

# PROJEKT INFORMATION

Herausgegeben von Projekt Information e.V. - Betroffene informieren Betroffene

September / Oktober 2016



**Gute Nachricht aus Durban:  
Keine HIV-Übertragung bei 58.000  
kondomlosen Sexakten, wenn der  
positive Partner erfolgreich  
behandelt war!**

Die "Viruslastmethode" funktioniert!.....Seite 3

**Die Verwandtschaft,  
die nicht gehen will...  
Ein sehr persönlicher Kommentar über  
Crystal Meth in der MSM-Szene**

Seite 4

**Komplementäre Medizin und  
Nahrungsergänzungsmittel:  
Alles, was Sie schon immer  
wissen wollten!**

Eine neue Webseite hilft, sich im Dschungel  
von Vitaminen, Mineralstoffen & Co.  
zurecht zu finden.....Seite 5

## Editorial

von Siegfried Schwarze ..... 2

## Medizin & Forschung

Odefsey® zur Behandlung der HIV-Infektion zugelassen..... 7  
Epclusa® in der EU zugelassen ..... 7  
Zepatier® in der EU zugelassen ..... 7  
HIV-Infektion und Zika-Virus ..... 8  
Diabetes ist ein Risikofaktor für Leberkrebs ..... 8  
Schmerzmittel verringert Empathie ..... 8  
Lipodystrophie in Zusammenhang mit Bluthochdruck ..... 8  
MK-8591 (EFdA): Neues Nukleosid mit langer Halbwertszeit ... 9  
Neuer Integrasehemmer Bictegravir in der Entwicklung ..... 9  
Schlechte Therapietreue und erhöhte Entzündungsmarker ..... 9  
Cholesterinsenker und verringerte Krebssterblichkeit ..... 9  
90% aller Schlaganfälle wären vermeidbar ..... 10  
Todesursachen in den USA 2014 ..... 10  
Auch „defektes“ HIV kann schaden ..... 11  
Tivicay® + Edurant® als Erhaltungstherapie ..... 11  
Einmal täglich Raltegravir ..... 11  
„Monatspritze“ über 48 Wochen in Studie erfolgreich ..... 11  
Schweiz: Lebenserwartung von Menschen mit HIV ..... 12  
Wer profitiert von einem sofortigen Therapiebeginn? ..... 12  
Keine HIV-Infektion bei PrEP-Programm in San Francisco ..... 12

## Grundlegend & Wissenswert

Sex bei Menschen mit HIV-Infektion ..... 13  
Kinderwunsch bei HIV-Infektion ..... 15

## Leben mit HIV

Welt AIDS Konferenz zum zweiten mal in Südafrika ..... 16  
Sexuelle Gewalt und HIV-Infektion bei afrikanischen Frauen .. 20

## Politik & Soziales

App zur europäischen Krankenversicherungskarte ..... 23  
Keine Anrechnung von Trinkgeld auf Hartz IV-Leistungen ..... 23  
Tipps zum Mitmischen ..... 23  
Video zur Asylanhörung in verschiedenen Sprachen ..... 23  
Erwerbsunfähigkeitsversicherung: Nachtrag ..... 24

Impressum ..... 24

## Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Die Welt-Aids-Konferenz in Durban ist das Schwerpunktthema dieser Ausgabe. Üblicherweise geht es auf dieser Konferenz nicht so sehr um wissenschaftliche Inhalte (obwohl wir dazu auch einige Beiträge haben) sondern vor allem um politische Forderungen. Südafrika ist ein Land, das schwer von HIV getroffen wurde und wo in der Vergangenheit viele Fehler gemacht wurden. Andererseits ist es auch ein Musterbeispiel, wie man das Ruder doch noch herumreißen kann und trotz aller widrigen Umstände beachtliche Fortschritte erzielt werden können.

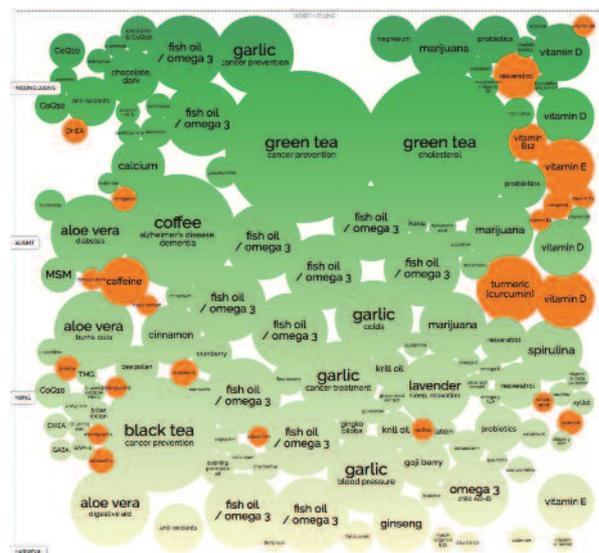


Fortschritte brauchen wir auch hier in Deutschland. Nicht nur in der schwulen Szene (aber dort eben besonders) macht sich derzeit die Droge "Crystal Meth" breit. Nein, wir wollen nicht noch einen Artikel, der diese Droge verteufelt, aber wir glauben, dass diese Droge anders ist und dass deshalb davor gewarnt werden muss. Florian Winkler-Ohm (der übrigens auch in Durban dabei war) schrieb ein mutiges Plädoyer, das man mit den Worten "Hände weg von Tina" zusammenfassen kann.



Drogen in ihrer ursprünglichen Bedeutung waren Heilmittel (wie heute noch in "Drogerie"). Menschen mit HIV wollen oft wissen, was sie sich über die HIV-Behandlung hinaus noch Gutes tun können. Doch Ärzte und Apotheker sind damit oft überfordert, weil es entweder keine vernünftigen Studien gibt oder es schwierig ist, die Daten zu interpretieren. Die meisten Studien sind ja nicht mit HIV-Infizierten durchgeführt worden. Da also die Datenlage zu den meisten Substanzen eher unübersichtlich ist, stellen wir eine Webseite vor, die die Bewertung von Nahrungsergänzungsmitteln und komplementärer Medizin erleichtert. Das Team von Projekt Information wünscht Ihnen eine anregende Spätsommerlektüre.

Ihr  
Siegfried Schwarze



## Gute Nachricht aus Durban: Keine HIV-Übertragung bei 58.000 kondomlosen Sexakten, wenn der positive Partner erfolg- reich behandelt war!

Auf der Welt-Aids-Konferenz geht es traditionell weniger um Wissenschaft als um Politik. Meist stehen der Zugang zur HIV-Therapie in der betroffenen Region, sowie soziale und manchmal juristische Themen im Vordergrund. So auch bei der diesjährigen Konferenz in Durban, Südafrika.

Dennoch stach eine wissenschaftliche Präsentation alle anderen aus: Die Daten der PARTNER-Studie („Partners of People on ART – A New Evaluation of the Risks“).

Das Ergebnis in Kurzfassung: Bei insgesamt 58.000 kondomlosen Sexakten serodifferenter Paare (eine(r) der beiden HIV-positiv, der / die andere HIV-negativ) kam es in keinem Fall zu einer Ansteckung des/der HIV-Negativen, wenn die Viruslast des / der HIV-Positiven unter 200/ml lag (damit trug man der Tatsache Rechnung, dass es auch bei erfolgreicher Therapie gelegentlich zu minimalen Anstiegen der Viruslast, so genannten „Blips“ kommen kann)!

Schon 2008 schrieb die „Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen“ (EKAF), dass HIV-Positive, deren Viruslast für mehr als sechs Monate unter 50/ml liegt und die keine weiteren sexuell übertragbaren Infektionen haben, als „sexuell nicht infektiös“ gelten müssten. Doch dieses Statement wurde häufig kritisiert, vor allem gäbe es nicht genügend Daten für Analverkehr bei Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben.

Genau dieser Kritik wollte man sich mit der PARTNER-Studie stellen: Hier wurden die Daten von 548 heterosexuellen und 340 MSM-Paaren ausgewertet (offenbar kam niemand auf die Idee, lesbische Paare mit in die Studie aufzunehmen). Die Beobachtungszeit betrug im Median 1,3 Jahre. MSM-Paare berichteten über durchschnittlich 42 kondomlose Sexakte pro Jahr, heterosexuelle Paare über 35.

Während der Studie infizierten sich 11 zuvor HIV-negative Teilnehmer mit HIV (10 MSM, 1 hetero-

sexuell) – genetische Untersuchungen zeigten aber, dass sich keiner davon bei seinem Partner / seiner Partnerin angesteckt hatte, sondern außerhalb der Beziehung!

Damit könnte man es eigentlich belassen, wenn nicht die Statistik wäre. Denn ein Null-Risiko lässt sich nicht beweisen (dazu bräuchte man eine Studie mit unendlich vielen Teilnehmern und diese müsste unendlich lange laufen). Mit den derzeitigen Daten kann man nur das Risiko einer HIV-Übertragung unter den Bedingungen dieser Studie beim aufnehmenden Analverkehr mit Ejakulation (d.h. der riskantesten Sexpraktik) eingrenzen: Mit 95%iger Wahrscheinlichkeit kommt es in 100 Paarjahren bei MSM zu weniger als 2,7 Neuinfektionen. Weiter lässt sich das Risiko nicht eingrenzen, denn diesen Werten liegen nur die Daten von 137 Paarjahren zu Grunde!

Pikantes Detail am Rande: Offenbar reicht den Studienautoren die Datenqualität für heterosexuelle Paare inzwischen aus, um den kondomlosen Sex bei nicht-nachweisbarer Viruslast „freizugeben“, obwohl bei heterosexuellem Analverkehr wegen der viel kleineren Datenbasis – nur 29 Paarjahre – die 95%ige Wahrscheinlichkeit bei unter 12,7 Neuinfektionen pro 100 Paarjahren liegt, also höher als bei MSM-Paaren!



Mit anderen Worten: Die Forscher brauchen noch mehr Daten und diese wird es mit einer Verlängerung der Studie für MSM-Paare auch geben. Doch auch dann werden die Kritiker nicht zufrieden sein:

So wurde in einem Editorial schon angemerkt, dass die Paare vor dieser Studie schon (im Median) zwei Jahre kondomlosen Sex hatten. Es wäre also theoretisch möglich, dass hier eine Selektion stattgefunden hat: Paare, bei denen es innerhalb von zwei Jahren zu einer Infektion kam (egal aus welchen Gründen), wären durch die Studie nicht erfasst worden und Paare, bei denen es nicht zur Infektion kam, hätten womöglich bestimmte Schutzfaktoren.

Fakt ist: das Ganze wird mehr und mehr zu einem erkenntnistheoretischem Problem: Wieviele Daten brauchen wir, um uns „sicher“ zu fühlen? Und das bleibt letztendlich ein individuelles Thema, dem auch nicht durch noch so viele Studien beizukommen ist.

### Quellen:

- Rodger A. et al.: „Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner is Using Suppressive

*Antiretroviral Therapy*“, *JAMA*. 2016;316(2):171-181  
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2533066>

- Daar E., Corado K.: „Condomless Sex With Virologically Suppressed HIV-Infected Individuals – How Safe is it?“, *JAMA*. 2016;316(2):149-150  
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2533043>

S. Schwarze

## Die Verwandtschaft, die nicht gehen will...

### Ein sehr persönlicher Kommentar über Crystal Meth in der MSM-Szene

Drug, Set, Setting. Mit diesen drei Wörtern beschreibe ich nur allzugern die Voraussetzungen die ein bewusster, risikominimierter Drogenkonsum mit sich bringen sollte. Die richtige Droge – möglichst rein, vom Dealer deines Vertrauens – die eigene Stimmung nach dem Motto „konsumiere nur wenn es dir gut geht“ und schließlich der richtige Ort für den Konsum.

Soweit die Theorie an die ich selbst fest glaubte und die mir als schwuler Mann mein Leben durch die wilden Zeiten Ende der 90er bis in das neue Jahrtausend rettete. Eine Formel, die beim Thema Drogengebrauch und der für mich damit einhergehenden Risikominimierung nichts an seiner Strahlkraft verloren

hatte, selbst dann nicht, als längst GHB/GBL die Line Speed und die Ecstasys abgelöst hatten. Stets gelang mir ein – zumindest nach meinen Maßstäben – kontrollierter Konsum, ein klares Aufhören nach einem Partywochenende und ein Umgang mit den Substanzen der für mich oder andere keinerlei nachhaltigen Schäden mit sich brachte.

