

PROJEKT INFORMATION

Herausgegeben von Projekt Information e.V.

Betroffene informieren Betroffene

Jahrgang 20, Nr. 1

Januar / Februar 2012

Das Jahr 2011 im Rückblick: Was waren die Fortschritte?

Nachdem wir das Jahr 2011 stilgerecht mit einem Ausblick auf 2012 beendet haben, lässt Prof. Goebel das neue Jahr mit einem Rückblick beginnen. Was war wichtig, was hat uns weitegebracht?.....Seite 3

HIV und älter werden: Vorzeitiges Altern oder vorschnelle Schlussfolgerungen?

Liest man die aktuelle Literatur zum Thema HIV und älter werden, so kommt einem das Gruseln. Aber nichts wird so heiß gegessen, wie es gekocht wird und inzwischen mehrten sich Gegenstimmen.

Wir zeigen die Bandbreite der Diskussion auf.....Seite 6

Depressionen bei Menschen mit HIV

Depressionen sind ein unterschätztes Problem auch und gerade bei Menschen mit HIV. Heidemarie Kremer gibt einen Überblick.....Seite 8

Editorial

von S. Schwarze2

Medizin und Forschung

Zeitlich begrenzte Therapie der frühen HIV-Infektion:
Was bringt's?10

Grundlegend & Wissenswert

Kein Hinweis auf bisher unbekannte Risiken durch
die HIV-Therapie11

Leben mit HIV

Cholesterinsenker senken möglicherweise auch das Risiko
für Leberkrebs bei Patienten mit chronischer Hepatitis B12
Intravenöses Silybinin zur Behandlung von Hepatitis C-Infizierten,
die auf Interferon / Ribavirin nicht ansprechen13

Politik & Soziales

Kompliziertes Zahlenwerk14
Zusätzliche Patientenrechte14
Nachrichten aus der Sozial- und Rechtspolitik15

Projekt Information e.V.

Leserbrief16
DÖAK 2013: Community Board nimmt seine Arbeit auf17

Termine

Termine des FGZ18
Termine der Münchner Aids-Hilfe18

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

“Älter werden mit HIV” ist seit geraumer Zeit ein Modethema. Auf sämtlichen Fortbildungen, Kongressen und Vorträgen wird man mit unangenehmen Nachrichten konfrontiert. Von “beschleunigtem Altern” oder neudeutsch “Accelerated Aging” ist die Rede, von vorzeitig auftretenden Krankheiten, vom Verlust kognitiver Fähigkeiten des Gehirns und nicht zuletzt sexueller Dysfunktion. Da kann einem wirklich die Lust vergehen.

Bei dieser Diskussion wird aber meist übersehen, dass die Mehrzahl dieser Befunde aus Kohortenstudien stammt. Aus solchen Studien lässt sich aber keine Ursache-Wirkung Beziehung ableiten. Mit anderen Worten: selbst wenn in solchen Studien bestimmte Veränderungen gehäuft oder vorzeitig auftreten, ist dies noch lange kein Beweis, dass dies tatsächlich auf HIV und / oder die Medikamente zurückzuführen ist. Es ist nämlich nicht nur möglich, sondern sogar sehr wahrscheinlich, dass sich HIV-Infizierte von nicht Infizierten in mehr Fakto-

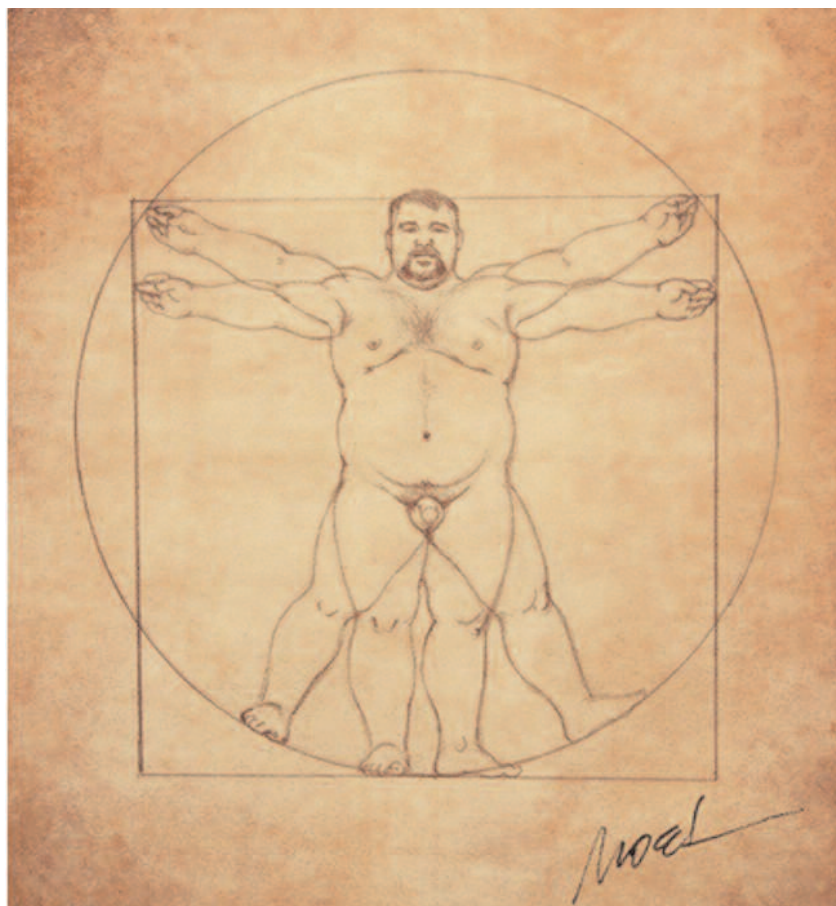
ren unterscheiden als nur der HIV-Infektion. Und vielleicht sind es gerade diese, momentan noch schlecht charakterisierten Faktoren, die für die beobachteten Vorgänge verantwortlich sind.

Ein weiteres Argument für diese Hypothese sind Menschen mit HIV, die sich schlicht weigern, vorzeitig zu altern. Auf den Positiventreffen im Waldschlösschen begegnen mir regelmäßig Infizierte, die schon weit über 20 Jahre mit dem Virus leben, viele Medikamentenkombinationen hinter sich haben und die immer noch aussehen wie das blühende Leben.

Vielleicht können wir mit einer vernünftigen Lebensführung doch mehr ausrichten, als wir manchmal glauben.

Also: Wenn alle um Sie herum “beschleunigt altern”, machen Sie einfach nicht mit!

Ihr Siegfried Schwarze



Das Jahr 2011 im Rückblick: Was waren die Fortschritte?

Im Jahre 30 nach der Erstbeschreibung von AIDS und im Jahr 15 nach Einführung der Hochaktiven Antiretroviralen Therapie (HAART) hat sich das Bild der HIV-Infektion dramatisch geändert und das heißt vor allem gebessert. Gott sei Dank ist es in der Medizin nicht wie im Sport, wo das Erreichen eines hohen Leistungsniveaus weitere Verbesserungen immer schwieriger werden lässt.

Das Jahr 2011 hat im HIV/AIDS-Bereich einige durchaus fundamental zu nennende Neuerungen erbracht. Sie sind sowohl nützlich für die Praxis der Therapie wie auch von eher grundsätzlicher Bedeutung. David Wohl (1) hat in „The Body“ in einem sehr anschaulichen Artikel die Bilanz des Jahres aus seiner Sicht dargestellt. Die 10 beschriebenen klinischen Entwicklungen stellen eine subjektive Auswahl dar, die auch die nationalen und lokalen Aspekte besonders berücksichtigen. Dennoch haben viele dieser Highlights auch für uns große Bedeutung.

Therapie als Prävention

Was sich in einigen Beobachtungsstudien z.B. Befunde der Schweizer Aids-Kohortenstudie oder auch aus randomisierten Studien z.B. zur Verhinderung der HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind andeutete, ist nun in der systematischen Studie 052 des HIV-Prevention-Trials-Network (HPTN) nachgewiesen worden: eine erfolgreiche antiretrovirale Therapie (ART) kann das Übertragungsrisiko des Virus dramatisch senken (2). Fast 1.800 HIV-diskordante Paare wurden in die Studie aufgenommen, d.h. ein Partner war HIV-infiziert, der andere/die andere HIV-negativ. Die HIV-positiven Partner mit CD4-Zellen zwischen 250 und 550/ μ l wurden randomisiert in eine Gruppe mit unmittelbarem Beginn der ART, die andere Gruppe erhielt die ART erst, wenn die CD4-Zellzahl unter 250 Zellen/ μ l gefallen war. Fast alle Paare waren heterosexuell, 50% der infizierten Teilnehmer waren Frauen, 50% Männer, der Median der CD4-Zellen lag bei knapp über 400 Zellen/ μ l. Nach einer mittleren Beobachtungszeit von 1,7 Jahren wurden erste Resultate publiziert: 39 Transmissionen auf nicht-infizierte Partner wurden nachgewiesen, von denen 28 definitiv durch den HIV-positiven Partner in der Studie erfolgten. Von diesen 28 trat lediglich eine Infektion durch einen infizierten Partner mit so-

fortiger ART bei Studienbeginn auf. Bei diesem allerdings wurde die Infektion sehr kurz nach ART-Beginn festgestellt. Aus den Daten wurde eine relative Reduktion von 96% in der Zahl der definitiven Partnertransmissionen durch die antiretrovirale Therapie errechnet. Von der frühen ART profitierten auch die behandelten Personen selbst, da auch eine 41%ige Reduktion des Risikos für HIV-bedingte klinische Ereignisse bei den HIV-positiven Teilnehmern mit frühem ART-Start gefunden wurden.

Die Studie fand überwiegend in Entwicklungsländern mit 50% Teilnehmern in Afrika statt und so fand sich als häufigste klinische Manifestation eine extrapulmonale Tuberkulose, die bei den früh Behandelten signifikant seltener auftrat.

Die Studie beweist, dass eine erfolgreiche ART nicht nur die Viruslast senkt, sondern auch in einen epidemiologischen Vorteil, nämlich Schutz vor HIV-Infektion, mündet. Darüber hinaus hatten auch die früh behandelten Patienten mit HIV-Infektion einen individuellen Vorteil, nämlich signifikant seltener HIV-bedingte klinische Komplikationen.

Die Studie hat einige Limitationen. So sagt sie nichts aus zur Senkung des Transmissionsrisikos durch die Therapie bei Drogenbenutzern und Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). In Entwicklungsländern mit hoher Prävalenz der Tuberkulose sind HIV-Infizierte besonders stark davon betroffen. Der individuelle Vorteil einer frühen ART durch Reduktion der Tuberkulose ist daher nicht unbedingt übertragbar auf die entwickelten Länder, z.B. Mitteleuropa. Ob nicht-tuberkulöse klinische Folgen der HIV-Infektion durch die Frühbehandlung signifikant reduziert werden, ist offen. Damit bleibt das ethische Dilemma, Patienten individuell einer Therapie zu unterziehen, um der Ausbreitung der Infektionskrankheit Einhalt zu gebieten, bestehen. Drastisch ausgedrückt: der Patient schluckt Chemie, um dies anderen zu ersparen. Ob der gleiche positive Effekt eintritt, wenn Patienten mit CD4-Zellen sogar über 550/ μ l behandelt werden, ist wahrscheinlich, aber nicht in Studien nachgewiesen. Für das vor allem in den USA diskutierte Verfahren „Test and Treat“, also möglichst viele Menschen testen und alle infiziert Gefundenen sofort therapieren, muss diese Frage noch definitiv beantwortet werden.

Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

Auch bei diesen Überlegungen ist die Transmissionsverhinderung das Ziel. Bisher wurde für MSM mit hoher Promiskuität nachgewiesen, dass eine tägliche

Gabe einer Tablette Truvada® das Übertragungsrisiko für HIV um 44% signifikant reduziert. Ob diese – mäßig effektive- Prophylaxe auch bei Frauen wirkt, ist offen. In der „FEM-PrEP“-Studie wurden fast 2.000 Frauen mit hohem HIV-Übertragungsrisiko in Afrika randomisiert in zwei Gruppen mit täglich einer Tablette Truvada oder Placebo. Nach etwa einem Jahr wurde vom „Data Safety Monitoring Board“ die Beendigung der Studie empfohlen als klar wurde, dass sich in dieser Studie kein Effekt auf die Transmission durch die Intervention nachweisen ließ. In beiden Gruppen waren 56 neue HIV-Infektionen aufgetreten. Die Neu-Infektionsrate betrug etwa 5% pro Jahr.

In einer weiteren placebokontrollierten Studie mit Vergleich orales Truvada® versus orales Viread® versus Viread®-enthaltendes Vaginalgel ebenfalls in Afrika wurde wegen Ineffektivität zunächst der orale Viread®-Arm später der Viread®-Gel-Arm beendet. Die Aktivität des Truvada®-Arms ist noch offen und soll weiter untersucht werden. Die Ursachen für das Versagen der PrEP bei den untersuchten Frauen sind noch nicht geklärt, vermutet wird eine nicht ausreichende Adhärenz bei der Tabletteneinnahme. So wurde in mehreren anderen afrikanischen PrEP-Studien eine signifikant verminderte Adhärenz zwischen Frauen und Männern beobachtet. Sollte sich dies bestätigen, so würde dies nicht die Ineffektivität einer PrEP beweisen, sondern nur die Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung.

Viremia Copy-Years

Bereits seit der SMART-Studie ist bekannt, dass HIV selbst bei hohen CD4-Zellzahlen langfristig schädlich ist und dies ist nach dem bisherigen Stand unserer Kenntnisse auf die Immunaktivierung und Entzündung durch die Virusinfektion zurückzuführen. Selbst bei optimaler ART lassen sich Immunaktivierung und Entzündungsreaktion nachweisen. In Analogie zu den „Packungs-Jahren“ (pack-years) bei Zigarettenrauchern hat eine US-amerikanische Studiengruppe untersucht, welche prognostische Aussagekraft eine Bestimmung der „Viremia-Copy-Years“ hat. Dies kann ein Hinweis auf eine langfristige, kumulative Belastung durch HIV sein und wird mit einer Technik untersucht, die der „Area-under-the-curve“ (Fläche unter der Kurve, bzw. Integral) bei pharmakologischen Untersuchungen entspricht. Dies kann einen Hinweis auf eine Jahre oder Jahrzehnte bestehende Belastung des Immunsystems ergeben. In einer retrospektiven Untersuchung an über 2.000 Patienten, die zwischen 2000 und 2009 eine ART begonnen haben, wurden die „Viremia-Copy-Years“ berechnet und ihre Assoziation mit der Mortalität untersucht. Bei Thera-

piebeginn hatten die Patienten etwa 200 CD4-Zellen/ μ l und von den einzelnen Patienten waren in einer medianen Beobachtungszeit von 2,7 Jahren 8 Viruslastmessungen einbezogen. 81% der Patienten hatten eine supprimierte Viruslast 6 Monate nach ART-Beginn, 4% der Kohorte waren nach einem Median von 2 Jahren verstorben. Der Median der „Viremia-Copy-Years“ war 5.3 log₁₀ copies * Jahre/ml. Für jede Erhöhung der log₁₀-Stufe ergab sich eine Steigerung des Todesrisikos um das Zweifache. In gewichteten Analysen war dieser Viremia-Faktor klar mit der Mortalität assoziiert. In Multivarianzanalysen mit demografischen und klinischen Ko-Varianten ergab die aktuelle Viruslastmessung keine Assoziation mit der Mortalität. Neben der Viremia-Copy-Years waren niedrige aktuelle CD4-Zellen und höheres Alter jeweils assoziiert mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko. Wichtig vor allem ist die Tatsache, dass der Faktor „Viremia-Copy-Years“ unabhängig von der Höhe der letzten CD4-Zellzahl einen prädiktiven Wert für den Tod darstellt. Für diese retrospektive Studie standen Marker für Entzündung und Immunaktivierung leider nicht zur Verfügung. Diese müssten in einer prospektiven Studie mit untersucht werden, um die Kausalzusammenhänge zwischen Virusinfektion und Tod besser klären zu können.

Neue Daten gab es zum Einsatz des bisher einzigen Integraseinhibitors Raltegravir (Isentress®).

Mit der Einführung von Raltegravir hat das Therapieprinzip NRTI-sparende Kombination zur Verhinderung der Lipodystrophie einen neuen Schub erhalten. Ein bisschen voreilig haben manche Ärzte und vielleicht auch Patienten die alleinige Kombination von Raltegravir und einem geboosteten Proteaseinhibitor zur Vermeidung von NRTIs eingesetzt. Während in der Studie der AIDS-Clinical-Trial-Group (ACTG) 5142 die Kombination von Sustiva® und Kaletra®, also auch ohne NRTI, keinen Wirkungsnachteil im Vergleich zur Kombination Sustiva® und zwei NRTI zeigte, erbrachte die Studie ACTG 5262 mit der Kombination Isentress® und Prezista® plus Norvir® in einer Studie ohne Kontrollarm an 112 therapie-naiven Patienten im Vergleich zu historischen Kontrollen ein unerfreuliches Ergebnis mit 28 Fällen virologischen Versagens. 21 der 28 Patienten hatten bei Studienbeginn eine Viruslast >100.000 Kopien/ml. Bei 5 Teilnehmern fanden sich Mutationen im Integrase-Gen. Nur 61% hatten in einer Intent-To-Treat-Analyse der Studie eine Viruslast unter 50 Kopien/ml. Die Schlussfolgerung aus dieser unkontrollierten und auch kleinen Studie muss aber zunächst einmal sein, dass diese Kombination Isentress® mit geboostetem Pre-

zista® wohl nicht für Patienten mit einer Viruslast über 100.000 Kopien/ml geeignet ist.

Eine weitere Enttäuschung erbrachte die Studie „QDMRK“ (9). Hier wurde Isentress® mit Truvada® gemeinsam gegeben und die Einmal-Dosierung war der zweimal täglichen Einnahme statistisch eindeutig unterlegen, insbesondere bei Patienten mit einer Eingangsviruslast von über 100.000 Kopien/ml. Man sollte also von dieser Kombination mit der Einmalgabe bei Patienten mit hoher Viruslast vorläufig die Finger lassen.

Hepatitis C

2011 wurden zwei neue Medikamente zur Behandlung der Hepatitis-C-Infektion zugelassen, Incivo® und Victrelis®. Jedes dieser Medikamente muss zusätzlich zur Standardtherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin gegeben werden. In einer kontrollierten Studie bei 100 HIV/HCV-koinfizierten Patienten wurde Victrelis® mit 800 mg 3 x täglich vier Wochen nach dem Beginn der Standardtherapie hinzugefügt. 2/3 der Patienten hatten den HCV-Genotyp 1A, den auch bei uns häufigsten Genotyp. Alle Patienten erhielten eine ART mit einer Viruslast unter 50 Kopien/ml und CD4-Zellen von mindestens 200 Zellen/µl. Nach 24 Wochen Therapie hatten über 70% der Patienten im Victrelis®-Arm eine HCV-RNA unter der Nachweisgrenze im Vergleich zu lediglich 34% bei den Patienten ohne Victrelis®. Ein komplettes frühes virologisches Ansprechen (Complete Early Virological Response) mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze bei Woche 12 fand sich bei 59% gegenüber 26% der Patienten mit bzw. ohne Victrelis® (10). Die Studie ist bisher noch nicht abgeschlossen. Weitere Resultate werden daher in Kürze erwartet. Für ein abschließendes Urteil der neuen Therapie für ko-infizierte Patienten ist es noch zu früh. Dennoch ist ein großer Schritt in Richtung auf die Lösung des Koinfektionsproblems in Sicht. Eine ganze Reihe verschiedener pharmazeutischer Firmen arbeitet an neuen Konzepten zur Behandlung der HCV-Infektion, von der auch HIV/HCV-koinfizierte Patienten profitieren werden. Ziel aller Therapiebemühungen ist es vor allem, eine wirksame Behandlung ohne das nebenwirkungsträchtige Interferon und Ribavirin zu erreichen. Dies wird wahrscheinlich möglich sein mit den Substanzen, die sich derzeit noch in Phase II und Phase III-Studien befinden.

„Single Tablet Regimens“

In der HIV-Therapie geht der Trend eindeutig zur Kombination mehrerer Medikamente in einer Tablette durch Ko-Formulierung. Atripla® ist das erste Bei-

spiel. Zum Jahresende wurde eine weitere Kombination bestehend aus Rilpivirine/Tenofovir/FTC unter dem Namen Eviplera® zugelassen. Inzwischen ist das Medikament auch in Europa auf dem Markt verfügbar. Der neue Bestandteil dieser Pille, das Rilpivirine, ist als Edurant® auch als Einzelmedikament inzwischen zugelassen. Dabei handelt es sich um einen weiteren NNRTI, der auch gegen Viren wirksam ist, die eine Resistenz gegen Sustiva® und Viramune® aufweisen. Da Rilpivirine besser verträglich ist als Sustiva®, stellt Eviplera® eine interessante Alternative zu Atripla® dar.

Auch das Jahr 2011 hat große Fortschritte gebracht sowohl in der Therapie der HIV-Infektion wie auch im Hinblick auf eine medikamentöse Verhinderung der HIV-Infektion. Es ist aufregend, zu erleben, dass ein intelligenter und kreativer Umgang mit den verfügbaren Substanzen sowohl die Therapieergebnisse verbessert wie auch in der Prävention der HIV-Infektion wirksam sein kann.

Literatur:

Siehe Originalartikel unter

<http://www.thebody.com/content/64948/top-10-hiv-aids-related-clinical-developments-2011.html>

F. Goebel

Praxis Dr. Levin/Prof. Goebel

Theatinerstraße 45

80333 München

Tel: 089/220222

**seit 12 Jahren:
HIV-Therapie-Hotline**

Telefon: 089 - 54 333 - 123

Montag - Donnerstag 16 - 19 Uhr

therapie.hotline@muenchner-aidshilfe.de

**Betroffene informieren Betroffene
zu Therapiefragen**

HIV und älter werden: Vorzeitiges Altern oder vorschnelle Schlussfolgerungen?

In letzter Zeit häuften sich Studiendaten, die ein erschreckendes Bild zeichnen: Alle möglichen Gebrechen und Zipperlein sollen bei HIV-Patienten nicht nur häufiger sondern auch früher auftreten als in der Allgemeinbevölkerung. Doch jetzt mahnen einige Forscher zur Besonnenheit. Zwei von Ihnen zeigen in einem Editorial einer renommierten Fachzeitschrift auf, dass die Datenlage bei weitem nicht so eindeutig ist, wie manchmal behauptet. Hier die bearbeitete Übersetzung:

Die Anzahl der älteren Menschen mit einer behandelten HIV-Infektion steigt. Das liegt zum einen an der Verfügbarkeit einer effektiven antiretroviralen Therapie (ART), zum anderen auch an der zunehmenden Anzahl von HIV-Infektionen und –Diagnosen bei älteren Menschen.

Die Sterblichkeit aufgrund HIV-bedingter Infektionen und Krebsarten ist bei behandelten Patienten dramatisch zurückgegangen, aber die Gesamtsterblichkeit ist immer noch höher als in der Allgemeinbevölkerung und die Lebenserwartung ist kürzer. Mittlerweile sterben mehr HIV-Infizierte an nicht Aids-definierenden Krankheitsbildern (einschließlich nicht Aids-definierender Krebsformen, Bauchspeicheldrüsenentzündungen, Leber-, Nieren-, Herz-Kreislauf-erkrankungen) als an den klassischen Erkrankungen, die das Vollbild Aids definieren. Diese nicht Aids-definierenden Erkrankungen sind in der Allgemeinbevölkerung altersbedingt und da immer noch vergleichsweise wenige HIV-Infizierte „alt“ sind, führte dies zu der Spekulation, dass bei HIV-Infizierten möglicherweise der natürliche Alterungsvorgang beschleunigt sein könnte.

Warum könnten HIV und/oder die HIV-Therapie den Alterungsprozess beschleunigen?

Was das Altern angeht, gibt es viele Theorien aber der Vorgang wird momentan noch nicht wirklich verstanden. Eine unbehandelte HIV-Infektion wurde mit Veränderungen im Immunsystem in Zusammenhang gebracht, die denen bei älteren Menschen ähneln. Das Ausmaß, in dem eine ART diesen Prozess umkehren kann, ist noch nicht bekannt. Außerdem könnten bestimmte Medikamente selbst zu diesem Alterungs-

prozess beitragen; Thymidin-Analoga (z.B. Zerit® oder Retrovir®) wurden mit einer Störung der Mitochondrienfunktion und einer Verkürzung der Telomere in Zusammenhang gebracht. Sowohl eine HIV-Infektion als auch der Alterungsprozess gehen einher mit erhöhten Entzündungs- und Blutgerinnungsmarkern. Diese Laborwerte bleiben zum Teil auch bei Patienten unter einer ART erhöht und wurden mit der Gesamtsterblichkeit in Zusammenhang gebracht. Allerdings gibt es viele mögliche Störfaktoren, einschließlich Verhaltensfaktoren (Rauchen, Alkoholkonsum, Partydrogengebrauch) und Begleitinfektionen (Hepatitis C, CMV). Um zu sehen, ob an der Theorie des beschleunigten Alterns bei HIV-Infizierten etwas dran ist, schlugen zwei amerikanische Ärzte folgende Kriterien vor:

- 1) HIV sollte Veränderungen hervorrufen, die auch in der Allgemeinbevölkerung mit dem Altern einhergehen.
- 2) Es müsste Belege geben, dass normalerweise altersbedingte Veränderungen bei HIV-Infizierten häufiger auftreten als bei HIV-Negativen.
- 3) Die Häufigkeit dieser Veränderungen müsste bei jungen HIV-Infizierten größer sein als bei nicht Infizierten gleichen Alters.

Wir glauben jedoch nicht, dass die gegenwärtige Datenlage für die meisten Erkrankungen ausreichend ist um diese drei Kriterien zu erfüllen!

Forscher der Stoffwechselklinik an der Universität Modena berichten über ein häufigeres Auftreten typischer Alterserkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Nierenversagen, Knochenbrüche, Diabetes) bei HIV-Positiven, dass diese Krankheitsbilder früher auftraten und mehr Krankheiten zusammentrafen als bei HIV-negativen Kontrollpersonen. Aber die Daten der Kontrollpersonen stammten aus einer Datenbank und obwohl die Kontrollpersonen hinsichtlich Alter, Geschlecht und Rasse mit den Fallpatienten übereinstimmten, war die Erfassung der Krankengeschichte doch eine völlig andere als bei den HIV-Patienten, die sehr intensiv untersucht wurden. Dieses Problem, nämlich eine geeignete Kontrollgruppe zu finden, die mit den Fallpatienten in allen Parametern außer dem einen, der gerade untersucht wird, übereinstimmt, taucht in der Literatur, die das „beschleunigte Altern“ beschreibt, ständig auf.

Wir wählten vier Beispiele altersbedingter Krankheitsbilder um zu zeigen, dass die bisherigen Daten die Hypothese der beschleunigten Alterung bei HIV-Infizierten nicht ausreichend stützen können.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Eine gigantische Studie mit über einer Million Patienten mit Herzinfarkt, die in einer Datenbank des US-amerikanischen Gesundheitssystems dokumentiert wurden, fand bei HIV-Patienten ein um 75% erhöhtes Risiko (Relatives Risiko 1,75, 95% Konfidenzintervall =1,51-2,02) im Vergleich zur Kontrollgruppe der Allgemeinbevölkerung. Obwohl die Autoren die Einflüsse von Alter, Geschlecht, Rasse, Bluthochdruck, Diabetes und Blutfettwerten berücksichtigen konnten, gelang dies nicht für Variablen, die mit der HIV-Infektion zu tun haben wie Rauchen, Begleitinfektionen und -erkrankungen, Drogengebrauch und weitere Verhaltensvariablen, von denen man weiß, dass sie bei HIV-Patienten häufiger sind.

Eine Querschnittstudie ergab, dass eine HIV-Infektion ein unabhängiger Risikofaktor für eine Verengung der Halsschlagadern durch Ablagerung (Karotiden Intima-Media-Dicke) ist, nach Korrektur um Alter, Geschlecht, Rasse und klassische Risikofaktoren. Allerdings gibt es derzeit keinerlei Daten aus prospektiven Studien, die bei HIV-Patienten einen Zusammenhang zwischen diesen Veränderungen und der tatsächlichen Entstehung von Krankheitsbildern belegen würde.

Niedrige Knochendichte und Bruchrisiko

Eine geringe Knochendichte und Osteoporose treten bei behandelten HIV-Infizierten häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung und wurden mit den bekannten Risikofaktoren aber auch mit HIV selbst und mit der HIV-Therapie in Verbindung gebracht. Bei einer erniedrigten Knochendichte sind vermehrte Knochenbrüche zu befürchten. Obwohl eine weitere große US-Studie eine erhöhte Anzahl von Knochenbrüchen bei HIV-Infizierten aller Altersgruppen im Vergleich zu nicht Infizierten feststellte, reichten die Informationen aus der Datenbank nicht aus, um das Ergebnis hinsichtlich der bekannten Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, niedriger BMI, sozioökonomischer Status und Begleitmedikamente zu korrigieren. Wie wichtig so eine Korrektur ist, zeigt das Ergebnis einer weiteren Studie, bei der man zunächst ebenfalls ein erhöhtes Knochenbruchrisiko bei HIV-Infizierten fand. Nachdem man aber um die genannten klassischen Risikofaktoren korrigiert hatte, ergab sich kein signifikanter Zusammenhang mit der HIV-Infektion mehr!

Verschlechterung der Gehirnfunktion

Echte Fälle von Aids-Demenz treten seit Einführung der ART kaum mehr auf, aber Daten aus jüngeren Studien lassen vermuten, dass eine milde Verschlechterung

der Gehirnfunktion immer noch bei einem Teil der behandelten HIV-Patienten auftritt und dass dies bei HIV-Infizierten häufiger vorkommt als bei HIV-Negativen. Aber auch hier sind die Schlussfolgerungen mit Vorsicht zu genießen, da es wiederum an passenden Kontrollgruppen mangelt, die in Alter, Geschlecht, Rasse, Begleiterkrankungen und Drogengebrauch übereinstimmen. So hat auch eine neuere Studie ergeben, dass neurokognitive Veränderungen möglicherweise doch seltener (19%) auftreten, als bisher angenommen (je nach Studie 47-69% der HIV-Infizierten). Die klinische Bedeutung von asymptomatischen Veränderungen für die Entwicklung einer Demenz ist noch nicht klar, auch wenn einige Autoren ein entsprechendes Screening von HIV-Patienten fordern.

Krebs

Viele Berichte lassen vermuten, dass nicht aids-definierende Krebsarten seit der Einführung der ART bei Menschen mit HIV in jüngerem Alter diagnostiziert werden als bei HIV-Negativen. Allerdings konnte eine amerikanische Studie zeigen, dass die meisten dieser Unterschiede verschwanden, wenn man die unterschiedliche Altersverteilung bei HIV-Patienten und in der Allgemeinbevölkerung berücksichtigt. Die einzigen Krebsarten, bei denen es ein signifikant früheres Auftreten gab (Analkrebs, Lungenkrebs und Hodgkin's Lymphom) werden durch Begleitinfektionen und/oder Rauchen begünstigt und beides kommt bei HIV-Patienten häufiger vor, so dass auch hier die Kontrollgruppe nicht ideal war. Außerdem kann es gut sein, dass die intensivere medizinische Überwachung von HIV-Patienten dazu führt, dass man bestimmte Krebsarten früher diagnostiziert.

Fazit

Obwohl zweifellos bei HIV-Infizierten mehr Begleiterkrankungen beobachtet werden, gibt es doch einige mögliche Erklärungen dafür, abgesehen von den Auswirkungen des Virus und der Medikamente. Wir brauchen mehr Forschung um zu verstehen, wie das Virus und die Medikamente langfristig im Körper wirken und möglicherweise bei der Entstehung altersbedingter Erkrankungen mitwirken. Diese Untersuchungen müssen sich aber auch auf andere Einflussfaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, Drogengebrauch und Lebensführung insgesamt erstrecken. Der Einfluss von Verhaltensmaßnahmen und medikamentöser Intervention sollte in prospektiven Studien untersucht werden. Nur solche prospektiven Studien von ausreichender Dauer und mit sorgfältig gewählten Kontrollgruppen können uns endgültig

Auskunft geben, mit welcher Häufigkeit altersbedingte Erkrankungen bei HIV-Infizierten auftreten, welche Risikofaktoren es gibt und was wir dagegen unternehmen können.

Quelle: Fisher M, Cooper V: „HIV and ageing: premature ageing or premature conclusions?“, Curr Opin Infect Dis 2012,25:1-3

Übersetzung / Bearbeitung: S. Schwarze

Depressionen bei Menschen mit HIV

Seit Wochen konnte ich nachts kaum schlafen. Morgens wachte ich auf und fühlte mich total gerädert. Ich schleppte mich aus dem Bett, brachte die Kinder zur Schule und kroch wieder zurück ins Bett. Ich fühlte mich traurig und wusste nicht, wie ich aus meiner ausweglosen Situation herauskommen sollte. Ich war tief verzweifelt, konnte mich kaum mehr auf den Alltag konzentrieren und zu dem aufrufen, was mir sonst grosse Freude bereitete. Als HIV-positive Ärztin und Psychologin läuteten bei mir die Alarmglocken. Ich hatte alle Anzeichen einer Depression und brauchte Hilfe (HK).

Wie erkennen Sie die Anzeichen einer Depression? Jeder Mensch kennt Phasen depressiver Verstimmung, mit oder ohne HIV. Das ist ganz normal und es ist eher bedenklich, wenn jemand keine tiefe Trauer empfinden kann und Gefühle unterdrückt werden. Nicht jede depressive Verstimmung ist gleich eine depressive Erkrankung. Anbei ein kleiner Selbsttest in Anlehnung an die medizinische Klassifikation der WHO (Weltgesundheitsorganisation), der Ihnen hilft die Anzeichen einer depressiven Störung zu erkennen (1).

Leiden Sie seit mehr als zwei Wochen beinahe täglich und fast den ganzen Tag unter

- Ja Nein
- Depressiver Vestimmung
 - Interesse-/Freudlosigkeit auch bei sonst angenehmen Ereignissen (selbst beim Sex)
 - Schlaflosigkeit oder übersteigertes Schlafbedürfnis
 - Erheblichen Appetit-/Gewichtsschankungen ohne Diät

- Ruhelosigkeit/Reizbarkeit oder Erschöpfung/Energielosigkeit
- Gefühlen der Wertlosigkeit, mangelndes Selbstvertrauen
- Unangemessene Schuldgefühle/Selbstkritik
- Negativen Zukunftsperspektiven/Hoffnungslosigkeit
- Konzentrationsproblemen, ständiges Grübeln, Entscheidungsunfähigkeit
- Tiefer Verzweiflung/Selbstmordgedanken

Wenn Sie neben einer depressiven Verstimmung oder dem Verlust von Interesse und Freude durch mindestens drei weitere Symtome aus dieser Liste in seinem Lebensalltag erheblich eingeschränkt sind, könnten Sie unter einer Depression leiden und sollten die Ursachen ihrer Beschwerden abklären.

Depression – eine unterschätzte Epidemie

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten und hinsichtlich ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen (2).

Etwa 15-20% der Deutschen leiden mindestens einmal im Leben an einer depressiven Störung (3). Frauen (ganz gleich welchen Alters, Rasse und sozialer Schicht) sind von einer Depression doppelt so häufig betroffen wie Männer (4). Weltweit gibt es einen alarmierenden Anstieg, so dass Depression nach Schätzungen der WHO im Jahr 2020 bereits als Volkskrankheit an Platz 2 rückt und im Jahr 2030 sogar den Herzinfarkt von Platz 1 verdrängt (5). Noch erschreckender sind die Zahlen bei Menschen mit HIV, die in Deutschland 2-3 mal häufiger an Depressionen leiden als die Allgemeinbevölkerung (6). Obwohl die Selbstmordraten im Zeitalter der ART nach Schweizer Daten drastisch gesunken sind, begehen HIV+ Männer 3,5 Mal so häufig Selbstmord wie HIV- Männer, HIV+ Frauen sogar 5,7 mal so häufig wie HIV-Frauen (7). Bei 75% (43/57) der Suizide lag eine psychische Störung vor, meistens (81%, 35/43) eine Depression, wobei 23% (13/57) keine Behandlung für ihre psychische Störung erhalten hatten. Depression kann tödlich sein - direkt, schwer und schnell, aber auch unbemerkt, leise und langsam schleichend.

Selbst eine leichte Depression kann den Erfolg einer HIV-Therapie gefährden

Bekannt ist, dass bei Vorliegen einer Depression der Erfolg einer ART erheblich durch eine verminderte Therapietreue beeinträchtigt ist. Eine kürzlich durchgeführte Metaanalyse ergab, dass die Therapietreue

bereits bei einer milden, nicht behandlungsbefürhtigen Depression deutlich reduziert ist (8). Es ist für den dauerhaften Erfolg ihrer HIV-Therapie daher bedeutsam, dass Sie selbst bei einer leichten Depression Hilfe suchen, wenn es ihnen schwerfällt, ihre Medikamente regelmässig zu nehmen. Im Nachhinein sind die Auswirkungen unregelmässiger Medikamenteneinnahme schwer korrigierbar. Schwierigkeiten bei der Medikamenteneinnahme sind bei einer Depression normal, aber das ist ein lösbares Problem. Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin nicht über Ihre Probleme sprechen können, dann wechseln Sie besser ihren Arzt oder ihre Ärztin.

Wie wirkt sich eine Depression auf das Immunsystem aus?

Weniger bekannt sind die Daten aus der sogenannten „Positive Survivors“ Kohorte aus Miami, an der ich (HK) gemeinsam mit Gail Ironson nun schon seit über zehn Jahren mitwirke. In dieser Längzeitstudie wurden 177 Menschen mit HIV bis zu 10 Jahre alle 6 Monate beobachtet (30% Frauen, 36% Afro-Amerikanisch, 28% Lateinamerikanisch, mittleres Alter initial 37 ± 9 Jahre) (9). Unter anderem wurde untersucht, welchen Beitrag psychosoziale Faktoren über den Effekt der ART und der Therapietreue hinaus auf das Immunsystem haben. Alle 6 Monate wurden kumulativ Depression, Hoffnungslosigkeit, Strategien der Krankheitsbewältigung, belastende Lebensereignisse und soziale Unterstützung gemessen und ausgewertet, wie sich diese Faktoren auf den Verlauf der CD4 Zellen über 5 Jahre auswirkten, und zwar unabhängig von Geschlecht, ethnischer Herkunft, Alter, Einnahme einer ART, und Therapietreue.

Bei Vorliegen einer immer wieder auftretenden Depression fallen die CD4 Zellen doppelt so schnell ab, wie wenn keine Depression vorliegt. Bei andauerndem Vermeidungsverhalten (z.B. Verleugnen, Verdrängen) findet sich ein um den Faktor 1,7 beschleunigter CD4-Abfall und bei Hoffnungslosigkeit um den Faktor 1,4. Weder belastende Lebensereignisse noch fehlende soziale Unterstützung waren signifikant mit einem Abfall der CD4 Zellen verbunden (wobei das auch daran liegen kann, dass letztere Faktoren schwer mit Fragebögen messbar sind). Fazit aus dieser Studie ist, dass bei einer Depression ein beschleunigter CD4 Abfall beobachtet wurde, auch wenn jemand noch so sorgfältig seine HIV-Therapie einnimmt. Ermutigend ist, dass umgekehrt Menschen, die über die Jahre ihre Hoffnung beibehielten, einen langsameren CD4 Abfall hatten. Für Ihre Gesundheit reicht es nicht, wenn Sie regelmässig ihre ART ein-

nehmen, aber nichts gegen ihre depressiven Beschwerden unternehmen.

Depression hat viele Formen – aber die gleiche Form kann unterschiedliche Ursachen haben

Allgemein kommen depressive Störungen in vielen Formen vor; unipolar (nur depressive Episoden) oder bipolar (depressive und manische Episoden), vereinzelt oder immer wiederkehrend, akut oder chronisch, mit oder ohne psychologische, psychiatrische oder organische Störungen, mit oder ohne genetische Veranlagung, mit oder ohne auslösende Lebensereignisse und (besonders bei HIV) auch oft organisch bedingt. Eine Depression kann die gleichen Anzeichen haben, ganz gleich durch welche körperlichen, seelischen und oder andere einzelne oder mehrere Ursachen gleichzeitig oder nacheinander bedingt ist. Umgekehrt lässt sich von der Ursache einer Depression nicht darauf schliessen, welche Form die Depression annimmt. Unabhängig von der oder den Ursachen kann sich eine Depression eher seelisch, eher körperlich, oder in beidem zugleich äussern. Es ist ein wahres Kunstwerk, den Ursachen einer Depression auf die Spur zu kommen, weil die gleiche Ursache einer Depression unterschiedliche Anzeichen haben kann. Zum Beispiel kann sich eine genetische Veranlagung zu einer Depression körperlich zeigen (Herzinfarkt, Bluthochdruck, Infektionsneigung, Haut- oder Krebserkrankung), im Verhalten (Aggression, Reizbarkeit, Lethargie, Apathie, Hyperaktivität, Selbstbehandlung mit Hilfe von Drogen), in Gefühlen (Trauer, Wut, Hoffnungslosigkeit, Angst), im Denken (Konzentrationsstörungen, Demenz, Aufmerksamkeitsdefizit) oder auch im Glauben (Hoffnungslosigkeit, Gefühl von Gott oder Karma bestraft zu sein, keinen Sinn mehr im Leben sehen). Umgekehrt kann die gleiche Form einer Depression selbst beim gleichen Menschen jedesmal unterschiedliche Ursachen haben. Eine einzelne depressive Episode kann z.B. ausgelöst werden durch den Tod eines geliebten Menschen, Rückfall in Drogenabhängigkeit, HIV-bedingte hirnorganische Störungen, chronischen, unbewältigten Stress, oder ein längst vergessenes und verdrängtes Ereignis aus früher Kindheit. An den Anzeichen der Depression lässt sich die Ursache nicht erkennen.

Ursachen der Depression bei Menschen mit HIV

Warum Depressionen bei Menschen mit HIV häufiger auftreten als in der Allgemeinbevölkerung, liegt auf der Hand. Zum einen haben Menschen, die an einer Depression leiden, ein erhöhtes Risiko an einer sexuell übertragbaren Erkrankung zu erkranken, nicht nur über Drogengebrauch, sondern auch durch kom-

plexe, sogenannte psycho-neuro-immunologische Prozesse, die zu Veränderungen an der Genitalschleimhaut führen können. Hinzu kommt die HIV Diagnose und das damit verbundene gesellschaftliche Stigma als ein einschneidender Lebensprozess. Mit der verlängerten Lebenserwartung kommen noch die durch HIV beschleunigten Alterungsprozesse und äusserlich sichtbaren Langzeitnebenwirkungen der Therapie hinzu. Neben den psychosozialen Faktoren, wie Armut, Missbrauch, Suchtprobleme, Frührente, etc. gibt es auch eine Reihe HIV-spezifischer biologischer Faktoren die als Ursache einer Depression in Betracht kommen. Hierzu zählen unter anderem Verteilungsstörungen der Neurotransmitter Serotonin und Dopamin und HIV-bedingte Entzündungsreaktionen im Gehirn, vor allem in Bereich der Basalganglien. Auf diese biologischen Faktoren werden wir in späteren Artikeln noch genauer eingehen. Insbesondere möchten wir uns der Frage widmen, ob die vielfältigen möglichen Ursachen einer Depression bei Menschen mit HIV mit einer neuen EEG Methode besser erkannt werden und behandelt werden können.

Literatur

- (1) World Health Organization (WHO). ICD-10 Version:2010 Available at: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F30-F39>. Accessed 1/22/2012, 2012.
- (2) Kompetenznetz Depression Available at: <http://www.kompetenznetz-depression.de/main.htm>. Accessed 1/30/2012, 2012.
- (3) Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS) *Psychol Med* 2004 May;34(4):597-611.
- (4) Women - Depression Available at: <http://www.netplaces.com/depression/who-gets-depression/women.htm>. Accessed 1/30/2012, 2012.
- (5) World Health Organization (WHO). WHO | Depression. Available at: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/. Accessed 1/22/2012, 2012.
- (6) cranium abott - Available at: <http://www.ask.com/web?l=dis&o=16047&qsrc=2873&q=cranium+abott>. Accessed 1/30/2012, 2012.
- (7) PsychiatryOnline | American Journal of Psychiatry | Suicide in HIV-Infected Individuals and the General Population in Switzerland, 1988–2008 Available at: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=167&page=143&journalID=13>. Accessed 1/30/2012, 2012.
- (8) Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, Safren SA. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a re-

view and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011 Oct 1;58(2):181-187.

- (9) Ironson G, O'Leirigh C, Fletcher MA, Laurenceau JP, Balbin E, Klimas N, et al. Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in men and women with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral treatment. *Psychosom Med* 2005 Nov-Dec;67(6):1013-1021.

Weitere Informationen bei den Autoren:

HeidemarieKremer@yahoo.de
FranzLutz2002@yahoo.de

Medizin & Forschung

Zeitlich begrenzte Therapie der frühen HIV-Infektion: Was bringt's?

Bis heute ist nicht ganz klar, wann der optimale Zeitpunkt für den Beginn einer HIV-Therapie ist. Dem klaren Nutzen einer Behandlung im Hinblick auf die durch HIV und die Entzündung und Immunaktivierung hervorgerufenen Krankheitsbilder steht immer noch die Angst vor möglichen Langzeitnebenwirkungen der Medikamente gegenüber.

Deshalb suchen Forscher nach innovativen Konzepten, die es ermöglichen sollen, die ungünstigen Auswirkungen von HIV mit so wenig Medikamenteneinsatz wie möglich im Rahmen zu halten.

Ein solches Konzept, die Therapiepausen, ist in der groß angelegten SMART-Studie kläglich gescheitert. In der ACTG A5217-Studie wurde ein anderer Weg beschritten: Hier wurden Patienten mit einer frischen HIV-Infektion (d.h. innerhalb von 6 Monaten nachdem der Antikörper-Test positiv wurde) zufällig auf zwei Gruppen verteilt: Die eine wurde nach den damals aktuellen Leitlinien behandelt, sobald die Helferzellzahl unter 350/µl gefallen war. Die andere Gruppe erhielt sofort eine antiretrovirale Therapie aus Truvada® und Kaletra® (oder eine beliebige andere Kombination nach Einschätzung des behandelnden Arztes), nahm diese für 36 Wochen ein und setzte sie dann ab.

Die Hoffnung war, dass die sich nach Absetzen entwickelnde Viruslast („setpoint“) niedriger sein würde als in der Kontrollgruppe und dass es deshalb länger

dauern würde, bis die Patienten erneut HIV-Medikamente benötigen.

Allerdings lief auch in dieser Studie nicht alles wie erwartet: Zum einen hatten in der Kontrollgruppe, die zunächst keine Medikamente bekam, so viele Patienten einen beschleunigten Verlauf der Infektion, dass sich gar kein setpoint für die Viruslast bestimmen ließ, weil die Patienten schon relativ bald in den Bereich kamen, wo sie mit der Therapie beginnen mussten. Die verbleibenden Patientenzahlen waren dann für eine statistische Auswertung zu gering. Auf der anderen Seite dauerte es bei den Patienten, die sofort behandelt worden waren, nach Absetzen der Medikamente signifikant länger, bis die CD4-Zellzahl soweit abgesunken war, dass sie wieder eine Behandlung benötigten (nach einem Jahr hatten erst etwa 20% wieder mit einer Behandlung begonnen). Die Studie wurde aber abgebrochen, als aufgrund der unerwarteten Befunde klar wurde, dass eine protokollgemäße Auswertung nicht durchführbar sein würde. Die Autoren stellen fest, dass immer noch nicht klar sei, wie man bei einer frischen HIV-Infektion am besten vorgeht. Es gibt zwar Daten aus der HIV-CAUSAL-Kohorte, dass die Sterblichkeit bei Patienten, die sofort mit einer Behandlung beginnen, mit 6 von 1.000 geringer ist als bei Patienten, die erst später im Verlauf der Infektion behandelt werden (10 von 1.000). Da dies aber keine randomisierte Studie war, ist die Aussagekraft eingeschränkt.

Bemerkenswert war der Befund, dass die Hälfte der Patienten in der Kontrollgruppe innerhalb von 72 Wochen nach der Infektion bereits eine Behandlung benötigten. Dieses schnelle Fortschreiten der HIV-Infektion kann mehrere Ursachen haben, so wurde z.B. kürzlich berichtet, dass HIV über die Jahre womöglich aggressiver wurde. Dabei stellt sich dann die Frage, ob es angesichts einer lebenslangen Therapiedauer, d.h. möglicherweise 30, 40, 50 oder mehr Jahre Einnahme der Medikamente, wirklich so entscheidend ist, ob man ein paar Monate früher oder später mit dem Pillenschlucken anfängt.

Kommentar von Projekt Information:

Es zeichnet sich immer mehr ab, dass die schädlichen Auswirkungen der HIV-Infektion meist an zwei Parametern festgemacht werden können:

1) *Die Höhe der Viruslast über die Zeit: Je länger jemand mit einer messbaren Viruslast lebt, desto höher das Risiko für die Entwicklung nicht aids-definierender Erkrankungen. Aber es spielt eben nicht nur die Dauer eine Rolle, sondern auch die Höhe der Viruslast. Also die Fläche unter der Vi-*

ruslast-Zeit-Kurve (für Mathematiker: Das Integral).

2) *Ähnliches gilt für die Zahl der CD4-Zellen: Je länger jemand mit niedrigen Helferzellzahlen lebte, desto ungünstiger die Prognose.*

Beide Faktoren beeinflussen aber lediglich das Risiko. Ob im Einzelfall tatsächlich Komplikationen oder Erkrankungen auftreten werden, lässt sich nicht vorher-sagen.

Theoretisch macht es also durchaus Sinn, eine HIV-Infektion sofort nach der Diagnose zu behandeln. Doch noch wichtiger als aller theoretischer Nutzen ist, dass der Patient auch für die Behandlung bereit ist. Denn er/sie muss die Behandlung ein Leben lang einnehmen und wenn die Therapietreue nicht gegeben ist, werden sich schnell Resistenzen einstellen, die die weitere Behandlung erschweren und letztendlich die Lebensqualität verschlechtern.

Quelle: Hogan C et al.: „The Setpoint Study (ACTG A5217): Effect of Immediate Versus Deferred Antiretroviral Therapy on Virologic Set Point in Recently HIV-1-Infected Individuals“, JID 2011, DOI: 10.1093/infdis/jir699

S. Schwarze

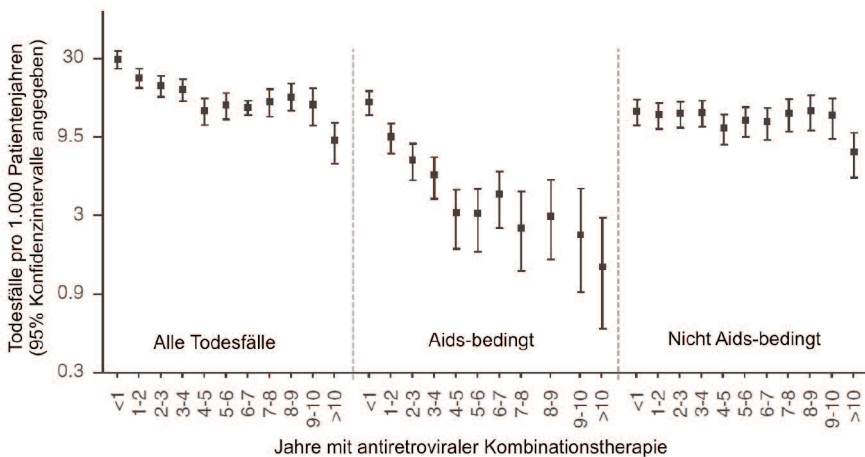
Grundlegend & Wissenswert

Kein Hinweis auf bisher unbekannte Risiken durch die HIV-Therapie

Dass die antiretrovirale Therapie (ART) das Leben von HIV-Patienten verlängert, steht außer Frage. Doch da wir heute von einer lebenslangen Behandlung ausgehen müssen, machen sich viele Gedanken, ob die langjährige Einnahme der Medikamente nicht langfristig selbst Schäden anrichtet.

Wissenschaftler der EuroSIDA-Studiengruppe gingen nun dieser Frage nach. Dazu wurden die Daten von 12.069 Patienten ausgewertet, die seit weniger als zwei Jahren bis mehr als acht Jahre an der Kohorte teilnahmen. Dies ergab insgesamt 70.613 Patientenjahre Nachbeobachtungszeit. Während dieser Zeit verstarben 1.297 Patienten, davon 413 an den Folgen von Aids und 884 an anderen Ursachen.

Da die Gruppe der nicht Aids-bedingten Todesfälle ein Sammelsurium verschiedener Todesarten ist, angefangen von Unfällen, Selbstmorden und Morden bis hin zu Tod aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lebererkrankungen, Begleitinfektionen und Krebs, untersuchten die Forscher, ob es bei irgend einer dieser Todesarten einen auffälligen Zusammenhang mit der Dauer der ART gab, der nicht durch das Älterwerden der Patienten zu erklären war. Interessanterweise nahmen mit längerer Behandlungsdauer Todesfälle aufgrund von Infektionen, Lebererkrankungen sowie Todesfälle durch Gewalteinwirkung ab während die Anzahl der Patienten, die an Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstarb zunahm. Letzteres würde man aber aufgrund des zunehmenden Alters erwarten.



Insgesamt nahm mit länger dauernder Medikamenteneinnahme die Gesamtsterblichkeit ab, vor allem getrieben durch die sinkende Zahl aids-bedingter Todesfälle, während die Zahl der nicht aids-bedingten Todesfälle ziemlich konstant blieb:

Die Autoren schließen daraus, dass der Tod durch eine Auswirkung der Medikament wohl ein sehr seltenes Ereignis ist. Zumindest konnte in dieser Analyse keine schädliche Auswirkung einer langfristigen Einnahme von HIV-Medikamente entdeckt werden. Trotz der großen Patientenzahl reichten die Daten aber nicht aus, um Aussagen hinsichtlich einzelner Medikamenten, bzw. Kombinationen zu machen. Hier besteht noch Studienbedarf für die Zukunft.

Zum jetzigen Zeitpunkt kann man aber bereits klar sagen, dass der Nutzen einer ART, zumindest über einen Zeitraum von 10 Jahren, mögliche Risiken bei weitem überwiegt. Angst vor langfristigen Nebenwirkungen sollte also keinen Patienten von einer erforderlichen Behandlung abhalten.

Quelle: Kowalska J et al.: „Long-term exposure to combination antiretroviral therapy an risk of death from specific causes: no evidence for any previously unidentified increased risk due to antiretroviral therapy“, AIDS 2012, 26:315-323

S. Schwarze

Leben mit HIV

Cholesterinsenker senken möglicherweise auch das Risiko für Leberkrebs bei Patienten mit chronischer Hepatitis B

Cholesterinsenkende Medikamente aus der Gruppe der „Statine“ haben möglicherweise auch einen günstigen Einfluss auf bestimmte Krebserkrankungen. Ein Studiengruppe befasste

sich nun speziell mit Patienten mit chronischer Hepatitis B, die ein erhöhtes Risiko für Leberkrebs haben. Dazu wurden 33.413 Patienten von 1997 bis 2008 beobachtet. In diesem Zeitraum traten 1.021 Fälle von Leberzellkrebs auf, die Nachbeobachtung umfasste 328.946 Patientenjahre. Die Inzidenz betrug 310,4 Fälle von Leberkrebs auf 100.000 Personenjahre. Es gab einen klaren Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von Statinen und dem Auftreten von Krebs. Je länger ein Patient Statine einnahm, desto geringer war das Risiko für das Auftreten von Leberkrebs:

Eingenommene Tagesdosen	Risikoreduktion im Vergleich zu Patienten, die kein Statin nahmen
28-90	34%
91-365	59%
>365	66%

Die Autoren folgern, dass bei Patienten mit chronischer Hepatitis B die Gabe von Statinen möglicherweise das Risiko für Leberzellkrebs senken kann und

fordern weitere Studien um diese Ergebnisse zu bestätigen und zu erklären.

Quelle: Tsan Y et al.: „Statins and the Risk of Hepatocellular Carcinoma in Patients With Hepatitis B Virus Infection”, Journal of Clinical Oncology, Published online before print January 23, 2012, doi: 10.1200/JCO.2011.36.0917

S. Schwarze

Intravenöses Silibinin zur Behandlung von Hepatitis C-Infizierten, die auf Interferon / Ribavirin nicht ansprechen

Der derzeitige Therapiestandard für die chronische Hepatitis C besteht aus der Gabe von pegyliertem Interferon und Ribavirin. Damit kann bei etwa der Hälfte der Patienten mit einer Infektion durch den HCV-Genotyp 1 oder 4 ein anhaltendes virologisches Ansprechen erzielt werden, was mit einer Ausheilung der Hepatitis C-Infektion gleichzusetzen ist. Für Patienten, die auf diese Behandlung nicht ansprechen, sind die Möglichkeiten eingeschränkt. Vor kurzem wurden zwei Hepatitis C-Proteasehemmer zugelassen, die die Heilungschancen um etwa 30% erhöhen. Weitere Wirkstoffe sind in der Entwicklung.

Vor 3 Jahren wurde die Wirkung von Silibinin gegen Hepatitis C beschrieben. Silibinin ist ein Wirkstoff aus der Mariendistel und steht zur Behandlung einer Knollenblätterpilzvergiftung zur Verfügung. Vermutlich besteht die Wirkung gegen HCV auf einer Hemmung der NS5B Polymerase. Zusätzlich hat der Wirkstoff antioxidative und fibrosehemmende Eigenschaften. Allerdings werden bei Einnahme von Tabletten keine ausreichenden Wirkstoffspiegel erreicht, deshalb muss das Medikament für dieses Anwendungsgebiet als Infusion verabreicht werden.

In dieser Studie erhielten die Patienten die übliche Hepatitis C-Therapie aus pegInterferon und Ribavirin. Wenn die HC-Viruslast nach Woche 12 um weniger als 2 log (also den Faktor 100) abgefallen war oder nach 24 Wochen noch nachweisbar war, erhielten die Patienten über 14 bzw. 21 Tage 20 mg/kg/Tag Silibinin intravenös (Legalon-SIL®).

Nach 7 Tagen der Silibinin-Behandlung hatten 16 von 27 Patienten nicht nachweisbare HCV-RNA, nach 14

und 21 Tagen waren es 23 Patienten (14 von 15 Patienten, die 21 Tage infundiert wurden und 9 von 12, die nur 14 Tage Silibinin erhielten). Nach Ende der Silibinin-Behandlung wurde die HC-Viruslast bei fünf Patienten wieder nachweisbar. Drei von ihnen erhielten einen zweiten oder sogar dritten Silibinin-Behandlungszyklus und wurden wieder HCV-RNA-negativ.

Zum Ende der gesamten Behandlung waren 11 von 19 Patienten HCV-RNA-negativ. Von diesen 11 waren nach sechs Monaten immer noch sieben HCV-RNA-negativ, also geheilt. Sechs von diesen sieben hatten Silibinin über 14 Tage erhalten. Ein günstiger Faktor für das Ansprechen war ein niedrige HC-Viruslast vor Beginn der Silibinin-Gabe. Die meisten Patienten in dieser Studien hatten einen ungünstigen IL-28B-Genotyp. Die intravenöse Gabe von Silibinin über eine Stunde wurde allgemein gut vertragen, einige Patienten berichteten von einem Hitzegefühl während der Infusion. Darüber hinaus wurden am ersten Tag der Infusion Magen-Darm-Symptome wie Übelkeit, Bauchschmerzen und Durchfall berichtet, diese Symptome nahmen an den folgenden Tagen ab. Bei allen Patienten wurde eine leichte Erhöhung des Bilirubins beobachtet.

Die Autoren geben zu bedenken, dass es sich um keine systematische Studie handelt, sondern um „learning by doing“, halten aber ihre Vorgehensweise für eine Möglichkeit, Patienten mit ungünstigem Therapieverlauf doch noch zu einem Ansprechen zu verhelfen, gerade wenn die Leberschädigung schon fortgeschritten ist.

Allerdings ist auch diese Behandlungsoption sehr teuer: Legalon-SIL® kostet 715,65 Euro für 1.400 mg, was der Dosis für eine Infusion für einen 70 kg schweren Patienten entspricht. Eine 14-tägige Infusionsbehandlung verteuert die schon sehr teure HCV-Behandlung um weitere 10.000 Euro.

Unklar ist leider, in wieweit diese Behandlung auch eine Option für Patienten mit HIV/HCV-Koinfektion darstellt.

Quelle: Rutter K et al.: „Intravenous silibinin as `rescue treatment` for on-treatment non-responders to pegylated interferon/ribavirin combination therapy”, Antiviral Therapy 2011; 16:1327-1333

S. Schwarze

Politik & Soziales

Zusätzliche Patientenrechte Bundesregierung plant Regeln gegen Fehlbehandlungen

Die Patientenrechte sollen nach Angaben der Bundesregierung verbessert werden, wenn auch nur verhalten. Etwa 17.000 Menschen sterben jährlich an den Folgen einer falschen, späten und nachlässigen Behandlung, so das Aktionsbündnis Patientensicherheit. Deshalb planen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger ein Gesetz, das Anfang 2013 in Kraft treten und folgende Eckpunkte beinhalten soll:

- Kassen helfen Patienten beim Schadensersatz;
- Patienten dürfen genehmigungspflichtige Leistungen antreten, wenn die Kasse drei Wochen nicht entschieden hat;
- Klinik und Praxis müssen Mindeststandards festlegen, wie in Zukunft medizinische Fehler zu vermeiden sind;
- Krankenhäuser müssen zudem regeln, wie mit Patientenbeschwerden umgegangen wird;
- Patientenorganisationen werden auf Landesebene bei der Zulassung von Vertragsärzten beratend hinzugezogen;
- die Beweispflicht liegt bei schweren Behandlungsfehlern beim Arzt, bei leichten beim Patienten.

Neu ist die Verankerung der Patientenrechte im Bürgerlichen Gesetzbuch. Dazu gehören neben den künftigen auch die bisherigen wie

- freie Wahl von Arzt und Krankenhaus;
- umfassende Aufklärung über Risiken;
- Beratung durch die Krankenkassen;
- Zustimmung zu jeder einzelnen Behandlung;
- Schadensersatz bei Behandlungsfehlern;
- Vertraulichkeit und Schutz der Patientendaten;

Einige Forderungen von Patienten-Organisationen will die Bundesregierung nicht umsetzen. Unter anderem wird es keinen verständlich formulierten Patientenbrief geben. Auch können bei

Behandlungsfehlern nicht mehrere Ärzte gleichzeitig haftbar gemacht werden. Eine Absage erteilte die Bundesregierung des Weiteren der Einrichtung eines Entschädigungsfonds und Zentralregisters. Geschlossen kritisierte die Opposition den Gesetzentwurf, weil er die wesentlichen Neuerungen ausschließt.

Stefan Boes

Kompliziertes Zahlenwerk Wer gesetzliche Rente beantragt, sollte sich vorher informieren

Die gesetzliche Rente mit 67 sieht vor, dass ab dem Jahrgang 1946 das Renteneintrittsalter pro Jahr um einen Monat schrittweise ansteigt. Wer 1946 oder davor geboren wurde, kann ohne Abzüge mit 65 Rente beziehen. Für alle, die 1964 oder danach geboren wurden, gilt die Rente mit 67. Mit Beginn des Jahres 2012 tritt allerdings in diesem Zusammenhang eine wesentliche Neuerung ein. Wer mehr als 45 Jahre Pflichtbeiträge bezahlt hat, darf mit 65 in Rente gehen, auch wenn er nach 1946 geboren ist.

Darüber hinaus wurde der Beitragssatz von 19,9 auf 19,6 Prozent gesenkt. Nach Berechnungen des Bundesarbeitsministeriums sind weitere Reduzierungen möglich, 2013 auf 19,4 und 2014 auf 19,0 Prozent, vorausgesetzt die Konjunktur bleibt stabil. Danach erwartet das Ministerium Beitragssteigerungen.

Das Bundesarbeitsministerium gab auch bekannt, dass Mitte 2010 Männer im Westen durchschnittlich 977 Euro und in den neuen Ländern 1012 Euro Rente bezogen, Frauen erhielten 500 beziehungsweise 701 Euro. Das Eintrittsalter erhöhte sich seit 2000 um durchschnittlich ein Jahr auf nunmehr 63,5 Jahre im Jahr 2010.

Grundsätzlich gilt, dass eine frühere Rente beantragen kann, wer 35 Jahre in die Rente einbezahlt hat oder entsprechende Zeiten für Ausbildung oder Kindererziehung aufweisen kann. Hier gilt eine Altersgrenze von 63 Jahren plus die monatliche Steigerung der Rente mit 67. Wer also beispielsweise 1959 geboren wurde, könnte mit 66 plus zwei Monate volle Rente beziehungsweise mit 64 plus zwei Monate Frührente mit Abschlägen erhalten. Für jeden Monat, den der Ruhestand früher beginnt, gehen etwa 0,3

Prozent Rentenhöhe verloren. Allerdings können die Abschläge im Voraus ausgeglichen werden. Um einen monatlichen Ausgleich von drei Euro zu erzielen, sind einmalig 680 Euro nötig.

Für Schwerbehinderte reduziert sich das jeweilige Renteneintrittsalter nochmals. Allerdings gilt es immer, einen Antrag zu stellen (www.deutsche-rentenversicherung.de). Dieser sollte drei bis vier Monate vor dem gewünschten Renteneintritt eingehen. Die Rentenversicherer bieten kostenfreie Beratungen vor Ort an – angesichts des komplizierten Zahlwerks sehr zu empfehlen.

Stefan Boes

Nachrichten aus der Sozial- und Rechtspolitik Schwerbehinderte – Hartz-IV-Satz – Wohnungsmarkt – Jahreswechsel - Minijob

Nachdem die Arbeitslosigkeit unter Schwerbehinderten kurzfristig sank, nämlich von 17 Prozent im Jahr 2005 auf 15 Prozent im Jahr 2009, steigt sie nach Angaben des Bundesarbeitsministeriums neuerdings wieder an. Knapp 173.000 Menschen mit einer Behinderung von fünfzig Prozent und mehr sind derzeit arbeitslos gemeldet. Die Regelung, dass Arbeitgeber mit mehr als zwanzig Mitarbeitern fünf Prozent Behinderte anstellen müssen, greift nur bedingt, da sich viele freikaufen. Die Zahlungen gehen zwar an die örtlichen Integrationsämter, die damit Arbeitsplätze für Behinderte fördern und bezuschussen sollen. Doch Wilhelm Adamy vom Deutschen Gewerkschaftsbund sieht hier viele Kommunen in der Pflicht, da sie zu wenig in Arbeitsplätze für **Schwerbehinderte** investieren, dafür wird um so sehr mehr „auf Ein-Euro-Jobs gesetzt“.

Sollte es Steuererstattungen früherer Einkommen geben, wird automatisch der aktuelle **Hartz-IV-Satz** gekürzt. Die Rechtmäßigkeit dieses Vorgangs bestätigte das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil des Ersten Senats. Das Eigentumsrecht sei mit der Leistungs-Reduzierung durchaus zu vereinbaren, so das Gericht. (Az.: 1 BvR 2077/11)

Eine Untersuchung des Pestel-Instituts in Hannover ergab, dass Menschen im Alter zunehmend vom **Wohnungsmarkt** abgekoppelt werden. Grund sei die zunehmende Altersarmut unter deutschen Bundesbürgern sowie der Mangel an altersgerechten und bezahlbaren Wohnungen. Das Institut geht davon aus, dass im Jahr 2020 knapp eine Million Deutsche auf die Grundsicherung angewiesen sein werden, was einer Verdoppelung gegenüber dem jetzigen Stand entspricht. Auch werden immer mehr Bezieher von Minirenten auf Wohngeld angewiesen sein. Es drohe eine „graue Wohnungsnot“, so das Institut in seinem Abschlussbericht.

Zum **Jahreswechsel** traten neue Bemessungsgrenzen, Beitrags- und Regelsätze sowie Gesetzesänderungen in Kraft. So sinkt der Garantiezins bei Lebensversicherungen von 2,25 auf 1,75 Prozent, der Hartz-IV-Satz beträgt 374 Euro, die Beitragsbemessungsgrenze liegt im neuen Jahr bei 3825 Euro. Wer die Riester-Rente nutzt, muss jährlich mindestens 60 Euro einzahlen, um Zulagen und Steuervorteile zu erhalten. Die Rente mit 67 tritt in Kraft, ebenso das Versorgungsstrukturgesetz zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen. Neu ist die Familienpflegezeit, außerdem erhöhen sich die Sätze der Pflegestufen auf 450, 1100 beziehungsweise 1550 Euro.

Knapp fünf Millionen Arbeitnehmer gehen in Deutschland einem **Minijob** als Hauptbeschäftigung nach, weitere 2,3 Millionen als Nebenbeschäftigung, so die Hans-Böckler-Stiftung in Berlin. Deren Entlohnung liegt durchschnittlich bei 8,16 Euro, im Fall des Hartz-IV-Bezugs bei 6,08 Euro. Minijobs sind, so die aktuelle Studie der Stiftung, keine Brücke in die reguläre Beschäftigung, auch dienen sie nicht dem kompletten Lebenserhalt inklusive Alterssicherung. Vielmehr nutzen Arbeitgeber zunehmend die Möglichkeit des Minijobs, um bestehende Arbeitsplätze zu zerteilen und Sozialabgaben einzusparen. Dorothea Voss, Arbeitsmarktexpertin der Hans-Böckler-Stiftung, bestätigt die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung. Demnach sind Minijobs für Unternehmer „der Steigbügel, um Personalkosten zu senken“ und „ein Schlupfloch, um gesetzliche und tarifliche Bestimmungen zu umgehen“.

Stefan Boes

Projekt Information e.V.

Ab und zu bekommen wir von unseren Lesern auch Rückmeldungen, entweder als Anruf, Brief oder E-Mail. Besonders freut es uns, wenn wir jemandem helfen konnten, wie in diesem Fall:

“Hallo Siegi,

ich wollte mich bei Dir bedanken über Deinen Artikel Vitamin D. Er hat mir sehr geholfen!

Ich hatte seit Jahren sehr viele Probleme.

Konnte nicht gut laufen vor Schmerzen, den Kopf nicht drehen, Herzprobleme, Kribbeln, unruhiger Schlaf, Brustbeinschmerzen, Sehstörungen, Schwindel u.s.w.

Die Ärzte haben mich von Arzt zu Arzt geschickt, aber keiner fand die Ursache. Es hieß nur ich nehme ja schon lange Medikamente und man müsste sich damit abfinden. Ich dachte schon das ist das Ende.

Ich bekam immer mehr Medikamente für die Symptome und alle halfen nichts.

Dank Deinem Artikel habe ich mich dann selber um eine Vitamin D Behandlung (Ende September) gekümmert, wie Du sie beschrieben hast mit Dekristol und der Internetseite www.vitamindelta.de

Auf einmal gingen alle Probleme weg oder sind nur noch schwach vorhanden. Fast kein Arzt kennt richtig die Auswirkung von Vitamin D Mangel.

Auch die Schwerpunktpraxen oder Klinken horchen einem da nicht zu. Im Gegenteil sie sagen man kann das Vitamin D wieder reduzieren auf höchstens 1000 I.E. /Tag.

Aber das ist viel zu niedrig. Deshalb

möchte ich auf das Problem nochmals hinweisen und vielleicht kann man da noch etwas Aufklärung betreiben. Ich denke, dass viele Betroffene auch darunter leiden.

Dank Deiner Info brauche ich die ganze Medikamente nicht mehr, außer Atripla ;-)
Ich bin so glücklich. Vielen Dank!

Für mehr Infos stehe ich Dir gerne zur Verfügung.

Liebe Grüße, R.”

Ich hatte diese E-Mail zum Anlass genommen, meinen eigenen Vitamin D-Spiegel wieder einmal überprüfen zu lassen. Ich hatte bis vor einiger Zeit eine Kapsel Dekristol 20.000® eingenommen. Da meine Spiegel damit aber mal gerade auf 30 ng/ml angestiegen waren, nehme ich seit September zweimal pro Woche eine Kapsel. Zudem war ich im Januar zwei Wochen im Urlaub und habe mich viel in der Sonne aufgehalten - auch immer mal wieder ohne Sonnenschutz. Bei der Blutabnahme nach dem Urlaub ergab sich dann ein Vitamin D-Spiegel im optimalen Bereich von 60 ng/ml.

Fazit: Auch wenn mit einer Kapsel Dekristol pro Woche eine Basisversorgung gewährleistet ist und man keinen Mangel mehr befürchten muss, macht es doch Sinn, gelegentlich die Spiegel bestimmen zu lassen, da im Einzelfall (gerade bei HIV-Patienten) durchaus höhere Dosierungen erforderlich sein können um optimale Spiegel zu erreichen.

Der direkte Draht zu Projekt Information:

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

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

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

DÖAK 2013: Community Board nimmt seine Arbeit auf

Die Deutsche AIDS-Hilfe hat Roland Berg, David Leyendecker, Stephan Mayr, Siegfried Schwarze, Wiltrud Stefanek, Engelbert Zankl und Michaela für das Community Board des nächsten Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongresses (DÖAK) benannt, der vom 12. bis 15. Juni 2013 in Innsbruck stattfinden wird. Sechs der sieben Selbsthilfevertreterinnen und -vertreter aus Deutschland und Österreich haben bereits das Community Board für den letzten DÖAK in Hannover gestellt und werden ihre Erfahrungen gewinnbringend einsetzen können. Neu hinzugekommen ist die Tirolerin Michaela, die das Gremium am Austragungsort repräsentieren wird.

Grundlage der Arbeit des Community Boards sind die im Jahr 2010 verabschiedeten „Wiener Prinzipien“, die gemeinsame Erklärung der Deutschen AIDS-Hilfe und der Deutschen AIDS-Gesellschaft zur Beteiligung der deutschsprachigen Communities am DÖAK. Sie beruht auf dem Prinzip der stärkeren Einbeziehung von Menschen mit HIV/Aids (GIPA) und schreibt fest, dass die Selbsthilfevertretung ihre Perspektiven bei der Auswahl und Gestaltung der Themenschwerpunkte des Kongresses von Anfang an einbringen können muss.

„Beim letzten DÖAK 2011 in Hannover gab es noch einige Anlaufschwierigkeiten“, berichtet David Leyendecker aus Berlin: „Bei unserem ersten Treffen stand das Programm für den Track zu gesundheitspolitischen und sozialwissenschaftlichen Aspekten schon weitgehend fest. Wir haben uns aber mit unserer Forderung nach Beteiligung durchgesetzt und konnten schließlich den kompletten Schwerpunkt selbst gestalten. Und auch in den Tracks zu Klinik, Therapie und Grundlagenforschung waren wir vertreten.“

Das Community Board nimmt dieses Mal mit einer großen Vorlaufzeit seine Arbeit auf und wird sobald wie möglich das erste Treffen einberufen. Um seiner Aufgabe nachzukommen, Konferenzgeschehen und -inhalte für Menschen mit HIV verstehbar und transparent zugänglich zu machen, wird wieder ein eigener Internetauftritt eingerichtet. Er bietet die Möglichkeit, Wünsche, Bedürfnisse und Anforderungen aus den

scissors icon

bitte in frankierten Fensterbriefumschlag

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

Projekt Information e.V.
Gemeinnütziger Verein

Vereins- und Spendenkonto:
Sozialbank München
Konto-Nr. 8 845 500
Bankleitzahl: 700 205 00

Telefon: 0 89/21 94 96 20
Fax: 0 89/21 03 12 35

Communities in der Kongressgestaltung besser aufzugreifen.

Quelle: aidshilfe.de

Mitgliedschaft

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

Eintrittsdatum (zum Monatsersten) _____

Ermächtigung zum Forderungseinzug per Lastschrift

Projekt Information e. V. München wird widerruflich ermächtigt,

den **Mitgliedsbeitrag** 7,67 €

zuzüglich einer **Spende** _____

Gesamtbetrag **monatlich** _____

per Lastschrift einzuziehen zu Lasten meines/unseres

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

Bankname: _____ Bankort: _____

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

Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

_____, den

Ort/Datum

Unterschrift _____

Vollständige Anschrift (in Druckbuchstaben)

Vor- und Zuname

Straße/Haus-Nr.

Postleitzahl/Ort

Tel: _____ Fax: _____

Termine

Termine des Projektes „Positive Frauen“ für Frauen mit HIV/Aids

- Von Frau zu Frau – positiv im Leben stehen Workshop für Frauen mit HIV mit Maja Günther, Psychotherapeutin und Tangolehrerin Samstag, 12.05.2012, 10.00 – 17.00 Uhr, Kosten: Euro 7,50
- Offene Gruppentreffen für Frauen mit HIV: Einmal/Monat montags 18.30 – 20.30 Uhr Genaue Termine auf Anfrage
- Telefonische und persönliche Beratung auf Anfrage, siehe unten

Die Veranstaltungen finden, wenn nicht anders angegeben, im FGZ statt! Weitere Informationen und Anmeldung:

Ulrike Sonnenberg-Schwan, Tel. 089-1291195, ulrike.sonnenberg-schwan@fgz-muc.de

www.fgz-muc.de. FGZ, Grimmstr. 1, 80336 München (U3/U6, Poccistr.)

Termine der Münchner Aids-Hilfe e.V. Workshops

Salsa-Tanzkurs

Hier werden alle Gehirnfunktionen benutzt, hier wird mit Spaß gelernt und sich bewegt! Studien haben gezeigt, daß sich gerade Tanzen bzw. das Erlernen günstig auf unsere geistigen Fähigkeiten auswirkt, es wird die Intelligenz gefordert, Emotionen und körperliche Aktivität werden mit sozialen Bindungen verknüpft. Unsere Synapsen im Gehirn werden miteinander verbunden!

Termine: Beginn Sonntag, 26. Februar, 17-19 Uhr (11.3., 25.3., 8. 4., 22.4., 6.5., 20.5., 3.6. und Abschlussball am 17. 6.

Wichtiger Hinweis:

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

Ort: Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe, Lindwurmstr. 71 Anmeldung erforderlich!

LOGI-Kochkurs

Wie kann ich gut, gesund und preiswert kochen?

Die LOGI Methode (LOw Glycemic Index) bedeutet für unsere Ernährung beispielsweise den Austausch hoch energiereicher Kohlenhydrate wie im Weißmehl durch ballaststoffreiche Nahrungsmittel wie Weizenkleie oder Kichererbsenmehl, Kartoffeln durch Topinambur, lieber mehr Eiweiß und Fett als eine große Portion Nudeln usw. Und natürlich alt Bekanntes wie vielfältige Milchprodukte, mageres Fleisch, reichlich Gemüse (und natürlich regelmäßige Bewegung). Nichts ist verboten, niemand muss hungern, entscheidend ist die Menge und deren Zusammensetzung.

Darüber hinaus unterstützt diese Methode das Immunsystem und beeinflusst den Fett- und Zuckerstoffwechsel günstig!

Termine: 26. März, 2. April, 16. April, 7. Mai und 14. Mai, Beginn 18.30 Uhr

Ort: Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe, Lindwurmstr. 71 Anmeldung erforderlich!

Hetero, HIV-Positiv, Single

Besonders alleinstehende heterosexuelle HIV-Positive Frauen und Männer haben Schwierigkeiten ihrem Partner zu sagen, dass sie positiv sind. In diesem Workshop sollen Lösungen entwickelt werden, dies zu ändern.

Termin: 21. April, 11 bis 17 Uhr

Leitung: Christopher Knoll, Dipl. Psychologe

Ort: Münchner Aids-Hilfe, 2. Stock
Anmeldung erforderlich!

Vorträge:

HIV und Deine sexuelle Gesundheit!

Sexuelle Funktionsstörung, sexuelle Lust und sexueller Leistungsdruck- wie hängt dies alles mit HIV und HIV-Therapie zusammen?

Termin: 13. Februar, 19.30 Uhr

Referenten: Siegi Schwarze, Projekt Information im Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe, Lindwurmstr. 71

HIV und Reisen!

Welche Impfungen sind wichtig und möglich? Was gibt es sonst zu beachten?

Termin: Montag, 19. März, 19.30 Uhr

Referent: Dr. C. Spinner, Rechts der Isar Klinikum, München im Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe, Lindwurmstr. 71

HIV und Sozialrecht

Tipps und Wichtiges zu Grundsicherung, Hartz IV, Rente

Termin: Montag, 23. April, 19.30 Uhr

Referentin: Antje Sanogo, Dipl. Päd., München im Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe, Lindwurmstr. 71





HIV und deine sexuelle Gesundheit!

Sexuelle Funktionsstörung, sexuelle Lust und sexueller Leistungsdruck - wie hängt dies alles mit HIV und HIV-Therapie zusammen?

13. Februar, 19.30 Uhr

Referent: Siegi Schwarze, Projekt Information
im Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe



Wenn Sie auch Termine in Projekt Information veröffentlichen wollen, kontaktieren Sie uns doch. Am besten per E-Mail, aber auch per Fax oder telefonisch:

E-Mail: info@projektinfo.de

Fax: 089 / 21031235

Tel.: 089 / 21949620

Wir behalten uns jedoch eine Veröffentlichung vor - abhängig vom verfügbaren Platz und der Relevanz für unseren Leserkreis.

Impressum

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

Vorstand: Peter Lechl, Siegfried Schwarze, Klaus Streifinger.

Redaktion: Jochen Drewes, Prof. Frank-Detlef Goebel, Phil C. Langer, Peter Lechl, Siegfried Schwarze, Ulrike Sonnenberg-Schwan, Peter Wießner.

Hinweis:

Projekt Information versucht durch eine breite Auswahl von Themen, dem Leser einen Überblick zu den derzeitigen therapeutischen Möglichkeiten, Entwicklungen und dem Stand der Forschung zu geben. Zum größten Teil verwenden wir hierbei Übersetzungen aus ähnlichen Publikationen in den USA und Großbritannien.

Sie geben nicht die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder. Ob die besprochenen Medikamente, Therapien oder Verfahren tatsächlich erfolgversprechend oder erfolglos sind, entzieht sich unserer Beurteilung. Sprechen Sie immer mit dem Arzt Ihres Vertrauens. Namentlich gezeichnete Artikel verantwortet der betreffende Autor. Soweit es um Zitate aus wissenschaftlichen Publikationen geht,