

H
I
V
A
I
D
S
S
I
N
F
E
S
S
E
N

Vorbemerkung.....	3
Bürger zeigen Profil und spenden für die Festschrift	3
Rückgang der Sterblichkeit von HIV-Patienten	4
Konsenspapier zur Infektiosität bei Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze.....	5
Drogenabhängige berauschen sich mit Aids-Medikamenten	5
<i>Stellungnahme</i> : Frühes virologisches Versagen in der Ersttherapie.....	6
UNAIDS gründet internationales Task Team.....	6
Menschen mit HIV und AIDS von Armut betroffen	8
Suche nach schützendem Vaginalgel	9
Aufwändige HIV-Therapie nicht unbedingt wirksamer	9
Anti-HIV-Gel Test erfolglos gestoppt.....	10
Roche gibt Aids-Forschung keine Chance	11
HIV-Einreiseverbot in die USA fällt.....	11
Welt-Aids-Kongress in Mexiko	11
Nef schützt infizierte Affen vor T-Zellverlust.....	12
Gilead startet klinische Phase III Studie von Elvitegravir.....	13
EKAF unterschätzt HIV Infektionsrisiko	14
Aids-Zahlen sind auf inakzeptabel hohem Niveau	15
Raltegravir hält HIV langfristig in Schach	16
Keine Besserung der Lipodystrophie durch Switch	17
Forscher stoppen Ausbreitung von HIV in Mäusen	17
Heilung hat Forschungspriorität	18
Firstline-Therapie mit Raltegravir.....	18
HIV-Vermeidung durch drastische Änderung des risikoreichen Verhaltens.....	19
Genom von HI-Viren lässt sich gezielt aus Immunzellen schneiden	20
Was ist die Ursache für den Anstieg der Neuerkrankungen?	21
Zusammenfassung World AIDS Conference 2008 online!	21
Ministerin startet Info Kampagne für Schwangere.....	21
Therapie der fazialen Lipoatrophie wird Kassenleistung	22
Ärzte bieten in Scenetreffs Beratung und HIV-Schnelltests an.....	22
Medienpreis der Deutschen AIDS-Stiftung 2007/2008.....	23
Schweizer Statement bleibt ohne Folgen.....	23
Resistenzentwicklung während der ersten HIV-Therapie	23
Weniger HIV Infizierte in Südafrika.....	24
"Positive Begegnungen" 2009.....	25
Neuer Gentest zur HIV Resistenztestung	25
Malaria und HIV	26
HIV-Übertragung bald durch HSV-2-Suppression vermeidbar?.....	26
Tipranavir bei vorbehandelten Kindern.....	28
Wieder mehr HIV-Neuinfektionen in New York	29
Veränderte Vaginalflüssigkeit macht Frauen HIV-resistent.....	29
Neuer NNRTI zugelassen.....	30

HIV

Eine Monatspritze als HIV-Therapie?	30
SMART news: Risikoverhalten nicht situationsadaptiert	31
Aufklärung zur Eindämmung von HIV-Infektionen in Beijing notwendig.....	32
Über eine Million Aids-Tote in Uganda seit 1982	32
HIV-Transmission unter der Nachweisgrenze - Und es gibt sie doch.....	32
KV Berlin fürchtet um HIV-Behandlung.....	33
Erklärung für schlechte CD4 Erholung unter HIV-Therapie gefunden?.....	34
Dramatischer Anstieg der Infektionen in Australien.....	34
Gründe gegen Kriminalisierung der HIV-Transmission	35
Impressum.....	36

AIDS S N S

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/>

Bürger zeigen Profil und spenden für die Festschrift

Aids-Hilfe Offenbach besteht seit 20 Jahren.

Offenbach - "Die Aids-Hilfe ist in der Normalität angekommen." Bernd Aretz, Vorstandsmitglied des Vereins, der in diesem Jahr sein 20-jähriges Bestehen feiert, weiß, dass es eine hohe Akzeptanz gibt und die Arbeit anerkannt ist. Und tatsächlich scheinen die Schwellenängste zu schwinden, weil sich die Aids-Hilfe (AH) intensiv um Kontakte zu Schulen, ausländischen Kulturvereinen und Migrantenorganisationen bemüht und sich auch dort vorstellt. "Beim Mainuferfest haben auch viele muslimische Familien bei uns am Stand Luftballons für ihre Kinder geholt, das hätte es früher nicht gegeben."

Anlässlich des Jubiläums soll es ein buntes und weithin sichtbares Zeichen in der Innenstadt geben: In der Fußgängerzone auf Höhe des Vereinsdomizils in der Frankfurter Straße 48 soll während der Interkulturellen Wochen im September ein zwölf Meter breites Banner hängen.

Das bundesweite AH-Motto "Ich weiß, was ich tu" wird dabei ergänzt um die Aussage "Ich weiß, wo ich herkomm", die sich in 27 Sprachen und zwölf verschiedenen Schriftbildern darauf wiederfinden soll. Einen Sponsor hat der Verein übrigens kürzlich beim ersten Marktplatz für Unternehmen und gemeinnützige Organisationen aufgetan: Die Offenbacher Berthold Druck und Direktwerbung GmbH hat versprochen, das Großtransparent zu fertigen.

Eine andere Aktion ist Werbung für die Organisation und Spendenakquise in einem: Von Flugblättern im DIN-A4-Format lächeln einem jede Menge Gesichter entgegen: Offenbacher Politprominenz, mehr oder weniger bekannte Bürger und Sympathisanten der AH aus allen Teilen des Landes. Mit der Spende von fünf Euro für ein Einzelbild und zehn Euro für Gruppenbilder soll eine Festschrift finanziert werden, deren Kosten auf rund 2000 Euro geschätzt wird. Der erweiterte Jahresbericht will sich auch befreundeten Organisationen widmen: Zu diesem inzwischen entstandenen engen Netzwerk gehören etwa Pro Familia oder das Suchthilfenzentrum Wildhof.

Spätestens zum öffentlichen Jubiläumsfest am 29. November im Kulturzentrum Sandgasse 26 soll das Werk vorliegen: Im Vorfeld des Weltaidstags am 1. Dezember will man mit Kabarett, Musik und einigen Festreden feiern.

Unter dem Aufruf "Wir unterstützen die Aids-Hilfe Offenbach - Machen Sie mit!" lächelt einem etwa das Konterfei von Bürgermeisterin Birgit Simon, Oberbürgermeister Horst Schneider oder Rosita Nenno, der stellvertretenden Leiterin des Deutschen Ledermuseums, entgegen. Die AH nimmt druckfähige Bilder per Mail oder als Ausdruck zum Scannen an. Wer kein Foto hat, geht zu Foto Woehl an der Frankfurter Straße 48, der das Projekt unterstützen.

"Von meiner Bäckersfrau bis zur Politprominenz machen da völlig unterschiedliche Leute mit", sagt Aretz: "Eine solche Aktion wäre vor ein paar Jahren undenkbar gewesen."

Der stetige Wandel bei der AH ist eigentlich Programm, glaubt Michael Lämmert, der seit 1995 als Hauptamtlicher für den Verein arbeitet:

Nicht zuletzt die Therapien, die es vielen Betroffenen ermöglichen, trotz Erkrankung relativ lange stabil leben zu können, haben immer neue Angebote erfordert. Dazu gehört etwa die Malgruppe von Positiven und Menschen ohne HIV, die vorurteilsfreie Begegnung ermöglicht und sinnvolle, kreative Beschäftigung. Die Entdeckung der schwulen Szene, um diese aus der Schmutzdecke herauszuholen, und die Betreuung von Homosexuellen-Treffpunkten auf Parkplätzen stehen für ein neues Selbstbewusstsein.

Der Sonntagsbrunch sowie ein Positivencafé bieten unkomplizierte Gelegenheiten, andere Menschen zu treffen und der Isolation zu entgehen - schließlich gibt es auch Rückschläge beim Leben mit der Krankheit. "Das Ankommen in der Normalität bedeutet nicht, dass wir das Problem bagatellisieren", warnt Lämmert.

Deswegen ist Beratung und Betreuung noch immer das Hauptgeschäft: Auch wenn die Finanzierung der Geschäftsstelle jedes Jahr wieder ein Kraftakt ist, so steigt der Bedarf kontinuierlich: Im Jahr 2006 suchten 688 Personen in 2.002 Gesprächen Rat und Unterstützung.

Wer die Aktion der Aids-Hilfe unterstützen möchte, füllt den bunten Handzettel aus, der an vielen Stellen ausliegt oder meldet sich unter Tel. 069 / 883688. Spendenkonto: 5902525, BLZ 50550020, Sparkasse Offenbach.

<http://www.op-online.de/> - Offenbach Post vom 27. Juni 2008

Rückgang der Sterblichkeit von HIV-Patienten

London – Die Sterblichkeit von HIV-Patienten ist seit der Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) stetig zurückgegangen. Nach einer Publikation im amerikanischen Ärzteblatt (JAMA 2008; 300: 51-59) ist das Sterberisiko in den ersten fünf Jahren der Therapie nicht mehr höher als in der Normalbevölkerung - außer bei Drogenabhängigen. Langfristig lässt sich ein Anstieg der Sterblichkeit vor allem bei älteren Patienten nicht ausschließen.

Seit 1997 sammelt das Concerted Action on Seroconversion to AIDS and Death in Europe oder CASCADE-Consortium Daten zu HIV-Patienten. Die Datenbank, die vom Medical Research Council (MRC) in London betreut wird, verfügt mittlerweile über Einträge zu 16.534 Patienten von 23 Kohorten aus zwölf Ländern (darunter Deutschland). Wie Krishnan Bhaskaran vom MRC mitteilt, sind inzwischen 2.571 Patienten gestorben. In einer gleichaltrigen

Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung wären 235 Todesfälle zu erwarten gewesen.

Etwa die Hälfte der Todesfälle trat indes vor 1996 auf, also vor der Einführung von HAART, welche den Patienten erstmals eine langfristige Überlebensperspektive eröffnete. HAART hat auch dazu geführt, dass die Übersterblichkeit („excess mortality rate“) deutlich zurückgegangen ist: von 40,8/1000 Personenjahre vor 1996 auf 6,1/1000 Personenjahre in den Jahren 2004 bis 2006.

Diese weiter bestehende Übersterblichkeit ist nicht allein Folge der HIV-Infektion, da viele Infizierte i.v.-drogenabhängig sind und diese Personen aus anderen Gründen ein erhöhtes Sterberisiko haben. Nach den CASCADE-Daten war die Übersterblichkeit von HIV-infizierten Drogenkonsumenten 2004/6 insgesamt 3,7-fach höher als bei HIV-infizierten männlichen Homosexuellen.

HAART kann heute die Immunschwäche Aids verhindern – allerdings nur, solange die Patienten die Medikamente regelmäßig einnehmen und Resistenzen das therapeutische Potenzial nicht erschöpfen. Die Medikamente sind jedoch nicht frei von Risiken und einige stehen in dem Verdacht langfristig das kardiovaskuläre Risikoprofil zu verschlechtern.

Um diese Frage zu klären, ist die CASCADE-Studie noch zu jung. Immerhin: In den ersten fünf Jahren der Therapie ist die Sterblichkeit gegenüber der Normalbevölkerung heute nicht mehr erhöht. Im Zeitraum bis zu zehn Jahren war indes eine Übersterblichkeit erkennbar. Dies will allerdings nicht viel heißen, da die Analyse noch viele Patienten enthält, die sich bereits vor Einführung von HAART infiziert haben.

Anlass zur Sorge bietet vielleicht eine Aufgliederung der Übersterblichkeit nach dem Alter der Patienten. Bei Patienten, die sich nach dem 45. Lebensjahr HIV-infiziert haben, ist mit der Dauer der Therapie ein zunehmender Anstieg der Übersterblichkeit zu erkennen. Diese Patienten befinden sich in einem Alter, in dem sich eine Verschlechterung des kardiovaskulären Risikoprofils am schnellsten auswirken könnte. Bei den jüngeren Patienten war indessen mit zunehmender Dauer der Infektion (noch?) kein Anstieg der Übersterblichkeit erkennbar.

<http://www.aerzteblatt.de/> – Deutsches Ärzteblatt vom 2. Juli 2008

Konsenspapier zur Infektiosität bei Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze

Stand der Dinge: Am 26. Februar 2008 hat auf Einladung der Deutschen AIDS-Gesellschaft und der Deutschen AIDS-Hilfe in Berlin eine Expertenkommission getagt, um ein deutsches Konsenspapier – sozusagen die deutsche Antwort auf die EKAF Stellungnahme – zu verfassen.

Vorausgegangen war am 16. November 2007 eine kleine Arbeitsgruppe, die eine erste DAH-verbandsinterne Meinungsbildung zu dem damals noch nicht veröffentlichten EKAF-Papier initiierte. Zwischenzeitlich hat es intensive Diskussionen und Auseinandersetzungen gegeben. Veranstaltungen wie etwa die Münchner AIDS-Tage zu Gast in Berlin waren notwendig, um die Debatte entwickeln zu können und nach dem ersten „Schock“ haben sich die Gemüter beruhigt was der Diskussion sehr gut bekommt. Nun wächst der Druck, dieses Papier endlich fertig zu stellen und zu veröffentlichen. Da diese Expertenkommission kein Pressereferat hat, ist die Kommunikation über den Bearbeitungsstand zugegebenermaßen etwas schwierig.

Derzeit ist aufgrund der Veränderungen in der Diskussion eine komplette Umarbeitung der schon fast veröffentlichungsfähigen ersten Fassung in der Arbeit. Diese Fassung wird für den Alltagsgebrauch deutlich nutzbringender sein, als es die erste Fassung war. Die Expertenkommission bittet daher, den laufenden Prozess abzuwarten und erinnert daran, dass die EKAF etwa acht Monate gebraucht hat, um zu einer veröffentlichungsfähigen Fassung zu kommen. Man kann sicherlich trefflich darüber streiten, ob es sinnvoll war, vor einer verbandsinternen Positionsentwicklung ein Konsenspapier aller im HIV-Bereich Beteiligten Organisationen und Institutionen anzufertigen. Egal wie man diese Strategie einschätzt, in einem sehr konstruktiv laufenden Prozess die Strategie zu wechseln, macht allerdings wenig Sinn. Zwischenzeitlich hat der Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe entschieden, die innerverbandliche Meinungsbildung – parallel zur laufenden Erstellung des Konsenspapiers – weiter zu befördern und auf die nächste Stufe zu heben.

Seit Mitte letzten Jahres hat die DAH in dem Projekt „Medizinische Rundreise“ ja bereits einen Schwerpunkt auf den Themenbereich „Neues aus der Grundlagenforschung – Neue Präventionsansätze“ gelegt und wie die Nachfrage überdeutlich beweist, die Bedürfnisse in den AIDS-Hilfen vor Ort auf den Punkt getrof-

fen. Nachdem dieser Schwerpunkt sich seit fast einem Jahr ungebrochener Beliebtheit erfreut, wird nun die nächste Stufe eingeleitet. Im Herbst wird es eine zentrale Fachtagung zu diesem Thema geben, auf der die bislang in den einzelnen Mitgliedsorganisationen isoliert abgelaufene Diskussion und Meinungsbildung zusammengeführt werden soll.

Zur Vorbereitung dieses Fachtages und um die innerverbandliche Diskussion zu befördern wurde im letzten Rundbrief der DAH als Diskussionsgrundlage ein Papier zur Viruslast unter der Nachweisgrenze veröffentlicht.

<http://www.hivreport.de/> - HIVReport der Deutschen Aids-Hilfe e.V. – Ausgabe 6/2008

Drogenabhängige berauschen sich mit Aids-Medikamenten

Johannesburg - Aidspatienten aus der Umgebung der südafrikanischen Stadt Durban werden immer häufiger Opfer von Kriminellen. Diese rauben ihnen ihre Medikamente, um daraus Rauschmittel herzustellen.

Ein bei den HIV-Erkrankten lebensverlängernd wirkendes Arzneimittel werde mit Marihuana vermischt und in den Armenvierteln der Küstenstadt an Drogenabhängige verkauft, teilte das örtliche Gesundheitsamt mit. Unter anderem hatten sich mehrere Patienten aus dem Prince Mshiyeni Memorial Krankenhaus südlich von Durban beschwert, dass ihnen Kriminelle auf dem Heimweg einen Hinterhalt stellten. Bei anderen stellten Einbrecher die Wohnung auf den Kopf. «Diese Praxis ist beunruhigend. Eine große Zahl an HIV-Patienten benötigt die staatlich finanzierte Behandlung, um gesund zu bleiben», sagte die Sprecherin des Gesundheitsamts. Sollte sich der Trend fortsetzen, drohten in den Spitälern und Gesundheitszentren die Medikamente auszugehen.

Verkäufe dementiert

Das Gesundheitsamt wies Medienberichte zurück, nach denen medizinisches Personal in den Verkauf der Medikamente verwickelt sein soll. «Alle Medikamente werden in der Spitalapotheke aufbewahrt und nur bestimmte Pfleger haben Zugang dazu», sagte die Sprecherin weiter. Die Mischung aus dem Aids-Medikament Stocrin und Marihuana kann nach Angaben einer südafrikanischen Gesundheitsexpertin tödlich wirken. Sie zerstöre das Immunsystem und vermindere die Abwehrkraft des Körpers. Südafrika hat die weltweit höchste Zahl an HIV-Infizierten. Rund 5,5 der 44 Millionen Einwoh-

ner sind mit der Immunschwächekrankheit infiziert.

<http://www.nachrichten.ch/> - Nachrichten.ch vom 2. Juli 2008

Stellungnahme: Frühes virologisches Versagen in der Ersttherapie

Von Laura Belkien - Marketing Produktgruppe HIV / Onkologie, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

Stellungnahme von Boehringer Ingelheim zum Kommentar der Kombination Truvada + Viramune „Besorgnis erregende Berichte“:

Liebes Autorenteam des HIV Report, im HIV Report 05/2008 wurde über die aktuelle Publikation von Lapadula et al. zum frühen Versagen einer Ersttherapie mit Viramune plus Truvada berichtet. Nach 12 Wochen waren 5 Patienten (nicht 7, wie in HIV Report 05/2008 berichtet) im Viramune plus Truvada Arm. Drei von 5 Patienten zeigten ein virologisches Versagen.

Im Kommentar des HIV Report heißt es, dass es sich um Besorgnis erregende Berichte handle. Bezüglich der ebenfalls zitierten DAUFIN Studie (Rey et al., CROI, Los Angeles, 2007), bei der unerklärliches virologisches Versagen unter Viramune plus Tenofovir und Lamivudin beobachtet wurde, diskutierte Prof. Bonaventura Clotet, Barcelona, dass es sich durchaus um einen Zufallsbefund handeln könne (Clotet B. JAC, 2008). Es konnten keine Hinweise für eine Wechselwirkung zwischen Viramune und Truvada bzw. Tenofovir aufgedeckt werden (Davis C. et al., EACS Madrid, 2008, Breske A. et al, EACS Dublin, 2005). In der TENOR Studie mit Viramune und Truvada (Hartmann M. et al., EACS Dublin 2005) zeigten nur 3 von 73 teils vorbehandelten, teils therapie-naiven Patienten ein virologisches Versagen.

In der Zwischenauswertung (12 Monate) der Anwendungsbeobachtung mit Viramune plus Truvada (Klauke S., BI-Symposium, 12. Münchner AIDS-Tage, Berlin 2008, nicht publiziert) betrug die Anzahl der Patienten, die die Teilnahme nach ärztlicher Einschätzung wegen schlechter Wirksamkeit vorzeitig beendeten zwischen 4,2% bei vorbehandelten und 7,2% bei therapie-naiven Patienten. Bei einer laufenden prospektiven Studie (ARTEN) mit Truvada in Kombination mit Viramune oder Atazanavir bestätigte ein unabhängiges Gremium zur Überwachung der Studiensicherheit (Data Safety Monitoring Board) am 10. März 2008 anhand der Daten von 283 Patienten, dass die Studie unverändert fortgeführt werden soll (The

ARTEN Newsletter, Vol. 9, März 2008, nicht publiziert).

Somit ist Viramune in Kombination mit Tenofovir plus Emtricitabin oder Lamivudin unverändert eine sichere Option für die initiale HIV-Therapie.

Referenzen:

Lapadula G. et al. Risk of early virological failure of once-daily Tenofovir-emtricitabine plus twice-daily nevirapine in antiretroviral therapy-naïve HIV-infected patients. Clin. Infect. Dis. 2008 Apr. 1; 46:1127

Lapadula G. et al. Risk of early virological failure to Tenofovir/emtricitabine once daily plus nevirapine twice-daily in HIV-infected patients naïve to antiretroviral therapy. EACS, Madrid, 2007. Abstract P7.3/10.

Rey D, Schmitt M, Hoisey G et al. Early virologic non-response to once daily combination of lamivudine, tenofovir and nevirapine in antiretroviral naïve HIV-infected patients: preliminary results of the DAUFIN study. CROI, Los Angeles, 2007. Abstract 503.

Davis C. et al., Lack of Pharmacokinetic (PK) Interaction of Tenofovir (TDF) and Emtricitabine (FTC) on Nevirapine (NVP), EACS, Madrid, 2007. Abstract P4.1/03.

Breske A. et al, Nevirapine trough concentrations in HIV-infected patients treated with or without Tenofovir, EACS, Dublin, 2005. Abstract P4.3/10.

Clotet B., Once-daily dosing of nevirapine in HAART. J. Antimicrob. Chemother. 2008 Jan;61(1):13-6.

