

H
I
V

A
I
D
S

2
0
0
8

Vorbemerkung.....	3
Pharmafirmen berücksichtigen Bedürfnisse Schwangerer zu wenig.....	3
Syphilis wieder im Vormarsch.....	3
Osteoporose und HIV.....	4
HI-Viren an der Zelloberfläche festgehalten.....	4
HIV-Therapie wirkt auch präventiv.....	5
HIV-Infektion durch ungeschützten Oralsex?.....	5
HIV-Behandlung reduziert <i>nicht</i> das Übertragungsrisiko.....	6
Kommission für Aids-Fragen in der Kritik.....	6
Kritik am Schweizer Kondomverzicht bei HIV.....	7
Therapiepausen haben langfristig negativen Effekt.....	7
Die <i>Schläfer</i> des Immunsystems.....	8
Abacavir und Didanosin erhöhen Herzinfarktrisiko.....	9
Bericht CROI 2008.....	9
12. Münchner AIDS-Tage.....	9
RKI: Zum HIV Übertragungsrisiko unter antiretroviraler Therapie.....	10
273 Proteine lassen HIV überleben.....	11
Gesunde Vaginalflora vermindert Viruslast in Genitalsekret.....	11
Anti-HIV-Gel zeigt bei Frauen keine Wirkung.....	11
Entstehungsorte neuer Infektionskrankheiten.....	12
Bisher unerkannter Infektionsweg.....	13
Anwerben von Arbeitskräften des Gesundheitswesens.....	13
Rauchen tötet - besonders HIV-Positive.....	14
Experten fürchten HIV/Aids-Krise.....	14
Neurale Vorläuferzellen im Gehirn als Reservoir für HIV.....	15
Die bewährten Präventionsbotschaften gelten nach wie vor.....	16
Verseuchte Injektionen in US-Klinik.....	17
Häusliche ART könnte HIV-Sterblichkeit in armen Ländern verringern.....	17
AIDS-Impfstoffversuch "im Reagenzglas" erleichtert Testung.....	18
Kaposi Sarkom: Doch nicht sexuell übertragen?.....	19
Blockade bei HIV-Infektionen entschlüsselt.....	20
FOX03a: Ein Protein gegen HIV und AIDS.....	20
Aids-Hilfen wenden sich an die Frauen.....	21
USA: Bald Einreise für HIV Positive.....	21
Gentest Pflicht vor Abacavir-Verordnung.....	22
Molekulares Kommando räumt Zellen aus dem Weg.....	22
Fachtagung HIV und Schwangerschaft.....	23
Aktuelle Entwicklungen in der HIV/AIDS-Therapie.....	24
Therapie mit einer Tablette täglich.....	25
HIV-Infektiosität: Asymptomatische STDs irrelevant!.....	26
Jede dritte Tuberkuloseerkrankung bleibt unerkannt.....	26
Tenofovir-Reinsubstanz gesucht!.....	27

HIV/AIDS-SONGS

Förderpreis für Studie zu HIV in Südafrika.....	27
GSK senkt die Preise für HIV-Medikamente	28
Virushepatitis und HIV-Erkrankung.....	28
Raltegravir hält HIV dauerhaft in Schach.....	29
HIV-Therapie: Langzeitschaden für Fertilität?.....	29
HIV-Therapie würde in Südafrika 1,2 Mio. Todesfälle verhindern.....	30
Gummi ohne Ausnahme	31
WHO rät zur Zirkumzision.....	31
Lichtblicke im Kampf gegen HIV	31
60 Jahre Weltgesundheitsorganisation	32
Steigert HIV-Medikament das Herzinfarkt-Risiko?	33
Knoblauchextrakte vermindern Wirkung von HIV-Medikament	34
Ärzte sollen sensibilisiert werden.....	35
Projekte des HIVCENTERS erhalten Fördermittel und Forschungspreis	36
Impressum	38

Vorbemerkung

Diese Presseschau ist aus Internetquellen, Mail- und Newsgroups zusammengestellt. Sie erstreckt sich über einen Zeitraum von ca. drei bis vier Monaten. Die einzelnen Artikel sind chronologisch geordnet. Es wird auf diese Weise schnell über neue Entwicklungen und Änderungen in den Bereichen Epidemiologie, medizinischer Behandlung, ambulanter Pflege und psychosozialer Beratung bei HIV und AIDS informiert. Die Artikel der *HIV AIDS Infos* stellen nicht die Auffassung der Herausgeber dar. Die *HIV AIDS Infos* erscheinen in regelmäßigen Abständen und sollen über Änderungen und

Neuerungen auf dem Gebiet von HIV und AIDS auf dem Laufenden halten.

Seit 1996 können Sie diese Nachrichten auch online abonnieren. Wir bieten Ihnen laufend aktualisierte und interdisziplinär ausgerichtete Informationen aus dem Bereich HIV und AIDS an. Sie werden wöchentlich per E-mail benachrichtigt, sobald neue Informationen auf unseren Internetseiten abrufbar sind. Im Archiv finden Sie die Ausgaben seit 1996 bis heute. Im Internet finden Sie *HIV AIDS Infos Online* unter:

⇒ <http://praxis-psychosoziale-beratung.de>

Pharmafirmen berücksichtigen Bedürfnisse Schwangerer zu wenig

London – Der Arzneimittelmarkt verfehlt die Bedürfnisse schwangerer Frauen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Untersuchung von Forschern des Imperial College London. Sie haben ihre Ergebnisse in der Public Library of Science publiziert.

Weltweit sterben jährlich eine halbe Million Frauen während der Schwangerschaft. Sieben Millionen Babys sterben im selben Zeitraum vor oder kurz nach der Geburt, 99 Prozent davon in Entwicklungsländern. Die Wissenschaftler des Imperial College London analysierten Daten zu mehr als 37.000 Medikamenten, deren Entwicklungen seit 1981 in der sogenannten Pharmaprojects database dokumentiert sind.

Diese listet alle sich in Entwicklung befindlichen Arzneimittel, die Webseiten von Pharmaunternehmen nennen, die in registrierten Studien getestet werden oder auf Konferenzen oder der Datenbank PubMed Erwähnung finden.

Die Arbeitsgruppe fand lediglich 17 Arzneimittel für werdende Mütter, die sich zum November 2007 in der Entwicklung befanden. Dies entspricht weniger als drei Prozent dessen, was sich im Bereich der kardiovaskulären Gesundheit in der Vorbereitung befindet (660 Arzneimittel) oder der Hälfte der Forschung nach Arzneimitteln gegen amyotrophische Lateralsklerose (34 Mittel). Als eine mögliche Ursache für dieses Verhältnis nennen die Autoren die Angst vieler Pharmaunternehmen vor Schadensersatzklagen, die bei Geburtsdefekten in Studien oder nach Zulassung drohen. Zudem sei der Markt begrenzt.

Nick Fisk und Kollegen nennen die Schwangerschaft eine „virtuelle pharmafreie Zone“, da in diesem Bereich in den vergangenen 20 Jahren nur eine neue Klasse von Medikamenten auf dem Markt erschienen sei. Sie fordern Anreize, für Pharmaunternehmen zu schaffen, auf diesem Bereich weiterzuforschen. „Nimmt man die inakzeptabel hohe Zahl an mütterlichen und perinatalen Todesfällen, ist es höchste Zeit, diesen Missetand zu beheben“, betonen die Autoren.

<http://www.aerzteblatt.de/> – Deutsches Ärzteblatt vom 25. Januar 2008

Syphilis wieder im Vormarsch

Infektionszahlen nehmen europaweit alarmierend zu.

London - Zur Überraschung von Medizinern greift die Syphilis seit einigen Jahren wieder verstärkt um sich. In Deutschland hat sich die Zahl der Erkrankungen von 1991 bis 2003 mehr als verdreifacht. In Großbritannien schossen die Neuinfektionen im vergangenen Jahrzehnt um mehr als das Zehnfache in die Höhe, auf 3702 Erkrankungen im Jahr 2006. In Frankreich stiegen die Fallzahlen binnen drei Jahren, von 2000 bis 2003, fast um den Faktor 16. In den USA beobachtet man eine ähnliche Entwicklung.

Betroffen sind auch viele Heterosexuelle, doch als Hauptgrund gelten die Wiederaufnahme riskanter Sexualpraktiken unter homosexuellen Männern und eine "Safer-Sex-Müdigkeit". Aber Kondome bieten nicht nur Schutz vor dem HI-Virus, sondern auch vor dem Syphilis-Erreger. "Das Internet ist voller Netzwerke HIV-positiver Männern, die andere HIV-positive Männer finden wollen", sagt der Aids-

Epidemiologe Jonathan Elford von der Londoner City University. Zwar können diese Personen einander nicht mit HIV infizieren, aber mit anderen Krankheiten wie Syphilis. Unter den schwulen Männern in Großbritannien trägt laut Elford jeder zweite Syphilis-Infizierte auch das HI-Virus.

Britische Organisationen nutzen auch Internet-Foren zur Prävention. "Wir wissen, dass Männer sich online zum Sex verabreden", sagt Mark Thompson vom Terrence Higgins Trust, Europas größter Aids-Stiftung, "also versuchen wir sie im Cyberspace zu erreichen, bevor es zu ungeschütztem Verkehr kommt."

<http://www.wienerzeitung.at/> - Wiener Zeitung vom 25. Januar 2008

Osteoporose und HIV

Ein unterschätztes Problem.

von Pietro Vernazza

Die Demineralisierung des Knochens ist eine normale Alterserscheinung. Doch bei HIV-Patienten scheint dieser Alterungsprozess rascher voranzuschreiten.

Aquitaine Kohorte

In dieser Französischen Kohorte wurden systematisch bei 492 HIV-positiven Personen mit und ohne Therapie zu einem Zeitpunkt mittels DEXA-Messung die Knochendichte erfasst und klinisch untersucht. Insgesamt hatten 80% einen altersgemäß eher fortgeschrittenen Knochenschwund (Demineralisation) wobei gut die Hälfte sogar Befunde einer Osteoporose aufwies. 10% der Untersuchten hatten schon einmal einen Knochenbruch.

Es sieht ganz so aus, als ob es die HIV-Infektion selbst ist, welche – vermutlich durch Immunaktivierung – zur vorzeitigen Alterung des Knochens führt. Eine fortgeschrittene Immunschwäche (CD4-Nadir) war assoziiert mit Osteopenie/-porose aber interessanterweise auch eine tiefe Viruslast, ein Befund der noch nie erhoben wurde und der letztendlich unklar ist. Unter den Medikamenten fand sich kein eigentlicher Risikofaktor, gut ein Drittel war unter Tenofovir, doch die Dauer der Therapie wurde nicht angegeben.

Erstaunliche Zahlen

Das Ausmaß der Knochenschädigung unter HIV ist in dieser Studie doch beachtlich. Sicher würde es sich lohnen, mehr Aufmerksamkeit diesen Knochenproblemen zu widmen. Es stellt sich die Frage, ob HIV-positive Personen nicht

grundsätzlich mit Vitamin D behandelt werden sollten.

Quelle: Cazanave et al, AIDS 2008, 22:349–356

<http://www.infekt.ch/> - Infektiologie St. Gallen vom 26. Januar 2008

HI-Viren an der Zelloberfläche festgehalten

Menschliche Zellen machen es dem Immunschwächevirus HIV nicht leicht: Zumindest einige von ihnen halten neu gebildete Viruspartikel regelrecht fest, so dass die HI-Viren nicht ohne weiteres auf die Suche nach neuen Wirtszellen gehen kann. Amerikanischen Forschern ist es nun gelungen, die dafür verantwortliche "Virusklammer" zu identifizieren.

Bei diesem CD317 handelt es sich um ein Membranprotein von bislang rätselhafter Funktion, berichten die Forscher um Paul Bieniasz von der Rockefeller University im Magazin "Nature". Auf noch ungeklärte Weise hält es neue Viruspartikel an Ort und Stelle, nachdem sich diese vollständig von der Zellmembran der Wirtszelle abgeschnürt haben. Da es die Partikel förmlich an die Zelle anbindet (englisch: to tether), schlagen die Forscher die Bezeichnung Tetherin vor.

Hinweise auf eine solche Funktion waren bereits Ende der 90er-Jahre aufgetaucht. Damals war beobachtet worden, dass sich neu gebildete HIV-Partikel nicht mehr von bestimmten Kulturzellen lösen konnten, nachdem das Virusprotein Vpu ausgeschaltet worden war. Alle vorherigen Schritte im Lebenszyklus des Virus - von der Infektion und Einnistung in die Wirtszelle über die Herstellung neuer Viruskapseln bis hin zu deren Transport an die Zelloberfläche - liefen dagegen normal ab. Bei einigen Zelltypen wurde Vpu erst nötig, nachdem diese mit dem "Alarm-Botenstoff" Interferon-alpha behandelt worden waren.

Bieniasz und Kollegen verglichen nun, welche Gene die unterschiedlichen Zelltypen vor und nach Gabe von Interferon-alpha jeweils ablasen. Von rund 22.000 betrachteten Genen zeigte lediglich eine Handvoll die passenden Aktivitäten - darunter auch das Gen für CD317. Eine Reihe genau geplanter Versuche bestätigte, dass dieses Protein die "Klammer" darstellt. Selbst HIV-Stämme ohne Vpu konnten sich problemlos von Wirtszellen lösen, die kein CD317 bildeten. Umgekehrt bekamen sie Probleme in Zellen, in denen die CD317-Produktion nachträglich angefahren worden war.

CD317 bindet auch neu gebildete Partikel anderer Viren an die Wirtszelle, berichten Bieniasz und seine Gruppe. In diesen Fällen hilft wiederum das "artfremde" HIV-Protein Vpu, die Klammer zu lösen, fanden die Forscher. Daher vermuten sie in CD317 einen breit angelegten Abwehrmechanismus gegen all jene Viren, die sich beim Verlassen der Wirtszelle in ein Stück der Zellmembran hüllen. Weitere Untersuchungen müssen nun zeigen, ob sich dieser Mechanismus zur Behandlung einer Infektion nutzen lässt.

Autoren: Stuart J.D. Neil, Trinity Zang und Paul D. Bieniasz, Diamond AIDS Research Center und Laboratory of Retrovirology, Rockefeller University, New York

Online-Veröffentlichung Nature, 16. Januar 2008, DOI 10.1038/nature06553

<http://www.adarc.org/research/bieniasz/index.htm> - Aaron Diamond AIDS Research Center vom 29. Januar 2008

HIV-Therapie wirkt auch präventiv

von Pietro Vernazza

Eigentlich wissen wir's schon länger. Nun hat die Schweizerische Ärztezeitung ein Papier der Eidg. Kommission für AIDS-Fragen veröffentlicht, in welchem Klartext gesprochen wird.

Der Bericht lässt sich auf der Homepage der Ärztezeitung (Ausgabe 30.1.2008) als pdf herunterladen und nachlesen. Im gleichen Heft findet sich ein Kommentar von Pietro Vernazza als EKAF-Präsident unter dem Titel: *Die Prävention wird einfach; also komplexer*. Der Titel fasst eigentlich schon alles zusammen:

Weshalb ein Papier?

Wir wissen eigentlich, dass unter einer gut durchgeführten und ärztlich überwachten Therapie eine HIV-positive Person ihren Partner / ihre Partnerin beim Sex ohne Kondom nicht anstecken kann. Doch wir sind mit diesem Wissen bisher recht zaghaft umgegangen, da das Nicht-Eintreten eines Ereignisses nie zu beweisen ist. Je länger wir zuwarten und Menschen mit HIV beobachten, desto sicherer werden wir bei unserer Beobachtung, dass HIV unter den genannten Bedingungen nicht übertragen wird.

Für wen ist die Botschaft?

Die Botschaft der EKAF ist in erster Linie gedacht für Menschen, die in einer festen Partnerschaft mit einer HIV-positiven Person leben. Sie sollen informiert werden, dass sie weder Angst haben müssen, noch auf Kinder verzichten sollen, nur weil ihr Partner / ihre Partnerin

HIV-positiv ist. Solange die HIV-Therapie optimal eingenommen und überwacht wird, ist keine Gefahr für den / die Partner vorhanden. Das Risiko einer Infektion unter einer optimalen Therapie muss sehr klein sein, kleiner als 1: 1 Million. Damit ist dieses Risiko etwa so groß, wie das Risiko, dass ich selbst bei meinem Flug an den nächsten AIDS-Kongress in Boston abstürzen werde. Ein mögliches Szenario, aber nicht so wahrscheinlich, als dass auf den Kongress (und natürlich den traditionellen Kongressbericht) verzichten würde.

An der Prävention ändert sich nichts

Die EKAF erhofft sich durch dieses Papier eine aktive Diskussion der Verhältnisse auch unter den Experten weltweit. Oft wird die Diskussion jedoch mit Fragen über die Konsequenz für die Präventionsarbeit vermischt. Doch das ist ein anderes Thema. Es ist kein Zweifel, dass die neuen Erkenntnisse gut kommuniziert werden müssen. Die Prävention wird komplexer, doch an der grundsätzlichen Botschaft: "schütze dich außerhalb der festen Partnerschaft" wird nichts geändert. Diese Botschaft bleibt wichtiger denn je. Denn niemand kann beurteilen, wie gut jemand eine Therapie einnimmt, wie gut die ärztliche Kontrolle läuft, mit Ausnahme der festen Partner. Diese Präzisierung muss nun sehr gut kommuniziert werden.

Auch die Rechtsprechung ist betroffen

Die EKAF erhofft sich mit der Diskussion nebst der Verbesserung der Lebensqualität für HIV-positive Menschen auch eine Normalisierung der Rechtslage: Noch immer werden Personen inhaftiert, weil sie mit einer anderen Person (in Kenntnis der HIV-Infektion) Sex ohne Kondom haben (StGB Art 231, Versucht der Verbreitung einer gefährlichen Krankheit). Nun werden die Gerichte umlernen müssen und akzeptieren müssen, dass dieser Versuch, ein untauglicher ist.

Lesen Sie die ausführlichen Grundlagen selbst:

Mitteilung der EKAF, SAeZ vom 30.1.08 - http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-05/2008-05-089.PDF

Kommentar zum Artikel, SAeZ vom 30.1.08 - http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-05/2008-05-085.PDF

<http://www.infekt.ch/> - Infektiologie St. Gallen vom 30. Januar 2008

HIV-Infektion durch ungeschützten Oralsex?

Der HI-Virus soll auch über die Mund- und Rachenschleimhaut übertragen werden können.

Wissenschaftler schließen nach Angaben des Berufsverbandes Deutscher Internisten nun die Möglichkeit einer Übertragung des Erregers beim ungeschützten Oralverkehr nicht mehr aus. Eine mögliche Eintrittspforte könnten die Mandeln sein. Bislang waren Mediziner nicht dieser Ansicht. Doch nun hat ein US-amerikanisches Wissenschaftlerteam bei einem Vergleich des Gewebes der Mandeln mit dem des Zahnfleisches festgestellt, dass Mandeln Eiweiße besitzen, an die das HI-Virus vorzugsweise andockt.

Damit kann sich der Erreger an der Oberfläche der Mandeln anhaften und so in den Körper eindringen. Darüber hinaus mangelt es den Mandeln an Eiweißen, die in der Lage sind, Viren abzuwehren. Im Gegensatz zum Gewebe der Mandeln hat das HI-Virus wenige Möglichkeiten, über das Zahnfleisch einzudringen. Außerdem verfügt das Zahnfleisch nicht nur über antiviral wirkende Eiweiße, sondern auch über Keratin, das das Gewebe verdickt und vor Eindringlingen schützt.

<http://de.news.yahoo.com/> - Yahoo News vom 31. Januar 2008

HIV-Behandlung reduziert *nicht* das Übertragungsrisiko

Frankfurt - HIV-infizierte Patienten können den Aids-Erreger auch dann übertragen, wenn sie erfolgreich gegen die Erkrankung behandelt werden. «Selbst wenn die Anzahl der Viruspartikel im Blut durch die Behandlung gering ist, können höhere Werte in anderen Körperflüssigkeiten auftreten», warnt Peter Walger vom Berufsverband Deutscher Internisten (BDI). Denn dort könnten HIV-Medikamente in geringerer Dosis vorliegen als im Blut. Entsprechend höher könne etwa in Sperma oder Vaginalflüssigkeit oder auf den Schleimhäuten im Genital- und Rektalbereich die Viruskonzentration sein.

Erst kürzlich hatten Wissenschaftler festgestellt, dass sich im Sperma Bruchstücke eines Eiweißes befinden, die die HI-Viren effektiv darin unterstützen, andere Zellen zu infizieren. Daher kann schon eine kleine Erregeranzahl für eine Übertragung auf den HIV-negativen Partner ausreichen. Die Virusmenge des HIV-Patienten stellt bei ungeschützten Sexualkontakten zudem nur einen von mehreren Einflussfaktoren dar. Ob sich ein HIV-negativer Geschlechtspartner infiziert, hänge darüber hinaus von dessen Empfänglichkeit ab, erklärt der Mediziner.

So seien Menschen mit genitalem Herpes, Syphilis oder Gonorrhö stärker gefährdet, sich

bei einem HIV-Positiven anzustecken, denn das HI-Virus könne sich zusammen mit anderen Erregern leichter vermehren und bei Verletzungen von Haut- und Schleimhaut leichter eindringen. Zusätzliche sexuell übertragbare Erkrankungen erhöhten jedoch nicht nur das Risiko für eine Ansteckung, sondern auch für eine Übertragung.

Deshalb gehe von Menschen mit HIV, die auch mit Herpes oder Syphilis infiziert seien, ein höheres Übertragungsrisiko aus. «HIV-Patienten sollten deshalb in diesen Fällen beim Sex ganz besonders vorsichtig sein, damit der Partner nicht mit infizierten Körperflüssigkeiten in Kontakt kommt», rät der Infektiologe. Geschwürartige Veränderungen der Haut- oder Schleimhaut im Genitalbereich sollten immer Anlass zu einem Arztbesuch geben, damit sie richtig diagnostiziert und konsequent behandelt werden könnten.

<http://www.net-tribune.de/> - net tribune vom 1. Februar 2008

Kommission für Aids-Fragen in der Kritik

Unter bestimmten Umständen könnten HIV-Infizierte ungeschützten Sex haben, hatte die Kommission für Aidsfragen festgestellt. Diese Einschätzung stößt auf Kritik im In- und Ausland.

