

PROJEKT INFORMATION

Herausgegeben von Projekt Information e.V. -
Aktuelle Informationen zu HIV, Hepatitis- und anderen Viren.

Januar / Februar / März 2026



COVID-19-mRNA-Impfung und Rückgang der Sterblichkeit

Immer wieder bezweifeln Skeptiker
den Wert von Impfungen. Nun gibt es
erfreuliche Daten aus einer riesigen
Kohorte.....S. 5

Welt-AIDS-Tag 2025: „Gemeinsam. Gerade jetzt“ Warum die globale HIV-Arbeit auf der Kippe steht - und was jetzt zählt

Viel ist derzeit in Veränderung. Wir
blicken auf die Geschehnisse und zei-
gen, wie es weitergeht..... S. 7

Frühe HIV-Therapie senkt Krebsrisiko

Dass eine Behandlung sofort nach der
Diagnose das Aids-Risiko verringert, ist
längst bekannt. Aber auch das Krebsrisiko
lässt sich senken..... S. 3

Editorial

von Siegfried Schwarze 2

Medizin & Forschung

Was kommt als Nächstes? 10
mRNA-Impfung und Krebs-therapie:
Eine überraschende Verbindung 12
„Wassertabletten“ gegen HIV? 14

Grundlegend & Wissenswert

HIV-Impfstoff-Studie mit überraschenden Ergebnissen:
Das Geschlecht bestimmt die Impfantwort! 15
Warum ein Impfstoff gegen Erkältungen so schwierig ist -
und warum es trotzdem Grund zur Hoffnung gibt 19

Leben mit HIV

Heilung von Hepatitis C kann bereits 4 Wochen nach
Behandlungsende festgestellt werden 20

Politik & Soziales

Suche nach „sensiblen“ Ärzten? Queermed kann helfen! 23

Termine

Termine 2026 Seminarwerk e.V. 23
Frankfurter Vorträge 23

Projekt Information e.V.

Impressum 23

Spendenkonto: GLS-Bank

IBAN: DE21 4306 0967 1304 5806 00 SWIFT/BIC: GENODEM1GLS

Liebe Mitglieder,

Wieder einmal hat das Robert-Koch-Institut seine jährliche Situationsanalyse für die HIV-Epidemie herausgegeben. Die nun veröffentlichten Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2024 (!). Hier einige der Daten:

- Für 2024 schätzt das RKI **2.300 HIV-Neuinfektionen** bei Menschen, die sich in Deutschland oder als Deutsche im Ausland infiziert haben – das sind etwa 200 mehr als 2023 (95 %-KI: 2.100–2.500).
- Verteilung auf Hauptgruppen (geschätzte Neuinfektionen 2024):
 - o MSM: ca. 1.300 (≈ 57 %) – wieder etwa auf dem Niveau von 2019, nach deutlichem Rückgang in den Pandemie-Jahren.
 - o People who inject drugs (PWID): ca. 400 (≈ 17 %), seit 2010 langsam aber kontinuierlich ansteigend.
 - o Heterosexuelle Übertragungen: ca. 590 (≈ 26 %), leichter Anstieg, aber Modell hier unsicherer; RKI mahnt selbst zu vorsichtiger Interpretation.
- Ende 2024 lebten geschätzt 97.700 Menschen mit HIV in Deutschland (95 %-KI: 92.000–104.200).
- Ende 2024 wird die Zahl der PrEP-Nutzenenden in Deutschland auf etwa 40.000 geschätzt; der Anstieg scheint sich 2024 eher abzuflachen.



- o besseren Zugang zu sauberem Spritzbesteck und Substitution, besonders auch in Haft,
- o stärkere Fokussierung auf Gruppen, die bisher von Prävention kaum erreicht werden (Frauen, PWID, Migrant*innen).

Dazu bleibt anzumerken, dass die Zahl der Neuinfektionen nicht gemessen werden kann, da der Testzeitpunkt nicht identisch mit dem Infektionszeitpunkt ist. Hier greift man auf mathematische Modelle zurück, die aber inzwischen als ziemlich zuverlässig gelten.

Es bleibt also auch in den kommenden Jahren viel zu tun um "Aids zu beenden".

Dies alles in einer Zeit, wo die Kassen immer leerer werden und der Zusammenhalt in der Gesellschaft sichtbar schwindet.

Auch auf (gesundheitspolitischer) Ebene müssen einige dicke Bretter gebohrt werden. Das derzeitige System des "AMNOG"-Verfahrens, das ursprünglich entwickelt wurde, um

Arznei-Innovationen einen fairen Preis zu ermöglichen, der dem Zusatznutzen angemessen ist, erweist sich in seiner heutigen Form für einige Fälle als untauglich. Medikamente werden in diesen Fällen in Deutschland trotz Zulassung nicht auf den Markt gebracht, da der Hersteller keine ausreichenden Verdienstchancen sieht. Hier muss dringend nachgebessert werden, sonst ist absehbar, dass neue HIV-Medikamente in Deutschland in Zukunft nicht mehr auf den Markt kommen werden. Hier müssen sich Hersteller, Gesetzgeber sowie Vertreter der Kassen, der Ärzt:innen und der Community an einen Tisch setzen um eine für alle akzeptable Lösung zu finden.

*Bleiben Sie uns gewogen,
Ihr Siegfried Schwarze*

Fazit des RKI

- Der Anstieg der Neuinfektionen ab 2022 zeigt, dass Deutschland zwar auf einem hohen Versorgungsniveau, aber noch nicht „auf Kurs 2030“ ist.
- Das RKI fordert explizit:
 - o Ausbau von zielgruppenspezifischen Testangeboten,
 - o flächendeckenden Zugang zu Therapie und PrEP (auch außerhalb der Großstädte),

Frühe HIV-Therapie senkt Krebsrisiko

Nicht nur AIDS-definierende Erkrankungen, sondern auch Nicht-AIDS-definierende Krebserkrankungen (non-Aids-defining malignancies, NADM) treten bei Menschen mit HIV häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung. Dazu gehören Krebsarten wie Lungenkrebs, Leberkrebs, Anal- oder Prostatakarzinome.

Die große niederländische ATHENA-Kohortenstudie hat untersucht, ob ein früher Start der HIV-Therapie (innerhalb eines Jahres nach HIV-Erwerb) das Risiko solcher Krebserkrankungen senkt. Sie verglich 17.965 Teilnehmende mit einem „späten“ Beginn der HIV-Behandlung mit 1.858 mit „frühem“ Start. Erwartungsgemäß waren die „früh“ beginnenden im Median jünger (34,8 vs. 39 Jahre) und hatten einen höheren CD4-Nadir (der niedrigste jemals gemessene Wert: 478 vs. 260 CD4-Zellen/ μ l Blut).

Die wichtigsten Ergebnisse

Menschen, die früh mit ART beginnen, haben ein deutlich geringeres Krebsrisiko

Die Studie zeigt:

- 40 % niedrigeres Risiko für alle NADM insgesamt
- 40 % niedrigeres Risiko für nicht-infektionsbedingte NADM (z. B. Prostata-, Brust-, Darmkrebs)
- Tendenz zu geringerem Risiko für infektionsbedingte Krebsarten (z. B. HPV-assoziierte Tumoren), aber statistisch nicht eindeutig – vermutlich wegen sehr kleiner Fallzahlen

Das Risiko für mit Rauchen oder Übergewicht assoziierte Krebserkrankungen änderte sich durch frühen Therapiebeginn hingegen kaum, denn Lebensstilfaktoren können durch ART nicht kompensiert werden.

Diese Ergebnisse bleiben auch stabil, wenn man für viele Einflussfaktoren korrigiert: Alter, Rauchen, Alkohol, Nadir-CD4, CD4/CD8-Ratio, Viruslast, sozialer Status usw.

Warum wirkt früher Therapiebeginn schützend?

a) Weniger langfristige Entzündung

Auch unter guter ART bleibt das Immunsystem oft etwas aktiviert und verursacht eine chronische Entzündung im Körper, was Krebsentstehung begünstigen kann. Wer früh mit der HIV-Behandlung beginnt, diese Entzündung und verringert damit das Risiko für die Entstehung einer Krebserkrankung.

b) Weniger Verlust an T-Zell-Vielfalt

Die Studie verweist auf Forschung, dass HIV unbehandelt viele T-Zellen zerstört und die Vielfalt der T-Zellen verringert.

Früher Therapiebeginn schützt diese Vielfalt und damit die Fähigkeit des Immunsystems, Krebszellen zu erkennen und zu bekämpfen

c) Bessere Kontrolle von HPV und anderen Viren, die an der Krebsentstehung beteiligt sein können

Viele Krebserkrankungen (z. B. Anal- oder Zervixkarzinom) werden durch Viren wie HPV (Humanes Papilloma-Virus) mitverursacht. Vermutlich unterstützt eine frühe ART das Immunsystem darin, HPV zu erkennen und zu eliminieren, bevor es größeren Schaden anrichten kann

Allerdings gab es zu wenige Fälle in der „early ART“-Gruppe, um dies eindeutig zu belegen.

Konkrete Ergebnisse

Über 6,5 Jahre Nachbeobachtung wurden durch frühen Start 17 Krebserkrankungen verhindert (95 % CI 2–38) und zwar in einer relativ jungen Gruppe mit einem Durchschnittsalter von 35 bis 39 Jahren.

Dieser Effekt wird mit dem Älterwerden der Kohorte vermutlich noch weiter ansteigen.

Stärken der Studie

- Sehr große nationale Kohorte (>19.000 Personen)
- Sehr gute Dokumentation über Zeitpunkt der HIV-Infektion (bei fast der Hälfte bekannt)
- Saubere und präzise Zuordnung von Krebserkrankungen
- Umfassende Berücksichtigung vieler Risikofaktoren, einschließlich sozioökonomischem

Status (das ist selten und methodisch stark)

Kritische Einordnung

Die Studie ist hochwertig, hat aber die üblichen Grenzen:

1. Beobachtungsstudie, keine randomisierte Studie. Kausalität wird dadurch wahrscheinlicher, aber nicht perfekt beweisbar.
2. Bei der Hälfte der Teilnehmenden war der Zeitpunkt der Infektion nicht genau ermittelbar. Diese wurden automatisch der „late ART“-Gruppe zugerechnet, was den Effekt eher unterschätzt.
3. Menschen mit Hepatitis B oder C waren ausgeschlossen. Die Ergebnisse gelten also vor allem für HIV-Monoinfektionen.
4. Lebensstilfaktoren wurden nur ungenau erfasst. Es wurde nicht erfasst, wieviel die Teilnehmenden rauchten und wie sich ihr Körpergewicht über die Jahre veränderte.
5. HPV-assoziierte Krebsarten waren in der early-ART Gruppe zu selten. Der wahrscheinlich wichtige HPV-Aspekt bleibt methodisch schwächer abgesichert.

Was heißt das für Menschen mit HIV?

Je früher HIV erkannt und behandelt wird, desto besser – auch im Hinblick auf Krebs.

Das sollte politisch und in der Versorgung zu einer noch stärkeren Betonung von:

- niedrigschwelligen Tests,
- regelmäßigen Tests bei erhöhtem Risiko,
- schnellem Behandlungsbeginn führen.

HIV ist unter ART eine behandelbare Infektion, aber Krebsrisiken bleiben modifizierbar.

Frühe ART ist ein Baustein, aber viele Risiken bleiben beeinflussbar:

- Rauchen einstellen stärkster Einfluss auf Krebsrisiko
- HPV-Impfung (auch Off-Label für ältere Personen!)
- Analabstrich / PAP-Screening, wo verfügbar
- Bewegung, Normalgewicht, ausgewogene Ernährung
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen

Diese Studie zeigt eines sehr klar:

Menschen mit HIV können durch frühe und konsequente Therapie ihr Krebsrisiko deutlich senken – ein weiterer Beweis dafür, dass moderne

ART nicht nur Leben rettet, sondern auch Lebensqualität und Langzeitgesundheit entscheidend verbessert.