<http://www.hivreport.de/> - HIVReport der Deutschen Aids-Hilfe e.V. – Ausgabe 7/2008

UNAIDS gründet internationales Task Team

Zu Beginn der HIV-Epidemie in den 80iger Jahren übertrug sich die aufkeimende Ratlosigkeit und Hysterie hinsichtlich der Ausbreitung von HIV rasch auf Gesetzgebung und Politik. Mit Einführung des HIV-Tests wurden in mehr als 100 Ländern unverzüglich Gesetze erlassen, um Menschen mit HIV/AIDS die Einreise zu verweigern. Zahlreiche Länder banden die Gewährung von Visa an einen obligatorischen HIV-Test. Während touristische Aufenthalte in den meisten Ländern keine Probleme bereiten, wird es für Menschen mit HIV schwierig, wenn sie einen Aufenthalt von mehr als drei Monaten Dauer planen. Ein positiver HIV-Test führt automatisch zur Verweigerung der Einreise, was vor allem für Student(innen) und Arbeitssuchende ein großes Problem darstellt.

Einige Länder verweigern die Einreise selbst bei kurzfristigen Aufenthalten. Das beste Beispiel hierfür sind die USA, wo HIV-Positive, die legal einreisen wollen, auch bei touristischen Aufenthalten ihre HIV-Infektion offen le-

gen müssen. Die einzige Möglichkeit der Einreise besteht für sie in der Beantragung eines so genannten „Waiver“ (Ausnahmegenehmigung zur legalen Einreise). Eine „illegale Einreise“ mit Verschweigen der HIV-Infektion hingegen kann eine Ausweisung und ein lebenslanges Einreiseverbot nach sich ziehen, sobald die HIV-Infektion erkannt wird.

Weltweite Umfrage der DAH

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. nimmt sich dieses wichtigen Themas seit 1999 an, als sie eine weltweite Befragung durchführte, um einen Überblick über vorhandene Einreiseverbote erstellen zu können. Das Ergebnis war niederschmetternd: Mehr als 100 Länder hatten diskriminierende Bestimmungen erlassen. Diese Ergebnisse wurden auf verschiedenen internationalen Konferenzen vorgestellt und förderten die Diskussion über den diskriminierenden Charakter solcher Regelungen. Nach mehr als 30 Jahren beginnt sich jetzt langsam die Erkenntnis durchzusetzen, dass diese Gesetze auf Annahmen gründen, die inhaltlich falsch, in ihrer Auswirkung schädlich und unmenschlich sind:

- ▶ HIV ist weder sehr infektiös, noch wird es durch alltägliche Kontakte übertragen. Seuchenpolitische Maßnahmen, die zum Beispiel bei SARS durchaus berechtigt sind, können nicht auf HIV übertragen werden
- ▶ Präventionsstrategisch macht es wenig Sinn, die Fremden zu testen, während man darauf verzichtet, die eigene Bevölkerung angemessen über Übertragungswege aufzuklären. Die Auswirkungen einer solchen Politik kann man an den steigenden Infektionszahlen in einigen Ländern der ehemaligen Sowjetunion und in China beobachten.
- ▶ Mit Einführung der antiretroviralen Therapie besteht erst recht kein Grund mehr, Menschen mit HIV auszusondern. Menschen mit HIV können heute genauso leistungsfähige Arbeitskräfte sein wie solche ohne HIV, so dass die Verweigerung von Arbeitsvisa nicht länger toleriert werden kann.
- ▶ Die Vorstellung, dass Menschen mit HIV in Scharen die Grenzen überschreiten
- ▶ und dadurch zu einer Belastung für das nationale Gesundheitsbudget werden könnten, hat sich im keinen Land dieser Welt als zutreffend herausgestellt.

UNAIDS initiiert ein „Task Team“

Um eine internationale Initiative zu formieren, die sich für die Abschaffung dieser diskriminierenden Bestimmungen einsetzt, hat

UNAIDS¹ Anfang 2008 ein internationales Task Team mit ca. 50 Experten zusammengestellt. Neben der DAH, die aufgrund ihrer langjährigen Arbeit an der weltweit umfassendsten Datensammlung zu Einreisebestimmungen selbstverständlicher Kooperationspartner für dieses Vorhaben ist, sind in dem Task Team Regierungsvertreter (Indien, Norwegen, Holland, etc.) aber auch Mitarbeiter der WHO², ILO³, UNHCR⁴, IOM⁵, UNWTO⁶ und Mitglieder der internationalen HIV Community (EATG, GNP+, ICW7 etc.) vertreten.

Das Task Team hat im März seine Arbeit aufgenommen und die zu leistende Arbeit in zwei Arbeitsgruppen aufgeteilt, die separat die Bestimmungen für langfristige und kurzfristige Aufenthalte bearbeiten. Erwartungsgemäß dürfte es einfacher sein, die Bestimmungen zu kurzfristigen (touristischen) Einreisen zu bekämpfen.

Noch ist nicht abzusehen, welche Durchschlagskraft die Empfehlungen des Task Teams auf politischer Ebene haben werden. Fest steht allerdings, dass in diesem ganzen Prozess die Datensammlung der DAH⁸ eines der wichtigsten Instrumente darstellt, da sie das globale Ausmaß der diskriminierenden Bestimmungen sichtbar macht. Das Task Team hat sich dafür ausgesprochen, die weitergehende Finanzierung und stetige Erneuerung der Datensammlung sicherzustellen. Neben den bereits existierenden Sprachversionen sind Übersetzungen ins Spanische, Portugiesische, Russische und in Mandarin vorgesehen.

Keine HIV-Konferenz in Ländern mit Einreisebeschränkungen

Die Internationale AIDS-Gesellschaft (IAS9) und der Global Fund¹⁰ haben bereits angekündigt, dass es keine internationalen Konferenzen und Treffen mehr in Ländern geben wird, die Menschen mit HIV/AIDS an einer „kurzfristigen Einreise“ hindern. Im vergangenen Dezember wäre eine in China vorgesehene Vorstandssitzung des Global Fund Boards beinahe hieran gescheitert. Erst im letzten Moment erklärte sich die chinesische Regierung bereit, die gesetzlichen Bestimmungen zu verändern und keine HIV-relevanten Fragen mehr bei der Einreise zu stellen.

Wie sich dies auf längerfristige Aufenthalte in China auswirken wird, ist noch nicht bekannt: Fremdarbeiter werden derzeit noch abgeschoben, sobald eine HIV Infektion bekannt wird. Dies kann auch für Angestellte deutscher Firmen zum Problem werden, wenn sie sich aus

beruflichen Gründen in China aufhalten müssen. Derzeit werden auch in Amerika die geltenden Bestimmungen diskutiert. Bleibt abzuwarten, ob sich unter einem neuen Präsidenten eine Politik der Normalisierung durchsetzt, die Menschen mit HIV und AIDS nicht mehr ausperst. Die Zeit wäre eigentlich reif.

Peter Wiessner, Karl Lemmen

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Email:
karl.lemmen@dah.aidshilfe.de,
peter-wiessner@t-online.de

Literatur

- 1 Das gemeinsame AIDS Programm der Vereinten Nationen (<http://www.unaids.org/en/>)
- 2 Weltgesundheitsorganisation <http://www.who.int/en/>
- 3 Internationale Arbeitsorganisation <http://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm>
- 4 Der hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen <http://www.unhcr.de/>
- 5 Internationale Organisation für Migration <http://www.iom.int/jahia/jsp/index.jsp>
- 6 Welttourismusorganisation <http://www.unwto.org/index.php>
- 7 European AIDS Treatment Group (<http://www.eatg.org/>)
 Global Network of People living with HIV/AIDS (<http://www.gnpplus.net/>) und International Community of Woman living with HIV/AIDS (<http://www.icw.org/>)
- 8 Es stehen Daten zu 170 Ländern zur Verfügung, siehe: <http://www.eatg.org/hivtravel/>
- 9 International AIDS Society <http://www.iasociety.org/>
- 10 Global Fund to fight AIDS Tuberculosis and Malaria <http://www.theglobalfund.org/en/>

<http://www.aidshilfe.de/> - Deutsche AIDS-Hilfe e.V. vom 3. Juli 2008

Menschen mit HIV und AIDS von Armut betroffen

Bonn – Menschen mit HIV und AIDS sind besonders nachhaltig von Armut betroffen. Da sie sich oft in jungem Alter infizieren, können sie keine finanziellen Rücklagen bilden oder ausreichende Rentenansprüche erwerben. Die Veränderungen in der Sozialgesetzgebung, speziell der Wegfall von Einmalhilfen, sowie die unzureichende Gewährung von Mehrbedarfen tragen ebenfalls dazu bei, dass sich die materielle Situation Betroffener, die von Transferleistungen leben, weiter verschlechtert hat. So müssen sich weiterhin zahlreiche Menschen mit HIV/AIDS in Notlagen an die Deutsche AIDS-Stiftung wenden. Aufgrund ihrer Erkrankung müssen Betroffene dauerhaft einen finanziellen Mehraufwand für Ernährung, Hygiene und Präventionsmaßnahmen erbringen. Im Rahmen von Hartz IV und Sozialhilfe haben HIV-positive

Menschen die Möglichkeit, Mehrbedarfe geltend zu machen.

Die Gewährung oder Nichtgewährung dieser Zuschläge haben einen ganz erheblichen Einfluss auf das regelmäßige Einkommen der HIV-infizierten oder aidskranken Menschen. „Wir müssen leider feststellen, dass die Bewilligungspraxis bei Mehrbedarfen nicht bedarfsgerecht und noch dazu in den Bundesländern nicht einheitlich ist. Dieser Bereich ist deshalb so wichtig, weil er entscheidenden Einfluss auf die laufende finanzielle Situation der Menschen hat. Es kann nicht sein, dass die Gewährung dieser Zuschläge vom Wohnort abhängig ist“, sagte Dr. Ulrich Heide, Geschäftsführender Vorstand der Deutschen AIDS-Stiftung, anlässlich der Jahrespressekonferenz der Stiftung in Bonn.

Der Jahresbericht 2007, der in diesem Jahr erstmals in neuer Form und mit mehr Zahlenmaterial versehen herausgebracht wird, informiert über die Schwerpunkte der Stiftungsarbeit, über Hilfsleistungen und Spendenerlöse im Jahr 2007. Der Bericht enthält auch die Zusammenfassung eines Gutachtens des Sozialwissenschaftlers Prof. Jürgen Wasem über den seit Jahren überproportional hohen Anteil der von der Privaten Krankenversicherung publizierten neu erfassten HIV-Infektionen bei ihren Vollversicherten an den vom Robert-Koch-Institut gemeldeten HIV-Erstdiagnosen (rd. 30 Prozent bei einem Marktanteil von nur 10 Prozent). „Der Wasem-Bericht und die seit einigen Jahren deutlich ansteigenden Neuinfektionszahlen sollten Grund genug sein, sich nicht in falscher Sicherheit zu wiegen.

Die Deutsche AIDS-Stiftung wird deshalb neben ihrer gezielten Unterstützung von drei Projekten in Afrika auch in Zukunft zwei Drittel ihrer Mittel für Hilfsmaßnahmen im eigenen Land einsetzen. Wichtig dabei ist, dass das Spendenaufkommen stabil bleibt. Im letzten Jahr ist das vor allem dank der großen Benefizveranstaltungen wie der Operngalas gelungen“, betonte der Vorstandsvorsitzende der Deutschen AIDS-Stiftung, Dr. Christoph Uleer. Im Jahr 2007 verbuchte die Deutsche AIDS-Stiftung Einnahmen in Höhe von insgesamt rd. 3.387.000 € (rd. 3.448.000 €). Darin waren Spenden und ähnliche Zuwendungen in Höhe von rd. 2.458.000 € (rd. 2.625.000 €) sowie Zins- und Kapitalerträge in Höhe von rd. 929.000 € (823.000 €) enthalten.

Bei den Hilfen in Deutschland setzte die Stiftung besondere Schwerpunkte in den Bereichen Betreutes Wohnen, Qualifizierungs- und Versorgungsprojekte sowie Krankenreisen. Bei der Förderung internationaler Projekte konzentrierte

sich die Stiftung auf wenige professionelle Partner in Südafrika, Mosambik und Namibia.

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

Suche nach schützendem Vaginalgel

Schutzmaßnahmen zur Prävention von HIV-Infektionen, die Frauen selbst anwenden und kontrollieren können, tragen dazu bei, die weitere Ausbreitung von Aids einzudämmen. Die vaginale Applikation mikrobizider Wirkstoffe wäre eine solche Methode. Das Dendrimer-basierte Vaginalgel SPL7013 (VivaGel™), dessen antivirale Aktivität in Studien an Tieren bewiesen wurde, gilt als ein möglicher Kandidat für ein solches Mikrobizid. Phase-I Studien an Menschen ergaben eine gute Verträglichkeit, wie gut es Frauen vor Infektionen schützt, ist allerdings unklar.

VivaGel™ (SPL7013 Gel), hat sich in einer Phase-I-Studie mit kurzer Laufzeit und bei sexuell abstinenten Frauen, bei denen keine Scherkräfte oder Mikroblutungen der Schleimhaut durch Geschlechtsverkehr auftreten konnten, zwar als verträglich erwiesen. Aussagen zur therapeutischen Wirksamkeit bei Menschen können in dieser frühen Phase der klinischen Entwicklung jedoch nicht gemacht werden. Ein anderer aussichtsreicher Kandidat (Ushercell, ein Cellulosesulfat-Gel) wurde 2007 in Phase III der klinischen Entwicklung gestoppt, da sich ein möglicherweise erhöhtes Risiko für HIV-Infektionen bei der Anwendung dieses Mikrobizids gezeigt hatte. Bereits im Jahr 2000 war festgestellt worden, dass bei häufiger Anwendung des mikrobiziden Wirkstoffs Nonoxinol-9 durch Veränderungen des Vaginalmilieus und Schädigung der Vaginalschleimhaut Infektionen begünstigt werden.

Unabhängig davon ist die Durchführung von Phase-III-Studien für diese Indikation generell mit besonderen Herausforderungen verbunden. Da es unethisch wäre, die Studienteilnehmerinnen nicht zusätzlich zur Anwendung von Kondomen anzuleiten, es aber für ein statistisch aussagekräftiges Ergebnis notwendig ist, dass sich ein nicht zu geringer Anteil im Verlauf der Studie mit HIV infiziert, müssen mehrere tausend Frauen eingeschlossen werden. Um dies zu erreichen, müssen derartige Studien meist in mehreren Ländern mit hoher HIV-Prävalenz durchgeführt werden. Das Studienprotokoll müsste einerseits standardisiert sein, sollte andererseits aber dennoch die Sexualpraktiken in den jeweiligen Ländern berücksichtigen, um die protokollgemäße Anwendung des Gels zu ge-

währleisten. Ob die Teilnehmerinnen letztendlich das Gel tatsächlich anwenden (und ob mit oder ohne Kondom), kann nur durch Selbstauskunft der Studienteilnehmerinnen dokumentiert werden.

Quelle: Starpharma meldet positive Ergebnisse klinischer Mikrobizid-Studie. Pressemitteilung vom 14. Mai 2008.

http://www.gyn.net/news/pharma_medtech/_psmand,7.html

Balzarini, J.; Van Damme, L.: Microbicide drug candidates to prevent HIV infection. Lancet 2007; 369: 787-797.

<http://www.deutscher-apotheker-verlag.de/DAZ/> - Deutsche Apotheker Zeitung vom 7. Juli 2008

Aufwändige HIV-Therapie nicht unbedingt wirksamer

HIV-Therapie: gleich gut in Afrika wie in der Schweiz - sofern man rechtzeitig startet.

Die standardisierte Behandlung von HIV-Patienten in Südafrika zeigt gleich gute Ergebnisse wie der stark individualisierte Therapie-Ansatz in der Schweiz: Dies zeigt eine Studie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Bern, die nun in der Fachzeitschrift PLoS Medicine publiziert wird. Forschende des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Bern haben in Zusammenarbeit mit der Universität Kapstadt in Südafrika Daten von über 2.000 HIV-positiven Patienten in Südafrika mit solchen von über 1.000 Schweizer Patienten verglichen.

Dabei zeigte sich: Ob in den Townships von Khayelitsha und Gugulethu in Kapstadt, oder in der Schweiz - der Therapieerfolg war nahezu identisch. Obwohl in der Schweiz 36 unterschiedliche antiretrovirale Substanzen verabreicht wurden und in Südafrika nur vier, war innerhalb eines Jahres an beiden Orten bei über 95 Prozent der Patienten das Virus im Blut nicht mehr nachweisbar. Auch die Rückfallquote war in beiden Ländern sehr ähnlich: 27 Prozent der Schweizer und 26 Prozent der südafrikanischen Patienten wiesen innerhalb von zwei Jahren eine erneut angestiegene Zahl von HI-Viren im Blut auf.

Ein frühzeitiger Beginn der Therapie ist ausschlaggebend

In den ersten Monaten war die Sterblichkeitsrate in Südafrika deutlich höher als in der Schweiz. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die dortigen Patienten zu Beginn der Therapie ein deutlich höheres Immundefizit aufwiesen. "Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass ein früherer Therapiebeginn vielen HIV-

Infizierten helfen würde", so Matthias Egger vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern. Im Gegensatz dazu betont Egger aber auch, dass ein etwas standardisierterer Ansatz in der Schweiz die Gesundheitskosten reduzieren könnte - und dies, ohne den Therapieerfolg zu beeinträchtigen.

HIV-Therapie nach wie vor dringend benötigt

Gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind heute 33 Millionen Menschen mit dem HI-Virus infiziert, ein Drittel davon in Afrika südlich der Sahara. Laut dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) sterben täglich 8'000 Menschen an den Folgen von AIDS. Ziel der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) ist es, die Zahl der Viren im Blut so weit wie möglich zu senken und dadurch das Immunsystem wieder zu stärken. Zwischen 2001 und 2003 stieg die Anzahl der Patienten, die eine Therapie begannen, in den zwei untersuchten südafrikanischen Städten von 79 auf 509, während sie in der Schweiz konstant blieb. Die südafrikanischen Patienten waren durchschnittlich jünger, der Frauenanteil war höher und das Krankheitsbild war bereits weiter fortgeschritten.

Die Daten aus Südafrika entstammen einer großen Kollaboration namens "International Epidemiologic Databases to Evaluate AIDS in Southern Africa" (IeDEA-SA). Die Daten aus der Schweiz wurden der Schweizerischen HIV Kohortenstudie (SHCS) entnommen. Die Schweizer Studie besteht seit 1988 und war weltweit eine der ersten ihrer Art. In anonymisierter Form werden Daten zum Krankheitsverlauf gesammelt und ausgewertet. Die SHCS wird durch den Schweizerischen Nationalfonds unterstützt. In der Schweiz sind die antiretrovirale Therapie und die generelle Behandlung von HIV durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt.

In Südafrika und vielen anderen ressourcenarmen Ländern ist die Behandlung dank einem nie zuvor gesehenen Einsatz von Spendengeldern zwar seit einigen Jahren auch kostenlos, im Dezember 2007 gab es jedoch allein in Südafrika 1.700.000 Betroffene, die eine Therapie brauchten, wovon aber nur 429.000 behandelt wurden.

Quellenangabe: Olivia Keiser, Catherine Orrell, Matthias Egger et al.: Public health and individual approach to antiretroviral therapy: Township South Africa and Switzerland compared, PLOS Medicine, July 2008 08.07.2008 <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0050148&ct=1>

Link zum Originalartikel –
[http://www.ispm.ch/index.php?id=377&no_cache=1&tx_ttnews\[sf_tt_news\]=239&tx_ttnews\[backPid\]=376](http://www.ispm.ch/index.php?id=377&no_cache=1&tx_ttnews[sf_tt_news]=239&tx_ttnews[backPid]=376)

<http://www.kommunikation.unibe.ch/> - Universität Bern -
Pressemeldung vom 8. Juli 2008

Anti-HIV-Gel Test erfolglos gestoppt

WHO und UNAIDS: Mikrobizid erweist sich als gefährlich.

Genf - Klinische Tests eines so genannten Mikrobizids, das Frauen vor einer HIV-Infektion hätte schützen sollen, sind nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation WHO <http://www.who.int> und der United Nations AIDS (UNAIDS) <http://www.unaids.org> nun in Afrika und Indien gestoppt worden. Das Medikament erwies sich im Vergleich zu einem Placebo als nicht wirksam. Die beiden Hilfsorganisationen erklärten, dass es nicht klar sei, warum das viel versprechende Mikrobizid, das aus Meeresalgen gewonnen wird, nicht funktionierte.

Mehr als 1.300 Frauen in Südafrika, Uganda, Benin und Indien hatten an dem Test, der von der non-profit-Organisation CONRAD <http://www.conrad.org> gesponsert wurde, teilgenommen. Eine zweite Studie in Nigeria musste ebenfalls abgebrochen werden. Die Experten sind über den Ausgang der Untersuchungen sehr enttäuscht, da Zellulose-Sulfat als einer der vier Wirkstoffe sehr zuversichtlich schien, schreibt UNAIDS in seiner Aussendung. Der Abbruch der Phase-3 Tests war allerdings erforderlich, da die Zahl der Infektionen bei jenen Frauen, die das Gel angewendet hatten, höher war, als bei jenen die nur ein Placebo nahmen. Seitens der WHO reagierte man mit großer Enttäuschung. "Genaue Ursachen für das Scheitern des Tests sind bis dato nicht bekannt", so ein WHO-Sprecher. Ein offizieller Bericht werde frühestens im März erwartet.

Derzeit sind aber weitere drei Phase-3 Studien von Mikrobiziden im Gang. Die so genannte Carraguard Studie, die vom Population Council an drei verschiedenen Orten in Südafrika durchgeführt wird, soll Ende des Jahres erste Ergebnisse liefern. Ein anderes Produkt mit dem Namen PRO-2000 wird derzeit in Südafrika, Tansania und Uganda sowie in Malawi, Sambia und Zimbabwe klinisch getestet. Alle Produkte sollen einer HIV Infektion vorbeugen und arbeiten nach demselben Prinzip.