Solange bis Crystal Meth kam. Und mit der „Tante Tina“ eine Verwandtschaft in mein Leben einzog, die nur sehr mühsam wieder zu einer Abreise zu bewegen war. Drug, Set, Setting – nichts funktionierte mehr mit Tina. Ich nahm Crystal von unbekannt Menschen, ich nahm es um Angst- und

Verfolgungsstörungen des Konsums zu beseitigen, ich nahm die Substanz an Orten die ganz sicher nicht für einen Konsum geeignet waren. Und wengleich die Substanz so gern gepriesen wird um mit möglichst vielen Partnern Sex zu haben – die Wahrheit ist: Auf einer Slammer-Party sind doch viele ziemlich einsam. Aus acht geilen Typen, die miteinander Sex haben wollten, werden acht Konsumenten die im Rausch mit ihrem Handy in der Hand nach weiteren Sexpartnern suchen, statt sich mit den bereits vorhandenen Typen zu vergnügen. Am Ende gewinnt die Droge – sie wird wichtiger als der Sex.

Habe ich mir am Anfang noch eingeredet dank dieser Droge mit den großen, fantastischen Sexpartys dieser Stadt Schritt halten zu können, muss ich mir nach langer Zeit des Konsums eingestehen: Ich gehe kaum noch in die Szene raus. Der Sex im Kopf nach dem Konsum reicht mir vollkommen aus.

Doch wie konnte mir das passieren? Mir, der jede Woche auf einem anderen CSD, in irgendeiner Selbsthilfeeinrichtung, auf irgendwelchen Symposien über „bewussten, risikominimierten Drogenkonsum“ referiert. Die Antwort ist ganz einfach: Tante Tina ist stärker als der stärkste Konsument. Und noch keiner, der den Kampf mit ihr aufgenommen hat, hat ihn gewonnen. Wie auch, bei einer Droge die als Durchhalte-Wundermittel für den Kampf im Zweiten Weltkrieg eingesetzt wurde.



Deswegen verwundert es nicht, wenn auch ich seit langer Zeit den Ausstieg aus dieser verhängnisvollen Beziehung suche. Mit wunderbaren Momenten

des Erfolgs und mit erschütternden Momenten des Rückfalls.

Crystal Meth und die schwule Szene – das ist längst keine Randgruppe mehr auf die mit dem Finger gezeigt werden kann. Die Slammer-Szene ist Teil unserer Community. Das sind unsere Freunde, unsere Kollegen, unsere Bekannten und vielleicht auch der eigene Partner.

Wir haben die Wichtigkeit und die Relevanz dieser Betroffenengruppe in unserer Szene nicht ernstgenommen. Wir haben versäumt, rechtzeitig ausreichende Präventionsarbeit zu leisten und ernten

nun die Folgen der eklatanten Versäumnisse in diesem Bereich. Viele Beratungseinrichtungen sind mit Crystal-Meth-Konsumenten hoffnungslos überfordert, es fehlt an therapeutischen Einrichtungen und Hilfsangeboten auf breiter Front.

Crystal Meth und die schwule Szene – das werden wir auch zukünftig nicht in einem Hochglanzprospekt abhandeln können. Neben Therapeuten, Betroffenengruppen und medizinischer Begleitung durch informierte Schwerpunktärzte brauchen wir vor allem eines in unserer Community: Die Akzeptanz für Menschen, die Drogen konsumieren. Ohne diese Akzeptanz wird uns die Herausforderung Crystal Meth zu überstehen nicht gelingen. Denn das schlimmste was jemand – wie ich – auf seinem Weg des Ausstiegs erleben kann, sind Menschen, die mit dem Finger auf einen zeigen, die jemanden für einen Rückfall anprangern oder das Problem verharmlosen. Die Szene und Tante Tina sind komplexer als „Drug, Set, Setting“ – und sie steht gerade erst an ihrem Anfang des in ferner Zeit erhofften Endes.

Zum Autor:

Florian Winkler-Ohm ist 37 Jahre jung, lebt und arbeitet als Journalist in Berlin. Der gebürtige Augsburger ist der Liebe wegen in die Hauptstadt gezogen und betreibt unter anderem den Blog flo-sithiv.com. Er arbeitet als Referent für Drogen- und HIV-Aufklärung in ganz Deutschland.




---

## Komplementäre Medizin und Nahrungsergänzungsmittel: Alles, was Sie schon immer wissen wollten!

---

Egal um welche Erkrankung es geht – ein Thema bewegt die Menschen immer: Was kann ich außer Medikamenten noch tun, damit es mir besser geht? Nahrungsergänzungsmittel haben Hochkonjunktur. Doch gerade hier geht es darum, die Spreu vom Weizen zu trennen, denn da es keine Reglementierung wie bei der Arzneimittelzulassung gibt, tummeln sich in diesem Bereich auch viele Scharlatane, die mit der Hoffnung von Menschen das schnelle Geld machen wollen.

Bei all den Wirkstoffen aus komplementärer Medizin, Naturheilkunde, Volksmedizin usw. den Überblick behalten zu wollen, ist unmöglich. Nun gibt es eine Webseite, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, wichtige Informationen zu diesen Substanzen patientengerecht aufzubereiten:

<http://www.informationisbeautiful.net/visualizations/snake-oil-supplements/>

Einen Ausdruck dieser Seite sehen Sie auf der folgenden Seite. Doch die Internet-Seite ist interaktiv (wenn auch leider nur auf Englisch): Wenn man mit der Maus über einen der Kreise fährt, vergrößert sich dieser und man sieht, um welche Erkrankung / welches Indikationsgebiet geht (so ist z.B. Vitamin D mehrfach vertreten, weil es zur Behandlung / Prävention unterschiedlicher Krankheiten eingesetzt wird). Klickt man nun auf den Kreis, erhält man weitere Informationen und oft auch die wichtigste Studie, auf der die Einschätzung beruht. Je weiter oben ein Kreis in der Grafik steht, desto besser ist die Datenlage. Alles was unter der „worth it“-Linie liegt, kann man sich (nach Ansicht der Ersteller dieser Grafik) sparen.

Die Größe der Kreise zeigt das wissenschaftliche Interesse an der Substanz an (Anzahl der Studien). Je weiter rechts eine Substanz angeordnet ist, desto größer ist das öffentliche Interesse (gemessen an der Anzahl der Suchanfragen). Orange Kreise schließlich markieren Stoffe, bei denen es gerade eine interessante Entwicklung gibt, z.B. dass gerade wichtige Studien laufen oder dass es gerade neue Ergebnisse gibt.



Man kann die Grafik in Grenzen auch selbst gestalten, z.B. kann man nur nach bestimmten Krankheiten oder Indikationsgebieten filtern, nach wissenschaftlichem oder öffentlichem Interesse, nach Art des Wirkstoffes und so weiter. Es lohnt sich, mit dieser Webseite zu experimentieren. Besonders wichtig: Rechts unten ist ein Link „see the data“, mit dem sich alle Daten und Studien anzeigen lassen, auf denen diese Webseite beruht. Denn auch eine solche, sehr gut gemachte Seite, kann keine absolute Wahrheit zeigen sondern gibt immer auch die (subjektive) Bewertung ihrer Macher wieder: Welche Merkmale einer Studie wie in die Grafik einfließen, verändert die Darstellung. Deshalb sollte man auch den Daten aus dieser Webseite mit einem gesunden Maß an Skepsis gegenüber treten. Aber für einen ersten Überblick über das Gebiet der Nahrungsergänzungsmittel ist diese Webseite unschlagbar!

Quelle: <http://www.informationisbeautiful.net/visualizations/snake-oil-supplements/>

S. Schwarze

## Medizin & Forschung

### Odefsey® zur Behandlung der HIV-Infektion zugelassen.

Am 29.06.2016 hat die Europäische Arzneimittelbehörde EMA das Kombinationspräparat Odefsey® (Rilpivirin + TAF + FTC) der Firma Gilead zur Behandlung der HIV-Infektion zugelassen. Damit ist nun das dritte Medikament verfügbar (nach Genvoya® und Descovy®), bei dem die „alte“ Formulierung von Tenofovir, das TDF, durch das „neue“, angeblich besser verträgliche TAF ersetzt wurde. Die Wirksamkeit sollte dabei gleich bleiben oder vielleicht sogar noch einen Tick besser sein. Das bisherige Kombinationspräparat Eviplera® (Rilpivirin + TDF + FTC) wird vorläufig weiter im Handel bleiben.

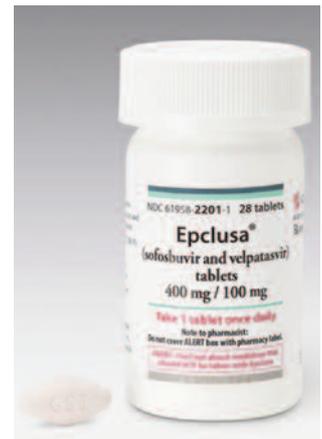


Quelle: *Presseinformation der EMA*

### Epclusa® in der EU zugelassen – für alle Genotypen der Hepatitis C!

Obwohl die Therapie der Hepatitis C in den letzten drei Jahren riesige Fortschritte gemacht hat, war ein Wunsch bisher immer noch unerfüllt: Eine Pille für alle Genotypen!

Die einzelnen Genotypen des HC-Virus unterscheiden sich so stark, dass es bisher keine Behandlung gab, die bei allen Genotypen wirksam war. Nun wurde in der EU am 11.07.16 die Kombination aus 400mg Sofosbuvir und 100mg Velpatasvir der Firma Gilead unter dem Handelsnamen Epclusa® für die Behandlung aller Genotypen mit einer Pille einmal täglich über 12 Wochen zugelassen (in den USA war die Zulassung bereits am 28.06. erfolgt). Bei Patienten mit Leberzirrhose muss ggf. noch Ribavirin mit dazu gegeben werden. Der offizielle Apothekenverkaufspreis beträgt 22.260,88 € pro Packung (zum Vergleich: Die Fixkombination Harvoni® von Gilead kostet derzeit 20.026 € pro Packung). Es ist zu erwarten, dass Gilead wieder Rabattverträge mit einzelnen Krankenkassen schließt (die nicht transparent sind), so dass der tatsächliche Preis für die Kassen geringer ausfallen wird.



Quelle: *Presseinformation der EU/FDA*

### Zepatier® in der EU zugelassen – zur Behandlung der Hepatitis C-Genotypen 1 und 4

Am 22.07.16 wurde die Fixkombination Zepatier® - bestehend aus den Wirkstoffen Grazoprevir und Elbasvir der Firma Merck&Co. (In Deutschland: MSD) zur Behandlung der chronischen Hepatitis C, Genotyp 1 und 4, zugelassen. Pro Tag muss eine Tablette eingenommen werden, über 12 bis 16 Wochen, ggf. noch zusätzlich durch Ribavirin unterstützt, je nach Viruslast.

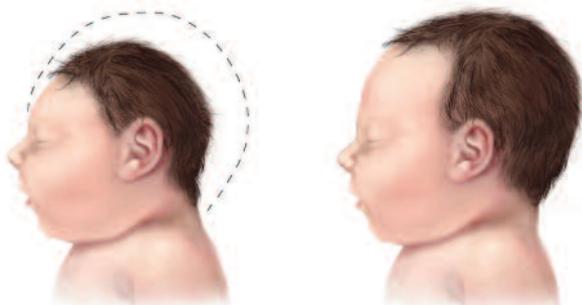


Da Zepatier® nach Harvoni®, Viekirax® und Epclusa® nun die vierte Kombinationstablette zur Behandlung der Hepatitis C ist und gegenüber den Mitbewerbern weder mit besserer Wirksamkeit noch außergewöhnlich guter Verträglichkeit punkten kann, bleibt zu hoffen, dass MSD diese Therapie wenigstens zu einem günstigen Preis anbieten wird.

Quelle: Webseite der EMA

### HIV-Infektion und Zika-Virus

Das Zika-Virus, das nach heutigem Wissensstand für Kopfmisbildungen (Mikrozephalie) bei Neugeborenen verantwortlich ist, hat in den letzten Wochen vor allem in Zusammenhang mit der Olympiade in Rio de Janeiro Schlagzeilen gemacht.



Bis dato gibt es nur wenig Informationen, ob das Infektionsrisiko oder die Auswirkungen einer Infektion für Menschen mit HIV anders sind. Bei ähnlichen Viren wie Dengue-Virus, Gelbfieber-Virus oder West-Nil-Virus weiß man, dass das Infektionsrisiko für Menschen mit HIV nicht höher ist als für die Allgemeinbevölkerung. In Brasilien wurde inzwischen über drei Fälle von Zika-Virus-Infektionen bei HIV-Positiven berichtet. Bei allen drei sei der Krankheitsverlauf mild und unkompliziert gewesen und sie haben sich vollständig erholt. Bei einem Fall, der besser dokumentiert ist, war die HIV-Infektion erfolgreich behandelt (Viruslast unter der Nachweisgrenze, CD4-Zellzahl 715/µl). Inzwischen wurde auch eine sexuelle Übertragung des Zika-Virus beschrieben, sowohl bei Kontakten zwischen Männern und Frauen als auch bei Kontakten unter Männern. Zika-Virus war im Sperma bis zu 62 Tage nach Ausbruch des Fiebers nachweisbar. Kondome schützen vor einer sexuellen Übertragung des Zika-Virus.

Quelle: <http://www.cdc.gov/zika/hc-providers/clinical-guidance/hivzika.html>

### Diabetes ist ein Risikofaktor für Leberkrebs, auch nach Heilung der Hepatitis C

In einer Kohortenstudie identifizierte man Diabetes und Leberzirrhose als Risikofaktoren für das Auftreten von Leberkrebs, auch nach einer erfolgreichen Heilung der Hepatitis C. Dieses Risiko sank drei Jahre nach Heilung der Hepatitis C allerdings signifikant.

Quelle: Hedenstierna M. et al.: „The presence of diabetes mellitus is a strong risk factor for hepatocellular carcinoma in hepatitis C infected patients with advanced fibrosis or cirrhosis who have achieved sustained virological response.“, Präsentation auf dem EASL-Kongress 2016, 14.-17. April, Barcelona

### Schmerzmittel verringert Empathie

Das breit eingesetzte Schmerzmittel Paracetamol lindert nicht nur die Schmerzen, sondern verringert auch das Mitgefühl für den Schmerz anderer. Darauf deuten die Ergebnisse einer Studie hin. Die Autoren stuften ihre Erkenntnis als „besorgniserregend“ ein. Der Grund für diese eigenartige psychische Wirkung von Paracetamol ist nicht bekannt. Eine Studie aus dem Jahr 2004 fand aber heraus, dass bei eigenen Schmerzerfahrungen und beim Mitleid mit Schmerzen anderer die gleichen Areale im Gehirn aktiviert werden. Andere Untersuchungen hatten bereits gezeigt, dass Paracetamol auch positive Gefühle wie Freude abschwächen kann. Nun soll untersucht werden, ob andere Schmerzmittel einen ähnlichen Einfluss haben.

Quelle: <http://scan.oxfordjournals.org/content/early/2016/05/02/scan.nsw057.abstract?sid=ea186cc1-cfca-4093-9f97-fb191a859212>

### Lipoatrophie und Lipohypertrophie stehen beide in Zusammenhang mit Bluthochdruck

Viele HIV-Infizierte haben in der Vergangenheit als Folge älterer HIV-Medikamente Fettverteilungsstörungen entwickelt. Dies kann entweder die Abnahme von Unterhautfettgewebe sein (Lipoatrophie), oder die Zunahme von Eingeweidefett (Lipohypertrophie). Nun zeigt eine Untersuchung, dass beide Formen in Zusammenhang mit Bluthochdruck stehen. Je ausgeprägter die Fettverteilungsstörung, desto höher der Blutdruck.

Quelle: Crane HM et al.: „Lipoatrophy and lipohypertrophy are independently associated with hypertension“, *HIV Medicine* (2009), 10, 496–503

### **MK-8591 (EFdA): Neues Nukleosid mit langer Halbwertszeit**

Im Bereich der Nukleosidanaloga gab es seit vielen Jahren keine echten Neuerungen. Die Firma Merck (in Deutschland: MSD) entwickelt nun mit der Substanz MK-8591 ein extrem langwirksames Medikament. Man geht davon aus, dass die Gabe von 10mg für eine Wirkung über eine Woche ausreicht, während bei einer Gabe als Spritze womöglich eine Verabreichung einmal im halben Jahre genügend hohe Wirkstoffspiegel erzielt – zumindest im Tierversuch an Affen.

Quelle: [http://www.natap.org/2016/CROI/croi\\_09.htm](http://www.natap.org/2016/CROI/croi_09.htm)

### **Neuer Integrasehemmer Bictegravir in der Entwicklung**

Gilead hat zwar mit Elvitegravir schon einen Integrasehemmer im Programm, doch muss dieser mit Cobicistat geboostet werden. Dies verursacht zahlreiche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Außerdem hat Elvitegravir eine weit reichende Kreuzresistenz zu Raltegravir. Deshalb entwickelt Gilead nun mit Bictegravir einen neuen Integrasehemmer, der einmal täglich gegeben werden kann ohne geboostet werden zu müssen und der auch bei Versagen anderer Integrasehemmer noch wirksam sein soll. In ersten Studien am Menschen erwiesen sich Dosierungen von 5-100 mg pro Tag als wirksam und verträglich. Wie zu erwarten, wird wieder ein „Single Tablet Regimen“, bestehend aus Bictegravir, TAF und FTC entwickelt.

Quelle: *Presseinformation Gilead*

### **Schlechte Therapietreue geht einher mit erhöhten Entzündungsmarkern – trotz nicht nachweisbarer Viruslast**

Oft hat man den Eindruck, dass die Adhärenz (Therapietreue) bei modernen Wirkstoffen gar nicht mehr so entscheidend ist. Selbst Patienten, die ihre Pillen relativ schlampig einnehmen, haben meist eine Viruslast unter der Nachweisgrenze. Doch eine amerikanische Arbeit zeigt nun, dass bei suboptimaler Adhärenz die Entzündungsmarker deutlich stärker erhöht sind als bei Patienten, die ihre Tabletten korrekt einnehmen. Die Autoren vermuten, dass es durch die mangelnde Therapietreue zu einer schwachen Virusvermehrung kommt, die zwar (noch) nicht zu einem Anstieg der Viruslast im Blut führt, aber schon zu einer Reaktion des Immunsystems und damit zu einem Anstieg der Entzündungsmarker. Da Entzündungsreaktionen an vielen Langzeitkomplikationen und Alterungsprozessen beteiligt sind, könnte eine mangelhafte

Therapietreue auch dann unerwünschte Folgen haben, wenn sie nicht zu einem Anstieg der Viruslast führt.

Quelle: *Mascolini M.: „Low ART Adherence Is Associated With Higher Inflammation Despite HIV Suppression“, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), February 22-25, 2016, Boston*

### **Cholesterinsenker gehen einher mit verringerter Krebssterblichkeit**

Da Krebszellen für ihr schnelles Wachstum besonders viel Cholesterin benötigen, wurde schon lange spekuliert, ob womöglich Cholesterinsenker einen günstigen Einfluss bei Krebs haben könnten.

Eine große neue Studie hat festgestellt, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Statinen (Cholesterinsenker) und einem verbesserten Überleben bei vier der häufigsten Krebsarten gibt.

Die Forscher haben die Daten der klinischen Datenbank Algorithm for Comorbidities, Associations, Length of stay and Mortality (ACALM) untersucht und mit Patienten ins Verhältnis gebracht, die zwischen 2003 und 2013 mit erhöhten Blutfettwerten wegen Lungenkrebs (7.997), Brustkrebs (5.481), Prostatakrebs (4.629) und Darmkrebs (4.570) in ein Krankenhaus in England aufgenommen wurden.

Die Begleiterkrankung Hyperlipidämie (erhöhte Blutfettwerte) wurde mit einer signifikant verringerten Mortalitätsrate bei Lungenkrebs (22% geringeres Risiko), Brustkrebs (43% geringeres Risiko), Prostatakrebs (47% geringeres Risiko) und Darmkrebs (30% geringeres Risiko) in Verbindung gebracht.

Daraus schlossen die Autoren, dass die Begleiterkrankung Hyperlipidämie hinsichtlich der Mortalität einen hohen Schutz bei Patienten mit den vier häufigsten anzutreffenden Krebsarten ausübt. Ihren Angaben zufolge kann die Behandlung mit Statinen hilfreich sein, obwohl die zugrundeliegenden Ursachen hierfür noch festgestellt werden müssen. Dieser potentiell nutzbringende Effekt von lipidsenkenden Medikamenten bei Krebspatienten bedarf einer weiteren Untersuchung.

Bei Ihrer Vorstellung der Forschungsarbeit auf dem Kongress *Frontiers in CardioVascular Biology* der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (European Society of Cardiology, ESC), der vom 8.–10. Juli 2016 stattfand, erwähnten sie, dass auch andere Herz-Kreislauf-Medikamente eine schützende

Wirkung haben und möglicherweise die verschiedenen Stufen der Risikoverringeringung bei den vier Krebsarten erklären könnten.

*Quelle: Carter PR et al.: „Hyperlipidaemia reduces mortality in breast, prostate, lung and bowel cancer“ (Abstract 68) Presented at Frontier in CardioVascular Biology 2016. (2016, July 8)*

**90% aller Schlaganfälle wären vermeidbar**

In Deutschland haben 2013 etwa 290.000 Menschen einen Schlaganfall erlitten – oft mit Folgen, die die Lebensqualität dramatisch einschränken und die Menschen zu Pflegefällen machen. Nach einer Untersuchung von neuseeländischen Forschern gehen etwa 60% der Schlaganfälle auf Hypertonie (erhöhten Blutdruck) als Risikofaktor zurück. In Entwicklungsländern könne etwa ein Drittel der Schlaganfälle auf Feinstaubbelastung als Ursache zurückgeführt werden. Weitere Ursachen wie Vorhofflimmern und Drogenmissbrauch konnten nicht untersucht werden, da es dafür kein belastbares Datenmaterial gab.

Das Fazit bleibt trotz dieser Lücke bestehen. Denn global ist für fast drei Viertel der Schlaganfälle ungesundes Verhalten mitverantwortlich: die Kombination von Rauchen, ungesunder Ernährung und wenig Bewegung.

Ob uns der Schlag trifft und wie viele gute Jahre uns das kostet, hängt damit hauptsächlich davon ab, wie wir leben - und davon, ob wir dieses Leben ändern. Sofort stellt sich aber freilich die Frage, woran wir dann sterben...

*Quelle: Feigin V et al.: „Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013“, Lancet Neurology, <http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422%2816%2930073-4/fulltext>*

**Todesursachen in den USA 2014**

Die „Top Ten“ der Todesursachen in den USA 2014, abhängig von der Altersgruppe, zeigt die Tabelle unten. Natürlich sind die Daten nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar, vor allem nicht wegen anderer Lebensführung und eines anderen medizinischen Systems. Dennoch erkennt man einige Trends: Hat man das erste Lebensjahr überstanden, passiert in den nächsten Jahren nur wenigen etwas. In der Pubertät steigt die Anzahl der Selbstmorde und die der Unfälle drastisch an. Die Zivilisationskrankheiten, also Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle und Krebs, schlagen erst ab Mitte der 40er Jahre so richtig zu. HIV spielt (zumindest in den USA) vor allem in der Altersgruppe von 25-44 eine Rolle als Sterbeursache – wohl meist in Fällen, in denen die HIV-Infektion zu spät erkannt wurde.

In Deutschland ist die Statistik anders aufgebaut, aber zumindest 2014 ist HIV als Todesursache nicht unter den 10 häufigsten.

*Quelle: CDC (USA)  
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html#Datenbanken> (Deutschland)*

Rang	Altersgruppen									
	< 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 +
1	Angeborene Ursachen 4.746	Unfälle 1216	Unfälle 730	Unfälle 750	Unfälle 11.836	Unfälle 17.357	Unfälle 16.048	Krebs 44.834	Krebs 115.282	Herz-Kreislauf-Erkrankung 489.722
2	Frühgeburt 4.173	Angeborene Ursachen 399	Krebs 436	Selbstmord 425	Selbstmord 5.079	Selbstmord 6.569	Krebs 11.267	Herz-Kreislauf-Erkrankung 34.791	Herz-Kreislauf-Erkrankung 74.473	Krebs 413.885
3	Schwangerschaftskomplikationen 1.574	Mord 364	Angeborene Ursachen 192	Krebs 416	Mord 4.144	Mord 4.159	Herz-Kreislauf-Erkrankung 10.368	Unfälle 20.610	Unfälle 18.030	Erkrankung der unteren Atemwege 124.693
4	Plötzlicher Kindstod 1.545	Krebs 321	Mord 123	Angeborene Ursachen 156	Krebs 1.569	Krebs 3.624	Selbstmord 6.706	Selbstmord 8.767	Erkrankung der unteren Atemwege 16.492	Schlaganfall 113.308
5	Unfälle 1.161	Herz-Kreislauf-Erkrankung 149	Herz-Kreislauf-Erkrankung 69	Mord 156	Herz-Kreislauf-Erkrankung 953	Herz-Kreislauf-Erkrankung 3.341	Mord 2.588	Lebererkrankung 8.627	Diabetes 13.342	Alzheimer 92.064
6	Erkrankungen der Plazenta 965	Influenza & Lungenentzündung 109	Erkrankung der unteren Atemwege 68	Herz-Kreislauf-Erkrankung 122	Angeborene Ursachen 377	Lebererkrankung 725	Lebererkrankung 2.582	Diabetes 6.062	Lebererkrankung 12.792	Diabetes 54.161
7	Blutvergiftung 544	Erkrankung der unteren Atemwege 53	Influenza & Lungenentzündung 57	Erkrankung der unteren Atemwege 71	Influenza & Lungenentzündung 199	Diabetes 709	Diabetes 1.999	Schlaganfall 5.349	Schlaganfall 11.727	Unfälle 48.295
8	Atemwegs-erkrankungen 460	Blutvergiftung 53	Schlaganfall 45	Schlaganfall 43	Diabetes 181	HIV 583	Schlaganfall 1.745	Erkrankung der unteren Atemwege 4.402	Selbstmord 7.527	Influenza & Lungenentzündung 44.836
9	Kreislauf-Erkrankungen 444	Gutartige Wucherungen 38	Gutartige Wucherungen 36	Influenza & Lungenentzündung 41	Erkrankung der unteren Atemwege 178	Schlaganfall 579	HIV 1.174	Influenza & Lungenentzündung 2.731	Blutvergiftung 5.709	Nierenerkrankungen 39.957
10	Blutungen 441	Folgen der Geburt 38	Blutvergiftung 33	Gutartige Wucherungen 38	Schlaganfall 177	Influenza & Lungenentzündung 549	Influenza & Lungenentzündung 1.125	Blutvergiftung 2.514	Influenza & Lungenentzündung 5.390	Blutvergiftung 29.124

Todesursachen in den USA 2014. Quelle: CDC

### **Auch „defektes“ HIV kann schaden**

HIV ist ein Virus, das bei seiner Vermehrung sehr viele Fehler macht. Die meisten führen dazu, dass die Nachkommen-Viren nicht mehr vermehrungsfähig sind. Man geht davon aus, dass etwa 90% der integrierten Proviren (also des eingebauten viralen Erbmaterials) solche „defekte“ Viren sind. Doch auch wenn der Defekt dazu führt, dass sich das Virus als Ganzes nicht vermehren kann, können infizierte Zellen oft noch einzelne Eiweißbausteine des Virus herstellen – auch unter einer erfolgreichen Behandlung. Diese können Immunreaktionen und / oder Entzündungsvorgänge auslösen, die der Gesundheit schaden können. Dadurch wird auch die Forschung zum Thema Heilung wieder komplexer, denn auch diese „Zombie-Viren“, die sich nicht mehr vermehren können, müssen beseitigt werden wenn der Patient langfristig vor Schäden bewahrt werden soll.

*Quelle: Imamichi H. et al.: „Defective HIV-1 proviruses produce novel protein-coding RNA species in HIV-infected patients on combination antiretroviral therapy“, [www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1609057113](http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1609057113)*

### **Tivicay® + Edurant® als einfache und wirksame Erhaltungstherapie**

In einer kleinen Studie (38 Patienten) wurde untersucht, ob bei Patienten mit mehrfachem Therapieversagen in der Vorgeschichte (und entsprechend umfangreichen Resistenzmutationen) eine einfache Erhaltungstherapie aus dem Integrasehemmer Tivicay® (Dolutegravir) und dem NNRTI Edurant® (Ralpivirin) ausreichend ist.

Die Patienten erhielten im Mittel bereits seit knapp 20 Jahren eine HIV-Behandlung, hatten aber erst seit etwa 7 Jahren eine Viruslast unter der Nachweisgrenze. Um für die Studie geeignet zu sein, durften die Patienten keine Resistenzmutationen gegen Integrasehemmer oder Ralpivirin haben.

48 Wochen nach der Umstellung hatten noch 34 Patienten eine nicht nachweisbare Viruslast, 3 hatten die Therapie aus unterschiedlichen Gründen umgestellt.

Die Autoren schlussfolgern, dass der Wechsel auf eine Erhaltungstherapie aus Tivicay® und Edurant® bei nicht nachweisbarer Viruslast und ohne Vorliegen entsprechender Resistenzen gut verträgliche und wirksam ist. Zu beachten ist aber die vergleichsweise kleine Patientenzahl.

*Quelle: Diaz A et al.: „Dolutegravir plus Ralpivirine in Suppressed Heavily Pretreated HIV-Infected Patients“, Poster TUPD0106, 21st International Aids Conference, July 18-22, 2016, Durban, South Africa*

### **Einmal täglich Raltegravir (1.200 mg!) nicht unterlegen im Vergleich zu zweimal 400mg**

Die Standarddosierung des Integrasehemmers Isentress® (Raltegravir) beträgt zweimal täglich 400mg. Nun wurde eine neue Formulierung entwickelt, die die einmal tägliche Gabe von allerdings 1.200 mg erlaubt. Diese Formulierung (als zwei 600 mg-Tabletten) erwies sich gegenüber der bisherigen Form als „nicht unterlegen“: Nach 48 Wochen hatten 88,9% (einmal täglich) bzw. 88,3% (zweimal täglich) der Probanden eine nicht nachweisbare Viruslast. Mit der Verfügbarkeit der neuen Formulierung wird 2017 gerechnet.

*Quelle: Cahn P, Kaplan R, Sax P, et al.: „Raltegravir (RAL) 1200 mg once daily (QD) is non-inferior to RAL 400 mg twice daily (BID), in combination with tenofovir/emtricitabine, in treatment-naive HIV-1-infected subjects: week 48 results.“, 21st International AIDS Conference (AIDS 2016). July 18-22, 2016. Durban, South Africa. Abstract FRAB0103LB.*

### **„Monatsspritze“ über 48 Wochen in Studie erfolgreich**

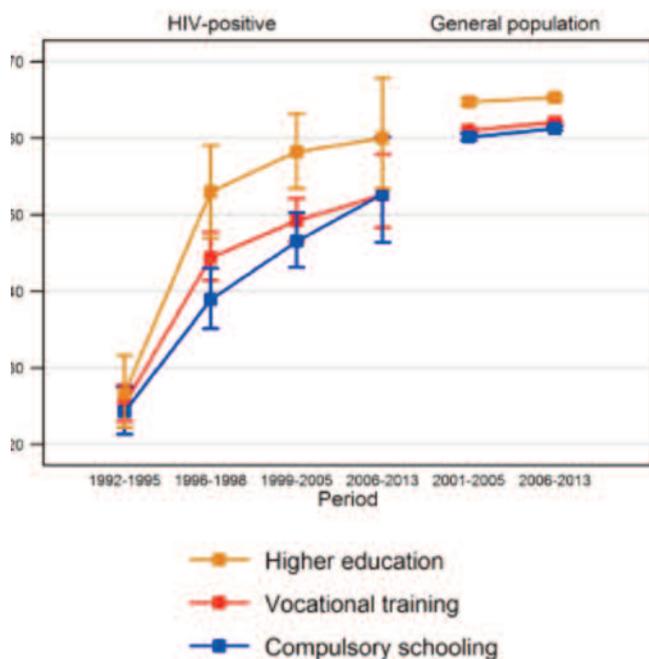
Medikamentenkombinationen, die als Spritze nur einmal monatlich verabreicht werden müssen, gelten als der nächste Schritt in der Entwicklung. Die Kombination aus dem Integrasehemmer Cabotegravir (eine Schwestersubstanz des bereits erhältlichen Dolutegravir) und dem bereits zugelassenen NNRTI Ralpivirin wurde in der LATTE 2-Studie über 48 Wochen getestet. Je 115 HIV-Infizierte bekamen alle 4 bzw. 8 Wochen zwei Depotspritzen in das „Sitzfleisch“. Als Kontrollgruppe dienten 56 Patienten, die die Kombination als Tabletten einmal täglich einnahmen. Nach 48 Wochen lag die Viruslast bei 92% (8-Wochen-Gruppe), 91% (4-Wochen-Gruppe) und 89% (orale Einnahme) unter 50 Kopien/ml. Allerdings gab es in der 8-Wochen-Gruppe 8 Fälle von virologischem Nicht-Ansprechen und 6 Fälle, in denen die Viruslast nicht vollständig supprimiert war. In der 4-Wochen-Gruppe gab es jeweils nur einen solchen Fall. Deshalb wird zunächst wohl die Anwendung alle vier Wochen weiterentwickelt werden.

*Quelle: Margolis D. et al.: „Cabotegravir + Ralpivirine as Long-Acting Maintenance Therapy: LATTE-2 Week 48 Results“, oral presentation, World Aids Conference, Durban 2016 July 18-22*

### Schweiz: Lebenserwartung von Menschen mit HIV vergleichbar mit der der Allgemeinbevölkerung

Die HIV-Therapie wurde in den letzten Jahren ständig verbessert. Der Erfolg zeigt sich in einer ansteigenden Lebenserwartung. Doch das ist nicht der einzige Faktor. So ist auch in der Allgemeinbevölkerung die Lebenserwartung abhängig von der Bildung und dem damit einhergehenden Lebensstil. Eine Untersuchung der Schweizer Kohorte zeigt nun, dass die zusätzliche Lebenserwartung eines / einer 20jährigen, der / die zwischen 2006 und 2013 mit einer Behandlung begann, praktisch identisch ist mit einer vergleichbaren Person aus der Allgemeinbevölkerung. Die Analyse basiert auf den Daten von 16.532 Patienten. Einen deutlichen Sprung nach oben machte die Lebenserwartung ab 1996 mit Einführung der Dreifachkombinations-therapien.

Anmerkung zur Interpretation der Grafik: Neben den Datenpunkten sind auch die „95%-Konfidenzintervalle“ gezeigt. Diese bilden die Ungenauigkeit der Statistik ab und geben den Bereich an, in dem der „wahre“ Wert mit 95%iger-Wahrscheinlichkeit liegt. Da diese Balken den Vergleichswert aus der Allgemeinbevölkerung („General Population“) überlappen, ist der Unterschied in der Lebenserwartung von HIV-Positiven und -Negativen statistisch nicht mehr signifikant. Mit anderen Worten: Menschen mit HIV können heute genauso lange leben wie Menschen ohne HIV. Der Unterschied, den die Bildung („Compulsory Schooling“ = Grundschule, „Vocational Training“ = Berufsschule, „Higher Education“ = Abitur / Studium) ausmacht, ist beachtlich.



Quelle: Gueller A. et al.: „GETTING THERE? LIFE EXPECTANCY BY HIV STATUS AND EDUCATION IN SWITZERLAND“, Durban 2016 July 18-22

### Wer profitiert am stärksten von einem sofortigen Therapiebeginn?

Mit der START-Studie wurde die Frage nach dem Zeitpunkt für den optimalen Therapiebeginn eigentlich geklärt: Sofort! Doch welche Untergruppe von Patienten hat eigentlich den größten Nutzen, wenn sie sofort mit der Behandlung beginnt? Auch diese Daten aus der START-Studie wurden in Durban veröffentlicht:

- Alter über 50 Jahre
- Viruslast höher als 50.000/ml
- CD4/CD8-Verhältnis kleiner als 0,5
- 10-Jahres-Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach dem Framingham-Score größer als 10%

Das heißt nicht, dass andere Patienten mit der Behandlung warten sollten, aber je mehr dieser Faktoren auf einen Patienten zutreffen, desto dringlicher ist der sofortige Behandlungsbeginn.

Quelle: Molina JM et al.: „Who Benefited Most From Immediate Treatment in START – A Subgroup Analysis“, Durban 2016 July 18-22

### Bisher keine HIV-Infektion bei Teilnehmern des PrEP-Programms in San Francisco

2014 begann in San Francisco ein großes Programm zur Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP), bei dem den Teilnehmern Truvada® kostenlos zur Verfügung gestellt wurde.

Keiner der inzwischen 1.200 Teilnehmer infizierte sich bisher mit HIV während in der Klinik außerhalb dieses Programms in diesem Zeitraum 82 neue HIV-Infektionen diagnostiziert wurden. Etwa 20% der Teilnehmer hatten mindestens eine andere sexuell übertragene Infektion im Beobachtungszeitraum. Die PrEP hat aber, neben der Verringerung der Neuinfektionszahlen, noch einen psychologischen Effekt: Viele der Teilnehmer berichteten, dass sie erstmals in ihrem Leben Sex ohne Angst genießen konnten. Gerade die jüngeren, die im Zeitalter von Aids ihre ersten sexuellen Erfahrungen sammelten, hatten oft Angst, dass das Kondom reißen, platzen oder abrutschen würden. Die PrEP scheint diese Angst nehmen zu können.

Quelle: Crouch P-C.: „Eliminating Barriers to Increase Uptake of PrEP in a Community-Based Clinic in San Francisco“, Durban 2016 July 18-22

## Grundlegend & Wissenswert

### Sex bei Menschen mit HIV-Infektion

Mit einer HIV-Infektion ist es möglich, ein befriedigendes, erfülltes und spannendes Sexualleben zu haben. Dafür ist es allerdings notwendig, einige Verhaltensweisen zu beachten, um sich selbst und andere zu schützen. Diese Zusammenfassung gibt Ihnen generelle Informationen dazu, wie Sie sich selbst und Ihre Sexualpartner schützen können. Außerdem erhalten Sie einen Überblick, worauf Sie bei verschiedenen Praktiken achten sollten.

#### Sexualpartner informieren – vor dem Sex

Eigentlich muss jeder Mensch für sich und seine Gesundheit selbst Verantwortung übernehmen. Doch die Realität der Rechtsprechung sieht derzeit noch anders aus. Wenn man als HIV-Positiver mit einem anderen Menschen Sex hat ohne diesen über die HIV-Infektion zu informieren, macht man sich unter Umständen strafbar – egal ob es zu einer Infektion kommt oder nicht. Will oder kann man seinem Partner nicht von der HIV-Infektion erzählen, sollte man konsequent Kondome verwenden, wenn man rechtlich auf der sicheren Seite sein will. Aber es gibt noch einen weiteren Grund für Aufrichtigkeit: Manchmal wird aus Sex mehr und dann erweist es sich oft als Problem, dem Partner erst „nachher“ von der HIV-Infektion zu berichten. Sehen Sie es einfach so: Wer mit Ihrer HIV-Infektion nicht umgehen kann, ist es auch nicht wert, sich mit Ihnen zu vergnügen!

#### Safer Sex verringert das Risiko

Als „Safer Sex“ werden alle Methoden bezeichnet, die das Übertragungsrisiko für HIV (und nur dafür!) verringern, den Sex also „sicherer“ machen. Zu beachten ist, dass es dabei keine 100%ige Sicherheit geben kann. Alle Methoden können, zumindest in der Theorie, auch versagen. Das Leben selbst und damit auch der Sex bergen immer ein gewisses Risiko. 100% Sicherheit gibt es nicht!

Das Übertragungsrisiko hängt von der Virusmenge im Blut, bzw. im Sperma, Vaginal- oder Analsekret, ab. Je höher diese so genannte „Viruslast“, desto höher das Infektionsrisiko. Inzwischen geht man davon aus, dass ein Großteil der Neuinfektionen auf Menschen zurück geht, die sich selbst erst gerade infiziert haben, noch nichts von ihrer Infektion

wissen und eine extrem hohe Viruslast haben.

Je niedriger die Viruslast, desto niedriger das Übertragungsrisiko. HIV-Infizierte, die schon seit einiger Zeit (mehr als sechs Monate) eine Viruslast von weniger als 50 Viren pro ml Blut (das ist die Nachweisgrenze gängiger Tests) haben, gelten als sexuell nicht infektiös. Dies wurde inzwischen in mehreren Studien bestätigt (siehe Bericht in dieser Ausgabe). In wie weit möglicherweise gleichzeitig bestehende sexuell übertragbare Infektionen wie Syphilis oder Herpes das Risiko erhöhen, ist momentan noch nicht endgültig geklärt, aber vermutlich ist bei nicht nachweisbarer HI-Viruslast der Einfluss vernachlässigbar.

Derzeit gibt es in der medizinischen Fachliteratur nur einen dokumentierten Fall, bei dem man davon ausgehen muss, dass trotz einer Viruslast unter der Nachweisgrenze eine Übertragung stattgefunden hat, doch sind bei diesem Fall einige Umstände ungeklärt.

Trotz dieser ermutigenden Daten vertrauen viele Menschen lieber den „Barrieremethoden“, also z.B. dem Kondom, da man hier den Schutz sehen und fühlen kann. Allerdings bieten auch Kondome keinen vollständigen Schutz, da sie reißen, platzen oder abrutschen können.

Der Vorteil von Kondomen ist, dass sie in begrenztem Umfang auch gegen andere sexuell übertragbare Infektionen wie Tripper, Syphilis oder Chlamydieninfektionen schützen können sowie bei heterosexuellem Verkehr auch Schutz vor einer ungewollten Schwangerschaft bieten.

**Die nachfolgenden Hinweise gelten also vor allem für Menschen, die noch keine HIV-Therapie bekommen oder deren Viruslast trotz Behandlung nicht unter der Nachweisgrenze (d.h. weniger als 50 Viren pro ml Blut) ist. HIV-Infizierte, deren Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt, sind nach allem, was wir heute wissen, praktisch nicht infektiös. Die nachfolgenden Hinweise können dennoch das immer bestehende „Restrisiko“ noch weiter minimieren.**

Je nach Ihren persönlichen sexuellen Vorlieben gibt es verschiedene Dinge, die bei einer HIV-Infektion zu beachten sind. Im Folgenden sind einige Praktiken zusammen mit Hinweisen dazu aufgeführt, wie Sie sich selbst und Ihren Partner / Ihre Partnerin schützen können. Ein genereller Hinweis für den Schutz vor HIV-Infektionen ist es, darauf zu achten, dass kein direkter Austausch von virushaltigen Körperflüssigkeiten wie Sperma, Vaginal- und Anal-Sekret über Schleimhäute, Wunden

oder andere Körperöffnungen stattfindet. Auch hier gilt: je niedriger die Viruslast, desto geringer das Risiko. Eine erfolgreiche HIV-Behandlung (d.h. die Viruslast liegt unter der Nachweisgrenze) reduziert das Übertragungsrisiko so stark, dass es vergleichbar gering ist wie andere Risiken des täglichen Lebens.

#### • Anal-Verkehr

Das Eindringen des männlichen Penis in den Po des Partners (männlich oder weiblich) mit Ejakulation („Abspritzen“) ist die Sex-Praktik mit dem höchsten Ansteckungsrisiko für HIV. Das gilt vor allem für den passiven (aufnehmenden) Partner, da bei diesem die Einwirkdauer des infektiösen Materials deutlich länger ist und die betroffene Schleimhautfläche sehr viel größer ist. Der aktive Partner hat dem gegenüber ein etwas geringeres Risiko. Bei einer nicht oder nicht erfolgreich behandelten HIV-Infektion sollten deswegen unbedingt Kondome verwendet werden. Kondomloser Analverkehr („bare-back“) birgt zudem noch das Risiko weiterer Infektionen mit anderen Erregern.

#### • Vaginal-Verkehr

Beim Vaginal-Verkehr, bei dem der Penis des Mannes in die Vagina der Frau eindringt, besteht für die Frau das größere Risiko, sich mit HIV zu infizieren. Aber auch der Mann kann sich anstecken, wenn seine Partnerin eine messbare Viruslast hat. Auch bei vaginalem Verkehr verringern Kondome das Ansteckungsrisiko und beugen zusätzlich anderen sexuell übertragbaren Infektionen und nicht zuletzt einer Schwangerschaft vor. Ebenfalls sinnvoll kann der Einsatz von „Femidomen“ sein („Kondome für Frauen“). Dabei wird ein reißfester Schlauch aus geschmeidigem Plastik in die Vagina eingeführt, der die gleiche Funktion erfüllt wie ein Kondom: Er verhindert den direkten Austausch von Körperflüssigkeiten und schützt so vor Infektionen und Schwangerschaft.

#### • Oral-Verkehr

Beim Oral-Verkehr („lecken“, „blasen“, die Befriedigung der Partnerin / des Partners mit dem Mund) besteht eine minimale HIV-Infektionsgefahr. Um die Ansteckungsgefahr weiter zu verringern, kann auf Ejakulationen im Mund verzichtet werden; auch sollte kein Menstruationsblut (Regelblutung) der Frau in den Mund gelangen.

#### • Anilingus

Anilingus („Arschlecken“) ist eine Form des Oralverkehrs. Eine HIV-Infektion ist bei Anilingus bisher nicht beschrieben worden.

#### • Spermaspiele

Bei Spermaspielen ist zu beachten, dass kein Sperma auf verletzte Haut, auf offene Stellen am Körper, auf Schleimhäute und in die Blutbahn gelangt. Wird das beachtet, besteht kein Risiko einer HIV-Infektion.

#### • Kot- und Urin-Spiele

Kot und Urin können Krankheitserreger und Darmbakterien enthalten und sollten deswegen nur auf intakte Haut gelangen. Bezüglich einer HIV-Infektion besteht kein Ansteckungsrisiko. Zum Schutz vor anderen Infektionen sollten allerdings bei Kotspielen die Hände nicht zum Mund geführt werden und nach den Spielen ausgiebig gewaschen werden.

#### • Bondage, Fesselspiele, Sado-Maso, Piercing, Ritzen

Bei diesen Praktiken bestehen Verletzungsrisiken. Dabei ist zu beachten, dass Blut und Sperma nicht auf offene Hautstellen, Wunden, Körperöffnungen und Schleimhäute gelangen. Wird das befolgt, kann keine HIV-Übertragung stattfinden. Beachten Sie außerdem, dass Gegenstände, die blutende Verletzungen hervorrufen können (z.B. Peitschen, Nadeln, Klammern, Messer), immer nur von einer Person benutzt werden und vor der Wiederverwendung durch eine andere Person mit Wasser und Seife oder einem Desinfektionsmittel gereinigt werden müssen.

#### • Fisten („Faust-Verkehr“), Fingerspiele

Bei Einhalten der Hygiene-Hinweise besteht keine HIV-Ansteckungsgefahr, wenn einige Regeln beachtet werden:

- Fingernägel sollten kurz geschnitten und nicht scharfkantig sein, Schmuck muss vorher entfernt werden.
- Latexhandschuhe schützen vor Schleimhautkontakten; benutzen Sie für jede(n) neue(n) Partner(in) und jede neue Körperöffnung neue Handschuhe.
- Gleitmittel-Töpfe sollten nicht von mehreren Personen benutzt werden, besser geeignet sind Spender.
- Anal- und Vaginalverkehr nach dem Fisten nur mit Kondomen praktizieren.

#### • Einlauf, Dildospiele, Sondenspiele

Grundsätzlich sollten alle Gegenstände, die in Körperöffnungen eingeführt werden, nur von einer Person benutzt werden und nach Gebrauch sorgfältig gereinigt werden. Bereits eine Reinigung mit Seifenlauge inaktiviert HIV.

• **Brustwarzen-Spiele, Petting, “Cock-and-Ball-Torture”**

Auch hierbei besteht bei Einhaltung der Hygiene-Hinweise keine HIV-Ansteckungsgefahr.

Eine Ausnahme besteht bei Injektion von Flüssigkeit in den Hodensack („Saline-Spiele“) – hierbei ist darauf zu achten, dass jeder der Beteiligten eigenes, geeignetes und steriles Infusionsbesteck benutzt und auch die verwendete Flüssigkeit steril ist und nicht von mehreren verwendet wird.

• **Küssen**

Küsse auf den Mund - auch tiefe Zungenküsse – sind kein HIV-Infektionsrisiko.

• **Injizierender Drogengebrauch beim Sex**

Werden beim Sex Drogen injiziert („slamming“) oder werden erektionsfördernde Substanzen direkt in den Penis gespritzt, ist darauf zu achten, dass Spritze und Nadel immer nur von einer Person verwendet werden, dass die injizierte Flüssigkeit steril ist und die Injektionen für mehrere Personen nicht aus dem gleichen Gefäß aufgezogen werden. Durch den gemeinsamen Gebrauch von Injektionsutensilien besteht nicht nur die Gefahr einer Übertragung von HIV, sondern insbesondere von Hepatitis B und C. Blut sollte in keinem Fall als Injektionsflüssigkeit verwendet werden, da es (neben dem Risiko durch Krankheitserreger) bei Blutgruppenunverträglichkeiten zu schwerwiegenden Immunreaktionen kommen kann.

• **nasaler Drogengebrauch beim Sex**

werden beim Sex Drogen über die Nase angewendet („gesnief“), sollte jeder sein eigenes Röhrchen verwenden, das möglichst nicht scharfkantig sein sollte. Gerollte Geldscheine sind mit einer Vielzahl von Keimen verunreinigt und sollten nicht verwendet werden. Das Infektionsrisiko hinsichtlich HIV ist minimal, allerdings können auf diesem Weg Hepatitis B oder C übertragen werden.

**HIV ist nicht alles**

Beim Auftreten von ungewöhnlichen Veränderungen an den Körperteilen, die beim Sex beteiligt waren, sollte man den Arzt aufsuchen und ihm auch ehrlich sagen, welchen Sex man hatte, d.h. welche Praktiken ausgeübt wurden. Bei einigen sexuell übertragbaren Infektionen verschwinden die Symptome nach einiger Zeit wieder, die Krankheit ist aber immer noch im Körper und kann langfristig schwere Schäden anrichten.

Symptome sexuell übertragbarer Infektionen können sein:

- Brennen oder Schmerzen bei Wasserlassen
- Ungewöhnliche Farbe des Urins (rot oder braun)
- Schleimiger oder eitriger Ausfluss
- Juckende oder nässende Schleimhautveränderungen
- Pusteln oder Papeln oder andere, ungewöhnliche Haut-/Schleimhautveränderungen
- Andauernde Halsschmerzen nach Oralverkehr
- Schmerzen, Darmkrämpfe oder schleimig/eitrigere Auflagerungen auf dem Stuhl nach Analverkehr

Doch nicht immer treten bei sexuell übertragenen Infektionen Symptome auf! Deshalb sollte jeder sexuell aktive Mensch mit mehreren Partnern sich mindestens einmal im Jahr auf solche Infektionen ärztlich untersuchen lassen. Bei höherer Partnerzahl (mehr als 10 Partner pro Jahr) können häufigere Untersuchungen sinnvoll sein.

Weitere Infos zu sexuell übertragbaren Infektionen findet man z.B. bei:

<http://www.iwwit.de/geschlechtskrankheiten>

*S. Schwarze*

---

## Kinderwunsch bei HIV-Infektion

---

Wenn sich HIV-Positive – Frauen wie Männer – Kinder wünschen, so ist dies heute kein Problem mehr. Durch die medizinischen Fortschritte der letzten Jahre kann eine Infektion des Kindes praktisch ausgeschlossen werden und auch eine natürliche Empfängnis und Geburt sind längst kein Tabu mehr.

Dafür gilt es allerdings einige Punkte zu beachten: Wenn die Viruslast des infizierten Partners seit über einem halben Jahr unter der Nachweisgrenze liegt und keine sexuell übertragbaren Infektionen vorliegen, ist das Infektionsrisiko bei kondomfreien Sex für den nicht infizierten Partner verschwindend gering. In dieser Situation ist eine natürliche Empfängnis möglich.

Ist die Viruslast nicht unter der Nachweisgrenze, empfiehlt sich eine künstliche Befruchtung. Ist der Mann HIV-infiziert, müssen durch eine Spermawäsche zunächst HIV-infizierte Zellen aus dem Sperma entfernt werden.

Seit einer Änderung der Richtlinien über künstli-

fene Paare einen Anspruch auf die Übernahme der Kosten für eine künstliche Befruchtung durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Ist die werdende Mutter HIV-infiziert, sollte sie sich mit ihrem Arzt beraten und möglichst auch einen HIV-Spezialisten hinzuziehen. Eine bereits bestehende HIV-Therapie muss unter Umständen angepasst werden um Risiken für das Kind zu verringern. Hatte die Mutter bisher noch keine HIV-Behandlung, so wird diese in aller Regel während der Schwangerschaft begonnen. Ziel ist, die Viruslast der Mutter spätestens bis zum Geburtstermin unter die Nachweisgrenze zu senken. Dann ist das Infektionsrisiko für das Kind so minimal, dass es durch eine vaginale Geburt zur Welt gebracht werden kann. Ein Kaiserschnitt ist heute nur noch bei Komplikationen erforderlich.

Nach der Geburt erhält das Kind sicherheitshalber eine medikamentöse Prophylaxe für eine begrenzte Zeit.

Wegen des Restrisikos einer HIV-Infektion über die Muttermilch und der Möglichkeit von Nebenwirkungen der Medikamente, die in die Muttermilch übergehen, wird in den entwickelten Ländern nach wie vor davon abgeraten, dass HIV-infizierte Mütter ihre Kinder stillen.

In Entwicklungsländern ist das Risiko, dass die Kinder an Durchfallerkrankungen durch unsauberes Wasser sterben, um vieles größer, deshalb rät man dort mittlerweile den HIV-infizierten Müttern, ihre Kinder zu stillen.

*S. Schwarze*

## **ACHTUNG! Neue Adresse:**

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

**Tel.: 030 / 63 96 88 97**

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

**Fax: 030 / 37 44 69 39**

**E-Mail: [info@projektinfo.de](mailto:info@projektinfo.de)  
[www.projektinfo.de](http://www.projektinfo.de)**

## **Leben mit HIV**

### **Von Durban nach Durban: Welt AIDS Konferenz zum zweiten Mal in Südafrika**

„Breaking the Silence“ - das Schweigen brechen - war das Motto der 13. Welt AIDS Konferenz, die im Juli 2000 in der Stadt Durban an der Ostküste Südafrikas stattfand. Die Konferenz gilt als wichtiger Meilenstein des Umgangs mit dem Problem AIDS in der Dritten Welt. Es war damals das erste Mal, dass die Konferenz in einem Land des globalen Südens stattfand. Durban verdeutlichte das globale Ausmaß der Katastrophe. Dass verstärkte Anstrengungen der Weltgemeinschaft notwendig sind, um AIDS zu besiegen, war nach Durban unumstritten. An der Frage, wie Länder der sogenannten Dritten Welt an den Fortschritten der HIV Therapie beteiligt werden können, kam nach Durban niemand mehr vorbei.

16 Jahre danach findet die Konferenz zum zweiten Mal in Durban statt. Wir fragen in diesem Beitrag, was sich seit 2000 in Südafrika verändert hat, worin damals die Herausforderungen bestanden, wo das Land mit seiner HIV Arbeit heute steht, und was getan werden muss, damit es zukünftig schneller geht, wenn AIDS wirklich besiegt werden soll.

#### **Die 13. Welt AIDS Konferenz und der Einfluss von AIDS Dissidenten**

Die Konferenz in 2000 stand unter einem eher schlechten Stern; die Situation in der Region war dramatisch. Das Land hatte damals ca. 4,3 Millionen Menschen mit HIV, das waren geschätzte 10% der Bevölkerung. Täglich steckten sich 1.700 Personen neu an, das waren damals in etwa so viele Infektionen, wie sie sich in Deutschland aufs ganze Jahr verteilen. Hochgerechnet infizierten sich in dem Land jährlich ca. 330.000 Personen.

Dabei gab es 2000 bereits umfangreiche Präventions- und Aufklärungsmöglichkeiten. Bereits seit 1996 gab es wirksame HIV-Medikamente, Möglichkeiten zur Vermeidung der Mutter-Kind Übertragung standen zur Verfügung. Diese Maßnahmen wurden in Industrienationen überall erfolgreich eingesetzt. Südafrika hätte damals sehr viel tun können um Neuinfektionen zu senken und Menschenleben zu retten.

Es war der Einfluss von AIDS Dissidenten, wie Peter Duesberg, David Rasnick und des deutschen Vitaminpräparat-Verkäufer Matthias Rath, der dies verhinderte. Der damalige südafrikanische Präsident Thabo Mbeki schenkte den gefälligen und ideologisch geprägten Aussagen der Dissidenten mehr Glauben als etablierten Wissenschaftlern. Geprägt durch ideologische Wahrnehmungs- und Argumentationsmuster galten für Thabo Mbeki nicht das HI-Virus, sondern Armut und Unterernährung als Ursache von AIDS, eine Meinung, die er auch in seiner Eröffnungsrede der Konferenz vertrat. Bereits im Vorfeld der Konferenz hatte er ein Expertengremium eingesetzt, dem auch AIDS-Dissidenten angehörten. Als Dissident und Mitglied des Gremiums forderte Rasnick konsequenterweise den prinzipiellen Verbot von HIV-Tests und die Unterlassung der Testung von Südafrikas Blutkonserven. Angesichts der Situation im Land ist dies als grob fahrlässig, wenn nicht gar kriminell einzuordnen.

Konferenzteilnehmer und Weltöffentlichkeit waren entsetzt. In der durch 5.000 Wissenschaftler, darunter 12 Nobelpreisträger, unterzeichneten „Durban Erklärung“ wird darauf reagiert. Der Zusammenhang zwischen HIV und dem Krankheitsbild AIDS wird der Regierung Südafrika noch einmal erläutert: was für ein Armutszeugnis für ein Land, das wenige Jahre vorher die Apartheid besiegt hatte und die Sympathien der gesamten Weltgemeinschaft genoss! Nelson Mandela hielt zum Abschluss der Konferenz eine vielbeachtete Rede, in der er ausdrückte, dass wenig hilfreiche Diskussionen geführt worden seien und dadurch indirekt auch seinen Nachfolger im Amt kritisierte.



Foto: Nkosi Johnson. Der Junge starb am 01. Juni 2001 im Alter von nur 12 Jahren und Er repräsentierte das Schicksal vieler in Südafrika. Quelle/Foto:

<http://zar.co.za/images/bio/nkosi/nkosi3.jpg>

Die erste Ausgabe des HIV Magazins der Welt Aids Konferenz trägt die Schlagzeile "von Durban zu Durban - vom tödlicher Verleugnung zum weltgrößtem HIV-Behandlungsprogramm". Dazu ein Foto von Nkosi Johnson. Nkosi war ein südafrikanischer Junge und AIDS Waise. Der damals 10jährige hielt zur Eröffnung der Welt AIDS Konferenz in 2000 eine beeindruckende Rede. Er repräsentierte das Schicksal vieler in Südafrika. Nkosi starb kurze Zeit nach der Ersten Konferenz im Alter von nur 12 Jahren. Wenn die damalige Regierung Mbeki nicht von den Machenschaften der AIDS Leugner überzeugt gewesen wäre, könnte Nkosi Johnson heute noch leben. Es wäre interessant zu hören, was er als heute 26-jähriger zur Eröffnung der Konferenz in Durban zu sagen gehabt hätte. Es ist für Nkosi Johnson anders gekommen und die Verantwortung haben Politiker und sog. Denialisten gleichermaßen zu tragen.

Die Leugnung des Zusammenhangs zwischen der HIV-Infektion und AIDS durch Thabo Mbeki und seine Regierung vergeudete Zeit und kostete Menschenleben: Bis 2005 starben zirka 330.000 Menschen, deren Tod vermeidbar gewesen wäre, 35.000 Kinder kamen unnötigerweise mit HIV auf die Welt. Die Gesundheitsministerin Manto Tshabalala-Msimang, von vielen hämisch „Miss Knoblauch“ genannt, vertrat bis zu ihrer Absetzung in 2008 die Ansicht, dass AIDS, anstelle der antiretroviralen Therapie, besser durch Knoblauch, Rote Beete, Zitronen und Yamswurzeln behandelt werden könne. Als Gesundheitsministerin verweigerte sie HIV-Behandlungsprogramme, Schwangeren wurde zur Vermeidung der Mutter-Kind Übertragung die Finanzierung des Medikamentes AZT untersagt, durch den Globalen Fonds zur Verfügung gestellte Gelder wurden nicht angenommen. Der Spuk endete erst als Thabo Mbeki im September 2008 aus parteiinternen Gründen sein Amt als Präsident niederlegen musste.

#### **Verspätete Vernunft. Der Einfluss von HIV Aktivisten**

Die Vernunft setzte sich spät durch. Viel zu lange wurden die verblendeten Machenschaften der AIDS Dissidenten geduldet. Durch Gerichtsbeschluss eines südafrikanischen Gerichts wurde Matthias Rath in 2008 der Vertrieb und die Propagierung seiner Vitaminpillen als gegen HIV wirksam untersagt. Er hatte nachweislich AIDS-Kranken von der HIV Therapie abgeraten, Patient/innen falsche Hoffnungen gemacht und seine Raffgier über den Wert von Menschenleben gesetzt. Als Kläger trat damals die Aktivistenorganisation Treatment Action Campaign (TAC) auf. TAC wurde am 10.10. 1998 - nicht zufällig der Tag der Menschenrechte - durch den selbst HIV-

positiven Aktivisten Zackie Achmat und 10 weitere Personen gegründet.

TAC erreichte durch gezielte politische Aktionen, inklusive der Androhung zivilen Ungehorsams, die Öffentlichkeit und setzte die Politik unter Druck, um sie für Themen wie „Patentrechte“, „Finanzierung des Gesundheitssystems“ und „Zugang zu HIV-Medikamenten“ zu sensibilisieren. Weiteres wichtiges Anliegen von TAC bestand darin, dem mit AIDS einhergehenden Stigma etwas entgegen zu setzen: Fotos der T-Shirts mit dem Aufdruck „HIV-POSITIVE“ gingen um die Welt. TAC verklagte die Regierung Südafrikas wiederholt mit der Forderung, HIV-Präparate für alle zur Verfügung zu stellen, inklusive für Gefangene und Schwangere. Weltweites Aufsehen erregte die Ankündigung Zackie Achmats, selbst keine HIV Medikamente einzunehmen, bis diese für die Allgemeinheit zur Verfügung stünden. Er bezahlte seine konsequente Haltung fast mit dem Leben. 2002 besuchte ihn Nelson Mandela, um ihn zu überreden mit der HIV-Therapie zu beginnen.