Die Ergebnisse der Studie stützen ein Gesamtbild, das in der HIV-Medizin zunehmend sichtbar wird:

- Die Lebenserwartung von Menschen mit HIV nähert sich der Allgemeinbevölkerung.
- Viele langfristige Risiken werden durch frühe ART gesenkt.
- Prävention (HPV-Impfung, Rauchstopp, Screening) wird zum nächsten großen Hebel.
- HIV-Medizin wird immer stärker zu einer Präventions- und Gesundheitsförderungsmedizin.

Für Menschen mit HIV bedeutet das:

Die eigenen Handlungsmöglichkeiten werden größer und nicht kleiner.

Mit früher Therapie, informierter Vorsorge und guter Versorgung ist ein langes, gesundes Leben absolut realistisch.

Quelle: v.d.Wulp I et al, Earlier initiation of treatment following HIV acquisition reduces non-AIDS-defining
<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaf595/8314880>

Übersetzung, Zusammenfassung und Bearbeitung: S.

PrEP-Beratung

prepberatung@muenchnerpositive.de

Positiven-Stammtisch

www.muenchnerpositive.de

HIV-Therapie-Beratung

therapiehotline@muenchnerpositive.de

Positive Theke

www.facebook.com/positivemuc

COVID-19-mRNA-Impfung und Rückgang der Sterblichkeit

Eine große französische Studie hat untersucht, ob COVID-19-mRNA-Impfungen mit einem erhöhten Risiko für die Gesamtsterblichkeit über einen Zeitraum von vier Jahren verbunden sind. Diese Frage ist besonders relevant für Menschen mit HIV, denen häufig zur Impfung geraten wurde und bei denen Bedenken hinsichtlich langfristiger Auswirkungen auf das Immunsystem bestehen könnten.

Die Studie nutzte Daten des französischen nationalen Gesundheitssystems und umfasste beeindruckende 22,7 Millionen geimpfte und 5,9 Millionen ungeimpfte Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren. Die Beobachtungszeit erstreckte sich von November 2021 bis März 2025, also über einen medianen Zeitraum von 45 Monaten. Dies macht sie zu einer der umfangreichsten und längsten Nachbeobachtungen zur Impfstoffsicherheit, die bisher durchgeführt wurden.



Zentrale Ergebnisse

Die Haupte Erkenntnis ist beruhigend: Geimpfte Personen hatten kein erhöhtes Risiko für die Gesamtsterblichkeit. Im Gegenteil zeigte sich ein um 74 Prozent verringertes Risiko, an schwerem COVID-19 zu sterben. Auch die Gesamtsterblichkeit war bei Geimpften um etwa 24% verringert („hazard ratio“ 0,76 (95-Prozent-Konfidenzintervall: 0,75-0,77)).

Besonders interessant ist der zeitliche Verlauf: In den ersten Monaten nach der Impfung war der Schutzeffekt am stärksten ausgeprägt (56% verringertes Risiko), schwächte sich dann aber kontinuierlich ab und erreichte nach etwa 30 Monaten ein Niveau, bei dem kein signifikanter Unterschied mehr zwischen geimpften und ungeimpften Personen bestand. Dies könnte teilweise darauf zurückzuführen sein, dass in den

ersten Monaten besonders viele COVID-19-Todesfälle bei Ungeimpften auftraten.

Methodische Stärken und Schwächen

Die Studie nutzte einen statistischen Ansatz, bei dem versucht wird, eine randomisierte kontrollierte Studie anhand von Beobachtungsdaten nachzubilden. Dies ist wichtig, weil geimpfte und ungeimpfte Personen sich in vielen Gesundheitsmerkmalen unterscheiden können. Die Forschenden gewichteten die Daten nach 41 verschiedenen Vorerkrankungen und soziodemografischen Faktoren, um solche Unterschiede auszugleichen.

Allerdings gibt es auch Einschränkungen: Die Forschenden hatten für die zweite Hälfte des Beobachtungszeitraums keine detaillierten Informationen über die spezifischen Todesursachen. Außerdem gab es schätzungsweise 300.000 gefälschte Impf-

pässe in Frankreich, was zu einer gewissen Fehlklassifikation geführt haben könnte – allerdings dürfte dieser Effekt begrenzt sein.

Ein wichtiger methodischer Aspekt ist der sogenannte „Healthy Vaccinee Effect“: Menschen, die sich impfen lassen, sind oft gesünder oder zumindest gesundheitsbewusster als jene, die sich nicht impfen lassen. Die Studie versuchte, dies durch statistische Gewichtung zu kontrollieren, was offenbar gut gelang, wie die ausgeglichenen Baseline-Charakteristika nach der Gewichtung zeigen.

Spezifische Todesursachen

Für den Zeitraum bis Ende 2023 konnten die Forschenden spezifische Todesursachen analysieren. Dabei zeigte sich durchweg ein geringeres Sterberisiko bei geimpften Personen über alle Hauptkategorien hinweg:

- Infektionskrankheiten: Risikoverringung 37% (Hazard Ratio 0,63)
- Tumore/Krebs: Risikoverringung 15% (Hazard Ratio 0,85)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Risikoverringung 24% (Hazard Ratio 0,76)

- Atemwegserkrankungen: Risikoverringern 34% (Hazard Ratio 0,66)
- Erkrankungen des Verdauungssystem: Risikoverringern 16% (Hazard Ratio 0,84).

Besonders bedeutsam ist, dass auch bei nicht-COVID-bezogenen Todesursachen ein Schutzeffekt beobachtet wurde. Dies könnte teilweise auf Long-COVID zurückzuführen sein: Die Impfung scheint nicht nur vor akutem COVID-19 zu schützen, sondern auch vor den langfristigen Folgen einer Infektion, die das Herz-Kreislauf-System und andere Organe schädigen können.

Diese Studie schloss zwar nicht spezifisch Menschen mit HIV ein, hat aber dennoch wichtige Implikationen für diese Gruppe. Menschen mit HIV wurden nicht gesondert analysiert, könnten aber in der Kategorie der Personen mit chronischen Erkrankungen enthalten gewesen sein.

Für Menschen mit HIV sind mehrere Aspekte besonders relevant:

Immunologische Überlegungen: Menschen mit HIV unter erfolgreicher antiretroviraler Therapie haben oft ein gut funktionierendes Immunsystem, können aber dennoch eine leicht reduzierte Immunantwort auf Impfungen zeigen. Die Tatsache, dass diese große Studie keine Sicherheitsbedenken zu Tage gefördert hat, ist beruhigend. Frühere Studien haben gezeigt, dass mRNA-Impfstoffe bei Menschen mit HIV grundsätzlich sicher und wirksam sind, auch wenn die Antikörperantwort manchmal etwas schwächer ausfallen kann, besonders bei niedrigen CD4-Zellzahlen.

Long-COVID-Risiko: Menschen mit HIV könnten ein erhöhtes Risiko für Long-COVID haben, und die Studie deutet darauf hin, dass die Impfung vor diesen langfristigen Komplikationen schützen könnte. Dies ist besonders wichtig, da Long-COVID das Herz-Kreislauf-System beeinträchtigen kann – ein Bereich, in dem Menschen mit HIV ohnehin ein erhöhtes Risiko haben.

Gesellschaftlicher Kontext: Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig Impfungen

für vulnerable Gruppen sind. Menschen mit HIV waren oft verunsichert, ob sie sich impfen lassen sollten, und solche großen Sicherheitsstudien können helfen, diese Bedenken zu entkräften.

Diese französische Studie reiht sich in eine wachsende Zahl von Langzeitbeobachtungen ein, die die Sicherheit der COVID-19-mRNA-Impfstoffe bestätigen. Ähnliche Studien aus den Niederlanden, den USA und anderen Ländern kamen zu vergleichbaren Ergebnissen.

Besonders relevant ist der Vergleich mit früheren Analysen, die das Phänomen des „Healthy Vaccine Bias“ untersucht haben. Einige kritische Stimmen hatten argumentiert, dass die beobachtete niedrigere Sterblichkeit bei Geimpften nur ein statistisches Artefakt sei, weil gesündere Menschen sich eher impfen lassen. Diese neue Studie zeigt jedoch durch ihre sorgfältige statistische Adjustierung, dass der Schutzeffekt real ist und nicht nur auf Selektionseffekte zurückgeführt werden kann.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Beobachtung, dass der Schutzeffekt über die Zeit nachlässt. Dies entspricht dem, was wir über die nachlassende Immunität gegen COVID-19 wissen, und unterstreicht die Bedeutung von Auffrischimpfungen, besonders für vulnerable Gruppen.

Konsequenzen für Menschen mit HIV:

Sicherheit bestätigt: Die umfangreichen Daten zeigen keine Hinweise auf ein erhöhtes Langzeit-Sterberisiko durch die mRNA-Impfung. Dies sollte Bedenken hinsichtlich möglicher unbekannter Langzeiteffekte mindern.

Schutz vor schwerer Erkrankung: Der deutliche Schutz vor COVID-19-bedingten Todesfällen ist für Menschen mit HIV besonders relevant, da sie je nach Immunstatus ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe haben können.

Auffrischimpfungen wichtig: Da der Schutzeffekt über die Zeit nachlässt, sind regelmäßige Auffrischimpfungen sinnvoll. Dies gilt umso mehr für Menschen mit HIV, die möglicherweise eine schwächere initiale Immunantwort

entwickeln.

Ganzheitlicher Gesundheitsschutz: Die Studie zeigt, dass die Impfung nicht nur vor COVID-19 selbst, sondern auch vor den kardiovaskulären und anderen Langzeitfolgen einer Infektion schützen könnte. Dies ist besonders wichtig für Menschen mit HIV, die bereits ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben.

Einschränkungen und offene Fragen

Trotz der beeindruckenden Größe und Dauer dieser Studie bleiben einige Fragen offen:

- Die Studie umfasste nur Personen unter 60 Jahren. Ältere Menschen mit HIV könnten andere Risikoprofile haben.
- Spezifische Subgruppenanalysen für Menschen mit HIV oder anderen Immunschwächen fehlen.
- Die Wirksamkeit neuerer bivalenter oder angepasster Impfstoffe wurde nicht untersucht.
- Langzeitdaten zu wiederholten Auffrischungen sind noch begrenzt.

Zukünftige Forschung sollte sich darauf konzentrieren, wie Menschen mit HIV optimal von COVID-19-Impfungen profitieren können, einschließlich der Frage nach dem optimalen Zeitpunkt für Auffrischungen basierend auf CD4-Zellzahlen und Viruslast.

Für Menschen mit HIV ist es wichtig, im Dialog mit ihren behandelnden Ärzt*innen zu bleiben und individuelle Entscheidungen über Impfungen und Auffrischungen zu treffen. Diese sollten auf der besten verfügbaren Evidenz basieren – und diese Evidenz spricht klar für die Sicherheit und den Nutzen der COVID-19-Impfung.

Quelle: Semenzato L et al, COVID-19 mRNA Vaccination and 4-Year All-Cause Mortality Among Adults Aged 18 to 59 Years in France, doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.46822

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2842305>

Übersetzung, Zusammenfassung und Bearbeitung: S. Schwarze unterstützt von Claude Sonnet 4.5

Welt-AIDS-Tag 2025: „Gemeinsam. Gerade jetzt“ Warum die globale HIV-Arbeit auf der Kippe steht - und was jetzt zählt

2025 war kein Jahr wie jedes andere. Dies gilt besonders für die globale HIV Arbeit. Und wenn ich mir etwas wünschen dürfte, dann wäre es der Wunsch, die Entwicklungen dieses Jahres rückgängig zu machen. Nachfolgend fasse ich einige der Prozesse zusammen, die in 2025 den Diskurs maßgeblich geprägt haben.

Der Welt-AIDS-Tag 2025 stand unter dem Motto „Gemeinsam. Gerade jetzt.“ - und selten war es passender. Die weltweiten Fortschritte im Kampf gegen HIV wirken stabil, doch in Wahrheit sind sie so verletzlich wie seit vielen Jahren nicht mehr. Während Medikamente wirksamer sind, Prävention immer besser funktioniert und viele Länder seit 2010 massive Erfolge erzielen konnten, droht ein gefährlicher Rückschlag. Verantwortlich dafür sind finanzielle Kürzungen der Entwicklungszusammenarbeit (nicht nur in den USA!), nationale Egoismen, zunehmende internationale Abschottung und eine neue Welle der Kriminalisierung. Der globale Konsens, der jahrzehntelang das Fundament der HIV-Bekämpfung bildete, die Stärkung des Menschenrechts auf Gesundheit für alle, beginnt zu bröckeln.

Fortschritt am Limit - ein globaler Trend in Gefahr

Seit 2010 konnte die Anzahl Aids-bedingter Todesfälle global um 54%, die Anzahl der HIV-Neuinfektionen um 40% gesenkt werden. In Bezug auf die 95-95-95-Ziele beachtlich, wenn auch noch Luft nach oben ist: Weltweit sehen sie so auch: 87%-89%-94%. Länder wie Botswana, Lesotho, Rwanda, Sambia, Simbabwe und Eswatini haben die 95-95-95-Ziele befreit erreicht. Wer hätte das gedacht! Ich kann mich gut an Diskussionen vor 20 Jahren erinnern bei denen tatsächlich behauptet wurde, dass die mentale Struktur von Menschen aus Afrika das Einhalten der Therapie erschweren werde. So

viel zum Thema Rassismus! Zum Vergleich: Deutschland steht übrigens bei 92-96-96. Festgehalten werden muss aber auch, dass geschätzt 9,2 Mio. Menschen nach wie vor keine HIV-Behandlung erhalten: Die Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit bleibt ein wichtiges Anliegen! Moderne Präventionsmethoden wie PrEP, neue langwirksame Medikamente oder community-basierte Modelle haben gezeigt, dass HIV als Bedrohung der globalen Gesundheit bis 2030 überwunden werden könnte.

Doch genau jetzt geraten diese Erfolge ins Wanken. Denn Fortschritt ist kein Naturgesetz – er braucht politische Entscheidungen, verlässliche Finanzierung und Schutz für jene, die besonders betroffen sind.

Der US-„Funding Freeze“ – ein Schock mit globalen Folgen

Ein dramatischer Einschnitt war der 90-tägige „Funding Freeze“ der US-Regierung Anfang 2025. Da rund 70 Prozent der internationalen HIV-Arbeit über US-Programme wie PEPFAR mitfinanziert werden, führte der Stopp zu unterbrochenen Lieferketten, entlassenen Mitarbeitenden und geschlossenen Angeboten – besonders in Ländern, die ohnehin mit Armut, Schulden und schwachen Gesundheitssystemen kämpfen. UNAIDS warnte, dass in den kommenden Jahren Millionen zusätzliche Infektionen und Todesfälle zu erwarten sind, wenn diese Lücken nicht umfassend geschlossen werden.

In Ländern wie Malawi, Ghana oder Simbabwe fehlten plötzlich Medikamente, Tests oder Personal, das entlassen werden musste. Drop-in-Center in städtischen Regionen Ostafrikas, Anlaufstellen für junge Menschen in Westafrika oder Programme für marginalisierte Gruppen in Asien mussten ihre Arbeit einschränken oder zeitweise einstellen. Die Folgen werden noch Jahre zu spüren sein.

Deutschland kürzt – und sendet ein falsches Signal

Europa hätte die Lücken kompensieren können – doch stattdessen ging auch hier die Unterstützung zurück. Deutschland, das sich gern als globaler Vorreiter in der Gesundheitsarchitektur präsentiert, reduzierte seinen Beitrag zum Globalen Fonds um fast ein Viertel auf eine Milliarde Euro für die Finanzierungsperiode 2026–2028. Das bleibt hinter einem fairen Anteil zurück, der bei 1,8 Milliarden Euro liegen würde.

Gerade der Globale Fonds ist jedoch unverzichtbar: Er hat seit 2002 über 70 Millionen Leben gerettet und Gesundheitssysteme weltweit gestärkt. Die jüngste Wiederauffüllungs-

runde erreichte nur 63 Prozent des Mindestbedarfs – zu wenig für das Aufrechterhalten einer stabilen Versorgung.



Foto (Peter Wiessner): U-Bahnstation zum Bundestag. Auf dem Weg zum AWZ Ausschuss am 03.12.25. Mit herzlichem Dank an die Berliner Verkehrsbetriebe (BVG), die der Bundestagspräsidentin Klöckner offensichtlich Einhalt gebieten.

Eine gefährliche Welle der Repression – neue Anti-LGBTQ-Gesetze

Parallel zur Finanzierungskrise rollt eine neue Welle der Kriminalisierung über Teile

Afrikas und der Karibik. Sie richtet sich gegen Menschen, die längst zu den am stärksten gefährdeten Gruppen gehören – und trifft die HIV-Bekämpfung ins Mark.

Burkina Faso verabschiedete im September 2025 ein Gesetz, das gleichgeschlechtliche Beziehungen und deren „Förderung“ mit zwei bis fünf Jahren Haft bestraft.

Mali kriminalisierte 2024/2025 ebenfalls erneut gleichgeschlechtliche Beziehungen.

Uganda verschärfte 2025 das bereits drakonische Anti-Homosexualitätsgesetz weiter.

Trinidad & Tobago machten 2025 eine frühere Entkriminalisierung wieder rückgängig und reaktivierte strafrechtliche Bestimmungen.

Diese Gesetze treiben Menschen in die Unsichtbarkeit, zerstören Vertrauensstrukturen und schneiden Millionen von Gesundheitsangeboten ab. Wo Gesundheitsdienste als Gefahr wahrgenommen werden, bricht Prävention weg.

UNAIDS unter Druck – eine drohende Lücke mit globaler Sprengkraft

Zusätzlich zu den Finanzierungsproblemen

steht auch die Zukunft von UNAIDS im Rahmen des UN80-Reformprozesses infrage. Eine Schwächung oder gar Auflösung wäre weit mehr als eine technische Entscheidung. UNAIDS ist die einzige globale Instanz, die systematisch Communities einbindet, Daten sammelt, Strategien koordiniert und menschenrechtsbasierte Prinzipien sichert. Eine Welt ohne UNAIDS würde Rückschritte um Jahrzehnte bedeuten - zulasten jener Menschen, die ohnehin kaum Gehör finden.

Realität vor Ort -

Stimmen aus der Community

Wie dramatisch die Entwicklungen sind, zeigen Berichte aus verschiedenen Weltregionen.

In **Ghana** schildert Jugendaktivistin Priscilla Ama Addo, wie Peer-Education-Programme für junge Frauen und marginalisierte Gruppen binnen Wochen ins Stocken gerieten. Ohne finanzielle

Mittel fehlt es an Tests, Mentoring und vertrauensvollen Räumen.

In **Burundi** brach die Nutzung von PrEP um über 60 Prozent ein. „Prävention ist nicht nur ein Medikament, sie ist eine Beziehung“, sagt ein Community-Health-Worker. „Wenn Projekte stoppen, verschwindet der Zugang - und damit die Sicherheit.“

In **Uganda** wächst die Angst. Aktivisten berichten, dass viele Männer aus Angst vor Verhaftung keine Gesundheitsdienste mehr aufsuchen. Die Verschärfung des Anti-Homosexualitätsgesetzes hat ein Klima geschaffen, in dem Gesundheitsangebote als Gefahr wahrgenommen werden.

In **Vietnam** ging die PrEP-Nutzung um etwa 20 Prozent zurück. Kürzungen und Unsicherheiten führen dazu, dass junge Menschen den Zugang verlieren.

Diese Stimmen zeigen, was abstrakte Kürzungen konkret bedeuten: weniger Schutz, weniger Versorgung, weniger Chancen. Und mehr Risiko.

Die globale Lage 2025 - beunruhigende Zahlen, wachsende Herausforderungen

41 Millionen Menschen leben weltweit mit HIV. 2024 gab es rund 1,3 Millionen Neuinfektionen und über 600.000 Todesfälle. Während manche Regionen Fortschritte erzielen, steigen die Zahlen in Osteuropa, Zentralasien und Teilen Südostasiens erneut. Krieg, politische Instabilität, wirtschaftliche Krisen und Repression tragen entscheidend dazu bei.

Die HIV-Krise ist epidemiologisch NICHT unvermeidlich - sie ist politisch gemacht.

Was Deutschland jetzt tun muss

Deutschland hat die Mittel, die Erfahrung und den politischen Anspruch, eine Führungsrolle einzunehmen. Das bedeutet: Deutschland muss seinen Beitrag zum Globalen Fonds erhöhen, der Mindestbeitrag, der nötig wäre, um die Fortführung von Programmen zu gewährleisten liegt bei 1,4

Mrd Euro.

- Deutschland muss sich im UN-Reformprozess klar für den Erhalt und die Stärkung von UNAIDS einsetzen.
- Deutschland muss Menschenrechte zum festen Bestandteil seiner globalen Gesundheitspolitik machen - gerade gegenüber Staaten, die repressive Gesetze erlassen.
- Deutschland sollte community-geführte Programme stärker fördern und feministische Außenpolitik auf HIV-Bezug erweitern.
- Deutschland kann zudem über Debt2Health und bilaterale Programme innovative Wege der Gesundheitsfinanzierung stärken - aber ohne grundlegende Budgetsteigerungen bleibt es Stückwerk.

All dies konnte ich bei einer Anhörung des parlamentarischen Ausschusses für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung geltend machen, zu der ich am 03.12.2025 anlässlich des Welt Aids Tags als Sachverständiger Vertreter des "Aktionsbündnis gegen AIDS" eingeladen war.



Johanna Fipp: HIV kennt keine Pause, unsere Solidarität darf es auch nicht. KI erstelltes Visual zur Illustration eines Beitrags zum Welt AIDS Tag.

Der Wendepunkt - und die Frage an die Weltgemeinschaft

2025 markiert einen Wendepunkt. Die Frage lautet nicht mehr, ob die Welt AIDS bis 2030 beenden kann - sondern ob sie bereit ist, es noch zu wollen. Wenn die internationale Gemeinschaft wegschaut, wenn Geldgeber sich zurückziehen und wenn Staaten Menschenrechte mit Füßen treten, ist der Rückfall programmiert.

Doch es geht auch anders. Der bisherige Fortschritt zeigt, dass HIV besiegbar ist. Aber nur, wenn Solidarität nicht verhandelbar wird. Solidarität ist kein Luxus. Sie ist das Rückgrat der globalen Gesundheit. Und sie ist das Versprechen, auf dem Millionen Leben beruhen.

Quellen:

Informationen zu globalen HIV Pandemie:
<http://www.unaids.org>

BLOG Beitrag zum Welt AIDS Tag: <https://www.aids-kampagne.de/aktuelles/2025-12-01-hiv-kennt-keine-pause-unsere-solidaritaet-darf-es-auch-nicht>

Bericht AWZ Ausschuss Bundestag: <https://www.aids-kampagne.de/aktuelles/2025-12-03-ausschuss-fuer-wirtschaftliche-zusammenarbeit-und-entwicklung>

Peter Wiessner
Dezember 2025

Kontakt: peter-wiessner@t-online.de

So können Sie uns erreichen:

**Projekt Information e.V.,
Lietzenburger Str. 7, 10789 Berlin**

Tel.: 030 / 63 96 88 97

Bitte sprechen Sie auf unseren Anrufbeantworter! Wegen der zahlreichen Werbeanrufe mussten wir das Telefon leise stellen. Wir bitten um Verständnis.

