

PROJEKT INFORMATION

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

Juli / August / September 2026



Der Thymus: Ein unterschätztes Organ meldet sich zurück

bisher ging man davon aus, dass dieses Immunorgan im Erwachsenenalter praktisch keine Funktion mehr hat. Aber ist das wirklich so?.....S. 5

Ein kritischer Moment für die globale HIV-Arbeit

Globale Krisen und Umwälzungen gehen auch an der HIV-Arbeit nicht spurlos vorüber..... S. 7

HIV-Therapie kann die biologische Uhr zurückdrehen

Bei Menschen mit HIV spricht man oft von "beschleunigter Alterung". Nun gibt es Hinweise, dass die HIV-Therapie genau diesen Alterungsprozessen entgegenwirken kann!..... S. 3

Editorial

von Siegfried Schwarze 2

Medizin & Forschung

Warum Einheitsmedizin nicht funktioniert: Biologisches Geschlecht und das alternde Immunsystem 9
Idvynso™: Neue Zweifachkombination gegen HIV in den USA zugelassen 13
Kann eine einzige Infusion HIV in Schach halten? 14

Grundlegend & Wissenswert

Wenn HIV die Lunge aus dem Takt bringt 16

Leben mit HIV

Loreen Willenberg, eine außergewöhnliche Frau, ein letztes Geschenk an die Wissenschaft 18

Politik & Soziales

UN-Hochrangiges Treffen zu HIV/AIDS 2026 (UNHLM HIV) 20

Termine

Let's talk about health - BAH u. Projekt Information 22
Frankfurter Vorträge 23

Projekt Information e.V.

Impressum - NEUE ADRESSE ab 01.04.2026! 23

Apothekenliste 2026 24

Liebe Mitglieder,

Normalerweise mache ich kein großes Aufhebens um Geburtstage oder Jubiläen, aber dieses Jahr wurde unser Verein "Projekt Information" offiziell 33 Jahre alt: Zumindest unter diesem Namen gibt es den Verein seit 1993 - ein Vorläuferverein existierte mit einem anderen Namen seit 1989.

Leider sind durch einige Umzüge, Personalwechsel und auch Todesfälle viele Dokumente und Informationen verloren gegangen. Ich selbst bin "erst" gegen Ende des Jahres 2000 zum Verein gekommen. Zunächst arbeitete ich nur in der Redaktion mit, später wurde ich Vorstand und übernahm letztendlich die Leitung des Vereins. Seit 2016 führen wir alle Akten des Vereins nur noch elektronisch, aber aus der Zeit davor fehlt vieles.

Deshalb mein herzlicher Aufruf an Sie, unsere Leser:innen: Sollten Sie noch Dokumente, Fotos, Hefte oder einfach auch nur Erinnerungen oder Geschichten haben zu "Projekt Information" oder den Menschen, die diesen Verein getragen haben, teilen Sie diese doch bitte mit uns! Sie können uns Originale, Kopien oder Scans / Fotos an unsere postalische Adresse (Projekt Information e.V., Motzstr. 47, 10777 Berlin) oder an unsere E-Mail (info@projektinfo.de) .

Nächstes Jahr wartet ein weiteres Jubiläum: 1987 wurde AZT (Retrovir®) als erstes Medikament zur Behandlung der HIV-Infektion auf den Markt gebracht. Wie wir in den Jahren danach leidvoll erfahren musste, reichte dieses Medikament aber nicht aus um HIV zu stoppen und dennoch litten viele Menschen unter seinen Nebenwirkungen. In den frühen 1990er Jahren versuchte man dann Zweifachkombinationen - mit eher mäßigem Erfolg. Das Virus entwickelte einfach zu schnell Resistenzen. Wenigstens

konnte man seit 1995 die Viruslast direkt bestimmen - vorher konnte man den Krankheitsverlauf nur durch die Anzahl der Helferzellen verfolgen.

Zunächst lag die "Nachweisgrenze" noch bei 10.000 Kopien/ml, doch schnell gelang es, sie durch verbesserte Tests auf 500 Kopien/ml abzusinken. Tests mit einer Nachweisgrenze von den heute üblichen 50 (oder weniger)

Kopien/ml kamen erst Ende der 1990er Jahre auf den Markt. Da waren Dreifachkombinationen zur Behandlung der HIV-Infektion bereits der "Goldstandard". Die Ergebnisse mit diesen "Cocktails" wurden 1996 auf der Welt-Aids-Konferenz in Vancouver vorgestellt und waren eine Sensation: Erstmals gelang es, die Vermehrung von HIV langfristig zu stoppen und damit auch der Resistenzentwicklung Einhalt zu gebieten. Die eingesetzten Medikamente hatten zwar teilweise heftige Nebenwirkungen und auch die Tablettenzahl war deutlich höher als heute, aber das aidsbedingte Sterben hörte endlich auf!



Heute kommen die meisten Menschen mit HIV mit einer Kombipille einmal täglich gut klar, es gibt inzwischen bereits Alternativen in Form von Depotspritzen und weitere Entwicklungen, die eine Einnahme einmal wöchentlich erlauben werden, sind bereits in Studien.

In den nächsten Jahren werden wir auch weitere Studien zum Thema Heilung von HIV sehen - Ausgang derzeit noch ungewiss. Aber eines ist sicher: "Projekt Information" wird sie auch darüber auf dem Laufenden halten!

Bleiben (oder werden) Sie gesund!
Ihr Siegfried Schwarze

HIV-Therapie kann die biologische Uhr zurückdrehen

Jeder weiß, wie alt er/sie ist – die Jahre, die seit der Geburt vergangen sind. Doch es gibt auch noch das „biologische Alter“, das angibt, wie viel Verschleiß die Zellen haben, wie fit das Immunsystem ist, wie gut oder schlecht die Organe arbeiten. Bei vielen Menschen geht beides mehr oder weniger im Gleichschritt. Bei Menschen mit HIV kann das biologische Alter aber schneller voranschreiten – und genau hier setzt eine spannende neue Studie an, die im April 2026 auf dem großen europäischen Infektiologie-Kongress ESCMID vorgestellt wurde.

Die gute Nachricht vorweg: Die HIV-Therapie

kann das beschleunigte biologische Altern nicht nur ausbremsen – sie kann es sogar wieder ein Stück weit zurückstellen.

Ein Team der ETH-nahen Hochschule EPFL in Lausanne und der Schweizer HIV-Kohortenstudie (SHCS) hat dafür ein neues Werkzeug entwickelt: eine sogenannte proteomische Alterungsuhr (auf Englisch: plasma proteomic aging clock, kurz PAC).

Im Blut schwimmen ständig hunderte verschiedene Eiweiße (Proteine) – kleine Botenstoffe, die ständig Nachrichten im Körper austauschen. Manche tauchen vermehrt auf, wenn man älter wird; andere verschwinden mit der Zeit. Aus dem Muster dieser Proteine lässt sich – ähnlich wie aus einem Fingerabdruck – ablesen, wie alt der Körper gefühlt ist. Die Forschenden trainierten ihr Modell an über 940 Blutproben von Menschen mit HIV unter erfolgreicher Therapie.



Bildquelle: ChatGPT5.4

Der Schatz aus der Tiefkühltruhe

Das Besondere an dieser Studie: 80 Teilnehmende hatten Blutproben aus der Zeit bevor sie überhaupt mit der HIV-Therapie begonnen hatten – manche sogar aus bis zu acht Jahren davor. Diese alten, eingelagerten Proben sind heute ein wertvoller Schatz, denn moderne Leitlinien empfehlen, sofort nach der Diagnose mit der Therapie zu starten. Dadurch wird es immer schwieriger zu erforschen, was eine unbehandelte HIV-Infektion mit dem Körper anstellt.

Was die Studie herausfand

Vor der Therapie: Während der unbehandelten HIV-Infektion war das biologische Alter im Schnitt rund 10 Jahre älter als das tatsächliche Alter. Das Virus hatte die Alterung beschleunigt.

Nach Therapiebeginn: Schon nach durchschnittlich anderthalb Jahren erfolgreicher Be-

handlung war das biologische Alter um 3,7 Jahre gesunken. In der ausführlichen wissenschaftlichen Auswertung über fast 10 Jahre Therapie war die "Verjüngung" sogar noch deutlicher – rund 6 Jahre.

Langfristig: Mit anhaltender Therapie kriecht das biologische Alter immer näher ans tatsächliche

Alter heran. Die Hochrechnung der Forschenden zeigt: Nach rund 16 Jahren stabiler Therapie könnte die innere Uhr wieder im Gleichschritt mit der echten Uhr laufen.

Warum altert der Körper durch HIV schneller?

Auch unter erfolgreicher Therapie tragen Menschen mit HIV ein leicht erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Knochenschwund, Diabetes oder kognitive Einbußen. Eine der Hauptursachen ist eine stille, chronische Entzündung im Körper – ein Feuer, das auf kleiner Flamme weiter glimmt, selbst wenn das Virus längst kontrolliert ist.

Bei einer unbehandelten HIV-Infektion brennt

dieses Feuer lichterloh. Die neue Studie zeigt: Die antiretrovirale Therapie löscht zwar nicht jeden Funken, dämpft die Flamme aber massiv. Die Forschenden konnten sogar genau benennen, welche Eiweiße sich verändern – vor allem solche, die mit Entzündung, Blutgerinnung und dem Abbau von Medikamenten zu tun haben.

Ein wichtiger Befund

Vielleicht der wichtigste Befund für die Praxis: Die "Verjüngung" lässt sich nicht allein durch die Erholung der CD4- und CD8-Zellen erklären – also durch jene Immunwerte, die bei der regelmäßigen Kontrolle der Laborwerte überprüft werden. Im Körper passiert offenbar mehr als nur der Neubildung dieser T-Zellen. Auch andere Teile des Immunsystems beruhigen sich, das Entzündungsgeschehen normalisiert sich – und genau das misst die neue Uhr. Das heißt: CD4-Zahlen allein erzählen nicht die ganze Geschichte der Gesundheit. Sie sind ein wichtiger Wert, aber die Heilungsprozesse im Körper gehen weit darüber hinaus.

Was bedeutet das für Menschen mit HIV?

Die Botschaft der Studie ist klar und ermutigend: **Früh starten lohnt sich.** Je kürzer das Virus unkontrolliert im Körper wirken kann, desto weniger Schaden richtet es an. Die Studie bestätigt die heutige Empfehlung mit Nachdruck: nach der Diagnose so schnell wie möglich mit der Therapie beginnen.

Dranbleiben zahlt sich aus. Jeder Tag mit gut eingestellter Therapie ist ein Tag, an dem der Körper sich weiter erholt. Die Verjüngung ist kein einmaliges Ereignis, sondern ein langer Prozess, der über Jahre weiterläuft.

Es ist nie zu spät. Selbst wer die Therapie spät begonnen hat: Die Studie zeigt, dass auch nach Jahren noch weitere Reparaturarbeiten im Körper laufen und die biologische Uhr Stück für Stück zurückgedreht wird.

Der Blick nach vorn

Die Forschenden weisen ehrlich darauf hin, dass ihre "Uhr" noch in größeren und vielfältigeren Gruppen überprüft werden muss – die Schweizer Kohorte besteht überwiegend aus weißen Europäer:innen. Aber der grundlegende Trend, so die Autor:innen, dürfte für alle Menschen mit HIV gelten: Unbehandelte Infektion

beschleunigt das Altern, erfolgreiche Therapie bremst und kehrt diesen Prozess um.

In Zukunft könnten solche Alterungsuhrn auch direkt in der HIV-Versorgung eine Rolle spielen – als sensibles Frühwarnsystem, um Menschen mit erhöhtem Risiko für altersbedingte Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen, und um neue Therapien zu testen, die die verbleibende stille Entzündung weiter beruhigen sollen.

Bis dahin gilt: Die HIV-Therapie tut weit mehr, als nur das Virus zu unterdrücken. Sie repariert leise und beständig auch all das, was HIV im Körper angerichtet hat.

Übersetzung und Zusammenfassung: S. Schwarze unterstützt von ClaudeOpus4.8

Quelle: Ryan, B. et al. (2026). A plasma proteomic aging clock reflects reversal of accelerated aging in people with HIV under antiretroviral therapy. Vorgestellt auf ESCMID Global 2026; Preprint auf medRxiv <https://www.medrxiv.org/content/10.64898/2026.03.24.26348875v1.full.pdf> Daten aus der Swiss HIV Cohort Study (SHCS).

So können Sie uns erreichen:

**Projekt Information e.V.,
Motzstr. 47, 10777 Berlin**

Tel.: 030 / 23 57 92 60

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

Fax: 030 / 23 57 98 28

**E-Mail: info@projektinfo.de
www.projektinfo.de**

Der Thymus: Ein unterschätztes Organ meldet sich zurück

Der Thymus ist ein Ausbildungszentrum für das Immunsystem: ein kleines Organ hinter dem Brustbein, in dem unsere T-Zellen trainiert werden. Das „T“ steht tatsächlich für Thymus. Lange galt die Lehrbuchmeinung: Dieses Organ verliert nach der Pubertät langsam seine Funktion, schrumpft und wird nach und nach in Fettgewebe umgewandelt. Genau dieses Wissen stellt eine neue Forschungsarbeit nun auf den Kopf – und für Menschen mit HIV ist das alles andere als eine Randnotiz.

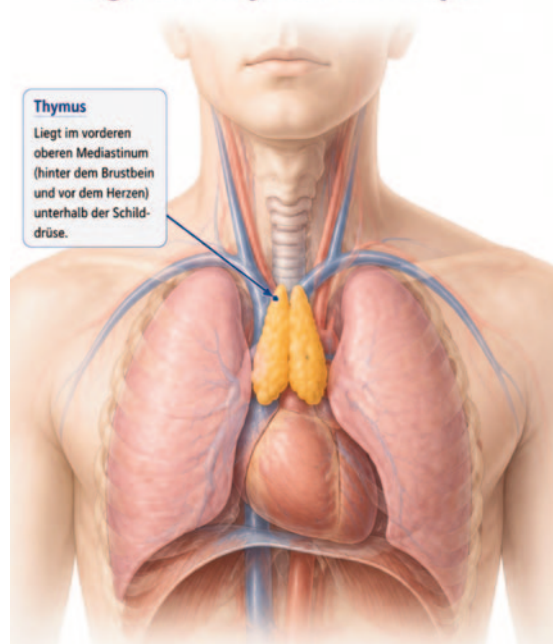
Ergebnisse, die selbst die Forschenden zunächst für einen Fehler hielten

Ein Forscherteam war von den eigenen Resultaten so überrascht, dass es zunächst von einem Irrtum ausging. Mithilfe künstlicher Intelligenz lasen die Forschenden aus ganz normalen CT-Aufnahmen einen „Thymus-Gesundheitswert“ ab – quasi eine Note für den Zustand des Thymus. Das Ergebnis erschien in zwei parallelen Arbeiten im Fachjournal Nature.

In der **Langlebigkeits-Studie** hatten Menschen mit dem besten Thymus-Wert über zwölf Jahre hinweg ein rund 50 % geringeres Sterberisiko insgesamt, ein 63 % geringeres Risiko, an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben, und ein 36 % geringeres Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken – verglichen mit dem schlechtesten Viertel. Ausgewertet wurden dafür mehr als 25.000 Erwachsene aus einem nationalen Lungenkrebs-Screening sowie über 2.500 Teilnehmende der bekannten Framingham-Herzstudie.

In der **Immuntherapie-Studie** zeigte sich bei Krebspatient:innen, die mit sogenannten Checkpoint-Inhibitoren behandelt wurden: Ein gesunder Thymus ging mit einem etwa 37 % geringeren Risiko für ein Fortschreiten der Erkrankung und einem rund 44 % geringeren Sterberisiko einher – auch dann noch, wenn man andere Patienten-, Tumor- und Behandlungsfaktoren herausrechnete. Am deutlichsten war dieser Zusammenhang bei Menschen, die noch keine Chemotherapie erhalten hatten, weil eine solche das Immunsystem dämpft und den Effekt verschleiern kann.

Lage des Thymus im Körper



Bildquelle: ChatGPT4.8

Der gemeinsame Nenner beider Studien: Ist der Thymus in gutem Zustand, erkennt und bekämpft das Immunsystem neue Bedrohungen besser – ob Krebszelle oder Krankheitserreger. Gerade bei HIV spielt der Thymus eine zentrale Rolle. HIV greift bevorzugt genau jene CD4-Zellen an, die in diesem Organ trainiert werden. Und das Virus macht auch vor dem Organ selbst nicht halt: Die Thymusfunktion ist bei HIV-Infizierten nachweislich beeinträchtigt, besonders bei Menschen ohne Therapie, weil das Virus die Zellen des Organs direkt befallen kann.

Wenn unter einer wirksamen Therapie die CD4-Zahl wieder steigt, kommt ein wichtiger Teil dieses Nachschubs aus genau diesem Organ. In den ersten sechs Monaten der Therapie klettert die CD4-Zahl am stärksten; die späteren, langsameren Zugewinne stammen vor allem aus der Neuproduktion frischer Zellen im Thymus – fachlich Thymopoese genannt. Das erklärt auch warum bei manchen Menschen trotz nicht nachweisbarer Viruslast die CD4-Werte nur schleppend ansteigen, die sogenannten „immunologischen Non-Responder“. Eine Erklärung dafür ist eine Art „Thymus-Erschöpfung“ – diese Gruppe produziert messbar weniger frische, neu aus dem Thymus ausgewanderte T-Zellen. Und es unterstreicht, warum

ein früher Therapiebeginn so wertvoll ist: Bei früh behandelten Menschen hängt die langfristige Erholung der CD4-Zellen stark von der Thymusleistung ab. Ein früher Behandlungsstart scheint auch den Thymus zu schützen.

Die Brücke lässt sich also so schlagen: Was die neue Studie für die Allgemeinbevölkerung erstmals sichtbar macht – dass ein fitter Thymus mit besserer Gesundheit und stärkerer Krebsabwehr einhergeht –, ist in der HIV-Medizin seit Jahrzehnten ein zentrales Thema. Bereits 1998 wurde gezeigt, dass der Thymus bis weit ins Erwachsenenalter arbeitet und unter einer erfolgreichen HIV-Therapie wieder neue Zellen produzieren kann. Die neue Forschung bestätigt damit aus einem ganz anderen Blickwinkel, was die HIV-Medizin längst weiß: Der Zustand des Immunsystems ist mehr als nur eine Zahl auf dem Laborzettel.

Dass das Organ tatsächlich gebraucht wird, legte schon 2023 eine vielbeachtete Studie nahe: Menschen, denen der Thymus chirurgisch entfernt worden war, hatten fünf Jahre nach dem Eingriff eine etwa verdoppelte Gesamtsterblichkeit (8,1 % gegenüber 2,8 %) und ein verdoppeltes Krebsrisiko (7,4 % gegenüber 3,7 %) im Vergleich zu ähnlich operierten Kontrollpersonen. Anders als die neuen CT-Studien zeigt diese Arbeit eine echte Ursache-Wirkungs-Beziehung: Organ weg, mehr Krankheit. Allerdings handelt es sich um Beobachtungsstudien, die keinen endgültigen Beweis darstellen.

Bei aller Begeisterung gehört die Einordnung dazu – und die liefern die Forschenden selbst: Die neuen Befunde müssen erst in weiteren Studien bestätigt werden, und das KI-Verfahren ist noch nicht reif für den klinischen Alltag. Vor allem zeigen die CT-Studien nur Zusammenhänge, keine Ursachen. Dass chronische Entzündung, Rauchen und Über- oder Untergewicht mit einem schlechteren Thymus-Zustand verbunden waren, bedeutet noch nicht, dass eine Änderung des Lebensstils die Thymusfunktion tatsächlich verbessert – das wurde nicht untersucht. Die Größe eines Organs zu messen ist eben etwas anderes, als zu verstehen, was genau daran den Unterschied macht. Die ehrliche Botschaft lautet daher: ein faszinierendes

Signal, das Anlass gibt, dem lange übersehenen Thymus endlich mehr Aufmerksamkeit zu schenken – aber noch keine Handlungsanweisung.

Verwendete Quellen

- *Medscape (Originalartikel): What We Thought We Knew About the Thymus May Be Wrong* — <https://www.medscape.com/viewarticle/what-we-thought-we-knew-about-thymus-may-be-wrong-2026a10009m7>
- *Mass General Brigham, Pressemitteilung (18.03.2026): Long Dismissed in Adult Health, the Thymus May Be Critical for Longevity and Cancer Treatment* — <https://www.massgeneralbrigham.org/en/about/newsroom/press-releases/thymus-critical-to-longevity-and-cancer-treatment>
- *Nature (Langlebigkeit/Erwachsenengesundheit): Bernatz S. et al., Thymic health consequences in adults* — <https://www.nature.com/articles/s41586-026-10242-y>
- *Nature (Immuntherapie): Bernatz S. et al., Thymic health is associated with immunotherapy outcomes in patients with cancer* — <https://www.nature.com/articles/s41586-026-10243-x>
- *New England Journal of Medicine (2023): Kooshesh K. A. et al., Health Consequences of Thymus Removal in Adults* — <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2302892>
- *Nature (1998, klassische HIV-Arbeit): Douek D. C. et al., Changes in thymic function with age and during the treatment of HIV infection* — <https://www.nature.com/articles/25374>
- *Thymus-Erschöpfung bei immunologischen Non-Respondern (PMC): Thymic Exhaustion and Increased Immune Activation Are the Main Mechanisms Involved in Impaired Immunological Recovery of HIV-Positive Patients under ART* — <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9961132/>
- *Früher Therapiebeginn bei Kindern (CHER-Studie, PMC): Thymic Output and CD4 T-Cell Reconstitution in HIV-Infected Children on Early and Interrupted Antiretroviral Treatment* — <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5611383/>

Übersetzung, Zusammenfassung und Bearbeitung: S. Schwarze unterstützt von ClaudeOpus5.8

Ein kritischer Moment für die globale HIV-Arbeit

Im Vorfeld des Hochrangigen Treffens der Vereinten Nationen zu HIV/Aids (UNHLM) veröffentlichte UNAIDS am 12. Juni einen Überblick über die weltweite HIV-Epidemie Ende 2025 und den Fortschritt bei den vereinbarten Zielen auf globaler und regionaler Ebene.

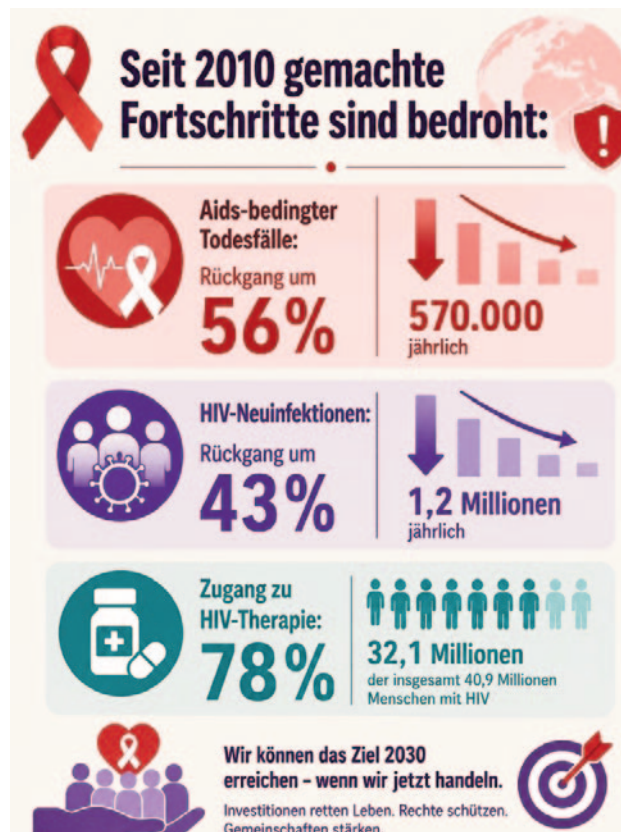
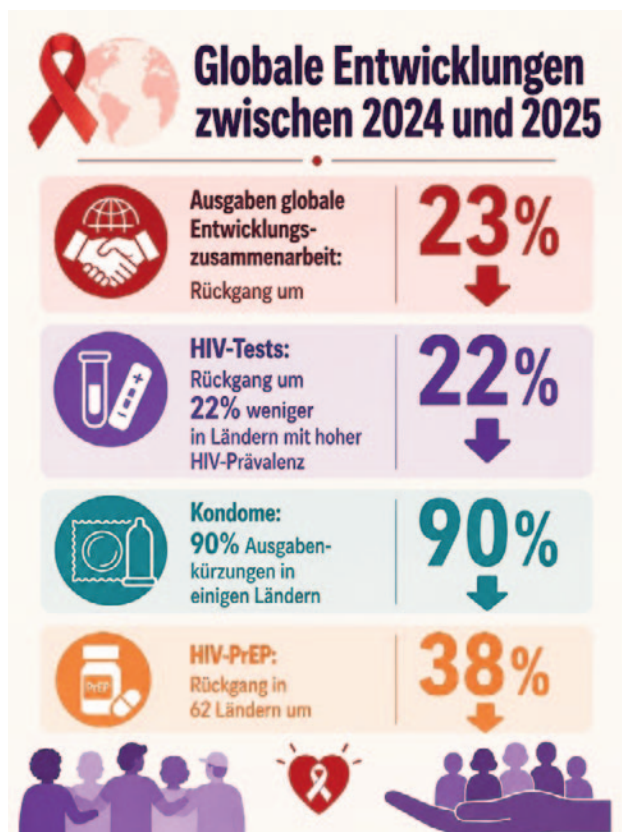
Der Autor fasst auf der Basis der UNAIDS Pressemitteilung die wesentlichen Punkte des unter dem Titel „UNITED TO END AIDS“ veröffentlichten Global AIDS Brief zusammen. Der Bericht markiert einen Wendepunkt der globalen HIV Arbeit, an dem sich entscheiden wird, ob die erzielten Erfolge rückgängig gemacht oder fortgesetzt werden. Vom 22.-23.06. wird im New York das UNHLM zu HIV stattfinden. Die dort verabschiedete Erklärung wird zeigen, in welche Richtung sich die globale HIV-Arbeit bewegen wird.

Der Bericht enthält vorläufige Daten zu Neuinfektionen, Aids-bedingten Todesfällen, der Zahl

der Menschen mit HIV sowie zu Fortschritten bei Behandlung und Prävention der Mutter-Kind-Übertragung. Zudem beleuchtet er die Auswirkungen der Kürzungen von HIV-Programmen durch die US Regierung auf HIV-Prävention und Community-basierte Angebote, anhaltende gesellschaftliche Barrieren, die Integration von HIV-Diensten in Gesundheitssysteme sowie den Zugang zu innovativen Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten. In dem Bericht werden zudem die Veränderungen in der internationalen Entwicklungsfinanzierung und die Perspektiven zur Schließung der Finanzierungslücke bis 2030 analysiert. Die Welt ist dem Ziel, Aids als Bedrohung der globalen Gesundheit zu beenden, nahegekommen. Aber eben nur nahe: die Fortschritte drohen nun rückgängig gemacht zu werden. Ob Aids besiegt werden kann, ist eine politische Entscheidung. Die Ergebnisse des UNHLM zu HIV werden zeigen ob dazu die richtigen Weichen gestellt werden.

23% weniger Ausgaben für die globale Entwicklungszusammenarbeit in 2025

Laut UNAIDS gefährden Kürzungen internationaler Hilfgelder, zunehmende Einschränkungen von Menschenrechten, sowie die



unzureichende Finanzierung von Präventions- und Community-Angeboten die in den vergangenen Jahrzehnten erzielten Fortschritte.

Ungleichheiten und gesellschaftliche Barrieren

Die Fortschritte sind regional sehr unterschiedlich. Während einige Regionen deutliche Verbesserungen verzeichnen, steigen die Neuinfektionen in Osteuropa und Zentralasien, im Nahen Osten und Nordafrika sowie in Lateinamerika weiter an. Besonders alarmierend ist die Situation junger Frauen und Mädchen in Subsahara-Afrika: Jede Woche infizieren sich dort rund 3.000 Jugendliche und junge Frauen mit HIV.

Rückschritte vor allem auch bei Menschenrechten

UNAIDS warnt zudem vor einer zunehmenden Kriminalisierung marginalisierter Bevölkerungsgruppen. Erstmals seit Beginn der Datenerhebung nimmt die Zahl entsprechender Gesetze wieder zu:

„Die Kriminalisierung von Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem HIV-Risiko ist weltweit weit verbreitet. Sexarbeit ist in 168 Ländern kriminalisiert, der Besitz geringer Mengen von Drogen in 152 Ländern, gleichgeschlechtliche sexuelle Beziehungen in 66 Ländern und transgeschlechtliche Menschen beziehungsweise ihre Identität in 14 Ländern.

Die Nichtoffenlegung einer HIV-Infektion, eine mögliche HIV-Exposition oder die HIV-Übertragung sind in 156 Ländern strafbar oder werden auf Grundlage allgemeiner Strafgesetze verfolgt – obwohl es nur begrenzte wissenschaftliche Belege dafür gibt, dass solche Gesetze zur Verringerung von HIV-Übertragungen beitragen“ (Global AIDS Brief, S. 20) heißt es in dem Bericht.

Diskriminierung und Kriminalisierung erschweren den Zugang zu Tests, Prävention und Behandlung erheblich und tragen damit zur weiteren Ausbreitung von HIV bei.

Chancen für die Zukunft?

Gleichzeitig sieht UNAIDS positive Entwicklungen: Der Anteil nationaler Finanzierungsquellen an der HIV-Bekämpfung stieg von 28 % im Jahr 2010 auf 52 % im Jahr 2024. Seit Anfang

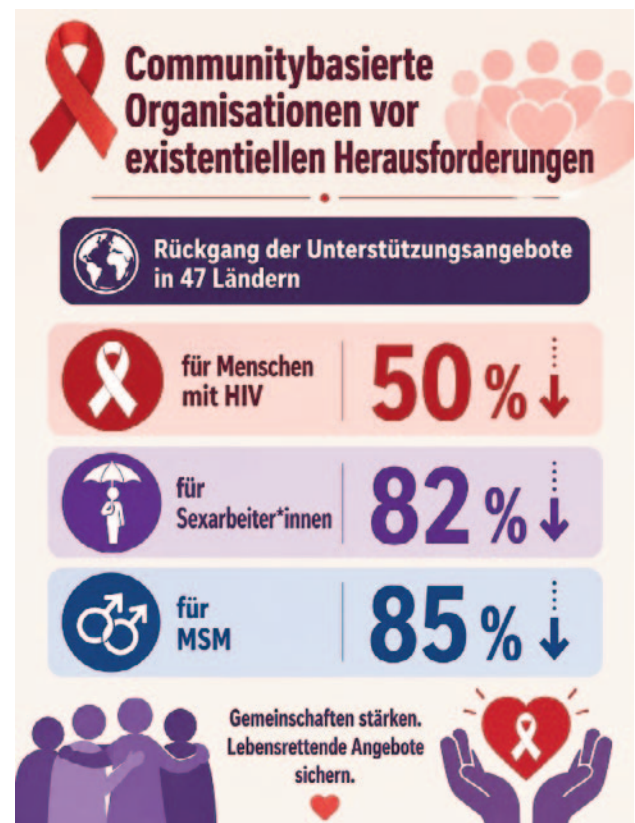
2025 haben mehr als 54 Länder zusätzliche nationale Finanzierungszusagen angekündigt. Das sind sicherlich positive Entwicklungen, jedoch lässt die erdrückende Schuldenlast in einigen Ländern des globalen Südens eine Erhöhung der Ausgaben für Gesundheit kaum zu – ohne Entschuldungsprogramme sind weiterführende positive Entwicklungen gefährdet.

Auch die Integration von HIV-Diensten in allgemeine Gesundheitssysteme schreitet voran: Ein Viertel der 152 berichtenden Länder hat HIV bereits in umfassendere Gesundheitsstrategien eingebunden. In über 80 Ländern wurden beispielsweise Leistungen zur Prävention und Behandlung von Gebärmutterhalskrebs in nationale HIV-Leitlinien aufgenommen.

Innovationen bieten weiteres Potenzial. Bis Ende März 2026 nutzten bereits mehr als 6.000 Menschen in fünf Ländern Subsahara-Afrikas das langwirksame Präventionsmedikament Lenacapavir. Gleichzeitig schätzt UNAIDS, dass rund 20 Millionen Menschen weltweit Zugang zu antiretroviralen Präventionsmedikamenten benötigen.

Blick auf das UN-Hochrangige Treffen

Beim UN-Hochrangigen Treffen zu HIV/AIDS am 22.–23. Juni 2026 sollen die Mitgliedstaaten



eine neue Politische Erklärung verabschieden. (Anmerkung der Redaktion: Siehe dazu auch den Beitrag in dieser Ausgabe). Diese wird die letzte vor dem Zieljahr 2030 sein, in dem AIDS als Bedrohung für die öffentliche Gesundheit beendet werden soll.

Zu den zentralen Zielen bis 2030 gehören:

- 40 Millionen Menschen mit antiretroviraler Behandlung zu erreichen,
- 20 Millionen Menschen Zugang zu HIV-Präventionsmedikamenten zu ermöglichen,
- einen diskriminierungsfreien Zugang zu HIV-bezogenen Gesundheitsdiensten sicherzustellen.

Trotz der erheblichen Rückschläge bleiben nach Einschätzung von UNAIDS diese Ziele erreichbar. Die Umsetzung der Globalen AIDS-Strategie könnte bis 2030 weitere 3,2 Millionen HIV-Neuinfektionen verhindern. Voraussetzung seien dazu jedoch ausreichende Investitionen, politischer Wille und die enge Zusammenarbeit von Staaten, internationalen Partnern und betroffenen Communities.

Quellen:

Link Pressemitteilung/UNAIDS:

https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2026/june/20260612_PR_global_aids_brief

Link Global AIDS Brief 2026/UNAIDS:

https://www.unaids.org/en/resources/documents/2026/20260612_Global_AIDS_brief

Bilder/visuals: KI generiert

Peter Wiessner, Juni 2026

Kontakt: peter-wiessner@t-online.de

seit 27 Jahren: HIV-Therapie-Hotline

therapiehotline@muenchnerpositive.de

**Betroffene informieren Betroffene
zu Therapiefragen**

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

prepberatung@muenchnerpositive.de

Medizin & Forschung

Warum Einheitsmedizin nicht funktioniert: Biologisches Geschlecht und das alternde Immunsystem

Ein internationales Forschungsteam der University of Southern California hat zusammengetragen, warum es in der Medizin keine Einheitslösung geben kann, wenn es um das Immunsystem geht. Der zentrale Befund: Alter und biologisches Geschlecht beeinflussen unser Immunsystem nicht nur einzeln, sondern in einem komplexen Zusammenspiel – und dieses Zusammenspiel wird in der Forschung und in der klinischen Praxis viel zu selten berücksichtigt.

Was passiert mit dem Immunsystem im Alter?

Mit zunehmendem Alter lässt die Leistungsfähigkeit des Immunsystems nach – ein Prozess, den Fachleute als Immunoseneszenz bezeichnen. Gleichzeitig nimmt eine Art chronische Entzündungsreaktion zu, die als Inflammaging (Kunstwort aus „Inflammation“ – Entzündung und „Aging“ – altern) bekannt ist: eine dauerhafte, niedrigschwellige Entzündung im Körper, die auch ohne eine akute Infektion auftritt. Beide Prozesse zusammen erhöhen das Risiko für altersbedingte Erkrankungen wie Atherosklerose, Demenz und Arthrose.

Wie unterscheidet sich die Immunalterung bei Frauen und Männern?

Das Immunsystem von Frauen und Männern altert auf unterschiedliche Weise – und das hängt sowohl mit den Geschlechtschromosomen (XX bei Frauen, XY bei Männern) als auch mit den Sexualhormonen zusammen. Das X-Chromosom enthält viele immun-relevante Gene, von denen einige mit dem Alter der sogenannten X-Inaktivierung entgehen, was bei Frauen zu stärkeren Immunantworten beiträgt. Östrogen kann sowohl entzündungsfördernd als auch entzün-

dungshemmend wirken, je nach Konzentration. Testosteron hingegen unterdrückt eher die Immunaktivität.

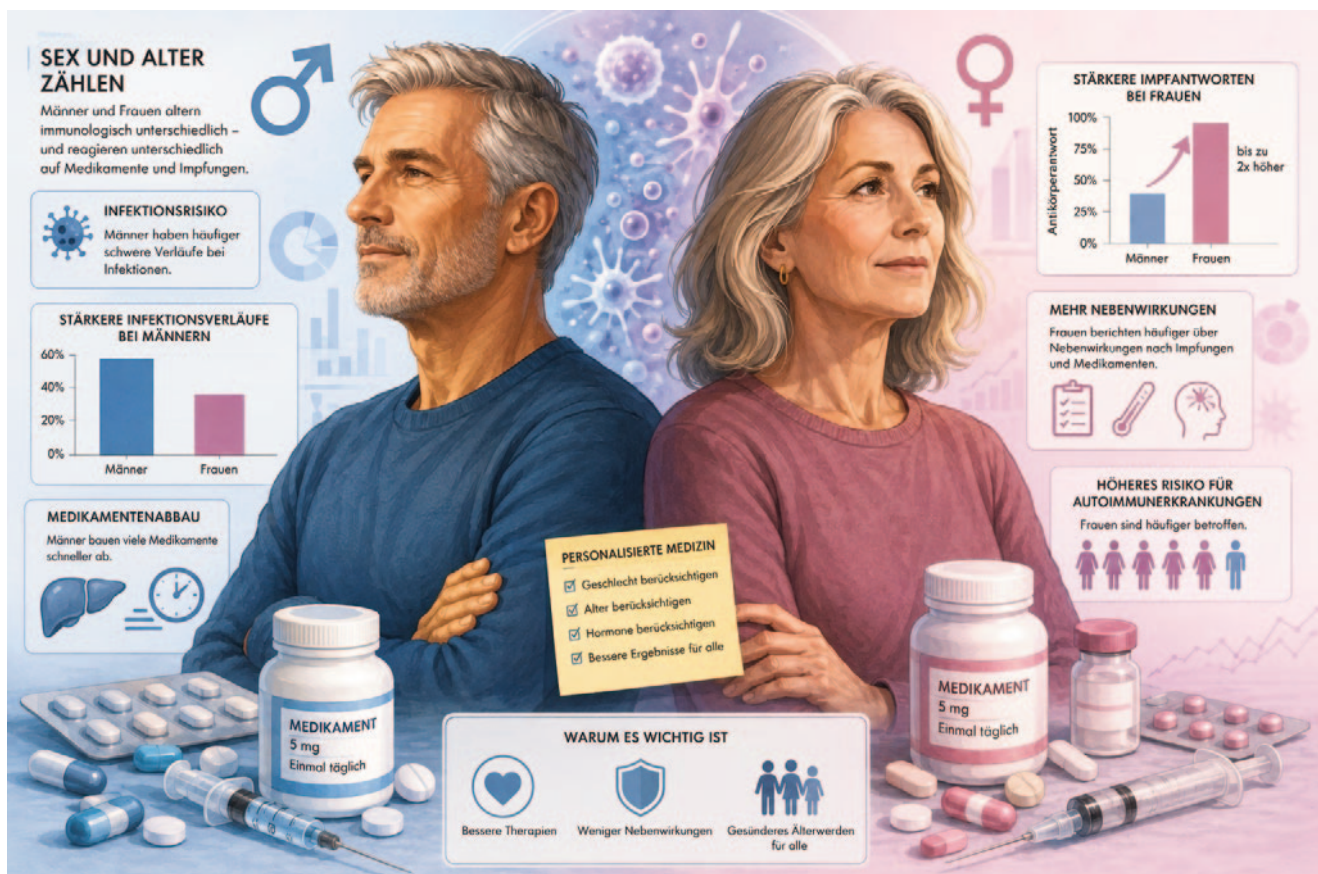
Ein wichtiger Wendepunkt bei Frauen ist die Menopause: Der starke Rückgang des Östrogenspiegels verändert das Immunsystem grundlegend. Bestimmte Immunzellen wie die regulatorischen T-Zellen zeigen dabei ein nichtlineares Muster – sie steigen vor der Menopause an, fallen während der Hormonumstellung ab und steigen danach wieder leicht an. Bei Männern verläuft die Andropause dagegen viel allmählicher: Ab dem 30. Lebensjahr sinkt das Testosteron um etwa 1 % pro Jahr. Die daraus resultierenden Veränderungen im Immunsystem entwickeln sich daher langsamer. Frauen behalten im Alter die Fähigkeit zu stärkeren adaptiven (d. h. gezielten, erregerspezifischen) Immunantworten besser als Männer. Das schützt sie zwar besser vor Infektionen, erhöht aber gleichzeitig das Risiko für Autoimmunerkrankungen. Männer verlassen sich im Alter stärker auf das angeborene (d. h. unspezifische) Immunsystem – was mit erklären kann, warum sie häufiger schwerere Infektionsverläufe haben. Die Autorinnen und Autoren sprechen hier vom „Morbiditäts-Mortalitäts-Paradoxon“:

Frauen leben zwar länger, verbringen aber mehr Jahre mit gesundheitlichen Einschränkungen. Männer haben dagegen ein höheres Risiko für schwere und tödliche Krankheitsverläufe.

Was bedeutet das für Infektionen, Autoimmunerkrankungen und Krebs?

Infektionskrankheiten: Mit dem Alter steigen sowohl die Häufigkeit als auch die Schwere vieler Infektionskrankheiten. Biologisch männliche Personen sind dabei insgesamt anfälliger und haben schwerere Verläufe. Ein eindrückliches Beispiel aus der Pandemie: Männer hatten ein doppelt so hohes Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf. Aber diese Geschlechtsunterschiede sind nicht starr – sie verändern sich mit dem Alter. So sind beispielsweise Listeriose und Zeckenhirnhautentzündung erst ab einem Alter von 60 Jahren deutlich häufiger bei Männern als bei Frauen. Frauen mit Sepsis hatten kürzere Krankenhausaufenthalte und eine niedrigere Sterblichkeit, aber nur ab einem bestimmten Alter. Solche Wendepunkte fallen zeitlich mit der Menopause zusammen.

Autoimmunerkrankungen: 60–70 % aller Autoimmunerkrankungen betreffen Frauen, bei manchen wie dem Sjögren-Syndrom oder dem



systemischen Lupus erythematoses (SLE) sind es sogar etwa 90 %. Die stärkeren Immunantworten von Frauen werden als eine Hauptursache angesehen. Auch hier gibt es eine Alterskomponente: In einer großen deutschen Querschnittsanalyse erreichte die Häufigkeit von Autoimmunerkrankungen bei Frauen ihren Höhepunkt zwischen 75 und 79 Jahren, bei Männern zwischen 80 und 84 Jahren.

Krebs: Alter ist der größte Risikofaktor für Krebs. Männer haben bei den meisten nicht-reproduktiven Krebsarten eine höhere Inzidenz und Sterblichkeit. Aber auch hier verläuft das Zusammenspiel von Alter und Geschlecht nicht-linear: Bei Lungenkrebs beispielsweise haben Frauen zwischen 20 und 49 zunächst eine höhere Inzidenz als Männer, bevor sich dieses Verhältnis mit zunehmendem Alter umkehrt – ein Muster, das zeitlich mit dem typischen Menopausen-Alter übereinstimmt.

Impfungen: Unterschiedliche Wirksamkeit und Nebenwirkungen

Impfantworten werden ebenfalls stark von Alter und Geschlecht beeinflusst. Grundsätzlich gilt: Jüngere Menschen und Frauen bilden nach einer Impfung mehr Antikörper. Eine Metaanalyse zu SARS-CoV-2-Impfungen zeigte, dass jüngere Erwachsene deutlich höhere Antikörperspiegel erreichten als ältere. Bei der HPV-Impfung zeigten Frauen in allen Altersgruppen höhere Antikörperspiegel als Männer. Bei den Nebenwirkungen sind ebenfalls jüngere Personen und Frauen stärker betroffen. Wichtig: Diese Unterschiede in der Nebenwirkungsrate könnten teilweise auch auf Verhaltensunterschiede bei der Meldung zurückgehen, da Männer möglicherweise leichte bis moderate Nebenwirkungen seltener berichten. Entscheidend ist auch das Zusammenspiel beider Faktoren: In einer Langzeitstudie zeigte sich, dass der altersbedingte Rückgang der humoralen Immunität (also der Antikörperbildung) bei Männern stärker ausgeprägt war als bei Frauen, sodass sich die Unterschiede mit dem Alter vergrößerten. Booster-Impfungen konnten diese geschlechts- und altersbedingten Unterschiede ausgleichen – ein starkes Argument für alters- und geschlechtsspezifische Impfempfehlungen. Ein wichtiger Hinweis der Autorinnen und Autoren: Auch wenn Nebenwirkungen je

nach Alter und Geschlecht variieren, verursachen Impfungen nur selten lebensbedrohliche Komplikationen und bleiben die sicherste und wirksamste Maßnahme gegen schwere Infektionsverläufe.

Krebsimmuntherapie: Geschlecht und Alter als Einflussfaktoren

Auch die Wirksamkeit von Immuntherapien gegen Krebs hängt von Alter und Geschlecht ab. Patientinnen und Patienten bis etwa 70 Jahre profitieren am stärksten; bei über 75-Jährigen ist der Nutzen geringer, aber immer noch vorhanden. Eine Metaanalyse ergab, dass Männer stärker von Checkpoint-Inhibitoren profitierten als Frauen (28 % gegenüber 14 % Risikoreduktion für Tod). Gleichzeitig hatten Frauen ein um 49 % höheres Risiko für schwere Nebenwirkungen unter Immuntherapie. Die Autorinnen und Autoren betonen, dass Frauen in Immuntherapie-Studien besser repräsentiert sein müssen und dass eine geschlechtsspezifische Auswertung und Berichterstattung dringend erforderlich ist.

Medikamentenwirkung und -nebenwirkungen:

Einer der aus Patient:innensicht vielleicht wichtigsten Abschnitte des Artikels befasst sich mit der klinischen Pharmakologie, also damit, wie Medikamente im Körper verarbeitet werden und wirken. Frauen haben im Durchschnitt höhere Wirkstoffkonzentrationen im Blut und längere Eliminationszeiten als Männer – und diese Unterschiede hängen nicht einfach mit dem Körpergewicht zusammen. In einer Untersuchung von 86 Medikamenten waren 96 % der Wirkstoffe, bei denen Frauen höhere Blutspiegel aufwiesen, mit einer höheren Rate an Nebenwirkungen bei Frauen verknüpft. Erschreckend: Mehrere Medikamente mussten aufgrund schwerer, vor allem bei Frauen auftretender Nebenwirkungen vom Markt genommen oder mit Warnhinweisen versehen werden. Die Autorinnen und Autoren listen eine ganze Reihe solcher Fälle auf, darunter Medikamente gegen Allergien, Sodbrennen, Schlafstörungen und Diabetes. Beim Schlafmittel Zolpidem (Stilnox®) empfahl die US-amerikanische Arzneimittelbehörde FDA 2013 eine niedrigere Dosis für Frauen, weil sie ein erhöhtes Risiko für Be-

eintrüchtigungen am nächsten Morgen hatten. Besonders relevant für Menschen mit HIV und Koinfektionen: Auch bei entzündungshemmenden Medikamenten wie Ibuprofen und Naproxen, bei Glukokortikoiden (Prednison/Prednisolon) und bei TNF-Modulatoren (wichtig bei Autoimmunerkrankungen) zeigen sich deutliche Geschlechts- und Alterseffekte auf Wirksamkeit und Nebenwirkungsrisiko. Frauen waren etwa doppelt so häufig wie Männer von schweren Magen-Darm-Nebenwirkungen unter den oben genannten Entzündungshemmern betroffen. Bei TNF-Hemmern entwickelten Frauen sekundäres Therapieversagen in einem anderen Alter als Männer.

Warum wissen wir nicht längst mehr darüber?

Die Autorinnen und Autoren zeichnen ein historisch gewachsenes Problem nach: In Reaktion auf den Thalidomid-Skandal (Contergan®) empfahl die US-Arzneimittelbehörde FDA 1977, Frauen im gebärfähigen Alter aus frühen klinischen Studien auszuschließen. Obwohl gut gemeint, führte dies zu einer jahrzehntelangen Verzerrung der medizinischen Forschung zugunsten männlicher Studienteilnehmer. Dosierungsempfehlungen wurden an Männern getestet und dann einfach auf Frauen übertragen – mit allen Konsequenzen.

Fortschritte gab es: Der „NIH Revitalization Act“ von 1993 in den USA und die NIH-Richtlinie „Sex as a Biological Variable“ von 2016 forderten den Einbezug von Frauen in Studien und die Berücksichtigung des biologischen Geschlechts als Forschungsvariable. Auch in Europa haben EU-Rahmenprogramme zunehmend die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte in Forschungsanträgen eingefordert. Trotzdem versäumen es noch heute die meisten Studien, Alter als dynamische Ko-Variable einzubeziehen – weniger als 10 % der Studien begründen, warum sie Frauen ausschließen oder Daten nicht nach Geschlecht auswerten.

Das Fazit des Artikels ist eindeutig: Es braucht einen Paradigmenwechsel. Geschlecht und Alter dürfen nicht mehr als isolierte, statische Variablen behandelt werden, sondern müssen als miteinander verflochtene, dynamische biolo-

gische Faktoren in allen Phasen der Forschung berücksichtigt werden. Konkret fordern die Autorinnen und Autoren: Tierstudien sollten systematisch beide Geschlechter und verschiedene Altersgruppen einschließen. Klinische Studien müssen so konzipiert sein, dass Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Alter erkannt werden können, mit vollständiger Dokumentation der reproduktiven und hormonellen Vorgeschichte. Statt einfacher linearer Modelle sollten nichtlineare statistische Verfahren eingesetzt werden, die biologische Wendepunkte wie die Menopause abbilden können. Und auch nach der Zulassung von Medikamenten muss eine transparente Nachbeobachtung stattfinden, die Geschlechts- und Alterseffekte systematisch erfasst.

Auch wenn der Artikel HIV nicht direkt behandelt, sind seine Erkenntnisse für die HIV-Community hochrelevant. Menschen mit HIV sind auf ein funktionierendes Immunsystem besonders angewiesen – für den Schutz vor Koinfektionen, für gute Impfantworten und für die Verträglichkeit von Langzeittherapien. Wenn wir wissen, dass Frauen und Männer Medikamente unterschiedlich verarbeiten, dass Impfantworten je nach Geschlecht und Alter variieren und dass die Menopause einen Wendepunkt für das Immunsystem darstellt, dann sollten diese Erkenntnisse auch in die HIV-Medizin einfließen: bei Dosierungsentscheidungen, bei Impfempfehlungen und bei der Betreuung alternder Menschen mit HIV. Die Forderung der Autorinnen und Autoren nach einer personalisierten, geschlechts- und altersbewussten Medizin ist auch eine Forderung, die wir als Patient:innen unterstützen sollten.

Übersetzung und Zusammenfassung: S. Schwarze unterstützt von ClaudeOpus4.8

*Quelle: Baker C, Ansere VA, Sanqui CI, Benayoun BA (2026) The problem with one-size-fits-all medicine: Biological sex and the aging immune system. PLoS Biol 24(5): e3003763.
<https://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.3003763>*

Infografik: ChatGPT5.4

Idvynso™: Neue Zweifachkombination gegen HIV in den USA zugelassen

Am 21. April 2026 hat die US-amerikanische Arzneimittelbehörde FDA ein neues HIV-Medikament zugelassen: Idvynso™ von Merck Sharp&Dohme (in Europa als MSD bekannt). Es handelt sich um eine einzelne Tablette, die einmal täglich eingenommen wird und zwei Wirkstoffe kombiniert: Doravirin (100 mg) und Islatravir (0,25 mg). In US-Apotheken ist es seit Mai 2026 erhältlich.

Idvynso™ ist ausschließlich als Umstellungsoption zugelassen – also für Erwachsene, deren Viruslast bereits unter der Nachweisgrenze liegt (unter 50 Kopien/ml), die stabil auf ihrer bisherigen Therapie sind und bei denen keine Resistenzen gegen Doravirin bekannt sind. Es ist kein Medikament für den Therapiebeginn.

Die Kombination kommt ohne Integrase-Hemmer (INSTI) aus – die Wirkstoffklasse, auf der fast alle gängigen Kombinationen wie Biktarvy®, Dovato® oder Triumeq® basieren. Und es enthält kein Tenofovir, also keine der beiden Tenofovir-Formen (TDF oder TAF), die in vielen Regimen stecken und bei Langzeiteinnahme zu Problemen mit Nieren- und Knochengesundheit führen können. Stattdessen setzt es auf eine Kombination aus einem NNRTI (Doravirin) und einem neuartigen NRTI (Islatravir), also zwei reverse Transkriptase-Hemmer, die das Virus auf unterschiedlichen Wegen blockieren. Die Zulassung stützt sich auf zwei Phase-3-Studien mit insgesamt über 1.000 Teilnehmenden: In der einen Studie wurde Idvynso™ mit Biktarvy® verglichen und erwies sich als "nicht unterlegen". In der zweiten Studie wurde Idvynso™ mit verschiedenen anderen Kombinationen verglichen

und zeigte sich auch hier vergleichbar wirksam mit einem Anteil der Patienten mit nicht nachweisbarer Viruslast über 90%. Über beide Studien hinweg waren auch 81 Personen ab 65 Jahren dabei – ein wichtiges Signal, da HIV-positive Menschen heute erfreulicherweise älter werden und das Thema Polypharmazie (viele Medikamente gleichzeitig) immer relevanter wird.

Die Nebenwirkungen waren insgesamt mild und vergleichbar mit den Vergleichstherapien. Am häufigsten traten auf: Durchfall, Schwindel, Müdigkeit, Blähungen, Kopfschmerzen und Gewichtszunahme (jeweils bei 1–3 %). Die Abbruchrate wegen Nebenwirkungen lag bei nur 0,5–3 %.

Bei Hepatitis-B-Koinfektion ist Vorsicht geboten: IDVYNZO™ hat keine Wirkung gegen HBV. Wer von einem HBV-wirksamen Regime umstellt, muss engmaschig überwacht werden.



Islatravir spielt auch eine zentrale Rolle in Mercks Forschungsprogramm. Besonders spannend: In Kombination mit Gileads Lenacapavir wird Islatravir in zwei Phase-3-Studien als orale

Einmal-wöchentlich-Therapie getestet. Außerdem entwickelt Merck mit MK-8527 einen einmal monatlich einzunehmenden oralen PrEP-Kandidaten, der in zwei großen Phase-3-Studien bei Frauen und

Mädchen in Subsahara-Afrika sowie global untersucht wird.

Ob und wann eine europäische Zulassung für Idvynso™, bei der EMA beantragt wird oder erfolgt, und ob es danach auch in Deutschland auf den Markt kommt, ist noch offen.

Quelle: Pressemitteilung MSD

Übersetzung / Bearbeitung: S. Schwarze unterstützt von ClaudeOpus4.6

Kann eine einzige Infusion HIV in Schach halten?

Wer die „HIV-Szene“ verfolgt, kennt das Muster: Alle paar Monate verspricht eine Schlagzeile in den Massenmedien die „Heilung“ – und am Ende bleibt wenig übrig. Umso bemerkenswerter ist, dass diesmal ein besonders besonnener Forscher das Wort ergreift und vor allem zur Vorsicht mahnt. Steven Deeks, HIV-Arzt und Heilungsforscher in San Francisco, hat im Mai 2026 frühe Daten vorgestellt, die zeigen: Eine einmalige Infusion genetisch modifizierter Abwehrzellen kann bei einzelnen Menschen HIV über Monate bis Jahre in Schach halten – ganz ohne Medikamente.

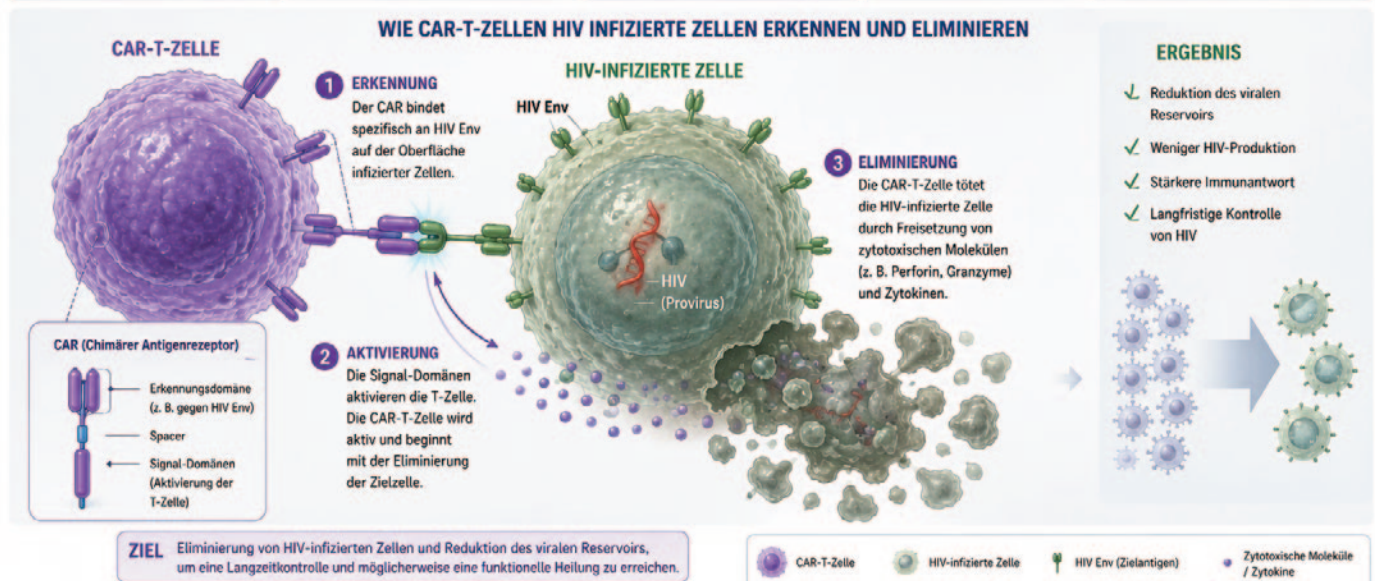
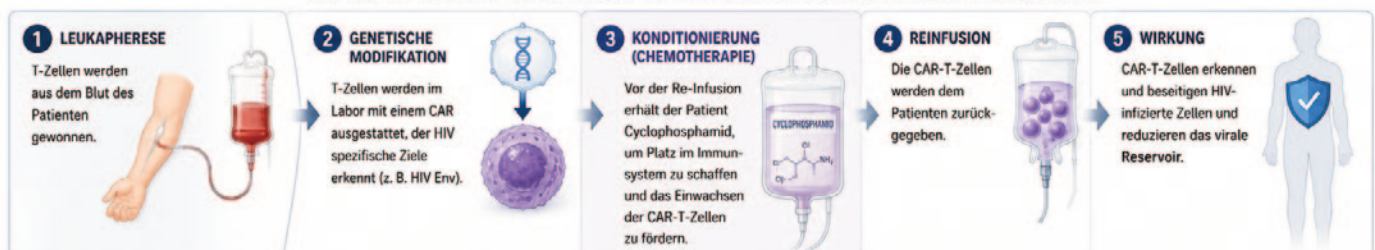
Bei der sogenannten CAR-T-Zelltherapie entnimmt man dem Körper eigene Abwehrzellen (T-Zellen), baut sie im Labor gentechnisch um –

gibt ihnen einen zusätzlichen Rezeptor, der HIV, bzw. HIV-infizierte Zellen erkennen kann und gibt sie zurück in den Körper. Die umgebauten Zellen sollen HIV dann gezielt erkennen und unterdrücken. Die Idee stammt aus der HIV-Forschung der 1990er Jahre; die ersten Versuche scheiterten, legten aber das Fundament für die späteren Erfolge in der Krebstherapie (wo CAR-T-Zellen inzwischen sehr erfolgreich eingesetzt werden). Jetzt kehrt die ausgereifere Technik zu HIV zurück.

Vor der Infusion bekommen die Teilnehmenden allerdings eine niedrige Dosis einer Chemotherapie (Cyclophosphamid), um einen Teil der T-Zellen abzutöten. Bildlich gesprochen räumt es im Körper ein paar Plätze frei, damit sich die neuen Zellen ansiedeln und vermehren können. Mit der Infusion wird gleichzeitig die HIV-Therapie pausiert, um zu sehen, ob die neuen Zellen das Virus allein in Schach halten können.

Diese Behandlung wurde bei 9 Menschen mit

CAR-T-ZELL-THERAPIE ZUR KONTROLLE VON HIV



HIV durchgeführt (mit anschließender Therapieunterbrechung), aufgeteilt in drei Gruppen:

- Gruppe 1 (ohne „Platz-Schaffen“): Die gen-modifizierten Zellen konnten sich nicht erfolgreich ansiedeln – das Virus kam bei allen drei rasch zurück.
- Gruppe 2 & 3 (mit Vorbehandlung, niedrige bzw. höhere Menge an modifizierten Zellen): Hier zeigte sich der Effekt. Eine Person hält das Virus seit knapp einem Jahr unter der Nachweisgrenze, eine weitere seit fast zwei Jahren. Eine dritte hatte rund drei Monate lang eine vorübergehende Kontrolle.

Auffällig: Selbst bei einigen, die das Virus nicht dauerhaft kontrollierten, erfolgte der Wiederanstieg der Viruslast später als erwartet – ein Hinweis, dass das Immunsystem das Virus zumindest eine Zeitlang kontrollieren konnte.

Drei wichtige Vorbehalte gehören zur ehrlichen Einordnung:

- Sehr früher Therapiestart. Die beiden Erfolgsfälle hatten ihre HIV-Behandlung schon in den ersten Wochen nach der Infektion begonnen. Dadurch ist ihr Virusreservoir – die Verstecke des Virus im Körper – klein. Manche solcher Menschen kontrollieren HIV auch von allein. Ob also die genveränderten Zellen die Arbeit gemacht haben, ist noch nicht bewiesen.
- Die Zellen verschwanden. Nach wenigen Wochen waren die modifizierten Zellen wieder aus dem Blut verschwunden. Sind sie abgestorben – oder haben sie sich ins Gewebe verlagert, dorthin, wo sie gebraucht werden? Das ist offen und wird derzeit untersucht.
- Echte Risiken. Schwere Nebenwirkungen durch das Zellprodukt selbst gab es keine. Bei einer Person fielen jedoch die Blutwerte nach der Vorbehandlung stärker als erhofft und erholen sich erst langsam wieder.

Die wichtigste Botschaft ist nüchtern: Praktisch alle heute erprobten Heilungsansätze sind weit davon entfernt, so sicher und wirksam zu sein wie die tägliche HIV-Therapie. Wer eine gut wirkende Behandlung nimmt, ist besser dran als jeder, der heute ein solches Verfahren erhält. Es geht ausdrücklich um die Zukunft, nicht um die Gegenwart.

Trotzdem ist es wichtig, solche Studien durchzuführen. Deeks denkt an Menschen, die künftig keinen verlässlichen Zugang zur Behandlung haben – durch Lieferengpässe, bedrohte Behandlungsprogramme (vor allem in den USA), fehlende Versicherung oder schwierige Lebensumstände. Für sie wäre eine einfache „Einmal-und-fertig“-Behandlung ein Durchbruch.

Heutige CAR-T-Zellen sind teuer und nebenwirkungsreich – aber, so Deeks, all das ist lösbar, sobald der Grundsatzbeweis steht. Der Hersteller arbeitet bereits an einer potenteren nächsten Generation der Technik.

Sein Schlusswort bleibt bescheiden: Man sei noch viele Jahre von etwas wirklich Wirksamem entfernt. Begeisterung für die Zukunft ja – aber es sind allerfrühste Tage.

Übersetzung und Bearbeitung: S. Schwarze unterstützt von ClaudeOpus4.8

Quellen:

- <https://www.thebodypro.com/hiv/gene-therapy-car-t-hiv-cure-research-deeks-2026>
- <https://caringcross.org/press/caring-cross-announces-promising-clinical-data-with-single-dose-anti-hiv-car>

PrEP-Beratung

prepberatung@muenchnerpositive.de

Positiven-Stammtisch

www.muenchnerpositive.de

HIV-Therapie-Beratung

therapiehotline@muenchnerpositive.de

Positive Theke

www.facebook.com/positivemuc

Grundlegend & Wissenswert

Wenn HIV die Lunge aus dem Takt bringt

Wer dauerhaft schlecht schläft oder ständig gegen seinen natürlichen Rhythmus lebt, fühlt sich kränker, anfälliger, erschöpfter. Unser Körper hat eine eingebaute innere Uhr – einen Taktgeber, der im 24-Stunden-Rhythmus regelt, wann Hormone ausgeschüttet werden, wann wir müde sind, wann das Immunsystem hochfährt. Aber nicht nur das Gehirn hat so eine Uhr. Fast jedes Organ besitzt seine eigene kleine „Uhr“ – auch die Lunge.

Eine neue Studie aus den USA zeigt nun erstmals genau, wie HIV diese „Lungen-Uhr“ durcheinanderbringt – und warum das zu Entzündung und letztlich zu Lungenschäden führt.

Dank der modernen HIV-Therapie (ART) leben Menschen mit HIV heute lang und gut. Im Alter treten jedoch häufiger Begleiterkrankungen auf – eine davon betrifft die Lunge: Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung COPD (mit ihrer Sonderform, dem Lungenemphysem) kommt bei Menschen mit HIV deutlich häufiger und früher vor. Menschen mit HIV entwickeln COPD jünger, häufiger und mit schnellerem Verlust der Lungenfunktion als Menschen ohne HIV. Das Besondere: HIV trägt unabhängig vom Rauchen zur COPD bei – über oxidativen Stress, chronische Entzündung und veränderte Immunreaktionen in der Lunge. Auch wer nie geraucht hat, kann betroffen sein. Lange war unklar, durch welchen Mechanismus das geschieht. Genau diese Lücke füllt die neue Studie.



Man kann sich die Lungen-Uhr wie ein fein eingestelltes Uhrwerk vorstellen, in dem mehrere Zahnräder ineinandergreifen. Die wichtigsten „Zahnräder“ sind Eiweiße mit Namen wie BMAL1, PER2, CLOCK und REV-ERB. Ein besonders wichtiges Bauteil ist ein Eiweiß namens SIRT1 – man kann es sich als den Uhrmacher vorstellen, der die anderen Zahnräder ölt, justiert und im richtigen Takt hält. SIRT1 hält außerdem die Entzündung in der Lunge in Schach.

Was die Forschenden fanden:

1. In den Lungen verstorbener Spender mit HIV war die Uhr fast stehen geblieben. Praktisch alle Takt-Gene waren stark heruntergefahren – und zwar auffallend gleichmäßig, anders als bei Menschen ohne HIV, wo die Werte normal schwanken. Das deutet darauf hin, dass etwas am HIV selbst die Uhr überstimmt.
2. Der Übeltäter heißt Tat. HIV produziert ein kleines Eiweiß namens Tat („Transaktivator of Transcription“). Das Tückische: Tat wird von infizierten Zellen ausgeschüttet und dringt in benachbarte, gesunde Zellen ein, wo es Schaden anrichtet – auch dann, wenn das Virus dort gar nicht aktiv ist. In den HIV-positiven Lungen ließ sich Tat genau im Bereich der Atemwege nachweisen, zusammen mit eingewanderten Entzündungszellen.
3. Tat sabotiert den Uhrmacher über einen Umweg. Tat schaltet ein winziges Molekül namens miR-126-3p an (eine sogenannte microRNA – ein kleiner „Stör-Schalter“ in der Zelle). Diese microRNA legt den Bauplan für den Uhrmacher SIRT1 lahm. Weniger SIRT1 die Zahnräder der Uhr geraten aus dem Takt – die Uhr läuft falsch.
4. Eine Uhr ohne Takt = Dauerentzündung. Fällt SIRT1 aus, häufen sich Entzündungsbotenstoffe an (Fachbegriff: proinflammatorische Zytokine, mit Namen wie IL-6, IL-8, TNF- α). Genau diese Botenstoffe greifen bei COPD die Lunge an.

5. Bestätigung im Tiermodell. Bei speziell gezüchteten Mäusen, die nur in der Lunge das Tat-Eiweiß bilden, zeigte sich dasselbe Bild wie beim Menschen: Uhr-Gene heruntergefahren, mehr oxidativer Stress und bereits erweiterte Lungenbläschen, also frühe Anzeichen eines Emphysems. Schon bei jungen Mäusen (im Menschenalter etwa 20–25 Jahre) waren erste Veränderungen messbar. Das passt zu Beobachtungen, wonach erste COPD-Anzeichen bei Menschen mit HIV teils schon zwischen 38 und 47 Jahren auftreten.
6. Die Forschenden konnten den Schaden in Laborversuchen teilweise rückgängig machen. Mit einem Wirkstoff namens SRT1720, der den Uhrmacher SIRT1 wieder aktiviert, ließen sich die Entzündungsbotenstoffe deutlich senken. Das zeigt: Der Mechanismus ist im Prinzip beeinflussbar.

Es ist wichtig, die Tragweite dieser Untersuchung richtig einzuordnen:

- Die Ergebnisse stammen aus Zellkulturen, Mäusen und gespendetem Lungengewebe – nicht aus einer Behandlungsstudie an lebenden Menschen. Es gibt also (noch) kein Medikament, das man jetzt einnehmen könnte. Der Wirkstoff SRT1720 ist ein Forschungswerkzeug, kein zugelassenes Arzneimittel.
- Zum ersten Mal versteht man den Weg von HIV über die Lungen-Uhr zur Entzündung so genau, dass man gezielt nach Therapien suchen kann. Die Idee, die Lungen-Uhr mit SIRT1- oder REV-ERB -Aktivatoren „neu zu stellen“, ist ein vielversprechender Ansatzpunkt für die Zukunft.
- Die Studie unterstreicht, wie wichtig Lungengesundheit ist. Praktisch heißt das vor allem: Rauchverzicht (Rauchen verstärkt den Schaden zusätzlich), Aufmerksamkeit für Atembeschwerden und das Thema Lunge beim ärztlichen Gespräch nicht aus den Augen verlieren. Auch Luftverschmutzung wirkt sich bei Menschen mit HIV und Lungenvorerkrankung stärker aus – ein weiterer Grund, die Atemwege zu schützen.
- Dass HIV über das Tat-Eiweiß innere Uhren stört, erklärt womöglich auch, warum viele Menschen mit HIV über Schlafprobleme berichten. Die „Uhren“ im Körper hängen zusammen.

Zusammenfassung:

HIV stört über sein Tat-Eiweiß die innere Uhr der Lunge, indem es den „Uhrmacher“ SIRT1 ausschaltet – das führt zu chronischer Entzündung und ebnet den Weg zu COPD und Emphysem. Doch genau dieses neu entschlüsselte Uhrwerk könnte in Zukunft zum Ansatzpunkt für schützende Therapien werden.

Quellen und weiterführende Links

Originalstudie: Panda K. et al. (2026): HIV disrupts the lung molecular clock, leading to lung inflammation and features of emphysema. Communications Biology 9:11. <https://doi.org/10.1038/s42003-025-09284-1>

- *Übersichtsarbeit zu HIV und COPD (Read A. et al., 2025): Chronic Obstructive Pulmonary Disease in People with HIV: an Evidence-Based Review <https://www.dovepress.com/chronic-obstructive-pulmonary-disease-in-people-with-hiv-an-evidence-based-peer-reviewed-fulltext-article-HIV>*
- *Luftverschmutzung und Atemwegssymptome bei HIV (TheBodyPro, 2026): Impact of Air Pollution Is More Severe in People With HIV and Lung Disease <https://www.thebodypro.com/hiv/air-pollution-copd-lung-disease-hiv-feb-2026>*
- *Leitlinien-Hinweis zu chronischer Lungenerkrankung bei HIV (EACS): EACS – Chronic Lung Disease in HIV <https://eacs.sanfordguide.com/en/eacs-part2/chronic-lung-disease/chronic-lung-disease-in-hiv>*

Übersetzung, Zusammenfassung und Bearbeitung: S. Schwarze unterstützt von ClaudeOpus4.8

Leben mit HIV

Loreen Willenberg, eine außergewöhnliche Frau, ein letztes Geschenk an die Wissenschaft

Am 6. April 2026 ist Loreen Willenberg im Alter von 71 Jahren in der Region Sacramento (Kalifornien) gestorben – an einem Lungenkrebs, der sich in ihr Gehirn ausgebreitet hatte. Sie war Landschaftsgärtnerin, ein Mensch mit warmer, rauchiger Stimme, der jeden „Honey“ nannte. Vor allem aber war sie etwas, das es weltweit nur noch zweimal gibt: eine sogenannte **„exceptional elite controller“** – ein Mensch, dessen Immunsystem HIV offenbar ganz aus eigener Kraft besiegt hat, ohne je antiretrovirale Medikamente einzunehmen.

1992 erhielt Loreen ihre HIV-Diagnose – mitten in den dunkelsten Jahren der Aids-Pandemie, lange vor den ersten wirksamen Kombinations-therapien. Doch ihr Arzt bemerkte rasch etwas Erstaunliches: Ihre CD4-Zellen, die wichtigsten „Wachposten“ des Immunsystems, sanken nicht. Schon Mitte der 1990er sagte er zu ihr: „Ich glaube, in der Zukunft wird sich jemand sehr für Sie interessieren.“

Als Loreen kurz darauf in der Zeitschrift POZ über sogenannte „Long-term Nonprogressors“ las – Menschen mit HIV, die jahrzehntelang gesund bleiben, ohne Medikamente zu nehmen – brach sie in Tränen aus: „Oh mein Gott, das ist die Studie. Die suchen mich.“ Wenige Wochen später flogen elf Röhrchen ihres Blutes per Express nach Boston.

2020 veröffentlichte ein Forschungsteam des Ragon-Instituts (eine Kooperation von Mass General Brigham, Harvard und MIT) in der Fachzeitschrift Nature eine spektakuläre Analyse: Sie hatten 1,5 Milliarden Zellen aus Loreens Körper mit modernster Technik durchsucht – und fanden keine einzige vermehrungsfähige Kopie von HIV.

Zum Vergleich: Bei 63 anderen Elite Controllern fand sich das Virus zwar auch – nur war es eingesperrt in Reservoirs, in denen es sich nicht mehr vermehren konnte. Bei Loreen aber war das Reservoir, dieser berühmte „Tresorraum“ der Viren, offenbar leer. Dr. Xu Yu, eine der Forscherinnen, sagte es so: „Ihr Immunsystem hat alles abgeschaltet.“

Ein besonders eindrucksvoller Beweis kam später, als Loreen wegen ihrer Krebserkrankung eine Chemotherapie erhielt. Diese Behandlung schwächt das Immunsystem – ein gefundenes Fressen für jedes versteckte HIV, das nur darauf wartet, sich wieder zu vermehren. Doch nichts geschah. Kein Virus tauchte auf. Es war, als wäre der „Tresor“ nicht nur leer, sondern überhaupt nicht mehr vorhanden.

Loreen war eine von nur drei bekannten „exceptional elite controllers“ weltweit. Die beiden anderen bleiben anonym:

- die sogenannte „Esperanza-Patientin“ aus Argentinien
- eine Frau aus Australien

Alle drei haben gemeinsam, dass sie nie eine HIV-Therapie eingenommen haben und sich in ihrem Körper kein vermehrungsfähiges Virus mehr finden ließ.

Loreen war schon zu Lebzeiten eine unermüdliche Studententeilnehmerin – sie reiste sogar auf eigene Kosten nach Boston, um für Forschung zur Verfügung zu stehen. Doch sie ging noch weiter: Sie meldete sich für die „Last Gift Study“ der University of California San Diego an, ein Programm, in dem Menschen mit HIV ihren Körper nach dem Tod für die Forschung spenden.

Damit das funktioniert, muss die Obduktion innerhalb von sechs Stunden nach dem Tod erfolgen. Dr. Sara Gianella Weibel und ihr Team flogen deshalb sofort von San Diego nach Sacramento. Loreens Gewebe wurde anschließend auf drei Forschungsteams verteilt – San Diego, Boston und North Carolina (Letztere untersuchen ihr Gehirn).

Die zentrale Frage: Versteckt sich irgendwo doch noch HIV in tieferen Gewebeschichten?

Oder hat ihr Körper das Virus tatsächlich vollständig ausgelöscht? Und was genau hat ihr Immunsystem so einzigartig gemacht? Eine Vermutung: besonders effektive natürliche Killerzellen (NK-Zellen) – jene "Wachhunde" des angeborenen Immunsystems, die infizierte Zellen erkennen und sofort eliminieren, bevor sich das Virus überhaupt ausbreiten kann.

Dr. Gianella sagte einen rührenden Satz: „Sie wird im Grunde nie sterben, weil wir aus ihren Zellen weiter lernen können.“ Loreens Zellen werden im Labor weitergezüchtet – ein biologisches Erbe, das die HIV-Heilungsforschung über Jahre weitertragen wird.

Es würde Loreen nicht gerecht, sie nur als „medizinisches Phänomen“ zu sehen. Sie war Landschaftsgärtnerin mit grünem Daumen – einmal überwucherte sie die triste Fassade ihrer Wohnung mit Kreuzreben, bis der Vermieter protestierte. „Sie hat aus etwas Schlichtem etwas Schönes gemacht“, erinnert sich ihr Freund Jeff Koertzen.

2006 ging Loreen als erste „exceptional elite controller“ weltweit mit ihrem HIV-Status an die Öffentlichkeit – mutig, denn sie lebte damals in einem konservativen Kleinstädtchen. Im selben Jahr gründete sie die Zephyr Foundation, eine Stiftung, die etwa 100 Elite Controllers aus aller Welt über eine vertrauliche Plattform miteinander verband. Sie sollten sich austauschen können – über medizinische Fragen, aber auch über die seltsame Einsamkeit, „anders“ zu sein. Sie traf Timothy Ray Brown – den „Berlin-Patient“, den ersten Menschen, der nach einer Knochenmarktransplantation als geheilt galt. Sie traf Jeanne White-Ginder, die Mutter von Ryan White. Sie wurde Teil der Geschichte der HIV-Bewegung.

Und sie blieb dabei bescheiden. Ihrem Freund Koertzen sagte sie einmal: „Wenn sie jemals herausfinden, was in meinem Körper steckt – ich würde es sofort herausnehmen und an alle meine HIV-positiven Freunde verschenken.“

Loreens Geschichte ist nicht nur die einer faszinierenden Einzelperson – sie ist eine Landkarte zur Heilung. Wenn Forschende verstehen, wel-

che Mischung aus Genen, Immunzellen und biologischen Schaltern bei ihr funktioniert hat, könnten daraus eines Tages Therapien entstehen, die anderen Menschen mit HIV das schenken, was sie hatte: ein Leben ohne tägliche Tabletten, ohne Reservoir, ohne Angst.

Bis dahin bleibt die antiretrovirale Therapie der zuverlässige Weg, mit dem über 40 Millionen Menschen weltweit gesund leben. Loreen sagte 2020 in einem amfAR-Video, genau diese Menschen seien der Grund für ihr Engagement: „Mir wird die Gelegenheit geschenkt, in einer wirklich großen Sache zu helfen. Deshalb gehe ich in Dankbarkeit.“

Dawn Averitt, eine Aktivistin und Freundin, fasste es schön zusammen: „Ihr Geschenk an uns ist Hoffnung – und vielleicht der Beweis, dass es einen Weg gibt.“

Loreen Willenberg hinterlässt drei Schwestern – Laurie, Lee Ann und Lynn. Und sie hinterlässt der Forschung ein Geschenk, das vielleicht eines Tages ein Heilmittel sein wird.

Hauptquelle:

TheBody: RIP Loreen Willenberg, who gave her HIV-proof body to science and her heart to the community —
<https://www.thebody.com/news/hiv/loreen-willenberg-remembrance-hiv-elite-controller-nonprogressor>

Ergänzende aktuelle Quellen:

- *amfAR-Nachruf (10. April 2026): Remembering Loreen Willenberg, HIV Advocate Who Expanded the Boundaries of Cure Research —*
<https://www.amfar.org/news/remembering-loreen-willenberg-hiv-advocate-who-expanded-the-boundaries-of-cure-research/>
- *POZ (Februar 2026): Researchers Describe Exceptional Elite Controller in Spain —*
<https://www.poz.com/article/researchers-describe-exceptional-elite-controller-spain>
- *The Lancet HIV (November 2025): Functional cure of HIV-1 infection in an exceptional elite controller: a case report*
<https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-30182500233-4/abstract>

Übersetzung und Zusammenfassung: S. Schwarze unterstützt von ClaudeOpus4.7

Politik & Soziales

UN-Hochrangiges Treffen zu HIV/AIDS 2026 (UNHLM HIV)

Vom 22.-23. Juni 2026 wird in New York das Hochrangige Treffen der Vereinten Nationen zu HIV (UNHLM) stattfinden. Im Vorfeld befasste sich am 24. April die 81. Plenarsitzung der UN-Generalversammlung mit der Modalitätenresolution für das HLM.

Auch wenn solche Resolutionen vor allem Verfahrensfragen regeln, sind sie politisch bedeutsam: Sie legen fest, wer am Prozess beteiligt wird und welche Themen in den Verhandlungen sichtbar bleiben. Darüber hinaus werden, wie die durch Annalena Baerbock eröffnete Sitzung zeigte, erste Konfliktlinien deutlich, die sich auf das UNHLM und die dabei zu verabschiedende HIV-Resolution auswirken dürfte. Ob diese durch die bei den Vereinten Nationen vertretenen Staaten dann einstimmig verabschiedet oder in einem Abstimmungsverfahren verabschiedet (oder auch abgelehnt) wird, wird das Treffen zeigen.

Bereits die Debatte über die Modalitäten zeigt, dass das HLM 2026 in einem zunehmend polarisierten Umfeld stattfinden wird. Im Mittelpunkt standen die Anerkennung sogenannter Schlüsselpopulationen (key populations) und die Beteiligung der Zivilgesellschaft - zwei Grundpfeiler einer wirksamen HIV-Arbeit. Russland versuchte, den Begriff „Schlüsselpo-

pulationen“ aus der Resolution zu streichen beziehungsweise durch allgemeinere Formulierungen zu ersetzen. Gemeint sind Gruppen, die überproportional von HIV betroffen sind, etwa Männer, die Sex mit Männern haben, Sexarbeiter*innen oder Menschen, die Drogen konsumieren. Die Streichung würde gezielte Präventionsmaßnahmen erschweren und die wirksame Verwendung knapper Ressourcen gefährden. Der Vorstoß scheiterte jedoch: 77 Staaten stimmten dagegen, 33 dafür, 29 enthielten sich.

Das ist gut so. Würde sich Russland mit seinen Vasallenstaaten durchsetzen, bestünde die Gefahr, dass gerade die am stärksten betroffenen

Gruppen weiter ausgegrenzt werden. All das geschieht in der Russischen Föderation beispielsweise durch die Kriminalisierung und Verfolgung missliebiger Communities. Im Vergleich zu anderen Staaten der WHO Europa Region gehört Russland mit ge-

schätzt 1,1 bis 1,2 Millionen mit HIV lebenden Menschen, zu den am stärksten betroffenen Ländern. Zahlen wie diese belegen, wie problematisch es ist, wenn betroffene Communities nicht als Partner in der Prävention, sondern als der russischen Kultur fremde (Staats-) Feinde wahrgenommen und behandelt werden. Dass Russland sein „Erfolgsrezept“ der HIV-Arbeit gerne internationalisieren würde, ist beängstigend.

Ein weiterer Streitpunkt war die Beteiligung von NGOs und zivilgesellschaftlichen Organisationen. Russland und unterstützende Staaten forderten stärkere politische Kontrolle über Akkreditierungen und Auswahlverfahren. Kritiker*innen sehen darin den Versuch, kritische Stimmen und von HIV betroffene Communities



Bild: 33 Länder (!!!) haben sich der Forderung Russlands angeschlossen, Schlüsselpopulationen nicht zu benennen. 29 Länder enthielten sich. 77 Länder stimmten gegen den Vorschlag.

aus internationalen Prozessen auszuschließen. Auch dieser Vorschlag fand keine Mehrheit.

Die Debatte verdeutlicht einen grundlegenden Konflikt: Auf der einen Seite steht ein menschenrechtsbasierter und evidenzorientierter Ansatz der HIV-Bekämpfung, auf der anderen Seite eine Politik, die nationale Souveränität über internationale Standards stellt und die Anerkennung bestimmter Bevölkerungsgruppen infrage stellt.

In der abschließenden Abstimmung wurde die Modalitätenresolution mit großer Mehrheit angenommen. 136 Staaten stimmten dafür, elf enthielten sich, lediglich Russland, Belarus und Nicaragua votierten dagegen.

Für die weiteren Vorbereitungen des HLM ist dies ein wichtiges Signal. Zwar bleibt der Prozess formal inklusiv und multi-stakeholder-orientiert, die bisherigen Debatten zeigen jedoch deutlich, dass Fragen zu Menschenrechten, Geschlechtergerechtigkeit, LGBTIQ-Personen, Schlüsselpopulationen sowie zivilgesellschaftlicher Beteiligung auch die Verhandlungen über die politische Erklärung im Juni prägen werden. Dabei wird offenbar in Kauf genommen, dass das übergeordnete Ziel, Aids zu beenden, zugunsten kurzfristiger politischer Kompromisse an Gewicht verliert.

Die derzeit in Abstimmung befindliche Deklaration trägt den Titel „UNITED TO END AIDS“. Das Ergebnis werden wir in Kürze sehen. Ich werde an dem HLM teilnehmen und von den Ergebnissen berichten.

Peter Wiessner

Juni 2026

Foto: Screenshot: Peter Wiessner

Kontakt: peter-wiessner@t-online.de

bitte in frankiertem Fensterumschlag

An Projekt Information e.V.
Motzstr. 47
10777 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.

Wichtiger Hinweis:

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



let's talk about health.

Infos zu Medizin und Gesundheit für Menschen mit HIV und alle Interessierte
Ein Gemeinschaftsprojekt von Berliner Aids-Hilfe und Projekt Information

Berliner Aids-Hilfe e.V. **PROJEKT INFORMATION**

Veranstaltungsreihe mit Terminen am
22.04., 17.06., 19.08., 23.09., 18.11.
jeweils um 19 Uhr im
Ulrichs – Café, Küche & Kultur
Karl-Heinrich-Ulrichs-Str. 11
10787 Berlin

abbvie GILEAD MSD ViiV

19.08.2026

„High and health“ – Risikoreduktion und Selbstfürsorge bei Chemsex

*Referent*in: Dr. Martin Viehweger (Viro Praxis Berlin)*

Chemsex bezeichnet sexuelle Begegnungen im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen. Für viele Menschen ist das Thema mit sehr unterschiedlichen Erfahrungen, Fragen und Bedürfnissen verbunden.

Der Vortrag vermittelt Grundlagen der Harm Reduction (Schadensminimierung). Im Mittelpunkt stehen Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Risiken, eine gute Vorbereitung, ein bewusster Umgang mit Substanzen sowie praxisnahe Empfehlungen für den Umgang mit herausfordernden Situationen oder Notfällen.

23.09.2026

„HIV und Frauengesundheit: Menopause & Osteoporose“

*Referent*in: Dr. Caroline Isner & Dr. Anja Masuhr (Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum)*

Frauen mit HIV erleben heute dank wirksamer antiretroviraler Therapien keine geringere Lebenserwartung als Frauen ohne HIV. Damit rücken alters- und geschlechtsspezifische Gesundheitsthemen zunehmend in den Mittelpunkt. Besonders die Menopause und die damit verbundenen hormonellen Veränderungen haben einen erheblichen Einfluss auf die Knochengesundheit. In diesem Vortrag geht es um die Zusammenhänge zwischen HIV, antiretroviraler Langzeittherapie, Menopause und Osteoporose. Frauen mit HIV haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko für verminderte Knochendichte und Frakturen – beeinflusst durch chronische Entzündungsprozesse, hormonelle Umstellungen, bestimmte Medikamente sowie Lebensstilfaktoren.

Frankfurter Vorträge Juli bis September 2026

Mittwoch, 01.07.2026, 19.30 Uhr

"Männlichkeit(en), Sexualität und Konsens als PLWH"

Dieser Abend für schwule, bisexuelle und queere Männer widmet sich Themen wie Cruising, Dating und sexuellen Bedürfnissen. Auch bei viel Erfahrung bleiben oft Unsicherheiten – etwa beim Spagat zwischen Abenteuerlust und Grenzachtung oder dem Umgang mit einer HIV-Diagnose. Neben kurzen Inputs zur Kommunikation gibt es viel Raum für Austausch und offene Diskussionen.

Alexander Hahne ist Referent für Sexuelle Gesundheit, Sexualpädagoge (gsp), Systemischer Sexualtherapeut (IGST), Systemischer Supervisor, sexualitätsbezogener Bodyworker, Fachbuchautor und trans Aktivist

Mittwoch, 15.07.2026, 19.30 Uhr

HANS HILFT - Empowerment durch N=N

Von Porno über HIV zu einem glücklichen Leben – wie ich gelernt habe, das Biest zu zähmen. Interview und Gespräch über den selbstbewussten Umgang mit der Diagnose mit Hans Berlin, HIV Aktivist Porno Star, IWIIT Kampagne, New York

Mittwoch, 29.07.2026, 19.30 Uhr

HIV und Versicherungen – Chancen, Grenzen und Alternativen-

Für Menschen mit HIV ist der Zugang zu klassischen Versicherungen wie Berufsunfähigkeit oder Lebensversicherung oft schwierig, da viele Anbieter ablehnen oder hohe Zuschläge verlangen. Dennoch gibt es Möglichkeiten, etwa über Öffnungsklauseln für Beamte, Sterbegeldversicherungen mit Wartezeit oder betriebliche Gruppenlösungen. Wichtig ist, die realistischen Optionen zu kennen.

Friederike Burghardt, Versicherungskaufrau IHK, „Fachberaterin Belegschaft versorgen“, Über 20 Jahren im Versicherungsbereich tätig und seit 8 Jahren selbständige Versicherungsvermittlerin

Mittwoch, 12.08.2026, 19.30 Uhr

"Herz und HIV - brauchen wir jetzt alle Statine?"

Der Einsatz von Statinen bei Menschen mit HIV ab 40 wird mittlerweile stark befürwortet – seit Herbst 2025 auch von kardiologischer Seite. Doch ist das wirklich für alle sinnvoll? Wir beleuchten individuelle Unterschiede und klären, welche Rolle die antientzündliche Wirkung dieser Medikamente dabei spielt.

Dr. med. Hedro Lahdo, Internist und Gastroenterologe, Wiesbaden

Mittwoch, 26.08.2026, 19.30 Uhr

Neues rund um HIV, HCV, Prävention, Heilung und mehr von der Weltaidskonferenz in Rio de Janeiro Juli 2026

AIDS 2026, the 26th International AIDS Conference, Brasilien

Dr. med. Philipp de Leuw, Facharzt für Innere Medizin, Infektiologie, Infektiologikum Frankfurt

Mittwoch, 09.09.2026, 19.30 Uhr

Patientenverfügung – intensiv

Erfahren Sie praxisnah, worauf es bei einer Patientenverfügung ankommt. Gemeinsam besprechen wir mögliche Fallstricke, erkennen gute Formulare und gehen ein Muster Schritt für Schritt durch. Sie können individuelle Fragen klären und auf Wunsch direkt vor Ort Ihre eigene Verfügung erstellen. Gerne können Sie auch bereits bestehende Dokumente mitbringen, um sie auf aktuelle Vorgaben und Ihre persönlichen Wünsche prüfen zu lassen.

Christian Friedrich, Mobiler Sozialer Familiendienst e.V., Kastellaun

Mittwoch, 23.09.2026, 19.30 Uhr

Neue Themen und Erkenntnisse vom Kongress der niedergelassenen Ärzte im HIV Bereich (dagnä Workshop, 03.-05.09.2026 in Frankfurt)

Priv. Doz. Dr. med. Markus Bickel, Facharzt für Innere Medizin, Infektiologie, HIV-Schwerpunkt (DAGNÄ): Infektiologikum Frankfurt

Impressum

Herausgeber: Projekt Information e.V., Motzstr. 47, 10777 Berlin, Telefon (030) 23 57 92 60 ,

Fax: (030) 23 57 98 28 , 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.

Projekt Information e.V.

Folgende Apotheken (geordnet nach Postleitzahlen) unterstützen die Arbeit von Projekt Information e.V.!
In diesen Schwerpunktapotheken werden Sie umfassend und kompetent beraten.

APOTHEKENNAME	STRASSE	PLZ	ORT	TEL
MediosApotheke Oranienburger Tor	Friedrichstraße 113A	10117	Berlin	030/2827876
MediosApotheke Hackescher Markt	Rosenthaler Straße 46/47	10178	Berlin	030/2827876
Bezirksapotheke Friedrichshain	Warschauer Str. 27	10243	Berlin	030 2962024
Driesener Apotheke	Driesener Straße 19	10439	Berlin	030/4441083
Arminius-Apotheke	Turmstraße 38	10551	Berlin	030/3951623
Apotheke Carmer-7	Carmerstr. 7	10623	Berlin	030/31809444
Grüne Apotheke	Wilmsdorfer Straße 62	10627	Berlin	030/3139960
Quartier Apotheke	Maassenstrasse 3	10777	Berlin	030/2163453
Witzleben Apotheke 24	Kaiserdamm 24	14057	Berlin	030/93952030
Alexander-Apotheke St. Georg	Steindamm 81	20099	Hamburg	040/28009922
Raths Apotheke	Holtenauer Str. 148	24105	Kiel	0431 8059390
Leibniz-Apotheke	Georgstr. 46	30159	Hannover	0511/323214
Apotheke am Klingerplatz	Guerickestraße 2	30655	Hannover	0511/5479851
St.-Florian-Apotheke	Corellistr. 9	40593	Düsseldorf	0211/706894
Roland-Apotheke	Ostwall 242	47798	Krefeld	02151 613109
Kirch-Apotheke Alter Steinweg	Alter Steinweg 47	48143	Münster	0251 20310470
Augustiner-Apotheke	Martinstr. 16-20	50667	Köln	0221/2582296
Birken-Apotheke	Hohenstaufenring 59	50674	Köln	0221/2402242
Blondel Apotheke	Blondelstr. 18	52062	Aachen	0241/40107150
Kaiser-Apotheke	Kaiserplatz 4	53113	Bonn	0228/635744
5K Universum Apotheke	Theodor-Stern-Kai 7 (Haus 12)	60596	Frankfurt/M	069/40323366
Süd Apotheke	Stresemannallee 11	60596	Frankfurt/M	069/639061
Kreuz-Apotheke	Oranienstr. 1	65185	Wiesbaden	0611/300332
Apotheke 55	Schwabstr. 55	70197	Stuttgart	0711/6567973
Bären-Apotheke	Heinlenstr. 14	72072	Tübingen	07071/763888
Margareten Apotheke	Schillerstr. 53	76135	Karlsruhe	0721/845493
Unterlinden Apotheke	Unterlinden 2	79098	Freiburg/Br.	0761/34300
Aeskulap-Apotheke	Breisacherstr. 52	79106	Freiburg/Br.	0761/273410
Isartor-Apotheke	Isartorplatz 6	80331	München	089/2199290
Adler-Apotheke	Dultstr. 1	80331	München	089/265477
Stachus-Apotheke	Karlsplatz 4	80335	München	089/596316
Marien-Apotheke	Sendlinger-Tor-Platz 7	80336	München	089/557565
Stachus-Apotheke am Goetheplatz	Waltherstr. 32a	80337	München	089/557511
Kugel-Apotheke	Theresienhöhe 12	80339	München	089/773928
St. Raphael-Apotheke	Fallmerayerstr. 1	80796	München	089/2711150
Hohenzollern-Apotheke	Hohenzollernstr. 38	80801	München	089/395125
Apotheke im Franziskanerhof	Franziskanerstr.16	81669	München	089/44900262
Adler-Apotheke	Münchener Straße 9 a	83022	Rosenheim	08031/12987
Gudrun-Apotheke	Gudrunstr. 32	90459	Nürnberg	0911/444721