Allen voran äußerte die EU-Kommission ihre Skepsis. Aus ihrer Sicht sollten die Studien, auf welche sich die schweizerische Kommission stützt, «unsere Aufmerksamkeit nicht von unseren Initiativen, der Förderung von safe sex, ablenken», sagte die Sprecherin von EU-Gesundheitskommissar Markos Kyprianou.

Die Kommission unterstrich, dass sich die Information ja nur an eine Gruppe von Personen beziehe, die gewisse Voraussetzungen erfüllen: Im Blut dürfen seit mindestens sechs Monaten keine Viren nachgewiesen worden sein. Die antiretrovirale Therapie muss konsequent eingehalten und regelmäßig kontrolliert werden.

Und die HIV-infizierte Person darf nicht Trägerin einer anderen sexuell übertragbaren Infektion sein. Unter diesen Bedingungen sei in Partnerschaften, bei welchen ein Partner HIV-positiv ist, Sex ohne Präservativ denkbar, lautet die schweizerische Einschätzung.

Nicht falsche Botschaften verbreiten

Die EU-Kommission mache nicht spezifische Empfehlungen für spezielle Gruppen, fügte die

Sprecherin an. Jedoch müsse man vorsichtig sein.

Man dürfe nicht die falsche Botschaft mit solchen Studien verbreiten, zum Beispiel, dass Aids eine weniger bedeutsame Krankheit geworden sei. «Wir sollten weiterhin die Bedeutung von safe sex für die Prävention von HIV/Aids betonen», ergänzte sie.

Auch aus Frankreich kommt Kritik. Der nationale Aids-Rat (Conseil national du SIDA, CNS) distanzierte sich von der Einschätzung der schweizerischen Kommission. Die Daten, auf die sich letztere stütze, seien zu wenig gesichert, erklärte der CNS.

Voreilige Einschätzung

Die zugrunde liegenden Studien – aus Spanien, Brasilien und Uganda – seien mit zu kleinen Stichproben durchgeführt worden, um das Risiko mit genügender Sicherheit ausschließen zu können. Es sei deshalb voreilig, solche Einschätzungen abzugeben.

Der Geschäftsführer der Zürcher Aids-Hilfe, Reto Jeger, hält diese Art von Aufklärung für «fatal», wie er in einem Interview sagte. «Man hätte diese Entdeckung besser nicht breit publiziert.»

Die Gefahr sei groß, dass nun falsche Schlüsse gezogen würden und sich die Leute nicht mehr schützten. «Die Meldung erweckt den Eindruck, Aids sei heilbar. Das ist falsch», sagte Jeger. In der Schweiz infizierten sich nach wie vor täglich zwei Personen mit dem HI-Virus.

<http://www.tagesanzeiger.ch/> - Tagesanzeiger vom 1. Februar 2008

Kritik am Schweizer Kondomverzicht bei HIV

Kommission: Verzicht möglich, wenn kein Virus im Blut nachweisbar ist

Bern - HIV-Infizierte, bei denen durch die antiretrovirale Therapie kein HIV mehr im Blut nachweisbar ist, können unter bestimmten Bedingungen auf Kondome zur Prävention verzichten. Das ist die knappe Botschaft Schweizer Aids-Spezialisten. In Deutschland hält man von dieser Botschaft nichts.

Das Okay hatte die Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen auf der Grundlage mehrerer Studien Anfang der Woche in der "Schweizerischen Ärztezeitung" gegeben. An den Studien nahmen heterosexuelle sowie homosexuelle Paare teil. Unter optimalen Voraussetzungen könne ein Paar, bei dem ein Partner HIV-

infiziert ist, normalen Geschlechtsverkehr ohne Kondom haben, so der Infektiologe Professor Pietro Vernazza vom Kantonsspital St. Gallen. Optimale Voraussetzung bedeute: eine stabile HIV-Behandlung, kein Aids-Erreger im Blut nachweisbar, keine Geschlechtskrankheiten.

Die Schweizer Kommission zitiert unter anderen die Ergebnisse einer spanischen Längsschnittstudie mit fast 400 heterosexuellen serodifferenten Paaren, bei denen es im Verlauf von 14 Jahren bei jenen Paaren zu keiner Infektion kam, bei denen jeweils der HIV-Infizierte antiretroviral behandelt worden war (J Acquir Immune Defic Synd 40, 2005, 96). Serodifferent bedeutet, ein Partner ist HIV-positiv, der andere HIV-negativ. Bei Paaren ohne die antiretrovirale Therapie habe die Übertragungsrate 8,6 Prozent betragen.

Das Ansteckungsrisiko sei zwar unter einer wirksamen antiretroviralen Therapie deutlich reduziert, doch "eine staatliche Empfehlung zum Verzicht auf Kondome können wir nicht geben", so Professor Reinhard Kurth, Leiter des Robert-Koch-Instituts in Berlin, in der "Süddeutschen Zeitung".

Auch die EU-Kommission ist von der Botschaft der Schweizer Aids-Experten nicht begeistert. Sie plädiert weiterhin generell für "safe sex" zur HIV-Prävention, heißt es in der "Neuen Züricher Zeitung". Und die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung in Köln erinnert daran, dass fsd Okay der Schweizer Kommission nur für wenige Menschen gilt, bei denen die drei genannten Voraussetzungen gegeben sind.

<http://www.aerztezeitung.de/> - Ärzte-Zeitung vom 7. Februar 2008

Therapiepausen haben langfristig negativen Effekt

Die SMART*-Studie wurde im Januar 2006 wegen einer erhöhten Komplikationsrate unter strukturierten Therapiepausen vorzeitig abgebrochen. Alle Patienten wurden aufgefordert, ihre Medikamente kontinuierlich einzunehmen. Ein Jahr später war das Risiko immer noch leicht erhöht.

In SMART waren 5472 Patienten (CD4>350/μl) entweder kontinuierlich behandelt worden oder sie machten immer wieder Therapiepausen bis zu einer CD4-Zahl <250/μl. Die Studie wurde vorzeitig angebrochen, denn die Patienten im Pausenarm hatten ein doppelt so hohes Risiko für Tod, opportunistische Infektionen und andere Nebenwirkungen.

Im Januar 2006 wurden die Patienten aufgefordert, ihre Medikamente kontinuierlich einzunehmen. Nicht alle Patienten kamen diesem Rat gleich nach. Bis Januar 2007 nahmen die Patienten im Pausenarm bzw. im kontinuierlichen Arm 71% bzw. 94% der Zeit Medikamente. Die Zeit mit einer CD4-Zahl <350/µl sank in der Pausengruppe nach Januar 2006 von 31% auf 23% bzw. sie blieb in der kontinuierlichen Gruppe mit 8% und 7% unverändert.

Risiko bleibt erhöht

In der Zeit von Januar 2006 blieb das Risiko für Komplikationen bei den Patienten unter kontinuierlicher Therapie unverändert. In der Pausengruppe sank es, erreichte aber nicht das Niveau der kontinuierlich behandelten Patienten.

Besonders schlimm traf es Patienten (n=113), bei denen in der Pausengruppe vor Januar 2006 ein Komplikation aufgetreten war. Ihr Risiko für Tod blieb im Vergleich zu den Patienten mit einer ähnlichen Komplikation unter kontinuierlicher Behandlung (n=50) trotz Therapiemodifikation auf das sechsfache erhöht (p<0,0001).

Immunsystem erholt sich nur langsam

Hintergrund des lang anhaltenden negativen Effektes der Therapiepausen ist laut Wafa El-Sadr, New York, die langsame Erholung des Immunsystems. Selbst in der Subgruppe der Pausenpatienten mit einer kompletten Virus-suppression nach sofortiger Therapiemodifikation hatten die CD4-Zellen ein Jahr später immer noch nicht das Ausgangsniveau erreicht. "Der Anstieg der CD4-Zellen nach der Pause ist langsamer als wir dachten", meinte El-Sadr.

Quelle: # 36 W El-Sadr et al (SMART Study Group). CROI 2008, Boston, 3 - 6 Februar 2008

*SMART: The Strategies for Management of Antiretroviral Therapy-Study

<http://www.hivandmore.com/> - HIV&More vom 7. Februar 2008

Die Schläfer des Immunsystems

Gedächtnis-T-Zellen lassen sich gezielt erzeugen.

Forscher der Charité - Universitätsmedizin Berlin haben einen neuen Weg entdeckt, langfristig wirkende Abwehrzellen gegen Infektionen zu produzieren. In der aktuellen Ausgabe der Zeitschrift "Journal of Experimental Medicine" * beschreiben sie, wie es ihnen dabei gelungen ist, einen alten Irrtum der Zellforschung aufzuklären.

Die Wissenschaftler um Prof. Max Löhning, der an der Charité eine von der Volkswagen-Stiftung finanzierte Lichtenberg-Professur innehat, konzentrieren sich auf die so genannten T-Helferzellen im Immunsystem. Einige von ihnen produzieren Abwehrstoffe, so genannte Effektor-Zytokine. Diese steuern die Antwort des Immunsystems gegen eindringende Viren. Andere wirken als langlebige Gedächtniszellen. Das heißt, sie erinnern sich an Erreger, die den Körper schon einmal geplagt haben und organisieren beim erneuten Angriff der gleichen Viren eine extrem wirkungsvolle Abwehr. Deshalb muss der Mensch manche Infektionen nur einmal im Leben durchmachen.

"Wir wollten wissen, ob sich die Zellen, die bereits Abwehrstoffe produziert haben, zu Gedächtniszellen entwickeln können", erklärt Prof. Löhning. "Bisher ging man davon aus, dass diese Zellen sehr schnell absterben". Erstmals gelang es den Forschern, sie zu isolieren, in neue Organismen umzusetzen und ihr Verhalten dort über längere Zeit zu beobachten. Das überraschende Ergebnis: Viele lebten noch Jahre nach der ersten Infektion und hatten sich tatsächlich in Gedächtniszellen verwandelt. Sie hatten sich die optimale Antwort auf ein ganz bestimmtes Virus gemerkt.

"Damit sind wir dem Ziel, maßgeschneiderte Gedächtnis-T-Zellen zu erzeugen, einen großen Schritt näher gekommen", sagt Löhning. Das ist wichtig für Menschen mit langwierigen Infektionskrankheiten, die auf Immunzelltherapien angewiesen sind. Ihnen werden Abwehrzellen entnommen, auf eine Immunantwort hin trainiert und wieder eingesetzt. "Wir wissen jetzt, dass diese Therapien auch langfristig wirken können, weil Gedächtniszellen entstehen", erläutert Löhning.

Ebenso bedeutsam könnte das Verfahren seiner Ansicht nach für die Entwicklung alternativer Impfstrategien in den Fällen sein, bei denen die herkömmliche Impfung mit Antikörpern versagt. Dazu könnte eines Tages auch das AIDS-Virus HIV gehören. Es verändert ständig seine Oberflächenstruktur und ist daher für Antikörper schlecht erkennbar. "Maßgeschneidert erzeugte Gedächtnis-T-Zellen könnten in der Lage sein, das Virus trotz dieser Verkleidungen wirkungsvoll zu bekämpfen", hofft Löhning. "Doch bis es vielleicht so weit ist, stehen uns noch arbeitsreiche Jahre bevor."

Quelle: Journal of Experimental Medicine 2008; 205: 53-61 (doi: 10.1084/jem.20071855)

<http://www.medaustria.at> – MedAustria News vom 8. Februar 2008

Abacavir und Didanosin erhöhen Herzinfarktrisiko

Kopenhagen – Die Einnahme der HIV-Medikamente Abacavir und Didanosin (ddI) scheint mit einem erhöhten Herzinfarktrisiko einherzugehen. Dies zeigen die Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie, die dieser Tage auf einer Fachtagung vorgestellt wurden. Andere Wirkstoffe aus der Gruppe der Nukleosidanaloga waren nicht betroffen.

An der 1999 begonnenen Data Collection of Adverse effects of Anti-HIV Drugs Study oder D:A:D-Studie beteiligen sich heute 212 Kliniken in Europa, Australien und den USA. Die Patienten stammen aus 21 Kohorten mit 33.347 Patienten. Von diesen haben in den ersten sieben Jahren der Nachbeobachtung bisher 517 Patienten (nach 157.912 Personenjahren) einen Herzinfarkt erlitten. Dies ist insgesamt eine geringe Zahl, die sich aus dem Durchschnittsalter von knapp 50 Jahren der Patienten erklärt. Mit zunehmendem Alter der Patienten steigen jedoch die kardialen Risiken, weshalb eine Häufung von Herzinfarkten in Zukunft von steigender Bedeutung sein wird.

Von den 517 Patienten hatten zum Zeitpunkt des Herzinfarkts 192 Abacavir und 124 ddI erhalten. Jens Lundgren von der Universität Kopenhagen errechnet in einem auf der Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 2008 in Boston vorgestellten Poster für Abacavir ein um 90 Prozent erhöhtes Herzinfarktrisiko. Bei Patienten, die ddI eingenommen hatten, war das Risiko um 40 Prozent erhöht. In einer Stellungnahme betont Lundgren, dass das Risiko relativ gering sei, etwa im Vergleich zum Tabakrauchen, welches das Herzinfarktrisiko um den Faktor zwei bis drei erhöht. Außerdem scheint das Risiko reversibel zu sein, denn ehemalige Anwender der beiden Medikamente hatten kein signifikant erhöhtes Risiko.

Dennoch sollten Patienten mit anderen kardialen Risikofaktoren mit ihren Ärzten den Wechsel auf ein anderes Medikament erwägen, meinen die dänischen Experten. Grundlage könnte der Framingham-Score sein, mit dem das individuelle Risiko der Patienten auf einen Herzinfarkt in den nächsten zehn Jahren abgeschätzt werden kann. Einen Risiko-Kalkulator dazu haben die Forscher auf ihre Internetseite gestellt. Andere Nukleosidanaloga wie Stavudin (d4T), Zidovudin (AZT) und Lamivudin (3TC) waren in der D:D:A-Studie nicht mit einem erhöhten Herzinfarktrisiko assoziiert. Für Tenofovir und Emtricitabin ist die Datenlage noch nicht klar.

Lundgren weist darauf hin, dass eine Beobachtungsstudie letztlich nicht beweisend ist. Es ist durchaus möglich, dass ein Selektionsbias (etwa eine bevorzugte Verordnung von Abacavir und Didanosin an Risikopatienten) für das Zustandekommen der Ergebnisse verantwortlich ist. Auch gibt es laut Lundgren keinen plausiblen Grund, warum nur einige Nukleosidanaloga das Risiko erhöhen, andere jedoch nicht.

Neben den beiden Nukleosidanaloga erhöhen auch Protease-Inhibitoren (als Klasse) das Herzinfarktrisiko. Dies hatte eine frühere Auswertung der D:A:D-Studie ergeben, die im April letzten Jahres im New England Journal of Medicine (2007; 356: 1723-1735) publiziert wurde. Die Forscher konnten dieses Risiko teilweise auf die durch die Protease-Inhibitoren induzierten Störungen im Lipidstoffwechsel zurückführen.

<http://www.aerzteblatt.de/> - Deutsches Ärzteblatt vom 8. Februar 2008

Bericht CROI 2008

von Pietro Vernazza

Unser Bericht vom CROI 2008 ist online. Zurzeit fehlen noch zwei Grafiken.

Der erwartete Bericht vom CROI (3.-6. 2.2008) ist online. Lesen Sie den Bericht als pdf online, dann haben sie Zugriff zu all den verlinkten Abstracts und weiteren Referenzen. Viel Spaß!

Bericht in großer Auflösung für eine bessere Darstellung der Bilder und kleinere Auflösung für rascheren Download;

Download als pdf groß hier (1.6 MB)

http://www.infekt.ch/updown/documents/kongresse/CROI_2008_g.pdf

Download als pdf klein hier (0.8 MB)

http://www.infekt.ch/updown/documents/kongresse/CROI_2008.pdf

<http://www.infekt.ch/> - Infektiologie St. Gallen vom 11. Februar 2008

12. Münchner AIDS-Tage

zu Gast in Berlin vom 14. bis 16. März 2008, MARITIM Hotel, Berlin.

AIDS 2008: PräventionsBotschaften – MenschenRechte – TherapieFortschritte

Bundesjustizministerin Brigitte Zypries wird im März 2008 die 12. Münchner AIDS-Tage in Berlin eröffnen und in der Hauptstadt willkommen heißen. Zum größten und wichtigsten HIV-

Kongress 2008 in Deutschland werden ca. 2.000 Teilnehmer erwartet, die sich an drei aufeinander folgenden Tagen mit den somatischen und psychosozialen Aspekten einer HIV-Erkrankung befassen. Darunter sind nicht nur Ärzte, sondern u. a. auch Psychotherapeuten, Sozialwissenschaftler, Krankenschwestern, Epidemiologen, Virologen, Entwicklungshelfer und Juristen.

Wenige medizinische Fachgebiete haben einen vergleichbar dynamischen Wissenszuwachs wie HIV/AIDS. Nirgendwo sonst werden die Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung so schnell in die klinische Wirklichkeit übertragen. Dieser Wissenszuwachs hat, auch das bleibt ungewöhnlich, oft unmittelbare Auswirkungen auf die Behandlung des einzelnen Patienten. Allerdings ist auch kaum ein Gebiet so sehr auch kurzlebigen Trends unterworfen. Was heute noch Gesetz ist, ist oft schon morgen wieder überholt. Alle Berufsgruppen, die in der HIV-Medizin tätig sind, sind daher mehr als andere gefordert, ihre Kenntnisse stetig zu aktualisieren. Mag manchem Beobachter dabei in den letzten Jahren der große Durchbruch fehlen: Gerade in Zeiten „individualisierter Therapie“ kommt es oft auf Details an.

Die 12. Münchner AIDS Tage werden neben pathophysiologischen Grundlagen, neue Erkenntnisse, Therapiefortschritte und zukünftige Chancen beleuchten. Schwerpunkte liegen im Bereich neuer Therapiestrategien, dazu gehören auch Überlegungen zu einem früheren Therapiebeginn, das Problem der Immunaktivierung sowie die neuen und teilweise erfolgreichen Formen der biomedizinischen Prävention.

Weitere Schwerpunkte werden unter anderem die Themenbereiche „Der Ältere HIV Patient“, „Menschenrechte“, „Migranten“, „Salvatherapie“ sein. Plenarvorträge und Workshops widmen sich darüber hinaus den sich schnell ändernden Bedingungen in Subsahara Afrika und Osteuropa.

Spezielle Veranstaltungen richten sich an Menschen, die neu professionell im Bereich HIV/AIDS arbeiten und sich einen schnellen und intensiven Überblick verschaffen wollen.

12. Münchner AIDS-Tage – Anmeldung und Registrierung unter: <http://www.m-i-c.de/mic/veranstaltungen/873801.php>

RKI: Zum HIV Übertragungsrisiko unter antiretroviraler Therapie

Im Zusammenhang mit den verbesserten Möglichkeiten einer medikamentösen Unterdrückung der HIV-Vermehrung durch Kombinationstherapien wird immer wieder die Frage aufgeworfen, ob ein HIV-Infizierter, der unter antiretroviraler Therapie (ART) eine Viruslast unter der Nachweisgrenze gängiger Testverfahren hat, bei sexuellen Kontakten auf die Verwendung eines Kondoms verzichten kann. Voraussetzung für eine Übertragung von Infektionserregern ist, dass diese in ausreichender Menge und in geeigneter Weise mit einem empfänglichen, nicht-infizierten Organismus in Kontakt kommen.

Zu einer Infektionsübertragung gehören neben viralen Virulenzfaktoren folglich drei Aspekte:

- Erregerkonzentration im infektiösen Körpersekret bzw. der Schleimhaut,
- Art der Exposition und
- Empfänglichkeit des Exponierten.

Die ART bei einem HIV-Infizierten beeinflusst allein den ersten Aspekt, die Erregerkonzentration in der infizierten Person. Bevor der Aspekt der Verminderung der Übertragungswahrscheinlichkeit von HIV durch ART von Infizierten weiter diskutiert wird, muss daher betont werden, dass die Erregermenge, die für eine Übertragung notwendig ist, auch von der Art der Exposition und der Empfänglichkeit der exponierten Person abhängt. Konkret bedeutet das, dass eine Erregermenge, die üblicherweise für eine sexuelle Übertragung nicht ausreicht, bei einer Bluttransfusion oder einer Injektion mit einer kontaminierten Spritze sehr wohl zu einer Infektion führen kann.

Ebenfalls kann eine Exposition gegenüber einer nur gering virushaltigen Körperflüssigkeit bei einer durchschnittlich empfänglichen Person ohne Folgen bleiben (d.h. eine Infektion findet nicht statt), während es bei einer Person, die am Ort der Exposition (v.a. genitale oder rektale Schleimhaut) beispielsweise durch Herpes genitalis-Läsionen, eine Gonorrhö oder einen Syphilis-Primäraffekt eine erhöhte Empfänglichkeit und eine immunologisch stimulierte Umgebung aufweist mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu einer Infektion kommt.

Vollständige Erklärung des RKI unter:

http://www.rki.de/nn_205760/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Viruslast__Infektionsrisiko.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Viruslast__Infektionsrisiko.pdf

<http://www.rki.de/> - Robert Koch Institut – Pressemeldung vom 12. Februar 2008

273 Proteine lassen HIV überleben

Das HI-Virus, das Aids auslösen kann, benötigt laut US-Forschern 273 Proteine der infizierten Zelle, um sich zu vermehren und zu überleben. Diese Erkenntnis könnte den Weg zu neuen Medikamenten ebnen.

HIV selbst hat als Virus nur sehr kleines Genom mit neun Genen und kann nur 15 Proteine produzieren. Es muss also "andocken", um einen Organismus effektiv zu infizieren. Die Forscher der Harvard University untersuchten daher alle menschlichen Gene daraufhin, ob sie von den Aids-Erregern für ihre Zwecke missbraucht werden können.

273 zelluläre Proteine entdeckt

Die Wissenschaftler benutzten kleine RNA-Stücke, um mit der RNA-Interferenz-Methode in einem Testsystem jeweils ein Gen nach dem anderen in menschlichen Zellen (insgesamt 21.000 Gene) auszuschalten und zu überprüfen, welche Auswirkungen das auf HIV hatte. Das Resultat, so auch die Experten des Instituts für Virologie in Wien: "Bisher waren 36 zelluläre Faktoren bekannt, die HIV für seinen Infektionsprozess benötigt. (...) Die Autoren zeigen, dass das Virus von 273 zellulären Proteinen abhängig ist, die daher als 'HIV-dependency factors' (HDFs) bezeichnet werden."

Medikamente könnten Vermehrung unterbinden

Das könnte einen Durchbruch in der Suche nach neuen Aids-Therapien bedeuten. Fast alle Wirkstoffe von HIV-Medikamenten waren bisher gegen die wenigen Proteine der HI-Viren gerichtet. Nun könnte es erstmals die Möglichkeit geben, gezielt und umfassend nach Substanzen zu suchen, welche die Viren daran hindern, sich die befallenen Zellen für die Vermehrung zunutze zu machen.

Gen-Mutationen verlieren Wirkung

Noch ein möglicher Vorteil einer solchen Strategie: HIV umgeht die Wirkung der bisher erhältlichen Arzneimittel leicht, weil es durch Gen-Mutationen seine Proteine vor den Medikamenten schützt. Doch auf Seiten der menschlichen Zellen und von deren Mechanismen, welche die Aids-Erreger benötigen, sind solche Mutationen nahezu ausgeschlossen.

Die Studie "Identification of Host Proteins Required for HIV Infection Through a Functional Genomic Screen" von Stephen

Elledge (Brigham and Women's Hospital/Boston) und Kollegen ist online in "Science" erschienen (DOI: 10.1126/science.1152725). Zum Abstract: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1152725>

<http://science.orf.at/> - ORF ON Science vom 13. Februar 2008

Gesunde Vaginalflora vermindert Viruslast in Genitalsekret

Die Viruslast im weiblichen Genitaltrakt wird nicht nur durch die Viruslast im Blut, sondern auch von der Vaginalflora beeinflusst. Eine bakterielle Vaginose wirkt sich negativ aus. Die physiologische Besiedelung mit Laktobazillen hat dagegen einen günstigen Einfluss.

In der prospektiven amerikanischen Beobachtung wurden 57 Frauen im Mittel sechs Mal alle drei bis vier Monate gynäkologisch untersucht. Ferner wurde die Viruslast in Plasma und in der zervikovaginalen Lavage sowie die bakterielle Besiedelung der Scheide bestimmt.

Bei Studienbeginn nahmen 54% der Frauen eine HAART und bei 39% lag die Viruslast <30 K/ml. Die Viruslast im Genitalsekret korrelierte stark mit der Viruslast im Plasma, aber nicht mit der antiretroviralen Therapie und zeigte eine große Variabilität.

H₂O₂-produzierende Laktobazillen waren mit einer geringeren Viruslast, eine bakterielle Überwucherung mit einer höheren Viruslast im Genitalsekret assoziiert. Nach Adjustierung für die Viruslast im Blut verminderte der Übergang von bakterieller Vaginose zu physiologischen Laktobazillen die Viruslast um 0,5 log₁₀ und der Übergang von Laktobazillen zu Vaginose erhöhte die Viruslast um 0,5 log₁₀ K/ml.

<http://www.hivandmore.de/> - HIV&More vom 14. Februar 2008

Anti-HIV-Gel zeigt bei Frauen keine Wirkung

Über 6.000 SüdafrikanerInnen als ProbandInnen: Neuinfektionen in Testgruppe fast ebenso häufig wie in Placebogruppe

Cape Town - Carraguard, das erste Anti-HIV-Gel, kann eine Übertragung des HIV-Virus nicht verhindern. Zu diesem Ergebnis sind ForscherInnen der University of Cape Town gekommen. Sie testeten die Wirkung des Präparats bei 6.202 Frauen in Südafrika. Eine Testgruppe setzte das aus Seealgen gewonnene und im vaginalen Bereich verwendete Mikrobizid Carraguard ein, die andere Gruppe erhielt ein Place-

bo-Gel. Auch Kondome wurden unter den Testpersonen verteilt.

Während des Durchlaufs mit dem Gel stießen die ForscherInnen auf 134 Neuinfektionen in der Carraguard-Gruppe und auf 151 Neuinfektionen in der Placebo-Gruppe. "Das Gel zeigte keine Wirkung", sagt Alana de Kock, Wissenschaftlerin an der University of Cape Town. Insgesamt gibt es fünf Anti-HIV-Gels, die zum klinischen Zweck eingesetzt werden. Einige mussten aus dem Umlauf genommen werden, da sie entweder wirkungslos waren oder andere Formen von Infektionen hervorriefen.

Arbeiten gehen weiter

Obwohl sich die Wirkung von Carraguard im Labor und bei Tierversuchen als erfolgreich herausstellte, zeigte sich dieser Effekt beim Menschen nicht. Die ForscherInnen arbeiten trotz dieses Rückschlags an einem weiteren Präparat. Das Mittel MIV-150 enthält sowohl Carraguard als auch antiretrovirale Substanzen. Letztere dienen zur Behandlung einer Infektion mit HIV. Dieses Präparat zeigte sich zwar im oralen Gebrauch als wirkungslos, in Gelform könnte sich die Anti-HIV-Wirkung laut Angaben der ForscherInnen aber bestätigen.

Comeback von HAART?

Ein Comeback im Kampf gegen HIV/AIDS könnte nach einer Studie der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health allerdings die antiretrovirale Therapie HAART feiern. Die Proteasenhemmer-basierte HAART-Therapie wurde in den späten 1990er-Jahren von der NNRTI-basierten HAART-Therapie ersetzt und erlebt seit der Studienveröffentlichung der Johns Hopkins Schule einen neuen Aufschwung. "Vor einigen Jahren erlangten die Proteasenhemmer einen schlechten Ruf. Man nahm an, dass die NNRTI-Therapien einfach besser sind", erklärt Studienautorin Elizabeth Golub von der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Folgeschäden bei Frauen

Als aber die Folgen von drei NNRTI-Therapien (Leberschäden, Geburtsschäden) speziell bei Frauen aufgedeckt wurden, kamen die alten Therapiemethoden wieder in Mode. "Die meisten antiretroviralen Substanzen beinhalten Giftstoffe, die für den einen schlechter, für den anderen besser verträglich sind", erklärt Golub. Ältere Studien zum Thema HIV-Therapien wurden größtenteils an Männern durchgeführt, während sich die Studie der Johns Hopkins Bloomberg School ausschließlich auf Frauen

spezialisiert. "HIV verläuft bei Frauen nicht unbedingt gleich wie bei Männern", sagt Golub.

<http://diestandard.at/> – Die Standard vom 21. Februar 2008

Entstehungsorte neuer Infektionskrankheiten

London - Die Menschen müssen sich auf weitere neue Infektionskrankheiten einstellen: Besonders in Zentralamerika, im tropischen Afrika und Südasien könnten in Zukunft neue tödliche Plagen wie HIV, SARS oder Ebola entstehen, die die lokale Bevölkerung und im Zuge der Globalisierung alle Menschen betreffen könnten. Eine Karte der Risiken hat nun ein internationales Forscherteam um Kate Jones vom der Zoologischen Gesellschaft in London zusammengestellt. Die Wissenschaftler werteten dafür das Entstehungs- und Ausbreitungsmuster sämtlicher seit 1940 gemeldeter neuer Infektionskrankheiten aus. Sie rechnen mit weiteren Krankheiten, die von wildlebenden Tieren auf den Menschen überspringen. Außerdem dürften mehr Erreger gegen Medikamente resistent und für die Menschen gefährlich werden, berichten die Forscher im Fachmagazin «Nature» (Bd. 451, S. 990).

Die Forscher betrachteten 335 Infektionskrankheiten, die seit 1940 auf die Weltbühne getreten sind. In 60 Prozent der Fälle handelte es sich um sogenannte Zoonosen, das sind Infektionen, die von Tieren auf den Menschen übergesprungen sind. Meistens kam es zur Übertragung von wildlebenden Säugetieren auf den Menschen, wie etwa bei HIV von Schimpansen. In 20 Prozent der Fälle haben sich bekannte Erreger durch eine Resistenz gegen Medikamente zur tödlichen Gefahr gewandelt. Dazu zählen zum Beispiel resistente Stämme der Bakterien Staphylococcus und Tuberkulose. Unter den neuen Erregern machten die Bakterien die größte Klasse aus, gefolgt von Viren, tierischen Einzellern und Pilzen.

Über die Jahrzehnte seit 1940 hinweg bis heute gibt es einen ansteigenden Trend neuer Infektionskrankheiten. In den 40er Jahren kamen rund 20 neue Krankheiten hinzu, in den 90er Jahren rund 80. Eine extreme Zunahme von etwas unter 100 neuen Krankheiten verzeichneten die Forscher in den 1980er Jahren: Viele Menschen waren infolge der HIV-Ausbreitung so geschwächt, dass neue Erreger leichter Fuß fassen konnten, erklären die Wissenschaftler.

Die Forscher lokalisierten den erstmaligen Auftritt der Krankheiten auf einer Karte und

verglichen den Entstehungsort mit Daten zur Wildtierdichte, Bevölkerungsdichte, Wirtschaftsentwicklung und Zustand der Umwelt. Wo Wildtiere immer weiter zurück- und zusammengedrängt leben und sich der Mensch gleichsam immer weiter ausbreitet, ist die Gefahr für überspringende Krankheiten groß, stellten die Forscher fest. Als Brennpunkte gelten Lateinamerika, Südafrika sowie Indien und China. Dort sollten sich die globalen Anstrengungen konzentrieren, neue Infektionskrankheiten frühzeitig zu erkennen, empfehlen die Forscher.

<http://de.news.yahoo.com/> - Yahoo News vom 21. Februar 2008

Bisher unerkannter Infektionsweg

In Boston / USA fand vom 3. bis zum 7. Februar die 15. CROI statt, die „Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections“. Im Rahmen dieser Konferenz wurde auch ein Infektionsweg diskutiert, der bislang nicht wahrgenommen wurde.

Vorgestellt wurden drei Fälle von Kindern aus den USA, die sich über vorgekaute Nahrung mit HIV angesteckt hatten. In allen drei Fällen scheinen die Kinder HIV-infiziertem Blut des betreuenden Erwachsenen ausgesetzt gewesen zu sein. Alle möglichen Infektionswege wie Stillen, Bluttransfusionen, Nadelstichverletzungen oder sexueller Missbrauch konnten ausgeschlossen werden. Nach längerer Beobachtung fanden die Untersucher des CDC (Center of Disease Control) heraus, dass die HIV-positiven BetreuerInnen der Kleinkinder die Angewohnheit hatten, feste Nahrungsmittel für das Kind vorzukauen. Medizinische Untersuchungen zeigten, dass die BetreuerInnen Zahnfleischbluten, bzw. wunden Stellen in der Mundhöhle aufwiesen.

Die Experten des CDC können bislang keine Prognose abgeben, wie allgemein üblich die Praxis des Vorkauens für Kleinkinder ist. Auch über das statistische Risiko, auf diesem Wege das HI-Virus zu übertragen, kann keine Aussage getroffen werden. Sie empfehlen daher präventiv, dass HIV-positive BetreuerInnen von Kindern von der Praxis des Vorkauens eher Abstand halten sollten.

Sicher ist sich das CDC, dass in Entwicklungsländern das Vorkauen auf Grund fehlender Babynahrung üblicher sein dürfte. In Kombination mit schlechterer medizinischer Versorgung und der dementsprechend schlechteren Mundgesundheit, könnte dieser Übertragungsweg hier durchaus eine Rolle spielen.

<http://www.aidsmap.com> – AidsMap - conference reports, Februar 2008

Anwerben von Arbeitskräften des Gesundheitswesens

Anwerben von Arbeitskräften des Gesundheitswesens aus dem südlichen Afrika sollte als Verbrechen angesehen werden.

Aktives Anwerben von Arbeitskräften aus afrikanischen Ländern für Jobs im Gesundheitswesen stellt ein systematisches und weit verbreitetes Problem in ganz Afrika dar und Grund für soziale Unruhe; diese Praxis sollte als internationales Verbrechen angesehen werden. Das sind die Schlussfolgerungen der Autoren eines Kommentars in der Lancet-Sonderausgabe zu "Human Resources for Health".

Dr. Edward Mills vom British Columbia Centre for Excellence in HIV/Aids in Vancouver und seine Kollegen sagen, dass Länder mit hohem Einkommen wie Großbritannien, die USA, Australien, Kanada, Saudi-Arabien und die Vereinigten Arabischen Emirate ihr vergleichsweise hohes Arzt-zu-Patienten-Verhältnis (physician-to-population ratio, PPR) aufrecht erhalten haben, indem sie medizinische Hochschulabsolventen aus Entwicklungsländern, einschließlich Ländern Afrikas südlich der Sahara, rekrutierten.

Inzwischen erreichen über die Hälfte dieser Länder nicht mehr das minimale Arzt/Patienten Verhältnis von 1 zu 5.000 - den 'Health for All Standard' der WHO. Die Autoren erklären: "Krankenschwestern, Apotheker und andere Mitarbeiter des Gesundheitswesens werden systematisch aus einer Gegend abgeworben, die mit der höchsten Belastung an infektiösen und chronischen Erkrankungen und besonders mit der spezifischen Belastung durch HIV/Aids kämpft." Während Großbritannien zum Beispiel 2,3 Ärzte pro 1.000 Patienten hat und die USA 2,56, sind es in Tansania nur 0,02 und in Äthiopien und Madagaskar 0,03.

Aktuelle Berichte von Mitarbeitern im Gesundheitswesen von Großbritannien, den USA, Kanada und Australien haben das Ausmaß dieses "brain drain" gezeigt. Es wird geschätzt, dass mehr als 13.000 Ärzte in Ländern Afrikas südlich der Sahara ausgebildet wurden und nun in diesen reichen Ländern praktizieren. Trotz Bitten von Seiten der lokalen und internationalen Gesundheitsministerien, das aktive Anwerben zu unterlassen, fahren die westlichen Personalagenturen mit dieser Praxis fort - einschließlich Werbung in Zeitungen, E-Mails, auf Webseiten, Anwerbung durch Workshops und ande-

re Praktiken. 'O'Grady Peyton International' (USA und Großbritannien) und 'Allied Health' (Australien) werden in diesem Artikel als Beispiele für solche Agenturen genannt, die Büros in Südafrika haben. Die Zahl der Krankenschwestern und Apotheker, die aus vielen dieser Länder auswandern, übersteigt inzwischen die Zahl derer, die in diesen Disziplinen ihren Abschluss machen.

Die Autoren sagen: "Obwohl der aktiven Rekrutierung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens aus Entwicklungsländern der abscheuliche Vorsatz anderer Verbrechen fehlt, die von internationalem Recht gedeckt werden, trägt die resultierende Zerstörung der Gesundheits-Infrastruktur zu einer messbaren und voraussehbaren Krise der öffentlichen Gesundheit bei. Es gibt keinen Zweifel, dass diese Situation eine sehr bedeutende Verletzung der Menschenrechte der afrikanischen Bevölkerung darstellt."

Der Kommentar beruft sich auf viele Stellungnahmen und Deklarationen von staatlichen Organen, dass die aktive Rekrutierung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens falsch ist, wie zum Beispiel den 'Code on Ethical Recruitment' des britischen Gesundheitssystems NHS - und sagen, dass die reichen Länder nur neue Arbeitskräfte in diesem Bereich bekommen sollten, wenn sie deren Ursprungsländer mit Beiträgen zu deren Gesundheitsstruktur unterstützen. Ein Bericht im Jahr 2004 schätzt, dass Ghana etwa 35 Millionen Pfund seiner Investitionen in die Ausbildung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens an Großbritannien verloren hat - und dass Großbritannien, indem es die Ärzte aus Ghana anwarb, allein in den Jahren 1998 bis 2002 etwa 65 Millionen Pfund an Ausbildungskosten gespart hat.

Die Autoren schließen: "Aktives Anwerben von Mitarbeitern des Gesundheitswesens aus afrikanischen Ländern ist ein systematisches und weit verbreitetes Problem in ganz Afrika und Grund für soziale Unruhe: Diese Praxis sollte daher als internationales Verbrechen angesehen werden."

Quelle: Edward J Mills and others. Should active recruitment of health workers from sub-Saharan Africa be viewed as a crime?. Lancet 2008; 371: 685

<http://www.thelancet.com> – The Lancet vom 22. Februar 2008

Rauchen tötet - besonders HIV-Positive

Höhere Wahrscheinlichkeit für Lungen- und Analkrebs

HIV-Positive bekommen wahrscheinlicher eine Krankheit, die eine Folge des Rauchens ist, als HIV-Negative. Das hat die britische Organisation "Gay Men Fighting AIDS" (GMFA) bekannt gegeben. "Die Anzeichen dafür sind die letzten Jahre hindurch gewachsen, und diese erhöhten Risiken haben oft nichts mit dem geschwächten Immunsystem zu tun", heißt es in einer Aussendung.

Die GMFA hat festgestellt, dass die Zahl der infizierten Männer, die an Krebsarten sterben, die nichts mit AIDS zu tun hat, unter den Infizierten steigt. "Die Gefahren des Rauchens sind bekannt - aber weniger Leute wissen, dass Rauchen für Menschen, die mit HIV leben, ein erhöhtes Risiko haben", sagt Matthew Hodson, Leiter von GMFA. "HIV-Behandlungen können die Lebenserwartung von Menschen, die mit HIV leben, erhöhen, aber das hat auch Auswirkungen auf ihre Lebensweise - und darum ist es wichtiger denn je, dass HIV-Positive auf sich und ihre Gesundheit achten", so Hodson weiter.

Jetzt will die GMFA mit einer Werbekampagne vor den Gefahren des Rauchens für HIV-Positive warnen. Aus Untersuchungen geht hervor, dass schwule Männer öfter rauchen als Heteros, und unter den Schwulen sind es besonders HIV-Positive, die öfter zur Zigarette greifen als HIV-negative oder ungetestete Männer.

Besonders stark ist der Anstieg von Lungen- und Analkrebs unter den HIV-positiven schwulen Männern. "Lungenkrebs ist unter HIV-Positiven unter 40, die ein starkes Immunsystem haben, immer häufiger, Analkrebs wird von humanen Papillomviren (HPV) verursacht, die unter HIV-Positiven öfter vorkommen. Rauchen führt dazu, dass sich das HPV-Virus schneller vermehrt und das Risiko für Analkrebs steigt.", sagt Hodson. Des Weiteren kommen bei HIV-Positiven öfter und schneller Krankheiten zum Ausbruch, die man normalerweise nur von Langzeitrauchern kennt. Die HIV-Medikamente begünstigen das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkten und Schlaganfällen. Dieses Risiko wird durch das Rauchen noch weiter verstärkt.

<http://www.ggg.at/> - GGG - Verein zur Förderung lesbischwuler Kommunikation vom 22. Februar 2008

Experten fürchten HIV/Aids-Krise

Massive Schwierigkeiten bei der Versorgung von HIV-Infizierten und die steigende Zahl von Vergewaltigungen stellen die Helfer vor nahezu unlösbare Aufgaben.

Die Fortschritte, die Kenia in den vergangenen Jahren im Kampf gegen Aids gemacht hat,

könnten bald schon der Vergangenheit angehören, warnen Gesundheitsexperten in Nairobi. Denn die gewaltsamen Unruhen, die seit den Parlamentswahlen im Dezember 2007 das gesamte Land erschüttern, wirken sich zunehmend auf die Gesundheitssituation aus.

Lebensnotwendige Medizin erreicht Tausende HIV-Infizierte nicht mehr

Besonders gefährdet sind die etwa 250.000 Kenianer, die aufgrund der immer wieder aufflammenden Konflikte aus ihren Dörfern oder Wohngebieten fliehen mussten – 85 Prozent von ihnen sind Frauen und Mädchen. Mehr als 15.000 Vertriebene tragen nach Angaben des kenianischen Gesundheitsministeriums das HI-Virus in sich. Bevor die Gewaltwelle ausbrach, erhielten etwa 2.500 von ihnen antiretrovirale Medikamente. Doch momentan können die meisten Infizierten nicht mehr aufgespürt werden. Viele mussten überstürzt fliehen, andere wiederum verschanzen sich seit Wochen aus Angst um ihr Leben in ihren Häusern.

"Wenn die Aids-Patienten nicht mehr an ihre Medikamente kommen, könnte der HI-Virus letzten Endes mehr Opfer fordern als es der Konflikt bisher getan hat", mahnt ein Arzt in Nairobi. Die Gefahr ist folgende: Wird eine Behandlung mit den lebensverlängernden Arzneimitteln unterbrochen, wird der Patient immun gegen das Medikament. Eine Behandlung von Tausenden HIV-Infizierten wird dann deutlich schwieriger.

Alltägliche Vergewaltigungen erhöhen Gefahr für HIV-Infektion

Ein weiteres massives Problem ist die zunehmende Zahl von vergewaltigten und missbrauchten Mädchen und Frauen. Nicht nur in den Slums des Landes, in denen die Sicherheitslage besonders kritisch ist, sondern auch in den Flüchtlingslagern werden jeden Tag aufs Neue Mädchen missbraucht. Die meisten der Opfer sind nicht einmal 18 Jahre alt. Im Nairobi Women's Hospital, einem der größten und wichtigsten Zentren zur Behandlung von Sexualopfern, hat sich die Zahl der betroffenen Frauen seit Januar verdoppelt. Insgesamt werden jedoch nur die wenigsten Opfer in Kliniken behandelt. Viele erhalten damit nicht die notwendige medizinische Versorgung, um das Risiko einer HIV-Infektion zu mindern.

Das kenianische Gesundheitsministerium versucht derweil die Kontrolle über die Situation wieder zu erlangen. In den Lagern werden kostenlos Kondome verteilt und in Nakuru, der

Hauptstadt des Bezirks Rift Valley im Westen des Landes, wurde mittlerweile eine Klinik eröffnet, die sich der Nachsorge von Vergewaltigungsoffern widmet.

Vertriebene und Sexualopfer in Flüchtlingslagern

Dank ihrer Strukturen vor Ort konnte das DSW-Länderbüro in Kenia schnell auf die schwierige Situation im Land reagieren. Die DSW-Mitarbeiter kümmern sich vor allen Dingen in den Flüchtlingslagern um die Opfer sexueller Gewalt und um HIV-Infizierte. Sie verteilen antiretrovirale Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, beraten zum Thema Verhütung und führen in den mobilen DSW-Testkliniken, den sogenannten VCT-Trucks, vor Ort HIV-Tests durch. Bedürftige erhalten außerdem eine erste medizinische Versorgung und im Falle eines positiven Testergebnisses umfassende Beratung.

Quelle: BBCnews, 15. und 23. Februar 2008, The Nation, 22. Februar 2008 sowie Reuters, 30. Januar 2008.

<http://www.weltbevoelkerung.de/> - Deutsche Stiftung Weltbevölkerung – Pressemeldung vom 26. Februar 2008

Neurale Vorläuferzellen im Gehirn als Reservoir für HIV

Das humane Immundefizienzvirus HIV-1 - der Auslöser der Immunschwäche-Krankheit AIDS - infiziert nicht nur bestimmte Zellen des Immunsystems, sondern häufig auch das zentrale Nervensystem der Patienten. Schon kurz nach der Infektion können HI-Viren in Gehirnzellen eindringen und dort lebenslang persistieren. Mehr als die Hälfte der HIV-Infizierten leidet daher an langsam fortschreitenden neurologischen Störungen, die sich bis zu einer schweren Demenz entwickeln können. Die genauen Mechanismen, die zur Neuropathogenese durch HI-Viren führen, sind allerdings noch weitgehend unverstanden. Professor Dr. Ruth Brack-Werner und ihre Mitarbeiter am Institut für Virologie des Helmholtz Zentrums München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt haben bereits in früheren Untersuchungen festgestellt, dass HI-Viren im Gehirn neben Makrophagen und Mikrogliazellen vor allem Astrozyten infizieren.

Astrozyten sind der häufigste Zelltyp im Gehirn und erfüllen grundlegende Funktionen beim Schutz und Stoffwechsel des zentralen Nervensystems. HIV-infizierte Astrozyten produzieren normalerweise nur extrem wenig intakte und damit infektiöse Viruspartikel, durch

äußere Einflüsse können sie aber zu einer aktiven Virusproduktion angeregt werden. Die neu gebildeten Viren können dann weitere Zellen - auch solche des Immunsystems - infizieren.

Astrozyten tolerieren also eine chronische Langzeit-Infektion mit HIV-1 und bilden so ein Reservoir, aus dem HI-Viren immer wieder nachgeliefert werden können. Ob dies auch für andere neurale Zelltypen zutrifft, war bislang unklar. In einer kürzlich in der Fachzeitschrift AIDS erschienenen Studie konnten nun Ina Rothenaigner und Kollegen aus der Arbeitsgruppe von Prof. Brack-Werner zeigen, dass im Gehirn auch neurale Vorläuferzellen als HIV-1-Reservoir dienen. Diese Vorläuferzellen können sich zu allen Gehirn-Zelltypen differenzieren und besitzen somit eine sehr wichtige Funktion bei Selbstheilungsprozessen im Gehirn. Als Ausgangsmaterial für die Zellkulturstudien dienten multipotente menschliche neurale Stammzellen, die unbegrenzt in Kultur gehalten werden können. Durch Zugabe eines bestimmten Wachstumsfaktors lassen sich diese neuronalen Vorläuferzellen zu Astrozyten differenzieren. Die Reaktionen beider Zelltypen auf eine Infektion mit HIV-1 können daher gut miteinander verglichen werden.

Die Wissenschaftler fanden heraus, dass HIV-1 in neuronalen Vorläuferzellen über lange Zeiträume persistieren kann: Provirale HIV DNA-Sequenzen waren über die gesamte Beobachtungszeit nach der Infektion - 115 Tage - in den Zellen nachweisbar und intakte Viren wurden, wenn auch in geringen Mengen, noch nach mehr als 60 Tagen freigesetzt. Die Bauanleitungen für bestimmte Proteine - Nef, Tat und Rev - waren sogar noch länger nachzuweisen. Damit war klar, dass HIV-1 auch neurale Vorläuferzellen chronisch infizieren kann und dort - ähnlich wie in Astrozyten - funktionelle Viren hergestellt werden.

Die persistente Infektion mit HI-Viren verursacht eine Reihe von biologischen Veränderungen in den neuronalen Vorläuferzellen: So änderte sich beispielsweise das Expressionsniveau bestimmter Proteine und auch die Morphologie der Zellen. "Unsere Daten deuten darauf hin, dass neurale Vorläuferzellen zum HIV-Reservoir im Gehirn beitragen können und eine persistente Infektion mit HIV-1 Veränderungen in diesen Zellen hervorruft", fasst Brack-Werner die Beobachtungen zusammen. Die Resultate seien zwar in Zellkulturen gewonnen, es gäbe aber zahlreiche Hinweise dafür, dass im Gehirn ähnliche Vorgänge ablaufen. In künftigen Arbeiten wollen die Wissenschaftler untersuchen, ob und wie die HIV-Infektion die Fähigkeit von

neuronalen Vorläuferzellen zur Wanderung, Vermehrung und Differenzierung beeinflusst und welche Stoffwechselwege daran beteiligt sind. Möglicherweise, so hoffen die Forscher, lassen sich mit diesem Wissen Strategien entwickeln, mit denen die schädlichen Wirkungen der HI-Viren auf das Gehirn verhindert werden können.

Veröffentlichung: Rothenaigner, I., Kramer, S., Ziegler, M., Wolff, H., Kleinschmidt, A., Brack-Werner, R. (2007): Long-term HIV-1 infection of neural progenitor populations. AIDS 21:2271-2281.

<http://www.helmholtz-muenchen.de/> - Helmholtz Zentrum

München – Pressemeldung vom 27. Februar 2008

Die bewährten Präventionsbotschaften gelten nach wie vor

Gemeinsame Stellungnahme: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Robert-Koch-Institut und Deutsche-Aids-Hilfe.

Köln/Berlin - Anlässlich einer Veröffentlichung der Schweizer Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) in Bern weisen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Robert Koch-Institut (RKI) sowie die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) gemeinsam darauf hin, dass nach wie vor die zentrale Botschaft gilt: Safer Sex, also Kondomnutzung, ist der entscheidende Schutz vor HIV und reduziert deutlich das Übertragungsrisiko auch für andere sexuell übertragbare Erreger. Die allgemeine Gefährdungslage ist grundsätzlich unverändert und ebenso die Notwendigkeit, sich bei sexuellen Risiken mit Kondomen gegen HIV zu schützen.

Die EKAF hatte im Januar 2008 Ergebnisse einer Studienanalyse zur Infektiosität HIV-infizierter Menschen, die unter einer wirksamen antiretroviralen Therapie stehen, veröffentlicht. Die EKAF kam zu dem Ergebnis, dass unter sehr eingeschränkten, vom Arzt kontrollierten Bedingungen HIV-Infizierte das HI-Virus über Sexualkontakte nicht weitergeben.

Die Veröffentlichung der EKAF wird in der Fachöffentlichkeit sehr kontrovers diskutiert. So wird insbesondere befürchtet, dass die Veröffentlichung fälschlich als Entwarnung verstanden wird. Auch beziehen sich die der Schweizer Empfehlung zugrunde gelegten Studien auf die heterosexuelle Übertragung. In Deutschland sind die meisten HIV-infizierten Personen jedoch Männer, die Sex mit Männern haben. Für die Übertragungswege bei homosexuellen Sexualkontakten gibt es keine vergleichbaren Daten.

<http://www.bzga.de/> - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vom 27. Februar 2008

Verseuchte Injektionen in US-Klinik

Los Angeles - In den USA zeichnet sich ein Skandal um die massenhafte Infektion von Patienten mit HIV und Hepatitis durch verseuchte Spritzen ab. Bis zu 40.000 Patienten, die zwischen März 2004 und Januar dieses Jahres in einer Klinik in Las Vegas Betäubungsspritzen erhalten hatten, könnten mit dem Immunschwäche-Virus HIV oder verschiedenen Varianten der Leberkrankheit Hepatitis infiziert worden sein, teilten die zuständigen Behörden mit. Das Endoskopie-Zentrum der Klinik hatte den Angaben zufolge Spritzen und Ampullen mehrfach verwendet.

Ans Tageslicht kam der unverantwortliche Umgang mit Spritzen und Ampullen, nachdem überdurchschnittlich viele Fälle von Hepatitis C aufgetreten waren. Seit Januar wurden sechs Infektionen gemeldet. Fünf der Patienten hatten am gleichen Tag eine Betäubungsspritze im Endoskopie-Zentrum von Süd-Nevada bekommen. Dort sei offenbar über Jahre hinweg nicht sachgemäß mit Spritzen und Ampullen umgegangen worden, sagte der Chef der Gesundheitsbehörde, Lawrence Sands.

Die Gefahr einer Infektion war nach Einschätzung der Behörde für die übrige Bevölkerung jedoch gering, da eine Infektion mit Hepatitis B und C nur über das Eindringen von Erregern in die Blutbahn erfolgt.

Die Klinik bekundete in einer Erklärung ihr "tiefes Bedauern" über die Vorfälle. Es seien Gegenmaßnahmen ergriffen worden, damit so etwas nie wieder geschehe. Die Betroffenen sollten einen Arzt aufsuchen und sich auf Hepatitis B und C sowie auf HIV testen lassen. Hepatitis C kann zu schwerwiegenden Leberschäden führen. Wie HIV kann Hepatitis lange unbemerkt bleiben.

<http://de.news.yahoo.com/> - Yahoo News vom 29. Februar 2008

Häusliche ART könnte HIV-Sterblichkeit in armen Ländern verringern

Die Anwendung häuslicher Krankenpflege mit antiretroviralen Behandlungsprogrammen (ART) könnte die Sterblichkeit bei erwachsenen HIV-Erkrankten und ihren Familien und damit einhergehende Verwaisung in ressourcenarmen Ländern wesentlich verringern.

ART ist die wirksamste klinische Maßnahme zur Verringerung der Sterblichkeit bei HIV-Patienten. Die Methode ist in den Entwicklungsländern zunehmend verfügbar, wo 90 Prozent der HIV-Erkrankten leben, darunter 63 Prozent in Afrika. Doch trotz wesentlicher Anstrengungen erreicht ART immer noch nicht die vielen Infizierten, die sie benötigen. Zu den Problemen zählen hohe Therapiekosten, unzureichende Anzahl geschulter Anbieter von Gesundheitsfürsorgemaßnahmen, mangelhaft ausgestattete Kliniken und große Entfernungen zwischen den Wohnorten und den Gesundheitszentren. Wirksame ART-Programme benötigen eine strenge Einhaltung der Medikation, Überwachung potenzieller Medikamententoxizität und fortwährende Diagnose und Behandlung opportunistischer Infektionen. In Afrika würden ART-Programme dies idealerweise mit begrenztem ärztlichen und Transporteinsatz und dafür Unterstützung von angelegerten Hilfskräften ermöglichen.

Dr. Jonathan Mermin und Kollegen von den Centers for Disease Control and Prevention in Nairobi starteten ihre Analyse im Jahr 2001 mit einer Studie über 466 HIV-infizierte Erwachsene und 1481 HIV-negative Haushaltsmitglieder in Uganda nach einer fünfmonatigen, den HIV-Patienten täglich verabreichten Co-Trimoxazol-Prophylaxe. Zwischen 2003 und 2005 wurden dann 138 geeignete HIV-infizierte Erwachsene und 907 neu-infizierte Teilnehmer sowie ihre 3120 HIV-negativen Haushaltsmitglieder für eine ART-Studie (hauptsächliche Verwendung von Stavudin, Lamivudin und Nevirapin) angemeldet. Die Haushalte wurden wöchentlich durch Laienarbeiter besucht, klinische Aufenthalte waren nach der Anmeldung nicht vorgesehen.

Die Forscher stellten fest, dass 233 (17 Prozent) der 1373 HIV-Infizierten und 40 (1 Prozent) der 4601 HIV-negativen Menschen starben. Während der ersten 16 Wochen der ART und der Co-Trimoxazol-Gabe lag die Sterblichkeit um 55 Prozent niedriger als bei alleiniger Co-Trimoxazol-Gabe; und nach den 16 Wochen sank sie um 92 Prozent. Im Vergleich zur Nichtbehandlung waren ART und Co-Trimoxazol-Gabe mit einer 95-prozentigen Verringerung der Sterblichkeit von HIV-infizierten Teilnehmern, einer 81-prozentigen Verringerung der Sterblichkeit ihrer nichtinfizierten Kinder unter 10 Jahren und einer geschätzten 93-prozentigen Verminderung der Verwaisung verknüpft.

Die Autoren folgern: "Eine häusliche Krankenpflege mit ART und Co-Trimoxazol-

Programmen war mit einer mehr als 90-prozentigen Verringerung der Sterblichkeit der im ländlichen Raum Ugandas lebenden HIV-infizierten Erwachsenen verknüpft. Diese Ergebnisse wurden erreicht, obwohl keine regelmäßigen Klinikbesuche nach Studieneintritt geplant waren, und Hausbesuche durch geschulte Laien durchgeführt wurden. Verfügbare ART-Maßnahmen für Erwachsene waren außerdem mit einer weit gehenden Verringerung der Sterblichkeit ihrer nichtinfizierten Kinder verknüpft, sowie mit wesentlicher Verminderung der Verwaisung. Unsere Ergebnisse unterstützen die Anstrengungen, ART-Maßnahmen HIV-infizierten Menschen in aller Welt zur Verfügung zu stellen, unabhängig von geografischem oder sozioökonomischem Hintergrund.“

In einem begleitenden Kommentar bemerken Dr. Eline Korenromp vom Globalen Fonds zur Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria in Genf sowie vom University Medical Center in Rotterdam und Dr. Jane Kengeya Kayondo vom UNICEF/UNDP/Weltbank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR): “Die im Programm von Mermin und Kollegen enthaltenen Studien zeigen, wie eine funktionsfähige Forschung während eines Scale-Up erfolgreich durchgeführt werden kann. Wir sollten hoffen, dass immer mehr Vorbeugungs- und Behandlungsprogramme die Gelegenheiten nutzen werden, um durch ‘Learning by Doing‘ Ressourcenvergabe und Hilfsdienste zu verbessern.“

Quelle: Jonathan Mermin and others. Mortality in HIV-infected Ugandan adults receiving antiretroviral treatment and survival of their HIV-uninfected children: a prospective cohort study. Lancet 2008; 371: 752

<http://www.thelancet.com> – The Lancet vom 29. Februar 2008

AIDS-Impfstoffversuch "im Reagenzglas" erleichtert Testung

Bonn - Kooperation zwischen IAVI und VaxDesign - Innovationsfonds widmet sich unkonventionellen Ideen in der AIDS-Impfstoffentwicklung.

New York - Die Internationale AIDS-Impfstoffinitiative (IAVI) gab heute die erste Kooperation im Rahmen ihres Innovationsfonds bekannt, einem neuen Finanzierungsinstrument, das viel versprechende Technologien ermittelt und fördert und sie im Bereich der AIDS-Impfstoffentwicklung einsetzt. Dieses erste Projekt des Unternehmens VaxDesign Corporation bringt eine interessante neue Technik zum Einsatz: die Simulation eines menschlichen Im-

munsystems in der Größe einer kleinen Münze, das in der Lage ist, die Reaktion des menschlichen Immunsystems auf neue Impfstoffe und Medikamente vorherzusagen.

Das neue modulare System von VaxDesign mit dem Namen Modular IMMune In vitro Construct (MIMIC[™]) kann die AIDS-Impfstoffforschung und -entwicklung möglicherweise radikal verändern. Die Technologie nutzt menschliche Immunzellen von freiwilligen Spendern dazu, eine simulierte Immunantwort hervorzurufen. Die MIMIC-Modelle reproduzieren sowohl angeborene als auch adaptive Immunantworten und weisen sowohl humorale als auch zelluläre Immunität auf. VaxDesign hat die Möglichkeit, Tausende von Immunsimulationen pro Monat durchzuführen. Zunächst wird IAVI die Technologie an zugelassenen Impfstoffen für Gelbfieber und Tollwut testen, um zu sehen, ob die in vitro erzeugten Immunantworten den Immunantworten bei mit dem Impfstoff behandelten Menschen entsprechen. Wenn die Technologie sich als erfolgreich erweist, werden IAVI und VaxDesign die Methode weiter entwickeln und sie im AIDS-Impfstoffentwicklungslabor in Brooklyn, New York, für das Screening neuartiger Immunogene für AIDS-Impfstoffe einsetzen.

"Derzeit ist die präklinische Testphase von AIDS-Impfstoffen ein arbeitsintensiver, langwieriger und aufwändiger Prozess. Wir hoffen, dass diese Vorreiter-Technologie uns in die Lage versetzt, AIDS-Impfstoffkandidaten schnell zu testen und ihre Wirksamkeit im Menschen so vorherzusagen, wie dies noch nie zuvor mit Tiermodellen möglich war," so Dr. Wayne Koff, IAVIs Senior Vice President für Forschung und Entwicklung. "Durch die Sammlung von Immunzellen von unterschiedlichen Spendern können viel versprechende Impfstoffkandidaten darüber hinaus in verschiedenen Populationen getestet werden, bevor sie in die Phase der klinischen Versuche eintreten."

"HIV ist ein ernst zu nehmender Gegner, und die Bewertung von AIDS-Impfstoffkandidaten wird zum ultimativen Test für unsere MIMIC-Technologie. Wir freuen uns sehr über die Partnerschaft mit IAVI bei der Entwicklung der AIDS-Impfstoffkandidaten der nächsten Generation", sagt Dr. William Warren, Präsident und Vorstandsvorsitzender von VaxDesign.

IAVIs Innovationsfonds richtet sich hauptsächlich an mittelständische Biotechnologie-Unternehmen und sucht und finanziert proaktiv Technologien im Anfangsstadium, die dabei helfen können, die größten technischen und wissenschaftlichen Hürden in der AIDS-

Impfstoffforschung zu überwinden, und im Endeffekt dazu führen, die aussichtsreichsten Kandidaten in die klinische Phase zu bringen. Mit einer ersten finanziellen Zusage von 10 Mio. US-\$ für drei Jahre, wobei eine Hälfte durch eine Spende von 5 Mio. US \$ an IAVI durch die Bill & Melinda Gates Stiftung finanziert wird, vergibt der Innovationsfonds nach nur acht Wochen ab Antrag schnelle und flexible Finanzierung für bahnbrechende Ideen außerhalb der traditionellen Bereiche der AIDS-Impfstoffforschung.

"Der Bereich der AIDS-Impfstoffe braucht heute mehr denn je Konzepte des Querdenkens, die uns dabei helfen, bessere Kandidaten in die Testphase zu bringen", so Dr. Seth Berkley, Präsident und Vorstandsvorsitzender von IAVI. "Die neue Technologie von VaxDesign ist eine der vielen verborgenen Schätze, die wir suchen und für die AIDS-Impfstoffforschung entwickeln wollen." "Bisher beklagen wir oft eine Diskrepanz zwischen den Prognosen von Impfstoffkandidaten aufgrund von Versuchen an Tieren und den freiwilligen Tests am Menschen. Wenn die neue Technologie von VaxDesign bereits in der vorklinischen Phase einen Test an menschlichen Zellen erlaubt, wäre dies ein großer Fortschritt zur Vorauswahl geeigneter Impfstoffkandidaten", sagte Dr. Ulrich Heide, Geschäftsführender Vorstand der Deutschen AIDS-Stiftung. "Wir könnten so kostbare Entwicklungszeit sparen, die uns helfen wird, Menschenleben zu retten. Die AIDS-Stiftung ermuntert auch alle Forscher sowie Unternehmen aus Deutschland, den Fonds für den Test neuer Technologien, die in der AIDS-Impfstoffforschung einsetzbar sind, auf Unterstützung anzusprechen."

Der Innovationsfonds ist der jüngste Baustein in IAVIs umfangreicher Infrastruktur für Forschung und Entwicklung, die ein ganzes Netz von Laboratorien auf der ganzen Welt, drei Arbeitsgemeinschaften führender AIDS-Forscher sowie ein Netzwerk hochmoderner Standorte für klinische Tests umfasst. Seit der Gründung vor elf Jahren hat IAVI eine Reihe von innovativen Ansätzen zur AIDS-Impfstoffentwicklung eingebracht. Allein in den letzten sechs Jahren hat IAVI innovative Technologien in sechs Impfstoffkandidaten einfließen lassen, die in 11 Ländern in Asien, Afrika, Europa und Nordamerika in die klinische Versuchsphase eingetreten sind. IAVIs Innovationsfonds möchte den dringend benötigten Durchbruch in der AIDS-Impfstoffforschung dadurch unterstützen, dass Ideen und Produkte von den innovativsten Wissenschaftlern und Unternehmen in der ganzen

Welt in einem frühen Stadium gefördert werden, so dass einer der größten Herausforderungen im Gesundheitsbereich der heutigen Zeit begegnet werden kann.

<http://aids-stiftung.de> - Deutsche AIDS-Stiftung – Pressemeldung vom 3. März 2008

Kaposi Sarkom: Doch nicht sexuell übertragen?

von Pietro Vernazza

Seit einigen Jahren wird vermutet, dass das Kaposi Sarkom sexuell übertragen werden kann. Nun scheint eine Studie aus Südafrika diese Gewissheit etwas zu relativieren.

Das Kaposi Sarkom ist ein Tumor der Gefäßwandzellen. Es ist schon seit über Hundert Jahren bekannt, ist in Afrika endemisch und trat früher vor allem bei älteren Menschen, vorwiegend Männern auf. Seit dem Auftreten von HIV wurde es gehäuft bei HIV-infizierten Menschen mit leichter bis fortgeschrittener Immunschwäche beobachtet. Mit der Einführung von potenten HIV-Therapien ist der Tumor viel seltener geworden.

Der Tumor manifestiert sich durch rötlich-livide, leicht erhabene Flecken auf der Haut und der Schleimhaut. Er kann aber auch die inneren Organe (meist Magen-Darm-Trakt, Lungen) betreffen. Seit über 10 Jahren wissen wir, dass der Tumor durch ein Virus (humanes Herpes virus 8, HHV-8) verursacht wird. Da wir Kaposi Sarkomen praktisch ausschließlich bei HIV infizierten homosexuellen Männern und praktisch nie bei Drogensüchtigen Männern fanden, hat man eine sexuelle Übertragung des Virus vermutet und einige epidemiologische Studien weisen auf diese Hypothese.

Nun hat eine größere Studie aus Südafrika die Epidemiologie bei heterosexuellen Personen untersucht. Serum von gut 2.100 Männer und Frauen mit unterschiedlichem Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten (STD) wurde auf HIV und andere STDs sowie auf HHV-8 Antikörper untersucht. HHV-8 fand sich in 48% der Untersuchten, und HIV bei 40%. Interessanterweise waren HIV-Positivität und Seropositivität für HSV-2 (Herpes genitalis) deutlich assoziiert mit dem Risiko für STD (z.B. hoch bei Sexworkern). Doch die HHV-8 Seropositivität fand sich mit ähnlicher Häufigkeit bei allen Risikogruppen.

Die Arbeit spricht dagegen, dass HHV-8 in dieser Population durch Sexualkontakte erworben wird. Ein ungewöhnlicher Punkt ist jedoch die hohe Prävalenz für HHV-8. Es ist natürlich

möglich, dass in diesem Hoch-Endemiegebiet für HHV-8 der Effekt der sexuellen Übertragung einfach nicht sichtbar ist. Es ist bekannt, dass in Hochendemiegebieten HHV-8 schon häufig vertikal übertragen wird (Mutter-Kind). Wenn somit die Erkrankung schon sehr häufig von Geburt auf besteht, so kann ein zusätzlicher Effekt durch sexuelle Übertragung unsichtbar werden.

Quelle: Malope et al, AIDS 2008, 22:519

<http://www.infekt.ch/> – Infektiologie St. Gallen vom 4. März 2008

Blockade bei HIV-Infektionen entschlüsselt

Wissenschaftler des Heinrich-Pette-Instituts in Hamburg entdeckten eine Blockade in ruhenden Blutzellen, die eine Vermehrung des AIDS-Erregers HIV-1 unterbindet. Der zentrale Schalter dieser Blockade ist ein zelluläres Protein, der Glucocorticoidrezeptor (GR). Klaus Wiegers, Wolfgang Bohn und Kollegen des HPI veröffentlichten ihre Ergebnisse nun in der Online-Ausgabe des Fachjournals Virology.

Bisher liegen kaum Erkenntnisse darüber vor, warum ruhende und nicht ausgereifte Vorläufer-Blutzellen weniger empfänglich für HIV sind als aktivierte und ausgereifte Blutzellen. Beide Zelltypen nehmen das Virus über den HIV-Rezeptor in die Zelle auf. In beiden Zelltypen wird das Erbgut des Virus in einem ersten Schritt so übersetzt, dass es als DNA-Struktur, HI-Provirus genannt, in das Erbgut der Zelle integriert werden könnte. Danach aber laufen in beiden Zelltypen unterschiedliche Programme ab.

In aktivierten Blutzellen wird das HI-Provirus in den Zellkern transportiert und dort in das Zellgenom eingebaut: eine Zeitbombe beginnt zu ticken, denn dieses eingebaute virale Erbgut kann jederzeit zur Bildung von neuen HI-Viren abgerufen werden.

In ruhenden Blutzellen beobachten die HPI-Wissenschaftler jedoch eine Blockade. Die HI-Proviren bleiben in einem Komplex im Zytoplasma der Zelle, sie wandern nicht in den Zellkern und werden im Gegenteil sogar innerhalb der nächsten Stunden abgebaut. Die Zelle ist also geschützt, sie kann keine neuen HI-Viren produzieren.

Klaus Wiegers: "Wir konnten diese frühe Blockade überwinden, indem wir den Glucocorticoidrezeptor (GR) mit dem künstlichen Steroid Dexamethason aktivierten. Das funktionierte sowohl in ruhenden nicht ausgereiften Blutzellen

als auch in Zelllinien, die wir getestet haben." Der Schalter wird quasi umgelegt. Die Folge: Das HI-Provirus gelangt nun mit dem aktivierten Rezeptor in den Zellkern und das virale Erbgut wird in das Genom der infizierten Blutzelle integriert. So ist eine Vermehrung von HIV-1 ist auch in ruhenden Blutzellen möglich. Die HPI-Forscher erkannten, dass hierfür außer dem Glucocorticoidrezeptor auch das virale Protein VPR notwendig ist.

Wolfgang Bohn: "Wir haben hier also erstmals gezeigt, dass Steroide, und das gilt eben auch für Kortison, diese Blockade in ruhenden Blutzellen aufheben können. Das heißt, unter Stress und unter einer Therapie mit Steroiden kann sich die Anzahl der Blutzellen erhöhen, die für eine produktive HIV-Infektion empfänglich sind."

Weitere Informationen: "Activation of the glucocorticoid receptor releases unstimulated PBMCs from an early block in HIV-1 replication", Klaus Wiegers et. al., online publiziert am 4.3.2008, Virology

<http://www.hpi-hamburg.de/> - Heinrich-Pette-Institut
Pressemeldung vom 5. März 2008

FOX03a: Ein Protein gegen HIV und AIDS

Wirkungsweise entschlüsselt, neuer Durchbruch für Behandlung und Schutz?

Ein Protein, das manche Menschen in ihrer DNS haben, kann sie vor dem Angriff von Viren wie HIV schützen. Das hat ein kanadisches Forscherteam herausgefunden. "Wir haben entdeckt, wie das Schlüsselprotein FOX03a entscheidend für das Überleben von Zentralnervenzellen ist, die bei HIV-Infizierten - auch wenn sie behandelt werden - fehlerhaft sind", sagt der Leiter der Forschungen, Rafick-Pierre Sékaly.

Der Durchbruch gelang durch die Beobachtung von drei Versuchsgruppen: HIV-negative Männer, HIV-positive Männer, die in einer erfolgreichen Therapie waren, und Männer, bei denen HIV keine Symptome zeigte. Diese Männer brauchten keine Behandlung, weil ihr Immunsystem durch die Wirkung des FOX03a-Proteins nicht durch das HI-Virus geschädigt wurde.

"Das ist die erste Studie, die am Menschen und nicht im Tierversuch zeigt, wie das körpereigene Abwehrsystem vor Infektionen schützt und die fundamentale Rolle von FOX03a aufzeigt.", ergänzt Elias El Haddad, der an der Studie mitgearbeitet hat. Die Forscher wurden von

Genome Canada, Génome Québec und anderen öffentlichen und privaten Stellen unterstützt.

Quelle:

http://www.biologynews.net/archives/2008/03/03/hiv_breakthrough_researchers_identify_protein_that_fights_immunodeficiency.html

<http://nouvelles.umontreal.ca/> - Université de Montréal
News - Pressemeldung vom 3. März 2008

Aids-Hilfen wenden sich an die Frauen

„Aids gibt es nicht nur in Afrika!“ Deutsche AIDS-Hilfe wirbt zum Internationalen Frauentag für mehr Prävention.

Berlin – Anlässlich des Internationalen Frauentages (International Women's Day) am 8. März fordert die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH), Dachverband der Aidshilfen in Deutschland, die Gesellschaft, die Politik und die Medien dazu auf, das Thema „Frauen und Aids“ nicht weiter aus dem Blickwinkel zu verlieren. Der Anteil von Frauen bei HIV-Infizierten und Aids-Erkrankten steigt wieder an. Die DAH engagiert sich für einen besseren Schutz der Frauen vor HIV und andere sexuell übertragbare Erregern: Die „Bundesweite Arbeitsgruppe Frauenarbeit in Aidshilfe“ stellt daher am 8. März ihre Plakat- und Postkartenaktion vor, die sich gezielt an Frauen richtet und mehr Aufmerksamkeit für das wenig beachtete Thema Aids und Frauen bringen soll. Die Materialien beinhalten die wichtigsten Informationen und Kontaktadressen speziell für Frauen zum Thema HIV und Aids.

„Wir stellen leider immer häufiger fest, dass Frauen erst mit dem Auftreten einer schweren, durch das HI-Virus hervorgerufenen Erkrankung von ihrem Arzt auf HIV getestet werden“, erklärt Silke Klumb, Referentin für Frauen und Migration im DAH-Bundesverband in Berlin. „Auch viele Frauenärzte bieten Schwangeren keinen HIV-Test und keine Beratung zu diesem Thema an. Deshalb werden wir Frauen für das Thema HIV und Aids sensibilisieren und vor allem Hausärzte und Frauenärzte durch noch mehr Aufklärung stärker in die Prävention einbeziehen. Seit der Veränderung der Mutterschaftsrichtlinien Ende 2007 sollen Frauenärztinnen und Frauenärzte bei Schwangeren eine HIV-Testberatung durchführen und ihnen einen HIV-Test anbieten. Dafür müssen Frauenärzte aber fortgebildet werden.“ Rechtzeitig erkannt und gut behandelt kann der Ausbruch der Krankheit Aids verhindert und die Ansteckungsgefahr für andere – sowohl die Sexualpartner als auch das Baby – deutlich reduziert werden.

Am 8. März und an den Folgetagen finden bundesweit zahlreiche Veranstaltungen zum Thema „Frauen und Aids“ statt. Dazu erklärt Dr. Luis Carlos Escobar Pinzón, Bundesgeschäftsführer der Deutschen AIDS-Hilfe: „Viele vergessen, dass auch Frauen von HIV und Aids betroffen und bedroht sind. Wir engagieren uns daher für einen verbesserten Schutz von Frauen vor der Immunschwächekrankheit Aids. Zudem bedrohen Gewalt und Diskriminierung noch immer weltweit Gesundheit und Wohlergehen von Mädchen und Frauen. Gewalt ist die Hauptursache für viele Gesundheitsprobleme, einschließlich einer erhöhten Anfälligkeit für sexuell übertragbare Krankheiten, HIV und Aids oder ungeplante Schwangerschaften. Daher setzen wir uns gegen Gewalt und für den Zugang von Frauen zu Informationen und zu Verhütung ein.“ Die DAH stellt sich auch weiterhin ihrer internationalen Verantwortung bei der Bekämpfung von HIV und Aids. So wird die DAH zum Beispiel das Bundesgesundheitsministerium bei unterschiedlichen Kooperationsprojekten in Osteuropa unterstützen.

<http://www.aidshilfe.de> - Deutsche AIDS-Hilfe e.V. –
Pressemeldung vom 7. März 2008

USA: Bald Einreise für HIV Positive

Senatsausschuss prüft Antrag noch diese Woche.

Ein Ende des Verbots für HIV-Positive, in die Vereinigten Staaten einzureisen, ist in Sicht. Demokraten und Republikaner haben sich auf eine Zusatzklausel des AIDS-Fürsorge-Notfallplans geeinigt. Sie soll HIV-Positiven ermöglichen, in die USA einzureisen und einzuwandern. Der Außenausschuss des Senates wird den Antrag noch im Laufe dieser Woche prüfen.

"Die Zeit ist schon lange reif, um dieses ungerechte Gesetz, das HIV-positive Menschen als inakzeptabel für die Vereinigten Staaten stempelt, loszuwerden", sagt Joe Solomonese, Präsident der Human Rights Campaign. "Das Gesetz entstand aus Angst, und es gibt heute keinen rationalen Grund mehr, HIV schärfer zu beurteilen als andere übertragbare Krankheiten.", ergänzt Solomonese.

Derzeit dürfen HIV-Positive nur dann in die Vereinigten Staaten einreisen, wenn sie eine Verzichtserklärung unterschreiben, die ihnen nur eine kurze Reise gestattet. Ein ständiger Aufenthalt ist praktisch unmöglich. Mit diesem Verbot zählen die Vereinigten Staaten zu 13 Staaten, die HIV-Positiven eine Einreise verbie-

ten. Zu den anderen Staaten zählen China, der Irak, Libyen und der Sudan.

<http://www.ggg.at/> – GGG - Verein zur Förderung lesbischer Kommunikation vom 11. März 2008

Gentest Pflicht vor Abacavir-Verordnung

HLA-B*5701 als Kontraindikation.

Bonn – Eine Behandlung mit den antiretroviralen Medikamenten Ziagen[®], Trizivir[®] und Kivexa[®] (Wirkstoff: Abacavir) ist ab sofort nur noch erlaubt, wenn ein Gentest das Vorhandensein des Genmarkers HLA-B*5701 ausgeschlossen hat. Dies hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) jetzt festgelegt. Damit wird erstmals eine pharmakogenomische Untersuchung zur Grundlage einer medikamentösen Therapie gemacht. Weitere Beispiele könnten folgen.

Das BfArM zieht die Konsequenz aus den Ergebnissen der „Prospective Randomized Evaluation of DNA Screening in a Clinical Trial“ oder PREDICT-1-Studie, die im Juli 2007 auf der International AIDS Society Conference in Sydney vorgestellt und im letzten Monat im New England Journal of Medicine (2008; 358:568-579) publiziert wurden. Diese Studie hatte ziemlich eindeutig gezeigt, dass eine genetische Variante im humanen Leukozytenantigen-System, nämlich das Allel HLA-B*5701, eine wesentliche Ursache für eine Überempfindlichkeitsreaktion ist, die bei fünf bis acht Prozent aller HIV-Patienten unter der Behandlung mit Abacavir auftritt.

Den Verdacht hatten vor fünf Jahren australische Immunologen in einer Publikation im Lancet (2002; 359: 727-732) an einer Gruppe von 18 Patienten geäußert. Ihre Ergebnisse wurden – in einer für die Pharmakogenetik einzigartigen Studie – in der PREDICT-1-Studie reproduziert. An der Studie hatten 1.956 Patienten aus 165 Zentren in 19 Ländern teilgenommen. Bei der Hälfte der Patienten war vor der Verordnung von Abacavir ein Gentest auf HLA-B*5701 durchgeführt worden. Keiner der 802 Patienten entwickelte eine immunologisch bestätigte Überempfindlichkeitsreaktion, während diese bei 23 von 842 Patienten (2,7 Prozent) in der Vergleichsgruppe auftrat.

Dies bedeutet zwar nicht, dass alle Überempfindlichkeitsreaktionen vermieden werden, die Zahl aller klinischen Überempfindlichkeitsreaktionen - einschließlich der immunologisch nicht bestätigter Reaktionen – wurde „nur“ von 7,8 auf 3,4 Prozent gesenkt. Dennoch war das Er-

gebnis eindeutig. Auch der Editorialist Magnus Ingelman-Sundberg vom Karolinska Institut in Stockholm (NEJM 2008; 358: 637-639) hatte sich für ein Screening ausgesprochen, das bei einer Number Needed to Screen von 14 durchaus kosteneffektiv sein könnte.

Auch die Gefahr, dass das Medikament aufgrund der zusätzlichen Kosten künftig gemieden werde, sei gering. In Großbritannien, wo wie in Frankreich und Australien, die Patienten bereits auf HLA-B*5701 getestet wurden, seien die Verordnungen des jetzt sicheren Medikamentes sogar angestiegen.

Die Fachinformationen fordern, dass vor Beginn der Behandlung mit Abacavir – unabhängig von der ethnischen Zugehörigkeit – jeder HIV-infizierte Patient auf das Vorhandensein des HLA-B*5701-Allels hin untersucht werden muss. Bei Trägern des HLA-B*5701-Allels sollte Abacavir nicht mehr angewendet werden „außer, wenn basierend auf der Behandlungsgeschichte und den Ergebnissen der Resistenztestung keine andere Therapieoption für diese Patienten verfügbar ist.“

Wichtig ist der Hinweis, dass ein negatives Testergebnis eine Überempfindlichkeitsreaktion nicht völlig ausschließt. Dazu heißt es in der Fachinformation: „Daher ist es auch bei Nichtvorhandensein des HLA-B*5701-Allels wichtig, wegen der Gefahr einer schweren oder lebensbedrohlichen Reaktion Abacavir dauerhaft abzusetzen und Patienten nicht erneut mit Abacavir zu behandeln, wenn eine Überempfindlichkeitsreaktion klinisch nicht ausgeschlossen werden kann.“

<http://www.aerzteblatt.de/> - Deutsches Ärzteblatt vom 10. März 2008

Molekulares Kommando räumt Zellen aus dem Weg

Wie sich der AIDS-Erreger der Immunabwehr entledigt.

Die Krankheit AIDS stellt Forscher weltweit immer noch vor schwierige Herausforderungen. Der Erreger, das HI-Virus (HIV), besitzt die einzigartige Fähigkeit, das Immunsystem von Infizierten auszuschalten und Immunzellen für die eigene Vermehrung einzunehmen. Damit stehen anderen Krankheitserregern Tür und Tor offen. Schließlich erkrankt der HIV-Infizierte an tödlichen Sekundärinfektionen. Forscher des Helmholtz Zentrums für Infektionsforschung konnten jetzt zeigen, wie ein Mechanismus des "Ausschaltens" von Immunzellen funktioniert: Auf Virusinfektionen spezialisierte Zellen werden angeregt, in die Lymphknoten zu wandern

und dort zu sterben. Diese Ergebnisse sind jetzt in dem renommierten Wissenschaftsjournal "Proceedings of the National Academy of Sciences" erschienen.

Plasmazytoide Dendritische Zellen (pDZ), wie dieser Zelltyp heißt, spielen eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung von Virusinfektionen. Wenn sie einen Krankheitserreger erkannt haben, wandern sie in die Lymphknoten und präsentieren hier anderen Immunzellen Bruchstücke des Erregers. Dies ist ein entscheidender Punkt in der Abwehr von Krankheitserregern und dem Auslösen einer Immunantwort. Gleichzeitig senden diese pDZ eine Vielzahl von Botenstoffen aus, welche andere Zellen aktivieren oder zum Infektionsherd locken. Es ist schon lange bekannt, dass HIV-Positive über nur wenige pDZ in ihrem Blut verfügen und daher sehr anfällig sind für zusätzliche Infektionen. Warum das so ist, wusste bisher niemand.

Das Forscherteam um Gruppenleiter Carlos A. Guzmán untersuchte in Zusammenarbeit mit italienischen Kollegen diese Besonderheit genauer. Ein Oberflächenprotein des HI-Virus löst bei Erkennen der pDZ eine ungewöhnliche Reaktion aus: Die Zelle ändert ihr Verhalten und wandert in die Lymphknoten. Das Außergewöhnliche hierbei ist, dass die pDZ gleichzeitig an ihrer Reifung gehindert wird, sodass sie andere Immunzellen nicht aktivieren oder das antivirale Verteidigungsprogramm anregen kann. Im Lymphknoten angekommen, werden in der pDZ schließlich Mechanismen gestartet, welche die Zelle absterben lassen. Das HI-Virus räumt damit einen Zelltyp aus dem Weg, der dem Immunsystem die Anwesenheit des AIDS-Erregers anzeigt.

Seit Entdeckung der Krankheit Anfang der 1980er Jahre sind weltweit mehr als 25 Mio. Menschen an den Folgen von AIDS gestorben. Fast doppelt so viele sind heute mit HIV infiziert. AIDS ist nach wie vor nicht heilbar. Auch eine schützende Impfung gegen eine HIV-Infektion gibt es nicht.

Durch die Einnahme von antiviralen Medikamenten lässt sich der Krankheitsverlauf verlangsamen, jedoch nicht aufhalten. In den letzten Jahrzehnten stellen außerdem Resistenzen gegen eine Vielzahl von HIV-unterdrückenden Medikamenten ein großes Problem dar. Daher wird heutzutage eine Kombinationstherapie von mehreren Präparaten verwendet, die so genannte "Highly Active Antiretroviral Treatment" (HAART). Die erheblichen Nebenwirkungen dieser Therapie stellen jedoch eine starke Belastung für den Patienten dar. "Für die Entwicklung neuer Therapieansätze sind daher alle Er-

kenntnisse über das Zusammenspiel von HIV und dem Immunsystem eine wichtige Grundlage", erklärt dazu Prof. Guzmán.

<http://helmholtz-hzi.de> - Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung - Pressemeldung vom 12. März 2008

Fachtagung HIV und Schwangerschaft

Erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit in Deutschland.

Die Fachtagung HIV und Schwangerschaft fand am 24./25. Januar 2008 zum achten Mal statt. Eingeladen nach Schlangenbad hatte auch in diesem Jahr das HIVCENTER in Frankfurt. Die Schirmherrschaft war von DAIG, DAGNÄ, Kompetenznetz HIV/AIDS und der DAIG-Sektion AAWs übernommen worden. Unterstützt wurde die Veranstaltung wie in den Vorjahren durch die Firmen Boehringer Ingelheim und GlaxoSmithKline.

Die etwa 100 Teilnehmer der Tagung - HIV-Behandler, Gynäkologen, Pädiater und Vertreter aus psychosozialen Disziplinen und Politik - nutzten die einzigartige interdisziplinäre Plattform zum angeregten wissenschaftlichen Austausch rund um das komplexe Thema HIV und Schwangerschaft. In diesem Jahr lagen die Themenschwerpunkte bei der Effektivität und Verträglichkeit der HIV-Therapie in der Schwangerschaft, dem Kinderwunsch HIV-betroffener Paare und dem deutschen PMTCT-Engagement in Hochprävalenzländern. Dabei zeigte sich auf allen Ebenen die Bereitschaft zur fachübergreifenden Zusammenarbeit.

Langfristig HIV-Exponierte Kinder beobachten

Der Einsatz der meisten HIV-Medikamente in der Schwangerschaft gilt für Mutter und Kind als sicher. Dennoch müssen eventuelle Langzeitnebenwirkungen beim Kind erkannt und entsprechend dokumentiert werden. Deutschland wird sich daher an einer großen internationalen Studie (MITOC) beteiligen, die die exponierten Kinder mehrere Jahre nachbeobachten wird. Kurzfristige Effekte der HAART in der Schwangerschaft sollen zukünftig im Schwangeren- und Kindermodul des Kompetenznetzes HIV/AIDS erfasst werden. In den interdisziplinären Fallbesprechungen in Schlangenbad waren Nebenwirkungen von HIV-Medikamenten ebenfalls das vorherrschende Thema. Es zeigte sich aber auch, dass es in Einzelfällen notwendig sein kann, neuere Substanzen, für die wenige oder keine Erfahrungen

beim Einsatz in der Schwangerschaft vorliegen, einzusetzen.

HIV-Infektion und Kinderwunsch

HIV-betroffene Paare mit Kinderwunsch fühlen sich in Deutschland mit ihren Problemen oft allein gelassen. Nur wenige reproduktionsmedizinische Zentren bieten ihre Dienstleistungen auch für HIV-Betroffene an. Darüber hinaus müssen alle im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin anfallenden Kosten von den Patienten selbst übernommen werden. Abhilfe könnte hier in Zukunft der Einsatz einer PREP mit anschließendem ungeschützten Verkehr bieten. Hierzu liegen allerdings noch keine ausreichenden Daten vor. Bislang ist der Weg ins benachbarte Ausland oft die einzig erfolgversprechende Lösung für HIV-betroffene Paare mit Kinderwunsch.

Hohe Kindersterblichkeit in Hochprävalenzländern

Insgesamt 1.000 Kinder werden in den Hochprävalenzländern jeden Tag bei der Geburt mit HIV infiziert. Weltweit erhalten nur 11% aller HIV-positiven Mütter eine Transmissionsprophylaxe. Am schlechtesten sehen die Zahlen in den Ländern aus, in denen die Sterblichkeit der HIV-infizierten Kinder am höchsten liegt, weil auch für sie keine Medikamente für eine frühzeitige Therapie zur Verfügung stehen. Gründe genug, deutsches Engagement in diesen Ländern auf den Weg zu bringen bzw. weiterzuführen. Die Deutsche AIDS Gesellschaft wird dazu im März 2008 ein Statusseminar veranstalten.

Projekt Lifeboat

In Schlangenbad wurden die ersten deutschen Filmbeiträge des Projektes Lifeboat vorgestellt. Lifeboat, ein BMG-gefördertes Projekt, setzt sich für die gesellschaftliche Akzeptanz HIV-positiver Elternschaft ein. Die Beiträge sollen für Interessierte in Kürze als DVD zur Verfügung stehen.

Eine schriftliche Dokumentation mit allen Beiträgen der Fachtagung HIV und Schwangerschaft kann über das HIVCENTER in Frankfurt angefordert werden oder per E-Mail: annette.haberl@hivcenter.de

<http://hivcenter.de> – HIVCENTER im Klinikum der JW Goethe-Universität – Pressemeldung vom 13. März 2008

Aktuelle Entwicklungen in der HIV/AIDS-Therapie

In Deutschland wird aktuell von etwa 58.000 Menschen, die mit dem HIV-Virus infiziert sind, ausgegangen. Hierbei zeigte sich in den letzten Jahren ein Anstieg der neu diagnostizierten HIV-Infektionen. Nach Einschätzung des RKI beruht etwa die Hälfte dieses Anstiegs auf einer verbesserten Erkennung von Erstdiagnosen. Die zweite Hälfte des Anstiegs beruht wahrscheinlich in erster Linie auf einem tatsächlichen Anstieg von HIV-Neuinfektionen.

Seit 1996 steht nun das Behandlungskonzept einer hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) zur Verfügung, welches durch die Kombination von in der Regel drei verschiedenen antiretroviralen Medikamenten definiert ist, die in der Lage sind, dauerhaft HIV in seiner Vermehrung zu hemmen und so die Folgen einer unkontrollierten HIV-Infektion (insbesondere den Verlust der Helferzellen und damit verbunden die Zerstörung des Immunsystems) wirksam zu unterbinden.

Unter der Vorstellung einer lebenslangen therapietreuen Einnahme der Medikamente und vorausgesetzten Verträglichkeit der eingenommenen Präparate ließe sich somit dann HIV in eine chronische, lebenslang zu behandelnde Erkrankung überführen.

In den ersten Jahren der HAART zeichnete sich aber rasch ab, dass zum einen die therapietreue Einnahme der Medikamente, die im Bereich von über 90-95 % liegen muss, damit eine Resistenzentwicklung unwahrscheinlich bleibt, eine ausgeprägt hohe Herausforderung an die Patienten stellte. Dies war insbesondere unter Berücksichtigung der 3 x täglichen Einnahme der ersten Therapien sowie der zusätzlichen Vorschriften hinsichtlich Nüchterneinnahme etc. bedingt. Des Weiteren führten Kurz- und Langzeitnebenwirkungen (hier sind insbesondere erwähnenswert: metabolische Veränderungen im Sinne von Lipidstoffwechselstörungen, aber auch Fettumverteilungsstörungen) zu vielfachen Therapieabbrüchen und -änderungen.

Die letzten Jahre in der Therapieforschung für HIV sind daher durch die Einführung von Fixdosiskombinationen zur Vereinfachung der Therapieadhärenz gekennzeichnet, andererseits aber durch die Entwicklung von neuen Medikamenten aus entweder denselben Medikamentenklassen oder im Bereich neuer Ansatzpunkte des HIV-Vermehrungszyklus mit dem Ziel, langfristig zum einen für Patienten mit bereits vorhandenen Medikamentenresistenzen neue Therapieoptionen anzubieten, andererseits aber

auch nebenwirkungsärmere und einfacher einzunehmende Therapien zu entwickeln.

Unter Berücksichtigung der Vorstellung einer lebenslang zu behandelnden HIV-Infektion bleiben jedoch die Nebenwirkungen die größte Herausforderung in der HIV-Therapie und verlangen die Weiterentwicklung und Einführung neuer Medikamentengruppen, die insbesondere zur Fortführung der Therapie über viele Jahre von größter Wichtigkeit sind.

Mit der vor kurzem stattgefundenen Zulassung eines ersten Entryinhibitors (Maraviroc) liegen nun Substanzen aus einer neuen Medikamentenklasse vor, die durch ihren einzigartigen extrazellulären Wirkmechanismus nicht nur eine Wirksamkeit bei der vorbehandelten Patienten mit angesammelten Medikamenten Resistenzen versprechen, sondern sich auch potentiell in ihrem Verträglichkeitsprofil deutlich von den bislang zugelassenen Substanzen unterscheiden. Eine Herausforderung bleibt hier jedoch der notwendige Tropismustest, der vor dem Einsatz durch geführt werden muss um sicherzustellen das auch wirklich ausschließlich CCR5-trope Virusstämme vorhanden sind, da sonst die Wirksamkeit des neuen Präparates gefährdet ist.

Für Aufsehen hat auch die ebenfalls vor kurzem stattgefunden Zulassung des ersten Integrasehemmers (Raltegravir) gesorgt. Hier liegt eine ausgesprochen potente Substanz vor die ebenfalls bislang durch eine sehr gute Verträglichkeit in den Zulassungsstudien gekennzeichnet war. Damit ergeben sich aktuell insbesondere für lang vorbehandelte Patienten die mit den bis vor kurzem zugelassenen Medikamenten nicht komplett in der Virusvermehrung zu inhibieren waren ganz neue Therapieoptionen unter Einschluss von Medikamenten aus neuen Medikamentenklassen ohne Risiko der Kreuzresistenzen, die berechtigterweise auf eine erneute oder gar erstmalige dauerhafte Kontrolle der HIV-Vermehrung hoffen lassen. Trotz aller Hoffnungen sind aber weitere Langzeitdaten unbedingt erforderlich um zu erfassen ob sich nicht doch noch überraschende Langzeittoxizitäten entwickeln unter den neuen Medikamenten entwickeln und auch ob die Kontrolle der HIV-Vermehrung anhält.

Prof. Dr. Jürgen Rockstroh Medizinische Universitätsklinik, Bonn

<http://www.m-i-c.de/> - 12. Münchner AIDS-Tage – Pressemeldung vom 16. März 2008

Therapie mit einer Tablette täglich

Dreifachkombi aus Efavirenz, Emtricitabin und Tenofovir.

Berlin - Seit Anfang des Jahres steht erstmals eine komplette HIV-Therapie in einer einzigen Tablette zur Verfügung: Die drei Medikamente Efavirenz, Emtricitabin und Tenofovir müssen auch in der Fixkombination nur einmal am Tag eingenommen werden.

Für Professor Frank-D. Goebel aus München ist die Entwicklung einer kompletten Dreifachkombination in einer einzigen Tablette (Atripla®) ein wichtiges Symbol für die enormen Fortschritte in der HIV-Therapie.

Von der ersten antiretroviralen Behandlungsoption 1987 über den Durchbruch Mitte der 90er Jahre mit der Einführung der Protease-Hemmer bis zu den heutigen Therapiemöglichkeiten, mit denen auch bei zuvor stark behandelten Patienten die Virusvermehrung unter die Nachweisgrenze sinken kann, vergingen nur 20 Jahre. In keinem anderen Gebiet der Medizin habe es in diesem Zeitraum ähnlich große Fortschritte gegeben, sagte Goebel auf einer Veranstaltung von Bristol-Myers Squibb und Gilead Sciences bei den Münchner Aids-Tagen in Berlin.

Dabei wurden im Laufe der Zeit Goebel zufolge die Therapien nicht nur wirksamer und verträglicher, sondern auch einfacher einzunehmen: Zu Beginn der Pandemie bestand eine HIV-Therapie manchmal aus mehr als 20 Kapseln und Tabletten, die dreimal am Tag unter Berücksichtigung unterschiedlicher Nahrungsvorschriften eingenommen werden mussten.

Möglich war die jetzt verfügbare Dreifachkombinations-Tablette durch ein Joint Venture der beiden Unternehmen: Bristol-Myers Squibb bietet den nicht-nukleosidischen Reverse-Transkriptasehemmer (NNRTI) Efavirenz (Sustiva®) und Gilead Sciences den nukleosidischen Reverse-Transkriptasehemmer (NRTI) Emtricitabin (Emtriva®) sowie den nukleotidischen Reverse-Transkriptasehemmer (NRTI) Tenofovir DF (Viread®) an, die es beide auch schon als fixe Zweierkombination unter dem Handelsnamen Truvada® gibt.

Die neue Kombinationstablette ist in Europa zugelassen zur Therapie bei HIV-infizierten Erwachsenen, unter deren bisheriger antiviraler Kombitherapie seit mehr als drei Monaten keine Virusvermehrung mehr nachgewiesen werden konnte, die zuvor kein virologisches Versagen hatten - die Virusmenge also unter die Nachweisgrenze gesunken ist - und die keine gegen die im Dreifach-Kombipräparat enthaltenen Wirkstoffe resistente Viren haben. Die Kombinationstablette sollte wie die Einzelsubstanz Efavirenz abends und möglichst nüchtern eingenommen werden. Die drei Wirkstoffe sind auch

für die Erstlinien-Therapie zugelassen und Bestandteil mehrerer HIV-Therapien.

<http://www.aerztezeitung.de/> - Ärzte-Zeitung vom 18. März 2008

HIV-Infektiosität: Asymptomatische STDs irrelevant!

von Pietro Vernazza

Die Schweizer Stellungnahme zur HIV-Infektiosität unter einer effizienten Therapie hat zu vielen Diskussionen geführt. Aber auch zu vielen falschen Interpretationen.

Eine der falschen Interpretationen des Positionspapiers der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen (EKAF) betrifft die Frage der Geschlechtskrankheiten. Die EKAF hat in Ihrer Stellungnahme die Vorlage der Fachkommission Klinik und Therapie HIV/AIDS genau zitiert: Die Möglichkeit eines erhöhten Übertragungsrisikos wird eingeräumt beim Vorliegen von Geschlechtskrankheiten (STDs). Nun haben aber bereits einige Kreise gefordert, dass nun alle Personen unter einer effizienten Therapie auf asymptomatische Geschlechtskrankheiten untersucht werden sollten.

Dies war aber nicht die Absicht der EKAF. Die EKAF hat bewusst nur symptomatische Geschlechtskrankheiten als möglichen Grund für eine allfällige Erhöhung eines HIV-Transmissionsrisikos eingeräumt. Eine soeben erschienene australische Studie bestätigt diese Position: Untersucht wurden zwar nur neun Patienten mit einer asymptomatischen Geschlechtskrankheit, doch das ist für eine solche Untersuchung recht viel.

Der Ablauf der Untersuchung

Insgesamt wurden 119 HIV-infizierte Männer untersucht. Ein Teil davon war unter einer seit mindestens 12 Monaten wirksamen HIV-Therapie, (45 mit Protease-Hemmer, 36 mit NNRTI) und 38 waren ohne Therapie. Alle Patienten unter Therapie hatten weder im Blut noch im Sperma nachweisbares HIV-Virus (RNA-PCR). Alle Patienten wurden auf symptomlose Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien untersucht). Insgesamt fand sich bei 9 (8%) Patienten (5 unbehandelt) eine Geschlechtskrankheit. In allen Fällen unter Therapie fand sich keine Erhöhung der HIV-Viruslast aber auch bei den unbehandelten Patienten schien der Nachweis von asymptomatischen Geschlechtskrankheiten keinen Einfluss auf die Viruslast im Sperma zu haben. Interessanterweise war die

Häufigkeit von STDs bei der HIV-behandelten Gruppe signifikant kleiner (5% vs. 14%).

Es bleibt dabei: Kein Screening auf (asymptomatische) Geschlechtskrankheiten

Diese Studie ist die sicher größte Studie, in der die Frage des Einflusses von asymptomatischen Geschlechtskrankheiten untersucht wurde. Sie zeigt sehr eindrücklich was schon epidemiologisch bekannt war: Geschlechtskrankheiten haben nur dann einen Einfluss auf eine HIV-Infektiosität, wenn sie auch zu spürbaren (symptomatischen) Symptomen einer Entzündung der Schleimhaut führen. Somit ist dem Statement der EKAF nichts beizufügen: Die Gültigkeit des Statements wird beim Vorhandensein von symptomatischen Geschlechtskrankheiten eingeschränkt, nicht aber bei symptomlos verlaufenden Infektionen. Somit ist auch ein Screening auf asymptomatische Infektionen nicht notwendig.

Quelle: Chan DJ et al, Curr HIV Res, 2008; 6:138-42

<http://www.infekt.ch/> - Infektiologie St. Gallen vom 19. März 2008

Jede dritte Tuberkuloseerkrankung bleibt unerkannt

Genf / Berlin - Weltweit bleibt mehr als jeder dritte Fall von Tuberkulose nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unerkannt. Der jahrelange Aufwärtstrend bei der Erkennung der Neuerkrankungen habe sich in vielen Ländern verlangsamt, stagniere in einigen afrikanischen Ländern sogar, sagte WHO-Generaldirektorin Margaret Chan in Genf. Die WHO schätzt, dass nur 61 Prozent der Fälle weltweit überhaupt erkannt werden. 2006 wurden demnach 9,2 Millionen neue Tuberkulose-Fälle dokumentiert.

Unter den 1,7 Millionen Tuberkulose-toten seien auch 200.000 HIV-Infizierte gewesen, teilte die WHO mit. Ihre Zahl sei auch bei den neuen Tuberkulosefällen signifikant: So wurden im Jahr 2006 unter den Neuerkrankten 700.000 HIV-Infizierte registriert. Dies zeige die enge Verbindung, sagte ein Sprecher. Nach seinen Angaben ist Tuberkulose bei HIV-Infizierten die häufigste Todesursache. Auch die Zunahme der Antibiotikaresistenzen bei den Erregern der Tuberkulose ist demnach besorgniserregend. Etwa 500.000 Krankheitsfälle mit multiresistenten Erregern traten 2006 nach WHO-Schätzung auf.

Tuberkulose ist die am häufigsten zum Tode führende behandelbare Infektionskrankheit. Einem Bericht des Robert-Koch-Instituts (RKI) zufolge erkrankten daran im Jahr 2006 in Deutschland 5.402 Menschen, 201 Menschen starben daran. Zwar sei dies ein rückläufiger Trend, erklärte RKI-Präsident Jörg Hacker. "Aber wegen der Schwere der Erkrankung und angesichts der internationalen Situation muss die Tuberkulose weiterhin einen hohen Stellenwert in Medizin und Gesundheitsdienst haben", erklärte er anlässlich des Welttuberkulosestages am 24. März.

<http://de.news.yahoo.com/> - Yahoo News vom 19. März 2008

Tenofovir-Reinsubstanz gesucht!

Von Bernd Sebastian Kamps

Paris - Tenofovir ist ein gut verträgliches Nukleosidanalogon, das heute zu den wichtigsten HIV-Medikamenten zählt. Zu den Nebenwirkungen gehören eine milde bis moderate Nierenfunktionsstörung, während schwere Störungen selten sind: in einer Kohorte mussten 46 von 2592 Patienten (1,6 %) die Substanz wegen renaler Toxizität nach durchschnittlich 442 Tagen abbrechen (Fux 2007). Patienten mit Nierenschäden sollten daher nach Möglichkeit kein Tenofovir erhalten.

Ein Nierenversagen im Zusammenhang mit Tenofovir wird auch im Rahmen eines Fanconi-Syndroms beobachtet. Zwar ist die Inzidenz gering (Gupta SK. Tenofovir-associated Fanconi syndrome: review of the FDA adverse event reporting system. AIDS Patient Care STDS 2008; 22: 99-103), doch ist das Management eines Fanconi-Syndroms mitunter anspruchsvoll. Der renale Phosphatverlust ist auch eine mögliche Ursache der unter Tenofovir beobachteten Osteomalazie. Tatsächlich zeigten die mit Tenofovir behandelten Versuchstierspezies eine zeit- und dosisabhängige Nieren- und Knochenschädigung (http://www.fda.gov/cder/foi/nda/2001/21-356_Viread.htm).

Der Mechanismus, über den Tenofovir das Fanconi-Syndrom vermittelt, könnte darin bestehen, dass Tenofovir die Mitochondrien schädigt. Professor Ulrich Walker, ein Forscher der Universität Freiburg, will nun in einem Ratten-Modell untersuchen, ob Tenofovir in der Niere und im Knochen in der Lage ist, die Mitochondrien zu schädigen, indem es die Menge mitochondrialer DNA vermindert. Ziel der Untersuchungen ist es unter anderem herauszufinden, welche Rolle die Mitochondrien in der Niere

und im Knochen spielen und eventuell einen Marker zu entwickeln, der es erlaubt, die Nebenwirkungen von Tenofovir bei einzelnen Patienten frühzeitig vorauszusagen.

Die Reinsubstanz von Tenofovir, die für die Untersuchungen notwendig ist, hat die Herstellerfirma Gilead bei der ersten Anfrage noch verweigert - mit dem Hinweis, dass es "keinen Hinweis auf mitochondriale Toxizität" gäbe. Wer eine Idee hat, wie man die Substanz erhalten kann, möge daher bitte Kontakt aufnehmen mit Professor Ulrich Walker.

In den nächsten Wochen wird die Freiburger Forschungsgruppe einen zweiten Anlauf unternehmen, die Tenofovir-Reinsubstanz zu bekommen. Bei der Gelegenheit sollen auch die Amerikanische und Europäische Arzneimittelzulassungsbehörden (FDA und EMEA) informiert werden.

Wir werden weiter berichten.

<http://hiv.net/> - HIV.Net Nachrichten vom 26. März 2008

Förderpreis für Studie zu HIV in Südafrika

Berlin - Bei den diesjährigen Münchner Aids-Tagen in Berlin wurde der HIV Clinical Cooperation Grant vergeben. Die mit 30.000 Euro dotierte Forschungsförderung geht in diesem Jahr an die SALT-Studie (Single class Antiretrovirals in Lesotho Trial).

Darin werden die Möglichkeiten einer Ressourcen sparenden antiretroviralen HIV-Therapie in Entwicklungsländern untersucht. Erprobt werden soll die Effektivität einer HIV-Erstlinien-Therapie, die aus einer Folge von nukleosidischen Reverse-Transkriptase-Hemmern besteht.

Dadurch, so die Hoffnung, könne der Gebrauch der teureren nicht-nukleosidischen Reverse-Transkriptase-Hemmer hinausgezögert werden. Der Preis wird von dem Unternehmen Gilead Sciences Deutschland unterstützt.

Zu den an der SALT-Studie beteiligten Zentren gehört außer mehreren Kliniken in Lesotho und Südafrika auch das HIVCENTER der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.

<http://www.aerztezeitung.de/> - Ärzte-Zeitung vom 27. März 2008

GSK senkt die Preise für HIV-Medikamente

In den 64 ärmsten Ländern der Welt senkt GlaxoSmithKline die Preise für HIV-Medikamente.

München - Zum fünften Mal seit 1997 hat GlaxoSmithKline die Preise für HIV-Medikamente in den Entwicklungsländern gesenkt - um durchschnittlich 21 Prozent. Die neuen Preise gelten ab sofort für 14 verschiedene antiretrovirale Medikamente. Um 36,5 Prozent sank zum Beispiel der Preis für eine Suspension, mit der Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren behandelt werden. Möglich wurden die niedrigeren Preise durch verbesserte Herstellungs-Verfahren und reduzierte Kosten in der Zulieferung.

Bereits seit 1997 gibt GlaxoSmithKline (GSK) HIV-Medikamente in den ärmsten Ländern zu Vorzugspreisen ab. Seither konnten die Produktionskosten mehrfach nach unten korrigiert und diese Ersparnis an Hilfsorganisationen und staatliche Gesundheits-Institutionen weitergegeben werden - insgesamt bereits zum fünften Mal. Damit sinken die Kosten für die Behandlung mit HIV-Medikamenten auf bis zu 0,17 US-Dollar pro Tag.

Die Vorzugspreise von GSK decken die reinen Herstellungskosten. Zusätzliche Kosten für Fracht und Versicherung werden nicht berechnet, außerdem sind die Preise nicht an Mindestbestellmengen gebunden. Diese Selbstkostenpreise gelten in 64 besonders armen Ländern, darunter alle afrikanischen Länder südlich der Sahara.

Medikamente und Impfstoffe für möglichst viele Patienten

Der GSK-Vorstandsvorsitzende JP Garnier erklärte: "Ich habe selbst vor Ort gesehen, welche verheerenden Auswirkungen HIV/AIDS hat. Die globale Gemeinschaft muss auch künftig alles tun, um diese Epidemie zu bekämpfen - denn davon hängt das Überleben der Betroffenen ab. Mit dieser erneuten Preissenkung übernehmen wir unseren Teil der Verantwortung für die Patienten in den ärmsten Ländern. Wir werden auch künftig neue Medikamente und Impfstoffe entwickeln und Partnerschaften mit Hilfsorganisationen aufbauen, um möglichst vielen HIV-Patienten den Zugang zu Medikamenten zu ermöglichen."

GSK ist ein führender Anbieter von Medikamenten gegen HIV/AIDS. Darüber hinaus forscht GSK intensiv an Medikamenten und Impfstoffen gegen Krankheiten der Entwick-

lungsländer - auch an einem Impfstoff gegen HIV/AIDS. GSK ist das einzige Unternehmen, welches für die Behandlung und Prävention aller drei Krankheiten forscht, deren Bekämpfung von der WHO als besonders dringlich eingestuft wurde: HIV, Malaria und Tuberkulose.

GSK bietet seine HIV-Medikamente bereits seit 1997 zu Vorzugspreisen an und war damit Vorreiter bei den Bemühungen, auch in armen Ländern möglichst vielen Patienten eine Behandlung zu ermöglichen. Im Jahre 2000 war GSK Gründungsmitglied der Accelerating Access Initiative (AAI), einem Zusammenschluss aus verschiedenen Organisationen und forschenden Pharma-Unternehmen mit dem Ziel, HIV/AIDS in den Entwicklungsländern zu bekämpfen.

<http://gsk.com> – GlaxoSmithKline – Pressemeldung vom März 2008

Virushepatitis und HIV-Erkrankung

Symposium über Perspektiven in Diagnostik und Therapie.

Die Leberentzündung, ausgelöst durch Viren, sowie die HIV-Infektion gehören mit ihren Folgeerkrankungen - Leberzirrhose und Leberkrebs auf der einen, Aids auf der anderen Seite - nach wie vor zu den weltweit häufigsten chronischen Infektionserkrankungen. Für beide haben sich die Therapiemöglichkeiten in den vergangenen zwei Jahren nochmals erweitert.

"Mit der Zulassung zweier neuer Hemmstoffe stehen weitere Substanzklassen für die Therapie der HIV-Infektion zur Verfügung", sagt Professor Hartwig Klinker, der an der Medizinischen Klinik II der Universität Würzburg den Schwerpunkt Infektiologie leitet. Außerdem gebe es durch eine neue feste Kombination von Wirkstoffen jetzt erstmals eine "Ein-Pillen-Therapie". Vorbei also die Zeiten, in denen HIV-Infizierte jeden Tag eine große Zahl von Tabletten nehmen mussten.

Auch für die Therapie der Hepatitis B wurden zwei neue Wirkstoffe zugelassen, was laut Klinker die Möglichkeiten für eine langfristige effektive Therapie erheblich erweitert. Zudem sei die Behandlung der chronischen Hepatitis C durch zunehmend individualisierte Strategien weiter verbessert worden.

Diese aktuellen Therapieoptionen einschließlich der begleitenden Diagnostik gehören am 11. und 12. April zu den Themen des 5. Würzburger Infektiologischen Symposiums. Die rund 250 Teilnehmer diskutieren auch über das Management der Nebenwirkungen, die bei einer langfristigen antiviralen Behandlung auftreten

können. "Dieser Punkt ist ganz entscheidend für den Langzeiterfolg der Therapie", betont Klinker. Ein eigener Vortragsblock beschäftigt sich mit Fragen der Viruskontrolle und Impfstoffentwicklung. Zur Sprache kommt außerdem die Bedeutung immunologischer Vorgänge für das Überdauern der Viren im Körper beziehungsweise für deren Elimination.

Tagungsort ist der große Hörsaal des Zentrums für Operative Medizin in der Oberdürrbacher Straße 6. Veranstaltet wird das Symposium vom Schwerpunkt Infektiologie der Uniklinik, den bundesweiten Kompetenznetzen HIV/Aids und Hepatitis sowie der Initiative Against Aids & Global Infections (IAAGI). Die beiden Kompetenznetze wurden vom Bundesforschungsministerium eingerichtet. Sie sollen dafür Sorge tragen, dass Grundlagenwissenschaft und klinische Forschung sowie die Betreuung der Patienten in Kliniken und durch niedergelassene Ärzte miteinander verbunden werden. Auf dem Symposium berichten Vertreter der Netzwerke über ihre Aktivitäten.

Eröffnet wird das Symposium mit einem Vortrag über ein zentrales Thema der Infektiologie: Der Würzburger Professor Klaus Fleischer, der lange Jahre die Tropenmedizinische Abteilung der Missionsärztlichen Klinik leitete, spricht am Freitag, 11. April, um 19.15 Uhr im Wenzelsaal des Rathauses über "Armut und Infektion am Beginn des 21. Jahrhunderts". Neu im Programm des Symposiums ist eine Posterausstellung, mit der die Organisatoren vor allem jüngere Wissenschaftler ansprechen möchten.

Weitere Informationen: Prof. Dr. Hartwig Klinker,
Klinker_H@klinik.uni-wuerzburg.de, Tel. 0931 / 201-36174
oder 201-36203.

<http://www.medaustria.at/> – MedAustria News vom 27. März 2008

Raltegravir hält HIV dauerhaft in Schach

Berlin - Auch nach 48 Wochen Therapie ist der Integrasehemmer Raltegravir bei zuvor behandelten Patienten signifikant wirksamer als eine optimierte antiretrovirale Basistherapie allein.

Die 48-Wochen-Daten einer Raltegravir-Studie hat Professor Jürgen Rockstroh aus Bonn bei den Münchner Aids-Tagen in Berlin vorgestellt. Zugelassen wurde Raltegravir (Isentress®) Anfang 2008 auf der Basis von 24-Wochen-Daten der Phase-III-Studien BENCHMRK 1 und 2.

In die beiden auf drei Jahre angelegten Studien wurden 699 intensiv vorbehandelte Patienten aufgenommen, deren aktuelle antiretrovirale Therapie nicht mehr wirkte. Im Verhältnis zwei zu eins erhielten sie zweimal täglich 400 mg Raltegravir (462 Patienten) oder Placebo (237 Patienten), kombiniert einer auf der Basis von Resistenztests ausgewählten optimierten Basistherapie (OBT).

Virusvermehrung bereits nach 48 Wochen unterdrückt

In der kombinierten Auswertung beider Studien erreichten mit Raltegravir plus OBT im Vergleich zu Placebo plus OBT nach 48 Wochen jeweils etwa zweimal mehr Patienten eine Virusmenge unter 50 HIV-RNA Kopien pro Milliliter Blut (64 und 34 Prozent). Enthielt die OBT erstmals die neuen Substanzen Darunavir und/oder Enfuvirtid, wurde der Anteil der Patienten mit einer Virusmenge unter der Nachweisgrenze auf bis zu 89 Prozent gesteigert. Rockstroh hob auch die gute Verträglichkeit von Raltegravir hervor: Im Verlauf der 48 Wochen unterschied sich das Profil unerwünschter Wirkungen nicht von dem bei Placebo.

Zugelassen ist Raltegravir kombiniert mit weiteren antiretroviralen Arzneien bei nachgewiesener Virusvermehrung trotz antiretroviraler Therapie. Denkbar sei auch die Anwendung bei Patienten, die stabil auf eine HIV-Therapie eingestellt sind, aber wegen unerwünschter Wirkungen die Therapie wechseln müssen oder wollen, so Rockstroh bei einer Veranstaltung des Unternehmens MSD.

Untersucht wurde die Umstellung bei 35 intensiv behandelten Patienten, die die täglichen Injektionen mit dem Fusionshemmer Enfuvirtid nicht mehr tolerierten. Sie erhielten stattdessen Raltegravir. Nach sieben Monaten hatten weiterhin 34 der 35 Patienten eine Virusmenge unter 50 HIV-RNA-Kopien pro Milliliter, einer von 60 Kopien.

<http://www.aerztezeitung.de/> – Ärzte-Zeitung vom 28. März 2008

HIV-Therapie: Langzeitschaden für Fertilität?

von Pietro Vernazza

Will ein HIV-positiver Mann mit seiner HIV-negativen Partnerin ein Kind, so geht der Weg praktisch nur über eine HIV-Therapie beim Mann. Doch was sind die Folgen der Therapie

auf die Fertilität? Eine Studie aus Holland lässt aufhorchen!

Ob sich das Paar nun für Sex ohne Kondom unter einer gut wirksamen HIV-Therapie entscheidet (mit oder ohne einer Pille davor, s. Beitrag) oder ob das Paar sich einer Inseminationsbehandlung in einem reproduktionsmedizinischen Zentrum unterzieht: Eine HIV-Therapie des Mannes wird in jedem Fall empfohlen.

Allerdings wissen wir eigentlich sehr wenig über die Nebenwirkungen einer HIV-Therapie auf die Spermienqualität. Wir wissen, dass die mitochondriale Toxizität der Nukleosid-Analoga (NRTI) nachteilige Folgen für die Beweglichkeit der Spermien haben kann. Diese Beweglichkeit ist notwendig, damit die Spermien den Weg von der Vagina zum Ei in den Eileitern zurücklegen können.

HIV-Therapie könnte die Spermien negativ beeinflussen

Die Holländische Studie ist die erste, welche die Spermienqualität longitudinal während der HIV-Therapie untersucht. 34 Männer, die zum ersten Mal eine Therapie angefangen hatten, wurden während 48 Wochen beobachtet. Im Verlaufe des Jahres wurden 6 Spermaproben untersucht. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Spermien ist deren Beweglichkeit (Motilität). Dieser wichtige Parameter nahm während der HIV-Therapie ab. Allerdings war schon der Effekt vor allem zu Beginn der Therapie aufzutreten.

Effekt auch ohne mitochondrial toxische NRTIs

Besonders auffällig ist, dass dieser Effekt nicht nur einfach bei Patienten auftrat, welche die für die mitochondriale Toxizität bekannten NRTIs einnahmen (DDI, D4T). Für diese d-drugs hatten wir schon früher eine Nebenwirkung auf die Spermienmotilität gezeigt (Diehl et al, AIDS 2003). Doch in der hier untersuchten Population gab es praktisch keine solchen Therapien.

Was sind die Konsequenzen?

Auch wenn die Konsequenz aus dieser Arbeit noch nicht klar ist, die Resultate lassen aufhorchen. Sicher müssen die Resultate durch weitere Studien bestätigt werden. Doch in Zukunft brauchen wir sicher noch mehr Untersuchungen über die Wirkungen verschiedener HAART auf die Spermien-Qualität.

Quelle: Van Leeuwen et al, AIDS 2008, 22:637-42

<http://www.infekt.ch/> - Infektiologie St. Gallen vom 28. März 2008

HIV-Therapie würde in Südafrika 1,2 Mio. Todesfälle verhindern

"Versorgung mit Medikamenten alleine reicht nicht aus".

Boston - Eine flächendeckende Versorgung der HIV-Erkrankten in Südafrika mit antiretroviralen Medikamenten könnte alleine in den nächsten fünf Jahren mehr als 1,2 Mio. Aids-Tote verhindern. Zu diesem Schluss kommt die Forscherin Rochelle Walensky in einer Studie des Massachusetts General Hospitals <http://www.massgeneral.org>. In Südafrika sind 19 Prozent der Erwachsenen zwischen 15 und 49 Jahren infiziert. Von den fünf bis sechs Millionen Patienten erhält jedoch nur ein Drittel geeignete Versorgung. "Andere Schätzungen gehen sogar nur von zehn Prozent aus", so Andreas Wenzel, Afrika-Experte der Caritas <http://www.caritas.org>, auf Anfrage von presstext. "Es reicht jedoch nicht aus nur Medikamente zur Verfügung zu stellen. Es ist notwendig, in einem ganzheitlichen Ansatz das gesamte Gesundheitssystem zu verbessern."

Walensky appelliert mit ihrer Studie an die US-Regierung, den Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) weiterhin durchzuführen. Aus dem PEPFAR und dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria finanzieren die jeweiligen Regierungen die Medikamente für ihre Bürger. Sollte bis 2011 jeder Erkrankte mit Medikamenten versorgt sein, könnten 1,2 Mio. Leben verlängert werden. Würde das Programm bereits jetzt vollständig umgesetzt, könnten die erwarteten 2,4 Mio. Todesfälle gar auf 800.000 reduziert werden, so Walensky. Doch auch wenn ausreichend Medikamente zur Verfügung stünden, sei das nur der erste Schritt in der Bekämpfung des Problems, erklärt Wenzel.

"Damit die Behandlung effektiv ist, müssen die antiretroviralen Medikamente regelmäßig eingenommen werden, ansonsten wird der Körper resistent und die Menschen sterben", so der Afrika-Experte. "In dünn besiedelten Gebieten ist es aber nicht einfach die Erkrankten regelmäßig über viele Kilometer zur nächsten Krankenstation zu bekommen." Zudem belasteten die Medikamente den Körper schwer. "Die antiretrovirale Therapie ist mit einer niedrigdosierten Chemotherapie vergleichbar. Die Behandlung muss deshalb mit einer ausgewogenen Ernährung einhergehen, die oft nicht gewährleistet ist." Paradox sei, dass viele Patienten freiwillig

auf die Einnahme der Medikamente verzichten, so Wenzel. "In Südafrika bekommen AIDS-Kranke einen gewissen Betrag an Sozialhilfe. Wenn sich ihr Zustand durch die Behandlung bessert, verlieren sie die Zuschüsse wieder. Hier wird ein Anreizsystem geschaffen, die Medikation zu verweigern."

Mit der Finanzierung der antiretroviralen Medikamente ist erst ein Teil der Kosten der Behandlung gedeckt. "Laut unseren Rechnungen kosten die Medikamente für ein Jahr 300 Dollar. Die gesamte Behandlung inklusive Begleitkosten kommt jedoch auf fast 800 Dollar", so Wenzel. Außerdem fehle Geld für die Behandlung sogenannter opportunistischer Krankheiten, die aufgrund des geschwächten Immunsystems ausbrechen. "Während die antiretroviralen Medikamente finanziert werden, fehlt Geld für andere Arzneien oder Verbände."

<http://www.presstext.at/> - Presstext Austria vom 28. März 2008

Gummi ohne Ausnahme

Es führt kein Weg am Präservativ vorbei: Das BAG und die Aids-Hilfe Schweiz rufen in einer neuen Kampagne zu Safer Sex auch in den Ferien, auf Geschäftsreisen oder an Partys auf. Gemäß einer Studie verzichten Menschen, die sich in der Regel gut schützen, in Ausnahmesituationen auf Kondome und infizieren sich mit HIV.

In der vom Kantonsspital St. Gallen durchgeführten Studie wurden frisch mit HIV diagnostizierte Menschen über die Ansteckungssituation befragt, wie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) am Montag mitteilte. Dabei gaben zwölf Prozent der Befragten an, sich auf Geschäfts- oder Ferienreisen im Ausland angesteckt zu haben. Es habe sich gezeigt, dass viele von ihnen normalerweise eine gute Schutzstrategie hätten und ein Präservativ verwendeten.

In bestimmten Situationen, wie unter Alkohol- oder Drogeneinfluss, bei besonderer Erregung, beim Sex mit einem von früher vertrauten Partner oder starker Verliebtheit sei trotz Schutzstrategie aufs Präservativ verzichtet worden und es sei zu einer Infektion gekommen. Die LOVE LIFE STOP AIDS-Kampagne des BAG und der Aids-Hilfe Schweiz soll darauf aufmerksam machen, dass es wichtig ist, schon im Vorfeld über mögliche Ausnahmesituationen nachzudenken und an Partys und auf Reisen ein Kondom dabei zu haben. In der Schweiz leben schätzungsweise rund 25.000 Menschen mit HIV oder Aids, wie das BAG schreibt.

<http://www.20min.ch/> - 20min.ch vom 31. März 2008

WHO rät zur Zirkumzision

Vorhaut-Entfernung halbiert Risiko für HIV-Infektion.

Genf - Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt in Ländern mit einer hohen HIV-Rate eine Beschneidung der Männer. Grund sind neue Studien, nach denen eine Zirkumzision das Risiko für eine HIV-Infektion mehr als halbiert.

Bei einer Beschneidung müssten Männer aber sorgfältig darüber aufgeklärt werden, dass der Eingriff das Infektionsrisiko lediglich senke, eine Ansteckung aber nicht generell verhindere, teilte die WHO in Genf mit.

"Die Empfehlungen sind ein wichtiger Schritt in der HIV-Vorbeugung", betonte der WHO-Direktor für HIV/Aids, Kevin De Cock. Länder mit einem HIV-Problem und einem geringen Anteil beschnittener Männer stehe nun eine weitere Präventionsmaßnahme zur Verfügung. Es werde allerdings Jahre dauern, bis sich dies günstig auf die Zahl der Aidskranken auswirke. Weltweit sind nach WHO-Schätzungen etwa 665 Millionen Männer beschnitten, das sind etwa 30 Prozent aller erwachsenen Männer.

<http://www.dpa.de/> - dpa - Meldung vom 2. April 2008

Lichtblicke im Kampf gegen HIV

Aktueller UNICEF-Bericht: Immer mehr Kinder und Schwangere, die mit HIV infiziert sind, erhalten Medikamente

Wien - Mit HIV infizierte Kinder und Schwangere erhalten zunehmend Medikamente und werden behandelt, zeigt ein aktueller UNICEF-Bericht. Doch das Problem ist nicht gebannt: Bis zu einer Aids freien Generation ist es noch ein langer Weg. Im Vorjahr starben rund 290.000 Kinder unter 15 Jahren an der Immunschwächekrankheit; 12,1 Millionen Kinder im südlichen Afrika wurden durch das Virus zumindest zu Halbwaisen.

Weltweit lebten im Vorjahr rund 2,1 Millionen Kinder unter 15 Jahren mit dem Virus; insgesamt waren es etwa 33,2 Millionen HIV-positive Menschen. Rund 5,4 Millionen Betroffene waren zwischen 15 und 24 Jahre alt - ca. 3,1 Million davon waren Frauen. 2007 hatten sich etwa 420.000 Kinder neu infiziert; rund 40 Prozent aller Neuerkrankten waren zwischen 15 und 24 Jahre alt.

Großteil der infizierten Kinder in Afrika

Fast 90 Prozent der infizierten Kinder leben im Afrika südlich der Sahara. Die meisten werden während der Geburt oder über die Muttermilch mit dem Virus angesteckt. Rund die Hälfte der Neugeborenen erleben ihren zweiten Geburtstag nicht. Laut dem Bericht schützen nun bereits 21 Länder - darunter Benin, Botswana, Brasilien, Namibia, Ruanda, Südafrika und Thailand - etwa 80 Prozent der HIV-positiven Schwangeren mit antiretroviralen Medikamenten, um eine Mutter-Kind-Übertragung auszuschließen. 2005 taten dies erst elf Länder.

Beispielprojekte

In Jamaika wurden Krankenschwestern entsprechend geschult, um auf Hilfsprogramme aufmerksam zu machen, in Sambia und Simbabwe wird der Status HIV-positiver Mütter zur Information für Gesundheitsarbeiter auf einer Karte dokumentiert. In Uganda bringen Helfer auf Motorrädern Vorsorgepakete zu den Familien nach Hause. In Lateinamerika produzierte der TV-Sender MTV ein Special, in dem Jugendliche über Sex und Aids sprechen. Botswana erreichte mit einem Vorsorgeprogramm die höchste Abdeckung mit Medikamenten gegen Mutter-Kind-Übertragungen in Afrika: 2006 sollen dort nur sieben Prozent der Neugeborenen mit HIV infiziert worden sein; vor dem Programm waren es 35 bis 40 Prozent.

Die Zahl der HIV-positiven Kinder in Entwicklungsländern, die antiretrovirale Medikamente erhalten, hat sich zwischen 2005 und 2006 um 70 Prozent erhöht: 2006 hatten rund 127.300 Kinder Zugang zur Vorsorge, ein Jahr davor waren es 75.000. Verbesserungen zeigten sich auch im Bereich Schutz und Betreuung Kindern, die an Aids erkrankt sind - immer mehr haben Zugang zu Bildung und sozialer Absicherung.

Finanzen

Im Jahr 2007 standen zudem weltweit mehr Gelder für den Kampf gegen Aids bereit: Im Vorjahr waren es rund zehn Milliarden Dollar; 2004 waren es noch 6,1 Milliarden Dollar, hieß es in einer gemeinsamen Aussendung von UNICEF, UNAIDS (Aids-Programm der Vereinten Nationen) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Trotz dieser Entwicklungen werden laut UNICEF noch immer zu viele Kinder und Mütter nicht erreicht. Wichtig sei, neue Initiativen zu setzen und bereits erfolgreiche Initiativen weiter auszubauen, Gesundheits-, Bildungs- und Sozialprogramme zu verstärken

sowie Dienste zur Vorsorge von Mutter-Kind-Übertragungen und von Neugeborenen zu integrieren.

<http://derstandard.at/> – Der Standard vom 3. April 2008

60 Jahre Weltgesundheitsorganisation

Genf - Seit nunmehr 60 Jahren kämpft die Weltgesundheitsorganisation (WHO) für das Wohl der Menschheit. Am 7. April 1948 trat die Verfassung der UN-Organisation in Kraft.

Nach sechs Jahrzehnten ziehen die Verantwortlichen am Genfer Hauptquartier jetzt zwar eine positive Bilanz, zum Jubeln besteht aber wohl kein Anlass. Die globalen Anstrengungen der Organisation selbst spiegeln sich auch in ihren Mitarbeiterzahlen wider: Standen vor zehn Jahren noch 4.000 Menschen im Dienste der Weltgesundheit, so hat sich deren Zahl bis heute mehr als verdoppelt. Sie arbeiten in 147 Ländern.

Die Gründung der WHO hatten Brasilien und China 1945 bei einer UN-Konferenz in San Francisco vorgeschlagen. Eine internationale Gesundheitskonferenz nahm am 22. Juli 1946 in New York die WHO-Satzung an, die fast zwei Jahre später in Kraft trat. Ihr Ziel: Das Erreichen eines Höchstmaßes an Gesundheit für alle Völker der Erde. Ihre Auffassung: «Gesundheit ist ein Zustand von komplettem physischem, geistigem und sozialem Wohlbefinden und nicht lediglich das Fehlen von Krankheit oder Schwäche.» Margaret Chan, seit November 2006 Generaldirektorin der WHO, ergänzt: «Unsere Hauptfürsorge muss den benachteiligten und verletzlichen Gruppen gelten.»

Dafür steht der Organisation in diesem und im nächsten Jahr ein Etat von 4,2 Milliarden US-Dollar (2,7 Milliarden Euro) zur Verfügung. Die Gesundheit hängt laut WHO von zahlreichen Faktoren ab: Wirtschaft, Landwirtschaft, Lebensmittelsicherheit, Sozialgefüge und Bildung, aber auch Handel, Energie oder Verkehr. Beschäftigte sich die WHO in ihren Anfangsjahren noch vorwiegend mit dem Kampf gegen Epidemien, strebt sie nun Verbesserungen in allen Bereichen an.

Damit kommt ihr nach eigenem Verständnis eine weitaus größere Rolle zu als nur die Überwachung der Ausbreitung von Krankheiten oder Schutzimpfungen. Es geht der Organisation auch um die Stärkung der Gesundheitssysteme in den einzelnen Ländern und Regionen. Dieser Standpunkt findet nicht überall einen gleich positiven Widerhall, da die WHO damit auch in nationale Befindlichkeiten eingreift.

Mit der Chinesin Chan, die vor ihrem Amt in Genf den ersten Vogelgrippeausbruch 1997 sowie die Lungenkrankheit SARS in Hongkong 2003 überwachte, wurden weitere Gesundheitsprogramme gestartet. Die WHO setzt weltweite Standards zum Beispiel für Medikamente oder Trinkwasserqualität und erforscht die Zusammenhänge zwischen Umwelt, Klimawandel und Gesundheit.

Schon Chans Vorgängerin, die Norwegerin Gro Harlem Brundtland, hatte versucht, das Image der Organisation gründlich aufzupolieren. Unter der zehnjährigen Führung des umstrittenen Japaners Hiroshi Nakajima war der WHO zuvor vor allem Missmanagement und Inkompetenz vorgeworfen worden. Viele Hilfsorganisationen hatten in dieser Zeit ihre eigenen Gesundheitsprogramme aufgelegt. Anstatt die Führungsrolle bei der Aids-Bekämpfung zu beanspruchen, ließ Nakajima die Einrichtung einer neuen Behörde (UNAIDS) zu, an der die WHO bis heute nur als eine von vielen Organisationen beteiligt ist.

Dennoch kann die WHO auf bemerkenswerte Erfolge zurückblicken; der spektakulärste war die Ausrottung der Pocken 1980. Ohne das umfangreiche Impfprogramm wären bis heute weitere 40 Millionen Menschen an Pocken gestorben. Bis Ende 2008 sollte die Kinderlähmung ausgerottet sein - ein Ziel, das nicht mehr erreicht werden kann.

Die WHO überwacht die Meldepflicht ansteckender Krankheiten und initiiert die Entwicklung neuer Impfstoffe, wie beim Auftauchen der Vogelgrippe in Hongkong. Ihrer Befürchtung, dass eine weltweite Epidemie (Pandemie) ausbrechen könnte, wenn ein neuer Virus-Subtyp aufträte, der Menschen infizieren und sich von Mensch zu Mensch ausbreiten kann, setzt sie ihre ganze internationale Vernetzung - auch mit Pharmakonzernen - entgegen. Gegenwärtig breitet sich das aggressive H5N1-Virus noch nicht von Mensch zu Mensch aus, aber bisher sind schon 238 Menschen an der Vogelgrippe gestorben.

Als großer Erfolg wird das noch von Brundtland initiierte erste WHO-Rahmenübereinkommen zur Gesundheitsvorsorge angesehen, die 2003 verabschiedete Anti-Tabak-Konvention. Die WHO muss aber auch hier einräumen, dass von den bisher 150 Teilnehmerstaaten nicht ein einziger alle geforderten Maßnahmen zur Kontrolle des Tabakkonsums, wie Steuererhöhungen oder rauchfreie Zonen, erfüllt hat.

<http://www.szon.de/> - Schwäbische Zeitung vom 7. April 2008

Steigert HIV-Medikament das Herzinfarkt-Risiko?

Es gibt Zweifel an der Langzeitsicherheit des HIV-Reverse-Transkriptase-Hemmers Abacavir: Es zeigte sich, dass Abacavir und das seltener verwendete Medikament Didanosin in Zusammenhang mit einem erhöhten Myokardinfarktrisiko stehen.

Der Erfolg der antiretroviralen HIV-Therapie bedeutet, dass die meisten mit HIV infizierten Personen für den Rest ihres Lebens eine Kombination verschiedener Medikamente einnehmen (gewöhnlich ein Protease-Inhibitor und ein Nucleosid-Reverse-Transkriptase-Inhibitor [NRTI]). Bisherige Studien versuchten die Langzeitauswirkungen dieser Medikamentenklassen zu untersuchen, besonders im Hinblick auf kardiovaskuläre Effekte. Die Aufmerksamkeit war hierbei vor allem auf Protease-Inhibitoren und ihre möglichen Auswirkungen auf ein erhöhtes Herzinfarktrisiko gerichtet.

Jens Lundgren vom Rigshospitalet und der Universität Kopenhagen und seine Kollegen verwendeten Daten der D:A:D-Studie, um kumulative, neuere (aktuelle oder aus den letzten sechs Monaten) oder ältere Verwendung der NRTIs Zidovudin, Didanosin, Stavudin, Lamivudin und Abacavir und die Entwicklung von Herzinfarkten bei 33 347 Patienten zu untersuchen. Anpassungen bezüglich kardiovaskulärer Risikofaktoren, die wohl kaum durch die antiretrovirale Therapie beeinflusst werden, wie zum Beispiel das individuelle kardiovaskuläre Risikoprofil, wurden vorgenommen.

Keine Verbindung wurde gefunden für die Zahl der Herzinfarkte und die kumulative oder kürzliche Anwendung häufig verwendeter NRTIs Zidovudin, Stavudin oder Lamivudin. Die kürzliche - jedoch nicht kumulative - Einnahme von Abacavir oder Didanosin war mit einem erhöhten Herzinfarktrisiko assoziiert: beinahe eine Verdopplung des Risikos für Abacavir und beinahe um die Hälfte erhöhtes Risiko für Didanosin. Individuen, die die Einnahme dieser Medikamente vor sechs Monaten oder länger gestoppt hatten, zeigten kein erhöhtes Herzinfarktrisiko als Personen, die noch nie diese Medikamente eingenommen hatten.

Die Forscher vermuten, dass die zu Grunde liegenden biologischen Mechanismen, die zu kardiovaskulären inflammatorischen Reaktionen führen, verantwortlich für die erhöhte Häufigkeit von Herzinfarkt durch Abacavir und Didanosin sind.

nosin sind, obwohl noch weitere Forschungsarbeit auf diesem Gebiet nötig ist.

Professor Lundgen erklärt: "Abacavir wird momentan häufig als Teil eines antiretroviralen Therapieregimes verwendet, während Didanosin nicht so häufig eingesetzt wird. Unsere Ergebnisse werfen ein klinisches Dilemma auf: Sollen die Ärzte einfach nur ihre Aufmerksamkeit bezüglich der möglichen Herzinfarkttrisiken erhöhen, ohne die Anwendung von Abacavir und Didanosin zu verändern, solange sie auf weitere Daten warten? Oder sollten alle oder einige Patienten, die diese Medikamente einnehmen, angewiesen werden die Einnahme zu überdenken? Wenn entschieden wird, die Einnahme eines der beiden Medikamente zu überdenken, dann sollte eine umfassende Analyse der möglichen Risiken und Vorteile einer ständigen Einnahme gemacht werden. Eine solche Untersuchung muss für jeden Patienten individuell angefertigt werden und sollte die vorhandenen Risikofaktoren für Myokardinfarkt mit in Betracht ziehen, die Verfügbarkeit anderer Therapieoptionen im Hinblick auf frühere Behandlungen und HIV-Resistenz-Tests und das Sicherheitsprofil alternativer HIV-Medikamente."

Gleichzeitig wurde eine Mitteilung von GlaxoSmithKline (GSK) veröffentlicht, dem Hersteller von Abacavir. Sie erklären, dass ihre eigenen Analysen von 54 Studien keine Hinweise auf ein erhöhtes Herzinfarktisiko durch Abacavir zeigten. Dr. Didier Lapiere von GSK erklärt: "Wir konnten kein Ergebnis finden, das mit der D:A:D-Studie übereinstimmt. GSK nimmt die Ergebnisse der D:A:D-Studie ernst, setzt sich für ein besseres Verständnis dieser Daten ein und kommuniziert offen mit behandelnden Ärzten und regulatorischen Behörden weltweit."

In einem begleitenden Kommentar diskutieren James Stein von der University of Wisconsin School of Medicine and Public Health und Judith Currier von der University of California David Geffen School of Medicine in den USA die klinischen Auswirkungen der Studienergebnisse und der Antwort von GSK. Sie erklären: "Generell sollten Ergebnisse von Beobachtungsstudien nicht zu Veränderungen der klinischen Praxis führen, besonders nicht ohne Bestätigung. In diesem Fall kann jedoch das Ausmaß der Risikosteigerung für Myokardinfarkt bei dieser Personengruppe mit hohem Risiko für koronare Herzerkrankungen nicht ignoriert werden. Bei diesen Individuen (etwa sechs Prozent der D:A:D-Kohorte) würde in fünf Jahren ein zusätzlicher Herzinfarkt bei jedem 11. Abacavir-Patienten und bei jedem 20. Patienten unter

Didanosin-Behandlung erwartet. Auf Basis dieses Risikos sollten Alternativen zu Abacavir und Didanosin bei Hochrisikopatienten in Betracht gezogen werden. Dennoch sollte die Entscheidung, die antiretrovirale Therapie zu verändern, vorsichtig getroffen werden."

Sie erklären, dass die Analyse von GSK "nicht darauf angelegt ist, wichtige Unterschiede festzustellen: Sie basiert nur auf 18 Myokardinfarkten, und die Einschränkungen von Zusammenfassungen gepoolter Daten für ungewöhnliche Vorfälle bei Studien, die nicht darauf ausgerichtet sind, sie zu finden, sind mithin bekannt. Weil koronare Vorfälle in diesen formalen Wirksamkeitsstudien zu antiretroviralen Therapien nicht zu erkennen waren, ist die Interpretation der Häufigkeiten von koronaren Vorfällen schwierig. Vorhandene Daten zu koronaren Herzerkrankungen aus klinischen Studien, wie zum Beispiel denen im Cutrell-Report, sollten zur Begutachtung eingereicht werden, damit ihr Design und ihre Analyse im Detail beschrieben und ihre Schlussfolgerungen vollumfänglich interpretiert werden können."

Quelle: D:A:D Study Group. Use of nucleoside reverse transcriptase inhibitors and risk of myocardial infarction in HIV-infected patients enrolled in the D:A:D study: a multi-cohort collaboration. *Lancet* 2008; 371: 10.1016/S0140-6736(08)60423-7

<http://www.thelancet.com> – The Lancet vom 7. April 2008

Knoblauchextrakte vermindern Wirkung von HIV-Medikament

Bonn – Die Einnahme von Knoblauchzubereitungen kann die Wirkstoffkonzentration des Protease-Inhibitors Saquinavir senken und damit die Wirkung der antiretroviralen Therapie gefährden. Davor warnt jetzt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Es verbietet zwar nicht die Einnahme von Knoblauchzubereitungen, fordert in den Fachinformationen jedoch regelmäßige Therapiekontrollen für die Anti-HIV-Medikation.

Die Interaktion von Saquinavir und Knoblauchzubereitungen wurde bereits vor fünf Jahren in *Clinical Infectious Diseases* (2002; 34: 234–238) beschrieben. Die Gruppe um Judith Falloon vom US-National Institute of Allergy and Infectious Diseases in Bethesda/Maryland hatte damals eine pharmakokinetische Studie an neun gesunden Probanden (HIV-negativ) durchgeführt, die etwa drei Wochen lang eine Knoblauchzubereitung und Saquinavir einnahmen. Die Tagesdosis enthielt Alliin und Allicin

in etwa in der gleichen Menge wie zwei Knoblauchzehen von je vier Gramm.

In der Studie führte die gleichzeitige Gabe von Knoblauch-Kapseln (zweimal täglich) und 1.200 Milligramm Saquinavir (dreimal täglich) acht Stunden nach Einnahme zu einer Abnahme der Wirkstoffmenge im Blut (Area Under the Curve, AUC) für Saquinavir um durchschnittlich 51 Prozent und zu einer Abnahme der mittleren minimalen Konzentration im Steady State (trough level) um 49 Prozent. Die mittleren maximalen Wirkstoffspiegel (Cmax) von Saquinavir sanken um 54 Prozent. Nach einer zehntägigen Auswaschphase ohne Einnahme des Knoblauchpräparats waren die oben genannten Parameter immer noch deutlich (30 bis 40 Prozent) erniedrigt. Wechselwirkungen zwischen knoblauchhaltigen Arzneimitteln und anderen Protease-Inhibitoren wurden nicht festgestellt.

Ursache der Interaktion ist vermutlich eine Induktion des CYP450-Enzymsystem in der Leber, was eine beschleunigte Elimination von Saquinavir zur Folge hat. Die Interaktion tritt selbstverständlich auch nach dem Verzehr von Knoblauchzehen auf. Das BfArM nennt einen Grenzwert von 0,8 Gramm, was einem Zehntel der in der Studie verwendeten Dosis entspricht. Bei einer solchen Dosis sei mit klinisch relevanten Wechselwirkungen nicht mehr zu rechnen, schreibt das BfArM. Die Menge von 0,8 Gramm entspricht dem fünften Teil einer Knoblauchzehe, so dass sich auch Liebhaber dieser Gewürznelken Gedanken über mögliche Interaktionen machen sollten.

Viele HIV-Patienten sind von den positiven gesundheitlichen Wirkungen von Alliin und Alicin oder Knoblauch überzeugt. Das BfArM verweist in diesem Zusammenhang auf eine Publikation von Lee et al. (Clinical Infectious Diseases 2006; 43: 1052–9). Danach soll in den USA jeder dritten HIV-Patient gleichzeitig mit der antiretroviralen Therapie Knoblauchzubereitungen einnehmen.

<http://www.aerzteblatt.de/> - Deutsches Ärzteblatt vom 8. April 2008

Ärzte sollen sensibilisiert werden

Die Wiener Ärztekammer setzt verstärkt auf Aufklärung beim Thema HIV und AIDS. Experten schätzen, dass derzeit in Wien etwa 6.000 Menschen infiziert sind. Ärzte sollen auf das Thema sensibilisiert werden.

Kein "Randgruppen"-Thema

Jedes Jahr infizieren sich mehrere Hundert Menschen mit HIV. In Wien gab es allein im vergangenen Jahr mehr als 260 Neuinfizierte.

HIV sei mittlerweile schon lange nicht mehr ein Problem, das nur eine bestimmte Bevölkerungsgruppe betrifft, so Dennis Beck, Obmann der AIDS-Hilfe Wien. Es seien alle, nicht nur Homosexuelle und Drogenabhängige, betroffen. Mehr als die Hälfte der Ansteckungen würde bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr passieren.

Bewusstsein schaffen

Zielgruppe der neuen Ärztekammer-Initiative sind nun vor allem Ärzte, die für mehr Bewusstsein in der Bevölkerung sorgen sollen, sagte Ärztekammerpräsident Walter Dörner. Allgemeinmediziner, Dermatologen, Pulmologen und Gynäkologen wurden mit Foldern und Plakaten ausgestattet. Sie enthalten Informationen über mögliche Infektionswege und Vorsichtsmaßnahmen, zum HIV-Test sowie die Kontaktdaten der AIDS Hilfe Wien.

Die Ärzte sollen selbst auf das Thema sensibilisiert werden. Dadurch soll es gelingen, Infektion möglichst früh zu erkennen. Derzeit werde man nämlich oft erst viel zu spät auf diese Krankheit aufmerksam.

Diagnose oft erst Jahre später

"Bei 30 Prozent der HIV-infizierten Menschen wird die Erkrankung erst fünf bis zehn Jahre nach der Infektion diagnostiziert", so Brigitte Schmied, Präsidentin der Österreichischen Aidsgesellschaft.

Zu diesem Zeitpunkt bestünde dann bereits ein schwer geschädigtes Immunsystem, Therapien und Nebenwirkungen seien problematischer und ein Therapieerfolg könne nur in einem geringeren Prozentsatz der Behandelten erzielt werden.

Workshops für Jugendliche

Zudem sollen Schüler in Workshops speziell über dieses Thema informiert werden. Auch ein Kunstprojekt mit der AIDS-Hilfe Wien ist geplant. Schüler aus den Oberstufen sollen das Thema "HIV/AIDS" künstlerisch-kreativ gestalten. Die besten Arbeiten werden von einer Jury ausgewählt und bei einer Veranstaltung Ende Juni ausgezeichnet.

<http://wien.orf.at/> - ORF Meldung vom 9. April 2008

Projekte des HIVCENTERS erhalten Fördermittel und Forschungspreis

Dr. Tessa Lennemann nimmt auf den Münchner AIDS-Tagen 2008 in Berlin den mit 30.000 Euro dotierten "Gilead HIV Clinical Cooperation Grant 2008" entgegen. DAAD fördert Afrika-Kooperation des HIVCENTERS am Frankfurter Uniklinikum mit 100.000 Euro. Mitarbeiterin gewinnt den mit 30.000 Euro dotierten "Gilead Clinical Cooperation Grant 2008".

Gleich drei Projekte des HIV-Schwerpunktes am Klinikum der J.W. Goethe-Universität unter der Leitung von Professor Dr. S. Staszewski sind im 1. Quartal 2008 mit größeren Förderungssummen ausgezeichnet worden. Die Afrika-Initiative des HIVCENTERS erhielt im Rahmen des Ärzteprogramms des DAAD (Deutscher Akademischer Austauschdienst) 100.000 Euro sowie eine Förderung über 200.000 Euro durch die Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ). Frau Dr. Tessa Lennemann, Ärztin am HIVCENTER, hat zudem für ihr Engagement in der Forschung zur HIV-Therapie in Entwicklungsländern auf den Münchner AIDS-Tagen 2008 in Berlin den mit 30.000 Euro dotierten "Gilead HIV Clinical Cooperation Grant 2008" erhalten.

Förderung der Afrika-Initiative

Schon seit Jahren arbeitet das HIVCENTER, das am Frankfurter Uniklinikum in die Medizinische Klinik II des Zentrums der Inneren Medizin integriert ist, im Rahmen seiner Afrika-Initiative mit Entwicklungsländern zusammen, um die Versorgung von HIV-infizierten Menschen zu verbessern.

Seit 2005 unterhält das Center eine Klinikkooperation mit der KARABONG Klinik des Mafeteng Government Hospital in Lesotho, aus der inzwischen ein Netzwerk mit vielen Partnern aus Südafrika, Lesotho und Deutschland entstanden ist. Dieses Netzwerk, das "International Partnership on HIV", verbindet das Engagement des HIVCENTERS mit der Hochschulpartnerschaft zwischen der Medizinischen Fakultät der J. W. Goethe-Universität und der Medizinischen Fakultät der Universität Stellenbosch. Zudem arbeiten seine Mitglieder interdisziplinär mit dem Zentrum für Interdisziplinäre Afrikaforschung (ZIAF) der J.W. Goethe-Universität zusammen. Ziel ist neben der Ausbildung des lokalen Gesundheitspersonals und der Infrastrukturentwicklung die angepasste klinische Forschung im Bereich der HIV-Therapie, durch die neueste wissenschaftliche Erkenntnisse schnell auch den am schwersten von der Pandemie betroffenen Entwicklungsländern zugute kommen sollen.

Sehr erfolgreich wurde zu Beginn der Klinikkooperation 2005 das "stART up" Projekt durchgeführt, bei dem eine Delegation aus Lesotho am HIVCENTER in Frankfurt über einen Zeitraum von drei Monaten von dem internationalen Wissenstransfer profitieren konnte. PIMA (Patients in Mafeteng on Antiretroviral Therapy), eine epidemiologische Studie in Kooperation mit der KARABONG Klinik und dem Institut für Virologie der Universitätsklinik, sollte zudem die Wirksamkeit der in Lesotho zur Verfügung stehenden HIV-Medikamente untersuchen und diente darüber hinaus zwei Medizinstudenten aus Frankfurt als Promotionsthema. "Durch die Förderung des DAAD, der GTZ und der Industrie können wir die Kooperation unseres HIVCENTERS mit den Partnern in Afrika intensivieren und ausweiten und nun endlich auch prospektive, klinische Studien durchführen", freut sich Dr. Tessa Lennemann, die das internationale Engagement des HIVCENTERS leitet.

Durch die synergistische Förderung durch GTZ und DAAD kann das HIVCENTER vielschichtige Projekte durchführen. Während die Förderung der GTZ auf die Ausbildung von Pflegepersonal, Infrastrukturverbesserung und Forschung zielt, unterstützt das Ärzteprogramm des DAAD durch Wochenendseminare und Sommerschulen die fachliche Weiterbildung des ärztlichen Personals. Mit den Fördermitteln können auch Studierende in Deutschland im Rahmen von Doktorarbeiten, Famulaturen und Tertialen im Praktischen Jahr eingebunden werden. Besonders unterstützt werden auch Studenten aus Entwicklungsländern, die ihr Fachwissen an deutschen Hochschulen erwerben. Eine Verlängerung der Förderungsdauer wird angestrebt. "Wir freuen uns sehr, dass die internationale Arbeit des HIVCENTERS durch den DAAD und die GTZ gewürdigt und finanziell unterstützt wird", sagt Prof. Dr. H. Serve, Direktor der Medizinischen Klinik II am Zentrum der Inneren Medizin.

Gilead HIV Clinical Grant 2008

Für ihr herausragendes Forschungskonzept einer neuen, an die Bedürfnisse der Entwicklungsländer angepassten HIV-Therapie hat Dr. Tessa Lennemann Mitte März auf den 12. Münchner AIDS-Tagen in Berlin den "Gilead HIV Clinical Grant 2008" erhalten. Den mit 30.000 Euro dotierten Preis nahm sie stellvertretend für das Team des HIVCENTERS entgegen. Sie erhielt die Förderung für ihre Arbeit als Projektleiterin der SALT-Studie (Single Class Antiretrovirals in Lesotho Trial). Die Studie ist eine

von zwei kontrollierten klinischen Studien, die die afrikanischen Partner zusammen mit dem HIVCENTER zur Zeit durchführen, und untersucht die Möglichkeiten eines ressourcensparenden Einsatzes einer antiretroviralen HIV-Therapiestrategie in Entwicklungsländern. Erprobt werden soll die Effektivität einer HIV-Erstlinien-Therapie, die aus einer Kaskade von nukleosidischen Reverse-Transkriptase-Hemmern besteht. So hofft man, die Gesamtdauer einer effektiven HIV-Therapie zu verlängern und den HIV-infizierten Menschen in Lesotho ein längeres Überleben mit HIV zu ermöglichen.

<http://www.kgu.de> - Klinikum der JW Goethe-Universität
Frankfurt am Main - Pressemeldung vom 9. April 2008

Impressum

Praxis Psychosoziale Beratung

Heidestraße 24

60316 Frankfurt am Main

Tel. 069 / 449228

Fax. 069 / 435879

Email: info@praxis-psychoziale-beratung.de

Informationen zum HIVCENTER der JW Goethe-Universität finden Sie unter

⇒ <http://www.hivcenter.de/>

Die HIV AIDS Infos Online finden Sie online unter

⇒ <http://praxis-psychoziale-beratung.de>

Die *HIV AIDS Infos Online* werden unterstützt von:

