

PROJEKT INFORMATION

Herausgegeben von Projekt Information e.V.

Betroffene informieren Betroffene

Jahrgang 24, Nr. 1

Januar / Februar 2016



Die Stadt, in der HIV zum ersten mal auftauchte

Um den Ursprung von HIV ranken sich viele Legenden. Doch dank moderner wissenschaftlicher Techniken wissen wir es heute genau.....Seite 3

Kondom – Schutz oder Stigma?

Die Facebook-Kampagne “Wir machen’s ohne” sorgt für erhitzte Gemüter. Jan Grosser erklärt uns seine Sicht der Dinge.....Seite 5

Altersvorsorge und Vermögensaufbau – Teil 2

Kann jemand, der eigentlich gar kein Geld übrig hat, dennoch für sein Alter vorsorgen?
Unser Finanzexperte gibt wieder zahlreiche TippsSeite 7

Editorial

Editorial von S. Schwarze2

Medizin und Forschung

Renaissance der Zweifach-Kombination?11
Hepatitis C: Heilung in 3 Wochen?11
In aller Kürze: Genvoya / Reyataz ohne Booster / Lipodystrophie / Viekira Pak / Viekirax+Exviera / Sofosbuvir+Veldapasvir12
Amerikanische Leberkonferenz 2015 (AASLD): Neues in der Hepatitis B-Therapie.....13

Grundlegend & Wissenswert

„Gender-Lücke“ beim Behandlungserfolg – nur in Großbritannien?15

Leben mit HIV

Prostata-Marker bei HIV-Patienten anders bewerten?17

Politik & Soziales

Nachrichten: Notlagentarif - Broschürenhinweis - Asyl- und Flüchtlingspolitik - PSG II - Sterbehilfe17
Das Gespenst von der Medikalisierung der Prävention19

Projekt Information e.V.

Der neue Vorstand stellt sich vor.....22

Termine

Termine23

Vereins- und Spendenkonto: Sozialbank München 8845500 (BLZ 700 205 00)
IBAN: DE73700205000008845500 SWIFT/BIC: 485,5

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Im Moment gibt es so viele berichtenswerte Themen rund um HIV, dass eine Auswahl schwer fällt. Ein Thema, das sowohl HIV-Positive als auch nicht Infizierte angeht, ist die Prävention. Der "Werkzeugkasten" der Prävention ist mittlerweile einigermaßen komplex geworden. Noch vor Jahren schien der einfache Slogarn "Kondome schützen" auszureichen. Leider war auch dieser - scheinbar simple - Merksatz in der Realität irreführend. Kondome können abrutschen, platzen, versagen. Auch zum Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen taugen sie nur eingeschränkt, da viele Erreger nicht nur genital übertragen werden, sondern z.B. auch als Schmierinfektionen oder auch beim Küssen.

Dennoch war das Kondom über viele Jahre der Stützpfiler der Prävention.

Doch inzwischen gibt es neue Methoden. Die Erkenntnis, dass eine erfolgreiche Behandlung der HIV-Infektion (d.h. die Viruslast ist "unter der Nachweisgrenze") dazu führt, dass der / die Behandelte nicht mehr infektiös ist, setzt sich nach 8 Jahren nun langsam durch - nicht zuletzt durch ermutigende Studienergebnisse.

Der logische nächste Schritt war der einer Chemoprophylaxe. Ähnlich wie z.B. bei Malaria können Menschen, die eine HIV-Infektion verhindern wollen, bestimmte HIV-Medikamente einnehmen um bei einem möglichen Risikokontakt geschützt zu sein. Doch diese inzwischen als "Prä-Expositions-Prophylaxe" (PrEP) bezeichnete Schutzmethode hat ihre Tücken. Die Tabletten müssen regelmäßig eingenommen werden, haben möglicherweise Nebenwirkungen und sind teuer. Außerdem muss man sich regelmäßig auf HIV und weitere sexuell übertragbare Infektionen testen lassen und überhaupt ist die PrEP in den Ländern der EU überhaupt noch nicht zugelassen (wenn auch die Zulassung aller Voraussicht nach im Januar 2016 beantragt werden wird, da nun

alle regulatorischen Hindernisse ausgeräumt wurden).

Nun sind diese biomedizinischen Präventionsmethoden durchaus erklärungsbedürftig. Deshalb widmen wir ihnen in dieser Ausgabe gleich zwei Artikel, die das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten.

Dabei wird schnell klar: Prävention ist harte Arbeit, es gibt viele Fallstricke und nie nur den einen, richtigen Weg.

Wir sind heute in der glücklichen Lage, für die Vermeidung einer HIV-Infektion mehrere wirksame Methoden zur Verfügung zu haben - keine wirklich perfekt, alle mit Stärken und Schwächen.

Es geht nicht darum, das Kondom zu ersetzen. Es geht darum, Menschen, die ein Kondom nicht anwenden können oder wollen, andere Methoden anzubieten, die mindestens genauso sicher sind.

Eine Situation mit überraschend vielen Parallelen gab es Anfang der 1960er Jahre, als die Anti-Baby-Pille eingeführt wurde. Auch hier hieß es zunächst, dies werde zu einem Verfall der Sitten und massiven Anstieg der Geschlechtskrankheiten führen. Aus der heutigen Sicht lesen sich diese Befürchtungen fast ein bisschen absurd. Die "Pille" hat sich als häufigstes Mittel der Empfängnisverhütung durchgesetzt und die Welt ist trotzdem nicht untergegangen.

Geben wir doch auch der biomedizinischen Prävention eine Chance. Nicht als Konkurrenz zum Kondom, sondern als sinnvolle Ergänzung.

Ihr Siegfried Schwarze

Die Stadt, in der HIV zum ersten mal auftauchte

Als HIV und AIDS auftauchten, schienen sie aus dem Nichts zu kommen, aber die Genetik zeigt uns, wann und wo das Virus zuerst die menschliche Bevölkerung infizierte.

Es ist leicht nachzuvollziehen, warum AIDS so geheimnisvoll und beängstigend wirkte, als US-Mediziner vor 35 Jahren zum ersten mal mit dieser Erkrankung konfrontiert wurden. Die Infektion beraubt junge, gesunde Menschen ihres Immunsystems, so dass sie schwach und anfällig für Infektionen und Krebs werden. Und es schien aus dem Nichts zu kommen.

Heute wissen wir viel mehr darüber, wie und warum HIV - das Virus, das zu AIDS führt - zu einer globalen Pandemie wurde. Es überrascht nicht, dass Sexarbeiter unwissentlich eine Rolle dabei spielten. Aber nicht weniger wichtig war die Rolle von Handel, dem Zusammenbruch des Kolonialismus und der gesellschaftspolitischen Reformen des 20. Jahrhunderts.

Natürlich erschien HIV nicht wirklich aus dem Nichts. Es begann vermutlich als Virus, das Affen und Menschenaffen im mittleren Westen von Afrika infizierte.

Von dort überwand es die Grenze zwischen zwei Arten, nämlich Affen und Menschen, bei mehreren Gelegenheiten; vielleicht, weil die Menschen Affen jagten und sich beim Zerlegen der Beute am Blut infizierten. Einige Menschen tragen eine Variante von HIV in sich, die eng verwandt mit der ist, die in bestimmten Affenarten gefunden wurden. Aber HIV, das von diesen Affen kam, ist nicht zum globalen Problem geworden.

Wir sind näher mit Gorillas und Schimpansen verwandt, als mit anderen Affenarten. Aber auch wenn HIV sich, ausgehend von diesen Affenarten, in menschlichen Populationen ausgebreitet hätte, wäre es nicht unbedingt zu einem weit verbreiteten Gesundheitsproblem geworden.

HIV, das von Affen stammt, gehört typischerweise zu einer Art von Virus, die wir heute als HIV-1 bezeichnen. Eine Untergruppe heißt HIV-1 Gruppe O und menschliche Fälle sind weitgehend auf Westafrika beschränkt.

In der Tat hat sich nur eine Form von HIV weit verbreitet nach dem es auf den Menschen übergegangen war. Diese Version, die wahrscheinlich vom Schimpansen stammt, wird als HIV-1 Gruppe M (für "major") bezeichnet. Mehr als 90% der HIV-Infektionen weltweit gehören in die Gruppe M. Was eine offensichtliche Frage aufwirft: Was ist das Besondere an HIV-1 Gruppe M?

Eine Studie, die im Jahr 2014 veröffentlicht wurde, schlägt eine überraschende Antwort vor: Es gibt vielleicht nichts Besonderes an Gruppe M!

Es ist nicht besonders ansteckend, wie man erwarten könnte. Stattdessen scheint es, dass diese Form von HIV einfach von bestimmten Vorgängen profitiert hat. "Ökologische anstatt evolutionäre Faktoren führten zur raschen Ausbreitung", sagt Nuno Faria von der Universität Oxford in Großbritannien.

Faria und seine Kollegen erstellten einen Stammbaum von HIV, indem sie HIV-Genome von etwa 800 infizierten Menschen aus Zentralafrika sammelten und verglichen.

Die erste Person, mit HIV-1 Gruppe M, hatte sich vermutlich in den 1920er Jahren angesteckt.

Genome häufen neue Mutationen mit einer ziemlich konstanten Rate an, so dass man durch den Vergleich zweier Genomsequenzen und zählen der Unterschiede herausfinden kann, wann es zum letzten mal einen gemeinsamen Vorgänger gab. Diese Technik ist etabliert und weit verbreitet, zum Beispiel, um festzustellen, dass unsere gemeinsamen Vorfahren mit Schimpansen vor mindestens 7 Millionen Jahren lebten.

"RNA-Viren wie HIV verändern sich etwa 1 Million mal schneller als die menschliche DNA", so Faria. Dies bedeutet, dass die "molekulare Uhr" von HIV sehr schnell tickt.

Sie tickt so schnell, wie Faria und seine Kollegen feststellten, dass alle HIV-Genome einen gemeinsamen Vorfahren haben, der nicht älter als 100 Jahre ist. Die HIV-1 Gruppe M-Pandemie begann wahrscheinlich in den 1920er Jahren.

Dann ging das Team weiter. Weil sie wussten, wo jede der HIV-Proben gesammelt worden war, konnten sie den Ursprung der Pandemie einer bestimmten Stadt zuordnen: Kinshasa, heute die Hauptstadt der Demokratischen Republik Kongo.

An dieser Stelle änderten die Forscher ihre Methode. Sie wandten sich historischen Aufzeichnungen zu, um herauszufinden, warum HIV-Infektionen in einer afrikanischen Stadt in den 1920er Jahren letztlich eine Pandemie auslösen konnten.

Eine wahrscheinliche Abfolge von Ereignissen trat schnell zu Tage:

In den 1920er Jahren war die DR Kongo noch eine belgische Kolonie und Kinshasa – damals noch Leopoldville – war gerade Hauptstadt geworden. Die Stadt wurde zu einem attraktiven Ziel für junge, berufstätige Männer, die ihr Glück suchten, und für Prostituierte, die ihnen bereitwillig halfen, das verdiente Geld schnell wieder loszuwerden. Schnell verbreitete sich daher auch das Virus in der Bevölkerung.

Es sollte nicht auf die Stadt beschränkt bleiben. Die Forscher entdeckten, dass die Hauptstadt von Belgisch-Kongo in den 1920er Jahren einer der verkehrstechnisch am besten erschlossenen Orte in Afrika war. Das Virus nutzte das Eisenbahnnetz, das von Hunderttausenden Menschen jedes Jahr verwendet wurde, um sich in nur 20 Jahren in Städte auszuweiten, die 1500 km entfernt lagen.

Alles war bereit für eine Explosion der Infektionsraten in den 1960er Jahren.

Der Beginn dieses Jahrzehnts brachte eine weitere Veränderung.

Belgisch-Kongo erhielt seine Unabhängigkeit und wurde eine attraktive Quelle für Beschäftigung, auch für Menschen aus anderen französisch sprechenden Ländern, einschließlich Haiti. Wenn diese jungen Haitianer ein paar Jahre später nach Hause zurückkehrten, nahmen sie eine besondere Form des HIV-1 Gruppe M, den so genannten "Subtyp B", mit auf die westliche Seite des Atlantiks.

In den 1970er Jahren in den USA kam es durch sexuelle Befreiung und Homophobie zu Konzentrationen von schwulen Männern in Weltstädten wie New York und San Francisco. Einmal mehr nutzte HIV die gesellschaftspolitische Situation, um sich schnell in den USA und Europa zu verbreiten. Der weltweit einsetzende Massentourismus und Luftverkehr verbreiteten das Virus dann immer schneller.

"Es gibt keinen Grund zu glauben, dass sich andere Subtypen nicht genauso schnell hätten verbreiten können, wenn sie auf ähnliche ökologische Bedingungen gestoßen wären", sagt Faria.

Doch die Geschichte der Ausbreitung von HIV ist noch nicht vorbei.

Zum Beispiel gab es im Jahr 2015 einen Ausbruch im US-Bundesstaat Indiana, verbunden mit injizierendem Drogenkonsum.

Die US Centers for Disease Control and Prevention analysierten die HIV-Genom-Sequenzen und Daten über Ort und Zeit der Infektionen. Yonatan Grad von der Harvard School of Public Health in Boston, Massachusetts sagt: "Diese Daten helfen, um das Ausmaß des Ausbruchs zu verstehen, und wird dazu beitragen, zu verstehen, was Maßnahmen im Gesundheitswesens bewirkt haben."

Dieser Ansatz könnte auch für andere Krankheitserreger funktionieren. Im Jahr 2014, veröffentlichten Grad und sein Kollege Marc Lipsitch eine Untersuchung der Ausbreitung von arzneimittelresistenter Gonorrhö (Tripper) in den USA.

"Weil wir repräsentative Sequenzen von Einzelpersonen in verschiedenen Städten zu unterschiedlichen Zeiten und mit unterschiedlichen sexuellen Orientierungen hatten, konnten wir zeigen, dass die Verbreitung von West nach Ost stattfand", sagt Lipsitch.

Darüber hinaus konnten sie feststellen, dass die medikamentenresistente Form der Gonorrhö überwiegend durch Männern, die Sex mit Männern hatten, in Umlauf gebracht wurde. Das sollte Anlass zu vermehrten Untersuchungen bei diesen Risikogruppen sein, um eine weitere Ausbreitung zu verringern.

Mit anderen Worten, es macht Sinn, Krankheitserreger wie HIV und Gonorrhö auch durch das Prisma der menschlichen Gesellschaft zu betrachten.

Quelle: Collin Barras, BBC, 19.11.2015: „We know the city where HIV first emerged“

Übersetzung / Ergänzung: S. Schwarze

**seit 16 Jahren:
HIV-Therapie-Hotline**

Telefon: 089 - 54 333 - 123

Montag - Donnerstag 16 - 19 Uhr

therapie.hotline@muenchner-aidshilfe.de

**Betroffene informieren Betroffene
zu Therapiefragen**

Kondom – Schutz oder Stigma?

Die letzten Jahre zeigen zwei Trends, welche Anlass für Diskussionen, Glaubenskriege und Kampf um Deutungshoheit bieten. Zum einen steigen seit Jahren die Fälle von Geschlechtskrankheiten (STI) und Hepatitis C unter Männern, die Sex mit Männern haben (MSM); zum anderen stellen medizinische Fortschritte in der HIV-Prävention – Schutz durch Therapie (Treatment as Prevention, TasP) und Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) – den Nutzen von Kondomen in der Prävention zunehmend in Frage. Sowohl eine erfolgreiche HIV-Therapie, d.h. Viruslast unter der Nachweisgrenze, als auch PrEP bieten einen Schutz vor Ansteckung mit HIV, der dem von Kondomen mindestens ebenbürtig zu sein scheint. Wurde PrEP anfangs noch als ergänzende Präventionsstrategie angesehen, wird es in öffentlichen Diskussionen nun überwiegend als Alternative zu Kondomen präsentiert. Die größte PrEP-Studie von Kaiser Permanente in diesem Jahr belegt den Schutz durch PrEP, berichtet allerdings auch, dass sich im ersten Jahr 50% der Teilnehmer mit mindestens einer anderen Geschlechtskrankheit infizierten. Ohne Kontrollgruppe bleibt diese sicherlich hohe Zahl leider schwer zu beurteilen. Studien zum Schutz durch Therapie bezogen sich vor allem auf serodifferente Paare – Partner mit unterschiedlichem HIV-Status – konnten diesen Schutz da jedoch gut demonstrieren. Zu flüchtigen Sexkontakten können diese Studien keine Angabe machen, da HIV- und Therapiestatus dort naturgemäß schwer zu erfassen sind. Ließ sich bereits seit Mitte der 90er Jahre eine Abnahme im Kondomgebrauch und eine Zunahme sexuellen "Risikoverhaltens" unter MSM beobachten – soweit die Erhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung repräsentativ sind – so steht jetzt aber das

Kondom als Schutzmaßnahme insgesamt zur Disposition.

Auf die Spitze treibt nun die Facebook-Kampagne "Wir machen's ohne" diese Diskussion, welche sowohl von der Berliner AIDS-Hilfe wie auch der Deutschen AIDS-Hilfe prominente Unterstützung erhält, allerdings nicht ohne auf heftigen Widerspruch bei der nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerin und Professor Norbert Brockmeyer, dem "HIV-Papst" sowie auch von vielen schwulen Männern zu stoßen. Brockmeyer halte eine "Mach's ohne"-Strategie angesichts des Anstiegs von sexuell übertragbaren Infektion (sexually transmitted infections, STI) für "unverantwortlich", heißt es. Auch in den sozialen Netzwerken fand tagelang eine erbitterte Diskussion statt, an welcher ich mich auch zeitweise beteiligte,

da mir das Thema aus verschiedenen Gründen am Herzen liegt.

Ich bin ein 52-jähriger, seit gut 20 Jahren HIV-positiver schwuler Mann mit Vollbild AIDS, der mehrere lebensbedrohliche Krankheitsepisoden überstanden hat und mit gewissen gesundheitlichen Einschränkungen lebt. Vor meiner Berentung aus gesundheitlichen Gründen war ich nicht nur als Patient, sondern auch als Arzt und Sex-Therapeut sehr mit den Themen HIV, STI, Prävention und Therapie befasst gewesen.

Zwischen meiner HIV-Diagnose, gleichzeitig der Beginn meiner anti-

retroviralen Therapie in 1996, und der Diagnose einer Hepatitis C-Infektion 1999 lagen drei Jahre Bareback-Sex. An Hepatitis C hatte damals niemand gedacht; was hätte mir anderes noch passieren können? Alle paar Monate ein Tripper oder eine Chlamydien-Infektion nahm ich in Kauf, um auf Sex-Parties, in Saunen oder in Clubs nicht immer als "Spaßbremse" mit Kondomen und Handschuhen um Interessenten zu buhlen. Es gab ja Antibiotika, die der freundliche Hausarzt bereitwillig verschrieb. Diese Strategie fand dann mit meiner Hepatitis C-Infektion ein jähes Ende. Auch nach der glücklicherweise erfolgreichen Therapie verwende ich beim Sex meistens Handschuhe und



Diese Facebook-Kampagne führte zu kontroversen Diskussionen

Kondome und mache das, was man weitgehend unter Safer Sex versteht. Ich weiß, dass Kondome keinen hundertprozentigen Schutz vor Ansteckung mit STI bieten, aber sie reduzieren deutlich das Risiko. Ich habe weiterhin viel Spaß am Sex mit meinem langjährigen Partner wie auch anderen Männern und möchte uns alle dabei so gut wie möglich vor Krankheiten schützen. Mit meinen Krankheitserfahrungen der letzten 20 Jahre habe ich gelernt, meinen Körper und meine Gesundheit mehr zu respektieren, zumal ich wieder einer Arbeit nachgehe und leistungsfähig bleiben möchte. Feigwarzen, Tripper, Syphilis, Herpes- und Chlamydieninfektionen erstrahlen auch im nostalgischen Rückblick nicht in der goldenen Aura, die mich dazu verleitete, sie wieder zu erleben oder mit anderen teilen zu wollen.

In den letzten Jahren stelle ich in Berlin allerdings einen deutlichen Stimmungsumschwung fest. Mit abnehmender Akzeptanz von Kondomen scheint auch der Respekt vor den Männern abzunehmen, welche sie benutzen. Im günstigsten Fall ergibt sich ein längeres Palaver um Viruslast und Therapie. Unangenehmer ist der Mann, der mich erst befummelt, seine Latte an mir reibt, an meinem Ohrläppchen knabbert und mich dann wortlos mit runtergelassener Hose im „Lab“ stehen lässt, weil ich ein Gummi aus der Tasche ziehe. Oder der Muskelkerl, der mich "supergeil" findet und schon "tausend Ideen" hat, was er alles mit mir machen möchte, aber mich beim Hinweis aufs Kondom anbrüllt, "Wenn ich Safer Sex höre, könnt' ich gleich kotzen. Geh Dich doch selber ficken mit Deinem Gummi!". Die am wenigsten spaßige Variante ist dann allerdings der Typ, der unsere getroffene Vereinbarung zu Safer Sex schlichtweg ignoriert. Gut, ich bin 52 und selbstsicher genug, um solche Erlebnisse weg zu stecken. Schmerzhaft und menschlich enttäuschend bleibt es trotzdem, wenn das Barebacking wichtiger ist als die Person. Andere sind da weniger widerstandsfähig. In den letzten Jahren spreche ich oft mit Männern, die zugeben, sich mit Bareback-Sex unwohl zu fühlen, zumal sie sich regelmäßig mit irgendetwas anstecken, aber das in Kauf nehmen, um sich nicht ständig dieser Ausgrenzung und Zurückweisung auszusetzen. Nicht wenige dieser Männer kommen nach Berlin aus Ländern, wo Aufklärung, Vorsorge- und Therapieangebote spärlich bis nicht verfügbar sind, z.B. dem Nahen Osten. Sie haben dem Druck zum Barebacking und dem Gefühl des Ausgeschlossenenseins wenig entgegenzusetzen, auch wenn eine Ansteckung für sie existentielle Folgen hätte.

Tatsächlich erlebe ich selber eine solche Ausgrenzung in den letzten Jahren zum ersten Mal in meinem

Leben. Unter meinen zahlreichen Sex-Kontakten der letzten Jahrzehnte ist es genau zweimal vorgekommen, dass mich jemand wegen meiner HIV-Infektion abwies (ich erwähne sie fast immer). Dagegen kann ich gar nicht zählen, wie oft mich vor allem andere positive Männer zurückweisen, weil ich ein Kondom benutze. Daher habe ich jetzt vor allem Sex mit HIV-negativen Männern, die damit kein Problem haben. Insofern sehe ich nicht ohne Ironie, dass die Kampagne "Wir machen's ohne" sich explizit gegen die Ausgrenzung und Stigmatisierung HIV-Positiver wendet. Ich bin damit offensichtlich nicht gemeint.

Man kann sich natürlich auch fragen, ob eine Kampagne, welche auf den ersten und zweiten Blick pauschal Sex ohne Kondome zu propagieren scheint, während die Fälle von sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatitis C unter schwulen Männern rasant steigen, nicht ebenso geeignet ist, verbreitete Vorurteile gegen HIV-Positive zu bestärken statt sie abzubauen.

Besonders ärgerlich finde ich, mit welcher Herablassung oft diejenigen, die weiterhin zum Kondom greifen, ein "Mangel an Aufklärung", "Selbsthass" oder gar "Homophobie" unterstellt wird. Das zeigte sich auch in den Kommentaren auf der Facebook-Seite von "Wir machen's ohne", einer Kampagne, welche sich ja erklärtermaßen gegen "Diffamierung und Stigmatisierung" richten möchte. Der Ton in der Debatte wird rüder. Männer in meiner Situation sehen sich unter Druck gesetzt, belächelt oder gar beleidigt; eine sachliche Diskussion um Sorgen, Wünsche und Risiken erscheint immer schwieriger. Wem weiterhin aus guten Gründen am Sex mit Kondom gelegen ist, wird viele Orte in der Szene oder viele Personen einfach meiden. Damit wäre dann die Ausgrenzung komplett, nur, wer grenzt hier wen aus?

Ein Gespräch um Verhalten und Konsequenzen – das Risiko einer Ansteckung mit STI, zunehmende Antibiotika-Resistenzen, die enormen Kosten der Therapie einer Hepatitis C-Infektion – werden oft mit einem Vorwurf des "Moralisierens" abgetan. Dabei machen wir in unserem Leben ständig solche Abwägungen zwischen konfliktierenden Wünschen oder Bedürfnissen. Ich liebe Burger, Eiskrem und MaiTais; wenn ich mich aber nur davon ernähre, werde ich dick und krank. Wir lernen dann als Erwachsene, Kompromisse zu finden. Wenn es aber um die Abwägung von Geilheit und Sicherheit geht, oder auch nur die Abwägung der eigenen Geilheit mit den Wünschen des Gegenübers, geht das nicht mehr? Ist unsere Sexualität von dem Rest unseres Lebens derart abgespalten, dass sie alltäglichen Abwägungen von Wünschen, Risiken,

Fantasien und gemeinschaftlicher Interessen nicht mehr zugänglich ist?

Während nicht nur das Robert-Koch-Institut in der gesunkenen Akzeptanz von Kondomen eine der Ursachen für den dramatischen Anstieg von STI sieht, während sich die Hinweise auf eine rein sexuelle Übertragung von Hepatitis C mehren, unterstützen die AIDS-Hilfen eine Kampagne, die mit dem pauschalen Motto "Wir machen's ohne" Sex ohne Kondom zu propagieren scheint. Gleichzeitig bewirbt die DAH bundesweit das Kondom als Schutz vor STI. Wer versteht das? Angeblich geht es "Wir machen's ohne" darum, Schutz durch Therapie bekannt zu machen, aber warum lautet das Motto dann nicht "Therapie schützt vor Ansteckung mit HIV"? Ich bedaure hier eine vertane Chance, echte Aufklärung zu betreiben. Stattdessen wurde das eigentliche Anliegen mit dem falschen Slogan misrepräsentiert.

Die Kampagne wirbt zwar für regelmäßige STI-Checks – ist sich des Problems also durchaus bewusst – aber der letzte Check ist natürlich immer nur so gut wie der letzte Fick. Nach einer Nacht in der Sauna mit fünf verschiedenen Kerlen ist der letzte Test nicht viel wert. Wie solche regelmäßigen Tests Kondome ersetzen sollten, konnte mir bisher jedenfalls niemand erklären.

Entgegen des Eindrucks, dass ich vielleicht Kondome fetischisiere, kann ich durchaus, abhängig von der Situation, auf sie verzichten. Ich wehre mich aber gegen ein Klima in der schwulen Szene, in welchem Männer aus Furcht vor Ausgrenzung, Ablehnung und Beleidigung sich nicht mehr trauen, Kondome zu benutzen. Ich wehre mich gegen eine falsche Reduktion von Kondomen auf die Prävention von HIV, wenn sie tatsächlich auch vor der Ansteckung mit anderen Infektionen eine wesentliche Rolle spielen. Aus dem Grund halte ich als Positiver ebenfalls eine Gleichstellung von Kondomen mit einer Stigmatisierung HIV-infizierter Menschen für Unsinn. Ich unterstelle mal, dass das weder die Absicht der Kampagne "Wir machen's ohne" ist, noch der sie unterstützenden AIDS-Hilfen. Dennoch trifft diese Botschaft auf genau dieses in vielen Teilen der Szene vorhandene Klima und steht in der Gefahr, es zu verstärken und Ausgrenzung zu fördern, anstatt sie abzubauen.

Ich wünsche mir insbesondere von den AIDS-Hilfen, dass sie die Männer unterstützen, welche sich aus guten Gründen weiterhin mit Kondomen schützen. Ich glaube, dass dies angesichts steigender Infektionszahlen vertretbar sein sollte. Im Moment fühle ich mich jedenfalls von ihnen deutlich allein gelassen.

J. Großer, Berlin

Altersvorsorge und Vermögensaufbau – Teil 2

Mit einer Ausgabe Verspätung folgt hier nun der zweite Teil zum Artikel aus Heft September/Okttober 2015.

Ging es im ersten der beiden Beiträge um finanzmathematische Grundlagen und allgemeine Hinweise für einen möglichst flexiblen Einstieg, auch schon mit geringeren Beträgen, so wendet sich die Fortsetzung nun etwas vertiefenden Fragen zu: Machen staatliche Förderungen wie beispielsweise eine Riester-Rente Sinn (und falls ja, für wen)? Wie sieht es mit der Streuung in alternative Anlageformen jenseits der Finanzmärkte aus?

„Riester“, „Rürup“, bAV – staatliche Förderung nutzen oder nicht?

Es kann einem schon schwerfallen, so manches Statement und manchen reißerischen Medienbeitrag einzuordnen. Denn in den letzten Jahren hat sich eine Art Bashing-Kultur entwickelt, die mal mit dem einen, mal mit dem anderen Argument – jedoch leider nie mit einer Betrachtung des ganzen Bildes und aller Zusammenhänge – z. B. auf Riesterprodukten, Versicherern oder auch Vermittlern herumdrischt. Dies ist besonders schade, weil hier eine sachliche Aufklärung und Information wirklich nötig wäre.

Die skizzierte Neigung zur „Aufklärung“ mit Halbwissen oder ohne Zusammenhänge zeigt sich besonders deutlich am Beispiel der so genannten „Riester-Rente“. Persönlich habe ich die Aufregung darum nie verstanden – weder damals die Euphorie des Finanzvertriebs, noch heute so manche Kritik.

Zunächst: „Riester“ ist kein Produkt, sondern nur ein Modell der steuerlichen Behandlung, das auf verschiedene Finanzprodukte angewandt werden kann; sei es z. B. eine Versicherung, ein Banksparplan oder ein Investmentfondssparplan. Die Bezeichnung „Riester“ sagt also nur sehr wenig darüber aus, was drinsteckt, sondern eher darüber, wie es steuerlich behandelt wird.

Dies führt zu der recht absurden Situation, dass die eingangs erwähnten „Aufklärer“ zeitgleich Riester-Renten verteufeln, aber beispielsweise die betriebliche Altersvorsorge (bAV) loben, obwohl bei den meisten Versicherern ein und dasselbe Produkt als

Riester-Rente, als Basisrente („Rürup“), als normale Rentenversicherung und als Direktversicherung für die bAV angeboten wird. Inhaltlich identisch, unterscheidet es sich oft nur im Namen und in der damit verbundenen steuerrechtlichen Ausgestaltung.

Im Kern geht es bei der staatlichen Förderung stets um eine Frage: Spare ich lieber heute aus bereits versteuertem Geld (meinem Nettoeinkommen), werde dafür in der Entnahmephase steuerlich begünstigt und bin frei in der Verwendung meines Geldes – oder will ich heute in der Ansparphase steuerlich entlastet / gefördert werden, bin dafür aber in der Entnahmephase mit der vollen Steuer belastet und nehme zudem gesetzliche Beschränkungen in Kauf, wann und wie ich das Geld entnehmen und verwenden kann?

Ziele und Anlagemodell sind vorrangig, steuerliche Behandlung ein zusätzlicher Aspekt!

Meines Erachtens war und ist daher die sinnvolle Reihenfolge der Überlegungen:

1. Welche finanziellen Ziele will ich erreichen? Welchen Beitrag müsste ich dafür heute aufwenden? Wie viel davon kann ich aktuell aufbringen, ohne mich selbst zu überfordern?
(alternativ – ohne Zielrechnung):
Welchen Betrag kann ich aktuell für den Aufbau einer Altersvorsorge aufbringen, ohne mich selbst zu überfordern?
2. Nach welchen Gesichtspunkten soll der Vermögensaufbau erfolgen (persönliche Abwägung zwischen hohem Grad an Sicherheit und hohem Grad an Ertragschance, Flexibilität der Einzahlung, evtl. Flexibilität bei Entnahmen, Streuung über verschiedene Konzepte etc.)?
3. Welche konkreten Finanzprodukte oder Anlagekonzepte entsprechen diesen Vorstellungen, passen also zu meinen Zielen und Präferenzen?
4. Will ich in der Ansparphase steuerliche Förderungen nutzen? Welche Einschränkungen sind damit verbunden? Will ich dies mit dem ganzen Betrag oder nur einem Teil nutzen?

Erst an diesem Punkt kristallisiert sich heraus, ob „geriestert“ oder eine andere Fördermöglichkeit in der Ansparphase genutzt werden soll und wie der Gesamtplan aussieht. Denn rein steuerlich motivierte Anlagen haben sich in der Vergangenheit selten als besonders tragfähig erwiesen.

Zwei Sondersituationen können in der Praxis jedoch den vierten Punkt etwas gewichtiger machen:

Wer nur ein **sehr geringes Einkommen erzielt oder ALG II / Hartz IV** bezieht, kann dennoch eine **Riester-Förderung** nutzen. In diesem Falle reichen zum Teil schon 5 € monatlich bzw. 60 € jährlich an Beitrag, um die volle Zulage zu erhalten. Für 60 € eigenen Beitrag erhält ein Single also zusätzliche 154 € jährlich in den Vertrag gezahlt, mit einem Kind weitere 185 € (= 339 €), mit einem ab 2008 geborenen Kind sogar 300 € (= 454 €). Sein Eigenbeitrag wird somit auf das 3,6- bis 7,6-fache gehebelt. Liegt jetzt noch ein Produkt mit guter Renditechance zugrunde, kann, bezogen auf die Eigenmittel, eine beachtliche Vermögensmehrung erreicht werden.

Wer umgekehrt **sehr gut verdient**, aber z. B. als Selbstständiger oder Freiberufler nicht Riester-förderfähig ist, kann – konstant oder flexibel – bewusst mit dem Aufbau einer Altersvorsorge über eine **Basisrente (auch „Rürup-Rente“ genannt)** seine Steuerlast senken. Dies geschieht bei jedem sozialversicherungspflichtigen Angestellten übrigens ganz automatisch durch seine Beiträge in die Rentenversicherung. Es handelt sich also um kein Privileg für Selbstständige, auch Angestellten steht die Basisrente zusätzlich als Ergänzung offen. Hintergrund ist die aktuell laufende Umstellung der steuerlichen Behandlung in der gesetzlichen Rente (und ihr nachempfunden in der privaten Basis-/„Rürup“-Rente). Alle, die heute in die Rente einzahlen, werden dafür zunehmend steuerlich entlastet – 2015 mit 80 % der Beiträge, 2016 mit 82 % usw., bis ab 2025 die vollen Beiträge zur Rentenversicherung vom zu versteuernden Einkommen abgezogen werden. Im Gegenzug wird die gesetzliche (und Basis-) Rente nach und nach steuerpflichtig, auch hier ansteigend nach dem Jahr des Renteneintritts. Ab 2040 sind gesetzliche und Basisrente dann in der Bezugsphase zu 100 % steuerpflichtig. Wer also heute sehr gut verdient, kann aktuell jährlich bis zu 22.172 € (44.344 € bei Ehegatten und eingetragenen Lebenspartnern, jeweils abzüglich evtl. Beiträge in die gesetzliche Rente oder ein Versorgungswerk) in eine Basisrente einzahlen und damit sein zu versteuerndes Einkommen 2015 um 80 % der eingezahlten Summe mindern. Beispiel: Würden 5.000 € in die Basisrente gezahlt, ergäbe sich für ein Nichtkirchenmitglied bei 42 % Steuersatz plus Solidaritätszuschlag eine Entlastung von 2.215,40 € – oder anders gesagt: mit effektiv 2.784,50 € würde eine Sparleistung von 5.000 € erzielt.

Kurzübersicht der staatlichen Altersvorsorgeförderung

Basisrente („Rürup-Rente“)

- Vorsorge der so genannten Schicht 1 gemeinsam mit der gesetzlichen Rentenversicherung: heute jährlich ansteigende steuerliche Entlastung in der Sparphase (2015: 80%, 2016: 82%, ab 2025: 100%), dafür, je nach Renteneintrittsjahr, jährlich ansteigende steuerliche Belastung der Rente mit 100% Steuerpflicht ab 2040 (sog. Kohortenprinzip).
- Einzahlbar sind aktuell bis zu 22.172 € jährlich (44.344 € bei Ehegatten und eingetragenen Lebenspartnern), wobei geleistete Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung und bei Gesellschafter-Geschäftsführern teilweise auch Beiträge in die bAV hiervon abzuziehen sind.
- Vorteil: gerade bei hohen Einkommen steuerliche Entlastung in Zeiten hoher Einkünfte (und damit hohem Steuersatz) durch Verschiebung der Steuerbelastung in die Rentenphase mit voraussichtlich niedrigerem Steuersatz, laufende Beiträge und flexible Einmalzahlungen möglich. Für Selbstständige zudem weitestgehend geschützte Form der Altersvorsorge bei Insolvenz.
- Nachteil: zwingende Entnahme als laufende lebenslange Altersrente, nicht beleihbar, nicht vererbbar.

„Riester-Rente“

- Vorsorge der so genannten Schicht 2 neben der betrieblichen Altersversorgung (bAV): Steuerliche Freistellung in der Ansparphase, dafür volle Besteuerung in der Entnahmephase. „Riester“ können alle Pflichtversicherten der gesetzlichen Rentenversicherung, Empfänger von Kranken- oder Arbeitslosengeld, Beamte und Angestellte im öffentlichen Dienst, Zeitsoldaten, Landwirte und Künstler in der Künstlersozialkasse. Ehe- oder Lebenspartner dieses Personenkreises sind zusätzlich „mittelbar“ förderfähig.
- Einzuzahlen sind 4% des Jahresbruttoeinkommens – maximal 2.100 € pro Jahr – nach Abzug der Zulagen; Mindestbeitrag z. B. für ALG-II-Empfänger sind 60 € jährlich. Werden die 4 % oder die 60 € Mindestbeitrag unterschritten, werden die Zulagen für das entsprechende Jahr im Verhältnis gekürzt. Die jährlichen Zulagen betragen derzeit pro Person 154 € jährlich, pro Kind 185 € (ab 2008 geboren: 300 €). Die jährlichen Beiträge zur „Riester-Rente“ werden steuerlich als Sonderausgabenabzug angesetzt, wobei die Zula-

gen gegengerechnet werden können.

Über die Fördergrenzen hinausgehende Einzahlungen, so genannte Überzahlungen, werden steuerlich wie eine normale private Rentenversicherung behandelt.

- Vorteil: Gerade bei geringen Einkommen oder Kindern großer Hebel auf die eingezahlten Beiträge durch die Zulagen. Unter bestimmten Bedingungen können während der Ansparphase max. 50.000 € für den Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie wieder entnommen werden.
- Nachteil: Entnahme des angesparten Vermögens maximal zu 30% als Kapital, Rest nur als lebenslange Altersrente. Allerdings ist eine „förder-schädliche“ Kündigung möglich – erhaltene Zulagen und Steuervorteile werden zurückgezahlt, das Kapital kann dann frei verwendet werden.

Betriebliche Altersversorgung (bAV) am Beispiel der Direktversicherung

- Vorsorge der so genannten Schicht 2 neben der „Riester-Rente“: Steuerliche Freistellung in der Ansparphase, dafür volle Besteuerung in der Entnahmephase. Wird vom Arbeitgeber für den Arbeitnehmer abgeschlossen. Besonderheit bei Entgeltumwandlung (Zahlung der Beiträge direkt aus dem Bruttogehalt vor Steuer und Sozialversicherung): zusätzlich Entlastung bei den Sozialversicherungsbeiträgen möglich; dafür aber ist die spätere Rente oder eine Kapitalauszahlung mitunter zusätzlich beitragspflichtig in der Krankenversicherung.
- Einzahlbar sind 2015 bis zu 2.904 € jährlich steuer- und sozialversicherungsfrei (immer 4% der Beitragsbemessungsgrenze West der Rentenversicherung), sowie unter bestimmten Umständen zusätzlich 1.800 € jährlich steuerfrei.
- Vorteil: gerade für Angestellte mit höheren Einkommen und gesetzlicher Krankenversicherung teilweise erhebliche Entlastung in der Ansparphase (100% Sparleistung mindern das Nettoeinkommen mitunter nur um circa 50%).
- Nachteil: im Regelfall als lebenslange Altersrente zu entnehmen, teilweise aber Kapitalentnahme von bis zu 70% möglich; bei Wechsel des Arbeitgebers muss der neue den Vertrag nicht übernehmen, sondern kann die Übertragung der Vertragswerte in eine von ihm angebotene bAV anbieten (alternativ: Übernahme durch den Angestellten als privaten Vertrag).

Dass Riester-Renten auch komplett als Kapital entnommen werden können (und zum Teil Direktversi-

cherungen in der bAV immerhin zu 70 %), ist deshalb noch einmal hervorzuheben, weil „Aufklärer“ mit Blick auf diese Produkte gerne mit Modellrechnungen argumentieren, wie lange man denn leben müsse, um sein eingezahltes Geld (mit/ohne Zinsen) überhaupt zurück zu erhalten. Eine Frage, die bei der gesetzlichen Rente übrigens noch nie gestellt wurde (obwohl die Frage hier viel zutreffender wäre).

Daher zur Richtigstellung: **private Altersvorsorge ist zunächst einmal reiner Vermögensaufbau**. Wie ich das Kapital am Ende verwende, ist in der Mehrzahl aller Fälle meine Entscheidung:

- Ich kann es vollständig entnehmen, frei anlegen und selbst aufzehren, solange es reicht. Komme ich damit bis 80, werde aber 90, muss ich mich eben einschränken. Käme ich mit dem Geld bis 90, werde aber nur 80, freuen sich meine Erben.
- Oder ich möchte sicher sein, dass meine monatliche Rente kommt, solange ich lebe, auch bis 120. Dann wähle ich das Kollektiv eines Lebensversicherers, der mir für das Gesamtkapital eine lebenslange Rente anbietet. Erst jetzt ist das Geld quasi „weg“ und muss von mir durch eine möglichst lange Rentenphase „zurückverdient“ werden. Und nur, weil manche früher sterben, kann aus dem Kollektiv als Ganzes auch der 120-Jährige mitbezahlt werden.

Den Vermögensaufbau zur Altersvorsorge auf breitere Füße stellen

Auf zwei Beinen steht man besser als auf einem. Oder wie der Ökonom Harry Markowitz empfahl: Man soll nie alle Eier in einen Korb legen. Die Rede ist vom blumigen Wort „Portfoliotheorie“, das letztlich nur folgendes bedeutet: Vermögen sollte nach Möglichkeit immer gestreut werden, damit ein Einzelrisiko (z. B. Crash des Aktienmarktes, Ausfall von Staatsanleihen durch Zahlungsunfähigkeit eines Landes o. ä.) stets nur einen Teil des Vermögens treffen kann, nie seine Gesamtheit. Dabei ist ratsam, die Streuung so vorzunehmen, dass die einzelnen Anlagen nach Möglichkeit unterschiedliche Risikoprofile aufweisen und keinen oder einen nur geringen Zusammenhang aufweisen.

Beispiel: Stecke ich mein ganzes Vermögen in Aktien von Coca-Cola, so liegen alle Eier in einem Korb - das Schicksal meiner Vermögensentwicklung hängt unmittelbar mit der Entwicklung dieser einzelnen Aktie zusammen. Streue ich zu jeweils 50 % in Aktien von Coca-Cola und Pepsi-Cola, bin ich vor Wertverschiebungen aus dem Wettbewerb der beiden besser

geschützt – brechen aber Konsumtitel oder die Aktienmärkte insgesamt ein, bin ich wieder vollständig betroffen.

Streue ich jedoch nur zu einem Teil in verschiedene Aktien, des Weiteren in verschiedene Anleihen (z. B. durch Fonds), Alternative Investments und Sachwerte (Immobilien, Diamanten, Edelmetalle, Wirtschaftsgüter oder, oder...), so gibt es kaum ein vorstellbares Krisenszenario, dass zeitgleich alle meine Vermögenswerte treffen würde. Diese Erhöhung der Stabilität durch gezielte Streuung ist das Ziel der so genannten Portfoliotheorie.

In der Praxis gestaltet sich, was so plausibel klingt, leider gerade bei kleineren Vermögen etwas schwierig. Denn die erwähnten Alternativen Investments (beispielsweise die Entwicklung und der Verkauf von Wohnimmobilien oder Bewirtschaftung von Solarparks oder Passagierflugzeugen als einer von vielen Anlegern), aber auch der Direkterwerb von Sachwerten wie z. B. Diamanten erfordert in der Regel eine höhere Mindestanlage und ist zudem häufig auch mit Laufzeiten verbunden, in denen das Kapital im jeweiligen Projekt festliegt.

Wer anfänglich nur 100 € monatlich sparen kann, baut daher am besten zunächst mit flexiblen Anlagen wie Investmentfonds oder (wenn Sicherheit vor Rendite geht) dem Tagesgeldkonto einen Kapitalstock auf. Erreicht dieser Größenordnungen von circa 20.000 €, so kann zum ersten Mal über die Streuung in eines der genannten Konzepte nachgedacht werden. Ab Größenordnungen von 40.000 oder 50.000 € ist es sogar zu empfehlen, sich mit den aktuell verfügbaren Möglichkeiten zu befassen, um für sich selbst eine bessere Einschätzung zu erreichen, ob und wie man persönlich eine Streuung umsetzen möchte. Auch hier ist wieder jeder Anleger und Sparer ein Individuum, so dass pauschale Ratschläge nicht zielführend sind. Befassen sollte man sich mit dem Thema an diesem Punkt jedoch.

Alle Beiträge finden Sie auch unter www.positiv-versichert.de

Micha Helmut Schrammke

Telefon 030 – 257 986 00, schrammke@investmentpartner.de

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

Medizin & Forschung

Hepatitis C: Heilung in 3 Wochen?

Durch die modernen, direkt am Virus ansetzenden Medikamente („direct acting antivirals, DAA“) gegen das Hepatitis C-Virus ist es – je nach Genotyp, Vorbehandlung und Zustand der Leber – bei den meisten Hepatitis C-Infizierten möglich, die Infektion innerhalb von 12 bis 24 Wochen auszuheilen. In „unkomplizierten“ Fällen, d.h. Patienten mit Genotyp 1, die keine Vorbehandlung erhalten haben und noch keine Leberzirrhose aufweisen, reichen auch schon 8 Wochen.

Geht es vielleicht noch kürzer? Der amerikanische Forscher Raymund Schinazi (der unter anderem 3TC, FTC, d4T und Sofosbuvir mitentwickelt hat) wollte untersuchen, ob es mit einer Kombination der besten Substanzen aus drei verschiedenen Wirkstoffgruppen möglich sei, die Therapie weiter zu verkürzen.

In einer kleinen Machbarkeitsstudie erhielten 26 chinesische Patienten, die mit dem Hepatitis C-Genotyp 1b infiziert waren und keine Leberzirrhose hatten, eine der folgenden Kombinationen und es wurde untersucht, bei wie vielen es zu einem Abfall der Viruslast auf unter 500 IU/ml am Tag 2(!) kam – dies wurde als „Rapid Virologic Response“ (RVR) bezeichnet.

- Sofosbuvir, Ledipasvir, Asunaprevir : RVR bei 6 von 12 Patienten
- Sofosbuvir, Daclatasvir, Simeprevir: RVR bei 6 von 6 Patienten
- Sofosbuvir, Daclatasvir, Asunaprevir: RVR bei 6 von 8 Patienten.

Die 18 Patienten, die eine RVR erreichten, wurden insgesamt 3 Wochen mit der jeweiligen Kombination behandelt. Alle 18 erreichten ein anhaltendes virologisches Ansprechen, d.h. 12 Wochen nach Behandlungsende lag die Hepatitis C-Viruslast unter der Nachweisgrenze – dies ist das übliche Kriterium für eine Heilung. Die restlichen Patienten erhielten Sofosbuvir/Ledipasvir (Harvoni®) für 12 Wochen und wurden ebenfalls alle geheilt.

Es sieht also so aus, als könnte man bei einer Untergruppe von Patienten mit der Kombination aus drei

Wirkstoffen die Therapiedauer noch einmal deutlich verkürzen, was im Hinblick auf die enormen Preise von erheblicher Bedeutung wäre. Weitere Studiendaten sind wünschenswert.

Quelle:

http://news.emory.edu/stories/2015/11/schinazi_liver_meeting/index.html

S. Schwarze

Renaissance der Zweifach-Kombination?

Seit vielen Jahren sind HIV-Therapien aus drei Wirkstoffen der Standard. Aus der Zeit vor der Beginn der HAART-Ära 1996 wissen wir, dass zwei Substanzen nicht ausreichen, um HIV dauerhaft in Schach, d.h. unter der Nachweisgrenze zu halten. Doch damals waren die eingesetzten Substanzen auch noch nicht so wirksam wie heute. Was wäre, wenn man mit den heutigen Substanzen eine Zweifach-Kombination versuchen würde?

Genau diese Frage stellten sich spanische Forscher – nicht zuletzt aus Kostengründen.

Aus Monotherapie-Studien mit geboosteten Proteasehemmern (Kaletra®, Prezista®/r, Reyataz®/r) wusste man, dass die Ergebnisse zwar nicht ganz so gut sind wie mit Dreifach-Kombinationen, dass es aber dennoch bei einem großen Teil der Patienten gut klappt. Und selbst wenn nicht, lassen sich praktisch alle Patienten durch Re-Intensivierung (d.h. Umstellung auf eine klassische Dreifach-Kombination) wieder erfolgreich behandeln ohne dass Resistenzprobleme auftreten. Man geht davon aus, dass dies einer besonders hohen „Resistenzbarriere“ der Proteasehemmer geschuldet ist.

426 Patienten, die älter als 18 Jahre sein mussten und eine Viruslast über 1.000 Kopien/ml aufweisen mussten, wurden zufällig auf zwei Therapiearme aufgeteilt:

- 217 Patienten erhielten Kaletra® und Epivir® zweimal täglich
- 209 Patienten erhielten Kaletra® und entweder Combivir®, Kivexa® oder Truvada® (alles Fixkombinationen aus zwei Nukleosidanaloga)

Nach 48 Wochen hatten 88,3% (Zweifachkombination) bzw. 83,7% (Dreifachkombination) der Patienten

ten eine Viruslast unter der Nachweisgrenze von 50 Kopien/ml – der Unterschied ist statistisch nicht signifikant. Bei Fällen von Therapieversagen konnte bei zwei Patienten in der Zweifach-Therapiegruppe eine neu aufgetretene M184V-Mutation (bewirkt Unwirksamkeit von Epivir®) nachgewiesen werden, aber keine Resistenzmutationen gegen Proteasehemmer.

Während bisherige Studien meist eine Umstellung von Patienten untersuchten, die bereit eine Viruslast unter der Nachweisgrenze hatten, wurde in dieser Arbeit erstmals versucht, eine Zweifach-Kombination „von Anfang an“ zu geben. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Zweifach-Kombination zumindest nicht schlechter ist als eine Dreifachkombination mit Kaletra®, die vor wenigen Jahren noch Therapiestandard war. Dieses Ergebnis muss noch durch weitere Studien abgesichert werden und vor allem müssen auch moderne Therapien mit NNRTI und/oder Integrasehemmern untersucht werden, bevor ein solcher Ansatz flächendeckend etabliert werden kann.

Quelle: P. Cahn et al.: „Dual therapy with Lopinavir/ Ritonavir (LPV/r) and Lamivudine (3TC) is non-inferior to standard triple drug therapy in Naïve HIV-1 infected subjects : 48-week results of the GARDEL Study“, EACS 2015 Oct 21-24 Barcelona, Spain – 15th European AIDS Conference

S. Schwarze

In aller Kürze

Genvoya® in der EU zugelassen

Als erstes Medikament mit dem „neuen“ Tenofovir (TAF, das besser wirksam bei gleichzeitig weniger Nebenwirkungen sein soll) wurde die Fixkombination aus Elvitegravir, dem Booster Cobicistat sowie TAF und FTC unter dem Handelsnamen Genvoya® in den Ländern der EU am 23.11.2015 zugelassen. Es handelt sich damit um eine „modernisierte“ Form von Stribild®. Die zugelassene Indikation lautet: Zur Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen (ab 12 Jahren und mit einem Körpergewicht von mindestens 35 kg), die mit dem humanen Immundefizienzvirus 1 (HIV 1) infiziert sind. Die HI-Viren dieser Patienten dürfen keine bekanntermaßen mit Resistenzen gegen die Klasse der Integrase-Inhibitoren, Emtricitabin oder Tenofovir verbundenen Mutationen aufweisen. Von besonderer Bedeutung ist, dass Genvoya® ohne

Anpassung der Dosis bis zu einer Kreatinin-Clearance von ≥ 30 mL/min eingesetzt werden kann; ein spezielles Nieren-Monitoring ist für die Kombination nicht erforderlich. Genvoya® wird als eine Tablette einmal täglich eingenommen.

Ebenso wie in den USA wird Genvoya® in Deutschland zum selben Preis wie Stribild® in den Markt eingeführt, nämlich 1174,09 € für 30 Tabletten. Damit verzichtet Gilead erstmals auf einen „Innovationszuschlag“ – allerdings verlängert sich für das neue Präparat natürlich der Patentschutz im Vergleich zum „alten“ Stribild®.

Einsatz von Reyataz® ohne Booster möglich

Die Europäische Zulassungsbehörde hat eine Erweiterung der Anwendungsoptionen für den Proteasehemmer Atazanavir (Reyataz®) genehmigt: Atazanavir kann ab sofort auch ohne Booster (Ritonavir bzw. Cobicistat) eingesetzt werden, teilt BMS mit.

Damit könnten HIV-Patienten mit Ritonavir-Unverträglichkeit eine Therapie mit 400 mg Atazanavir ohne Booster fortführen, wenn sie mindestens sechs Monate unter der virologischen Nachweisgrenze (VL < 50 Kopien/ml) und immunologisch stabil sind.

Die ungeboostete Anwendung wird nicht empfohlen bei Patienten mit vorherigem virologischen Therapieversagen, nachgewiesenen Resistenzmutationen, erwarteten Compliance-Problemen, gleichzeitiger Anwendung von Medikamenten, die die Bioverfügbarkeit von Atazanavir reduzieren (Tenofovir, Protonenpumpen-Inhibitoren, H₂-Rezeptorantagonisten) und bei Schwangeren.

Änderung der Packungsbeilagen in Bezug auf Lipodystrophie

Fettumverteilungsstörungen waren lange Zeit eine der am meisten gefürchteten Nebenwirkungen der HIV-Medikamente. Man unterscheidet den Verlust von Unterhaut-Fettgewebe (Lipoatrophie) mit den typischen, eingefallenen Wangen, dünnen Armen und Beinen, sowie die Ansammlung von Fett im Bauchraum (Lipohypertrophie). Bei einer Experten-Anhörung (bei der auch zwei Patientenvertreter anwesend waren) wurden die neuesten Erkenntnisse zur Lipodystrophie diskutiert:

- Für die Lipoatrophie (=Fettverlust) waren vor allem die Substanzen d4T (Zerit®), AZT (Retrovir® und in Combivir® und Trizivir® enthalten), sowie möglicherweise noch ddI (Videx® verantwortlich. Diese Substanzen werden heute bei uns nur noch in Ausnahmefällen eingesetzt. Bei allen

anderen Medikamenten werden die Warnhinweise entfernt.

- Auch die Laktatazidose, eine lebensgefährliche Veränderung des Säuregehalts des Blutes, ist wohl auf die genannten Substanzen zurückzuführen
- Es gibt keine Hinweise aus klinischen Studien, dass die Fettansammlung (Lipohypertrophie) tatsächlich auf die HIV-Medikamente bzw. auf eine besondere Klasse zurückzuführen ist. Deshalb werden die Warnhinweise bezüglich dieser „Nebenwirkung“ aus allen Beipackzetteln entfernt. Diskutiert wurde, ob die Lipohypertrophie möglicherweise auf die HIV-Infektion selbst, bzw. auf die Behandlung mit Begleitmedikamenten wie Kortison oder Testosteron zurückzuführen sei. Hierzu gibt es Hypothesen, aber keine belastbaren Daten aus klinischen Studien.

Zulassung von Viekira Pak™ für die einmal tägliche Gabe in den USA beantragt.

Die Kombination der Firma AbbVie zur Behandlung der Hepatitis C (Genotyp 1 und 4) besteht aus den beiden Medikamenten Viekirax® (Ombitasvir, Paritaprevir und Ritonavir) sowie Exviera® (Dasabuvir). Momentan müssen 2 Tabletten Viekirax® einmal täglich sowie ggf. eine Tablette Exviera® einmal täglich eingenommen werden. Nun wurde eine neue Formulierung unter dem Namen Viekira Pak™ entwickelt, die eine einmal tägliche Gabe von 3 Tabletten erlaubt. Es ist damit zu rechnen, dass die neue Formulierung in absehbarer Zeit auch in der EU zugelassen werden wird.

Zulassung von Viekirax® + Exviera® eingeschränkt

Wegen des Auftretens von schweren Leberschäden bis hin zum Tod bei Patienten mit Leberzirrhose und schwerer (Child-Pugh C) bis mittelschwerer Leberfunktionsstörung (Child-Pugh B) ist Viekirax®+Exviera® ab sofort bei solchen Patienten kontraindiziert. Bisher galt dies nur für Child-Pugh-C-Patienten. Eine routinemäßige Überwachung der Leberwerte, besonders in den ersten vier Behandlungswochen, wurde von Anfang an empfohlen.

Zulassung von Sofosbuvir + Velpatasvir beantragt

Nachdem der Hersteller Gilead mit seinem Wirkstoff Sofosbuvir (Sovaldi®) und der Fixkombination aus Sofosbuvir und Ledipasvir (Harvoni®) unerhörte Preise auf dem Markt durchsetzen und weltweite Umsätze im zweistelligen Milliarden Dollar-Bereich einfahren konnte, sind inzwischen einige Mitbewerber (mit kaum niedrigeren Preisen) auf dem Markt. Nun

setzt Gilead zum nächsten Coup an und hat die Zulassung für eine verbesserte Kombination, bestehend aus Sofosbuvir und dem NS5A-Hemmer Velpatasvir beantragt. Diese Kombination, die ebenfalls als eine Tablette einmal täglich eingenommen wird, ist bei allen Hepatitis-C-Genotypen wirksam und wird, je nach Genotyp, Vorbehandlung und Leberzustand über 12 bis 24 Wochen gegeben.

S. Schwarze

Amerikanische Leberkonferenz 2015 (AASLD): Neues in der Hepatitis B-Therapie

Eine Heilung der chronischen Hepatitis B ist in etwa einem Drittel der Fälle durch eine Behandlung mit pegyliertem Interferon alpha (PEG-IFNa) möglich. Allerdings ist diese Therapie langwierig und für die Patienten belastend. Wenn eine Interferon-Therapie nicht möglich oder erfolglos geblieben ist, kann mit Nukleosidanaloga wie z.B. Tenofovir, Entecavir, Telbivudin oder Lamivudin behandelt werden. Dies ist nur in einem geringen Prozentsatz mit einer Heilung der Hepatitis B verbunden. In den meisten Fällen erfolgt eine langfristige Therapie, die zu einer Reduktion von Hepatitis-Folgen wie Leberzirrhose oder Leberkarzinom führt. Nach Absetzen der Therapie ist ein Wiederaufflammen der Virusreplikation häufig.

Die therapeutische Situation ist also unbefriedigend, daher werden neue Ansätze erforscht, um die Heilungsraten zu erhöhen. Ähnlich wie bei einer HIV-Infektion wird dabei an unterschiedlichen Punkten im Replikationszyklus des Hepatitis-B-Virus (HBV) angesetzt. Ergänzend werden Strategien zur Stärkung der Immunantwort gegen HBV untersucht. Die rasanten Entwicklungen der Hepatitis-C-Therapie haben von Neuentwicklungen in der Behandlung der Hepatitis B abgelenkt. Im folgenden werden die antiviralen Therapieansätze kurz vorgestellt.

Entry Inhibitoren

Entry Inhibitoren sollen das Eindringen von HBV in die Leberzellen verhindern. Am weitesten fortgeschritten ist die Erforschung von Myrcludex B®, einem Peptid, das an Leberzellen andockt und dort die Rezeptoren für HBV blockiert. In einer Phase 2a-Studie konnte bei subkutaner Injektion eine Reduktion

der HBV-DNA bzw. bei gleichzeitiger Hepatitis delta der HDV-RNA beobachtet werden. Ein Teil der Patienten wurde gleichzeitig mit PEG-IFNa behandelt (Urban 2014). Die insbesondere bei Hepatitis delta vielversprechenden Pilotergebnisse machen neugierig darauf, wie es mit der Entwicklung weiter geht.

Antivirale Ansätze

Mit Zinkfinger-Nukleasen wird die sog. zirkuläre DNA des HBV (cccDNA) so gespalten, dass eine Virusvermehrung nicht mehr möglich ist. Dies ist bislang in Zellkulturen gelungen (Seeger 2014). Durch eine gezielte Störung beim RNA-Aufbau (RNA-Interferenz, RNAi) mit dem Molekül ARC-520 ist es Forschern in einer klinischen Phase-2-Studie gelungen, die cccDNA zum Teil erheblich zu reduzieren. ARC-520 wird intravenös injiziert und wurde in dieser Studie in Kombination mit Entecavir angewendet (Yuen 2015 LB9).

Mit TKM-HBV hat die Firma Tekmira ebenfalls ein RNAi-Molekül in der präklinischen Entwicklung (Lee 2015).

Von der Firma Novira wurden Daten einer Phase-1-Studie mit NVR 3-778 vorgestellt. Dabei handelt es sich um einen sog. Core-Inhibitor, der den Zusammenbau des HBV-Virus und so die Virusvermehrung hemmen kann. Bei einer Dosierung von 1200 mg (2x600 mg täglich) konnte eine Reduzierung der HBV-DNA um bis zu 1.72 log₁₀-Stufen erreicht werden (Yuen 2015 LB9). Weitere Studien, u.a. zur Kombination mit PEG-IFNa und Nukleosidanaloga, sind in Vorbereitung.

Schließlich darf man gespannt sein, ob Tenofovir Alafenamide (TAF) Veränderungen für die Hepatitis-B-Behandlung bringen wird. Auf der AASLD wurden Daten vorgestellt, die in den meisten Fällen auch eine Wirksamkeit bei Resistenz gegen Adefovir, Lamivudin oder Entecavir erwarten lassen (Liu 2015).

Fazit

Die Entwicklung neuer Hepatitis-B-Therapien ist in den Anfängen. Insbesondere Hemmstoffe der zirkulären HBV-DNA ließen in San Francisco aufhorchen. Es ist zu erwarten, dass viele der neuen Ansätze als Bestandteil einer Kombinationstherapie erprobt werden müssen, vorausgesetzt, dass sie die ersten Hürden von Medikamentensicherheit und Wirksamkeit nehmen. Nicht unproblematisch ist das Studiendesign für klinische Studien zur Heilung von Hepatitis B: Welche Surrogatmarker sind aussagekräftig, um verwendet werden zu können? Sind bei Kombinationstherapien mit neuen Substanzen oder Molekülen wirklich Placebo-Arme in Studien erforderlich?

Und wie und wann werden auch Menschen mit HBV/HIV-Koinfektion oder HBV/HCV-Koinfektion an klinischen Studien beteiligt?

Die Zahl der Menschen, die mit einer chronischen Hepatitis B leben, ist hoch: Weltweit sind es schätzungsweise mehr als 350 Millionen, viele von ihnen in ökonomisch weniger starken Regionen Asiens. Der Bedarf an wirksamen, aber auch bezahlbaren Therapien ist entsprechend groß.

Quellen:

- Lee AC et al.: *TKM-HBV, a Novel RNA Interference Treatment for Chronic Hepatitis B, Rapidly Reduces Surface Antigen and other Viral Proteins in both Intrahepatic and Peripheral Compartments. AASLD 2015 #2007*
- Liu Y et al.: *Antiviral Activity of Tenofovir Alafenamide (TAF) Against Drug Resistant HBV Isolates In Vitro. AASLD 2015 #2021*
- Seeger C et al.: *Targeting Hepatitis B Virus With CRISPR/Cas9. Mol Ther Nucleic Acids. 2014 Dec 16;3:e216. doi: 10.1038/mtna.2014.68.*
- Urban S et al.: *A proof-of-concept Phase 2a clinical trial with HBV/HDV entry inhibitor Myrcludex B. AASLD 2014 LB-20*
- Yuen MF et al.: *ARC-520 produces deep and durable knockdown of viral antigens and DNA in a phase II study in patients with chronic hepatitis B. AASLD 2015 LB-9*
- Yuen MF et al.: *Phase 1b Efficacy and Safety of NVR 3-778, a First-In-Class HBV Core Inhibitor, in HBeAg-Positive Patients with Chronic HBV Infection. AASLD 2015 LB-10*

Stephan Dressler, Berlin

Der direkte Draht zu Projekt Information:

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

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

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

Grundlegend & Wissenswert

„Gender-Lücke“ beim Behandlungserfolg – nur in Großbritannien?

Soziale Probleme erschweren die Adhärenz

Frauen haben dreimal so häufig schlechte Behandlungsergebnisse wie schwule Männer, und diese Lücke hat sich in den letzten zehn Jahren nicht verringert. Das zeigt die Studie einer der führenden Londoner HIV-Kliniken, die während der 15. Europäischen AIDS-Konferenz in Barcelona vorgestellt wurde. Laut einer weiteren britischen Studie ist es diese „Gender-Lücke“, beeinflusst durch Armut, Wohnungsnot und andere sozioökonomische Faktoren, die die Therapietreue zu einer Herausforderung machen.

Schlechte Behandlungsergebnisse

Die erste Studie untersuchte 1.675 PatientInnen, die am Royal Free Hospital zwischen 2001 und 2013 mit einer HIV-Behandlung begannen. Lisa Burch und ihre KollegInnen waren an den TeilnehmerInnen interessiert, die eine Viruslast über 200 Kopien/ml hatten, was als Indikator für Schwierigkeiten mit der HIV-Behandlung angesehen wurde. Sie sahen sich die erste Viruslastmessung nach einem Jahr Behandlungsdauer sowie zwei Jahre später an.

Etwas mehr als die Hälfte der Kohorte waren schwule Männer, 28% waren Frauen und 17% heterosexuelle Männer. Zwei Drittel der Frauen und die Hälfte der heterosexuellen Männer waren schwarze AfrikanerInnen. Frauen waren insgesamt tendenziell jünger als Männer.

Entsprechend der Verteilung von Spätdiagnosen in Großbritannien begannen Frauen die HIV-Therapie bei einer medianen CD4-Zellzahl von 205 Zellen/ μ l und heterosexuelle Männer bei 166 Zellen/ μ l. Im Gegensatz dazu lag die mediane Zellzahl bei schwulen Männern bei 273 Zellen/ μ l.

Ein Jahr nach Behandlungsbeginn hatten 6,5% der schwulen Männer eine nachweisbare Viruslast, verglichen mit 13% der heterosexuellen Männer und 20,4% der Frauen. Nach zwei Jahren waren die Anteile ähnlich – 8,4% bei schwulen Männern, 12,7%

bei heterosexuellen Männern und 19,4% bei Frauen. Wenn man sich die Veränderungen zwischen 2001 und 2013 ansieht, trat bei allen Gruppen eine nachweisbare Viruslast seltener auf, aber die Lücke bei den Behandlungsergebnissen wurde nicht geringer. Frauen hatten während der gesamten Studiendauer die schlechtesten Ergebnisse.

Behandlungsunterbrechungen waren die häufigste Erklärung für schlechte Ergebnisse. Während nur wenige Männer in den letzten Jahren ihre Behandlung unterbrachen, war es eine von sieben Frauen.

Eine weitere Studie im Rahmen der großen britischen CHIC-Kohorte zeigte ebenfalls, dass Frauen, Schwarzafrikaner und jüngere Menschen eine ungleich höhere Last an Todesfällen durch Aids-definierende Erkrankungen trugen. Typischerweise hatten diejenigen, die an Aids gestorben waren, eine späte HIV-Diagnose, hatten die Therapie bei einer niedrigen CD4-Zellzahl begonnen, hatten Schwierigkeiten mit der Adhärenz, und die Viruslast blieb seltener dauerhaft unter der Nachweisgrenze.

Sozio-ökonomische Faktoren

Um einzuschätzen, ob sozio-ökonomische Faktoren diese Unterschiede bei den Behandlungsergebnissen erklären können, wertete Rebecca O'Connell Daten einer weiteren britischen Kohorte, der ASTRA-Studie, aus.

Vier Jahre zuvor hatte eine Studie mit 2.445 Menschen, die mindestens sechs Monate eine HIV-Therapie gemacht hatten, den Forschern Aufschluss über ein breiteres Spektrum von sozialen Faktoren gegeben, als sonst routinemäßig erfasst werden. Die meisten dieser Informationen beruhten auf Selbstberichten der StudienteilnehmerInnen, die damit einverstanden waren, dass diese Daten mit ihren medizinischen Daten verknüpft wurden.

Während für die Studie wesentlich mehr schwule Männer als andere Gruppen rekrutiert worden waren, war das ethnische und Altersprofil der Frauen und heterosexuellen Männer mit dem in der Royal Free-Kohorte in der ersten Studie vergleichbar. Sowohl Frauen als auch heterosexuelle Männer hatten durchschnittlich sieben Jahre lang eine HIV-Therapie eingenommen.

Bei Studienbeginn hatten 8,3% der schwulen Männer, 14% der heterosexuellen Männer und 11,4% der Frauen eine nachweisbare Viruslast.

Sozio-ökonomische Probleme wurden bei Studienbeginn häufiger von Frauen und heterosexuellen Männern berichtet als von schwulen Männern. Zum Beispiel gaben 49% der heterosexuellen Männer und 54% der Frauen an, dass sie nur manchmal oder nie genug

Geld für ihre grundlegenden Bedürfnisse hatten, verglichen mit 20% der schwulen Männer. Während nur 6% der Menschen, die immer genug Geld hatten, eine nachweisbare Viruslast zum Studienbeginn aufwiesen, war das bei 15% der Menschen der Fall, die nie genug Geld hatten.

Eine unsichere Wohnsituation – inklusive Wohnungslosigkeit oder Wohnen bei Freunden – wurde von 18% der heterosexuellen Männer und 17% der Frauen berichtet, verglichen mit 6% der schwulen Männer. Während 17% der Menschen mit unsicherer Wohnungssituation eine nachweisbare Viruslast hatten, war dies bei nur 5% der Menschen mit eigener Wohnung der Fall.

Die Bildungs- und Beschäftigungsniveaus waren in allen Gruppen hoch, bei den Frauen etwas niedriger. Menschen mit einem geringeren Bildungsniveau oder ohne Job hatten mit größerer Wahrscheinlichkeit eine nachweisbare Viruslast.

Auch Menschen, die kein fließendes Englisch sprachen (17% der Frauen vs. 3% der schwulen Männer) und solche mit depressiven Symptomen (33% der Frauen, 25% der schwulen Männer), hatten eher eine nachweisbare Viruslast.

In einer nicht adjustierten Analyse hatten Frauen ein um 38% höheres Risiko einer nachweisbaren Viruslast, verglichen mit schwulen Männern. Adjustiert auf den Einfluss von Alter, schlechter finanzieller Lage, Wohnungseigentum, Beschäftigung und Bildung reduzierte sich das Risiko.

Wurden alle sozio-ökonomischen Faktoren und Depression berücksichtigt, gab es keinen Unterschied zwischen Frauen und Männern mehr beim Auftreten einer nachweisbaren Viruslast.

Ähnlich war das Bild bei heterosexuellen Männern. In einer nicht adjustierten Analyse war das Risiko bei ihnen um 69% höher als bei schwulen Männern. Bei Berücksichtigung aller oben genannten Faktoren reduzierte es sich deutlich, wenn auch nicht völlig.

Schlussfolgerung

“Die Unterschiede bei den virologischen Ergebnissen zwischen MSM und Frauen scheinen maßgeblich durch sozio-ökonomische Faktoren erklärbar zu sein”, so Rebecca O’Connell. Für heterosexuelle Männer ist die Erklärung allerdings nicht so ganz eindeutig. “Das legt nahe, dass Interventionen, die Menschen mit sozio-ökonomischen Nachteilen unterstützen, die Behandlungsergebnisse bei Frauen und zu einem gewissen Grad auch bei heterosexuellen Männern verbessern könnten”, fuhr sie fort.

Auch Lisa Burch – die die erste Studie des Royal Free präsentierte – forderte maßgeschneiderte soziale Un-

terstützung für Frauen und heterosexuelle Männer mit HIV. Das könnte Menschen helfen, ihre Adhärenz aufrecht zu erhalten und Behandlungsunterbrechungen zu vermeiden.

Anmerkung:

Den Einfluss von Armut auf Gesundheitsvorsorge, Erkrankungen und Sterblichkeit belegen auch in Deutschland Studien schon seit vielen Jahren. Den Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen Faktoren, Gesundheit und Krankheit stellt eindrücklich der gerade veröffentlichte Bericht „Gesundheit in Deutschland“ von RKI und BMG dar.

Quellen:

- Burch L et al. *Is the Gender Difference in Viral Load Response to ART Narrowing over Time? 15th European AIDS Conference, Barcelona, abstract PS6/3, 2015.*
- Jose S et al. *Ongoing Contribution of AIDS Deaths in the HAART Era: Data from the UK CHIC Study. 15th European AIDS Conference, Barcelona, abstract PE12/7, 2015.*
- O’Connell R et al. *Do Socio-economic Factors Explain Gender Differences in Virological Response to ART in the UK? 15th European AIDS Conference, Barcelona, abstract PS6/5, 2015.*
- Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut. *Bericht "Gesundheit in Deutschland"; Dezember 2015; www.rki.de/Gesundheitsbericht*

Übersetzung und Zusammenfassung nach:

Women living with HIV in the UK continue to have poorer treatment outcomes

Roger Pebody

www.aidsmap.com, 13 November 2015

Leben mit HIV

Prostata-Marker bei HIV-Patienten anders bewerten?

Das Prostata-spezifische Antigen, kurz PSA gilt als Marker für einen möglichen Tumor der Prostata. Zwar ist dieser Marker nicht unumstritten, da seine Aussagekraft begrenzt ist (es gibt durchaus Prostata-Tumore, bei denen der PSA-Wert kaum erhöht ist und umgekehrt gibt es viele Gründe, warum ein hoher PSA-Wert vorliegt, obwohl kein Tumor vorhanden ist). Dennoch wird er häufig bei Routine-Untersuchungen erhoben.

Nun wurde mit Daten der EuroSIDA-Kohorte untersucht, ob für HIV-Positive andere Richtwerte gelten sollten als für HIV-Negative. In der Allgemeinbevölkerung gilt ein PSA-Wert von mehr als 4 ng/ml als Grenze, ab der ein erhöhtes Tumorrisiko besteht und eine weitergehende Untersuchung empfohlen wird. Dabei fand man bei HIV-Positiven eine vergleichsweise hohe Anzahl von Prostata-Tumoren auch bei PSA-Werten von weniger als 4 ng/ml.

Die Autoren der Studie empfehlen als Grenzwert bei HIV-Positiven deshalb 1,5 ng/ml mit einer Sensitivität von 81% (d.h. 81% der Männer mit erhöhtem PSA-Wert hatten tatsächlich einen Tumor) und einer Spezifität von 82% (d.h. 82% der Männer mit normalem PSA hatten tatsächlich keinen Tumor).

Quellen:

1. Shepherd L, Borges AH, Ravn L, et al. Prostate-specific antigen (PSA) testing patterns for prostate cancer in HIV+ men. does one size fit all? 15th European AIDS Conference, October 21-24, 2015, Barcelona. Abstract PS5/5.
2. Seaberg EC, Breen E, D'Souza G, et al. Incidence of non-AIDS-defining cancers (NADCs) between 1984 and 2014 in the Multicenter AIDS Cohort Study (MACS) by HIV status and viral infection etiology. 6th International Workshop on HIV and Aging, October 5-6, 2015, Washington, DC. Abstract 12.
3. Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level \leq 4.0 ng per milliliter. *N Engl J Med.* 2004;350:2239-2246.
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa031918>

S. Schwarze

Politik & Soziales

Nachrichten zu Politik & Sozialem: Notlagentarif - Broschürenhinweis - Asyl- und Flüchtlingspolitik - PSG II - Sterbehilfe

Der Notlagentarif der PKV – Nicht wirklich neu, aber Vielen noch nicht bekannt

Der Notlagentarif der privaten Krankenversicherung wurde 2013 eingeführt. Er greift, wenn der bisherige Vertrag wegen Zahlungsrückständen ruht. Und dass passiert, wenn innerhalb von 6 Monaten trotz 2-maliger Mahnung die Rückstände nicht gezahlt wurden. Aber nur, wenn gleichzeitig kein Anspruch auf Leistungen nach SGB II oder XII (Arbeitslosengeld II, Sozialgeld oder Sozialhilfe) besteht.

Der monatliche Beitrag des Notlagentarifs beträgt ca. 100,- bis 125,- €.

Und wie der Name schon sagt, er umfasst nur eine Notfallversorgung, dies ist:

- Eine medizinisch notwendige Heilbehandlung bei akuter Erkrankung, bei Schmerzen sowie bei chronischer Erkrankung, deren Nichtbehandlung in einem absehbaren Zeitraum zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands und damit zu einer akuten Erkrankung führt
- Die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung bei Schwangerschaft und Mutterschaft einschließlich eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs
- Eine medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen bei Kindern und Jugendlichen
- Die teilstationäre und stationäre Versorgung in einem Hospiz
- Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Und daraus geht auch hervor, dass die Weiterzahlung der HIV-Therapie zu den Leistungen des Notfalltarifs gehört. Allerdings gibt es in der Praxis immer mal wieder Probleme, da die Kassen dies erst einmal bestreiten und ablehnen. Dann kann es sinnvoll sein sie auf ihre eigenen „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notfalltarif“ (AVB/NLT 2013) und dort den §1 (2e) hinzuweisen. LINK:

<http://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/avb-nlt-2013>

Wenn alle rückständigen Beiträge einschließlich der angefallenen Kosten für Mahnungen, Säumniszuschläge etc. gezahlt sind, kann man nach 2 Monaten wieder in den ursprünglichen Tarif zurückkehren.

Broschürenhinweis:

Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes hat zwei interessante Veröffentlichungen herausgegeben:

1. Eine aktuelle Studie "Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt – Strategien zum Nachweis rassistischer Benachteiligungen", hier wird der Frage nachgegangen, wo Diskriminierungsrisiken auf dem Wohnungsmarkt bestehen.
2. Die Broschüre "Fair mieten, fair wohnen – Gegen rassistische Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt", sie richtet sich an Mieterinnen und Mieter sowie Beratungsstellen. Sie klärt über die rechtlichen Grundlagen auf und beschreibt anhand von Fallbeispielen aus Beratungsstellen, wo Diskriminierung am Wohnungsmarkt auftritt und was dagegen getan werden kann.

Die beiden Veröffentlichungen und weitere Infos finden sich unter:

http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/2015/nl_04_2015/nl_04_aus_der_arbeit_03.html

Asyl- und Flüchtlingspolitik

Gerade im Bereich des Asylverfahrens und des Aufenthaltsrechts kommt es momentan ständig zu Änderungen. Bitte daher immer nachprüfen, ob die hier genannten Informationen noch aktuell sind. Der Paritätische hat eine Internetseite auf der aktuelle Informationen zu erhalten sind:

Einmal unter den FAQs <http://www.migration.paritaet.org/nc/fluechtlingshilfe/faq/>

Und dort finden sich auch viele Arbeitshilfen:

<http://www.migration.paritaet.org/fluechtlingshilfe/arbeitshilfen/>

Darüber hinaus gibt es eine gute Übersicht unter welchen Voraussetzungen Menschen mit Duldung oder Aufenthaltsgestattung Praktika und ähnliches leisten dürfen.

http://ggua.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/Erfordernis_einer_Arbeitserlaubnis_bzw.pdf

S. Eggers

2016 – das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) tritt in Kraft.

Der Deutsche Bundestag hat am 13. November 2015 das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) beschlossen, es tritt am 1. Januar 2016 in Kraft.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren werden aber erst zum 1. Januar 2017 wirksam. 2016 ist also Zeit für die Umstellung von den bisherigen 3 Pflegestufen auf die neuen fünf Pflegegrade. Da im Laufe des Jahres hier vieles erst entschieden wird, hier nur die ersten Eckpunkte:

In Zukunft sollen körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen werden. Mit der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit in den sechs verschiedenen Bereichen

1. Mobilität
 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
 3. Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen
 4. Selbstversorgung
 5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
- gemessen.

Die Leistungen der Pflegegrade in € pro Monat (ab 2017):

Pflege-grad	Pflege-geld	Pflege-sachleistung	Tages-pflege	Pflege-heim
1	-	125	--	125
2	316	689	689	770
3	545	1.298	1.298	1.262
4	728	1.612	1.612	1.775
5	901	1.995	1.995	2.005

Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, wird zum 1.1.2017 per Gesetz automatisch in das neue System übergeleitet. Es muss kein neuer Antrag auf Begutachtung gestellt werden.

Weitere Infos unter anderem:

<http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2-015/psg-ii-bt-verabschiedung.html>

<http://www.wohnen-im-alter.de/seniorenratgeber-pflegefall-pflegegrade.html>

Der neue Sterbehilfe-Paragraf

Am 6.11.2015 hat der Deutsche Bundestag über einen neuen Paragrafen zum Thema Sterbehilfe abgestimmt. Dieser stellt die geschäftsmäßige Hilfe zur Selbsttötung unter Strafe. Er wird ins Strafgesetzbuch als § 217 eingefügt:

„Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht."

S. Eggers

Das Gespenst von der Medikalisierung der Prävention

Seitdem die Ergebnisse der START Studie bekannt sind, steht endgültig fest, dass es für das persönliche Wohlergehen günstig ist, bei einer HIV-Infektion frühestmöglich mit der Behandlung zu beginnen. Auf der im Oktober in Barcelona stattfindenden EACS Konferenz wurden die entsprechend angepassten europäischen Behandlungsrichtlinien vorgestellt. Zusätzlich zum persönlichen Nutzen der HIV-Therapie wissen wir heute, dass eine Behandlung auch einen präventiven Nutzen hat: Risiken der Übertragung von HIV gehen unter funktionierender HIV-Therapie gegen Null. Dies auch dann, falls andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) vorliegen sollten.

Eine HIV-Therapie hat also doppelten Nutzen: der persönliche Nutzen wird in allen maßgeblichen Broschüren und Publikationen angemessen gewürdigt und damit anerkannt. Der präventive Nutzen gibt aber oft noch Anlass zu Bedenkenträgerei. Es gibt mancherorts aktive Widerstände, sogar „Denkverbote“. Diese kommen auch aus den eigenen Reihen. In der Vergangenheit bezogen sie sich auf EKAF, heute bzw. bis vor wenigen Monaten, bezogen sie sich auf die PrEP.

Gerne wird in diesem Zusammenhang die „Medikalisierung der Prävention“ beschworen. Es kann gut sein, dass sich dahinter die Angst vor dem Verlust der „Herrschaft“ über die Prävention verbirgt. Die Angst, dass Ärzteschaft und Epidemiologen zukünftig wieder das „Ruder“ übernehmen und erreichte Selbstständigkeits der Präventionisten rückgängig gemacht werden könnten.

Die unterschiedlichen Ebenen und Ansätze der Prävention müssen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Sie können und sollten sich gegenseitig ergänzen: es geht nicht um ein „Entweder-oder“, sondern um ein „Sowohl-als-auch“. Verhaltensorientierte Ansätze und medikamentöse Ansätze stehen sich nicht feindlich gegenüber, sondern ergänzen sich gegenseitig. Deshalb sollte Schluss sein mit dem Gerede von der Medikalisierung der Prävention. Kampf Begriffe aus den 1980ern waren damals überaus hilfreich. Heute sind sie anachronistisch, um nicht zu sagen lächerlich.

Warum stößt die Botschaft, dass eine Therapie auch präventiven Nutzen hat, auf Widerstand? Warum rümpfen wir die Nase, wenn in den USA und andernorts Menschen mit HIV aufgrund präventiver Überlegungen eine sofortige HIV-Behandlung angeboten wird und meinen, dies mit dem Hinweis auf eine dort miserable und versagende Prävention abtun zu können?

Die von manchen gepflegten Widerstände gegen Schutz durch Therapie und Therapiebeginn blenden Realitäten aus; sie sind absurd und abgründig. Wir leben nicht mehr in den 1990ern, wo der Behandlungsbeginn mit dem beginnenden Sterben gleichgesetzt wurde: wer damals mit der HIV-Therapie begann, tat dies in der Vorstellung, dass sein Immunsystem versagt und das Sterben beginnt. Dies hat sich grundlegend verändert: wer heute mit der Therapie beginnt, tut dies, um sein Immunsystem zu schützen und ein weitgehend normales und angstfreies Leben zu führen.

Trotzdem: Statt für ein Recht auf HIV-Therapie zu kämpfen und deren Wert für Individuum und Prävention anzuerkennen, leisteten wir uns in den vergangenen Jahren den Luxus, das „Recht auf Nichtbehandlung“ zu propagieren. Niemand darf zur Behandlung „gezwungen“ werden, so das Credo. Ich halte diese Debatte für absurd. Realitäten werden komplett ausgeblendet: ja, auch ich kenne Menschen, die sich bisweilen gedrängt fühlten. Ich kenne aber nieman-

den, der zu seiner Therapie gezwungen worden wäre. Auch in den Therapierichtlinien ist der Stellenwert der persönlichen Entscheidung als grundlegende Voraussetzung der HIV-Therapie hinreichend reflektiert. Was soll also das Gerede von dem „Recht auf Nichtbehandlung“ oder der vermeintlichen „Diskriminierung“ derjenigen, die keine Therapie nehmen und deshalb nach wie vor eine nachweisbare Viruslast haben?

Ein „Recht auf Nichtbehandlung“ stark zu machen verdeutlicht, wie sehr sich einige von den Notlagen der bei uns lebenden Menschen mit HIV entfernt haben: in anderen Ländern kämpfen Aktivisten und Menschen mit HIV für ein Recht auf HIV-Therapie, ein Recht, das auch bei uns in Deutschland vielen versagt ist. Ich denke hier vor allem an Menschen ohne Papiere, Krankenkarte oder mit prekärem Aufenthaltsstatus. Mit dem Argument des präventiven Nutzens der HIV-Therapie haben Aktivisten in Großbritannien durchsetzen können, dass wirklich alle behandelt werden können. Bei uns tut man sich schwer, diese Zusammenhänge herauszustellen.

Nicht bei allen in Aids-Hilfe und Prävention Tätigen sind die Neuerungen und Fortschritte der HIV-Therapie durchgesickert. Manchmal sind es vor allem diejenigen mit großem Erfahrungshintergrund, die sich gegen die neuen Erkenntnisse wehren. Mit Verlaub und allem Respekt gegenüber Menschen, die viele Jahre mit der HIV-Therapie leben oder in Aidshilfe arbeiten: Erfahrungen der Vergangenheit können einen großen Schatz darstellen, sie können aber auch hinderlich sein. Beispielsweise dann, wenn sie heute keine Relevanz mehr haben oder Drohgebilde aufbauen, die nur noch in unseren Köpfen existieren mit der Realität moderner HIV-Therapien jedoch kaum mehr etwas zu tun haben: außerordentliche Nebenwirkungen; dramatische Therapieregime, unüberwindbare Einnahmezeiten und so weiter.

Als Organisation, die in der Vergangenheit mit großer Vehemenz „Lust“ und „Rausch“ als „Kerngeschäft“ oder Grundhaltung von Aidshilfe propagierte - und Hans-Peter Hausschild war wohl derjenige, der dies am eindrucklichsten auf den Punkt brachte – steht die Deutsche Aidshilfe in guter Tradition, wenn sie der „PrEP“ und der „Schutzwirkung der Therapie“ positiv gegenüber steht. Das Ausleben der Sexualität ohne Angst ist endlich möglich geworden. Sex ohne Kondom ist unter den vorgegebenen Voraussetzungen als Safer Sex einzuordnen. Sprichwörtlich müssten für Aidshilfen hier eigentlich „Weihnachten und Ostern zusammenfallen“. Vor allem, seit wir durch die Er-

gebnisse der PROUD und der IPERGAY Studien heute wissen, dass die PrEP bei einnahmewilligen MSM gut funktioniert. Ein sorgenfreies Leben ist in greifbare Nähe gerückt. Oder etwa doch nicht?

In den letzten Monaten war viel davon die Rede, dass die PrEP noch nicht zugelassen sei und es deshalb vorzeitig wäre, sich damit zu beschäftigen. Die Bundesregierung verweigert Auskünfte mit dem Hinweis darauf. Auch wurden die Preise der Medikamente - nach eventueller Zulassung in mehreren Jahren - als unüberwindbare Hürde dargestellt. Bereits heute jedoch können für die PrEP verwendbare Generika im Internet bestellt werden. Die Preise für Produkte aus Indien liegen bei ca. 60 Euro monatlich und werden kommendes Jahr voraussichtlich noch einmal um die Hälfte sinken. Insgesamt sind die Kosten damit geringer als für generisch hergestelltes Viagra®, das von vielen Männern ebenfalls online bestellt wird und keine besondere finanzielle Hürde darzustellen scheint.

Was also tun? Das Lamentieren über die „Medikalisierung“ der Prävention wird auf längere Zeit nicht ausreichen, um möglichen Schaden zu verhindern, der von den neuen Entwicklungen ausgehen könnte. Aidshilfe und MSM Prävention tun gut daran, sich den neuen Herausforderungen zu stellen.

Es stehen viele Fragen in Raum, die Aidshilfen und MSM Beratungs- und Testprojekte aufgreifen sollten, die Strukturen sind vielerorts vorhanden. In den HIV- und Teststandards für Testprojekte der Community wurde vor mehreren Jahre festgelegt, dass immer auch Ärzte involviert sein müssen – so wurden Strukturen geschaffen, die angesichts dieser neuen Entwicklungen für die Prävention hilfreich sein könnten.

Folgendes könnte getan bzw. angestrebt werden:

- o Die Rechtslage muss geklärt werden: was sind die rechtlichen Implikationen der fehlenden Zulassung der PrEP; was geschieht, wenn das Verbot des Imports von Generika umgangen wird? Ab wann würden sich involvierte Projekte strafbar machen, z.B. bei der Bewerbung von Internetseiten, oder wenn die Beratung zu PrEP als Propagierung ausgelegt wird?
- o Welche Rolle könnten Community-orientierte Testprojekte einnehmen? Die Mitarbeiter der Projekte haben teilweise guten Zugang zu MSM mit hohem Risiko. Die Risikoreduktionsgespräche zu Testberatung böten eine gute Grundlage, Risikoprofile herzustellen und Männer mit hohem Risiko

gezielt anzusprechen. Es müssen Konzepte entwickelt werden, in welchen diese Angebote näher definiert wird: welche Informationen brauchen Männer mit hohem Risiko? Wie identifiziert man diese Männer und wie sind sie anzusprechen?

- o Testprojekte könnten es sich zur Aufgabe machen, die Sicherheit der Generika zu überprüfen, z.B. durch die Überprüfung der Inhaltsstoffe („drug checking“); die Überprüfung und Kontrolle der Verlässlichkeit von Webseiten, durch die Generika bestellt werden können; vielleicht auch durch die aktive Kontaktaufnahme mit Herstellern von Generika. All diese Dienstleistungen werden MSM in Australien von ihren Community-orientierten Ärzten bereits zur Verfügung gestellt, immer mit der Intention, die Sicherheit der PrEP-Nutzer zu erhöhen.
- o Testprojekte könnten in Kooperation mit den involvierten Ärzten Nierenfunktions- und Wirkspiegelmessungen anbieten und vielleicht auch Rezepte ausstellen (manche, nicht alle der Internetadressen verlangen Rezepte)
- o Männer unter PrEP sollten sich regelmäßig auf HIV überprüfen lassen, um eine unzureichende Therapie zu vermeiden: wer wäre besser geeignet, entsprechende Tests durchzuführen als Community-nahe Beratungs- und Testangebote der MSM Selbsthilfe und der Aidshilfen?

Dies sind nur einige Anregungen, andere Aufgaben werden sich ergeben, wenn die PrEP tatsächlich verfügbar ist. Ob sie als Bereicherung der zukünftigen Prävention aufgefasst werden, bleibt uns überlassen. Letztendlich ist wohl auch die Prävention nicht mehr das, was sie einmal war. Für manche ist das nicht nur gut so, sondern besser als gut!

Die Betonung liegt hier bei „manche“. Die PrEP wird sich voraussichtlich nicht zu einem Massenphänomen entwickeln. Diejenigen, die sie jedoch nehmen wollen, sollten sie auch bekommen können. Und das so sicher wie möglich und vor allem ohne erhobenen Zeigefinger.

Peter Wiessner, November 2015
 Kontakt: peter-wiessner@t-online.de

✂

bitte in frankierten Fensterbriefumschlag

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

Projekt Information e.V.
 Gemeinnütziger Verein

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

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

Mitgliedschaft

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

Eintrittsdatum (zum Monatsersten) _____

Ermächtigung zum Forderungseinzug per Lastschrift
Projekt Information e.V. München wird widerruflich ermächtigt,

den **Mitgliedsbeitrag** 7,67 €

zuzüglich einer **Spende** _____

Gesamtbetrag monatlich = _____

per Lastschrift einzuziehen von folgender Bankverbindung:

IBAN: _____

BIC/SWIFT: _____

Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

_____, den _____
Ort/Datum

Unterschrift

Vollständige Anschrift (in Druckbuchstaben)

Vor- und Nachname

Straße/Haus-Nr.

Postleitzahl/Ort

Tel: _____ Fax: _____

Projekt Information e.V.

Der neue Vorstand stellt sich vor

Engelbert, 56, München: Ich finde die Arbeit von Projekt Information enorm wichtig und finde "Betroffene informieren Betroffene" auch in Zeiten von "einfacheren" HIV-Therapien noch aktuell, gerade weil wir jetzt älter werden können- leider auch mit allen Gebrechen des Alters. Ich bin seit 30 Jahren positiv und betreue seit 16 Jahren die HIV-Therapie-Hotline. Ich bin in vielen Communitybereichen aktiv; unter anderem beim Deutschen Expertennetzwerk HIV/Hepatitis e.V. oder bei „Positives Gesicht“ , einem besonderen Organ der Deutschen Aidshilfe e.V. Ich freue mich auf die neue Zusammenarbeit mit den anderen Vorständen bei Projekt Information.

Lothar, 51, Berlin: Seit 1986 lebe ich als schwuler Mann in Berlin. Ein großer Teil meines Freundeskreises lebt mit HIV und/oder Hepatitis C. Deswegen ist es mir ein Bedürfnis, mich in Sachen Information und Aufklärung zu engagieren, damit sich Betroffene selbstbewusst und auf Augenhöhe - auch gegenüber Ärzten - einbringen und somit auch Stigmatisierung entgegen wirken können.

Erik, 59, Berlin: Als langjähriger Unternehmensberater gilt meine Kernkompetenz vor allem den Finanzen. Deshalb möchte ich mich dafür stark machen, dass der Verein Projekt Information e.V. auch in Zukunft auf einer soliden finanziellen Basis steht. Nur so können wir unseren Mitgliedern weiterhin solide recherchierte und unabhängige Berichte gewährleisten."

Siegfried, 50, Berlin: Seit 15 Jahren schreibe ich für Projekt Information und bin Mitglied des Vorstands. Ich werde auch in Zukunft Informationen von Kongressen, aus der Fachliteratur und aus dem Internet für unsere Leser verständlich und interessant aufbereiten. Auch außerhalb von Projekt Information verrete ich Patienteninteressen, z.B. in Studiennetzwerken und bei der europäischen Zulassungsbehörde EMA.

Wichtiger Hinweis:

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

Termine

Termine der Münchner Aids-Hilfe

Regelmäßige Sportangebote

Für die beiden Yogagruppen und das Nordic-Walking ist ein Einstieg für Anfänger_innen immer am ersten Termin im Monat möglich!

Nordic-Walking

Termin: Jeden Mittwoch 18.00 bis 19.30 Uhr
Treffpunkt: Münchner Aids-Hilfe, 2.Stock
Anmeldung erforderlich!

Sivananda Yoga

Termin: Jeden Dienstag 19.00 bis 20.30 Uhr
Ort: Münchner Aids-Hilfe, 2. Stock
Anmeldung erforderlich!

Traditionelles Yoga

Termin: Jeden Mittwoch 19.00 bis 20.30 Uhr
Ort: Münchner Aids-Hilfe, 2. Stock
Anmeldung erforderlich!

Sport - Anfänger, sanfte Gymnastik

Termin: Jeden Donnerstag 19.00 bis 20.00 Uhr
Ort: Max-Planck-Institut, Kraepelinstr. 10
Anschließendes Schwimmen möglich! (Wassertemperatur 27°C)

Sport - Gymnastik, Kondition

Termin: Jeden Donnerstag 20.00 bis 21.00 Uhr
Ort: Max-Planck-Institut, Kraepelinstr. 10
Anschließendes Schwimmen möglich! (Wassertemperatur 27°C)

Positiver Stammtisch-

offen für Menschen jeglicher sexueller Orientierung
Termin: jeden Dienstag, ab 19.30
Ort: Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe

Heterotreff

Programm unter www.muenchner-aidshilfe.de
jeden 4. Mittwoch, 19.30 Uhr
und
jeden 2. Freitag, 19.30 Uhr
im Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe

Rückfragen bei Christopher Knoll 089/54 333-115
christopher.knoll@muenchner-aidshilfe.de

Freizeitgruppe

Programm unter www.muenchner-aidshilfe.de
Stammtisch Freizeitgruppe
Termin: Jeden 3. Mittwoch eines Monats

Ort: Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe
Zeit: 19.00 Uhr
Information und Anmeldung: Andrea Brunner
andrea.brunner@muenchner-aidshilfe.de; Tel.: 089-54 333-100

Information und Anmeldung zu allen Angeboten:
Engelbert Zankl therapie.hotline@muenchner-aidshilfe.de Tel.: 089-54 333-123

Adresse der Münchner Aids-Hilfe e.V.

Information und Anmeldung: Andrea Brunner
andrea.brunner@muenchner-aidshilfe.de; Tel.: 089-54 333-100

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

- Offene Gruppentreffen für Frauen mit HIV: Mehrmals jährlich montags von 18.30 – 20.30 Uhr. Nächstes Treffen am 19.10.2015
- Telefonische und persönliche Beratung für Frauen mit HIV, Angehörige und Partner/innen Nach Terminvereinbarung, siehe unten. Die Beratung ist auch auf Englisch und mit Dolmetscherinnen möglich.

Weitere Termine auf Anfrage

Informationen und Anmeldung für alle Veranstaltungen:

Ulrike Sonnenberg-Schwan, Tel. 089-1291195, ulrike.sonnenberg-schwan@fgz-muc.de
www.fgz-muc.de. FGZ, Grimmstr. 1, 80336 München (U3/U6, Poccistr.)

16. Münchner AIDS- und Hepatitis-Tage, 11. - 13. März 2016

Neueste Forschungen zu HIV/AIDS, Hepatitis, Infektiologie

HIV-Patienten haben heute gute Chancen, mit einer lebenslangen Therapie ein normales Lebensalter zu erreichen. Aber wie sind die Aussichten auf Heilung? Für die Heilung der Hepatitis C sind in den letzten Jahren diverse neue Medikamente auf den Markt gekommen. Wie sehen die neuen Therapiekonzepte aus? Mit diesen und anderen Themen beschäftigen sich die ca. 1500 Teilnehmer der 16. Münchner AIDS und Hepatitis-Tage.

Veranstaltungsort: Hotel Dolce München Unterschleißheim

Anmeldung zum Kongress und weitere Informationen unter www.aids-tage.de

Termine der Berliner Aids-Hilfe

Medizinische Reise 2016

Überblick über die im Jahr 2016 geplanten Daten, Themen und Referenten

24.02.16: Syphilis – das Chamäleon unter den sexuell übertragbaren Infektionen.
Jens Olaf Mielcke, Berlin

30.03.16: Selbstmedikation bei HIV.
Uwe Hohaus, Berlin

27.04.16: Crystal Meth und schwule Männer.
Siegfried Schwarze, Berlin

25.05.16 Gesund bleiben – Was kann ich selbst tun?
Michael Latzke, Berlin

29.06.16 Hepatitis C-Therapie - Erfahrungen mit den neuen Medikamenten.
Christoph Schuler, Berlin

31.08.16 Highlights der Welt Aids-Konferenz Durban 2016.
Armin Schafberger, Berlin

28.09.16 Positiv nicht infektiös – wie sieht das rechtlich aus?
Jacob Hösl, Köln

26.10.16 Mindfulness Based Stress Reduction – eine Methode zur Krankheitsbewältigung.
Anja Nothelfer, Berlin

30.11.16 Rückblick auf das Jahr 2016
Keikawus Arastéh, Berlin

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

E-Mail: info@projektinfo.de

Fax: 089 / 21031235

Tel.: 089 / 21949620

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

Impressum

Herausgeber: Projekt Information e.V., Ickstattstraße 28, 80469 München, Telefon (089) 21 94 96 20, Fax: (089) 21 03 12 35, email: info@projektinfo.de. Eingetragen: Amtsgericht München Nr. VR 12575, Gemeinnützigkeit: Finanzamt München f. Körperschaften v. 06.05.2015 Steuer-Nr.: 143/220/60417

Vorstand: Erik G. Lothar Maier, Siegfried Schwarze, Engelbert Zankl

Redaktion: S. Eggers, L. Maier, S. Schwarze, M. Schrammke, U. Sonnenberg-Schwan, P. Wießner, E. Zankl.

Titelillustration: Mats Bergen, www.matsbergen.de

Der Druck und der Versand dieser Ausgabe erfolgte mit freundlicher Unterstützung durch eine Spende der Firma abbie.

Hinweis:

Projekt Information versucht durch eine breite Auswahl von Themen, dem Leser einen Überblick zu den derzeitigen therapeutischen Möglichkeiten, Entwicklungen und dem Stand der Forschung zu geben. Zum größten Teil verwenden wir hierbei Übersetzungen aus ähnlichen Publikationen in den USA und Großbritannien. Sie geben nicht die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder. Ob die besprochenen Medikamente, Therapien oder Verfahren tatsächlich erfolgversprechend oder erfolglos sind, entzieht sich unserer Beurteilung. Sprechen Sie immer mit dem Arzt Ihres Vertrauens. Namentlich gezeichnete Artikel verantwortet der betreffende Autor. Soweit es um Zitate aus wissenschaftlichen Publikationen geht, werden die Leser gebeten, die angegebenen Referenztexte zu konsultieren.