Fax: 030 / 37 44 69 39

E-Mail: info@projektinfo.de

www.projektinfo.de

Medizin & Forschung

Was kommt als Nächstes?

Bevor eine neue Behandlung oder ein neuer Wirkstoff zugelassen werden, müssen im Allgemeinen zwei „Phase-III-Studien“ erfolgreich abgeschlossen sein, um zu zeigen, dass das neue Präparat einerseits wirksam und andererseits verträglich und sicher ist.

Im Umkehrschluss kann man also bei einer abgeschlossenen Phase-III-Studie mit günstigem Ergebnis davon ausgehen, dass das betreffende Medikament in nicht allzu ferner Zukunft zur Zulassung eingereicht werden wird.

Dieses Stadium ist nun bei zwei neuen Medikamenten erreicht:

Bictegravir + Lenacapavir

Diese Kombination aus dem Integrasehemmer Bictegravir (in Biktarvy® enthalten) und dem Kapsidinhibitor Lenacapavir (Sunlenca®, Yetytuo®) wird vom Hersteller Gilead in den ARTISTRY-Studien geprüft. In der ARTISTRY-1-Studie wurden 75 mg Bictegravir in Kombination mit 50 mg Lenacapavir als einmal täglich einzunehmende Tablette bei Menschen mit HIV getestet, die zuvor eine „komplexe“ Kombination basierend auf einem Proteasehemmer oder einem Integrasehemmer einnehmen mussten. Meistens waren dies Menschen, deren Viren aufgrund mehrfacher Vorbehandlung Resistenzen aufwiesen und deshalb komplexe Behandlungen erforderten, die möglicherweise auch mehr Neben- und Wechselwirkungen haben. Nach 48 Wochen war die neue Kombination im Vergleich zur „komplexen“ Therapie „nicht unterlegen“, in beiden Gruppen war die Unterdrückung der Viruslast also vergleichbar.

Doravirin+Islatravir

Auch Doravirin ist eine bereits bekannte Substanz (als Einzelsubstanz Pifeltro®, in Kombina-

tion mit TDF/3TC Delstrigo®), während es sich bei Islatravir um den ersten Vertreter einer neuen Substanzklasse, der „nukleosidischen Reverse-Transkriptase-Translokations-Inhibitoren“ (NRTTI) handelt. Im Vergleich zu den bereits bekannten Nukleosidanaloga hat Islatravir noch einen zweiten Effekt, durch den es die Reverse Transkriptase gleichsam „arretiert“ und dadurch eine weitere Verlängerung des Virusgenoms verhindert. Vermutlich aufgrund dieses dualen Wirkmechanismus ist die Substanz bereits in sehr geringen Konzentrationen wirksam. In der jetzt vom Hersteller MSD vorgestellten Phase-III-Studie wurde die Kombination aus einmal täglich 100 mg Doravirin + 0,25 mg (!) Islatravir verglichen mit der Kombination aus Bictegravir+TAF+FTC (Biktarvy®). Auch in dieser Studie war die neue Kombination der Vergleichstherapie nach 48 Wochen „nicht unterlegen“ – bei vergleichbarer Verträglichkeit.

Mit einiger Wahrscheinlichkeit werden beide **Hersteller ihre neuen Fixkombinationen aus jeweils zwei Wirkstoffen** zur Zulassung einreichen. Selbst bei erfolgter Zulassung ist aber nicht garantiert, dass diese

Medikamente auch bei uns in Deutschland verfügbar werden. Grund hierfür ist, dass Medikamente inzwischen ein weiteres Verfahren durchlaufen müssen, in dem der „Zusatznutzen“ im Vergleich zu bereits verfügbaren Behandlungen beurteilt wird. Nur wenn ein solcher Zusatznutzen festgestellt wird, können die Hersteller mit den Krankenkassen einen Preis aushandeln. Ohne Zusatznutzen wird der Preis automatisch auf den der Vergleichstherapie (noch abzüglich einiger Prozent) festgelegt. In der Vergangenheit haben sich die Hersteller bei einigen neuen Medikamenten nicht auf dieses Prozedere eingelassen, deshalb ist beispielsweise Lenacapavir weder zur Behandlung noch zur Prävention der HIV-Infektion in Deutschland erhältlich – obwohl es für beide Indikationen in den Ländern der EU zugelassen ist.



Die Entwicklung von Arzneimitteln umfasst heute mehr als nur Forschung und Entwicklung – auch die regulatorischen Behörden haben ein Wörtchen mitzureden. Bild: nano-Banana

Das Problem am Verfahren der Zusatznutzenbewertung ist, dass es sehr starr ist und für einige Krankheitsbilder (wie z.B. auch die HIV-Infektion) nicht wirklich geeignet ist. Der Zusatznutzen wird anhand fest definierter Kriterien bestimmt:

- Verbesserung des Gesundheitszustandes,
- Verkürzung der Krankheitsdauer,
- Verlängerung des Überlebens,
- Verringerung von Nebenwirkungen
- Verbesserung der Lebensqualität.

Da heute alle HIV-Medikamente vergleichbar gut wirksam und verträglich sind, ist nicht

davon auszugehen, dass es hinsichtlich der ersten vier Kriterien relevante Unterschiede geben wird. Die „Lebensqualität“ ist ein eher „weiches“ Kriterium, dass sich nicht so gut belegen lässt. Es ist also sehr schwer, im Bereich HIV für neue Medikamente einen „Zusatznutzen“ im Vergleich zu den verfügbaren Behandlungen nachzuweisen – auch wenn die neuen Medikamente für viele Patienten tatsächlich wertvolle Innovationen darstellen, z.B. weil sie seltener angewendet werden müssen oder einen neuen Wirkmechanismus

haben. Kleines Detail am Rande: Bei der Bewertung des Zusatznutzens wird zwar der / die Patientenvertreter:in angehört, hat jedoch kein Stimmrecht!

Falls sich der Gesetzgeber und die Hersteller nicht aufeinander zubewegen, ist zu befürchten, dass Innovationen in der HIV-Therapie nicht mehr auf den deutschen Markt kommen werden! Dies ist ein unhaltbarer Zustand, mit dem Menschen mit HIV, ihre Behandler:innen und auch die Herstellerfirmen nicht zufrieden sein können!

Quellen:

- Pressemitteilung Gilead
<https://www.gilead.com/news/news-details/2025/gileads-investigational-single-tablet-regimen-of-bictegravir-and-lenacapavir-for-hiv-1-treatment-meets-primary-endpoint-in-phase-3-artistry-1-trial>

- Pressemitteilung MSD
<https://www.merck.com/news/merck-announces-positive-topline-results-from-the-pivotal-phase-3-trial-evaluating-investigational-once-daily-oral-two-drug-single-tablet-regimen-of-doravirine-islatravir-dor-isl-in-treatment-na/>
- <https://www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/nutzenbewertung-35a/>

S. Schwarze

mRNA-Impfung und Krebstherapie: Eine überraschende Verbindung

Neue Forschungsergebnisse zeigen: Covid-19-mRNA-Impfstoffe könnten Krebs-Immuntherapien deutlich wirksamer machen. Was auf den ersten Blick unglaublich klingt, wird durch große Studien, Laborversuche und Immunanalysen gestützt.

Eine große Forschungsgruppe aus den USA hat festgestellt, dass **Krebspatient*innen, die in zeitlicher Nähe des Beginns ihrer Immun-**

therapie (ICI) eine Covid-19-mRNA-Impfung erhielten, länger lebten als diejenigen ohne Impfung.

Das gilt vor allem für **Lungenkrebs** und **Melanome** (schwarzer Hautkrebs).

Der Effekt war **überraschend stark** – selbst bei Menschen, deren Tumoren eigentlich schlecht auf Immuntherapie ansprechen.

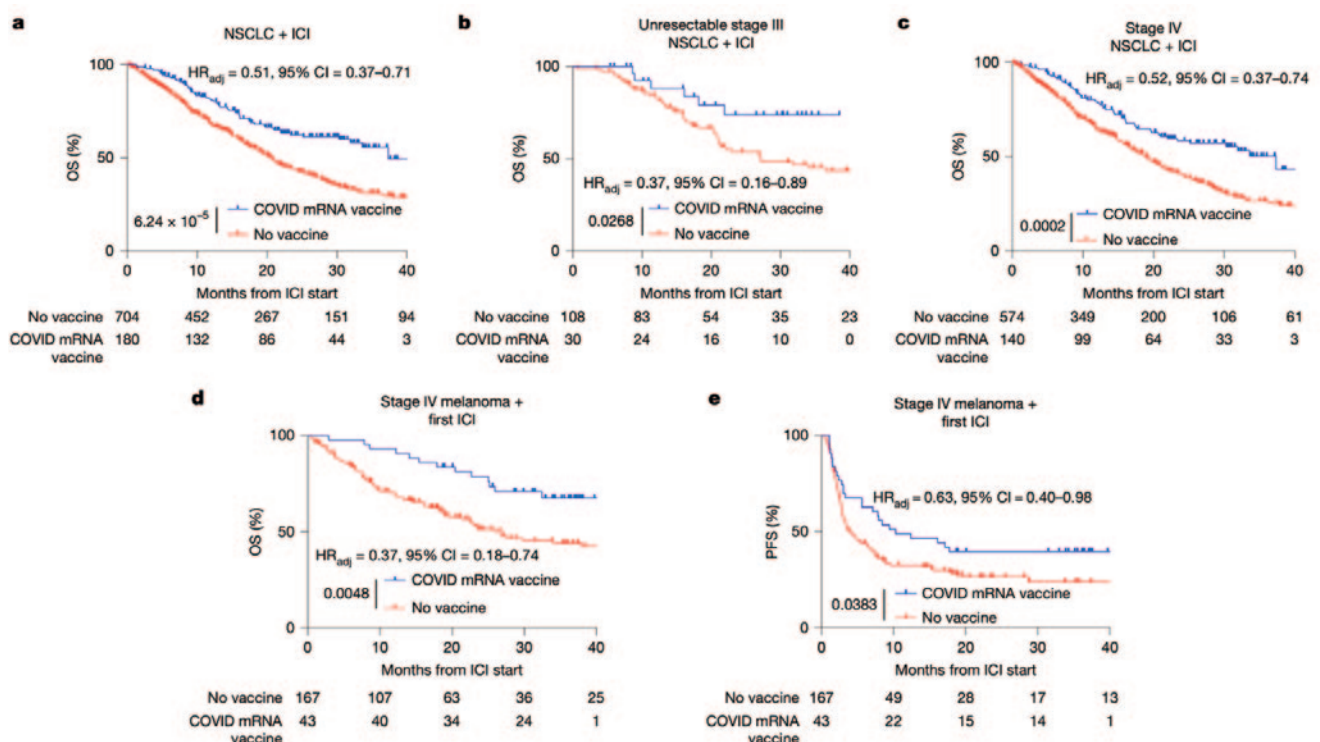
Warum kann eine mRNA-Impfung so etwas bewirken?

Die Forschenden fanden heraus, dass mRNA-Impfstoffe etwas Wichtiges tun: Sie lösen **einen kurzen, starken „Weckruf“** für das **Immunsystem** aus.

Vor allem der Botenstoff **Interferon-alpha** (IFN-alpha) steigt an. Ein Molekül, das Immunzellen aktiviert und sie in „Angriffsmodus“ versetzt.

Das führt dazu, dass:

- Aktivierte Abwehrzellen Krebszellen besser erkennen
- T-Zellen leichter in Tumore eindringen
- Tumore verwundbarer für Medikamente werden, die die „Bremsen“ des Immunsystems lösen (sogenannte Checkpoint-Blocker)



Grafik aus der Originalpublikation: Menschen, die innerhalb von 100 Tagen nach Beginn ihrer Krebsbehandlung mit einem Checkpoint-Hemmer (Immune Checkpoint Inhibitor, ICI) eine mRNA-Impfung erhalten hatten (blaue Kurven) hatten ein besseres Gesamtüberleben (Overall Survival, OS) bzw. Überleben ohne Fortschreiten der Tumorerkrankung (Progression Free Survival, PFS) – jeweils an den nach oben zeigenden Achsen aufgetragen. Untersucht wurden Menschen mit nicht-kleinzelligem Lungenkrebs (Non-small cell lung carcinoma, NSCLC) bzw. schwarzem Hautkrebs (Melanoma). Die Unterschiede sind statistisch signifikant.

Dadurch wirkt die Krebstherapie plötzlich viel stärker.

Warum profitieren auch „kalte“ Tumore?

Manche Tumoren sind „kalt“ – das heißt: Es sind kaum Immunzellen in ihnen zu finden. Solche Tumore sprechen normalerweise schlecht auf Immuntherapie an.

Die Studie zeigt aber, mit mRNA-Impfung reagieren selbst diese kalten Tumore plötzlich besser. Das ist eine echte Sensation – denn genau diese Tumoren sind sonst schwer zu behandeln. Die Ergebnisse wurden an:

- **über 1.000 Patient*innen,**
- **zwei verschiedenen Krebsarten,**
- **in mehreren Analysen,**
- und zusätzlich in **kontrollierten Maus-Experimenten**

bestätigt. Andere Impfstoffe wie Grippe oder Pneumokokken hatten keinen vergleichbaren Effekt.

Was heißt das für Menschen mit HIV?

1. mRNA-Impfstoffe sind unter HIV-Therapie sicher – und oft gut verträglich

Die vorliegenden Daten sprechen stark dafür, dass Menschen mit HIV genauso vom immunstimulierenden Effekt profitieren wie Menschen ohne HIV.

2. mRNA-Technologie könnte langfristig auch bei HIV selbst eine Rolle spielen

Schon heute arbeiten Forschende an:

- therapeutischen HIV-Impfstoffen
- mRNA-basierten Ansätzen gegen das HIV-Reservoir

Die neuen Ergebnisse zeigen, wie deutlich mRNA das Immunsystem beeinflussen kann – und wie gezielt sich das nutzen lässt.

3. Viele Menschen mit HIV haben ein höheres Risiko für bestimmte Krebsarten

Zum Beispiel:

- Lungenkrebs
- Anal- oder Leberkrebs
- Lymphome

Gerade hier kann eine **effektivere Immuntherapie** ein großer Vorteil sein.

Was bedeutet das für die Zukunft?

Die Studie öffnet zwei große Türen:

Tür 1: mRNA-Impfungen als Booster für Krebstherapien

Eine einfache Impfung könnte helfen, Immuntherapien wirksamer zu machen. Das wäre leicht zugänglich, relativ preiswert und weltweit anwendbar.

Tür 2: mRNA als Schlüsseltechnologie für viele Erkrankungen

Was wir aus Covid gelernt haben, könnte bald für andere Krankheiten genutzt werden:

- Krebs
- HIV
- Autoimmunerkrankungen
- chronische Entzündungen

Die mRNA-Technologie ist flexibel, schnell herzustellen und sehr gut steuerbar.

Ausblick

Was wir aus dieser Studie mitnehmen können, ist nicht nur medizinisch relevant, sondern für jede:n einzelne:n bedeutsam: **Das Immunsystem lässt sich „aufwecken“ – selbst wenn es gegen Krebs träge geworden ist.** Das gelingt mit einer Technologie, die schon heute Millionen Menschen nutzen.

Für Menschen mit HIV bedeutet das:

- Hoffnung auf bessere Krebstherapien (es werden derzeit spezielle krebspezifische mRNA-Impfstoffe erprobt, die möglicherweise noch besser wirken)
- Hoffnung auf immunbasierte HIV-Behandlungen
- Hoffnung auf eine Zukunft, in der wir das Immunsystem gezielt unterstützen können

Die mRNA-Technologie ist noch jung – aber sie hat bereits das Potenzial, die Medizin nachhaltig zu verändern.

Quelle: Grippin AJ et al, SARS-CoV-2 mRNA vaccines sensitize tumours to immune checkpoint blockade, <https://doi.org/10.1038/s41586-025-09655-y>

Übersetzung, Zusammenfassung und Bearbeitung: S. Schwarze unterstützt von ChatGPT5.1

„Wassertabletten“ gegen HIV?

Eine Studie der Arbeitsgruppe um Susanna Valente am Scripp-Institut untersucht, ob Spironolacton – ein seit vielen Jahren verwendetes Medikament – zusätzlich zur etablierten HIV-Therapie einen positiven Einfluss auf den Verlauf der HIV-Infektion haben kann.

Spironolacton wirkt als diuretisches Medikament („Wassertabletten“) und hat über die entwässernde Wirkung einen günstigen Einfluss auf Bluthochdruck und Herzinsuffizienz. Dass ein so alltägliches Medikament überhaupt in der HIV-Forschung auftaucht, liegt an einer interessanten Nebenwirkung: Spironolacton kann ein zelluläres Protein namens XBP abbauen, das für die Aktivierung von HIV notwendig ist. Dadurch wird die Virusproduktion in bereits infizierten Zellen ausgebremst, ohne dass die Zellen selbst absterben.

Diese Wirkung passt in ein modernes Konzept der HIV-Forschung, das **„Block-and-Lock“** genannt wird. Ziel ist nicht, das Virus wieder aufzuwecken, sondern es dauerhaft in eine Art Tiefschlaf zu versetzen.

In der Studie erhielten humanisierte Mäuse – also Tiere mit menschlichen Immunzellen – eine Standard-HIV-Therapie und zusätzlich eine lang wirksame Depotform von Spironolacton. Das Ergebnis war deutlich: Die Viruslast im Blut sank schneller, und die Tiere erreichten früher einen nicht mehr nachweisbaren Wert als Mäuse, die nur ART bekamen.

Besonders bemerkenswert war, dass die Menge an HIV-RNA in verschiedenen Organen – also das, was eine aktive Virusvermehrung anzeigt – deutlich niedriger war, während die Menge an viraler DNA unverändert blieb. Das bedeutet: Die infizierten Zellen sind weiterhin da, aber das Virus in ihnen wird effektiv in Tiefschlaf versetzt. Genau das, was man für eine funktionelle Remission des Virus braucht.

Ein zweiter wichtiger Befund betrifft die Entzündung. Menschen mit HIV leiden selbst unter guter Therapie oft unter einer chronischen, unterschwelligen Aktivierung des Immunsystems. Diese trägt maßgeblich zum erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmte Krebsarten bei. Spironolacton senkte in dieser Studie die Aktivität vieler Gene, die an entzündlichen Prozessen beteiligt sind, insbesondere in Lunge, Leber und Milz. Die üblichen Immunzellen – CD4-, CD8- und CD45-positive Zellen – blieben dagegen in Zahl und Aktivierung unverändert, was für eine gute Verträglichkeit spricht.

Natürlich hat die Studie Grenzen. Sie wurde an einem Tiermodell durchgeführt, und die Spironolactonspiegel in Mäusen sind nicht direkt auf Menschen übertragbar. (Die Mäuse hatten deutlich höhere Wirkstoffspiegel als in Menschen üblich). Die Lymphknoten, ein besonders wichtiges Reservoir bei HIV, reagierten weniger deutlich auf die Behandlung. Auch bleibt offen, ob Spironolacton langfristig die Größe des Reservoirs verringern könnte oder ob es „nur“ die Aktivität des Virus senkt.

Dennoch liefert die Arbeit einen wichtigen Beweis dafür, dass es möglich ist, ein bereits zugelassenes, sicheres und kostengünstiges Medikament für eine neue Strategie in der HIV-Behandlung zu nutzen.

Im breiteren Kontext der aktuellen Cure-Forschung ist das besonders spannend. Während frühere Ansätze darauf abzielten, das Virus absichtlich zu reaktivieren („Shock-and-Kill“), rückt zunehmend die Vorstellung in den Vordergrund, das Virus dauerhaft ruhigzustellen – also „Block-and-Lock“. Spironolacton könnte hier ein Baustein werden, vor allem weil es gut verstanden und weltweit verfügbar ist.

Andere Kandidaten wie der Tat-Hemmer dCA sind zwar vielversprechend, aber schwer herzustellen und noch weit von einer klinischen Anwendung entfernt. Spironolacton dagegen könnte vergleichsweise schnell in frühen klinischen Studien getestet werden.

Für Menschen mit HIV bedeutet das noch keine unmittelbare Veränderung der Therapie. Aber

die Ergebnisse zeigen einen neuen, realistischen Weg in Richtung funktioneller Heilung. Wenn ein günstiges, sicheres Medikament die Virusaktivität zusätzlich dämpfen und gleichzeitig chronische Entzündung reduzieren kann, wäre das ein bedeutender Schritt: weniger Entzündung, weniger Langzeitriskien, ein weniger aktives oder ruhiggestelltes Virus – und möglicherweise ein Zustand stabiler Remission auch ohne dauerhafte ART.

Diese Arbeit steht erst am Anfang, aber sie zeigt, wie viel Potenzial in bekannten Medikamenten steckt, wenn man sie aus einem neuen Blickwinkel betrachtet. In einer Zeit, in der die Heilungs-Forschung viele Richtungen ausprobiert, ist das eine ermutigende Entwicklung, die Hoffnung macht – nicht im Sinne falscher Versprechungen, sondern als realistische Erweiterung unserer therapeutischen Möglichkeiten.

*Quelle: Lijun Ling et al, Combining spironolactone to antiretroviral therapy accelerates HIV decay in humanized mice,
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12667289/pdf/EMI_14_2589549.pdf*

Übersetzung, Zusammenfassung und Bearbeitung: S. Schwarze unterstützt von ChatGPT5.1

seit 27 Jahren: HIV-Therapie-Hotline

therapiehotline@muenchnerpositive.de

**Betroffene informieren Betroffene
zu Therapiefragen**

**Außerdem: Beratung zur
Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP):**

prepberatung@muenchnerpositive.de

Grundlegend & Wissenswert

HIV-Impfstoff-Studie mit überraschenden Ergebnissen: Das Geschlecht bestimmt die Impfantwort!

Überblick und Bedeutung der Studie

Die ACTHIVE-001-Studie, eine Phase-1-Studie aus den Niederlanden, untersucht einen neuartigen HIV-Impfstoffkandidaten namens ConM SOSIP.v7. Dieser basiert auf einer Konsensussequenz des HIV-1-Gruppe-M-Virus, das für die überwiegende Mehrheit der HIV-Infektionen weltweit verantwortlich ist. Die Studie wurde am Amsterdam UMC durchgeführt und liefert wichtige Erkenntnisse über Sicherheit, Verträglichkeit und immunologische Wirksamkeit – allerdings mit einer überraschenden Entdeckung bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede.

Das Studiendesign

An der Studie nahmen 24 HIV-negative Erwachsene zwischen 18 und 50 Jahren teil (14 weiblich, 10 männlich bei Geburt). Die Teilnehmenden erhielten drei Impfdosen des ConM SOSIP.v7-Proteins in einer Liposomen-Formulierung mit dem TLR4-Agonisten MPLA als Adjuvans – ein Wirkverstärker, der die Immunantwort ankurbeln soll. Die Impfungen erfolgten zu Beginn der Studie (Woche 0), nach 8 Wochen und nach 24 Wochen.

Zwei verschiedene Dosierungsgruppen wurden getestet: 13 Personen erhielten die volle Dosis bei allen drei Impfungen, während 11 Personen bei der dritten Impfung eine reduzierte Dosis bekamen. Das primäre Ziel war die Bewertung der Sicherheit und Verträglichkeit, während die Entwicklung bindender und neutralisierender Antikörper als wichtigster sekundärer Endpunkt definiert wurde.

Sicherheit und Verträglichkeit – ein gutes Zeichen

Die gute Nachricht zuerst: Der Impfstoff erwies sich als sicher und gut verträglich. Die häufigsten Nebenwirkungen waren lokal und mild:

- **Lokale Reaktionen:** Etwa zwei Drittel der Teilnehmenden berichteten von Druckempfindlichkeit an der Injektionsstelle, während 16-30% Rötungen oder Schmerzen erlebten.
- **Systemische Reaktionen:** Kopfschmerzen (25-30%), Unwohlsein (21-29%) und Müdigkeit (17-21%) waren die häufigsten allgemeinen Beschwerden.

Es traten keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse auf, die dem Impfstoff zugeordnet werden konnten. Dies ist ein wichtiges Signal, dass dieser Ansatz prinzipiell sicher weiterverfolgt werden kann.

Immunologische Antwort – der Impfstoff funktioniert grundsätzlich

Der Impfstoff induzierte bei nahezu allen Geimpften robuste bindende und neutralisierende Antikörperantworten gegen das homologe (stammspezifische) ConM-Virus. Das bedeutet, dass das Immunsystem tatsächlich relevante Antikörper gegen das im Impfstoff verwendete Virusprotein bildet – ein wichtiger Beweis des Konzepts. Allerdings – und das ist die ernüchternde Realität der HIV-Impfstoffentwicklung – zeigten die gebildeten Antikörper nur eine begrenzte Fähigkeit, verschiedene HIV-Stämme zu neutralisieren. Getestet wurde gegen ein Panel von neun verschiedenen globalen HIV-1-Varianten, und die Neutralisationswirkung war stammspezifisch, nicht breit neutralisierend. Dies bestätigt eine der größten Herausforderungen der HIV-Impfstoffentwicklung: Die extreme Variabilität des Virus macht es außerordentlich schwierig, breit neutralisierende Antikörper (bNAbs) zu induzieren, die gegen viele verschiedene HIV-Stämme wirksam wären.



Bild: Männer und Frauen können auf Impfungen durchaus unterschiedlich reagieren. Bildquelle: ChatGPT 5.1

Die überraschende Entdeckung: Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die wirklich bemerkenswerte (und ungeplante) Entdeckung dieser Studie betrifft die deutlichen Unterschiede in der Immunantwort zwischen weiblichen und männlichen Teilnehmenden:

Nach der zweiten Impfung (Woche 10): Weibliche Teilnehmerinnen zeigten **22-fach höhere neutralisierende Antikörpertiter** als männliche Teilnehmer.

Nach der dritten Impfung (Woche 26): Der Unterschied blieb mit **6-fach höheren** Titern bei Frauen bestehen.

Diese Unterschiede waren statistisch hochsignifikant ($p = 0,0006$ bei Woche 10; $p = 0,0011$ bei Woche 26). Interessanterweise fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Dosierungsgruppen (volle vs. reduzierte dritte Dosis), was darauf hindeutet, dass das biologische Geschlecht einen weitaus größeren Einfluss auf die Impfantwort hatte als die Dosierung.

Warum reagieren Frauen stärker?

Die Forschenden untersuchten mögliche Mechanismen für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede und fanden interessante Hinweise:

1. Erhöhte Produktion von Botenstoffen

Monozyten (eine Art weißer Blutkörperchen) von weiblichen Teilnehmerinnen produzierten **signifikant mehr IL-6** (Interleukin-6), wenn sie im Labor mit dem Impfstoff-Adjuvans MPLA stimuliert wurden. IL-6 ist ein wichtiges Signalmolekül, das die B-Zell-Reifung und die Antikörperproduktion fördert. Dies könnte erklären, warum Frauen robustere Antikörperantworten entwickelten.

2. Stärkere TLR4-Expression

Der Impfstoff nutzt MPLA, das an den „Toll-like-Rezeptor 4“ (TLR4) auf Immunzellen bindet. Dieser Rezeptor kann die Stärke der Immunantwort beeinflussen. Die Studie deutet darauf hin, dass Frauen möglicherweise eine stärkere

TLR4-vermittelte Immunantwort zeigen, was die höhere IL-6-Produktion und die verstärkte Antikörperbildung erklären könnte.

3. Unterschiede in der B-Zell-Antwort

Die Analyse der B-Zell-Rezeptoren zeigte komplexe Unterschiede in der Immunreifung zwischen den Geschlechtern, einschließlich Unterschieden in der somatischen Hypermutation (SHM) – einem Prozess, durch den Antikörper im Laufe der Zeit verfeinert werden.

Was wissen wir bereits über geschlechtsspezifische Impfantworten?

Diese Befunde sind keineswegs aus der Luft gegriffen. In der Immunologie ist bereits seit Langem bekannt, dass:

- Frauen generell stärkere Immunantworten auf Impfungen zeigen als Männer – dies wurde für Influenza-, Hepatitis-B- und andere Impfstoffe dokumentiert.
- Autoimmunerkrankungen bei Frauen häufiger auftreten, was auf ein grundsätzlich reaktiveres Immunsystem hindeutet.
- Hormone eine wichtige Rolle spielen: Östrogene wirken immunstimulierend, während Testosteron eher immunsuppressive Eigenschaften hat.
- Genetische Faktoren relevant sind: Viele immunrelevante Gene liegen auf dem X-Chromosom, von dem Frauen zwei Kopien besitzen.

Dennoch ist es bemerkenswert, dass diese Unterschiede bei dieser HIV-Impfstoffstudie so ausgeprägt waren – ein 22-facher Unterschied ist dramatisch und wirft wichtige Fragen für die weitere Impfstoffentwicklung auf.

Kritische Betrachtung und Limitationen

Stärken der Studie:

- Sorgfältiges Design mit detaillierter immunologischer Charakterisierung
- Innovative Verwendung moderner Technologien (Einzelzell-Sequenzierung, Kryo-Elektronenmikroskopie)
- Transparente Berichterstattung aller Befunde, einschließlich unerwarteter Ergebnisse

Schwächen und offene Fragen:

1. Kleine Teilnehmerzahl: Mit nur 24 Personen (14 weiblich, 10 männlich) sind die geschlechtsspezifischen Befunde zwar statistisch signifikant, aber an einer kleinen Stichprobe gewonnen. Bestätigung in größeren Studien ist essenziell.
2. Fehlende Diversität: Die Studie wurde in den Niederlanden durchgeführt, und Details zur ethnischen Diversität der Teilnehmenden sind begrenzt. HIV betrifft global sehr unterschiedliche Populationen.
3. Keine breit neutralisierenden Antikörper: Der Impfstoff induzierte zwar Antikörper gegen den Impfstamm, aber kaum Kreuzreaktivität gegen andere HIV-Stämme. Für einen wirksamen Impfstoff sind breit neutralisierende Antikörper jedoch unverzichtbar.
4. Hormonelle Faktoren nicht untersucht: Die Studie untersuchte nicht systematisch Menstruationszyklus, Kontrazeptiva-Nutzung oder andere hormonelle Faktoren, die die Immunantwort beeinflussen könnten. Eine Teilnehmerin war transgener und erhielt feminisierende Hormontherapie – ihre Daten wurden separat behandelt, was wichtig ist, aber weitere Fragen aufwirft.
5. Kurze Nachbeobachtungszeit: Die längste Nachbeobachtung erfolgte nach 72 Wochen (etwa 1,5 Jahre). Für die Beurteilung der Langzeitimmunität und Sicherheit sind längere Zeiträume notwendig.
6. Keine Wirksamkeitsdaten: Als Phase-1-Studie konnte nicht untersucht werden, ob der Impfstoff tatsächlich vor HIV-Infektionen schützt.

Was bedeutet das für die HIV-Impfstoffentwicklung?

1. Geschlechtsspezifische Studienplanung ist unverzichtbar

Die dramatischen Unterschiede zeigen, dass zukünftige Impfstoffstudien (und nicht nur diese!) von Anfang an ausreichend Frauen einschließen und geschlechtsspezifische Analysen vorsehen müssen. Historisch waren Frauen in klinischen Studien oft unterrepräsentiert – ein Versäumnis, das korrigiert werden muss. Die Autor:innen betonen zu Recht, dass sowohl

prämenopausale als auch postmenopausale Frauen eingeschlossen werden sollten, um hormonelle Einflüsse besser zu verstehen.

2. Möglichkeit personalisierter Impfstrategien

Die Ergebnisse könnten langfristig zu geschlechtsspezifischen Dosierungen oder Adjuvans-Formulierungen führen. Wenn Frauen stärker auf MPLA reagieren, könnten niedrigere Dosen ausreichen, was Nebenwirkungen reduzieren und Kosten senken könnte. Für Männer könnten alternative oder zusätzliche Adjuvantien notwendig sein.

3. Das Problem der fehlenden Breite bleibt

Unabhängig von geschlechtsspezifischen Unterschieden bleibt die zentrale Herausforderung: Der Impfstoff induzierte keine breit neutralisierenden Antikörper. Die HIV-Impfstoffentwicklung ist ein mehrstufiger Prozess:

- **Priming** (Vorbereitung): Aktivierung naiver B-Zellen, die das Potenzial haben, bNAbs zu entwickeln
- **Boosting** (Verstärkung): Wiederholte Stimulation mit modifizierten Immunogenen, um die Antikörper zu "reifen" und ihre Breite zu erweitern
- **Polishing** (Verfeinerung): Feinabstimmung der Antikörperantwort

ConM SOSIP.v7 war ursprünglich als "Polishing"-Immunogen gedacht, das am Ende eines solchen Prozesses eingesetzt wird. Die Studie zeigt, dass das Protein grundsätzlich immunogen ist, aber in einem komplexeren Schema mit vorhergehenden Priming-Schritten verwendet werden muss.

Der aktuelle Stand der HIV-Impfstoffentwicklung

Um die ACTHIVE-001-Studie einzuordnen, lohnt ein Blick auf die breitere Landschaft:

Mosaik-Impfstoffe (Imbokodo und Mosaico)

Die Phase-2b-Studie "Imbokodo" (2021) und die Phase-3-Studie "Mosaico" (2023) von Johnson & Johnson wurden beide wegen mangelnder Wirksamkeit vorzeitig beendet. Diese Impfstoffe verwendeten einen anderen Ansatz mit

viralen Vektoren (Ad26) und zeigten keinen Schutz vor HIV-Infektion.

mRNA-Impfstoffe

Moderna und das International AIDS Vaccine Initiative (IAVI) entwickeln mRNA-basierte HIV-Impfstoffe, inspiriert vom Erfolg der COVID-19-Impfstoffe. Phase-1-Studien (IAVI G001 und G002) zeigen, dass mRNA-Plattformen gezielt B-Zellen aktivieren können, die für bNAb-Entwicklung geeignet sind. Dies ist vielversprechend, aber noch im frühen Stadium.

Breit neutralisierende Antikörper als Prävention

Parallel zur Impfstoffentwicklung wird auch die passive Immunisierung untersucht: Die direkte Gabe von im Labor hergestellten bNAbs. Studien wie AMP (Antibody Mediated Prevention) zeigten teilweisen Schutz, aber nur gegen Viren, die sensitiv für die verwendeten Antikörper waren. Kombinationen mehrerer bNAbs werden derzeit erforscht.

Konsensus-basierte Ansätze

Der ConM-Ansatz der ACTHIVE-Studie folgt einer rationalen Strategie: Ein Konsensus-Immunogen sollte theoretisch weniger stammspezifische und mehr konservierte (über verschiedene HIV-Stämme hinweg gleiche) Epitope präsentieren. Dies könnte die Entwicklung breiterer Antikörperantworten begünstigen. Die Ergebnisse zeigen, dass dies zumindest teilweise funktioniert – das Immunogen ist stabil, präsentiert relevante Epitope und ist immunogen. Der nächste Schritt wäre, es in Kombination mit Priming-Immunogenen zu testen.

Perspektive für Menschen mit HIV und die Community

Was diese Studie positiv macht:

1. Die Grundlagen funktionieren: Der Impfstoff ist sicher, das Protein ist stabil, und es werden tatsächlich relevante Antikörper gebildet. Das sind wichtige Meilensteine.
2. Wissenschaftlicher Fortschritt: Die detaillierte Charakterisierung der Immunantworten auf molekularer Ebene trägt zum Verständnis bei, wie ein HIV-Impfstoff funktionieren könnte.
3. Geschlechtsgerechtigkeit: Die Entdeckung

geschlechtsspezifischer Unterschiede ist ein wichtiger Schritt zu mehr Präzision und Gerechtigkeit in der medizinischen Forschung.

Realistische Einordnung:

- Ein wirksamer HIV-Impfstoff ist nicht unmittelbar in Sicht. Diese Phase-1-Studie ist ein kleiner Baustein in einem langen Prozess.
- Die enorme Variabilität von HIV bleibt die zentrale Herausforderung.
- Weitere Studien mit kombinierten Impfschemata sind notwendig.

Die gute Nachricht bleibt bestehen:

Wir haben bereits jetzt sehr wirksame Präventionsmethoden:

- PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe): Bei konsequenter Einnahme schützt Truvada oder Descovy zu über 99% vor HIV. Die neue Depotspritze Cabotegravir (Apretude®) muss nur alle zwei Monate gespritzt werden, Lenacapavir (Yeytuo®) sogar nur alle sechs Monate (leider beides in Deutschland nicht erstattungsfähig).
- U=U (Undetectable = Untransmittable): Menschen mit HIV unter wirksamer Therapie mit nicht nachweisbarer Viruslast können HIV nicht sexuell übertragen. Dies ist eine bahnbrechende Erkenntnis für die Prävention.
- Postexpositionsprophylaxe (PEP): Nach einem Expositionsrisiko kann eine 4-wöchige Medikamentengabe eine Infektion verhindern – wenn sie sehr schnell nach der Exposition begonnen wird (am besten innerhalb von 24 Stunden).

Die Kombination aus bestehender Prävention (PrEP, U=U, PEP), laufender Impfstoffentwicklung und umfassender medizinischer Versorgung macht das Ziel einer Welt ohne neue HIV-Infektionen realistisch – wenn der politische Wille und die Ressourcen dafür bereitgestellt werden.

*Quelle: Reiss, E.I.M.M., van der Straten, K., Graus, L.T.M. et al., HIV-1 envelope trimer vaccine induces sex-associated, differences in antibody responses: a phase 1 clinical trial. Nat Commun 16, 10250 (2025).
<https://doi.org/10.1038/s41467-025-65101-7>*

Übersetzung, Zusammenfassung und Bearbeitung: S. Schwarze unterstützt von ClaudeAI

Warum ein Impfstoff gegen gewöhnliche Erkältungen so schwierig ist – und warum es trotzdem Grund zur Hoffnung gibt

In der kalten Jahreszeit häufen sich die Erkältungen. Für viele Menschen sind sie lediglich lästig, für einige, darunter ältere Menschen, Kinder oder Menschen mit chronischen Erkrankungen, können sie aber ernsthafte Beschwerden verursachen. Und auch für viele Menschen mit HIV ist jeder zusätzliche Infekt eine Belastung: Er unterbricht den Alltag, kann andere Erkrankungen verstärken und ist schlicht anstrengend. Da liegt die Frage nahe: Wieso gibt es im Jahr 2026 immer noch keinen Impfstoff gegen eine der häufigsten Viruserkrankungen der Menschheit?

Die kurze Antwort: **Erkältungen werden nicht durch ein Virus ausgelöst – sondern durch Hunderte.**



Rhinoviren, Adenoviren, saisonale Coronaviren und weitere Erreger sorgen gemeinsam dafür, dass wir niesen, husten und uns schlapp fühlen. Allein von Rhinoviren existieren rund 180 Varianten. Rechnet man alle anderen Atemwegsviren hinzu, kommt man auf etwa **280 (bekannte) verschiedene Virusvarianten**, die eine simple "Erkältung" verursachen können.

Ein einzelner Impfstoff müsste also gegen mehrere Hundert Erreger **gleichzeitig** schützen – etwas, das die Medizin bislang nicht leisten kann. Auch die Strategie, wie bei Grippe oder

Covid-19 die jeweils aktuelle Variante ins Visier zu nehmen, funktioniert hier nicht: Erkältungsviren zirkulieren gleichzeitig in unzähligen Varianten und lassen sich nicht auf eine „dominante“ Form reduzieren.

Hinzu kommt: Frühe Versuche aus den 1960er- und 1970er-Jahren, Impfstoffe zu entwickeln, scheiterten. Seitdem ging das globale Interesse zurück. Denn Erkältungen gelten als „milde“ Infekte – und Forschungsgelder fließen eher in gefährlichere Krankheiten wie Grippe, HIV, Tuberkulose oder Covid-19. Gleichzeitig unterschätzen viele die Bedeutung von Erkältungen: Ökonomisch verursachen sie enorme Kosten durch Arbeitsausfälle und medizinische Behandlungen, und für vulnerable Gruppen können sie durchaus gefährlich werden, etwa durch Lungenentzündungen.

Dennoch gibt es heute wieder Hoffnung.

Moderne Immunologie und bessere Modell-Systeme eröffnen neue Wege. Mehrere Forschungsgruppen arbeiten daran, zumindest einen **Teil** der Erkältungsviren abzudecken. Ein Team der Emory University konnte Affen bereits vor rund einem Drittel der Rhinoviren schützen. Andere Gruppen testen Strategien, die das Immunsystem „breiter“ auf Rhinoviren vorbereiten sollen. Einzelne Studien – teils bereits am Menschen – laufen gerade, auch wenn noch keine Details veröffentlicht wurden.

Expert:innen sind sich einig: **Ein Impfstoff ist nicht in den nächsten fünf Jahren zu erwarten.** Aber er ist nicht mehr undenkbar. Die Wissenschaft macht – nach Jahrzehnten Stillstand – wieder vorsichtige Fortschritte.

Was bedeutet das für Menschen mit HIV?

Auch wenn die meisten Menschen mit HIV heute ein robustes Immunsystem haben, bleibt jeder Infekt eine zusätzliche Belastung. Für manche steigt das Risiko für schwere Atemwegsinfektionen, besonders bei älteren, multimorbiden Menschen oder wenn Vorerkrankungen wie COPD oder Asthma bestehen. Die Aussicht, dass es künftig zumindest Teilimpfstoffe gibt – etwa gegen die wichtigsten Rhinovirus-Gruppen – wäre daher eine spürbare Entlastung.

Bis dahin bleiben **bewährte Strategien** wichtig: gute **Händehygiene, regelmäßige Lüftung, Impfungen gegen Grippe und Covid-19** sowie eine stabile **HIV-Therapie mit dauerhaft unterdrückter Viruslast**. Und das Positive: Viele Arbeitsgruppen geben die Entwicklung eines Erkältungsimpfstoffs nicht auf. Die Forschung hat wieder Fahrt aufgenommen – und was heute noch unmöglich erscheint, kann in einigen Jahren Realität sein. Es ist also möglich, dass wir in Zukunft wesentlich besser vor Erkältungsviren geschützt sein könnten als heute.

Quelle:

<https://t3n.de/news/erkältung-impfstoff-warum-so-schwierig-1715094/>

Zusammenfassung / Ergänzung: S. Schwarze unterstützt von ChatGPT5.1

Leben mit HIV

Heilung von Hepatitis C kann bereits 4 Wochen nach Behandlungsende festgestellt werden

Die Messung der HCV-Viruslast vier Wochen nach Abschluss der Therapie sagt eine Heilung genauso zuverlässig voraus wie die übliche Beurteilung nach 12 Wochen.

Nach neuen Studienergebnissen, die auf dem Liver Meeting der American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) vorgestellt wurden, ist das Erreichen einer anhaltenden virologischen Antwort („sustained virologic response“, SVR) vier Wochen nach Abschluss der Hepatitis-C-Therapie – bekannt als SVR4 – ein sehr zuverlässiger Hinweis auf eine Heilung.

Eine frühere Bestätigung der Heilung könnte besonders für Menschen sinnvoll sein, die Gefahr laufen, im Verlauf der Nachsorge verloren zu gehen, und sie könnte dabei helfen, schneller zu erkennen, wer möglicherweise eine erneute Behandlung benötigt.

Direct-Acting-Antiviral-Therapien (DAAs, also Medikamente, die sich direkt gegen das Virus richten) gegen Hepatitis C sind hochwirksam, und mehr als 95 % der behandelten Personen werden geheilt. Eine erfolgreiche Behandlung wird durch die anhaltende virologische Antwort (SVR) definiert, also durch dauerhaft nicht nachweisbare HCV-RNA.

In Zeiten der Interferontherapie wurde der Behandlungserfolg klassischerweise erst nach 24 Wochen bewertet (SVR24). Doch Rückfälle so lange nach einer modernen DAA-Therapie sind selten, sodass heutzutage üblicherweise die SVR nach 12 Wochen (SVR12) als Maßstab gilt. Menschen, die nach der Therapie weiterhin nachweisbare HCV-RNA haben, könnten unzureichend angesprochen haben, einen Rückfall erlitten oder sich erneut infiziert haben.

Manche Menschen erscheinen jedoch nicht zu ihrem Kontrolltermin drei Monate nach Therapieende, sodass ihr Heilungsstatus unklar bleibt. Dies kann auch Studien erschweren, in denen fehlende SVR12-Ergebnisse als Behandlungsversagen gewertet werden. Um die Behandlung zu vereinfachen, betrachten AASLD und die „Infectious Diseases Society of America“ SVR4 inzwischen als akzeptablen Hinweis auf Heilung – zumindest bei Menschen ohne Zirrhose, die erstmals mit DAAs behandelt werden. SVR4 könnte auch bei zuvor vorbehandelten Personen hilfreich sein, die ein erhöhtes Risiko haben, im Follow-up verloren zu gehen.

Marc Bourliere, Arzt am „Hôpital Saint Joseph“ in Marseille, und Kolleg*innen untersuchten die Übereinstimmung von SVR4 und SVR12 bei Menschen, die in vier randomisierten klinischen Studien mit Vosevi® (Sofosbuvir / Velpatasvir / Voxilaprevir) behandelt wurden. Teilnehmende der Studien POLARIS-2 und POLARIS-3 wurden acht Wochen lang behandelt, während diejenigen in POLARIS-1 und POLARIS-4 eine zwölfwöchige Therapie erhielten. In den Studien waren auch Personen eingeschlossen, die unter früheren DAA- oder Interferon-basierten Therapien keinen Erfolg hatten. SVR wurde definiert als eine HCV-RNA unterhalb der Nachweisgrenze (15 IU/ml) mittels COBAS TaqMan HCV Test v2.0.

bitte in frankiertem Fensterumschlag

An Projekt Information e.V.
Lietzenburger Str. 7
10789 Berlin

Mitgliedschaft

Zur Unterstützung der Ziele von Projekt Information e.V. 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. wird widerruflich ermächtigt,

den **Mitgliedsbeitrag** 8,00 €

zuzüglich einer **Spende** _____ €

Gesamtbetrag monatlich = _____ €

per Lastschrift einzuziehen von folgender Bankverbindung:

IBAN: _____

BIC: _____

Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

☐ monatlich

☐ jährlich

_____, den _____

Unterschrift _____

Vollständige Anschrift (in Druckbuchstaben)

Vor- und Nachname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Ort

Tel.:

E-Mail

Ich wünsche die Zusendung ☐ per Post im diskreten Umschlag
☐ per E-Mail (PDF)

Ich erkläre mich einverstanden mit einer Nutzung meiner Daten ausschließlich zu vereinsinternen Zwecken gemäß DSGVO.

Insgesamt erreichten 1.001 Personen sowohl SVR4 als auch SVR12, während acht zwar SVR4, aber nicht SVR12 erreichten. Von den 23 Personen, die SVR4 nicht erreichten, wurde niemand nach 12 Wochen geheilt. Unter den 31 Personen, die nach 12 Wochen nicht geheilt waren, hatten nur acht nach vier Wochen eine nicht nachweisbare HCV-RNA. Daraus ergaben sich für SVR4 eine Sensitivität von 100 %, eine Spezifität von 74,2 %, ein positiver Vorhersagewert von 99,2 % und ein negativer Vorhersagewert von 100 %. Behandlungsversagen trat häufiger bei Menschen mit HCV-Genotyp 1, bei bereits Vorbehandelten und bei Personen auf, die nur die achtwöchige Vosevi®-Therapie erhalten hatten.

Streng genommen gelten diese Ergebnisse nur für Menschen mit einer HCV-Mono-Infektion (also ohne gleichzeitig bestehende HIV-Infektion). Es besteht aber die Hoffnung, dass sich die Resultate auch auf Menschen mit HIV/HCV-Koinfektion übertragen lassen.

„Das Erreichen von SVR4 ist ein hochzuverlässiger Hinweis auf eine HCV-Heilung“, schlussfolgerte das Forschungsteam. „Dieser frühere Zeitpunkt zur Bestätigung der Heilung könnte besonders für Menschen wichtig sein, die ein hohes Risiko haben, im Follow-up verloren zu gehen.“

Quellen:

Highleyman L, <https://www.hepmag.com/article/hepatitis-c-cure-can-assessed-4-weeks-treatment>

https://www.natap.org/2025/AASLD/AASLD_01.htm

Übersetzung und Bearbeitung: S. Schwarze unterstützt von ChatGPT5.1

Wichtiger Hinweis:

Für Interessenten und Vereinsmitglieder: Bei einem nachgewiesenen monatlichen Netto-Einkommen bis € 750,00 reduziert sich der Monatsbeitrag auf € 4,00.

Politik & Soziales

Suche nach „sensiblen“ Ärzten? Queermed kann helfen!

Queermed Deutschland wurde im Mai 2021 als Antwort auf eklatante Missstände im Gesundheitswesen gegründet. Es handelt sich um ein gemeinnütziges Projekt, das darauf abzielt, Diskriminierung und Unsensibilität im Gesundheitsbereich abzubauen — insbesondere für Menschen aus queeren Communities, People of Colour, Migrant*innen, Menschen mit Behinderungen, und auch für Menschen mit HIV.



Zentral ist ein bundesweit nutzbares Verzeichnis mit „sensibilisierten“ Ärzt:innen, Therapeut:innen und Praxen. Menschen, die bereits gute Erfahrungen mit bestimmten Praxen gemacht haben, können anonym Empfehlungen abgeben; das Ergebnis wird öffentlich gelistet und kann nach Fachgebiet, Stadt, Sprache, Barrierefreiheit u.a. gefiltert werden. Neben diesem Verzeichnis bietet Queermed auch Bildungs- und Empowermentangebote: Es gibt einen frei zugänglichen Leitfaden für einen diskriminierungssensiblen Umgang mit Patient:innen, Workshops, Vorträge, Blogbeiträge und eine Buchempfehlungsliste. Ziel ist, sowohl Patient:innen zu stärken und bei der Suche nach passenden Praxen zu unterstützen, als auch medizinisches Fachpersonal dafür zu gewinnen, ihre Praxis von Grund auf diskriminierungssensibel und inklusiv zu gestalten. Seit 2022 besteht Queermed als gemeinnützige UG; die Vision ist klar: eine Gesundheitsversorgung, in der Menschen aller Lebensrealitäten gleichberechtigt und respektvoll Zugang haben — unabhängig von Geschlecht, sexueller Orientierung, Herkunft, sozialer Situation, Gesundheitsstatus (z. B. HIV), Behinderung.

Quelle: <https://queermed-deutschland.de/>

Termine

Termine 2026 Seminarwerk e.V.

Alle Seminarwerks-Veranstaltungen finden an einem Donnerstag in der Zeit von 18.00 Uhr – 19.30 Uhr virtuell statt

Do 22.01.2026

Referent*in: Herr Rene Fischer, Aachen
Thema: **Porno-Nutzungsstörung – neue Herausforderung bei Mediensucht in der Beratung**

Do 12.03.2026

Referent*in: Herr Dr. med. Daniel Beer, Herr Dipl. Biol. Patrick Braun, Herr Dr. med. Heribert Knechten, Frau Gudrun Mans-Peine, Herr Dr. rer. nat. Frank Wiesmann (Praxis Dr. Knechten, Aachen)
Thema: **Neues von den internationalen und nationalen HIV / HCV – Kongressen**

Do 16.04.2026

Referent*in: Frau Dr. med. Nazifa Qurishi, Köln
Thema: **Impfempfehlungen bei leberkranken Menschen**

Anmeldung unter:

<https://www.seminarwerk-aids.de/veranstaltungs-anmeldung/>

Frankfurter Vorträge

Veranstaltungsreihe zu HIV, Sexualität und Gesundheit

Veranstaltungsort:

maincheck

Friedberger Anlage 24 (2.OG)

60316 Frankfurt

Weitere Informationen unter:

www.frankfurt-aidshilfe.de/de/frankfurter-vortraege



Frankfurter Vorträge Januar bis März 2026

Mittwoch, 07.01.2026, 19.30 Uhr

Über die Wichtigkeit der Lebensqualität und gemeinsamen Therapieentscheidung

Dr. med. Alexander Bodtländer, Facharzt für Innere Medizin, Praxis im Nordend, Frankfurt

Mittwoch, 21.01.2026, 19.30 Uhr

Polypharmazie im Alter

Wann ist weniger mehr? Um für das "Älter werden" gut aufgestellt zu sein, braucht es die Balance von gut aufeinander abgestimmter Medizin und einem gesunden, fitten Lebensstil. Wo sollte der Fokus liegen, wenn es z.B. um Bluthochdruck, erhöhte Leberwerte, Übergewicht, Fettleber oder Diabetes geht? Ein Werkzeugkasten für mehr Gesundheit kann unterstützen, um sich im Gesundheitsmarkt zu orientieren und die richtige Abstimmung verschiedener Medikamente zu finden.

Leonie Meemken, Apothekerin, Inxfo GmbH, Wien
Hamburg und Nico Kraft, Inhaber der Südapothek, Frankfurt

Mittwoch, 04.02.2026, 19.30 Uhr

HIV, Alter und Demenz – eine unheilige Trias?

Eine HIV-Infektion kann das Demenz-Risiko erhöhen, doch die hochwirksame HIV-Therapie hat die HIV-assoziierte Demenz selten gemacht. Stattdessen können leichtere Formen kognitiver Beeinträchtigungen, genannt HIV-assoziierte neurokognitive Störung (HAND) auftreten. Und das Altern selbst und die damit verbundenen Alterskrankheiten können das Demenz-Risiko erhöhen.

Welche Faktoren spielen eine Rolle. Wie kann Vorsorge und Therapie der Demenz aussehen? Frailty (Gebrechlichkeit) und Immunseneszenz werden ebenso beleuchtet im Zusammenhang mit Demenz.

PD Dr. med. Nils von Hentig, Facharzt für Innere Medizin, Klinikum der Goethe Universität und Sachsenhäuser Praxis für Allgemeinmedizin mit HIV-Schwerpunkt

Mittwoch, 18.02.2026, 19.30 Uhr

Ist die Abnehmspritze das Ende der Adipositaspandemie? Alleine sicher nicht.

An diesem Abend werden die Risiken und Nebenwirkungen von GLPI beleuchtet, verbunden mit Abnehm- und Ernährungskonzepten für ein gesundes Älter werden mit HIV.

Dr. med. Georg Friese, Facharzt für Innere Medizin, Infektiologie und Ernährungsmediziner. Er führt gemeinsam mit seinem Kollegen Dr. Cseke die Hausärztliche Internistische Gemeinschaftspraxis Cseke & Friese in Gießen

Mittwoch, 11.03.2026, 19.30 Uhr

"Gesunder Umgang mit den eigenen Ressourcen"

In diesem Vortrag beleuchten wir das, was uns stabil und gesund sein und bleiben lässt! Wir erhalten einen Überblick über die unterschiedlichen Qualitäten verschiedener Ressourcen und erforschen unsere persönlichen Kraftquellen. Um den tagtäglichen Anforderungen auch langfristig gewachsen zu sein, erfahren wir, wie wir unsere Ressourcen pflegen, schützen und sogar erweitern können. Wolfgang Schaub-Niederdraeing, Dipl. Sportwissenschaftler, Kinesiologe, Frankfurt

Mittwoch, 18.03.2026 schon ab 19 Uhr

Konferenzhäppchen: Neuigkeiten zu HIV, Hepatitiden und STI von der CROI

Neuigkeiten zu HIV, Hepatitiden und STI von der CROI Die Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections ist die wichtigste Konferenz im Bereich HIV, Hepatitis & Co. Hier werden die neuesten Entwicklungen aus der klinischen Forschung zu Therapieansätzen und zu medizinischen Präventionsmöglichkeiten (PrEP, DOXY PEP) vorgestellt.

Prof. Dr. med. Christoph Stephan, Oberarzt Innere Medizin / Infektiologie - Zentrum Innere Medizin, Universitätsklinikum Frankfurt, Goethe-Universität

Impressum

Herausgeber: Projekt Information e.V., Lietzenburger Str. 7, 10789 Berlin, Telefon (030) 63 96 88 97, Fax: (030) 37 44 69 39, email: info@projektinfo.de. Eingetragen: Amtsgericht Charlottenburg Nr. VR 35117 B, Gemeinnützigkeit: Finanzamt Berlin f. Körperschaften v. 21.03.2025 Steuer-Nr.: 27/675/58073
Vorstand: Lothar Maier, Siegfried Schwarze, Engelbert Zankl
Redaktion: L. Maier, S. Schwarze, M. Schrammke, U. Sonnenberg-Schwan, P. Wiessner, F. Winkler-Schwarz, E. Zankl.

Titelillustration: Mats Bergen, Berlin

Der Druck und Versand dieser Ausgabe erfolgten mit freundlicher Unterstützung durch (in alphabetischer Reihenfolge): Folsom Europe e.V., Gilead Sciences GmbH, MSD Sharp & Dohme GmbH, ViiV Healthcare GmbH. Für den Inhalt sind die genannten Sponsoren nicht verantwortlich.

Spendenkonto: GLS-Bank, IBAN: DE21 4306 0967 1304 5806 00 SWIFT/BIC: GENODEM1GLS**Hinweis:**

Projekt Information versucht durch eine breite Auswahl von Themen, den Leser*innen einen Überblick zu den derzeitigen therapeutischen Möglichkeiten, Entwicklungen und dem Stand der Forschung zu geben. Zum größten Teil verwenden wir Originalarbeiten und Kongressberichte. Die Artikel geben nicht unbedingt 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 der Ärztin / dem Arzt Ihres Vertrauens und lesen Sie die Packungsbeilagen und gegebenenfalls die Fachinformation. Namentlich gezeichnete Artikel verantworten die betreffenden Autor*innen. Soweit es um Zitate aus wissenschaftlichen Publikationen geht, werden die Leser*innen gebeten, die angegebenen Referenztexte zu konsultieren.