FA München, St.Nr.844/29143

Vorstand: Paul Glatt, Peter Lechl, Siegfried Schwarze, Klaus Streifinger.

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 erfolgversprechend oder erfolglos sind, entzieht sich unserer Beurteilung.
Sprechen Sie immer mit dem Arzt Ihres Vertrauens. Namentlich gezeichnete Artikel verantwortet der betreffende
Autor. Soweit es um Zitate aus wissenschaftlichen Publikationen geht, werden die Leser gebeten, die angegebenen
Referenztexte zu konsultieren.