Mikrobizide sind chemische Substanzen, die Mikroben abtöten und zur Eindämmung sexuell übertragbarer Erkrankungen führen sollten. Die Substanzen werden in Form von Gels appliziert.

Dabei sollen vor allem auch Frauen die Möglichkeit bekommen, sich gegen eine eventuelle HIV-Ansteckung zu schützen. Vor allem in ärmeren Ländern, in denen die HIV-Rate hoch ist, Männer aus Überzeugung keine Kondome verwenden und Frauen häufig Opfer von Vergewaltigungen sind, könnte ein solches wirksames Medikament helfen. Leitende HIV-Campaigner wie Bill Gates sehen in einem wirksamen Schutz der Frauen einen Lösungsansatz die Epidemie einzudämmen

Nature: Anti-HIV gels may give bigger benefit to men
<http://www.nature.com/news/2008/080707/full/news.2008.937.html>

<http://www.presstext.de/> – Presstext Austria vom 10. Juli 2008

Roche gibt Aids-Forschung keine Chance

Forschung an HIV-Medikamenten gestoppt.

Der Basler Pharmamulti Roche legt seine Forschung an neuen Medikamenten gegen die Immunschwächekrankheit Aids auf Eis. Keines der erforschten Produkte verzeichne eine signifikante Verbesserung gegenüber früheren HIV-Medikamenten.

HIV-Forscher bei Roche würden nun anderen Aufgaben zugeteilt, teilte eine Unternehmenssprecherin in den USA am Freitag der Nachrichtenagentur Reuters mit. Sie wollte sich nicht dazu äußern, wie viel Geld Roche bislang in die HIV-Forschung gesteckt hatte.

Erste Tests hatten sich laut Roche noch als vielversprechend erwiesen - nun sei man aber zum Schluss gelangt, dass keine merkliche Steigerung gegenüber herkömmlichen HIV-Medikamenten zu erreichen sei. Roche ist seit 1999 mit dem Aids-Medikament Viracept (Nelfinavir) auf dem Markt.

<http://tagesschau.sf.tv/> - SF Tagesschau vom 11. Juli 2008

HIV-Einreiseverbot in die USA fällt

"Klappen-Senator" Larry Craig dagegen

HIV-Positive Ausländer dürfen künftig in die USA einreisen. Ein Gesetz, das dies verbietet, hat der Senat der Vereinigten Staaten mit 80 gegen 16 Stimmen aufgehoben.

Das Verbot wurde während der Aids-Panik 1987 beschlossen und 1993 nochmals bestätigt. Die Einreise von Positiven war seither nur mit Sondergenehmigungen möglich, etwa bei familiären Angelegenheiten oder während der Gay Games. Seit dem Ende der 90er Jahre versuchen

meist demokratische Politiker, das Gesetz aufzuheben.

Möglich wurde das mit einem kleinen Trick: Die Gesetzesänderung wurde in das Aids-Nothilfsprogramm von Präsident George W. Bush eingebaut. Damit investieren die USA in den nächsten fünf Jahren 48 Milliarden Dollar (30 Milliarden Euro) in Aids-Hilfsprogrammen für die am schlimmsten betroffenen Regionen in Asien und Afrika – mehr als jedes andere Land. Die Kombination von zwei unterschiedlichen Gesetzen wird in den USA vom Parlament oft angewendet, um ein Veto des Präsidenten zu verhindern. Bush darf nur dem gesamten Gesetz zustimmen oder es ablehnen.

Alle 16 Gegenstimmen kommen aus den Reihen der republikanischen Partei. Unter den Befürwortern des HIV-Verbotes ist auch Larry Craig, der letztes Jahr verhaftet wurde, als er in einer Flughafentoilette mit einem verdeckten Ermittler Sex haben wollte. Die Präsidentschaftsbewerber John McCain und Barack Obama waren wegen des Wahlkampfes bei der Abstimmung nicht anwesend.

Noch immer verweigern weltweit über 70 Staaten Positiven offiziell die Einreise oder den Aufenthalt.

Nachtrag: Am 30. Juli 2008, nur wenige Tage vor Beginn der XVII. WeltAids-Konferenz in Mexico City hat der amerikanische Präsident George Bush das Einreiseverbot in die USA für HIV-Infizierte aufgehoben.

Die neue Verfügung ist Teil des President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), in dem das Budget für die nächsten fünf Jahre im Vergleich zu den vergangenen fünf Jahren verdoppelt wird. Von den insgesamt 48 Millionen US\$ sollen 12,6 Millionen US\$ gegen Malaria und Tuberkulose eingesetzt werden. Rund die Hälfte des Geldes für HIV/AIDS soll für Prävention aufgewandt werden, wobei ein Drittel des Präventionsbudgets Abstinenz- und Treue-basierte Programme unterstützen soll. Der Absatz zur Aufhebung des Einreiseverbots für HIV-Infizierte als Besucher, Flüchtlinge und Asyl-Suchende wurde vom Senat hinzugefügt.

<http://www.ggg.at/> – GGG.at – Verein zur Förderung lesbischwuler Kommunikation vom 18. Juli 2008

Welt-Aids-Kongress in Mexiko

Mammut- Treffen zwischen Wissenschaft und Politik - 25.000 Teilnehmer werden in Mexiko-Stadt erwartet - Situation ernst: Weltweit Millionen Menschen infiziert.

Eine Mammutkonferenz zwischen Wissenschaft und Politik: Vom 3. bis 8. August findet in Mexiko-Stadt die 17. Internationale Aids-Konferenz statt. Erwartet werden 25.000 Teilnehmer und rund 3.000 Journalisten. Während Fachleute die neuesten Forschungsergebnisse

rund um das HI-Virus diskutieren, sind die alle zwei Jahre (2010 in Wien) stattfindenden Kongresse auch jedes Mal Treffpunkt der Aids-Aktivisten aus aller Welt. Der Kongress in diesem Jahr markiert etwa die Hälfte der Zeitspanne, bis zu der weltweit möglichst alle Menschen Zugang zu Prävention, Diagnose und Therapie der HIV-Infektion bekommen sollen.

"Aids 2008" findet zum ersten Mal in Lateinamerika statt. "Der Kampf gegen die HIV/Aids-Pandemie ist derzeit mit der Herausforderung konfrontiert, bis zum Jahr 2010 das Ziel des 'universellen Zugangs' zu Prävention, Behandlung und Betreuung zu erreichen. Auf dieses Ziel hat sich die internationale Staatengemeinschaft einhellig geeinigt", heißt es in den Papieren zu dem Kongress. Der Kampf gegen Aids ist nur zum Teil Medizin selbst. Hier spielen soziale, kulturelle und vor allem finanzielle Rahmenbedingungen die größte Rolle.

Prinzipiell verbessert haben sich in den vergangenen Jahren die Behandlungsmöglichkeiten bei Aids. Nach den ersten Medikamenten (HIV-Reverse Transkriptase-Hemmer) brachte Mitte der 90er Jahre deren Kombination mit den Hemmstoffen des HIV-Enzyms Protease den Durchbruch. In den westlichen Industriestaaten sanken die Todesraten dramatisch. Vor einigen Jahren kamen die sogenannten Fusions-Hemmer, welche das HI-Virus blockieren hinzu. Zuletzt kam mit Maraviroc das erste Medikament hinzu, das auf den Zielzellen von HIV - den T-Lymphozyten - einen Co-Rezeptor besetzt, über den sich das Virus in das Zellinnere hievt.

Situation ernst

Doch weltweit ist die Situation nach wie vor ernst. Ende 2007 lebten weltweit 33,2 Millionen Menschen mit dem Aidsvirus. Südlich der Sahara, in den ärmsten Staaten der Erde mit fehlender Infrastruktur, leben fast zwei Drittel aller HIV-infizierten Menschen (22,5 Millionen).

Die Krankheit ist jedoch keinesfalls gebannt. Der Grund ist der unzureichende Zugang zu Verhütungsmitteln und Medikamenten. Die UNO geht davon aus, dass sich in diesem Jahr insgesamt rund 2,5 Millionen Menschen neu infiziert haben, das sind täglich 6.800 Menschen. Jeden Tag sterben 5.700 an den Folgen der Immunschwäche. Im Jahr 2007 gab es damit rund 2,1 Millionen Opfer.

Millionen Infizierte

Derzeit leben weltweit 15,4 Millionen Frauen mit dem Virus. Das sind um 1,6 Millionen mehr

als die 13,8 Millionen aus dem Jahr 2001. Allein in den afrikanischen Staaten südlich der Sahara sind 61 Prozent der Bevölkerung mit HIV Frauen. In der Karibik beträgt dieser Anteil 43 Prozent. Die Zahl der infizierten Männer stieg ebenfalls: von 13,7 Millionen (2001) auf 15,4 Millionen (2007). Auch die Zahl der Kinder unter 15 Jahren, die das Virus in sich tragen, hat sich in den vergangenen Jahren erhöht. 2001 waren es noch 1,5 Millionen, 2007 waren es bereits um eine Million mehr. Rund 90 Prozent aller HIV-positiven Kinder leben in den afrikanischen Staaten südlich der Sahara.

Der 18. Welt-Aids-Kongress wird vom 18. bis 23. Juli 2010 in Wien stattfinden. 'Das Motto: "Stronger Together". Man rechnet mit 30.000 Teilnehmern und 2.500 Journalisten.

<http://www.news.at/> - News Network vom 21. Juli 2008

Nef schützt infizierte Affen vor T-Zellverlust

Eine Virusinfektion ist immer ein sensibles Wechselspiel zwischen dem infizierten Wirt und den Erregern. Einerseits vermehren sich Viren im Körper und streuen in die Umgebung, andererseits kann der Infizierte die Attacke meistens erfolgreich mit Hilfe seines Immunsystems eindämmen. Wie ein virales Protein diese Balance in SIV-infizierten Mangabenaffen beeinflusst und dadurch die Entstehung einer Immunschwäche steuert, hat Michael Schindler vom Heinrich-Pette-Institut in Hamburg jetzt mit Frank Kirchhoff und Kollegen aus Ulm untersucht.

Michael Schindler beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit der Frage, warum HI-Viren beim Menschen AIDS hervorrufen, während Infektionen mit nahe verwandten SI-Viren bei Affen meist harmlos verlaufen. Bereits 2007 erhielt er mehrere Auszeichnungen für seine Erkenntnis, dass ein Protein namens Nef hierfür verantwortlich sein könnte. Beide Virusarten besitzen dessen Erbinformation, Nef aus HIV und SIV haben aber offensichtlich unterschiedliche Funktionen. Jetzt erklären Michael Schindler und Frank Kirchhoff im renommierten online-Magazin PLoS Pathogens, wie Nef vor einer Immunschwäche schützt. Außerdem zeigen sie erstmals, dass dieser Schutz tatsächlich eine Rolle spielt, wenn Mangabenaffen in freier Wildbahn infiziert wurden.

HIV-infizierte Patienten entwickeln AIDS, weil bestimmte weiße Blutkörperchen, die CD4-positiven T-Zellen, durch das Virus infiziert und aktiviert werden. Die Aktivierung löst

in den Zellen eine fatale Kettenreaktion aus, den programmierten Zelltod, und sie sterben innerhalb von 2-3 Tagen. Die Folge: Im Verlauf der Infektion kann sich das Immunsystem nicht mehr ausreichend erneuern und die T-Zellen nachbilden - die tödliche Immunschwäche eskaliert. Das Immunsystem der infizierten Raubgrauen Mangaben bleibt trotz effizienter SI-Virusinfektion dagegen meistens stabil. Die Wissenschaftler verglichen nun Nef aus Tiergruppen mit hohen und niedrigen T-Zellmengen und fanden heraus, dass sich die Nef-Allele in ihrer Funktion stark unterscheiden.

Nur Nef aus SIV-infizierten Tieren mit einem stabilen Immunsystem kann vor einem Verlust von T-Zellen schützen – und zwar gleich mehrfach:

1. Nef schützt die T-Zellen vor einer starken Aktivierung und somit vor dem Zelltod, indem es einen zentralen Schalthebel auf der T-Zelle herunterreguliert, den T-Zellrezeptor CD3.
2. Nef schützt vermutlich zusätzlich vor dem programmierten Zelltod, indem es einen weiteren Schalthebel, den PD1-Rezeptor unterdrückt (programmed death 1-Rezeptor).
3. Nef hindert andere Immunzellen daran, infizierte T-Zellen zu zerstören, indem es den MHC-I-Komplex unterdrückt. Dieser Komplex sitzt wie eine rote Erkennungsfahne auf der Oberfläche infizierter Zellen und signalisiert anderen Abwehrzellen: „Da ist etwas Fremdes, das angegriffen werden muss.“ Durch die Unterdrückung von MHC-I wird auch das unterbunden.

Michael Schindler dazu: „Der Immunstatus und die absolute Zahl von T-Zellen wird von unheimlich vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst. Deshalb waren wir sehr überrascht, wie eindeutig wir einen Zusammenhang herstellen konnten zwischen bestimmten Nef-Funktionen und der T-Zellmenge in infizierten Mangaben.“

So können die SI-Viren mit Hilfe von Nef in infizierten Zellen verbleiben und sich vermehren, ohne diese zu zerstören. „Indem wir Nef besser verstehen, können wir hier vielleicht einen alternativen therapeutischen Hebel ansetzen, um AIDS zukünftig zu verhindern“, so hofft Michael Schindler.

Link zur aktuellen Veröffentlichung:
<http://www.plospathogens.org/home.action>

<http://www.hpi-hamburg.de/> - Heinrich-Pette-Institut für Experimentelle Virologie und Immunologie vom 18. Juli 2008

Gilead startet klinische Phase III Studie von Elvitegravir

Ein in Erprobung befindlichen Integrase-Inhibitor für HIV / Studie wird die Nicht-Unterlegenheit von Elvitegravir (einmal täglich) gegenüber Raltegravir (zweimal täglich) untersuchen.

Foster City, Kalifornien – Gilead Sciences, Inc. hat heute bekannt gegeben, dass es mit der Aufnahme von Patienten in eine klinische Phase-III-Studie seines in Erprobung befindlichen antiretroviralen Wirkstoffes Elvitegravir (GS 9137) begonnen hat. Es handelt sich um einen neuen oralen Integrase-Inhibitor, der zur Behandlung von Infektionen mit HIV-1 untersucht wird. Die Studie wurde konzipiert, um die Nicht-Unterlegenheit von Elvitegravir (einmal täglich, durch Ritonavir unterstützt) im Vergleich zu Raltegravir (Isentress[®]) (zweimal täglich), einem anderen Integrase-Inhibitor, zu untersuchen. In die Studie werden in ungefähr 125 Testzentren in den Vereinigten Staaten und Puerto Rico 700 HIV-infizierte Patienten mit Therapieerfahrung aufgenommen. Eine zweite Phase-III-Studie mit ähnlichem Design, die 700 HIV-infizierte Patienten mit Therapieerfahrung umfasst, wird später in diesem Jahr in Europa, Kanada und Australien gestartet.

„Das Vortreiben neuer Verbindungen zur Behandlung von HIV/AIDS bleibt ein Schwerpunktbereich von Gilead. Wir sind sehr erfreut, dass Elvitegravir, unser Integrase-Inhibitor, mit dem Start dieser klinischen Phase-III-Studie weiterhin Fortschritte macht“, sagte Norbert Bischofberger, PhD, leitender Vizepräsident für Forschung und Entwicklung und Leiter der Wissenschaft bei Gilead Sciences. „Da HIV-Patienten sich langfristigen Therapien unterziehen müssen, ist die Entwicklung von Resistenzen gegenüber den existierenden Klassen von Medikamenten ein signifikantes Problem. Auf Basis der Ergebnisse, die wir in unserer Phase-II-Studie mit Elvitegravir verzeichnen konnten, denken wir, dass die Verbindung das Potenzial besitzen kann, bei Patienten, die neue Behandlungsoptionen benötigen, eine wichtige Rolle zu spielen.“

Anders als andere Klassen antiretroviraler Wirkstoffe greifen Integrase-Inhibitoren in die Vermehrung des HIV-Virus ein, indem sie die Fähigkeit des Virus blockieren, sich in das Genmaterial menschlicher Zellen zu integrieren.

Über die Phase-III-Studie mit Elvitegravir

Die Phase-III-Studie mit Elvitegravir ist eine randomisierte, doppelblinde klinische Studie über einen Zeitraum von 48 Wochen. Es wird die Nicht-Unterlegenheit von Elvitegravir

(durch Ritonavir unterstützt) (n=350) im Vergleich zu Raltegravir (Isentress[®]) (n=350) untersucht. Beide Medikamente werden mit einer Hintergrundtherapie bei HIV-infizierten Patienten mit Therapieerfahrung mit HIV RNA (Virenbelastung) von ≥ 1.000 Kopien/ml eingesetzt. Die Patienten verfügen über dokumentierte virale Resistenz, wie sie von den Richtlinien der International AIDS Society (USA) definiert wird, oder mindestens sechs Monate Behandlungserfahrung mit zwei oder mehr unterschiedlichen Klassen von antiretroviralen Wirkstoffen vor dem Screening. Patienten, die zuvor schon einen Integrase-Inhibitor genommen haben, sind nicht zugelassen.

Studienteilnehmer erhalten entweder Elvitegravir 150 mg (einmal täglich) oder Raltegravir 400 mg (zweimal täglich). Die Hintergrundtherapien der Patienten werden auf Basis der Resultate der Resistenztests festgelegt und schließen einen voll aktiven, von Ritonavir unterstützten Protease-Inhibitor (PI) ein, sowie einen zweiten Wirkstoff, der ein reverser Nukleosid-Transkriptase-Inhibitor (NRTI), Etravirin, Maraviroc oder Enfuvirtid sein kann. Aufgrund pharmakokinetischer Wechselwirkungen werden Patienten auf Elvitegravir, deren Hintergrund-PI entweder Atazanavir oder Lopinavir ist, eine Dosis Elvitegravir (85 mg) erhalten.

Primärer Endpunkt für die Wirksamkeit wird der Anteil von Probanden in beiden Armen der Studie sein, die eine bestätigte Virenbelastung von weniger als 50 Kopien/mL über 48 Wochen erreichen und halten. Unter den sekundären Endpunkten sind eine Reihe zusätzlicher Messungen der Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit der beiden Behandlungsregimes.

Über Elvitegravir

Elvitegravir, auch als GS 9137 oder JTK 303 bekannt, wurde von Gilead im März 2005 von der Japan Tobacco Inc. (JT) lizenziert. Im Rahmen der Bedingungen des Vertrages von Gilead mit JT besitzt Gilead das exklusive Recht, Elvitegravir in allen Ländern der Welt zu entwickeln und zu vermarkten, außer in Japan, wo JT die Rechte behält. Elvitegravir ist eine Therapie in der Erprobung und seine Sicherheit oder Wirksamkeit beim Menschen wurde noch nicht belegt.

Über GS 9350

Da Elvitegravir einen Unterstützungswirkstoff braucht, um eine einmal tägliche Dosierung zu ermöglichen, entwickelt Gilead derzeit eine firmeneigene Verbindung zur pharmakokinetischen Verstärkung, GS 9350, das zur potenziel-

len Nutzung zusammen mit Elvitegravir vorgesehen ist. Das Ziel von Gilead ist die Entwicklung und Vermarktung einer Verbindung zur pharmakokinetischen Verstärkung, die nicht über HIV-Aktivität verfügt, eine Dosierung einmal täglich erlaubt, in fester Form vorliegt und bei Raumtemperatur stabil ist, damit sie mit Elvitegravir und Truvada[®] (Emtricitabine und Tenofovir Disoproxil Fumarate) in eine einzelne Tablette verarbeitet werden kann. Eine kürzlich abgeschlossene Pilotstudie zur Formulierung hat gezeigt, dass dies mit GS 9350 erreicht werden kann.

GS 9350 wird derzeit in einer klinischen Phase-I-Studie mit einzelnen und mehrfachen Dosen untersucht. Die Studie wurde konzipiert, um die Sicherheit, Verträglichkeit, Pharmakokinetik und Pharmakodynamik steigender einfacher und mehrfacher Dosen von GS 9350 bei gesunden Freiwilligen zu testen.

GS 9350 ist eine Therapie in der Erprobung und seine Sicherheit oder Wirksamkeit beim Menschen wurde noch nicht belegt.

Mehr unter Gilead Sciences Inc.: www.gilead.com

<http://www.businesswire.com/> - Business Wire vom 23. Juli 2008

EKAF unterschätzt HIV Infektionsrisiko

Erklärung der Schweizer Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) unterschätzt HIV Infektionsrisiko

Die jüngst veröffentlichte Erklärung der Schweizer Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) behauptet, dass HIV-infizierte Personen unter wirksamer antiretroviraler Therapie ihren HIV-negativen Partner bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr nicht anstecken könnten. Ein Artikel der aktuellen HIV-Spezialausgabe von *The Lancet* kommt jedoch zu dem Schluss, dass sich die HIV-Verbreitung in den kommenden 10 Jahren leicht vervierfachen könnte, wenn solche Paare auf Kondome verzichten sollten.

Die im Januar 2008 veröffentlichte Erklärung der EKAF besagt, dass der HIV-positive Partner HIV per Sexualkontakt nicht übertragen könne, wenn seine Viruslast im Blut seit sechs Monaten unter der Nachweisgrenze liege (weniger als 40 Kopien/Milliliter) und auch keine anderen Geschlechtskrankheiten bestünden. Die Erklärung hat das Potenzial, übertriebene Ängste vor einer Infektion zu zerstreuen, wenn das Risiko tatsächlich äußerst gering ist. Sie könnte auch besonderen Wert für jene Situation haben, in der ein heterosexuelles Paar, einer HIV-positiv, ei-

ner HIV-negativ, Kinder zeugen möchte. Doch obwohl das Risiko einer HIV-Übertragung durch wirksam behandelte Personen sehr gering ist, ist es nicht gleich Null.