Durch den Druck der Zivilgesellschaft verabschiedete die Regierung im August 2003 einen Plan zur Erreichung eines universellen Zugangs zu HIV Medikamenten. Bereits im April 2001 hatte die Regierung ein



Bildquelle:  
[http://www.sahistory.org.za/sites/default/files/styles/article\\_image/public/article\\_pics/policy1\\_0.jpg?itok=eSkD5ViN](http://www.sahistory.org.za/sites/default/files/styles/article_image/public/article_pics/policy1_0.jpg?itok=eSkD5ViN)

Gesetz erlassen, dass die Produktion billigerer, generischer HIV Medikamente prinzipiell sicherstellte.

Da jedoch die ideologischen Widerstände innerhalb der Regierung nicht aufgehoben waren, wundert es nicht, dass die gesetzten Ziele nur zögerlich umgesetzt wurden. Mit der Konsequenz, dass bis 2005 bereits 5 Millionen Südafrikaner HIV-infiziert waren und das Land weltweit die höchste HIV Prävalenz aufzeigte.

Die Wahl von Jacob Zuma zum Präsidenten in 2009 lies nicht erwarten, dass sich an der HIV-politischen Misere im Land etwas ändern würde: Zuma, angeklagt der Vergewaltigung einer HIV-positiven Frau, gab zu Protokoll, dass er sich nach dem Geschlechtsakt duschte, was ja wohl sein Infektionsrisiko erheblich minimiert habe. Man kann nicht wirklich sagen, dass diese Äußerung außergewöhnlich hohen infektiologischen Sachverstand ausdrückt. Insofern wundert es, dass die Regierung Zuma seit der Amtsübernahme vieles besser machte als die Vorgängerregierungen.

Sehr früh verabschiedete die Regierung umfassende und ambitionierte Maßnahmen die mit Hilfe internationaler Geldgeber (Globaler Fond zur Bekämpfung von AIDS, TB und Malaria, Weltbank etc.) aber auch durch bilaterale Kooperationen mit einzelnen Industrienationen (PEPFAR, BMZ, GiZ etc.) umgesetzt werden konnte. Die Clinton Foundation hatte bereits in 2004 zwischen Industrie und Herstellern von Generika günstige Konditionen für Länder ausgehandelt, die von der Pandemie besonders stark betroffen sind. Behandlungsmöglichkeiten konnten dadurch finanziert werden.

- Bereits im Herbst 2009 verabschiedete das Kabinett Zumas eine Erklärung, wonach alle Kinder mit Kontakt zu HIV getestet und HIV-Therapien zur Verfügung gestellt werden sollten.
- Die Nationale HIV-Strategie sah vor, allen schwangeren HIV-positiven Müttern AZT zur Verfügung zu stellen. Es wird angenommen, dass bereits 2010 95 % aller Mütter durch entsprechende Programme erreicht wurden; die Mutter-Kind Übertragung wurde auf 3,5% gesenkt
- Innerhalb kurzer Zeit wurden umfangreiche und kostenlose HIV Beratungs- und Testkampagnen und Programme zur Entstigmatisierung eingeführt: jährlich wurden ca. 11,9 Millionen Südafrikaner getestet.
- Da die Beschneidung das HIV-Übertragungsrisiko um 60% senkt, wurden freiwillige Beschneidungsprogramme durchgeführt: bis Ende 2009 hatten sich bereits mehr als 131.000 Männer beschneiden lassen.
- Bis Ende 2010 erhielten knapp 55% derjenigen, die

eine HIV Therapie brauchen, lebensnotwendige Medikamente (das Ziel der Abdeckung von 80% wurde nicht erreicht)

- Im gleichen Zeitraum konnten lediglich 36 % der Kinder, die eine HIV Therapie brauchten, diese auch erhalten, 196.000 Kinder blieben ohne Therapie.

Innerhalb relativ kurzen Zeitraums sind das beachtliche Erfolge. Im Dezember 2011 wurde für die Jahre 2012-2016 der dritte Nationale Strategieplan zur Bekämpfung von HIV, STIs und Tuberkulose (TB) verabschiedet. Auch dieser Plan ist ambitioniert. In fünf Zielen wird formuliert:

- Halbierung der HIV Neuinfektionsraten bis 2016
- 80% derjenigen, die zu einer HIV-Therapie berechtigt, sind sollen diese auch erhalten
- Halbierung der TB Neuinfektionen und Halbierung der Sterbefälle an TB
- Sicherstellung der Rechte von Menschen mit HIV
- Maßnahmen zur Bekämpfung des mit HIV und TB einhergehenden Stigma

Insgesamt sind das Ziele, die sich durchaus sehen lassen können. Gut ist sicherlich auch, dass TB in die Gesamtstrategie integriert sind. TB als HIV-Koinfektion stellt weltweit die häufigste Todesursache für Menschen mit HIV dar. Nicht umsonst gibt es kurz vor der Welt AIDS Konferenz eine zweitägige Konferenz zu TB.

**Was geschieht, wenn der Nebel der Welt AIDS Konferenz verzogen ist?**

Nach Angaben von UNAIDS aus 2015 leben in Südafrika derzeit ca. 7 Millionen Menschen mit HIV, darunter 4 Millionen Frauen. Die Prävalenz der 15-49 Jährigen liegt bei 19,2%. Im Land leben 2,1 Millionen Waisenkinder, alleine 2015 starben in Südafrika geschätzt 180.000 Menschen an den Folgen von AIDS. Von den 7 Millionen Menschen mit HIV Südafrikas haben derzeit 3,5 Millionen (50%) Zugang zu HIV-Therapien. Noch immer ist die Neuinfektionsrate sehr hoch: alleine in 2014 kam es zu ca. 340.000 HIV-Neuinfektionen.

Insgesamt ist die Region Afrikas südlich der Sahara mit 25,8 Millionen Betroffenen (2014) die weltweit am stärksten unter HIV in Mitleidenschaft gezogene Region. Im Vergleich zu 2000 hat sich die Zahl der Neuinfektionen bis 2014 allerdings um 41% reduziert. In Südafrika ist die allgemeine Lebenserwartung zwi-



schen 2005 und 2014 von 52 auf 61 Jahre angestiegen.

Die Regierung Südafrikas verlautbarte am 10. Mai durch den Gesundheitsminister Aaron Motsoaledi, dass bis September 2016 allen infizierten Menschen eine HIV-Therapie angeboten werden soll. Das ist ein mutiges Versprechen mit dem die Regierung das formulierte 90-90-90 Ziel der WHO erreichen möchte. Südafrika ist eines der ersten Länder das die neuen WHO Behandlungsrichtlinien umzusetzen gewillt ist, demnach allen Menschen mit HIV, unabhängig von Laborparametern, eine HIV-Therapie angeboten werden sollte. Das Ziel ist sicherlich ambitioniert, auch angesichts der Tatsache, dass Südafrika bereits heute das Land ist, indem weltweit die meisten Menschen mit HIV behandelt werden.

Den Menschen in Südafrika kann man nur wünschen, dass die formulierten Ziele nicht als Werbegag der kommenden Welt AIDS Konferenz zu verstehen, sondern ernst gemeint sind. Es bleibt auch abzuwarten, wie und ob die geplanten Vorhaben finanziert werden können und welchen Beitrag die internationalen Geldgeber wirklich leisten werden, wenn die von der Welt AIDS Konferenz ausgehende Euphorie verklungen ist.

Im September wird in Kanada die Wiederauffüllungskonferenz für den Globalen Fond stattfinden. Spätestens dann wird sich herausstellen, ob die Vorhaben finanziert werden können und ob auch die Bundesregierung einen finanziellen Betrag leistet, der unserer Wirtschaftskraft und der gefühlten internationalen Bedeutung entspricht. Der vorliegende Haushaltsentwurf der Bundesregierung - der Betrag, der für den Globalen Fond eingestellt ist - kann dies betreffend

nur als schäbig bezeichnet werden: globale Solidarität fühlt sich anders an.

Auch wenn die Behandlung aller Menschen mit HIV in Südafrika angestrebt ist, bleibt abzuwarten wie das Land „alle“ definieren wird und wie deren Rechte zukünftig geschützt werden: abzuwarten bleibt, ob die vielen Flüchtlinge im Land ebenfalls Zugang zu HIV Therapien haben werden und ob die Regierung etwas gegen die wachsende fremdenfeindliche Stimmung im Land unternimmt.

Südafrika sonnt sich gerne im Glanz der nach der Apartheid erstellten Verfassung. Was die Verfassung festhält ist vorbildlich. Das betrifft vor allem auch die Rechte von Schwulen, Lesben und Transgender. Ob gleichgeschlechtlicher Sex (legal seit 1994); Gesetzgebung zur Anti-Diskriminierung im Arbeitsleben (seit 1995); gleichgeschlechtliche Eheschließung (seit 2006); das Recht der Änderung des Geschlechts (seit 2003); Adoptionsrecht (seit 2002). Alles vorbildlich! Das Land gilt zu Recht als ein Leuchtturm im ansonsten eher homophob-trüben Afrika.

Doch Rechte müssen geschützt werden: dass die Regierung Südafrikas sich im UN Menschenrechtskonzil am 30. Juni einer Abstimmung für die Rechte von LGBT Communities enthielt, dass dem Land die Nähe zu den in der Mehrzahl homophoben Ländern Afrikas wichtiger ist, als die Treue zur eigenen Verfassung, stimmt traurig.

Man möchte sagen, so nicht!

Du von vielen geliebtes, korrumpiertes, widersprüchliches, trauriges, fröhliches, mit Schönheit und mit Dummheit gleichermaßen gezeichnetes Südafrika!

*Peter Wiessner*

*Berlin, Juli 2016*

*Kontakt: peter-wiessner@t-online.de*

*Quellen:*

<http://www.brot-fuer-die-welt.de/themen/menschenrechte-und-frieden/zum-tod-von-nelson-mandela/mandela-setzte-wichtige-zeichen-zu-hiv-nach-seiner-amtszeit.html>

<http://www.sahistory.org.za/topic/history-official-government-hiv-aids-policy-south-africa>

<http://www.tb2016.org/>

<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/southafrica>

[http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/may/20160513\\_UTT](http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/may/20160513_UTT)

<http://unicpretoria.org.za/2015/04/24/unhcr-message-to-refugees-and-asylum-seekers-in-south-africa/>

<http://www.groundup.org.za/article/south-africa-shrinks-its-progressive-leadership-un/>

<http://zar.co.za/nkosi.htm>

<http://www.youtube.com/watch?v=G7oMD5K7DHo>

## Sexuelle Gewalt und HIV-Infektion bei afrikanischen Frauen in Europa

Afrikanische Frauen, die nach ihrer Einwanderung nach Frankreich mit HIV infiziert wurden, haben mit viermal höherer Wahrscheinlichkeit sexuelle Gewalt erlebt als andere Migrantinnen, berichteten Forscher bei der 21. Internationalen AIDS-Konferenz in Durban. Die Studie legt nahe, dass sexuelle Gewalt ein bedeutender Risikofaktor für Migrantinnen ist, sich mit HIV anzustecken, während sie in Europa leben.

Die Daten stammen aus einer Kohorte von 977 Frauen, die in der Region Paris Gesundheitsinstitutionen aufgesucht hatten. Alle Teilnehmerinnen stammten aus einem afrikanischen Land und lebten jetzt in Frankreich.

Die Interviews fokussierten auf die Lebensgeschichte der Frauen und untersuchten Schlüsselergebnisse sowohl vor als auch nach der Migration, um die Familiengeschichte, Bildung und Beschäftigung, sexuelle Beziehungen und die Nutzung des Gesundheitssystems nachvollziehen zu können.

Die meisten Teilnehmerinnen kamen aus Ländern in West- und Zentralafrika, besonders aus der Elfenbeinküste, Kamerun, Mali, der Demokratischen Republik Kongo und dem Senegal. Die Hälfte der Frauen war migriert, um mit einem Partner oder der Familie zu leben. Einige waren aus ihrem Land geflohen, um einer Bedrohung zu entkommen.

Die Daten aus dieser Kohorte machten deutlich, dass nicht alle Afrikanerinnen, die jetzt mit HIV lebten, sich in Afrika infiziert hatten. Die Analyse der CD4-Zellen und lebensgeschichtliche Daten zeigten, dass mindestens ein Viertel von ihnen nach der Migration und während ihres Lebens in Frankreich angesteckt worden war. Darüber hinaus waren Zeiten ohne Aufenthaltserlaubnis, sicheren Wohnsitz oder genug Geld mit Prostitution und sexuellen Gelegenheitskontakten assoziiert, was zu HIV-Infektionen beitragen könnte.

Die Kohorte schloss 414 Frauen ein, die sich in Afrika angesteckt hatten, 156 Frauen, bei denen das nach der Migration geschehen war, und 407 Frauen ohne HIV-Diagnose.

Im Rahmen ihres Interviews zur Lebensgeschichte wurden die Frauen gefragt, ob sie jemals Sex unter Zwang gegen ihren Willen erlebt hätten. Sexueller

Missbrauch in der Kindheit (in einem Alter von 14 Jahren oder darunter) wurde aus der Analyse ausgeschlossen.

- Unter den HIV-negativen Frauen hatten 18% Sex unter Zwang erlebt, einschließlich 4% Frauen, denen das in Frankreich passiert war.
- Unter den Frauen, die in Frankreich mit HIV infiziert worden waren, hatten 24% erzwungen Sex erlebt, darunter 15% während des Aufenthaltes in Frankreich.

Nach dem Abgleich mit demografischen Faktoren, der Migrationsgeschichte und den Lebensbedingungen war die Häufigkeit für erzwungenen Sex viermal höher bei Frauen, die sich in Frankreich infiziert hatten im Vergleich zu HIV-negativen Frauen (AOR 4.39)

Auf Frauen, die vor der Migration mit HIV infiziert worden waren, traf das nicht zu.

Frauen, die migriert waren, weil sie in ihrem Heimatland bedroht worden waren, erlebten mit einer sechsmal höheren Wahrscheinlichkeit in Frankreich erzwungenen Sex. Auch das Fehlen einer sicheren Unterkunft oder das Leben mit Freunden oder Familienangehörigen war mit einer höheren Häufigkeit für Vergewaltigungen assoziiert.

Besonders vulnerabel für erzwungenen Sex waren Frauen zum Zeitpunkt ihres ersten sexuellen Verkehrs (typischerweise vor der Migration) und während ihres ersten Jahres in Frankreich.

### MigrantInnen und HIV-Infektionen in Europa

Die französische Kohortenstudie war eine der ersten die zeigte, dass ein maßgeblicher Anteil von MigrantInnen erst in Europa mit HIV infiziert wird, und nicht in den Heimatländern. Zu dem gleichen Schluss kam ein Forschungsteam aus Großbritannien.

Um zu sehen, ob dieses Phänomen auch in anderen europäischen Ländern auftritt, haben Forscher von Public Health England ihre Methode zur Feststellung, wann eine Infektion stattfand (CD4-basiert), 2011 auf Kohorten von HIV-positiven MigrantInnen in vier europäischen Ländern angewandt. Die Daten schlossen MigrantInnen aus allen Teilen der Welt – einschließlich Europas – ein.

Es wird angenommen, dass In Italien, Schweden und Belgien zwischen 23 und 29% der MigrantInnen sich die HIV-Infektion nach der Migration zugezogen haben. Das ist weniger als die Schätzung von 43% für Großbritannien, aber immer noch sub-

**Projekt Information e.v.**

Gemeinnütziger Verein

**Vereins- und Spendenkonto:**

Sozialbank München

IBAN: DE 7370 0205 0000 0884 5500

SWIFT/BIC: BFSWDE33MUE

**Telefon:** 030 - 63 96 88 97

**Fax:** 030 - 37 44 69 39

bitte in frankiertem Fensterbriefumschlag

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



**Mitgliedschaft**

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

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

**Ermächtigung zum Forderungseinzug per Lastschrift**

Projekt Information e.V. wird widerruflich ermächtigt,

den **Mitgliedsbeitrag** 8,00 €

zuzüglich einer **Spende** \_\_\_\_\_ €

**Gesamtbetrag monatlich** = \_\_\_\_\_ €

per Lastschrift einzuziehen von folgender Bankverbindung:

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  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)

stanzial.

“Unsere Ergebnisse rufen nach zielgerichteten Präventionsmaßnahmen, um die HIV-Übertragung bei Migrantinnen, die in Europa leben, zu reduzieren“, so die Forscher.

**Kommentar**

In Deutschland wird laut RKI jede dritte Neudиаgnose bei Menschen gestellt, die aus anderen Ländern zugewandert sind. Auch hier erfolgte die Infektion bei einem maßgeblichen Anteil in Deutschland. Geflüchtete Frauen sind in einer besonders vulnerablen Situation. Häufig leben sie ohne Privatsphäre und Schutz vor sexuellen Übergriffen in Gemeinschaftsunterkünften. Sexuelle Übergriffe werden häufig berichtet. Opfer von – nicht nur sexualisierter - Gewalt werden sowohl auf der Flucht als auch in den Unterkünften auch homosexuelle Männer, männliche Jugendliche und Transgender. Neben einer Verbesserung der Lebensbedingungen und der Sicherheit vor solchen Übergriffen auf LGBTIQ und geflüchtete Frauen und Mädchen ist der Zugang zu Informationen über Schutzmöglichkeiten vor sexuell übertragbaren Infektionen und zu Verhütungsmitteln sowie kostenlosen Kondomen und Femidomen dringend erforderlich.

*Quelle:*

- Pannetier J et al. *Forced sex, migration and HIV infection among women from sub-Saharan Africa living in France: results from the ANRS Parcours study. 21st International AIDS*
- Yin Z et al. *HIV acquisition post-migration: evidence from four European countries. 21st International AIDS Conference (AIDS 2016), Durban, South Africa, abstract TUPEC197.*

*Zusammenfassung nach*

Roger Pebody, [www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com), 19 Juli 2016

U. Sonnenberg-Schwan

**Wichtiger Hinweis:**

Für Interessenten und Vereinsmitglieder: Bei einem nachgewiesenen monatlichen Netto-Einkommen bis € 766,94 reduziert sich der Monatsbeitrag auf € 4,00.

## Politik & Soziales

### App zur europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) in vielen Sprachen

Die Europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card - EHIC), ist in Deutschland bei allen gesetzlich Versicherten automatisch auf der Rückseite der elektronischen Krankenkassenkarte abgedruckt. Mit ihr werden sie in allen EU-Staaten sowie in Island, Liechtenstein, Mazedonien, Norwegen, der Schweiz und Serbien im medizinischen Notfall ambulant oder stationär behandelt. Es ist daher nicht mehr notwendig einen Auslandskrankenschein dabei zu haben.

Grundsätzlich werden Leistungen nach den Bedingungen des Staates erbracht, in dem der Betroffene sich aufhält. Eine mögliche Kostenbeteiligung richtet sich ebenfalls nach den Landesvorschriften des Landes und muss gegebenenfalls direkt vor Ort bezahlt werden.

Genauere Infos zur Karte, über deren Nutzung in den verschiedenen Ländern und auch Infos zum Einsatz in Deutschland in 25 verschiedenen Sprachen liefert jetzt eine APP: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=de>

Unter diesem Link findet ihr den QR-Code mit dem die App herunterzuladen ist.

### Urteil vom Sozialgericht Karlsruhe: Keine Anrechnung von Trinkgeld auf Hartz IV-Leistungen

Das SG Karlsruhe hat im März in einem Urteil entschieden, dass Trinkgeld im SGB II nicht anzurechnen ist, wie es bisher häufig Praxis ist. Das SG Karlsruhe argumentiert, dass das Geben von Trinkgeld nicht auf einer rechtlichen oder sittlichen Verpflichtung beruht, sondern eine freiwillige Leistung darstellt, die eine besonders gelungene Dienstleistung honorieren und dem Dienstleistenden selbst zukommen soll und ist daher nach § 11a Abs. 5 SGB II anrechnungsfrei.

Mehr zum Urteil hier: <http://www.sozialgericht-karlsruhe.de/pb/Lde/Keine+Anrechnung+von+Trinkgeld+auf+Hartz+IV-Leistungen/?LIST-PAGE=3632228>

### Tipps zum Mitmischen

Der Paritätische Gesamtverband hat eine Handreichung zum Thema - Kommunale Sozialpolitik mitgestalten - herausgegeben. Sie gibt einen Überblick über die kommunalen Strukturen, das Haushaltswesen, Fördermöglichkeiten und die Möglichkeiten der politischen Mitgestaltung.

Sie kann hier heruntergeladen werden: [http://infothek.paritaet.org/pid/fachinfos.nsf/0/e12c7b7c398dbc5ac1257ffd002698d3/\\$FILE/paritaet-vor-ort-2016\\_web.pdf](http://infothek.paritaet.org/pid/fachinfos.nsf/0/e12c7b7c398dbc5ac1257ffd002698d3/$FILE/paritaet-vor-ort-2016_web.pdf)

Eine gute Lektüre um sich fit zu machen und auf kommunaler Ebene in der Sozialpolitik mitzumischen.

### Video zur Asylanhörung in verschiedenen Sprachen

Der Kölner Flüchtlingsrat hat ein Informationsvideo zur Vorbereitung auf die Anhörung im Asylverfahren produziert. Das Video ist in verschiedenen Sprachen abzurufen unter: <http://www.asylindeutschland.de/de/film-2/>

Ich denke, das Video ist in der Praxis gut einsetzbar und auch eine gute Erstinfo für Mitarbeiter\_innen, die erst beginnen sich mit dem Arbeitsbereich zu beschäftigen.

Und für alle, die doch lieber schriftliche Unterlagen haben, hat der Informationsverbund Asyl und Migration Informationen zur Anhörung im Asylverfahren in verschiedenen Sprachen herausgegeben (3.Auflage 2015)

<http://www.asyl.net/arbeitshilfen-publicationen/arbeitshilfen-zum-aufenthalts-und-fluechtlingsrecht/informationsblatt-anhoerung/>

*Silke Eggers, Deutsche Aids-Hilfe, Berlin*

---

## Erwerbsunfähigkeitsversicherung: Nachtrag zur Ausgabe Mai/Juni 2016

---

Im letzten Heft wurde berichtet, der Lebensversicherer Generali habe seine **Erwerbsunfähigkeitslösung ohne dezidierte Gesundheitsprüfung** vom Markt genommen. Wie sich in der Folge herausstellte, war dies erfreulicherweise nur teilweise richtig: Aus offenbar vertriebsstrategischen Überlegungen hat der Versicherer unter diesen Tarif zunächst **nur für die freien Versicherungsmakler geschlossen** bzw. den gesamten Bereich der sog. biometrischen Versicherungen eingestellt und insofern auf die Tarife der Tochter Dialog Leben verwiesen. Über gebundene Vertreter oder Agenturen der Generali ist die alte Produktwelt aktuell weiterhin verfügbar.

Durch anschließende Recherchen und Gespräche konnte ein Lösungsmodell entwickelt werden, das interessierten Personen **entweder den direkten Weg über entsprechende Agenturen oder auf Wunsch die bisher übliche Beratung und Betreuung durch einen spezialisierten freien Versicherungsmakler** ermöglicht.

Unklar ist gegenwärtig aber, ob diese Erwerbsunfähigkeitslösung **eventuell in absehbarer Zeit ganz geschlossen werden** soll, dann also auch über Vertreter und Agenturen nicht mehr erhältlich sein wird. Wer mit dem Gedanken einer solchen Vorsorgelösung spielt, sollte das Thema daher möglichst bald angehen.

Für detaillierte Auskünfte dazu stehe ich gerne in gewohnter Weise als Ansprechpartner zu Verfügung.

*Micha Helmut Schrammke*

*www.positiv-versichert.de / Telefon 030 – 257 986 00*

*(Der Autor ist freier Finanzberater und Versicherungsmakler in Berlin.)*

### Impressum

Herausgeber: Projekt Information e.V., Lietzenburger Str. 7, 10789 Berlin, Telefon (030) 63 96 88 97, Fax: (030) 37 44 69 39, email: [info@projektinfo.de](mailto:info@projektinfo.de). Eingetragen: Amtsgericht München Nr. VR 12575, Gemeinnützigkeit: Finanzamt München f. Körperschaften v. 06.05.2015 Steuer-Nr.: 143/220/60417  
Vorstand: Erik G., Lothar Maier, Siegfried Schwarze, Engelbert Zankl  
Redaktion: S. Eggers, L. Maier, S. Schwarze, M. Schrammke, U. Sonnenberg-Schwan, P. Wießner, E. Zankl.  
Titelillustration: Mats Bergen, [www.matsbergen.de](http://www.matsbergen.de)  
Der Druck und Versand dieser Ausgabe erfolgten mit freundlicher Unterstützung der Firmen Abbie und Viiv sowie der Deutschen Aids-Stiftung.

### 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 Originalarbeiten und Kongressberichte. Die Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder. Ob die besprochenen Medikamente, Therapien oder Verfahren tatsächlich erfolversprechend oder erfolglos sind, entzieht sich unserer Beurteilung. Sprechen Sie immer mit dem Arzt Ihres Vertrauens und lesen Sie die Packungsbeilagen und gegebenenfalls die Fachinformation. Namentlich gezeichnete Artikel verantwortet der betreffende Autor. Soweit es um Zitate aus wissenschaftlichen Publikationen geht, werden die Leser gebeten, die angegebenen Referenztexte zu konsultieren.