Dr. David Wilson vom National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research an der University of New South Wales im australischen Sydney und Kollegen nutzten ein einfaches mathematisches Modell, um das wachsende Risiko einer HIV-Übertragung durch wirksam behandelte HIV-Patienten (HIV-RNA unter 10 Kopien/Milliliter) über längere Zeit abzuschätzen. Die Forscher untersuchten bei anfangs diskordanten Paaren (einer HIV-positiv, einer HIV-negativ) das jeweilige Risiko pro ungeschütztem Verkehr wie auch das kumulative Risiko bei mehrmaligem Verkehr.

Unter der Annahme, dass jedes Paar jährlich 100 Mal ungeschützten Verkehr hätte, läge die jährliche kumulative Wahrscheinlichkeit einer Übertragung auf den HIV-negativen Partner bei 0,22 Prozent für eine Frau-zu-Mann-Übertragung, bei 0,43 Prozent für eine Mann-zu-Frau-Übertragung und bei 4,3 Prozent für eine Mann-zu-Mann-Übertragung. Bei einer Grundgesamtheit von 10.000 diskordanten Partnerschaften läge die erwartete Anzahl der HIV-Infektionen nach 10 Jahren bei 215 für die Frau-zu-Mann-Übertragung, bei 425 für die Mann-zu-Frau-Übertragung sowie bei 3.524 für die Mann-zu-Mann-Übertragung, was im Vergleich zur Häufigkeit unter aktuellem Kondomgebrauch einer vierfachen Zunahme gleichkäme.

Die Autoren stellen fest: "Auf der Basis der hier vorgestellten Daten betrachten wir die Schweizer Erklärung als keine besonders vernünftige Meldung der öffentlichen Gesundheit, denn ihre logische Folge wäre bei unter wirksamer antiretroviraler Therapie stehenden Personen der Verzicht auf Kondome. Als Strategie gegenüber der Bevölkerung hat eine schützende Behandlung nur dann das Potenzial zur Verringerung der HIV-Epidemien, wenn der Gebrauch von Kondomen konsequent beibehalten wird. In der Tat lässt unsere Analyse vermuten, dass der Verzicht weitaus größeren Schaden als Nutzen bringen könnte." Die Mediziner betonen den jüngsten Anstieg der HIV-Infektionen bei Gruppen von homosexuellen Männern, seit wirksame Therapien verfügbar wurden.

Die Forscher folgern: "Unsere Analyse deutet an, dass das Risiko einer HIV-Übertragung in heterosexuellen Partnerschaften in Gegenwart einer wirksamen Therapie zwar gering, jedoch nicht ausgeschlossen ist, und dass bei männlichen homosexuellen Paaren bei wiederholtem

Verkehr ein hohes Übertragungsrisiko vorliegt. Sollte die Behauptung der Nicht-Übertragbarkeit bei wirksam behandelten Personen verbreitet Zustimmung finden, und der Gebrauch von Kondomen anschließend zurückgehen, dann besteht die Wahrscheinlichkeit einer erheblichen Zunahme der HIV-Häufigkeit."

In einem begleitenden Kommentar bemerken Professor Geoffrey P. Garnett vom Londoner Imperial College und Professor Brian Gazzard vom Londoner Chelsea and Westminster Hospital: "Die Schweizer Erklärung bietet der öffentlichen Gesundheit Gelegenheit zu positiven Meldungen, indem sie die Einhaltung der Therapiemaßnahmen und die Vorsicht gegenüber anderen sexuell übertragenen Infektionen fördert. Der zu antiretroviralen Medikamenten zusätzliche Gebrauch von Kondomen zur anhaltenden Verringerung der Risiken und Vermeidung anderer sexuell übertragener Infektionen kann daher ebenfalls befürwortet werden."

Quelle: David P Wilson and others. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *Lancet* 2008; 371: 314

<http://www.thelancet.com> – The Lancet vom 25. Juli 2008

Aids-Zahlen sind auf inakzeptabel hohem Niveau

New York – Die globale Aids-Epidemie stabilisiert sich auf einem "inakzeptabel hohen" Niveau: Jeden Tag stecken sich rund 7.500 Menschen neu mit dem Aids-Erreger HIV an, weltweit sind rund 33 Millionen Menschen infiziert, berichtete das Aidsprogramm UNAIDS der Vereinten Nationen am Dienstag in New York.

Etwa 2 Millionen Menschen sind im vergangenen Jahr an den Folgen der Immunschwäche gestorben, rund 2,7 Millionen infizierten sich neu, heißt es im Weltaidsbericht 2008. Nach wie vor können Medikamente den Ausbruch der unheilbaren Krankheit nur verzögern.

Afrika ist weiter das Zentrum der Epidemie: Dort leben zwei von drei Betroffenen (67 Prozent), und dort starben drei von vier Aidsopfern (72 Prozent) des vergangenen Jahres. Die Zahl infizierter Kinder jünger als 15 Jahre erreichte 2007 weltweit mit etwas mehr als 2 Millionen einen neuen Höchststand, 270 000 Kinder starben Aids, 370 000 infizierten sich neu. Immerhin ist die Zahl der Todesfälle bei Kindern leicht gesunken: Im Jahr 2003 waren noch 310 000 Kinder an der Immunschwäche gestorben.

Die Zahl neuer Infektionen ist seit 2001 weltweit von 3 Millionen auf 2,7 Millionen im vergangenen Jahr gesunken. Trotz dieses Rück-

gangs sei die Epidemie "in keinem Teil der Welt vorbei", warnt UNAIDS. In China, Indonesien, Kenia, der Russischen Föderation, der Ukraine und Vietnam steige die Infektionsrate. Dies gelte auch für die "älteren" Epidemien, etwa jene Deutschlands, Großbritanniens und Australiens.

In Deutschland hatte das Robert Koch-Institut für 2007 eine Zunahme von vier Prozent bei neuen HIV-Diagnosen registriert, insgesamt wurden dem Institut 2752 Neuinfektionen gemeldet. Die Zahl der Erstdiagnosen hat sich damit seit 2001 beständig erhöht. Betroffen sind hierzulande vor allem homosexuelle Männer. Experten kritisieren einen mangelnden Schutz.

Dem Weltaidsbericht zufolge haben sich die Hilfszahlungen für Bedürftige in Entwicklungs- und Schwellenländern von 2001 bis 2007 sechsfacht. "Dies beginnt Früchte zu tragen", heißt es in dem Bericht. In vielen Ländern sinken demnach die Zahlen der Aids-Toten und der Infektionen. Positive Beispiele seien Ruanda und Simbabwe, wo eine Änderung des Sexualverhaltens einen Rückgang der Neuinfektionen zur Folge hatte.

Die kurzfristigen Erfolge sollten die Bemühungen um Prävention und Behandlung neu beleben, mahnte UNAIDS-Chef Peter Piot. Die internationale Staatengemeinschaft müsse weiterhin in Vorbeugung und Behandlung investieren. Nur so lasse sich das für 2010 erklärte Ziel des universellen Zugangs aller Bedürftigen zur nötigen Hilfe erreichen. Das wird auch ein Schwerpunktthema der Weltaidskonferenz vom 3. bis 8. August in Mexiko-Stadt sein.

Derzeit erhalten rund drei Millionen Bedürftige in Entwicklungs- und Schwellenländern die nötigen Medikamente, heißt es im Welt-Aids-Bericht weiter. Damit habe sich die Zahl der Versorgten in den vergangenen sechs Jahren verzehnfacht. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation ist das jedoch nur knapp ein Drittel der geschätzt 9,7 Millionen Menschen, die die Präparate brauchen.

UNAIDS zufolge versorgte Namibia im Jahr 2003 nur rund 1 Prozent seiner Patienten, 2007 seien es 88 Prozent gewesen. Botsuana, Brasilien, Chile oder Costa Rica hätten das Ziel des "universellen Zugangs" fast erreicht. Auch infolge dessen sei die Zahl der Toten in den vergangenen zwei Jahren weltweit von 2,2 auf 2,0 Millionen gesunken.

Als Wege zu langfristigem Erfolg gegen die Krankheit nennt UNAIDS erneut die Stärkung der Menschenrechte, besonders jene der Frauen. Weiterhin müssten das mit Aids verbundene

Stigma und die Diskriminierung bekämpft werden.

Vorbeugung bleibt zwangsläufig die schärfste Waffe gegen das Leiden, das das Immunsystem des Menschen weitgehend außer Kraft setzt und ihn damit vielen Erregern schutzlos ausliefert. Derzeit gibt es nach Ansicht führender Wissenschaftler keine Aussicht auf einen vorbeugenden Impfstoff.

Die in dem Papier genannten Zahlen sind Schätzwerte. Weil das Aids-Programm seine Datenbasis jährlich aktualisiert und verbessert, lassen sich die Daten der Berichte aus einzelnen Jahren nicht direkt miteinander vergleichen.

Weltaidsbericht: <http://www.unaids.org>

<http://www.aerztezeitung.de/> - Ärzte Zeitung vom 29. Juli 2008

Raltegravir hält HIV langfristig in Schach

Neu-Isenburg – HIV-Infizierte, die gegen drei antiretrovirale Arzneiklassen resistent sind, sprechen auf eine zusätzliche Therapie mit dem Integrase-Hemmer Raltegravir an. Jetzt sind die 48-Wochen-Daten der BENCHMRK-1 und -2-Studien veröffentlicht worden.

Die beiden Studien haben ergeben, dass auch nach 48 Wochen Therapie Raltegravir bei zuvor behandelten Patienten signifikant wirksamer ist als eine optimierte antiretrovirale Basistherapie (OBT) plus Placebo (NEJM 359, 2008, 339 sowie 416).

In der Studie mit fast 700 HIV-Infizierten lag nach 48 Wochen Therapie die Virusmenge in der Raltegravir-Gruppe bei fast 90 Prozent der Patienten unter der Nachweisgrenze von 50 HIV-RNA-Kopien pro Milliliter Blut. In der Placebo-Gruppe war das bei nur 68 Prozent der Fall.

Zugelassen ist Raltegravir in Deutschland in Kombination mit weiteren antiretroviralen Arzneien bei nachgewiesener Virusvermehrung trotz antiretroviraler Therapie. Auf der Welt-Aids-Konferenz in Mexiko-Stadt werden unter anderem die 96-Wochen-Daten der Raltegravir-Kombi-Therapie bei noch unbehandelten HIV-Infizierten vorgestellt.

Steigbigel Rt, Cooper DA, Kumar PN, Eron JE, et al

Raltegravir with optimized background therapy for resistant HIV-1 infection. N Engl J Med. 2008;359:339-54

Link: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/359/4/339>

<http://www.aerztezeitung.de/> – Ärzte Zeitung vom 1. August 2008

Keine Besserung der Lipodystrophie durch Switch

Ein Umstellen eines geboosterten Proteasehemmers auf Atazanavir/r führt nicht zur Besserung einer abdominellen Fettansammlung. Ebenso wenig kommt es nach Switch von Zidovudin/Lamivudin auf Tenofovir/Emtricitabin zur Zunahme des peripheren Fettes.

In der REAL-Studie wurden 169 Patienten mit einem erhöhten Bauchumfang und normalem Hüft-Bauch-Verhältnis entweder mit dem geboosterten Proteasehemmer (70% Lopinavir/r) weiterbehandelt oder auf Atazanavir/r umgestellt. Die Patienten waren im Mittel 24 Monate vorbehandelt. Ein Dexa-Scan 48 Wochen nach der Umstellung zeigte keinen signifikanten Unterschied im Bauchfett. Die Blutfette dagegen waren allerdings unter Atazanavir/r erwartungsgemäß signifikant besser.

In der spanischen RECOMB-Studie wurden 80 Patienten von Zidovudin/Lamivudin auf Tenofovir/Emtricitabin umgestellt. 84% nahmen als dritte Substanz ein NNRTI ein. Nach 24 Wochen zeigte sich beim Vergleich des peripheren Fettes kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Profitiert hatten allerdings Patienten mit starker Lipodystrophie zu Baseline. Die Dauer der vorherigen ZDV-Behandlung hatte dagegen keinen Einfluss auf die Fettzunahme unabhängig vom Ausgangswert.

Moyle G et al. Continuation of BID boosted PI vs switch to once-daily ATV/RTV for the management of lipodystrophy: 48 week primary analysis of the 96 week multicenter, open-label, randomized, prospective ReAL study. XVII International AIDS Conference, Mexico City, abstract MOPDB103, 2008.

Martínez E et al. Early improvement of limb fat content in patients switching from AZT/3TC to FTC/TDF (TVD): a 24 week interim analysis of the RECOMB trial. XVII International AIDS Conference, Mexico City, abstract MOPDB102, 2008.

<http://www.hivandmore.de/> - HIV&More vom 5. August 2008

Forscher stoppen Ausbreitung von HIV in Mäusen

Cambridge - Einen neuen Ansatz zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit Aids haben Forscher in Mäusen erfolgreich getestet. Sie schleusten winzige Erbgutmoleküle in die infizierten Zellen, die dort bestimmte Gene lahm legten.

Auf diese Weise bremsten sie die Vermehrung und Ausbreitung der Viren. Das Verfahren

der «RNA- Interferenz» (RNAi) ist noch relativ jung und wird derzeit für die Behandlung zahlreicher Krankheiten erprobt. Die Forscher stellen ihre Arbeit im Fachmagazin «Cell» (Bd. 134, S. 1) vor.

Mit Hilfe der RNAi lassen sich schnell einzelne Gene zielgenau abschalten, zum Beispiel solche, die mit der Entstehung von Krankheiten oder eben der Vermehrung von Viren in Verbindung stehen. Dazu bringen die Wissenschaftler winzige Abschnitte des Erbgutmoleküls RNA (siRNA) in die Zellen, die in ihrem Aufbau genau zu den Genen passen, deren Funktion unterdrückt werden soll. Experten sprechen davon, die Gene «stummzuschalten».

Eines der Hauptprobleme bei der Anwendung besteht darin, die siRNA-Moleküle in die Zellen hineinzubringen. Den Forschern um Premelata Shankar von der Harvard Medical School in Boston (US-Staat Massachusetts) gelang das nun, indem sie die Moleküle an einen Antikörper koppelten. Dieser Antikörper bindet sich an die T-Zellen des Körpers - das sind genau die Zellen, die bevorzugt von dem Aidsvirus befallen werden. Sie testeten ihr Transportsystem an «vermenschlichten» Mäusen. Durch die Gefäße dieser Tiere floss Blut mit menschlichen Blutzellen. Die Wissenschaftler injizierten nun den Antikörper mit dem daran hängenden siRNA-Molekül direkt in die Blutbahn der Tiere.

Der Antikörper lagerte sich an die Zellmembran der menschlichen Blutzellen an, die ihn daraufhin - samt des angekoppelten siRNA-Moleküls - «verschluckten». In den Zellen schaltete das siRNA-Molekül das zu ihm passenden Gen stumm. Dieses Gen bildet normalerweise ein Eiweiß, das auf der Oberfläche der T-Zellen sitzt und ist für das Eindringen der Viren in die Zellen nötig. Nun infizierten die Forscher die Mäuse mit HIV.

Das Ergebnis: Die ansonsten übliche Zerstörung der T-Zellen wurde gebremst, die Ausbreitung der Viren verhindert. «Infizierte Mäuse, die mit dem siRNA-Mix behandelt wurden, sahen nahezu aus wie die nicht-infizierten Kontrolltiere», fasst Premelata Shankar die Ergebnisse zusammen. «Sie hatten zu vernachlässigende Viren-Titer und ihre CD4-T-Zellen blieben erhalten», sagte die Forscherin dem Magazin «Cell». In einem zweiten Versuch behandelten die Wissenschaftler bereits infizierte Mäuse mit dem Gemisch der siRNA-Moleküle. Auch dabei drosselte die Behandlung die Vermehrung der Viren und die Zerstörung der CD4-Zellen.

Ein besonderer Vorteil des Verfahrens liege darin, dass man damit auf die ständigen Veränderungen des Virus reagieren könne, so die For-

scher weiter. Verändert sich nun eines der stumm geschalteten Gene durch Mutationen, brauche man nur das siRNA-Molekül dementsprechend anzupassen.

<http://www.hersfelder-zeitung.de/> - Hersfelder Zeitung vom 7. August 2008

Article: T Cell-Specific siRNA Delivery Suppresses HIV-1 Infection in Humanized Mice

Download als pdf: <http://download.cell.com/pdfs/0092-8674/PIIS0092867408008210.pdf>

Link zum Originalartikel:

<http://www.cell.com/content/article/fulltext?uid=PIIS0092867408008210>

Heilung hat Forschungspriorität

Heilung steht wieder ganz oben auf der Agenda im Kampf gegen HIV/AIDS. Das betonten Peter Piot von UNAIDS und Anthony Fauci vom amerikanischen NIH. Wie es funktionieren könnte, erklärte Robert Siliciano von der Johns Hopkins Universität in Baltimore.

Über Heilung zu sprechen ist kein Tabu mehr. Auf dem Kongress wurde so viel über Heilung gesprochen wie nie zuvor. "Aber man sollte vorsichtig mit dem Thema umgehen", warnte Anthony Fauci in einer Session über Zukunftsvisionen. Der Leiter des National Health Institute ging gleich mit gutem Beispiel voran. Er erklärte zunächst den Unterschied zwischen "funktioneller Heilung", d.h. komplette Suppression der Virusreplikation, und "kompletter Heilung", d.h. Eradikation, und betonte, dass zeitliche Prognosen derzeit nicht möglich sind.

Gezielte Aktivierung des HIV-Reservoirs

Robert Siliciano zeigte in einer Plenary Session einen Weg, wie man HIV möglicherweise aus dem Körper eliminieren kann. Als erstes müssen alle latenten Reservoirs von HIV identifiziert werden. Dann müssen die HIV-infizierten langlebigen Zellen gezielt aktiviert und eradiziert werden. Eine unspezifische Aktivierung aller langlebigen T-Zellen des Immunsystems sei viel zu gefährlich. Siliciano strahlte bei seinem Vortrag viel Hoffnung aus, denn "wir haben neuen Labormethoden zur Untersuchung von langlebigen Zellen und suchen schon nach Substanzen zur Aktivierung".

Selbst Mega-HAART kein Weg

Eine Eradikation mit konventioneller HAART ist dagegen nicht möglich. Dafür gibt es mehrere Hinweise - abgesehen von dem Scheitern entsprechender klinischer Versuche. Zum einen weisen die Viren bei einzelnen Blips unter Therapie keine Resistenzmutationen auf, zum anderen konnte man auch unter einer intensivierten HAART in hochsensiblen Tests immer wieder HIV im Blut nachweisen. Diese Viren stammen den Untersuchungen von Siliciano zufolge nicht aus CD4-Zellen, sondern aus Klonen in den latenten Reservoirs. Die Viren zeigten keine Veränderungen in der Sequenz.

Session "AIDS in 2031: where will we be?" und Plenary Session / XVII International AIDS Conference, Mexico City, 5. August 2008.

<http://www.hivandmore.com/> - HIV&More vom 8. August 2008

Firstline-Therapie mit Raltegravir

Unter einer Firstline-Therapie mit Raltegravir lag die Viruslast auch nach 96 Wochen bei über 80% der Patienten unter der Nachweisgrenze. Die Verträglichkeit war sehr gut. Neue Resistenzmutationen wurden nicht beobachtet.

Der Einsatz von Raltegravir bei therapie-naiven Patienten wird derzeit noch erforscht. Raltegravir ist zur Anwendung in Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung einer Infektion mit dem Humanen Immundefizienzvirus (HIV-1) bei vorbehandelten Patienten mit nachgewiesener HIV-1-Replikation trotz antiretroviraler Therapie zugelassen. „Diese Erkenntnisse stimmen mit den robusten Wirksamkeits- und Verträglichkeitsdaten überein, die bei der Anwendung von Raltegravir bei vorbehandelten Patienten beobachtet wurden, und sind ein vielversprechendes Signal für den möglichen Einsatz von Raltegravir bei Patienten, die noch keine HIV-Medikamente erhalten haben“, sagt Professor Dr. med. Jürgen Rockstroh, Leiter der HIV-Ambulanz der Universitätsklinik Bonn und leitender Prüfarzt einer der beiden Studien. „Die Senkung der Viruslast hielt in dieser Studie, der längsten bisher mit Raltegravir durchgeführten, über 96 Wochen an.“

In der Studie 004 werden 198 therapie-naive Patienten entweder mit Raltegravir oder Efavirenz jeweils in Kombination mit Tenofovir/Lamivudin behandelt. In den ersten 48 Wochen erhielten 160 Patienten Raltegravir 100, 200, 400 oder 600 mg BID. Danach wurden alle Raltegravir-Patienten auf die Dosis 400 mg BID umgestellt. Die 48-Wochen-Daten der Studie

waren auf der IAS-Konferenz in Sydney vorgestellt worden. Nun liegen die 96-Wochen-Daten vor.

Nach 96 Wochen hatten (ähnlich wie nach 48 Wochen) unter Raltegravir bzw. Efavirenz in der ITT-Analyse 83% bzw. 84% und in der AT-Analyse 92% bzw. 91% der Patienten eine Viruslast <50 Kopien/ml. Die CD4-Zellzahl war im Schnitt um 221/µl bzw. 232/µl gestiegen.

Gute Verträglichkeit

Die Therapie war sehr gut verträglich. Nebenwirkungen wurden unter Raltegravir seltener beobachtet als unter Efavirenz. Unter Efavirenz traten insbesondere erwartungsgemäß mehr ZNS-Nebenwirkungen auf. Unter Raltegravir wurde bei 10 Patienten eine CK-Erhöhung >10xULN beobachtet. Im Hinblick auf die Lipide schnitt Raltegravir deutlich besser ab. Unter Efavirenz kam es zu einer Zunahme des Cholesterins um 24% und der Triglyceride um 13% im Vergleich 1% und -10% unter Raltegravir.

Klinische unerwünschte Ereignisse waren im Allgemeinen von leichter bis mittlerer Intensität. Zu den am häufigsten berichteten unerwünschten Ereignissen in der Raltegravir- bzw. Efavirenz-Gruppe gehörten Durchfall (6,9 Prozent gegenüber 10,5 Prozent), Übelkeit (12,5 Prozent gegenüber 13,2 Prozent), Schwindel (8,8 Prozent gegenüber 28,9 Prozent), Kopfschmerzen (8,8 Prozent gegenüber 23,7 Prozent), abnorme Träume (6,3 Prozent gegenüber 18,4 Prozent), Schlaflosigkeit (8,1 Prozent gegenüber 10,5 Prozent) und Alpträume (0 Prozent gegenüber 10,5 Prozent). Neuropsychiatrische unerwünschte Ereignisse wie abnorme Träume, Depression, Alpträume und Selbstmordgedanken traten in der Raltegravir-Gruppe seltener auf als in der Efavirenz-Gruppe, nämlich bei 16 gegenüber 32 % der Patienten bis zur Woche 96, die meisten davon waren am Anfang der Studie bis Woche 48 aufgetreten.

Keine neuen Resistenzmutationen

In den beiden Studienarmen kam es bei je einem Patienten zwischen Woche 48 und 96 zum Therapieversagen. Bei dem Patienten im Raltegravir-Arm wurden keine neuen Raltegravir-assoziierten Mutationen beschrieben. Der Patient hatte beim Versagen Wildtyp-Virus. Beim Therapieversagen unter Efavirenz wurden die Mutationen M184V und K103N nachgewiesen.

Markowitz M, Nguyen BY, Gotuzzo E, et al. Sustained antiretroviral efficacy of raltegravir as part of combination ART in treatment-naïve HIV-1 infected patients: 96-week-data,

vorgestellt auf der 17. Internationalen AIDS-Konferenz am 5. August 2008 in Mexico City.

<http://www.msd.de> - MSD SHARP & DOHME GmbH –
Pressemeldung vom 8. August 2008

HIV-Vermeidung durch drastische Änderung des risikoreichen Verhaltens

Eine ausreichende Zahl von durch eine HIV-Infektion bedrohten Personen muss ihr Verhalten radikal und dauerhaft ändern, wobei diese Verhaltensänderungen zudem in ein umfassendes, kombiniertes Maßnahmenpakets zur Vorbeugung eingebettet werden sollten, damit diese Strategien überhaupt eine Chance auf Erfolg haben können. Dies folgern Professor Thomas Coates und Kollegen von der University of California in Los Angeles in einem Artikel der HIV-Sonderausgabe.

Die Bandbreite sexuellen Selbstbestimmungsformen sprengt den von den meisten Gesellschaften in definierten Rechtsordnungen und Moralvorstellungen anerkannten oder sanktionierten Rahmen. Der Gebrauch von berauschenden Substanzen ist nicht nur erlaubt, sondern eine zentrale Stütze der Ökonomie vieler Länder. Die Autoren stellen fest: "Kein Wunder, dass jegliche Versuche nur geringe Erfolge hatten, die solche Substanzen, insbesondere Alkohol, Stimulantien und injizierbare Drogen kontrollieren wollten."

Strategien zur Verhaltensänderung sind solche, die den ersten sexuellen Verkehr hinauszögern, die Anzahl der Sexualpartner verringern, die Anzahl der geschützten Sexualkontakte erhöhen sowie HIV-Test und –Beratung und jenen mit HIV-Infektion Zugang zu Therapien anbieten. Dazu gehören auch männliche Beschneidung, Verringerung des gemeinsamen Gebrauchs von Spritzen und Nadeln wie auch des Drogenmissbrauchs. Die Autoren fordern neue Initiativen, die auf Erkenntnissen der Verhaltensforschung basieren und sich in ein vernetztes Konzept integrieren, in das auch die auf Aufklärung und durch Gruppenprozesse geförderten (peer education) sowie weitere Maßnahmen eingehen. Es ist von wesentlicher Bedeutung, dass die richtigen Programme initiiert werden. Die Autoren diskutieren Programme wie den Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) des US-Präsidenten, der bis vor kurzem darauf bestand, dass ein Drittel der Finanzmittel die sexuelle Enthaltbarkeit vor der Ehe fördern sollten, statt dort ausgegeben zu werden, wo nach wissenschaftlichen Erkennt-

nissen die Hilfen am nötigsten gewesen wären. Während Interessensvertreter diese Einschränkungen in der jüngsten PEPFAR-Gesetzgebung des Jahres 2008 zurückgenommen sehen, merken viele Befürworter, dass die Änderungen nicht ausreichend sicherstellen, dass das Geld angemessen zugeteilt wird.

Die Verhaltensänderungen zur HIV-Vermeidung sehen sich vielen Herausforderungen gegenüber. Viele Personen mit HIV wissen gar nicht, dass sie infiziert sind – eine der wichtigsten Aufgaben zur HIV-Vermeidung in den Entwicklungsländern muss es daher sein, die Anzahl der Personen, die von ihrer Infektion wissen, zu erhöhen. Dem Risikoausgleich dort, wo Fortschritte in der HIV-Vermeidung durch verstärktes risikoreiches Verhalten zunichte gemacht werden, muss sich ebenso gewidmet werden. Beratungen und Hilfen zur HIV-Vermeidung müssen regulärer Teil der Therapie für HIV-Infizierte werden. Es gibt eine gewaltige Wissenslücke bei jungen Menschen zum Thema HIV, wie auch Anzeichen, dass die Zielsetzung der UN-Sondersitzung zu HIV/AIDS (UNGASS), wonach bis 2010 etwa 90 Prozent der jungen Menschen umfassendes Wissen zu HIV haben sollen, nicht mal zur Hälfte erreicht wird. Die Autoren bemerken: "Nichts könnte wichtiger sein, als sich auf die jungen Menschen zu konzentrieren, nicht nur im südlich der Sahara gelegenen Afrika, sondern auch in vielen anderen Teilen der Welt." Der Gebrauch injizierter Drogen bleibt ein kritischer Bereich, und während viele Regierungen die Verabreichung antiretroviraler Medikamente an ihre HIV-infizierte Bevölkerung nicht beanstanden, so können und verweigern sie (beispielsweise USA) die Einführung Gefährdung verringernder Maßnahmen zur Vermeidung der HIV-Übertragung bei Konsumenten injizierter Drogen.

Die Autoren folgern: "Die drastischen Verhaltensänderungen zu erreichen, die zur Verringerung der HIV-Übertragung notwendig sind, erfordern unbedingten Einsatz. Vermeidende Strategien werden niemals funktionieren, wenn sie nicht vollständig mit angemessenen Finanzmitteln und Maßstäben und mit Blick auf Nachhaltigkeit eingeführt sind. Die Grundlagen der HIV-Vermeidung müssen allgemein anerkannt, finanziert, eingeführt, bewertet und erreicht werden. Das ist gegenwärtig nicht der Fall."

Quelle: R Horton and P Das. Putting prevention at the forefront of HIV/AIDS. *Lancet* 2008; 371: 421

<http://www.thelancet.com> – The Lancet vom 8. August

2008

Genom von HI-Viren lässt sich gezielt aus Immunzellen schneiden

Berlin - HIV-Infizierte heilen - das ist zwar nach wie vor eine Vision. Aber mit der Entwicklung neuer Therapieansätze, die das virale Erbgut wieder aus dem Human-Genom entfernen, wird dieses Therapiekonzept neu belebt.

Mit speziellen molekularen Scheren soll das stabil ins menschliche Erbgut integrierte virale Genom wieder herausgeschnitten werden. Diesen viel versprechenden Ansatz für eine Eradikation, das heißt komplette Entfernung des HI-Virus aus dem menschlichen Körper, präsentierte Professor Joachim Hauber aus Hamburg bei einer Veranstaltung in Berlin.

Das Haupthindernis für eine Heilung von einer HIV-Infektion waren bisher ruhende infizierte Zellpopulationen, die nicht durch verfügbare antiretrovirale Präparate erreicht werden können. Dabei handelt es sich vor allem um langlebige CD4-positive Gedächtnis-Zellen, die inaktive provirale DNA enthalten und nach ihrer Aktivierung wieder HI-Viren produzieren können. Diese Zellpopulationen dienen als "biologische Bibliothek" für HI-Viren, auch solchen mit Resistenzmutationen. Könnte aus diesen Zellen die provirale DNA entfernt werden, ist damit deren Funktion wiederhergestellt.

Die Arbeitsgruppe von Hauber vom Hamburger Heinrich-Pette-Institut entwickelte ein spezifisches Enzym, die Tre-Rekombinase. Dieses Enzym erkennt die integrierte provirale DNA im humanen Erbgut und entfernt sie gezielt. Diese Therapie ist jedoch zurzeit nur mit Hilfe von gentechnisch veränderten, reinfundierten hämatopoetischen Stammzellen vorstellbar.

Es sei möglich, dass das Konzept der Tre-Rekombinase-Therapie Grundlage für neuartige antiretrovirale Behandlungen bilde, die die Eradikation von HIV aus dem Körper zum Ziel haben, so Hauber. So könnte zusätzlich ein Integrasehemmer verwendet werden, der den Einbau des viralen Genoms verhindert, auch in bestimmten Latenzstadien, in denen die provirale DNA noch im Zytoplasma vorliegt. Auch über eine Kombination mit einer Immunaktivierung der latent ruhenden Zellen denken die Forscher nach.

Eine erfolgreiche Eradikation hänge von der nachhaltigen Wiederherstellung des Immunsystems ab, betonte Hauber und verglich die Eradikation mit einem 100-Meter-Lauf, bei dem die ersten 90 Meter mit antiretroviralen Medikamenten und neuen Eradikationsstrategien, die

letzten 10 Meter jedoch vom Immunsystem alleine bewältigt werden können.

<http://www.aerztezeitung.de/> - Ärzte-Zeitung vom 12. August 2008

Was ist die Ursache für den Anstieg der Neuerkrankungen?

Köln – Der Frage, warum in Deutschland die Zahl der Neudiagnosen von HIV/Aids ansteigt, ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen einer Repräsentativerhebung in der Bevölkerung nachgegangen. Danach sind die Bürger nicht sorgloser geworden noch vernachlässigen sie ihren Schutz: Die Kondomnutzung in der Gruppe der unter 45-jährigen Alleinlebenden ist laut BZgA mit 74 Prozent im Jahr 2007 so hoch wie noch nie. Das gilt auch für die Gruppe der Jugendlichen.

Es schützen sich mit steigender Tendenz heute mehr als zwei Drittel aller Jugendlichen regelmäßig beim ersten Sex mit Kondomen. Die Kondomabsatzzahlen nehmen mit 209 Millionen verkauften Kondomen 2007 einen Spitzenplatz ein.

Die steigenden Zahlen der diagnostizierten HIV-Infektionen finden sich vor allem in der besonders gefährdeten Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts nahm die absolute Zahl der HIV-Neudiagnosen bei dieser Gruppe von 2006 auf 2007 um zwölf Prozent zu.

Die Gründe dafür seien unterschiedlich: Immer mehr Menschen ließen sich testen und bisher unentdeckte Infektionen würden so erfasst. Gleichzeitig steige die Lebenserwartung Infizierter mit der Folge, dass die Wahrscheinlichkeit, auf einen infizierten Sexualpartner zu treffen, ebenfalls zunehme. Angesichts optimistischer wissenschaftlicher Erfolgsmeldungen sinke in Teilen der gefährdeten Gruppen die gefühlte Bedrohung.

„Aussagen, wonach der Anteil der Frauen bei den HIV-Neudiagnosen steigt, stimmen nicht. Ihr prozentualer Anteil an den Neudiagnosen hat in Deutschland den niedrigsten Wert seit 1993 erreicht“, hieß es aus der BZgA.

<http://www.aerzteblatt.de/> – Deutsches Ärzteblatt vom 11. August 2008

Zusammenfassung World AIDS Conference 2008 online!

von Pietro Vernazza

Der Bericht vom XVII. Internationalen AIDS Kongress vom 3.-8 August 2008 ist online. Ein ergänzter Bericht folgt in ca. einer Woche. Sie können die Zusammenfassung als Pdf-File herunterladen. Falls Sie Kommentare oder Korrekturen haben, freuen wir uns über Ihre Rückmeldung an: infektiologie@kssg.ch.

Wir bieten die Zusammenfassung in zwei Auflösungen an:

Zusammenfassung größeres File (1.2 MB)
http://www.infekt.ch/updown/documents/kongresse/WAC_2008_Final_V1.pdf

Zusammenfassung kleineres File (800 kB, etwas schlechtere Bildqualität)
http://www.infekt.ch/updown/documents/kongresse/WAC_2008_Final_V1_kl.pdf

<http://www.infekt.ch/index.php?artID=1580> - Infektiologie St. Gallen vom 12. August 2008

Ministerin startet Info Kampagne für Schwangere

Hannover – Niedersachsens Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann (CDU) hat am Donnerstag eine Informationskampagne der Niedersächsischen Aids-Hilfe für HIV-positive werdende Mütter eröffnet. "Es gibt heute sehr gute Möglichkeiten, dass Schwangere mit dem HIV-Virus zu 98 Prozent gesunde Kinder bekommen können", sagte sie in Hannover vor Journalisten. Voraussetzung dafür sei, dass sie mit Medikamenten behandelt würden, per Kaiserschnitt entbinden ließen und das Kind nicht mit Muttermilch stillten. Die Kosten für die Therapie würden von den Krankenkassen übernommen.

In den vergangenen sieben Jahren seien in Niedersachsen 15 HIV-infizierte Kinder zur Welt gekommen, sagte die Ministerin: "Jede Infektion ist ein Schicksal zu viel." Durch Aufklärung lasse sich eine Ansteckung mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit vermeiden. Wichtig seien deshalb HIV-Tests für Schwangere: "Viele wissen gar nicht, dass sie infiziert sind." Mit der Kampagne "Lifeboat" wendet sich die Aids-Hilfe unter anderem mit einer mehrsprachigen Film-DVD über HIV-positive Mütter landesweit an Gynäkologen, Kinderärzte und Hebammen sowie an Schwangere.

Nach Angaben der Aids-Hilfe werden pro Jahr in Deutschland rund 200 Kinder HIV-positiver Mütter geboren. 2007 seien bei Kindern und Neugeborenen 25 HIV-Infektionen festgestellt worden. Die Mehrzahl der Schwangeren seien Migrantinnen aus Afrika. Deshalb richte sich die Info-Kampagne auch besonders an Zuwanderer. Das Land unterstützt die Kam-

pagne mit 20.000 Euro. Insgesamt fördert es die Aids-Hilfe mit 1,4 Millionen pro Jahr.

Schätzungen zufolge leben in Deutschland derzeit rund 50.000 Menschen mit dem HI-Virus. In Niedersachsen sind es rund 3.000.

"Durch Therapien können die Betroffenen heute mehrere Jahrzehnte mit dem Virus leben und ein normales Leben führen", sagte Jörn Jan Leidecker vom Vorstand der Niedersächsischen Aids-Hilfe. Es verstehe sich daher von selbst, dass HIV-Infizierte auch Kinder haben wollten. Mit der Kampagne reagiert die Aids-Hilfe auf eine neue Mutterschaftsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkassen. Danach sollen die Ärzte jeder Schwangeren einen HIV-Test empfehlen.

Aus medizinischer Sicht spreche gar nichts dagegen, dass eine Frau mit dem HI-Virus schwanger werde, sagte die Projektleiterin des internationalen Filmprojektes "Lifeboat" in Deutschland, Harriet Langanke aus Köln: "Es gibt keinen Grund, auf den Wunsch nach einem Kind zu verzichten." In Ländern mit niedrigerem medizinischem Standard sei dies jedoch anders zu beurteilen. Generell liege das Risiko, dass sich das Kind durch die Mutter infiziere, bei 20 Prozent. Durch eine Behandlung lasse es sich auf unter zwei Prozent reduzieren.

<http://www.nah.trilos.de/> - Niedersächsische AIDS-Hilfe Landesverband e.V. vom 15. August 2008

Therapie der fazialen Lipoatrophie wird Kassenleistung

Der spanische Gesundheitsminister Bernat Soria hat auf der XVII. Welt-Aids-Konferenz in Mexico City angekündigt, dass die Behandlung der fazialen Lipoatrophie ab dem vierten Quartal dieses Jahres in den Leistungskatalog der spanischen Krankenkassen aufgenommen wird.

In Spanien haben rund 30% der HIV-Infizierten eine Lipodystrophie. Etwa zwei Drittel davon leiden an einem behandlungsbedürftigen Fettverlust im Gesicht. Die Therapie, meist Unterspritzen der Hohlwangen mit Füllmaterial, soll in Zukunft von den spanischen Krankenkassen bezahlt werden. Einen entsprechenden Entwurf hat das spanische Gesundheitsministerium der Vollversammlung der nationalen Krankenversicherung vorgelegt. Die Maßnahme richtet sich gegen Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-Infizierten.

Pressemeldung des spanischen Gesundheitsministerium 4. August 2008

<http://www.hivandmore.com/> - HIV&More vom 16. August 2008

Ärzte bieten in Scenetreffs Beratung und HIV-Schnelltests an

Düsseldorf - Mit neuen niederschweligen Angeboten unter dem Motto "Beratung und Test" (BuT) reagiert die Aids-Hilfe Nordrhein-Westfalen auf die steigende Zahl von HIV-Neudiagnosen bei schwulen Männern.

Spätestens ab Anfang 2009 wollen Mitarbeiter der Aids-Hilfe gemeinsam mit Ärzten in zunächst fünf Regionen in Schwulentreffs gehen und den Männern vor Ort eine Beratung und einen HIV-Schnelltest anbieten.

Nach den Zahlen des Robert-Koch-Instituts ist 2007 die Zahl der HIV-Neuinfektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben, um 20 Prozentpunkte gestiegen, verglichen mit einer Zunahme von vier Prozentpunkten über alle Gruppen. "Wir müssen für die neuen Herausforderungen Konzepte entwickeln", sagt Rainer Martin Hinkers, Vorstand der Aids-Hilfe NRW.

Dazu gehöre es, die Präventionsangebote noch individueller und szenenäher zu gestalten. Mit BuT will die Aids-Hilfe in Saunen oder an anderen Treffpunkten Männer erreichen, die sich mit Blick auf eine mögliche HIV-Infizierung riskant verhalten. Nach einer Untersuchung des Robert-Koch-Instituts seien 46 Prozent der schwulen Männer bereit zum sogenannten "Serosorting", sie wollen die Wahl zwischen safer oder ungeschütztem Sex vom Serostatus des Partners abhängig machen. Vor dem Test bei einem Gesundheitsamt schreckten aber viele zurück, sagt Hinkers.

Hat der HIV-Schnelltest ein positives Ergebnis, folgt ein Western-Blot-Test zur endgültigen Abklärung. Dem Betroffenen wird sofort eine ausführliche Beratung angeboten und auf Wunsch ein ehrenamtlicher Lotse zur Begleitung zur Seite gestellt.

"Wer mehr über sich und seine Gesundheit weiß, ist auch eher bereit, ein Kondom zu benutzen", sagt Dirk Meyer, Geschäftsführer der Aidshilfe NRW. Wichtig bei BuT sei die enge Kooperation von Aids-Hilfe, Schwuleninitiativen und Gesundheitsämtern. "Es geht um eine Ergänzung, keinen Ersatz der bisherigen Angebote der Gesundheitsämter", betont er. Vor Ort stimmen die Beteiligten ab, wer den Test vornimmt, in Dortmund wird es voraussichtlich ein niedergelassener Arzt sein. In Düsseldorf wird ein entsprechendes Angebot bereits modellhaft erprobt, berichtet Meyer. Unter dem Motto

"Schwitzen bis der Doktor kommt", geht ein Arzt regelmäßig in eine Schwulen-Sauna und bietet den Test an. "Das wird gut angenommen."

Wichtig sei, dass die Beratung und der HIV-Test kostenlos sind, sagt Meyer. Darüber werde zurzeit noch verhandelt. Bislang sind ausschließlich die Test-Kits in den Gesundheitsämtern kostenfrei. Der HIV-Schnelltest könne dazu beitragen, dass mehr Infizierten als bisher der Zugang zu einer HIV-Therapie ermöglicht wird. In Nordrhein-Westfalen seien im vergangenen Jahr etwa 130 Personen an Aids gestorben, berichtet Meyer. "40 Prozent hätten nicht sterben müssen, wenn sie rechtzeitig ihr Testergebnis gekannt hätten und rechtzeitig behandelt worden wären."

<http://www.aerztezeitung.de/> - Ärzte Zeitung vom 20. August 2008

Medienpreis der Deutschen AIDS-Stiftung 2007/2008

Bonn - Für den Medienpreis der Deutschen AIDS-Stiftung 2007/2008 nimmt die Stiftung noch bis zum 31. Januar 2009 Bewerbungen an. Der Preis ist mit insgesamt 15.000 Euro dotiert. Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG stellt das Preisgeld. Beiträge zu HIV und AIDS, die vom 1. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2008 in Zeitungen, Zeitschriften oder im Internet, im Hörfunk, Fernsehen oder anderen AV-Medien in deutscher Sprache veröffentlicht wurden, können eingereicht werden. Außerdem nimmt die Stiftung künstlerische Beiträge, wie Romane, Kunstwerke, Theaterstücke zum Thema HIV/AIDS an, die im o.g. Zeitraum erstmals der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wurden.

Mit dem Medienpreis (bis 1996 Journalistenpreis) zeichnet die Deutsche AIDS-Stiftung seit 1987 Medienschaffende aus, die sachkundig über HIV/AIDS berichten und damit zur Solidarität mit Betroffenen beitragen. Über die Preisvergabe entscheidet eine unabhängige Jury.

Ihr gehören an: Prof. Dr. Norbert Brockmeyer (Sprecher des Kompetenznetz HIV/AIDS, Ruhr-Universität Bochum) • Heinz-Joachim Herrmann (Geschäftsführer Konferenz der Landesfilmdienste e.V., Bonn) • Hape Kerkeling • Petra Klüfer (Aktivistin, Hamburg) • Manfred Kriener (freier Journalist und Autor, Berlin) • Prof. Dr. Jürgen Rockstroh (Präsident der Deutschen AIDS-Gesellschaft, Bonn) • Prof. Dr. Bernd Schmidt (Professor für Journalistik, Fakultät Medien, Information u. Design, FH Han-

nover – University of Applied Sciences) • Wolfgang Vorhagen (u.a. Leiter Fachbereich „Menschen mit HIV und AIDS“, Akademie Waldschlösschen, Reinhausen b. Göttingen) • Marianne Wichert-Quoirin (Chefreporterin des Kölner Stadt-Anzeiger).

Bei der Bewerbung sollten folgende Kriterien berücksichtigt werden: • dreifache Ausfertigung des Beitrages (Zeitungskopie, DVD, CD-Rom, VHS-Band, Audiotape o. ä.) • keine Originale der künstlerischen Arbeiten, sondern diese mit Fotomaterial dokumentieren • formlose Bewerbung mit Hintergrundinformationen zum Beitrag (wo/wann veröffentlicht) • Informationen zur Person, zur Motivation für den Beitrag etc. sind willkommen. Die Stiftung nimmt gerne auch Vorschläge für Nominierungen entgegen.

Einsendung der Unterlagen an: Deutsche AIDS-Stiftung, Medienpreis, Markt 26, 53111 Bonn

<http://www.aids-stiftung.de/> - Deutsche AIDS-Stiftung – Pressemeldung vom 20. August 2008

Schweizer Statement bleibt ohne Folgen

Das Statement Schweizer HIV-Therapeuten, dass antiretroviral behandelte HIV-Infizierte unter ganz bestimmten Bedingungen auf Kondome verzichten können, hat offenbar das Sexualverhalten in der Schweiz nicht verändert.

Das hat Professor Pietro Vernazza vom Kantonsspital St. Gallen betont. Die Botschaft der Schweizer Aids-Spezialisten hatte europaweit für Diskussionen gesorgt.

In der Empfehlung hatten Vernazza und seine Kollegen bei Kondomverzicht von einem nur "geringfügigen" HIV-Infektionsrisiko gesprochen. Voraussetzung: eine stabile HIV-Therapie, kein HIV im Blut nachweisbar, keine Geschlechtskrankheiten. Vernazza: "Der Titel unseres Statements war irreführend. Dafür entschuldige ich mich."

<http://www.aerztezeitung.de/> – Ärzte Zeitung vom 21. August 2008

Resistenzentwicklung während der ersten HIV-Therapie

von Beate Tanner-Steinmann

Der Slogan "First chance is your best chance" hat schon seit Jahren auf die Wichtigkeit einer maximal wirksamen Ersttherapie hingewiesen. Bei der HIV-Therapie steht die Verhinderung einer Resistenzentwicklung im Zentrum. ein

Review-Artikel im CID vergleicht den Einsatz von Proteasehemmern (PI) und Non-nukleosid-RT-Inhibitoren (NNRTI) als Ersttherapie.

Ausgangslage:

Seit Ära der HAART mit 3 antiretroviralen Substanzen aus mind. 2 verschiedenen Klassen hat sich die HIV-assoziierte Mortalität deutlich verringert. Bekannter weise ist der heutige Standard 2 NRTI plus ein NNRTI oder ein Ritonavir geboosterter PI (rPI). Andere Regimen wie 3 NRTI oder ungeboosterte PI werden nicht mehr empfohlen. Das Auftreten von Resistenzen bei behandelten Patienten erhöht die Mortalität, wobei eine NNRTI-Resistenz das größte Mortalitätsrisiko darstellt. Schätzungen zeigen, dass ca. 10% der Patienten, welche eine HAART beginnen innerhalb von 2 Jahren eine genotypische Resistenz entwickeln, 30% der Patienten mit mindestens einer Major-Resistenz zeigen ein virales Versagen innerhalb von 6 Jahren unter HAART.

Diese Metaanalyse untersucht die Resistenzprofile bei Patienten mit virologischem Versagen einer Firstline HAART, wobei die NNRTI-basierten Therapien mit rPI verglichen werden. Das Ziel der Analyse ist es, genauere Daten zur Häufigkeit von genotypischer Resistenzentwicklung zu erhalten bei aktuellen Firstline Therapien.

Die Metaanalyse untersuchte Artikel von 1997 bis Nov. 2007 die gewisse Standardkriterien erfüllten. Als virologisch erfolgreich wurde eine Suppression der Viruslast <50 oder <400 Kopien/ml definiert.

Resultate:

Von 1782 Abstracts wurden 35 Studien mit insgesamt 7970 Patienten ausgewählt (4560 NNRTI; 3410 rPI). Die Ausgangs-CD4 Wert war bei NNRTI etwas höher (250 vs. 201/ul, p=0.52) und die HIV-RNA Konzentration in beiden Gruppen vergleichbar (4.9 log).

Untersucht wurden so 30 verschiedene Behandlungsarme mit 16 Medikamentenkombinationen unter Abnahme einer genotypischen Resistenzprüfung nach ein und zwei Jahren bei Therapieversagen. rPIs wurden vermehrt mit neueren NRTIs eingesetzt (TDF, ABC).

Ein Therapieerfolg (HIV-RNA<50) stellte sich etwas häufiger ein bei Patienten unter einer NNRTI-Therapie (67-80%, je nach NRTI) als unter einer rPI-Therapie (65% - 67%). Ein virologisches Versagen trat bei 4.9% der Pat mit NNRTI und bei 5.3% der Pat mit PI auf (p=0.5). Die Analyse der Resistenzmutationen zeigt,

dass von denjenigen Patienten, die ein virologisches Versagen hatten, diejenigen unter NNRTI deutlich häufiger eine Resistenzentwicklung zeigten.

Zusammenfassend dürfen wir festhalten, dass die NNRTI-basierte Therapie in den klinischen Studien allgemein häufiger zum Therapieerfolg führt, doch dass bei den Therapieversagern mehr Resistenzentwicklungen entstehen.

Diskussion:

Obwohl die Abwesenheit von PI-Mutationen durch die höhere genetische Barriere dieser Substanzen erklärt werden kann, erklärt dies jedoch nicht die Abwesenheit der Resistenzen gegenüber den NRTI. Die Autoren spekulieren, dass durch die Aktivität des PI, die NRTI-resistente Viruspopulation supprimiert wird.

Insgesamt kann unser Entscheid für eine Firstline-Therapie bei einem individuellen Pat natürlich nicht nur auf diesen Resistenzerfahrungen beruhen. Viel mehr bleiben weiterhin Faktoren wie Medikamenteninteraktionen, Verabreichungsart, Komorbiditäten und Preise wichtige Entscheidungsgrundlagen.

Quelle: Gupta et al, CID 2008:47

<http://www.infekt.ch/> – Infektiologie St. Gallen vom 22. August 2008

Weniger HIV Infizierte in Südafrika

Die Rate der HIV-infizierten Menschen ist in Südafrika zum zweiten Mal in Folge leicht gesunken, das hat die südafrikanische Regierung mitgeteilt. Untersuchungen bei Schwangeren hätten ergeben, dass der Anteil der HIV-positiven Frauen um einen Prozentpunkt zurückgegangen sei. Insgesamt waren 29 Prozent der untersuchten Schwangeren mit dem tödlichen Virus infiziert.

Das südafrikanische Gesundheitsministerium bezeichnete den leichten Rückgang, als erste Frucht seiner Präventionspolitik. Auch im Vorjahr war die Rate von infizierten Schwangeren im Alter von 15 bis 45 Jahren um einen Prozentpunkt gesunken. In Südafrika leben mit rund 5,4 Millionen die meisten Menschen weltweit mit HIV. 550.000 Menschen leiden an Aids.

<http://www.epd.de/> - Evangelischer Pressedienst vom 26. August 2008

"Positive Begegnungen" 2009

Positive Begegnungen vom 29.1.-1.2.2009 in Stuttgart - Anmeldefrist hat begonnen.

Vom 29. Januar bis zum 1. Februar 2009 wird in Stuttgart zum 13. Mal die größte europäische Selbsthilfekonferenz "Positive Begegnungen - Konferenz zum Leben mit HIV/Aids" stattfinden, die seit 1990 von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. veranstaltet wird. An der Veranstaltung werden Menschen mit HIV/Aids, Lebenspartner/innen, Eltern, Angehörige, Kinder von Menschen mit HIV/Aids sowie Interessierte teilnehmen. Erwartet werden 500 Teilnehmer/innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Die Konferenz zum Leben mit HIV und Aids geht 2009 nochmals erweiterte Wege: Einerseits werden Österreich und die deutschsprachige Schweiz als Partnerländer eingebunden, andererseits soll auch innerhalb von Stuttgart selbst die Konferenz mit ihren Themenschwerpunkten sichtbar und spürbar werden.

Während der Sitzung wurden insbesondere Themen wie Prävention und Repression, Stigmatisierung und Selbststigmatisierung, HIV in der Arbeitswelt, Sichtbarkeit und Sexualität intensiv diskutiert. Die Konferenzsprache ist Deutsch. Gebärdendolmetscher werden, wie auch schon in Leipzig 2006, für größtmögliche Barrierefreiheit sorgen.

Auf der Website der Vorbereitungsgruppe (http://www.hivcommunity.net/index.php?id=home_pobe2009) und dem dazugehörigen Diskussionsforum können ab sofort die Anmeldeunterlagen sowie das Programm herunter geladen werden. Die Anmeldefrist begann am 1. August und endet am 1. Oktober 2008.

Neben dem umfangreichen Workshopprogramm will die Vorbereitungsgruppe der Positiven Begegnungen dem Thema der Konferenz auch mit anderen Formen Ausdruck verleihen und lädt daher alle Interessierten ein, eine Ausstellung unter dem Titel "Bilder eines Stigmas - Ausstellung zur Konferenz Positive Begegnungen" mitzugestalten.

Das Foyer des Stuttgarter Rathauses eignet sich besonders gut, um eine Ausstellung zum Thema der Konferenz zu gestalten, die sowohl von den Konferenzteilnehmenden als auch während der Öffnungszeiten des Rathauses einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich sein wird. Teilnehmen können Projekte und Einzelpersonen. Hier können Künstler/innen und Gruppen ihre Arbeiten präsentieren, sich kreativ beteiligen und das Konferenzthema abbilden.

<http://www.hivcommunity.net/> – HIVCOMMUNITY –

Pressemeldung vom 26. August 2008

Neuer Gentest zur HIV Resistenztestung

HIV-Medikamente der neuesten Generation verhindern, dass sich HIV-DNA in Zellen einfügt. Eine schnelle Mutation der HIV-Viren kann die Wirkung der Medikamente jedoch verlangsamen bzw. stoppen. Das Zentrallabor des AKh Linz hat jetzt österreichweit den ersten Gentest zur Medikamenten-Resistenztestung für diese neuen HIV-Medikamente entwickelt und setzt damit einen Meilenstein in der HIV-Patientenversorgung.

Laut AKh-Dermatologin und HIV-Spezialistin Oberärztin Dr. Maria Geit werden die Menschen im Umgang mit HIV immer leichtsinniger, was sich besorgniserregend an den Neuinfektionen bemerkbar macht. Dr. Geit betreut derzeit 459 HIV-PatientInnen. Jene, bei denen die Standardtherapie versagt, profitieren von einer neuen, seit 2007 in Österreich zugelassenen Medikamenten-Wirkstoffgruppe, den so genannten Integrase-Hemmern. Dieser Wirkstoff verhindert, dass sich HIV-DNA in die Zellen einfügt und reduziert so kranke Zellen im Körper auf ein Minimum. Doch weil HIV-Partikel im Körper mutieren, kann auch die Wirkung der neuen Medikamente nachlassen und sich eine Medikamenten-Resistenz bilden.

Mit einem österreichweit neuen Gentest, von Univ.-Doz. Dr. Jörg Berg und Mag. Dr. Christian Paar vom Zentrallabor des AKh Linz in Zusammenarbeit mit HIV-Spezialistin Dr. Geit entwickelt, kann jetzt nachgewiesen werden, ob HIV-Mutationen vorhanden sind bzw. im Zuge der Therapie auftreten und die PatientInnen damit eine Resistenz gegen Medikamente dieser neuen Wirkstoffgruppe, nämlich der Integrase-Hemmer, entwickeln.

Der neue Gentest wird im AKh Linz ab sofort routinemäßig durchgeführt und setzt damit einen Meilenstein in der HIV-Patientenversorgung, denn nur ein schneller Nachweis der Mutation verbunden mit einer Änderung der Therapie kann bei dieser noch immer unheilbaren, letztlich tödlichen Erkrankung lebensverlängernd wirken.

Das ISO-zertifizierte AKh-Zentrallabor unter der Leitung von Primar Dr. Herbert Stekel, es hat sich schon mehrfach mit der Entwicklung von speziellen Gentests (z.B. Herpesviren, Laktoseintoleranz) weltweit einen Namen gemacht, macht sich auch regelmäßig für Forschung und

Ausbildung speziell in molekularer Diagnostik stark. So konnte jetzt eine Schülerin an der AKh-Akademie für Biomedizinische Analytik im Rahmen ihrer Diplomarbeit bei der Entwicklung dieses Gentests mitwirken.

<http://www.linz.at/> - AKh - Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz – Pressemeldung vom 26. August 2008

Malaria und HIV

Substanzen für die Humanmedizin aus dem Dschungel

Ein Forscherteam des Smithsonian Tropical Research Institute in Panama hat entdeckt, dass bunt und auffällig gefärbte Insekten eindeutige Hinweise auf das Vorhandensein von Medizinalpflanzen liefern. Die Insekten ernähren sich von diesen Pflanzen und nehmen die aktiven Substanzen auf, um sich selbst vor Fressfeinden zu schützen, berichtet das Wissenschaftsmagazin *New Scientist* in seiner Online-Ausgabe.

Die Suche nach neuen Heilmitteln in den tropischen Regenwäldern ist ähnlich wie die berühmte Suche nach der Nadel im Heuhaufen. Pflanzen zeigen von außen nicht, ob sie über aktive Substanzen verfügen oder nicht. "Die Insekten, die sich von ihnen ernähren, tun das jedoch schon", berichtet der Entomologe Todd Capson vom Smithsonian Institute. In einem Feldversuch untersuchten die Forscher ihre zuvor aufgestellte Theorie. Sie untersuchten zehn Pflanzen, die als Heilpflanzen bekannt sind und zehn, die keine aktiven Substanzen aufzuweisen hatten, den Heilpflanzen aber ähnlich schauten. Anschließend untersuchten sie die Frequenz von auffällig-gefärbten Insekten auf diesen Pflanzen.

Tatsächlich frequentierten die grell-gefärbten Insekten neun von zehn Pflanzen, die aktive Stoffe hatten. Umgekehrt konnten sie nur vier auf den Nicht-Heilpflanzen feststellen. Jede der Heilpflanzen hatte durchschnittlich 1,9 schillernde Insekten auf ihren Blättern. Bei den anderen Pflanzen waren es nur 0,5. "Das ist das erste Mal, dass jemand nachgewiesen hat, dass auffällig gefärbte Insekten in Zusammenhang mit Heilpflanzen stehen", meint der Forscher.

Bisher hatten Forscher auf der Suche nach neuen Substanzen vor allem auf das Wissen aus traditionellen Medizinsystemen zurückgegriffen. "Indigene Völker haben eine lange Tradition bei der Verwendung verschiedener Heilpflanzen", meint auch der Ethnobotaniker und Direktor des National Tropical Botanical Gardens in Kauai, Paul Cox. Cox hatte bei eigenen Forschungsarbeiten in der Rinde des samoanischen Mamala-Baumes den Anti-HIV-1- Wirk-

stoff Prostratin* entdeckt. "Die Pflanze spielt seit Generationen in der samoanischen Medizin eine wichtige Rolle." Diese Reihe lässt sich weiter fortsetzen - etwa um das Anti-Malaria-Mittel Artemisinin aus der Traditionellen Chinesischen Medizin.

Die Idee, dass auch Tiere einen Hinweis auf versteckte Inhaltsstoffe geben könnte, hatten Forscher schon zuvor. Allerdings gingen sie von der Prämisse aus, dass man die Insekten sammeln sollte, um die Wirkstoffe in ihren Körpern zu untersuchen. "Das Sammeln von 100 Kilogramm Insekten ist aber keine Option", meint Capson im Interview. "Glücklicherweise zeigen viele der Insekten ihren Fressfeinden mit den grellen Farben - zumeist gelb und rot - dass sie eine gefährlich Beute darstellen", so der Forscher. "Wir sind den Insekten dann gefolgt und haben nachgesehen, wovon sie sich ernähren." Viele der Insekten sind nicht in der Lage, die gefressenen Toxine zu synthetisieren, sondern reichern sie in ihren Körpern an.

*Prostratin verstärkt die CDK9-Kinase-Aktivität, wodurch latente HIV-1-Proviren aktiviert werden. Unter HAART-Therapie könnte damit eine Möglichkeit bestehen, eine Eradikation zu erreichen, da frischinfizierte CD4+-T-Zellen wenig antivirales Antigen exprimieren und somit nicht vom Immunsystem entdeckt werden.

Referenz: Effects of prostratin on Cyclin T1/P-TEFb function and the gene expression profile in primary resting CD4+ T cells

Tzu-Ling Sung and Andrew P Rice, Department of Molecular Virology and Microbiology, Baylor College of Medicine, Houston, Texas 77030, USA

<http://www.journalmed.de/> - Journal Med vom 26. August 2008

HIV-Übertragung bald durch HSV-2-Suppression vermeidbar?

von Andrea Witteck

Acyclovir konnte bei HIV- und HSV-2-positiven Frauen die HIV-RNA sowohl im Zervikalsekret als auch im Blut signifikant senken. Man erhofft sich davon nun eine verminderte HIV-Übertragungsrate in serodifferenten Paaren.

Es ist eine typische Eigenschaft der Herpesviren, nach der Erstinfektion im Körper im Sinne einer latenten Infektion zu überdauern. Dies trifft auch für das HSV-2 (Humanes Herpesvirus 2), den typischen Erreger des Herpes genitalis zu. Entsprechend muss bei positiver HSV-2-Serologie immer wieder mit zum überwiegenden Teil asymptomatisch verlaufenden

Reaktivierungen gerechnet werden. Es konnte gezeigt werden, dass dies mit einer verstärkten HIV-Replikation assoziiert ist (Rebbaprada et al., 2007; Nagot et al., 2008). Somit stellt sich die Frage, ob eine HSV-2-Suppressionstherapie bei HIV-HSV-2-Koinfizierten die Vermehrung des HI-Virus eindämmen und damit die Gefahr einer HIV-Übertragung auf den HIV-negativen Partner bzw. die HIV-negative Partnerin reduzieren kann.

Dunne et al. sind im Rahmen einer Studie an HIV-HSV-2-koinfizierten Frauen in Thailand dem ersten Teil dieser Frage nachgegangen. In einem verblindeten, randomisierten Crossover Trial wurden 67 HIV- und HSV-2-positive Frauen ohne antiretrovirale Therapie mit CD4-Zellzahl $>200/\mu\text{l}$ und ohne opportunistische Infekte untersucht (mediane CD4-Zellzahl $366/\mu\text{l}$ ($209-930/\mu\text{l}$), mittleres Alter 33 Jahre (22-46 Jahre), 0-2 Geschlechtspartner im vergangenen Jahr, nur 42% hatten jemals einen symptomatischen Herpes genitalis). Neben Schwangerschaft und Stillen waren Niereninsuffizienz (Krea $>1,4\text{mg/dl}$ bzw. $>124\mu\text{mol/l}$) sowie ein pathologischer PAP-Abstrich Ausschlusskriterien. Wurde in der der Studienteilnahme vorausgehenden Screening-Visite eine Geschlechtskrankheit diagnostiziert (Syphilis-Test, Zervikal-Abstrich auf Chlamydia, Gonorrhoe, Trichomoniasis, Candidiasis, bakterielle Vaginose), konnten die betreffenden Frauen 2 Wochen nach einer entsprechenden Behandlung eingeschlossen werden. Trat während der Studienteilnahme ein symptomatischer Herpes genitalis auf (Genitalulkus), erfolgte unter Aussetzen der Studienmedikation eine episodische Therapie mit $3 \times 400\text{mg}$ Acyclovir für 7 Tage. Die Analyse erfolgte als Intention-to-treat.

Die eine Hälfte der Studienteilnehmerinnen erhielt zunächst während eines Monats $2 \times 400\text{mg}$ Acyclovir p.o. und nach einer einmonatigen Wash-out-Phase (HWZ Acyclovir: 2,5h) während eines Monats Placebo (34/34 komplettierten die Studie). Bei den anderen 33 Studienteilnehmerinnen war der zeitliche Ablauf genau umgekehrt, d.h. je 1 Monat Placebo, Wash-out-Phase und Acyclovir (28/33 komplettierten die Studie; sämtliche drop-outs vor der Acyclovir-Phase: $2 \times$ Wegzug, $1 \times$ Beginn HAART, $1 \times$ Schwangerschaft, $1 \times$ Hospitalisation wegen Tuberkulose). Als Acyclovir-Nebenwirkung bekannte Symptome wie Kopfschmerzen, Übelkeit und Diarrhoe traten unter Acyclovir und Placebo gleich häufig auf. Die Compliance mit der Studienmedikation (gemessen mit Pill-Count, Tagebuch und Medication Event Monitoring System (MEMS)) lag sowohl für die A-

cyclovir- als auch die Placebo-Phase bei ca. 97%.

Dem Umstand, dass die HIV-RNA im Genitalsekret größeren Schwankungen unterliegt als im Blut wurde insofern Rechnung getragen, als dass die Plasma-HIV-RNA monatlich und die HIV-RNA im Zervikalsekret wöchentlich bestimmt wurde (für die Analyse Verwendung von monatlichen Durchschnittswerten).

Zu Studienbeginn hatten 75% der Frauen einen positiven HIV-RNA-Nachweis im Zervikalsekret (Detektionsgrenze: 40 Kopien/ml). Die mittlere Viruslast betrug im Plasma $4,6$ ($2,9-5,7$) \log Kop./ml und im Zervikalsekret $1,9$ ($0-4,1$) \log Kop./ml. Der Anteil Frauen, bei welchen mindestens einmal HIV-RNA im Zervikalsekret nachgewiesen wurde, war in den Acyclovir-Monaten mit 64,5% deutlich niedriger als in den Placebo-Monaten mit 80,3% ($p < 0,01$). Der Anteil Frauen mit nachweisbarer HSV-2-DNA im Zervikalsekret wurde unter Acyclovir ebenfalls signifikant gesenkt (von 42,4% auf 1,6%). In den Acyclovir-Monaten lag die HIV-RNA im Zervikalsekret im Schnitt um $0,3$ \log Kop./ml und im Blut um $0,47$ \log Kop./ml tiefer als in den Placebo-Monaten ($1,9$ vs $2,2$ \log Kop./ml, $p < 0,0001$ bzw. $3,78$ vs $4,26$ \log Kop./ml, p). Dieser Unterschied blieb auch nach Korrektur bezüglich Geschlechtskrankheiten, Baseline-Werten für HSV-2 und HIV im Zervikalsekret, Plasma-HIV-RNA, CD4-Zellzahl, Studienabfolge und Mens signifikant. Bei 3 Studienteilnehmerinnen erfolgte im Verlauf eine 7tägige Acyclovir-Therapie mit $3 \times 400\text{mg}$, wobei die jeweilige Studienphase nicht angegeben wurde.

Weitere kürzlich publizierte Studien weisen in die gleiche Richtung. Eine Suppressionstherapie mit Valacyclovir (bessere orale Bioverfügbarkeit als Acyclovir (55 vs 10-20%), aber bedeutend teurer) führte bei HIV/HSV-2-koinfizierten Männern zu einer Reduktion der rektalen und Plasma-HIV-RNA (Zuckermann et al., 2007) sowie bei HIV/HSV-2-koinfizierten Frauen zu einer Senkung der HIV-RNA in Genitalsekret und Plasma (Nagot et al., 2007).

Die Höhe der HIV-RNA ist nur ein Surrogat-Marker für die Infektiosität (Quinn et al., 2000). Ob die durch eine HSV-2-Suppressionstherapie erzielte absolute Reduktion der HIV-RNA in Plasma bzw. Genitalsekret oder der verminderte Anteil jener mit nachweisbarer HIV-RNA im Genitalsekret letztlich in einer verminderten HIV-Übertragungsrate resultiert, muss direkt untersucht werden und ist Gegenstand aktueller Studien (Link). Demgegenüber hat sich die Hoffnung, dass eine HSV-2-

Suppressionstherapie bei HSV-2-Positiven die Empfänglichkeit für eine HIV-Infektion verringern könnte, unterdessen wieder zerschlagen (Celum et al., 2008; Watson-Jones et al., 2008).

Sollte sich die These einer verminderten HIV-Übertragungsrate unter HSV-2-Suppressionstherapie bei HIV-HSV-2-Koinfizierten bestätigen, wirft das einige Fragen auf:

- 1) Soll der HSV-2-Serostatus standardmäßig bei allen HIV-Positiven bestimmt werden?
- 2) Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass der Effekt auf die HIV-RNA nur während der regelmäßigen Einnahme der HSV-2-Suppressionstherapie zu beobachten ist. Folglich wäre eine Dauertherapie nötig. Stellt sich - nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass 58% der HSV-2-Positiven noch nie eine Herpes genitalis-Symptomatik hatten - die Frage nach der Compliance. Diese war zwar in der Beobachtungsperiode mit 97% hervorragend, doch die Langzeitcompliance dürfte bei symptomlosen Personen deutlich tiefer liegen.
- 3) Die Number-needed-to-prevent wird Auskunft darüber geben, ob es sinnvoll ist, sämtliche HIV-HSV-2-Koinfizierte einer HSV-2-Suppressionstherapie zuzuführen oder zum Beispiel nur jene, bei denen HIV-RNA im Genitalsekret nachweisbar ist und welche tatsächlich mit einer verminderten Viruslast ansprechen. Dies dürfte letztlich eine Kosten-Nutzen-Frage sein und ein Abwägen gegenüber anderen Methoden der Prävention einer HIV-Übertragung wie Kondom und HAART.

Quelle: Dunne et al., JAIDS 2008;49:77-83 /

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18667923?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

<http://www.infekt.ch/index.php?artID=1591> – Infektiologie St. Gallen vom 28. August 2008

Tipranavir bei vorbehandelten Kindern

Neue Daten zur Wirksamkeit und Verträglichkeit

Boehringer Ingelheim stellte auf der Internationalen AIDS-Konferenz in Mexiko-Stadt neue Daten vor, die die langfristige Wirksamkeit und Sicherheit von Aptivus® (Tipranavir) bei vorbehandelten Kindern belegen. Die Ergebnisse dieser zweijährigen Studie zeigen, dass die Kinder unter Aptivus® ein anhaltendes virologisches

und immunologisches Ansprechen erzielten und die antiretrovirale Therapie gut vertrugen.

Die Ergebnisse basieren auf den 2006 anlässlich der Internationalen AIDS-Konferenz in Toronto, Kanada, vorgestellten positiven 48-Wochen-Daten, die auch die Grundlage für die Zulassung von Aptivus® als Lösung zum Einnehmen vor Kurzem durch die US-amerikanische Arzneimittelbehörde FDA (Food and Drug Administration) für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen in den USA bildeten. Diese Daten werden derzeit von der Europäischen Arzneimittelagentur EMA für die Marktzulassung einer Lösung zum Einnehmen und für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen in Europa geprüft.

Bei den Zwei-Jahres-Follow-up-Daten wurde Tipranavir, das zusammen mit niedrig dosiertem Ritonavir (Aptivus®/r) verabreicht wurde, bei 78 vorbehandelten Kindern geprüft. Die Teilnehmer, welche die ursprüngliche 48-Wochen-Studie abschlossen, hatten die Möglichkeit, in einer Erweiterung der Studie ihre Behandlung mit Aptivus® fortzusetzen. Die weitergehende Analyse bestätigt die Ergebnisse der 48-Wochen-Daten und belegt die dauerhafte Wirkung von Aptivus®. Bei mehr als der Hälfte der jüngeren Kinder in der Studie kam es zu einem anhaltenden virologischen Ansprechen; die Lösung zum Einnehmen war auch über die Dauer von 100 Wochen gut verträglich.

Weniger Therapieoptionen für vorbehandelte Kinder

Da für vorbehandelte Kinder weniger Behandlungsoptionen als bei Erwachsenen verfügbar sind, werden dringend neue Therapiemöglichkeiten benötigt. Die Anzahl der Kinder, bei denen HIV/AIDS diagnostiziert wird, nimmt weiter zu. Derzeit sind weltweit circa 2,1 Millionen Kinder mit dem HI-Virus infiziert; nach neueren statistischen Berechnungen werden allein in diesem Jahr weitere 29.000 Kinder an einer HIV-Infektion erkranken. HIV-infizierte Kinder sind wesentlich stärker gefährdet, das Vollbild Aids zu entwickeln, wenn sie nicht erfolgreich mit einer antiretroviralen Therapie behandelt werden können. Wie bei Erwachsenen, können HI-Viren auch bei Kindern Resistenzen gegenüber bestimmten Therapieregimen entwickeln. Dies unterstreicht das Bedürfnis für eine Ausweitung der Therapieoptionen, die gegenüber medikamentenresistenten HIV-Stämmen wirksam sind.

Die Daten, die in mehr als 26 Prüfzentren in Europa, USA und Lateinamerika erhoben wur-

den, zeigen, dass HIV-1-positive Kinder und Jugendliche, die Tipranavir mit Ritonavir-Boosterung als Teil ihrer antiretroviralen Kombinationstherapie erhalten, einen anhaltenden virologischen und immunologischen Behandlungserfolg nach 100 Behandlungswochen erreichen können: dann erreichten 56 Prozent der Kinder zwischen zwei und sechs Jahren eine Viruslast unter 400 Kopien pro ml, und bei 48 Prozent der Kinder in dieser Altersgruppe sank die Viruslast unter die Nachweisgrenze (weniger als 50 Kopien pro ml).

Bei 30 Prozent Viruslast unter der Nachweisgrenze

In der Altersgruppe der Sechs- bis Zwölfjährigen sank bei 30 Prozent die Viruslast unter die Nachweisgrenze (weniger als 50 Kopien pro ml), und in der Gruppe der Zwölf- bis Achtzehnjährigen erreichten immerhin noch 20 Prozent eine Viruslast unter der Nachweisgrenze. Dass weniger der älteren Kinder eine Viruslast unter der Nachweisgrenze erreichten, ist darauf zurückzuführen, dass ältere Kinder stärker vorbehandelt und mit medikamentenresistenteren HI-Viren infiziert sind als jüngere.

"Da es viele HIV-infizierte Kinder und Jugendliche gibt, bei denen die Virusunterdrückung versagt, ist eine neue, speziell für diese Gruppe entworfene Generation an Therapien erforderlich", betonte Dr. Juan Salazar, Associate Professor of Paediatrics am Connecticut Children's Medical Centre in Hartford, USA, und Erstautor der Analyse. "Für diese vorbehandelten Kinder, für die nur begrenzte Optionen zur Beibehaltung eines aktiven und dauerhaften Therapieregimes zur Verfügung standen, haben wir nun den Nachweis, dass Tipranavir wirksam und verträglich ist."

Einigen Studien zufolge gelingt es bei bis zu 50 Prozent der HIV-infizierten Kinder und Jugendlichen nicht, die Vermehrung der HI-Viren über die zwei Jahre der Anfangsbehandlung hinaus dauerhaft zu supprimieren, und bis zu 90 Prozent der Kinder, bei denen eine antiretrovirale Therapie scheitert, sind mit medikamentenresistenten HIV-Stämmen infiziert. Diese Statistiken zeigen, dass es von außerordentlicher Bedeutung ist, neue Optionen verfügbar zu machen, die das HI-Virus auch in der vorbehandelten pädiatrischen Gruppe unterdrücken können.

Aptivus 250 mg Weichkapseln wurden im Oktober 2005 in Europa durch die EMEA zugelassen. Aptivus[®] OS (Lösung zum Einnehmen) erhielt am 24. Juni 2008 die Marktzulassung

durch FDA zur Anwendung bei vorbehandelten Kindern und Jugendlichen in den USA.

Mehr unter:

<http://www.boehringer-ingenelheim.de/> - Boehringer Ingelheim – Pressemeldung vom 29. August 2008

Wieder mehr HIV-Neuinfektionen in New York

New York – US-amerikanische Fachärzte haben vom Gesundheitsministerium mehr Anstrengungen in Sachen HIV-Infektionsprophylaxe verlangt. Anlass für die Debatte sind Zahlen aus New York, wonach die Zahl der HIV-Neuinfektionen in der Stadt wieder deutlich steigt.

Wie aus aktuellen Zahlen der New Yorker Gesundheitsverwaltung hervor geht, infizierten sich im Jahr 2006 rund 4.800 Patienten mit HIV. Damit liegt die Rate der Neuinfektionen in New York mit 72 Infektionen pro 100.000 Einwohner mehr als dreimal so hoch wie im Landesdurchschnitt (23 Infektionen pro 100.000 Einwohner).

Sprecher von Ärzteverbänden verlangen von den amerikanischen Gesundheitspolitikern mehr Anstrengungen, um die Öffentlichkeit wirkungsvoller als bisher über die Gefahren einer HIV-Infektion aufzuklären. Neue Aufklärungskampagnen seien „dringend notwendig“, so die Ärzteverbände.

Die Kampagnen sollten sich schwerpunktmäßig an Patienten richten, die statistisch ein größeres Risiko tragen, sich zu infizieren. Patientenverbände schlossen sich den Forderungen an. Sie verlangen außerdem einen besseren Zugang seropositiver Patienten zu HIV-Medikamenten.

<http://www.aerzteblatt.de/> – Deutsches Ärzteblatt vom 29. August 2008

Veränderte Vaginalflüssigkeit macht Frauen HIV-resistent

Columbus – Die Vaginalflüssigkeit von Frauen, die resistent gegen eine Infektion mit HIV sind, ist anders zusammengesetzt als die gefährdeter oder infizierter Frauen. Das haben kanadische Forscher bei der Untersuchung kenianischer Prostituiertes entdeckt. Das Vaginalsekret der widerstandsfähigen Frauen enthielt zum Teil die achtfache Menge an bestimmten Proteinen, die für die Immunabwehr und die Regulation von Entzündungsreaktionen zuständig sind. Die Entdeckung könnte helfen, neue Ansätze für die Vermeidung oder Behandlung von HIV-

Infektionen und Aids zu entwickeln, schreiben die Forscher um Adam Burgener von der Universität in Winnipeg im Fachmagazin «Journal of Proteome Research» (Online-Vorabveröffentlichung, DOI: 10.1021/pr800406r).

Bei der Untersuchung von 2.000 Prostituierten in Kenia machten die Wissenschaftler mehr als 140 Teilnehmerinnen ausfindig, die gegen eine HIV-Infektion resistent zu sein schienen. Da HI-Viren beim Geschlechtsverkehr über die Schleimhaut im Vaginaltrakt übertragen werden, vermuteten die Forscher, dass es bei den resistenten Frauen dort ungewöhnliche Immundefaktoren geben könnte, die vor einer Infektion mit HIV schützen.

Tatsächlich enthielt die Vaginalflüssigkeit resistenter Frauen im Vergleich zu HIV-infizierten Frauen größere Mengen von Proteinen mit antiviraler und entzündungshemmender Wirkung, wie eine Untersuchung der Gebärmutterhals Schleimhaut zeigte. Wenn dieser Zusammenhang auch in größeren Stichproben nachgewiesen werden kann, könnte auf der Basis solcher Vaginalproteine ein Mittel entwickelt werden, mit dem sich HI-Viren bekämpfen lassen.

Nach einer meist mehrjährigen Inkubationsphase kann die Ansteckung mit dem HI-Virus zur Immunschwächekrankheit Aids führen, die mit lebensbedrohlichen Infektionen und Tumoren einhergeht. Bereits während der symptomfreien Latenzphase können antivirale Medikamente eingesetzt werden, die die Lebenserwartung der Infizierten steigern. Eine Heilung ist bisher nicht möglich, da die HI-Viren nicht vollständig aus dem Körper entfernt werden können. Der Anteil der HIV-Infizierten liegt im weltweiten Durchschnitt bei etwa einem Prozent der 15- bis 49-jährigen, in einigen afrikanischen Ländern wie zum Beispiel auch Kenia ist die Quote jedoch weitaus höher.

Siehe auch unter: Journal of Proteome Research:

<http://pubs.acs.org/journals/jprobs/index.html>

Abstract: <http://pubs.acs.org/cgi-bin/abstract.cgi/jprobs/asap/abs/pr800406r.html>

<http://de.news.yahoo.com/> - Yahoo News vom 2. September 2008

Neuer NNRTI zugelassen

Die Europäische Arzneimittelbehörde hat die Zulassung für Etravirin (Intelence[®]) erteilt. Etravirin ist ein neuer nicht-nukleosidischer Re-

verse-Transkriptase-Inhibitor (NNRTI), der auch noch bei NNRTI-Resistenzen wirkt. Etravirin ist für therapieerfahrene Patienten in Kombination mit einem geboosterten Proteaseinhibitor und anderen antiretroviralen Medikamenten zur Behandlung von Infektionen mit dem humanen Immundefizienzvirus 1 (HIV-1) zugelassen.

Nicht-nukleosidanaloge Inhibitoren wie Efavirenz, Nevirapin und nun Etravirin hemmen die viruseigene Reverse Transkriptase. Die Blockierung dieses Enzyms führt zum Abbruch der Übersetzung der genetischen Information des Virus von RNA in DNA. Neue Zellen werden so vor einer Infektion geschützt, weitere Infektionszyklen werden verhindert. Zwischen den bisher zugelassenen nicht-nukleosidanalogen Reverse-Transkriptase-Hemmern besteht eine 100%ige Kreuzresistenz.

Das bedeutet, dass gegen Viren, die auf die eine Substanz unempfindlich geworden sind, auch die anderen aus dieser Substanzklasse nicht mehr wirken. In Studien erwies sich Etravirin in vielen Fällen wirksam gegen Viren mit einer Resistenz gegen bisher zugelassene Arzneistoffe dieser Medikamentenklasse und scheint damit einen echten Fortschritt in der HIV-Therapie darzustellen. Allerdings wurde Etravirin bisher nur an einer kleinen Patientenzahl und über eine kurze Zeit geprüft.

Quellen:

Madruca, J.V.; et al.: Efficacy and safety of TMC125 (etravirine) in treatment-experienced HIV-1-infected patients in DUET-1. *Lancet*. 2007; 370: 29 - 38.

Lazzarin, A.; et al.: Efficacy and safety of TMC125 (etravirine) in treatment-experienced HIV-1-infected patients in DUET-2. *Lancet* 2007; 370: 39 - 48.

<http://www.tibotec.com/> - Tibotec – Pressemitteilung vom 1. September 2008

Eine Monatspritze als HIV-Therapie?

von Pietro Vernazza letzte Aktualisierung

Heute sicher nicht, doch wir sehen bereits erste Anzeichen für eine interessante Entwicklung. Langwirksame Substanzen könnten auch einmal pro Woche oder sogar einmal pro Monat angewandt werden.

In der letzten Ausgabe des Journal Infectious Diseases ist ein erstes Studienresultat einer Einmaldosis von Pro140, eines CCR5-Antikörpers publiziert. Nach einer einmaligen Gabe dieses Medikamentes - leider noch als Injektion - kam es zu einem nachhaltigen Abfall

der HIV-RNA über die folgenden 10 Tage bis zu einem maximalen Abfall auf durchschnittlich 1.8 log. Das ist so viel, wie fast jede HIV-Monotherapie mit täglicher Gabe unserer besten neuen Substanzen erreicht.

In der nebenstehenden Abbildung ist der Abfall der HIV-RNA bei HIV-infizierten Patienten (je ca. 10/arm) dargestellt. Bei den drei Farben handelt es sich um unterschiedliche Konzentrationen (0.5mg/kg=rot, 2mg/kg=grün, 5mg/kg=blau). Nota bene: Die Substanz wurde nur einmal gespritzt. Die höchste Dosis führte zu einer HIV-RNA Suppression um mindestens 1 log während 2-3 Wochen.

Natürlich ist dies alles noch ein frühes klinisches Stadium. Doch wir haben auch vom AIDS-Kongress in Mexiko über eine neue Applikationsform des NNRTI TMC-278 berichtet (s. Bericht Seite 8). Eine einmalige Gabe von 600mg TMC-278 in einer nonpartikel-Form bei HIV-negativen erreichte Blutspiegel, die noch weiter länger als einen Monat im wirksamen Bereich waren. Die Autoren haben diese Anwendung in der Prävention diskutiert.

Pro140 ist ein monoklonaler Antikörper, welcher den CCR5-Korezeptor blockiert. Als Antikörper muss dieser natürlich i.v. appliziert werden. In dieser kleinen Studie waren die Nebenwirkungen nicht dosisabhängig und etwa gleich häufig wie in der Placebo-Gruppe. Es wird sich zeigen, ob die Substanz bei höherer Dosierung noch länger wirksam wird. Auch wenn all diese Entwicklungen noch sehr früh in der klinischen Phase sind, so zeigt es uns doch, dass die Entwicklung hin zu einem einfachen Therapie-schemata geht, mit welchem man längerfristig ohne tägliche Tabletteneinnahme und ohne Nebenwirkungen eine HIV-Infektion unter Kontrolle halten kann. Solche Entwicklungen machen uns zuversichtlich, dass bald einmal alle Menschen mit einer HIV-Infektion behandelt werden könnten und dadurch die HIV-Infektion "ausstirbt".

CCR-5 Korezeptor-Blocker haben immer das Problem, dass Sie nur funktionieren, wenn kein Dual-tropisches oder CXCR4-tropes HIV-virus präsent ist. Doch in der Prävention der sexuellen Übertragung wäre die Anwendung geradezu ideal, da nach heutigem Wissen praktisch nur CCR5-tropes Virus sexuell übertragen wird. Auch ist bei Prä-Expositionsprophylaxe die notwendige Blutspiegel-Konzentration möglicherweise etwas tiefer, da viel weniger Viruskontakte im Spiel sind. Eine Monatsspritze für Sex-workers in Afrika wäre doch eine hoch effiziente Präventionsmethode!

Quelle: Jacobson, JID, 2008; 198 ahead of print

<http://www.infekt.ch/> – Infektiologie St. Gallen vom 7. September 2008

SMART news: Risikoverhalten nicht situationsadaptiert

von Pietro Vernazza

Über die SMART-Studie haben wir hier schon oft berichtet. In dieser Studie wurden Patienten randomisiert entweder einer Dauertherapie zugeführt oder sie konnten die Therapie solange unterbrechen, wie die CD4-Helferzellen einen genügenden Immunstatus zeigten. Nun haben die Autoren noch eine Untersuchung über das Sexualverhalten der eingeschlossenen Patienten publiziert.

Wir wissen sehr gut, dass während dem Absetzen einer HIV-Therapie ein starker Anstieg der HIV-Viruslast zu beobachten ist. Dies korreliert mit dem Risiko einer HIV-Transmission, wie wir vor einigen Jahren mit einem Fallbeispiel berichtet hatten (Bernasconi et al.). Daher müssen Patienten, die eine Therapie unterbrechen entsprechend sorgfältig auf das hohe Übertragungsrisiko hingewiesen werden.

In einer Subgruppe (n=883) der SMART Patienten wurden alle über ihr Sexualverhalten befragt auf Geschlechtskrankheiten untersucht. Zum Zeitpunkt der Randomisierung gaben 15% an, dass sie mit ihrem Partner unsafe sex hatten. Diese Zahl entspricht recht genau den Angaben aus der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie, doch wissen wir hier, dass die unsafe sex Rate bei anonymer Befragung sogar bei 25% liegt (Panozzo et al).

Effektiv zeigte das Sexualverhalten in den beiden randomisierten Gruppen (mit und ohne Therapie) keinen Unterschied. Dies ist bedenklich. Denn man muss davon ausgehen, dass die Therapieunterbruch-Gruppe ein massiv höheres Risiko hatte, die Infektion auf den Partner zu übertragen.

In dieser Studie wurde nicht untersucht, ob es bei den Partnern der betroffenen auch zu einer Infektion gekommen ist. Die Studie zeigt, dass Risikoverhalten nur schlecht reduziert werden kann und erinnert uns aber doch daran, bei Patienten, welche keine Therapie haben oder diese aus irgend einem Grunde unterbrechen, immer auf das hohe potentielle Risiko einer sexuellen Übertragung von HIV hinzuweisen sind.

Quelle: Burman et al, JAIDS, 2.9.2008, ahead of print

<http://www.infekt.ch/> – Infektiologie St. Gallen vom 7. September 2008

Aufklärung zur Eindämmung von HIV-Infektionen in Beijing notwendig

Die Anzahl der Übertragung von HIV/AIDS unter Homosexuellen in der chinesischen Hauptstadt war höher als die durch Prostituierte, gab das Zentrum für Krankheitskontrolle am Freitag bekannt.

Bis zu 5 Prozent der Homosexuellen in der Stadt wurden infiziert, verglichen zu 0,5 Prozent der weiblichen Prostituierten, so He Xiong, der stellvertretende Leiter des Beijinger Zentrums für Krankheitskontrolle und -vorbeugung. Er führt den Anstieg der HIV/AIDS-Infektionen unter Homosexuellen auf mangelnden Schutz beim Geschlechtsverkehr zurück.

Viele Homosexuelle haben nicht die nötigen Kenntnisse über HIV/AIDS, und benutzen Kondome nur bei weniger als der Hälfte ihrer geschlechtlichen Kontakte, ergänzt er. Trotz der wachsenden Toleranz gegenüber Homosexuellen in den letzten Jahren existiert immer noch Diskriminierung gegen sie. Homosexuelle verheimlichen meist ihre sexuelle Orientierung, was es erschwert, ihr Bewusstsein in Bezug auf HIV und AIDS zu steigern.

Beijinger Behörden untersuchten zwischen Januar und Juli eine Million Blutproben, von denen sich 563 als HIV-positiv ergaben. Unter diesen waren laut He 118 Personen Einwohner der Stadt. Der Prozentsatz der Infektionen von Müttern auf Babies, durch Blutkonserven und durch gemeinsam benutzte Nadeln unter Drogenabhängigen ist gesunken – ein Zeichen der Bemühungen der Stadt zur Vorbeugung von Infektionen.

Während die Verbreitung von AIDS in China gemessen an der Gesamtbevölkerung weiterhin gering bleibt, ist die Situation in einigen Provinzen aufgrund von Drogenhandel und des Handels mit illegalen Blutkonserven sehr ernst. China hat bis zum 30. Juli diesen Jahres ca. 214.000 Fälle von HIV registriert, doch zahlreiche HIV-positive Personen sind immer noch nicht offiziell registriert, so Beamte.

Laut der letzten großen Umfrage im Jahr 2005 durch das Gesundheitsministerium, das Joint United Nations Programm gegen HIV/AIDS (UNAIDS) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird die Zahl der mit HIV infizierten Personen in China auf 650.000 geschätzt.

Quelle: Xinhua

<http://german.china.org.cn/> - China Internet Information Center vom 10. September 2008

Über eine Million Aids-Tote in Uganda seit 1982

In Uganda sind seit 1982 rund 1,6 Millionen Menschen an der Immunschwächekrankheit Aids gestorben - das entspricht nahezu der Einwohnerzahl Hamburgs.

Seit den ersten diagnostizierten Krankheitsfällen im Lande sind 2,6 Millionen Ugander HIV-positiv getestet worden, wie Alex Opio vom Gesundheitsministerium des ostafrikanischen Landes in Kampala bei der Vorstellung eines Berichts über das Gesundheitswesen und den Kampf gegen Aids mitteilte.

Künftig könne die Zahl der Opfer auf bis zu drei Millionen steigen. Während bis zum Jahr 2000 jährlich etwa 80.000 neue HIV-Infektionen auftraten, lag die Zahl der Ansteckungen nach seinen Angaben im vergangenen Jahr bereits bei 130.000.

Insgesamt leben weltweit rund 33 Millionen HIV-Infizierte; besonders viele Menschen haben sich in Ländern südlich der Sahara mit dem Erreger angesteckt.

<http://www.sonntagszeitung.ch/> – SonntagsZeitung vom 10. September 2008

HIV-Transmission unter der Nachweisgrenze - Und es gibt sie doch...

Prof. Martin Stürmer und Dr. Peter Gute, Frankfurt am Main

Die Empfehlungen der Schweizer EKAF berufen sich unter anderem auf das Fehlen eines dokumentierten Falles einer HIV-Transmission unter der Nachweisgrenze. In Frankfurt wurde ein solcher Fall beobachtet und mittlerweile auch publiziert.

Die Anfang des Jahres veröffentlichten Schweizer Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen sind seit ihrem Erscheinen vielfach kontrovers diskutiert worden, sicherlich nicht zu unrecht. Auch wenn diese Empfehlungen in der Sache neue Ansatzmöglichkeiten im Rahmen der Prävention bieten, sind sie jedoch in der Art und Weise, wie sie kommuniziert werden, mit größter Vorsicht zu betrachten. Zu den Kritikpunkten gehören beispielsweise:

Der Titel "HIV-infizierte Menschen ohne andere Geschlechtskrankheiten sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös" erweckt den Eindruck, es handele sich um eine allgemein gültige Strategie für alle Betroffenen, die zitierten epidemiologischen Studien sind jedoch bei heterosexuellen Paaren durchgeführt worden.

Es wird eine mindestens 6 Monate suppressive HIV-Therapie gefordert, die konsequent eingenommen und vom Arzt kontrolliert wird. Im Rahmen einer erfolgreichen antiretroviralen Therapie wird die Virusmenge im Blut jedoch nur alle drei Monate kontrolliert. Wie sicher ist es, dass es innerhalb dieser drei Monate nicht doch zu einem kurzzeitigen Anstieg kommt?

Wie sicher ist es, dass durch jede Medikamentenkombination (es gibt aktuell mehr als 20 zugelassene Einzelsubstanzen in Deutschland) HIV in den Genitalflüssigkeiten nicht vorhanden ist, wenn gleichzeitig im Blut nicht mehr nachweisbar? Eine routinemäßige Messung der Virusmenge im Sperma ist nicht vorgesehen.

Die Kommission beruft sich bei der Kalkulation des Transmissionsrisikos unter anderem auf das Fehlen eines entsprechenden Transmissionsfalls in der Literatur. Mittlerweile gibt es einen solchen Fall. Ende Juli konnten wir einen klinischen Fall veröffentlichen, bei dem es trotz Einhaltung der "Schweizer" Kriterien zur HIV-Transmission gekommen ist (Stürmer et al., Antiviral Therapy 2008, 13[5]:729-732).

Ein Jahr lang Sex ohne Kondom

Es handelt sich um ein initial serodiskordantes homosexuelles Paar, das seit 2000 in einer festen Beziehung lebt. Der Indexpatient wird seit 2000 erfolgreich antiretroviral behandelt, die Viruslast lag/liegt durchgehend unter der Nachweisgrenze. Der initial HIV-negative Partner hatte seinen letzten negativen HIV-Test im Sommer 2002, der erste positive Test war im Sommer 2004. Laut eigenen Angaben hat das Paar seit dem Frühjahr 2003 auf den Gebrauch von Kondomen verzichtet, was das zeitliche Fenster für die Transmission auf rund ein Jahr eingrenzt. Im gesamten Beobachtungszeitraum wurde weder vom Arzt noch von den beiden Partnern eine Infektion mit anderen sexuell übertragbaren Erregern berichtet. Um die Möglichkeit einer Infektion durch eine dritte Person auszuschließen, wurde eine phylogenetische Untersuchung durchgeführt. Es wurden eine Probe vom Indexpatienten aus dem Jahr 1999 und eine Probe vom neu infizierten Partner unmittelbar nach der Erstdiagnose der Infektion im Sommer 2004 analysiert. Anhand dieser Untersuchung hat bei dem vorliegenden Fall keine dritte Person eine Rolle gespielt.

Kommentar der Schweizer

In einem parallel zu unserer Publikation veröffentlichten Kommentar haben die Schweizer Kollegen zu diesem Fall Stellung bezogen (Vernazza and Hirschel, Antiviral Therapy

2008, 13[5]:641-642). Sie weisen auf die Notwendigkeit hin, dokumentierte Fälle zu sammeln und zu publizieren und mahnen zu einer sorgfältigeren Dokumentation. Der Hauptkritikpunkt an unserem Fall ist, dass der letzte negative HIV-Test des Partners auf anonymer Basis beim Gesundheitsamt basiert. Ferner wird an der Glaubwürdigkeit der Aussagen gezweifelt, da der ganze Fall schon mehrere Jahre zurück liegt. Trotz dieser berechtigten Kritik weisen wir darauf hin, dass die Aussagen der Patienten reproduzierbar und glaubwürdig sind, und wir daher von dem oben erwähnten Transmissionsfenster zwischen 2003 und 2004 ausgehen.

Doch besser mit Kondom

Zusammenfassend sind wir der Meinung, dass es zu einfach und zu gewagt ist, jedem HIV-Infizierten den Verzicht auf Kondome gemäß dem Titel "HIV-infizierte Menschen ohne andere Geschlechtskrankheiten sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös" zu empfehlen. Im Gegenteil, der publizierte Transmissionsfall und die weiteren oben genannten Kritikpunkte sprechen eher für den Gebrauch von Kondomen im Rahmen der allgemeinen Prävention und dafür, der "Schweizer" Empfehlung nur in ausgewählten Einzelfällen zu folgen.

<http://www.hivandmore.com/> - HIV&More – Ausgabe 3 / 2008

KV Berlin fürchtet um HIV-Behandlung

Berlin – Um die Qualität der ambulanten Behandlung von Aids-Patienten in Berlin fürchtet die Kassenärztliche Vereinigung (KV) der Stadt. Grund sei, dass die Krankenkassen die Behandlung nicht kostendeckend finanzierten, sagte der stellvertretende KV-Vorsitzende Uwe Kraffel am Freitag anlässlich des Kongresses „HIV im Dialog 2008“ in Berlin.

„Bereits seit Jahren bezahlen die Krankenkassen die Anfang der 90er-Jahre vereinbarte Aids-Pauschale zur Förderung der ambulanten Versorgung von HIV-Patienten in Berlin nur zu einem Drittel“, kritisierte er. Die KV habe daher die sogenannte Aids-Pauschale kürzen müssen. Trotz der Absenkung müsse aber noch immer ein Teil der Pauschale aus den Honoraren anderer Fachärzte finanziert werden, da das Geld der Kassen nicht ausreiche.

Im nächsten Jahr könnte sich die Versorgungssituation nochmals verschlechtern. „Wir appellieren an die Kassen, die Aids-

Vereinbarung auch im Jahre 2009 weiter fortzuführen“, sagte Kraffel. Die KV Berlin werde diesbezüglich auch die Gesundheitssenatorin um Unterstützung bitten.

Die KV Berlin hatte die Zahlung der Pauschale Anfang der 90er-Jahre mit den Berliner Krankenkassen vertraglich vereinbart, um möglichst viele Patienten trotz der Schwere der Erkrankung ambulant zu behandeln und dadurch die Lebensqualität zu erhöhen. Etwa 20 Prozent der in Deutschland mit dem HI-Virus infizierten Menschen leben laut Kraffel in Berlin. Auch viele Patienten aus dem Umland ließen sich in der Stadt ambulant behandeln.

<http://www.aerzteblatt.de/> – Deutsches Ärzteblatt vom 12. September 2008

Erklärung für schlechte CD4 Erholung unter HIV-Therapie gefunden?

von Pietro Vernazza

In der Regel führt eine HIV-Therapie zum raschen Abfall der HIV-Virusvermehrung im Blut. Als Folge davon kommt es anfangs zum raschen, dann zum langsam kontinuierlichen Anstieg der CD4 (Helfer-) Zellen. Bei ca. 10% der Behandelten erholen sich die CD4 Zellen nur sehr schleppen oder gar nicht.

Eine kleine Arbeit in der neusten Ausgabe von AIDS hat einen möglichen Mechanismus für diese Beobachtung vorgeschlagen. Die Autoren postulieren, dass eine unspezifische Immunaktivierung für dieses Phänomen verantwortlich ist. Tatsächlich gibt es sehr viele Argumente, welche die Hypothese der Autoren stützen.

CD4-Zerstörung ist nicht Folge der Virusvermehrung

Im Verlaufe der letzten 2-4 Jahre wurden immer mehr Arbeiten publiziert, welche zeigen, dass es nicht die Virusvermehrung in den CD4 Zellen ist, welche diese zerstört. Wir kennen nämlich eine der HIV-Infektion sehr ähnliche Infektion mit dem SIV bei bestimmten Affenarten (sooty mangaby), bei welchen die Virusvermehrung nicht zur Zerstörung der CD4 Zellen führt (s. auch die Zusammenfassung vom WAC Mexico). Vielmehr wissen wir heute, dass es die Immunaktivierung (eine Folge der Virusvermehrung) ist, welche den CD4-Zellschaden anrichtet.

Intestinale Immunabwehr

Eine neuere Hypothese (s. auch unseren Bericht) geht auch davon aus, dass es die intestinale Immunabwehr ist, welche für die chronische Immunaktivierung bei HIV verantwortlich sei. Wir wissen, dass während einer akuten HIV-Infektion das gesamte intestinale Immunsystem weitgehend zerstört wird. Dadurch - so vermutet man - wird der Darm durchlässig für Mikroorganismen, insbesondere gramnegative Bakterien. Diese Bakterien bringen Lipopolysaccharide (LPS) in die Blutbahn. Diese LPS sind ein starker Stimulus für das Immunsystem. Dieses wehrt sich durch eine breite Mobilisation und Aktivierung von Immunzellen.

LPS als mögliche Ursache der Immunaktivierung

Nun haben die Autoren aus Norditalien im Plasma von HIV infizierten Personen LPS gemessen. Dabei fiel auf, dass Patienten mit voll supprimierter Viruslast (full responders=FR) deutlich weniger LPS im Blut aufweisen als Patienten, welche keinen genügenden CD4-Anstieg aufwiesen (INR= immunologic non-responders). Die Gruppe der INR hatte fast ebenso viel LPS im Blut wie diejenigen mit unbehandelter fortgeschrittener HIV-Infektion.

Die Autoren haben weiter noch die Quelle der LPS untersucht und mittels DNA-PCR in fünf von sieben INR gramnegative Keime im Blut nachgewiesen (und keine bei den FR). Die Autoren haben ihre Hypothese noch mit dem Nachweis zahlreicher Aktivitätsmarker unterstützt. Sicher eine lesenswerte Arbeit.

Quelle: Marchetti et al, AIDS 1.10.08, 22:2035

<http://www.infekt.ch/> - Infektiologie St. Gallen vom 14. September 2008

Dramatischer Anstieg der Infektionen in Australien

Die Rate liegt 50 Prozent höher als vor acht Jahren - Immigration, Asien-Urlaube und weniger Info-Kampagnen als mögliche Ursachen.

Sydney - In Australien ist die Zahl der HIV-Infektionen dramatisch gestiegen. Ende vergangenen Jahres waren fast 28.000 Menschen mit dem Aids-Virus angesteckt, 50 Prozent mehr als acht Jahre zuvor, berichtete das Nationale HIV-Zentrum am Mittwoch. Gut 10.000 Menschen waren an Aids erkrankt.

Das Zentrum führte als mögliche Gründe an, dass die gut verdienenden Bergarbeiter in West-

australien öfter in Asien Urlaub machen und sich dort infizieren. Auch sei das Virus überdurchschnittlich oft bei Einwanderern aus Ländern mit hoher HIV-Rate gefunden worden. Zudem seien die Öffentlichkeitskampagnen zurückgefahren worden, die auf die Ansteckungsgefahren hinwiesen und Kondome empfahlen.

<http://derstandard.at/> – Der Standard vom 17. September 2008

Gründe gegen Kriminalisierung der HIV-Transmission

von Christine Dubas Bamert

Es gibt bisher keine Beweise, dass die Kriminalisierung von HIV-Transmissionen für Individuen oder die Gesellschaft einen Nutzen gebracht haben.

Argumente gegen eine Kriminalisierung

Kriminalisierung betrifft normalerweise sexuelle Exposition, aber die Argumente gelten auch für anderes Verhalten (z.B. Spritzentausch)

Das zentrale Problem der Kriminalisierung besteht darin, eine Linie zwischen kriminellem oder nichtkriminalem Verhalten zu ziehen. So würden wohl die meisten Leute einen Versuch, willentlich eine andere Person mit HIV anzustecken, verurteilen, während sie die Exposition oder Übertragung einer HIV-Infektion von einer Person, die nichts von ihrer HIV-Positivität weiß, als unschuldig beurteilen würde. Die Schwierigkeit liegt eher bei den Fällen dazwischen, z.B. wenn eine Person ein Risikoverhalten hat, und keinen Test durchführen lässt, oder wenn bei bekannter HIV-Infektion gelegentliche oder regelmäßige ungeschützte Sexualkontakte hat.

Die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung über sexuelle Exposition hängt von vielen Faktoren ab, so ist diese z.B. bei einer Person unter HAART unter gewissen Umständen verschwindend klein (s. EKAF-Statement vom 1/08).

Das objektive Risiko ist jedoch schwierig zu erfassen, so beeinflussen psychologische und soziale Faktoren die Risk Assessments. Z.B. hängen sie ab von der Wichtigkeit, die der Beobachter selbst der Sexualität und der Eigenverantwortung bezüglich Schutzverhalten beimisst. Unfaire Behandlung von Angeklagten ist ebenfalls ein Problem: z.B. aufgrund Rasse, Nationalität oder sozialem Status.

Prävention muss auf (freiwillige) Motivation abstützen

Es ist erwiesen, dass Public Health Interventionen wie freiwilliges Testen auf breiter Basis oder Aufklärung einen Einfluss auf Safer Sex haben. Es konnte jedoch nie klar gezeigt werden, dass sich Kriminalisierung der HIV-Transmission als Präventionstool eignet.

Hier gibt es viele plausible Gründe: Verfolgungen sind selten in Relation zur Anzahl ungeschützter Sexualkontakte, und die meisten Transmissionen stammen von Personen, die nicht durch das Gesetz 'geschützt' sind, indem sie z.B. nichts von ihrer HIV-Positivität gewusst haben.

Stigmatisierung schwächt Public Health Anstrengungen

Aber kriminelle Verfolgungen und die erreichte Publizität führen zur Stigmatisierung und so gar zur Schwächung von Public Health-Bemühungen für Safer Sex.

Kriminalisierung ist auch nicht ein effizientes Tool, um eine Transmission durch sexuelle Gewalt zu mindern, sexuelle Gewalt ist bereits strafbar. Gesetze führen auch nicht zu einer Besserstellung des häufig niedrigeren sozioökonomischen Status von Frauen. Kriminalisierung kann sogar hier wieder stärker auf Frauen zurückfallen. So wird z.B. in Sub-Sahara-Afrika bei überproportional vielen Frauen i.R. von pränatalen Untersuchungen eine HIV-Infektion diagnostiziert. So werden sie häufig von ihren Familien angeklagt, dass sie HIV in die Familien gebracht hätten, nur weil bei ihnen die Diagnose als erstes gestellt wurde.

Quelle: Burris & Cameron, JAMA 2008; 300:578-81

<http://www.infekt.ch/> – Infektiologie St. Gallen vom 18. September 2008

Impressum

Praxis Psychosoziale Beratung

Heidestraße 24

60316 Frankfurt am Main

Tel. 069 / 449228

Fax. 069 / 435879

Email: info@praxis-psychosoziale-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-psychosoziale-beratung.de>

Die *HIV AIDS Infos Online* werden unterstützt von:

