

# PROJEKT INFORMATION

Herausgegeben von Projekt Information e.V.

**Betroffene informieren Betroffene**

Jahrgang 24, Nr. 2

März / April 2016



## Meilenstein der HIV-Geschichte: „EKAF“- Statement zur Nicht- Infektiosität bei nicht nachweisbarer Viruslast vor 8 Jahren veröffentlicht

Seit 8 Jahren wissen wir, dass eine erfolgreiche HIV-Therapie eine Übertragung des Virus verhindert, also: Alles gut?.....Seite 3

## Therapie nur 4 Tage pro Woche: Nah am Abgrund?

Eine französische Forschergruppe will die Therapie revolutionieren. Geht das wirklich?.....Seite 4

## Schwuler und Positiver Stolz als Gegenentwurf zur Scham

### Der Kampf um ein Leben in Würde

“Gay Pride” bedeutet nicht, dass man stolz darauf ist, schwul zu sein, sondern, dass man sich seines Schwulseins nicht mehr schämt! .....Seite 6

## Editorial

Editorial von S. Schwarze .....2

## Medizin und Forschung

Immer mehr Anekdoten zu Dolutegravir Monotherapie:  
Jetzt müssen klinische Studien her! .....9  
Einschränkung der Leber- und Nierenfunktion durch  
HIV-Therapie? .....10  
In aller Kürze: cMTA - PRO140 - URM099 - Zepatier™ -  
PrEP - Richtigstellung.....12

## Grundlegend & Wissenswert

„Viruslast unter der Nachweisgrenze“ – und was, wenn nicht? 13

## Leben mit HIV

Aids-bedingte Lungenerkrankung in der Vergangenheit erhöht  
das Lungenkrebsrisiko ..... 14  
Zum Beitrag „Kondom – Schutz oder Stigma?“ von J. Großer in  
Projekt Information Nr.1/2016.....15

## Politik & Soziales

DRUCK-Studie des Robert Koch-Instituts verweist auf Lücken  
im Versorgungssystem für Drogengebrauchende .....16  
NachrichtenFacharzttermine - Hilfe für LGBTI-Flüchtlinge -  
Krankenkassenbeiträge 2016 - Kultursensible Pflege.....17

## Projekt Information e.V.

Einladung zur Mitgliederversammlung 2016 .....23  
Formular zur MV .....24

## Termine

Termine .....19

Vereins- und Spendenkonto: Sozialbank München 8845500 (BLZ 700 205 00)  
IBAN: DE73700205000008845500 SWIFT/BIC: BFSWDE33MUE

## Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Man tut es eigentlich nicht, dennoch möchte ich an dieser Stelle einmal über Geld reden: Seit der Gründung von Projekt Information e.V. wurden die Mitgliedsbeiträge noch nie angehoben. Selbst bei der Euro-Umstellung blieben wir bei den alten Beiträgen und nahmen die daraus resultierenden, etwas "krummen" Euro-Beträge in Kauf. Gleichzeitig sind die Kosten des Vereins immer weiter angestiegen. Druck und Versand aber auch die Personalkosten zehren von Jahr zu Jahr mehr an der Vereinskasse. Leider resultierte daraus in den beiden letzten Jahren ein negatives Vereinsergebnis; das bedeutet, wir mussten unsere Rücklagen angreifen.

Glücklicherweise konnte das Minus im Jahr 2015 deutlich reduziert werden. Dies verdanken wir nicht nur unseren langjährigen, treuen Mitgliedern, sondern auch einigen großzügigen Einzelspenden. So erhielten wir Spenden vom "Expertennetzwerk HIV und Hepatitis (DCAB)", von "Folsom Europe e.V." und nicht zuletzt vom "Orden der Schwestern der Perpetuellen Indulgenz e.V."

Doch auch Firmen und Privatpersonen spendeten eifrig! An Sie alle ein ganz herzliches "Dankeschön!"



Damit "Projekt Information" fit für die Zukunft wird und wir unseren Lesern auch in den kommenden Jahren wichtige Informationen ansprechend präsentieren können, haben wir uns entschlossen, nach 16 Jahren den Auftritt sanft zu modernisieren. Wenn alles nach Plan läuft, wird bereits die nächste Ausgabe im neuen Layout erscheinen.

Wir haben es uns nicht einfach gemacht: Einerseits sollte ein Wiedererkennungswert gewahrt bleiben, andererseits sollte das Layout frischer, moderner und ansprechender werden.

Die Entwürfe, die uns am besten gefielen, wurden an die Wand gepinnt und Künstlern, Grafikern oder einfach nur Lesern gezeigt. Deren Rückmeldung floss dann in weitere Varianten ein. Wir hoffen, dass sich die Arbeit gelohnt hat und Ihnen der neue Auftritt gefallen wird!

Auf den nächsten Münchner Aids- und Hepatitis-Tagen werden wir am 12. und 13. März mit einem Stand vertreten sein. Wahrscheinlich haben wir dann schon ein erstes Ansichtsexemplar im neuen Layout und Sie können uns Ihre Meinung sagen!

*Ihr Siegfried Schwarze*

## Meilenstein der HIV-Geschichte: „EKAF“- Statement zur Nicht- Infektiosität bei nicht nachweisbarer Viruslast vor 8 Jahren veröffentlicht

Am 29. Januar 2008 hat die Schweizer Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen (heute Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit) das sogenannte EKAF Statement, im englischen Sprachraum oft auch als „Swiss Statement“ bezeichnet, herausgegeben.

Da wohl weltweit kein Statement im HIV-Bereich bekannter ist und auch in Projekt Information schon des öfteren darüber berichtet wurde, erspare ich mir an dieser Stelle eine detaillierte Beschreibung: Menschen unter funktionierender HIV-Therapie gelten als sexuell nicht infektiös.

Die Veröffentlichung war damals ein mutiger Schritt, für manche gar ein Skandal. Die bei der Entscheidung Involvierten, können mit Fug und Recht für sich in Anspruch nehmen, die Wahrnehmung von HIV grundlegend verändert zu haben. Ein Lob auf die Schweiz und die Personen, die das Statement möglich machten. Ich erinnere an dieser Stelle an Francois Wasserfallen, einen Freund und HIV-Aktivist, der für die Schweizer Community bei der EKAF mitgewirkt hat, deren Erfolg aber nicht mehr mit erleben konnte. Francois, es wäre spannend von dir ein paar interne Details zu hören! Im Nachhinein hört sich alles immer sehr einfach an. Natürlich wurde auch in der Schweiz um die Veröffentlichung gerungen: darf man, muss man gar das Statement veröffentlichen? Wie wird die Politik reagieren? Steht wirklich alles auf gesicherten Beinen? Welche Rolle spielt die HIV-Community im Vorfeld der Veröffentlichung? Wie wird sich das Statement auf die Prävention auswirken? Bringt man Menschen in Gefahr, wenn sie anfangen unter den beschriebenen Bedingungen auf Kondome zu verzichten? Wie wird die Fachwelt reagieren? Und wenn sich jemand unter den vorgegebenen Bedingungen Infizieren sollte, was dann? Ist der eigene Job, das wissenschaftliche Renommee in Gefahr?

Danke an Francois Wasserfallen und die anderen Mitglieder der EKAF für den bewiesenen Mut und die gezeigte Furchtlosigkeit!

Das SMW (Swiss Medical Weekly) hat aus Anlass des achtjährigen Jubiläums der Veröffentlichung des Statements eine Zusammenfassung von Pietro L. Vernazza, Kantonsspital St. Gallen und Edwin J. Bernard,

HIV Justice Network, herausgegeben, die sich im Rückblick mit den Hintergründen zum Statement und den ethischen Gründen für dessen Entwicklung und Veröffentlichung auseinandersetzt.

Edwin Bernard, Menschenrechtsaktivist aus Großbritannien, beschäftigt sich vor allem mit Fragen der HIV- Kriminalisierung: das EKAF Statement leistete einen wertvollen Beitrag zur Verminderung der Diskriminierung von Menschen mit HIV in der Rechtsprechung, ein Beitrag der, wie Beispiele belegen, noch nicht überall anerkannt ist. Nicht alle Länder haben ihre Rechtsprechung an den aktuellen Wissensstand angepasst, wie in der Schweiz, wo „die Aussetzung“ von HIV unter nicht mehr nachweisbarer Viruslast konsequent nicht mehr strafverfolgt wird. Auf globaler Ebene kommt es nach wie vor zu Kriminalisierung von Menschen mit HIV aufgrund vermeintlicher Risiken.

### Besser doch den Deckel draufhalten?

Das Statement hat unmittelbar nach Veröffentlichung ein Beben ausgelöst. Patientengruppen begrüßten das Statement, weil es zu Normalisierung, zur Möglichkeit Sexualität angstfrei zu erleben und zur Entstigmatisierung von Menschen mit HIV beiträgt. Viele Ärzte, Wissenschaftler, manchmal aber auch HIV-Aktivistinnen und Präventionisten, gaben sich reserviert: zu viel sei noch unklar, es sei nicht bekannt, ob die Informationen zu den tatsächlichen Risiken auch auf Analverkehr übertragbar sei, die Rolle der sexuell übertragbaren Infektionen werde unterschiedliche eingeschätzt und so weiter. Präventionisten sorgten sich vor allem um die Auswirkungen des Statements auf ihre Arbeit und auf Präventionsbotschaften.

Manche kamen in der Auseinandersetzung zu dem Ergebnis, dass das Statement nicht veröffentlicht werden sollte, auch wenn die getroffenen Aussagen richtig seien.

### Feigheit, Eitelkeit, echte Sorge

An den Reaktionen auf das Statement ließe sich einiges analysieren: der Kampf um wissenschaftliche Deutungshoheit, Paternalismus und Machtgebaren, Eitelkeit, Feigheit, echte Sorge, bei manchen sicherlich auch die Angst vor der Courage anderer oder die Sorge, Zuwendungen gestrichen zu bekommen und den Job zu verlieren. Das führte bei manchem zum Rückgriff auf Methoden, die man historisch eigentlich nur bei Kirchen oder totalitären, stalinistisch geprägten Systemen beobachten konnte: im Sinne der Rettung der eigenen Weltdeutung oder Botschaft wurde versucht, die Aussagen des Statements unter Verschluss zu halten. Solange wie möglich: ver-

schweigen. Wenn immer möglich: die Ergebnisse nicht auf der Vereinshomepage veröffentlichen, keine wohlwollenden oder bestätigenden Berichte von Konferenzen oder Arbeitstreffen veröffentlichen: Schweigen und Denkverbote.

Ein bisschen erinnert der Umgang mit EKAF auch an die Kämpfe, die in den vergangenen Jahren um das Thema der PrEP (Präexpositionsprophylaxe) ausgetragen wurden.

Glücklicherweise leben wir nach wie vor in einer Zeit, die Pressefreiheit wertschätzt. Was gut und überzeugend ist, setzt sich durch.

Noch einmal Dank an den Mut der Schweizer!

*Quellen:*

<http://infekt.ch/2016/01/swiss-statement-8-jahre-spaeter/>  
<http://www.smw.ch/content/smw-2016-14246/>  
[http://www.bag.admin.ch/hiv\\_aids/05464/12494/12821/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/12494/12821/index.html?lang=de)

*Peter Wiessner*

---

## Therapie nur 4 Tage pro Woche: Nah am Abgrund?

---

Als Ende der 1990er Jahre das Konzept der Therapiepausen aufkam, war es aus der Not geboren. Die damaligen HIV-Medikamente verursachten eine Menge Nebenwirkungen und man dachte, man trüge zur „Erholung“ des Körpers bei, wenn man einige Zeit die Pillen weglassen würde. Seit den Ergebnissen der SMART-Studie wissen wir, dass das zu kurz gedacht war. Leider verursacht die Vermehrung des Virus deutlich mehr Schäden im Körper als die Medikamente.

Dennoch besteht immer noch der Wunsch, wenigstens eine Zeit lang ohne Medikamente auszukommen. Von Seiten der Patienten eher aus psychologischen Gründen, von Ärzteseite eher um Kosten einzusparen. Nun hat eine französische Arbeitsgruppe untersucht, ob man nicht pro Woche nur 4 Tage oder weniger behandeln könnte – mit überraschenden Ergebnissen.

**ACHTUNG: Diese Daten stammen von einer kleinen Gruppe Patienten, die Pillenkombinationen mit ganz bestimmten Merkmalen erhielten. Keinesfalls sollte man eine „Intervalltherapie“ auf ei-**

**gene Faust durchführen! Zu groß ist die Gefahr, dass man Resistenzen züchtet und sich Therapieoptionen für die Zukunft zerstört!**

94 Patienten, die auf einer stabilen HIV-Therapie waren und seit mehr als 5 Monaten eine Viruslast unter der Nachweisgrenze (50 Kopien/ml) hatten, wurde eine Intervalltherapie angeboten, bei der sie die Medikamente nur an 4 oder weniger aufeinander folgenden Tagen der Woche einnahmen.

Leider geht aus der Studie nicht genau hervor, wie viele Patienten nach welchem Schema behandelt wurden, aber es gab Behandlungsarme mit 4, 3, und 2 Einnahmen pro Woche und sogar mit nur einer einzigen Einnahme.

Die Patienten waren zum großen Teil „alte Hasen“ mit einer durchschnittlichen Infektionsdauer von 17 Jahren; 59 hatten schon einmal ein Aids-definierendes Ereignis gehabt, 55 hatten einen niedrigsten CD4-Wert („Nadir“) von unter 200/μl, 26 sogar unter 100/μl. Die Viruslast vor Therapie hatte bei 75 Patienten über 100.000 Kopien/ml gelegen.

Nach einer medianen Therapiedauer von 2,7 Jahren gab es in der „4-Tage-Gruppe“ bisher kein einziges Therapieversagen!

Die Behandlung bestand aus mehr oder weniger üblichen Standardkombinationen aus 3 bis 4 HIV-Medikamenten. Die Hälfte der Patienten erhielt eine Kombination mit einem geboosteten Proteasehemmer, 36% eine Kombination mit Efavirenz (Sustiva® und in Atripla® enthalten), der Rest erhielt Kombinationen mit anderen NNRTI oder dem Integrasehemmer Raltegravir (Isentress®).

Da die Patienten zwischen den verschiedenen Behandlungsarmen wechseln konnten, ist nicht klar, wie viele Therapieversagen abhängig von der Zahl der Behandlungstage pro Woche wirklich auftraten. Jedenfalls traten Therapieversagen in den Gruppen auf, die nur 3, 2 oder 1 Tag pro Woche Medikamente einnahmen (je nach Gruppe zwischen 2 und 84 Versagen pro 100 Behandlungsjahre).

Allerdings gab es in einigen Fällen plausible Gründe für dieses Versagen:

- es waren Resistenzen aus früheren Behandlungen nicht berücksichtigt worden
- Patienten nahmen aus Versehen nur die Hälfte der verordneten Dosis.

Nur in wenigen Fällen konnte ein spontanes Therapieversagen ohne ersichtliche Gründe beobachtet werden.

Alle Fälle, bei denen ein Wiederanstieg der Viruslast beobachtet wurde, erhielten für 6 Monate ein Drei- oder Vierfachkombination an allen 7 Tagen der Woche. Danach wurden sie wieder – meist erfolgreich – auf ein Intervallschema mit 5, 4, 3, 2 oder 1 Einnahmetagen pro Woche umgesetzt.

Da aus der SMART-Studie bekannt war, dass die schädlichen Folgen der Therapiepausen vor allem auf eine aufflammende Entzündungsreaktion und eine Aktivierung des Immunsystems zurückzuführen sind, fanden die Aktivierungsmarker im Blut besondere Beachtung. Überraschenderweise gingen auch die Aktivierungsmarker bei den Patienten mit Intervalltherapie zurück.

Die Autoren betonen, dass ihr Konzept nur in den Fällen funktionierte, bei denen die Patienten mindestens 3 voll wirksame Medikamente erhielten. Patienten, bei denen auf Grund von vorbestehenden Resistenzen weniger als 3 Medikamente voll wirksam waren, hatten ein deutlich erhöhtes Risiko für eine messbare Virusvermehrung.

Da unter der „4-Tage-Therapie“ bisher kein Versagen beobachtet wurde, sind die Forscher hinsichtlich dieser Variante zuversichtlich. Wegen der erhöhten Versagensrate bei 1- und 2-tägiger Einnahme wurden die Patienten angewiesen, die Tabletten wenigstens an 3 aufeinander folgenden Tagen pro Woche einzunehmen. Daten einer längeren Nachbeobachtung dieser Gruppe stehen noch aus.

Auch zu Bedenken hinsichtlich eines möglichen Anstiegs der Viruslast in anderen Körperflüssigkeiten und damit auch einer zunehmenden Infektiosität gibt es erste Ergebnisse: 6 serodifferente Paare, bei denen der positive Partner eine Intervall-Therapie von 4 Tagen pro Woche oder weniger erhielt, bekamen 10 HIV-negative Babys und auch die jeweiligen Partner blieben HIV-negativ.

Obwohl das Konzept verlockend klingt und mindestens 40% Behandlungskosten einsparen könnte, bleiben noch Fragen offen. Noch ist nicht klar, ob mit einer Behandlung an nur 4 Tagen pro Woche oder weniger wirklich alle relevanten Orte der Virusvermehrung erreicht werden. Gerade im Gehirn oder auch in lymphatischen Organen kommt schon bei einer durchgehenden Behandlung oft nicht genügend Wirkstoff

an, um die Vermehrung von HIV vollständig zu unterbinden.

Wir wissen einfach noch zu wenig, ob es nicht zu einer geringfügigen (nicht messbaren) Vermehrung von HIV mit schädlichen Folgen kommt. Denkbar wäre auch, dass Resistenzen zwar langsam aber stetig entstehen und die Folgen erst nach mehreren Jahren auftreten. Es sieht aber so aus, als wäre eine sorgfältige Einnahme an 4 aufeinander folgenden Tagen pro Woche etwas ganz anderes als „wilde Therapieuntreue“, d.h. ein regelloses Auslassen von Pillen.

Das Konzept ist es wert, weiter verfolgt und untersucht zu werden. Sollte es wirklich funktionieren, könnte man HIV-Infizierten einen großen Teil der Medikamente ersparen und vor allen in ressourcen-armen Ländern deutlich mehr Menschen behandeln.

Noch einmal die eindringliche Warnung: Auf keinen Fall sollte man dieses hochemperimentelle Konzept auf eigene Faust und ohne Wissen der Arztes ausprobieren! Zu groß sind zum jetzigen Zeitpunkt noch die Unwägbarkeiten und Risiken! Schließlich nennt sich die Studie „ICCARRE“ – und auch Ikarus stürzte bekanntlich ab, weil er die Risiken ignorierte.

*Quelle:*

*Leibowitch J et al.: „Four days a week or less on appropriate anti-HIV drug combinations provided long-term optimal maintenance in 94 patients: the ICCARRE project“, June 2015, The FASEB Journal, vol. 29 no. 6, pp 2223-2234*

*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**

## Schwuler und Positiver Stolz als Gegenentwurf zur Scham

### Der Kampf um ein Leben in Würde

Schwulsein ist immer verknüpft mit Scham. Schon früh erkennt das schwule Kind, dass es anders ist als es seine Eltern wollen und schämt sich dafür. Bei Positiven wiederholt sich der Prozess: Sie schämen sich ihrer HIV-Infektion. Doch warum ist das so? Hier der Versuch einer (nicht ganz einfachen) Antwort:

Die Würde des Menschen ist unantastbar – so steht es im Deutschen Grundgesetz. Der Staat sieht es per Gesetz vor, unsere Würde zu schützen, uns Demütigung, Diskriminierung und Ausgrenzung zu ersparen. Doch es trägt die Gesellschaft den Staat, nicht der Staat die Gesellschaft. Und es ist zweifelhaft, ob die hehren Ziele des Staates von unserer Gesellschaft konsequent mitgetragen werden.

In der Hochaufklärung findet eine Zweiteilung der Welt in das Gute und das Böse statt. Dabei wird Gott zunehmend mit dem rein Guten konnotiert und der Mensch mit allem Bösen. Zurückzuführen ist dies sicherlich auf die Erbschuld des Menschen. Damit einher geht die Entwicklung, dass Gott als Schöpfer-Gott Bedeutung verliert und „nur noch“ Garant für das Bestehen der naturgesetzlichen Ordnung und deren Funktionieren ist. Gott ist jetzt vernünftiger Urheber der Schöpfung. Um sich vom Bösen zu befreien, beginnt der Mensch der Hochaufklärung, dem Kant Vernunftbegabung zuspricht, sich „richtig“ zu verhalten. Was „richtig“ und „falsch“ ist, definieren weltliche Instanzen und die Gesellschaft selbst. Verhalten wird konventionalisiert und normiert und in moralisch einwandfrei oder verwerflich kategorisiert. Vorreiter dieses Prozesses ist der aufkommende Pietismus, der im weltlichen Reichtum das Wohlwollen Gottes zu sehen glaubt und der die neue Leitungsgesellschaft eng verknüpft mit Religiosität. Wo vormals Traditionen und Schicksalsglaube das Leben bestimmt haben, gelten jetzt Normen und Konventionen, die besagen: „Das macht man halt so, weil es richtig ist.“, um das gesellschaftliche Leben neu zu strukturieren. Die Handlungen des Einzelnen erhalten dadurch ganz neues Gewicht, denn zum ersten Mal trägt er auch die moralischen Konsequenzen seines Tuns. Gott als Grund und Argument hat ausgedient. Diese neue Struktur ist

insofern relevant, da sich durch die Ideen der Aufklärung das Individuum vom Kollektiv löst und sich zwar gegenüber Gott als Schicksalsinstanz emanzipiert, ohne weltstrukturierende Größe aber orientierungslos bleibe. Umso wichtiger sind dem „neuen“ Menschen konventionalisierte, moralische Kategorien wie „richtig“ und „falsch“. Sie sind eindeutig und unmissverständlich. Durch den nach wie vor deutlichen Einfluss der Kirche, ist die Idee der Erbsünde immer noch präsent. Doch der aufgeklärte Mensch hat jetzt die Fähigkeit durch seine „richtigen“ Handlungen Buße zu tun. Das konsequente Handeln nach neuen gesellschaftlich-moralischen Normen, macht den Menschen nämlich zum unschuldigen Bürger: Er verhält sich „richtig“. Wer sich „falsch“ verhält macht sich schuldig vor Gott und der Gesellschaft.

Die Menschen ziehen sich ins Private der Familie zurück. Ein Raum, in dem das Fragwürdige noch besprochen werden kann und von der Gesellschaft abgeschottet bleibt. Das Gesicht soll gewahrt werden, vor dem Rest der Welt. Man entzieht sich dem moralischen Urteil, das den Verurteilten und die Seinen vor aller Welt beschämen würde. Scham wird zum wesentlichen Regulator von gesellschaftlichen Verflechtungen. Die öffentliche Beschämung, die Demütigung durch die Bloßstellung eines charakterlichen Unvermögens, das Ausdruck findet im unmoralischen Tun, muss um jeden Preis vermieden werden. Schuldig zu sein, muss um jeden Preis vermieden werden. **Dieser Preis ist bis heute oft die Verleugnung der eigenen Identität.** Dabei ist Scham kein eigenes Gefühl, das sich einfach so aus einem Menschen heraus entwickelt. Scham- und Schuldgefühle existieren nur in Relation mit Beschämung, Anklage und moralischer Verurteilung.

Mechanismen der Scham und des Sich-schuldig-fühlens, auch bekannt als „das Schlechte Gewissen“, machen uns noch heute in unserer persönlichen Entfaltung unfrei, weil wir die Ahnung in uns tragen, dass wir uns für unsere Gefühle und Empfindungen vor anderen verantworten und rechtfertigen müssen. Wir wittern die Anklage. Das sind nach wie vor die Ketten, die uns in unserer eigenen Unmündigkeit gefangen halten. Konventionen, deren Ursprung und Sinnhaftigkeit oft über die Jahre unsichtbar wurden, werden von der Gesellschaft undifferenziert zur Norm, zur Normalität gekrönt. Jeder, der ihnen nicht gerecht wird, setzt sich dem moralischen Urteil der anderen aus. Ihre Blicke, ihre Meinung über uns ist es, was uns beschämt und uns schuldig fühlen lässt. Die Erwartung von Scham und Schuld, bzw. die Vermeidung davon, bestimmen uns in unserem Verhalten

und unserem Auftreten in der Öffentlichkeit. Derjenige, der die Konventionen beachtet und stärker ist als Eva, ist den Zweifelhafte moralisch überlegen, wird von der Gesellschaft mit offenen Armen empfangen und findet Unterstützung. Dabei spielt es keine Rolle, dass die Regeln einfach hingenommen werden, ohne sie auf ihren Gehalt zu prüfen. Konventionen und Normen behalten ihre Gültigkeit solange, bis sie von der Gesellschaft selbst kategorisch in Frage gestellt werden und sich durch Reflexionsprozesse wandeln. Man könnte vielleicht sagen, dass gesellschaftlicher Wandel der Wandel gesellschaftlicher Konventionen ist. Die Regeln, nach denen die Gesellschaft geordnet ist, ändern sich und legen neue Handlungsoptionen offen, deren „richtig“ und „falsch“ die Gesamtheit der Bevölkerung in schleppenden Prozessen mit sich selbst aushandeln muss.

Warum halten wir so verzweifelt an den bestehenden Normen fest? Weil sie bequem sind! Jahrhunderte lang sind unsere Konventionen gewachsen und haben sich verfestigt. Wir erkennen sie als sinnvoll an, ohne sie jemals wirklich zu hinterfragen. Sie sind gültig als kristallisiertes kulturelles Wissen und bedürfen vorerst keiner Prüfung. Erst dann, wenn die Konvention sich einschränkend auswirkt auf unseren wachsenden Anspruch auf Individualität und Freizügigkeit unserer selbsterschaffenen Identitäten, dann schaut man hinter die Kulissen der bestehenden Welt. Für die meisten Menschen sind und bleiben gesellschaftliche Normen aber leicht zu adaptierende Installationen, weil sie unsere Existenz vereinfachen. Sie geben eine Richtung vor. Sie suggerieren uns, wie ein Mann zu sein hat, wie seine Rolle in der Gesellschaft aussieht. In welcher Relation die Geschlechter zueinander stehen. Sie bieten einfache Lösungen für relationale Fragen. Denn was „Mann“ und „Frau“ sind, kann nur über ihre Differenz verstanden werden. Kurz: **Konventionen regulieren uns und haben Macht über uns.** Sie laden ein, in der selbst verschuldeten Unmündigkeit hocken zu bleiben. Sie begleiten uns bis ins Intimste. Sie greifen in unser Sexualverhalten ein. Und erst seit dem Aufkommen der Sexualwissenschaften durch Magnus Hirschfeld, verlieren sie ihre Definitionsmacht über unser Geschlecht. Wer nämlich Konventionen in Frage stellt, der stellt auch Rollenmuster in Frage. Muster, die uns zeigen, wer wir sind, welche soziale Position wir innehaben. **An Konventionen sind konservative Identitäten geknüpft.** Bröckelt die Konvention, wird das Leitbild destabilisiert. Dahinter liegt Orientierungslosigkeit und Angst. Zum ersten Mal müsste man sich mit der Frage nach der eigenen Identität befassen; der Frage:

„Wer bin ich eigentlich jenseits mir vorgegebener Kategorien?“ Eine ganze Weltordnung gerät durch die Existenz des sichtbaren Homosexuellen ins Wanken, weil er durch sein Sein die altbekannten Rollen unschärfer werden lässt. Die homosexuelle Alternative ist dann Angst- und Feindbild. Die innere Stabilität kann nur erneuert werden, indem geahndet wird, dass die Kategorien „richtig“ und „falsch“ vermischt wurden. Dieselben Kategorien müssen wieder scharf nachgezeichnet werden, indem das Falsche definiert und vernichtet wird.

Das Abweichen von genormtem Geschlecht und Sexualität wird von der Gesellschaft auf verschiedene Weisen geahndet: mit Aggression bis hin zur körperlichen Gewalt, Ausgrenzung, Diskriminierung und so weiter. Alle Mechanismen haben Demütigung zum Ziel. Da werden Aggressionen verinnerlicht und wachsen zum Selbststigma heran. Autophobe Haltungen werden auf Dritte projiziert. Individuen die der Verbrechen gegen die Schöpfungsordnung beschuldigt werden, werden Mördern gleichgesetzt, für die es nur Mitleid gibt, wenn sie vor Reue winseln. Von Familie und Freundeskreis wird der psychische Druck erhöht wird, denn „was könnten die Nachbarn denken“. Mit sexistischen Parolen auf dem Schulhof wird die Gleichwertigkeit von Geschlechtsgegnossen in Frage gestellt. Die „Weiblichkeit“ der Schwulen, die Art des Anders-Liebens wird der Lächerlichkeit Preis gegeben.

Derjenige, der anders liebt, fühlt, lebt, geboren wurde, als die Gesellschaft für ihn vorsieht, wird gedemütigt, angeprangert, er wird beschuldigt und verurteilt einen schwachen, unmoralischen, also unvollkommenen Charakter voller Makel zu haben. Für diesen Makel versinkt er voll Scham im Boden. Über sein eigenes Unvermögen ist er entsetzt. Was die anderen sagen, muss stimmen. Zurecht, so glaubt er schließlich, treten sie ihn. Man raubt ihm damit seine vom Staat im Grundgesetz verankerten Würde.

“Nicht der Homosexuelle ist nicht pervers, sondern die Situation, in der er lebt” (R.v. Praunheim).

Das sind Umstände, die von uns getragen werden, die wir wahren und schützen, wenn wir uns als Masse nicht die Frage stellen, was uns die Norm bringt, an der wir uns messen, und die Spielregeln unserer Gemeinschaft behutsam ändern. Der Staat ist nichts ohne seine Bürger, die verinnerlichen, was ihnen zusteht – Menschenwürde, Freiheit und Gleichheit – und diese Güter mit aller ihnen zur Verfügung stehenden Macht verteidigen. **Wir haben die Macht unserer Sprache,**

**mit der wir uns bereits erfolgreich gegen die Sprache der Schande, der Demütigung, der Entwürdigung erhoben haben.**

Sich als Schwuler in dieser Gesellschaft zu behaupten und nicht unterdrücken zu lassen, war vor allem in der Mitte des letzten Jahrhunderts sicherlich noch eine erstaunliche Leistung. Damals hat sich der Begriff „Gay Pride“ etabliert. Allerdings ist es unsinnig stolz auf etwas zu sein, für das man nichts kann. Stolz zu sein auf sein Aussehen, auf seine reiche Geburt, auf einen angeborenen Zustand das nennen wir Hochmut, Arroganz und vielleicht in manchen Fällen Dummheit. Stolz sein darauf, dass man Deutscher ist, beüben wir mit Skepsis. Der Stolz bezieht sich hier nicht auf den Zustand des Schwulseins, sondern muss als Gegenentwurf zur „Scham“ verstanden werden, die sich aus der Demütigung einer Person aufgrund ihres Schwulseins ableitet. Scham wird durch die Zwänge der Gesellschaft zum Selbstzwang und tritt reflexartig hervor, wenn wir damit konfrontiert werden, dass wir auf irgendeine Weise „falsch“ sind, weil schwul zu sein per se schon „falsch“ ist. Es wird aber gar nicht so sehr die unmoralische Handlung angeprangert, sondern der Umstand, dass es eine schwule Handlung sei. Schwul schon deshalb, weil der Handelnde schwul ist. Der Kuss unter Männern in der Öffentlichkeit wird nicht aufgrund des Küssens als unpassend wahrgenommen, sondern der Umstand, dass es sich um einen schwulen Kuss handelt. Jede Kritik zielt also auf den Umstand des Schwulseins ab, weil Homosexualität a priori schon „falsch“ ist. Ebenso wenig wie Stolz bezogen werden kann auf etwas, das man selbst nicht verursacht hat, ebenso wenig kann eine Moralkritik daran vollzogen werden – und letzten Endes geht es um eine moralische Bewertung von Existenz mit dem Urteil, dass Homosexualität unmoralisch ist, weil sie nicht den Normen entspricht. Es ist insofern nachvollziehbar, dass „Gay Pride“ wirkliches Gegengewicht zur Scham hat. **Am „Pride“ wird die schwule Scham ad absurdum geführt.**

Heute ist der „Gay Pride“ längst kein Signal mehr für den gesellschaftlichen Kampf um Akzeptanz und Integration. Viel zu groß sind die Fortschritte und die Toleranz in der Gesellschaft, als dass wir uns noch wirklich in Acht nehmen müssten. Aber ich möchte erinnern, welches Aufbegehren durch konservative Schichten Deutschlands ging, als die Debatte darum begann, schwule Paare als Ehepartner anzuerkennen. Die Ehe ist eine der letzten Einrichtungen, die noch eindeutige Rollen vermittelt. An der Ehe entwickelt

das Brautpaar seine Identität als heterosexuelles Paar, das eine Familie gründet. Auch diese Identität wird vager durch die Öffnung der Ehe.

An anderer Stelle, entwickelt „Pride“ dagegen heute neues Potential. Die Partyreihe „Biohazardmen“, zu der nur HIV-positive Männer Eintritt erhalten, hat ein Logo entworfen, das das Biohazardzeichen, ein Zeichen für biologischen Gefahrenstoff, im O von „Proud“ führt: „Positive Pride“ sozusagen. Das ist natürlich hochgradig provokant. Einerseits weil sie von sich behaupten, gefährlich zu sein. Und andererseits ist sicherlich niemand darauf stolz, sich mit dem HIV-Virus infiziert zu haben. Doch diese Provokation ist wichtig, um die Gesellschaft auf sich aufmerksam zu machen, sie zum Denken anzuregen. Die Provokation konterkariert die inhaltlichen Übergriffigkeiten der Gesellschaft. Denn gerade bei



HIV/Aids ist die Problematik um Schuld, Scham und moralisches Urteil heute mindestens so brisant wie in Zeiten des Gay Right Movements. Damals hat Aids der Menschheit wieder ein Stück sexuelle Freiheit abgeluchst, die wir seither nicht wieder zurückgewonnen haben. Die Angst vor Aids, die ohnmächtige Todesfurcht, ist heute noch spürbar. Den Sexualtrieb in den 1980ern und 90ern freizügig zu leben, war potenziell tödlich. Lediglich eine kleine Gruppe von schwulen Männern entschied sich damals für ein eingeschränktes Sexleben und gegen die Angst vor Aids und dem Tod. Für sie wurde Bareback zur Lebensphilosophie. Wenn wir heute also von Bareback sprechen, meinen wir in den meisten Fällen lediglich Sex ohne Kondom. Heute hat das nichts mehr zu tun mit der Bewusstwerdung einer Lebensgefahr und der Entscheidung für Freizügigkeit.

Sex ohne Einschränkungen hieß für diese Männer nicht nur auf Verzicht verzichten, sondern vor allen Dingen auf Kondome. **So gut und notwendig Kondome auch waren, sie hatten verheerende Konsequenzen für die Wahrnehmung von Sexualität in der schwulen Community.** Fälschlicherweise sind die Präventionisten davon ausgegangen, dass mit der Einführung des Kondoms als Schutz vor HIV eine flächendeckende Verhaltensänderung schwuler Männer in ihrer Sexualität einhergehe. Dem ist bis heute nicht so. Das Kondom trennt bis heute den einen Partner vom andern und sei es nur, weil sie wissen, dass es beim Sex vorhanden ist und so eine psychische Barriere bildet, die gerade beim Sex unerwünscht ist, wo es um absolute Nähe und Kontakt geht. Was die „Kondompropaganda“ aber durchaus fertig gebracht



hat, ist, die Gesamtheit der Schwulen in zwei Lager zu spalten. In die guten, verantwortungsvollen, die Gummis „konsequent“ benutzen und jene unverantwortlichen, die darauf immer oder teilweise verzichten. **Schwule Sexualität fiel der Moral zum Opfer.** Sie wurde in „richtige“ – safer sex – und „falsche“, d.h. kondomfreie Sexpraktik gespalten, mit dem Effekt, dass derjenige, der sich mit HIV infiziert (auch heute noch), als der moralisch zweifelhaft Handelnde bewertet wird. Er wird als der Schmutzige angesehen. Er hat einen so schwachen Charakter, dass er in einer leidenschaftlichen Situation seine Vernunft nicht über seinen Trieb stellen konnte. Und so wird potenziell jeder HIV-Positive beschämt, der sich seine Infektion über sexuelle Wege zuzog. „Dieser Mann hat sich nicht im Griff. Er lebt eine schmutzige, rohe, abgründige Sexualität, die lebensgefährlich ist. Er hat immense Charakterschwächen; nimm dich vor dem bloß in Acht. Der bringt dich um.“ Derart sind erste Reaktionen auf Menschen mit HIV bei schlecht informierten Menschen, aber auch oder gerade innerhalb der schwulen Community. Die Infektion des Gegenübers führt die Risiken vor Augen und auch unter Umständen die Konsequenzen des eigenen, nicht ganz so unfehlbaren Verhaltens vor Augen, wie man es von sich selbst doch am meisten erwartet. **Die Reaktion ist Ablehnung und tritt an die Stelle eines differenzierten Diskurses.**

Selbst heute sind wir noch gezwungen über unser Sexualverhalten Rechenschaft abzulegen, höchst intime Details und Vorlieben zu diskutieren, die keiner Diskussion oder Rechtfertigung bedürfen, weil es sich um allzu Menschliches handelt. Wir gehen lediglich unserem eigenen Anspruch, perfekt zu sein auf den Leim.

Wieder laufen wir Gefahr durch Worte unserer Würde beraubt zu werden, wenn auch nur für Sekunden. Wir müssen unseren Geschlechtstrieb vor Fremden rechtfertigen, weil irgendeiner uns fragt, wie blöd man denn sein könne, sich heute noch mit HIV zu infizieren. Wer das alles hinter sich lassen und den Mut aufbringen kann, seine Infektion durch eine Provokation zu kommunizieren, der darf zurecht von sich behaupten, dass er den „positiven Stolz“ in sich trägt, durch den er seine Würde wiedererlangt – durch den er wieder Mensch sein darf.

*Moritz Krehl*

## Medizin & Forschung

### Immer mehr Anekdoten zu Dolutegravir Monotherapie: Jetzt müssen klinische Studien her!

Eine kleine Fallstudie mit Dolutegravir (Tivicay®) Monotherapie bei unvorbehandelten Patienten [1] zeigte ähnliche Ergebnisse wie andere, sehr kleine Studien die letztes Jahr auf der Europäischen Aids-Konferenz präsentiert wurden. [2,3]

In diesen Studien zeigte sich kein Anstieg der Viruslast. Das wäre ein sehr wichtiges Ergebnis, das nun dringend durch randomisierte, kontrollierte Studien bestätigt werden müsste.

Die oben genannte Untersuchung wurde in einen Brief an das „Journal of Aids“ von M. Lanzafame vom Universitätskrankenhaus Verona und Kollegen berichtet. [1]

Sie umfasste rückblickende Ergebnisse von 9 HIV-Positiven (2 Frauen, 7 Männer), die eine Behandlung nur mit Dolutegravir begannen, nachdem sie Nukleosidanaloga „verweigert hatten“. Alle Teilnehmer waren unvorbehandelt mit einer Viruslast vor Therapiebeginn zwischen 16.000 und 90.000 Kopien/ml (also vergleichsweise gering). Es wurden auch keine Resistenzen zu Therapiebeginn nachgewiesen. Das mittlere Alter war 45 (Bereich 36-76 Jahre) und die Zeit seit der HIV-Diagnose war im Mittel 8 Jahre. [4]

Nach 4 Wochen lag die Viruslast bei allen Teilnehmern unter 50 Kopien/ml. Der Test ergab „nicht nachweisbar“ bei 3 Patienten, „weniger als 20 Kopien/ml“ bei weiteren 3 und messbare Viruslasten von 31, 35, und 45 Kopien/ml bei den restlichen drei.

Die letzte gemessene Viruslast nach durchschnittlich 7,3 Monaten Nachbeobachtung (Bereich 6 bis 10 Monate) lag bei allen Teilnehmern unter 20 Kopien/ml („nicht nachweisbar“ bei 7 Patienten und „weniger als 20 Kopien“ bei 2).

Die CD4-Zellzahl stieg bei den Patienten im Schnitt um 152 Zellen/ $\mu$ l an (Bereich +94 bis +284 Zellen/ $\mu$ l).

**Kommentar:**

Die wenigen Details in dieser Studie bedeuten, dass es sich praktisch um eine Sammlung von Fallberichten handelt.

Allerdings sind die Ergebnisse ähnlich der einer anderen kleinen Studie die in 2015 vorgestellt wurde. Derzeit laufen mindestens ein halbes Dutzend unkontrollierte Studien, die die Behandlung mit Dolutegravir Monotherapie [2] oder Dolutegravir und 3TC (Epivir®) untersuchen. [3]

Bedenkt man die mögliche Einspareffekte (an eingenommenen Medikamenten und Kosten, falls es wirklich in der breiten Masse funktioniert!), müssen nun unbedingt Studien mit Kontrollarmen und längerer Nachbeobachtungszeit folgen. Aktuelle Ergebnisse zeigen, dass möglicherweise die HIV-Replikation im lymphatischen Gewebe weitergeht, auch wenn im Blut kein Virus nachweisbar ist. Deshalb sollten Patienten nicht unkontrolliert einem Risiko ausgesetzt werden. Auch wenn die Monotherapie für einige Monate –scheinbar– funktioniert, könnte das Virus während dieser Zeit im Lymphgewebe Resistenzen entwickeln. Eine so wichtige und wirksame Substanz wie Dolutegravir durch Resistenzentwicklung zu verlieren, wäre für eine langfristige Therapiestrategie ein enormer Nachteil.

Auch die ACTG-Studie zur Dualtherapie (Dolutegravir+3TC) [5], die derzeit Patienten rekrutiert, hat keine Kontrollgruppe. Es könnte also Jahre dauern, bis wir die Ergebnisse einer entsprechend ausgelegten Studie haben, die uns zeigt, ob diese Strategie tatsächlich funktioniert oder ob sie nicht vielleicht doch ein erhebliches Risiko für die Patienten darstellt.

**Quellen:**

1. Massimiliano L et al. *Dolutegravir monotherapy in HIV-infected naive patients with <100,000 copies/mL HIV-RNA viral load. Letter to the editor: JAIDS, 08 January 2016, Publish Ahead of Print. doi: 10.1097/QAI.0000000000000931. <http://journals.lww.com/jaids/toc/9000/00000>*
2. Collins S. *Remarkable results with dolutegravir monotherapy. HTB November/December 2015. <http://i-base.info/htb/29154>*
3. Collins S. *First-line ART with dolutegravir plus 3TC: 24-week early results. HTB November/December 2015. <http://i-base.info/htb/29212>*
4. *Personal communication.*
5. *Dolutegravir plus lamivudine dual therapy in treatment naïve HIV-1 patients. (not yet recruiting). clinicaltrials.gov.*

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02582684>

6. Collins S.: „Further results using dolutegravir monotherapy: urgent need for controlled studies“, [www.eatg.org](http://www.eatg.org) 22.01.2016

S. Schwarze

---

## Einschränkung der Leber- und Nierenfunktion durch HIV-Therapie?

---

Der Nutzen einer HIV-Therapie ist seit vielen Jahren klar belegt. Unklar sind aber bis heute die Folgen einer HIV-Therapie, wenn sie über viele Jahre hinweg eingenommen wird. Solche Daten lassen sich im Rahmen von klinischen Studien, die meist maximal ein Jahr dauern, kaum sammeln. Besser eignen sich dazu Kohorten-Studien, in denen große Patientenzahlen über viele Jahre dokumentiert werden können. Aus einer der größten HIV-Kohorten, der D:A:D-Studie, kommen nun Daten zu möglichen Langzeitfolgen der HIV-Therapie.

**Niere**

Von den Patienten, die an der D:A:D-Kohorte teilnehmen, wurden 23.905 ausgewählt, die zu diesem Zeitpunkt eine normale Nierenfunktion hatten. Hierzu wurde die Menge einer Substanz (Kreatinin) im Blut bestimmt, die vollständig über die Nieren ausgeschieden wird. Je höher die gefundene Menge im Blut, desto geringer die Filterleistung der Niere. Mit einer Formel lässt sich aus dem Kreatinin-Wert näherungsweise die Filterleistung in Milliliter pro Minute bestimmen (auch bezeichnet als „errechnete Glomeruläre Filtrations-Rate“, eGFR). Als normale Nierenfunktion gilt eine Filterleistung von mehr als 90 ml/min.

Die Nachbeobachtungszeit der Patienten betrug bis zu 6 Jahren. Dabei fand man bei Patienten, die Tenofovir-DF (Viread® und in Truvada®, Atripla®, Eviplera® und Stribild® enthalten), Atazanavir (Reyataz®) geboostet mit Ritonavir (Norvir®) oder Lopinavir/Ritonavir (Kaletra®) erhielten, ein leicht erhöhtes Risiko für eine Abnahme der Nierenfunktion über die Jahre.

Allerdings betraf diese Abnahme der Nierenleistung lediglich 285 der 23.905 Patienten, also gerade etwas

mehr als 1 Prozent. Aber bei diesen wurde die Nierenfunktion von Jahr zu Jahr schlechter. Das Risiko, eine chronische Nierenerkrankung zu entwickeln (definiert als eine eGFR von weniger als 60 ml/min) war unter

Tenofovir-DF: 1,94-fach erhöht  
 Atazanvir/r: 2,44-fach erhöht  
 Lopinavir/r: 1,66-fach erhöht.

Unter anderen geboosteten Proteasehemmern wurde entweder kein erhöhtes Risiko gesehen oder, bei Darunavir (Prezista®) und Tipranavir (Aptivus®) war die Zahl der Behandelten zu gering um sinnvolle Schlussfolgerungen zu ziehen. Auch für neuere Medikamente, wie die NNRTI Rilpivirin (Edurant®) und Etravirin (Intelence®) sowie die Integrasehemmer lagen nicht genügend Daten vor. Von dem neuen Vorstufe von Tenofovir, dem Tenofovir-Alafenamid (TAF) erwartet man sich auch eine bessere Nierenverträglichkeit, doch auch dies muss erst in langjährigen Studien beobachtet werden.

Die Autoren betonen, dass sich niemand von diesen Befunden abschrecken lassen sollte, diese Substanzen einzusetzen. Wenn es aber unter einer Behandlung zur deutlichen Verschlechterung der Nierenfunktion kommt, sollte über einen Therapiewechsel nachgedacht werden, da die Veränderungen über die Zeit stärker werden.

*Quelle: Mocroft A. et al.: „Cumulative and current exposure to potentially nephrotoxic antiretrovirals and development of chronic kidney disease in HIV-positive individuals with a normal baseline estimated glomerular filtration rate: a prospective international cohort study“, Lancet, [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00211-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00211-8)*

## Leber

Ebenfalls aus der D:A:D-Studie kommen Daten zur Auswirkung der Medikamente auf die Leber. Dazu wurden die Daten von etwa 45.000 Patienten ausgewertet, die zwischen 2004 und 2014 eine HIV-Therapie erhielten. Die mittlere Beobachtungsdauer betrug 8,4 Jahre. Dabei kam es bei 319 Patienten zu einer Lebererkrankung im Endstadium. Dies entspricht einer insgesamt geringen Häufigkeit von 1,01 Erkrankungen pro 100 Patient Jahren.

Wie erwartet, fand man ein höheres Risiko für Patienten, die „d-Drugs“ (ddI = Didanosin = Videx® und d4T = Stavudin = Zerit®) erhalten hatten. Unerwartet war, dass auch der Proteasehemmer Fosamprenavir (Telzir®) und das häufig eingesetzte

Tenofovir-DF (Viread® und in Truvada®, Atripla®, Eviplera® und Stribild® enthalten).

Die Risikoerhöhung bei 5-jähriger Einnahme der genannten Substanzen betrug:

Didanosin (Videx®):	32%
Stavudin (Zerit®):	46%
Fosamprenavir (Telzir®):	47%
Tenofovir-DF (Viread®):	46%

Weitaus die meisten Patienten mit einer Lebererkrankung im Endstadium hatten eine chronische Hepatitis-B oder C-Infektion (72% bzw 40%). Bei Patienten ohne Ko-Infektion war eine Lebererkrankung sehr selten (0,19 pro 1.000 Patient Jahren).

Die Prognose der Patienten mit einer Lebererkrankung im Endstadium war schlecht. Drei Viertel der Patienten starben; die mittlere Überlebenszeit nach der Diagnose betrug etwa 3 Monate.

Bei Patienten, die eine chronische Hepatitis haben, könnten diese Ergebnisse die Zusammensetzung der Kombinationstherapie beeinflussen. Allerdings wird Tenofovir-DF auch zur Behandlung der chronischen Hepatitis B eingesetzt. Hier muss der Arzt Nutzen und mögliches Risiko abwägen.

Für Patienten ohne chronische Lebererkrankung ist das Risiko einer schwerwiegenden Lebererkrankung durch die HIV-Medikamente so gering, dass es im Alltag wohl vernachlässigbar ist.

Dennoch sollte bei allen Patienten die Leberfunktion regelmäßig überprüft werden.

*Quelle: Ryom L. et al.: „Use of antiretroviral therapy and risk of end-stage liver disease and hepatocellular carcinoma in HIV-positive persons“, AIDS, online edition DOI: 10.1097/QAD.0000000000001018*

S. Schwarze

---

## In aller Kürze: cMTA - PRO140 - URMC-099 - Zepatier™ - PrEP - Richtigstellung

---

### „Common Material Transfer Agreement“ (cMTA) soll die Suche nach einer Heilung für die HIV-Infektion beschleunigen

Die Internationale Aids-Gesellschaft (IAS) hat bekannt gegeben, dass sich fünf führende Pharma-Hersteller (ViiV Healthcare, Gilead, Bristol-Myers Squibb (BMS), Johnson & Johnson, und MSD) auf ein Abkommen geeinigt haben, das es Forschern in Zukunft erleichtern soll, an bereits zugelassene Substanzen zu gelangen um mit Ihnen Studien zum Thema „Heilung“ zu machen. In der Vergangenheit hatte es immer wieder Verzögerungen gegeben, weil einzelne Firmen z.B. die Erträge von Krebsmedikamenten nicht gefährden wollten und deshalb Studien bei HIV-Infizierten verhinderten.

*Quelle: Pressemitteilung IAS*

### Kommt PRO 140 doch noch?

PRO 140 ist ein Antikörper, der an den CCR5-Rezeptor bindet, d.h. der Wirkmechanismus ist ähnlich wie bei Maraviroc (Celsentri®). Die Entwicklung läuft schon seit vielen Jahren; Ergebnisse einer Phase-I-Studie wurden schon 2007 berichtet. Inzwischen hat die Substanz den Hersteller gewechselt und der neue Eigentümer CytoDyn überschlägt sich mit positiven Pressemitteilungen. Zwar ist die antivirale Wirkung der Substanz eher mäßig (mittlere Senkung der Viruslast um 1,83 log, maximal 2,5 log), doch dafür bindet sie für mehr als 60 Tage an den CCR5-Rezeptor, was eine wöchentliche Dosierung (evtl. auch nur alle zwei Wochen) ermöglichen würde. Nachteilig ist, dass PRO140 als subkutane Infusion verabreicht werden muss, was die Patienten wohl eher abschrecken dürfte. Man wird weitere Studien abwarten müssen, um das Potenzial dieser Substanz endgültig beurteilen zu können. Inzwischen hat CytoDyn in den USA die Zulassung für PRO140 beantragt.

*Quelle: Pressemitteilung CytoDyn*

### Experimentelle Kombination überrascht mit guter Wirksamkeit

Die Substanz URMC-099, die eigentlich zum Schutz von Nervengewebe und Gehirn vor Entzündungen entwickelt wurde, zeigte im Mausmodell eine uner-

wartete Synergie mit einem nano-formulierten HIV-Proteasehemmer. Die Nano-Formulierung wurde gewählt, damit der verwendete Proteasehemmer (hier Atazanavir, geboostet mit Ritonavir), besser ins Nervengewebe vordringt. Durch die Kombination mit URMC-099 bildeten sich scheinbar antiviral wirksame Depots in den Nervenzellen, die deutlich länger wirkten, als der Proteasehemmer alleine. Nun soll untersucht werden, ob sich diese verbesserte Wirksamkeit auch beim Menschen zeigen lässt. Damit wären möglicherweise Langzeitformulierungen auch mit Proteasehemmern möglich.

*Quelle: Zhang G et al.: „The mixed lineage kinase-3 inhibitor URMC-099 improves therapeutic outcomes for long-acting antiretroviral therapy.“, Nanomedicine. 2016 Jan;12(1):109-22*

### Hepatitis C-Medikament Zepatier™ in den USA zugelassen

MSD hat in den USA die Zulassung für das Kombinationsmedikament Zepatier™ (Grazoprevir + Elbasvir) für die Genotypen 1 und 4 erhalten. Mit Kosten von 54.600 US\$ für eine 12-wöchige Behandlung ist das Präparat deutlich „günstiger“ als die Präparate der Mitbewerber. Vielleicht kommt damit ein Preiswettbewerb zu Gunsten der Patienten in Gang.

*Quelle: Pressemitteilung Merck&Co. (in Deutschland MSD)*

### PrEP – bald in ganz Europa?

Anfang Februar gab Gilead, der Hersteller von Truvada®, bekannt, dass die Europäische Zulassungsbehörde EMA den Antrag auf eine Zulassungserweiterung für Truvada® zur Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP = vorbeugende Einnahme zur Verhinderung einer HIV-Infektion bei einem Risikokontakt) akzeptiert hat. Falls es keinen weiteren Klärungsbedarf gibt, müsste die Entscheidung der EMA nun innerhalb von 90 Tagen erfolgen.

*Quelle: Pressemitteilung Gilead*

### Richtigstellung: Depotspritzen nicht vor 2019

Im Editorial der voran gegangenen Ausgabe von „Projekt Information“ berichteten wir, dass Depotspritzen zur HIV-Therapie bereits in der klinischen Phase III sind und mit einer Zulassung vielleicht schon 2016 gerechnet werden könnte. Firmenvertreter von ViiV korrigierten uns: Derzeit würden erst Studien der Phase II durchgeführt, daher könne eine Zulassung nicht vor 2019 erwartet werden. Vielen Dank für diese Richtigstellung!

## Grundlegend & Wissenswert

### „Viruslast unter der Nachweisgrenze“

#### – und was, wenn nicht?

„Unter die Nachweisgrenze“ zu kommen – und dort zu bleiben, ist oft ein Hauptanliegen von Menschen mit HIV. Menschen, die eine nicht nachweisbare Viruslast haben (je nach Test bedeutet das weniger als 20-50 Viruskopien pro ml Blut) verbessern damit nicht nur ihre eigenen Gesundheit (durch weniger Entzündung im Körper und ein verringertes Risiko für HIV-bedingte Erkrankungen), sondern sie senken auch das Risiko einer Übertragung von HIV auf andere beim Sex (siehe auch den Artikel „8 Jahre EKAF“ in dieser Ausgabe). Aber brav Pillen schlucken und regelmäßig zum Arzt gehen ist nicht alles. Selbst Menschen, die ihre Tabletten peinlich genau nehmen, können gelegentlich einen „Blip“ (eine vorübergehend nachweisbare Viruslast bis etwa 1.000 Kopien/ml) haben, manche sogar einen Anstieg der Viruslast oder eine dauerhaft niedrige, aber nachweisbare Viruslast.

Das kann Verwirrung und Angst verursachen. Auf einmal ist das psychologische Sicherheitsnetz „nicht nachweisbar“ nicht mehr da. Bin ich jetzt wieder ansteckend für andere? Entwickle ich jetzt AIDS? Versagen meine Medikamente? Diese Fragen, die man lange vergessen hatte, werden auf einmal wieder aktuell.

Doch was bedeutet „Viruslast nicht nachweisbar“ eigentlich? Die heute verwendeten Tests haben unterschiedliche Nachweisgrenzen von 20, 40 oder 50 Viruskopien pro ml Blut. Allen ist gemeinsam, dass sie im unteren Messbereich (also an der Nachweisgrenze) relativ ungenau und fehleranfällig werden. Man muss wissen, dass Werte in diesem Bereich nicht viel mehr aussagen als „ein bisschen was ist da“.

Wenn also gelegentlich Viruslasten im Bereich von 20-100 Kopien/ml auf dem Laborzettel stehen, bei der nächsten Kontrolle aber wieder „nicht nachweisbar“, ist das in der Regel kein Grund zur Beunruhigung.

Diese „Blips“ können tatsächlich auf eine gerade etwas stärkere Vermehrung des Virus hinweisen, können aber auch einfach Laborfehler oder Variationen des Testsystems sein. Eine kürzlich erschienene Untersuchung legt nahe, dass auch bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze möglicherweise die Medikamente nicht gut genug in das lymphatische Gewebe eindringen und dort eine Virusvermehrung in geringem Umfang stattfinden kann. Man nimmt an, dass gelegentlich Viren von dort ins Blut gelangen und messbar werden. Schließlich muss man auch wissen, dass die Tests alle Viren messen, egal ob diese infektiös sind oder nicht. Man geht davon aus, dass etwa 80% der gebildeten Viren wegen der großen Variabilität von HIV so stark verändert sind, dass sie nicht vermehrungsfähig, also nicht infektiös sind. Auch diese Viren werden aber gemessen.

Dauerhaft messbare Viruslasten zwischen 50 und 200 Kopien/ml sind etwas schwerer zu interpretieren. Es könnte sein, dass die Person ihre Tabletten nicht täglich einnimmt aber es gibt durchaus andere Gründe. Genetische Besonderheiten oder auch manche Medikamente (z.B. Johanniskraut) können dazu führen, dass die Leber die verwendeten Medikamente zu schnell abbaut und die Wirkstoffspiegel nicht ausreichend hoch sind. Bei anderen kann es sein, dass die Wirkstoffe vom Magen-Darm-Trakt nicht ausreichend aufgenommen werden. Langfristig gesehen besteht die Gefahr, dass die HI-Viren gegen die eingesetzten Medikamente resistent werden. Dennoch gibt es immer wieder Menschen, die eine dauerhaft niedrige Viruslast haben, ohne dass man den Grund dafür findet aber auch ohne dass sich eine Resistenz entwickelt. Vielleicht spielt auch hier eine Rolle, dass die Vermehrung sich eigentlich im lymphatischen Gewebe abspielt und ständig einige Viren ins Blut gelangen. Dort wird ihre Vermehrung dann sofort gestoppt. Da die Medikamente aber bei diesen Menschen vermutlich so gut wie gar nicht in bestimmte Bereiche des lymphatischen Gewebes gelangen, entwickelt sich auch keine Resistenz. Man vermutet, dass eine starke Vernarbung (Fibrose) des Lymphgewebes für solche Phänomene verantwortlich sein könnte. Wenn Viruslasten über 500-1.000 Kopien/ml auftreten, sollte ein Resistenztest veranlasst werden. Falls eine Resistenz festgestellt wird, sollten die Medikamente entsprechend angepasst werden.

Bei einer dauerhaft niedrigen Viruslast zwischen 50 und 500 Kopien pro ml kann es aber durchaus sinnvoll sein, trotz nachweisbarer Resistenzmutationen die Medikamente beizubehalten. Besonders, wenn

man nur noch wenige Behandlungsoptionen hat oder auf eine belastende Kombination wechseln müsste, kann die „Virusvermehrung auf kleiner Flamme“ manchmal das kleinere Übel sein.

*Quellen:*

- Lorenzo-Redondo R et al.: „Persistent HIV-1 replication maintains the tissue reservoir during therapy“, *Nature* (2016) doi:10.1038/nature16933
- „Undetectable & Low-level HIV Viral Replication“, *betablog.org* Jan 5, 2016

S. Schwarze

## Leben mit HIV

### Aids-bedingte Lungenerkrankung in der Vergangenheit erhöht das Lungenkrebsrisiko

Seit Einführung der HIV-Kombi-Therapie ist die Anzahl Aids-bedingter Erkrankungen, speziell des Kaposi-Sarkoms, der PCP-Lungenentzündung und des Non-Hodgkin-Lymphoms, deutlich zurückgegangen. Gleichzeitig kam es in einigen Kohorten bei Menschen mit HIV vermehrt zu Lungenkrebs und es war lange unklar, ob das darauf zurückzuführen ist, dass HIV-Infizierte mehr rauchen als Durchschnittsbürger.

Deshalb versuchten Forscher, diese Frage anhand von zwei Kohorten zu klären: Die „Women’s Interagency HIV Study“ (WIHS, 2.549 Frauen mit HIV) und die „Multicenter Aids Cohort Study“ (MACS, 4.274 Männer mit HIV). Beide Kohorten haben eine HIV-negative Vergleichsgruppe. In der Auswertung bis September 2012 traten 60 Lungenkrebs-Fälle auf: 46 bei Menschen mit HIV, 14 in der Kontrollgruppe.

Das Durchschnittsalter bei der Lungenkrebs-Diagnose war 52 bei Frauen mit HIV, 51 bei Frauen ohne. Bei Männern lag es bei 50 Jahren (HIV-positiv) bzw. 54 Jahren (HIV-negativ).

Bei Frauen war der Lungenkrebs deutlich häufiger: 151,8 von 100.000 im Vergleich zu Männern mit 50,7 pro 100.000. Bei HIV-Positiven trat der Krebs mit 119 pro 100.000 deutlich häufiger auf als bei HIV-Negativen (45 pro 100.000).

**Alle Fälle von Lungenkrebs in dieser Untersuchung traten bei Rauchern auf!** 31 der 60 Fälle ereigneten sich bei Menschen, die eine Raucher-Historie von mindestens 30 Jahren hatten.

Analysierte man beide Kohorten separat, war HIV kein unabhängiger Risikofaktor. Bei der gemeinsam Auswertung zeigte sich allerdings eine Erhöhung des Lungenkrebsrisikos um den Faktor 2,64 bei HIV-Positiven.

Risikofaktoren waren dabei höheres Alter, geringere Bildung, Rauchintensität und eine Aids-bedingte Lungenerkrankung (PCP oder bakterielle Lungenentzündung) in der Vorgeschichte.

Für 56 Patienten gab es weitere Daten: Während der Nachbeobachtung starben 45 von ihnen. Die mittlere Überlebenszeit nach der Diagnose betrug 9,5 Monate für Frauen und 6 Monate für Männer. Der einzige Faktor, der mit einem längeren Überleben einherging, war eine Diagnose nach 2001. Injizierender Drogengebrauch in der Vorgeschichte ging mit kürzerem Überleben einher.

Bei den Lungenkrebs-Patienten mit HIV war der einzige Faktor für eine längere Überlebenszeit die niedrigste CD4-Zellzahl („Nadir“). Lag diese unter 200/µl, verschlechterten sich die Überlebenschancen.

Die Autoren folgern, dass Schäden der Lunge durch Entzündungen für das erhöhte Lungenkrebsrisiko verantwortlich sein könnten. Hauptrisiko ist und bleibt aber das Rauchen. Deshalb sollten vor allem junge HIV-positive Raucher zur Rauchentwöhnung ermutigt werden.

*Quelle:*

Hessol NA et al.: „Lung cancer incidence and survival among HIV-infected and uninfected women and men.“ *AIDS* 29: 1183-93, 2015.

S. Schwarze

## Zum Beitrag „Kondom – Schutz oder Stigma?“ von J. Großer in Projekt Information Nr.1/2016

Das Gefühl, dem J. Großer in seinem Beitrag Ausdruck gibt, ist mir auch von Freunden bekannt. Wer den Wunsch nach Kondom- oder Handschuhnutzung vorträgt, erlebt zuweilen barsche Ablehnung. Ich habe mich über die Initiative „Wir machen's ohne“ auf Facebook sehr gefreut und möchte versuchen, die Unversöhnlichen zu versöhnen, wenigstens jedoch einander näher zu bringen.

Das Kondom als Schutz ist keinesfalls hinfällig, es ist nur nicht mehr allein im Instrumentenkasten der Prävention. Wer das Gummi in sein Liebesspiel einbauen kann, reduziert die Übertragungswahrscheinlichkeit aller STI signifikant. Ist so! Der Wunsch, sich vor Krankheit zu schützen, gehört zur sexuellen Selbstbestimmung und ist zu respektieren. Diesen Wunsch mit Unflätigkeiten zu quittieren, ist schlichtweg dumm. Am Resultat – kein Sex – wird das wenig ändern; aber der Ton macht die Musik.

Ausgrenzung und Diskriminierung sind unter Schwulen nichts Neues. Zu dick, zu asiatisch, zu behindert, zu alt, zu jung, zu doof, zu tuntig, zu knollenasig, zu was-auch-immer. Jeder hat sein Beuteraster und die meisten Männer sind nun mal außerhalb. Als neues Ausgrenzungsmoment tritt nun die Gretchenfrage „wie hältst du's mit dem Gummi?“ hinzu, die Anlass zu Ablehnung (in beiden Richtungen) und infolgedessen Verletzung gibt.

Meine Erstdiagnose geht zurück auf das Jahr 2002. Das war nach Einführung wirksamer Therapien 1996, aber vor dem EKAF-Statement 2008. Angst davor, benettonhaft zu krepieren, hatte ich nie, aber das Gefühl, aussätzig zu sein, ist mir vertraut. Ein Geliebter, dem ich nach dem zweiten Sex mit Kondom sagte, dass ich positiv sei, war darüber derart aufgebracht, dass er mich in einem mehrseitigen Brief mit Vorwürfen überhäufte. Meinen schüchternen Einwand, dass er nicht mal in die Nähe einer Infektion gekommen sei, wollte er nicht gelten lassen. Da habe ich dicht gemacht und nur noch Sex mit Positiven angestrebt. Und mein schwieriges Verhältnis zum Gummi hat sich dabei gleich mitgelöst, denn die Herren wollten keins, ich auch nicht - alle glücklich. Dass außer

einem Tripper über die Jahre nichts festgestellt wurde, mag irgendwo zwischen unverschämtem Glück, gelungenem Risikomanagement und langweiligem Sexleben liegen.

Das EKAF-Statement erlebte ich als befreiend, dass ich eben nicht die Gefährdung anderer bin, die Virenschleuder. In der Folge entwickelte sich die Haltung, die von den Aids-Hilfen vertreten wird, dass es beim Sex (mindestens) zwei Verantwortliche gibt.

„Wir machen's ohne“ ist lediglich das Eingeständnis von Menschen, die zu dem stehen, was sie tatsächlich tun. Insofern ein Schritt zu mehr Wahrhaftigkeit. Seit Auftreten von HIV bis EKAF wurde das Kondom mangels Alternativen propagiert. Dabei wurde es teilweise moralisch aufgeladen und die Barebacker waren die unverantwortlichen Bösen.

Die Relativierung eines Dogmas geschieht nicht von heute auf morgen.

So wie der Wunsch nach Schutz durch Latex legitim ist, so möchte ich dafür werben, auch die individuelle Risikoabwägung als legitime Alternative anzuerkennen. Wenn ich in Sex ohne Kondom einwillige, bewerte ich die Risiken einer sexuell übertragbaren Infektion geringer als den von mir unmittelbar angenommenen Lustgewinn. Wenn die Antipoden in einem hoch sexualisierten Ort, beispielsweise dem Lab (einer Party-Location in Berlin), aufeinandertreffen, ist es mit der Kommunikation nicht mehr weit her. Im Zustand der Geilheit können sich die Vertreter der beiden „Glaubensrichtungen“ nur noch barsch abfertigen. Vielleicht aber auch nicht: Statt des wortlosen und verletzenden Abschieds könnte man auch Dinge sagen wie „Ich mag nicht mit/ohne Gummi, finde dich aber trotzdem interessant/nett/schön/geil“ (Unzutreffendes streichen). Mit einer Umarmung oder ähnlicher Geste ließe sich der Verletzungseffekt durch die Ablehnung minimieren. Niemand muss mit niemandem Dinge tun, die er nicht möchte. Das ergibt sich aus der sexuellen Selbstbestimmung.

Es gab mal ein schönes Motiv in der Prävention: Ein prächtiger Prügel hing schlaff ins Bild und darunter stand: „daran hängt ein Mensch“. Wir brauchen die Auseinandersetzung, wie wir miteinander umgehen, bereits im unerregten Zustand.

*C. Eschemann, Berlin*

## Politik & Soziales

### DRUCK-Studie des Robert Koch-Instituts verweist auf Lücken im Versorgungssystem für Drogengebrauchende

Auf der Grundlage von Zahlen aus Behandlung, Polizeiakten und Drogentoten schätzt die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht die Zahl problematischer Drogenkonsumenten im Jahr 2012 in Deutschland auf 66.000 bis 203.000 Personen. Als problematischer Drogenkonsum wird ein intravenöser oder lang andauernder bzw. regelmäßiger Konsum von Opioiden, Kokain oder Amphetaminen definiert.

Ziel der DRUCK-Studie war die Erfassung der Verbreitung von Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV), HIV und Ko-Infektionen bei injizierenden Drogengebrauchenden in Deutschland. Darüber hinausgehend sollten die Einflussfaktoren für HBV, HCV und HIV bei Drogengebrauchenden bestimmt, sowie Wissenslücken in Bezug auf Übertragungsrisiken und Prävention festgestellt werden. Durch die Analyse des Risiko- und Präventionsverhaltens sollte dazu beitragen werden zielgruppenspezifische Präventionsbotschaften zu aktualisieren. Die Studie wurde zwischen 2011 und 2015 in acht Städten (Berlin, Essen, Leipzig, Frankfurt am Main, Köln, Hannover, München und Hamburg) durchgeführt. Kooperationspartner waren Einrichtungen der Drogenhilfe, auch lokale Aidshilfen waren in einigen Städten beteiligt. Im Rahmen der Studie wurden insgesamt über 2.000 Personen befragt und labordiagnostisch untersucht. Die Ergebnisse sind im Epidemiologischen Bulletin 22/2015 des Robert Koch-Instituts detailliert dargestellt.

#### Zu den Studienteilnehmenden

Ein hoher Anteil der intravenös Drogenkonsumierenden (53-77%) gab an, bereits jemals im Leben obdachlos gewesen zu sein. In den letzten 12 Monaten vor der Untersuchung waren 7% bis 29% entweder obdachlos oder in Notunterkünften untergebracht. Zwischen 55% und 88% der Teilnehmenden gab an, jemals zuvor in Opioidsubstitutionstherapie gewesen zu sein, 31% bis 65% wurden aktuell substituiert.

#### Hafterfahrung und Drogenkonsum

Hafterfahrungen unter den Teilnehmenden waren hoch: 73 - 86% der Studienteilnehmenden gaben an, mindestens einmal im Leben inhaftiert gewesen zu sein, im Durchschnitt waren es 3-5 mal. Straftat lag an erster Stelle (60-77%), gefolgt von Untersuchungshaft (32-61%). 23-41% aller Teilnehmenden mit Hafterfahrung gaben an, bereits im Jugendarrest/Jugendhaftanstalten inhaftiert gewesen zu sein, 2-11% waren im Maßregelvollzug. Die durchschnittliche Spanne einer Inhaftierung betrug 7-17 Monate, wohingegen die Spanne der gesamten mittleren Inhaftierungsdauer (der durchschnittliche Wert aller Haftaufenthalte) 2-5 Jahre betrug.

Durchschnittlich gab etwa ein Drittel (18-40%) der jemals Inhaftierten an, in Haft auch Drogen gespritzt zu haben und aufgrund der Verwendung nicht steriler Injektionsutensilien ein Infektionsrisiko eingegangen zu sein. 3% (Spanne 0,6-6%) der Studienteilnehmenden gab an, in Haft mit injizierendem Drogenkonsum begonnen zu haben.

#### Seroprävalenz, Testverhalten und Therapie

Die HIV Prävalenz unter den Beteiligten schwankte innerhalb der beteiligten Studienorte zwischen 0-9%, die HCV Antikörper-Prävalenz lag zwischen 37-73% (HCV RNA Prävalenz 23-54%). Bis zu 54% sind von einer aktiven und potentiell behandlungsbedürftigen, übertragbaren Hepatitis C betroffen. Die HBV-Impfprävalenz (gemessen wurden Anti-HBs-Antikörper) lag zwischen 15-52%, der Anteil mit einer aktiven Infektion mit nachweisbarem HBs-Antigen und HBV-DNA lag zwischen 0,3-3%.

Obwohl 80% der insgesamt 101 HIV-Infektionen bereits bekannt waren, konnten durch die Studie (abhängig von Studienort) zwischen 0-32% HIV-Infektionen neu diagnostiziert werden. Da allen Studienteilnehmern Anonymität zugesichert war und nicht alle die Testergebnisse abholen, konnten nicht alle über ihre positiven Testergebnisse informiert werden. Nur 65% derjenigen, die ihren HIV-Status als bekannt angaben, gaben an, jemals antiviral behandelt worden zu sein. Insgesamt wurden zum Zeitpunkt der Studienteilnahme lediglich 56% antiviral behandelt. Ein sehr hoher Anteil der an der Studie Beteiligten gab an, bereits jemals auf HIV (75-97%) und HCV (65-93%) getestet worden zu sein. 23% der Teilnehmenden mit Testerfahrung gaben an, in Haft oder in Haftkrankenhäusern getestet worden zu sein. Die Testung auf HCV war in diesem Setting niedrig (8%).



### Wissen zu Übertragungsmöglichkeiten, Risikobewertung

Im Rahmen der Studie wurden die Teilnehmenden in Interviews bezüglich ihres Wissensstandes zu HIV, HCV und HBV, den Übertragungswegen und Infektionsmöglichkeiten befragt. Auf der Basis des ermittelten Wissens konnten die Teilnehmenden im Anschluss mit den ausgebildeten Testberatern eine Kurzberatung zu ihrem persönlichem Risikoprofil in Anspruch nehmen.

Das allgemeine Wissen zu HIV, HCV und HBV (Übertragungs- und Schutzmöglichkeiten) war relativ hoch. Gut bekannt waren die HCV-Übertragungswege, die sich auf Spritzen, Nadeln und Blut bezogen. Der Erfolg der Aufklärungsarbeit bei Drogengebrauchenden zu „Blutbewusstsein“ und Interventionen zu Spritzen und Nadeltausch wird hier deutlich. Spezifisches Wissen zu den HCV-Übertragungswegen beim Drogenkonsum (Infektionsmöglichkeiten beim nasalen Konsum, sowie der gemeinsamen Benutzung von Filtern und Wasser) war hingegen weniger präsent. Noch weniger ausgeprägt war das Wissen zu HBV, insbesondere zum Thema Impfen. Am wenigsten bekannt war die Möglichkeit der Postexpositionsprophylaxe (PEP) um das Risiko für eine HIV-Infektion zu verringern: weder die Existenz einer PEP, noch die Durchführung und Wirkweise waren hinreichend bekannt.

### Die DRUCK Studie belegt Versäumnisse in der Versorgungsstruktur Drogengebrauchender

Die Ergebnisse der oben dargestellten DRUCK-Studie belegen Versäumnisse in der Versorgungsstruktur für Drogengebrauchende: Informationsdefizite, unzureichender HBV-Impfschutz, niedrige Behandlungsraten etc. Die Teilnahme an der modellhaften Intervention bietet den medizinischen Diensten des Vollzugs die Möglichkeit, in Kooperation mit externen Mitarbeiter(inne)n auf bestehende Versäumnisse in der Versorgungsstruktur zu reagieren und gemeinsam an einer Lösung zu arbeiten.

### Modellhaftes Projekt in Haft vorgeschlagen

Es wird oft gefordert, dass die Verantwortlichen für Gesundheit in Haft und Mitarbeiter öffentlicher Gesundheitsdienste besser kooperierten sollten. Die Deutsche AIDS-Hilfe hat auf der Haftkonferenz in Basel nun ein Konzept zur Testberatung und Testdurchführung durch Mitarbeiter/innen aus der Community in Haft vorgelegt, das in den kommenden Jahren in zwei Haftanstalten umgesetzt werden soll. Durch die Teilnahme an der Intervention sollen Impulse gesetzt und ausgelotet werden, wie eine Ko-

operation zwischen Zivilgesellschaft und Vollzug bei der Testberatung und -Durchführung in Realität aussehen könnte.

Durch eine Teilnahme an einem entsprechenden Projekt könnten sich Kooperationspartnerschaften bilden: eine gute Kooperation zwischen „drinnen“ und „draußen“ kann für die Gefangenen und deren Integration nach Haftentlassung von Nutzen sein.

Man darf gespannt sein was daraus wird!

#### Quellen:

- DRUCK-STUDIE (Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland): [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/22/Art\\_01.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/22/Art_01.html)
- Ruth Zimmermann: *Ausgewählte Ergebnisse der DRUCK-Studie für die Praxis. HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragene Infektionen*, Robert Koch-Institut; Power Point Präsentation. 6. Fachtag Hepatitis C und Drogengebrauch, Berlin, 23.10.2014.
- HIV- und HCV Beratung und Testung im Vollzug. Eine modellhafte Intervention. 2016-2018, 30 Seiten, Bärbel Knorr, Peter Wiessner, Berlin, 2015.

Peter Wiessner, Februar 2016

Kontakt: [peter-wiessner@t-online.de](mailto:peter-wiessner@t-online.de)

---

## Nachrichten

### Facharzttermine - Hilfe für LGBTI-Flüchtlinge - Krankenkassenbeiträge 2016 - Kultursensible Pflege

---

#### Terminservicestellen zur Vermittlung von Facharzt-Terminen gestartet

Am 25 Januar starteten die Kassenärztlichen Vereinigungen regional sogenannte Terminservicestellen. Damit erfüllen sie die Vorschrift aus dem Versorgungsstärkungsgesetz. Ziel ist es, die bisher zum Teil sehr langen Wartezeiten auf Facharzttermine zu verkürzen und jedem gesetzlich Versicherten innerhalb von 4 Wochen einen Facharzttermin zu vermitteln. Als Voraussetzung braucht man eine Überweisung zu einem Facharzt. Ausnahme: Für Termine beim Augenarzt oder beim Frauenarzt benötigt man keine Überweisung, um den Terminservice in Anspruch zu nehmen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beschreibt das Verfahren dann wie folgt:

- Sie erfahren die Telefonnummer und die Sprechzeiten der Terminservicestelle von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Und diese Adressen finden sie hier:  
<http://www.kbv.de/html/432.php>
- Nach Ihrem Anruf bietet Ihnen der Terminservice innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Facharzt an. Die Wartezeit zwischen Ihrem Anruf und Ihrem Termin beträgt maximal vier Wochen. Ausgenommen davon sind Bagatelkrankungen und Routineuntersuchungen.
- Sie müssen den Termin absagen? Dann geben Sie den Termin bitte rechtzeitig wieder frei: Sagen Sie bei der betroffenen Praxis ab und teilen Sie dies auch der Terminservicestelle mit. Wenn Sie den Termin absagen, ist die Terminservicestelle nicht verpflichtet, Ihnen einen neuen Termin anzubieten. Ausnahme: Sie sagen den Termin, den Sie gerade erhalten haben, noch am gleichen Tag wieder ab. Dann kann Ihnen die Terminservicestelle einen zweiten Termin anbieten.
- Sollte die Terminservicestelle keinen Termin bei einem niedergelassenen Facharzt anbieten können, vermittelt sie Ihnen einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus.

Bitte beachten Sie:

- Über die Terminservicestelle erfolgt keine Vermittlung eines Wunschtermins bei einem bestimmten Arzt („Wunscharzt“). Sie erhalten einen Termin bei einem Arzt, der in dem jeweiligen Zeitraum freie Termine hat.
- Es ist deshalb möglich, dass mit dem vermittelten Termin auch eine weitere Anfahrt für Sie von Ihrem Wohnort zum Facharzt verbunden ist. (Anmerkung vom Sozialverband VdK): Die Entfernung zur Praxis muss für den Patienten zumutbar sein. Das bedeutet konkret eine Fahrzeit zu allgemeinen Fachärzten, wie etwa Hautärzten, mit öffentlichen Verkehrsmitteln von bis zu einer halben Stunde, bei spezialisierten Fachärzten darf dies sogar eine Stunde sein.)
- Es empfiehlt sich daher, dass Sie zuerst bei Ihrem Wunscharzt anfragen und versuchen, dort einen Termin zu vereinbaren, bevor Sie sich an den Terminservice wenden.
- Welche Fachärzte in Ihrer Nähe praktizieren, erfahren Sie über die Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung. Mit der kostenlosen BundesArztsuche-App können Sie die Informationen auch einfach mobil mit dem Smartphone abrufen.
- Der Terminservice vermittelt nur Facharzt-Termine, keine Termine beim Psychotherapeuten, bei

Zahnärzten oder bei Kieferorthopäden. Auch Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte sind ausgenommen.

### **Handreichungen für LGBTI- Flüchtlinge und ihre Unterstützer\_innen**

Zwei neue Handreichungen für LGBTI-Flüchtlinge bieten Hilfestellung und auch Unterstützung bei Rechtsfragen.

Die 20-seitige Broschüre vom Arbeiter-Samariter-Bund NRW gibt in übersichtlicher Form eine Einführung in das Thema und wichtige Handlungsempfehlungen. Außerdem werden geeignete Beratungsstellen gelistet – allerdings beschränkt auf das Land Nordrhein-Westfalen.

Sie kann als PDF heruntergeladen werden (<http://lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/Asyl/handreichung-lsbtti-fluechtlinge.pdf>) beziehungsweise als Print-Ausgabe – solange der Vorrat reicht – beim Arbeiter-Samariter-Bund NRW kostenfrei bestellt werden: telefonisch unter 0221/949707-0 oder per E-Mail [presse@asb-nrw.de](mailto:presse@asb-nrw.de).

Die Verfolgung aufgrund der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität stellt laut einer EU-Qualifikationsrichtlinie einen anerkannten Asylgrund dar. Darüber sind aber Flüchtlinge und Beratungseinrichtungen nicht immer ausreichend informiert. Daher hat der LSVD eine weitere Handreichung entwickelt ([http://www.queer-refugees.de/?page\\_id=61](http://www.queer-refugees.de/?page_id=61)), die LGBT-Asylsuchende über ihre rechtlichen Möglichkeiten und das Asylverfahren informiert. Der Ratgeber ist jetzt auch in arabischer Übersetzung erschienen und auf der Website [queer-refugees.de](http://queer-refugees.de) zu finden.

### **Krankenkassenbeiträge 2016**

Seit Januar 2016 erheben die Krankenkassen unterschiedlich hohe Zusatzbeiträge.

Der allgemeine Beitragssatz liegt weiterhin bei 14,6%. Diesen tragen Arbeitgeber und Arbeitnehmer\_innen jeweils zur Hälfte. Darüber hinaus erheben einige Kassen inzwischen einen individuellen Zusatzbeitrag, der allein von den Arbeitnehmern zu tragen ist. Und dieser fällt recht unterschiedlich hoch aus. Eine Liste mit den Zusatzbeiträgen der einzelnen Kassen findet sich hier:

<https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkasse-beitrag/kein-zusatzbeitrag/>

## Broschüre zur kultursensiblen Pflege für Lesben und Schwule

Das rubicon aus Köln hat als Information für die Mitarbeiter\_innen der Altenpflege eine Broschüre zur kultursensiblen Pflege von Lesben und Schwulen herausgegeben. Die gibt es jetzt als pdf und auch als gedruckte Broschüre.

[http://www.rubicon-koeln.de/fileadmin/user\\_upload/Kultursensible\\_Pflege\\_fuer\\_Lesben\\_und\\_Schwule\\_Informationen\\_fuer\\_die\\_Professionelle\\_Altenpflege.pdf](http://www.rubicon-koeln.de/fileadmin/user_upload/Kultursensible_Pflege_fuer_Lesben_und_Schwule_Informationen_fuer_die_Professionelle_Altenpflege.pdf)

Ankündigung des rubicon zur Broschüre: Die Publikation unterstützt den professionellen Umgang von Pflegenden mit älteren, alten und hochaltrigen gleichgeschlechtlich liebenden Menschen.

Im Anschluss an eine thematische Einführung skizziert ein Rückblick in die jüngere deutsche Geschichte das politische und gesellschaftliche Klima, das für die ältere Generation der Lesben und Schwulen prägend war. Hervorgehoben wird, welche Auswirkungen die tief verwurzelte Homophobie auf das alltägliche Leben hatte. Das Wissen über die gesellschaftlichen Bedingungen, in denen Lesben und Schwule aufgewachsen sind, kann zu einem besseren Verständnis ihrer heutigen Lebenssituation führen. Welche Anforderungen sich daraus für die (Alten)pflge ergeben und welche Kompetenzen erforderlich sind, erläutert die Autorin in ihren Ausführungen über das zugrunde liegende Pflegeverständnis.

Herausgeber: rubicon e.V., 2014

Autorin: Dr'in Gabi Stummer

Gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Bezugsadresse: [info@rubicon-koeln.de](mailto:info@rubicon-koeln.de), rubicon e.V. Rubensstr. 8 – 10, 50676 Köln, [www.rubicon-koeln.de](http://www.rubicon-koeln.de)

Silke Eggers, DAH

## Termine

### Termine der Münchner Aids-Hilfe

#### Positive Perspektiven

Wochenende auf dem Rathgebhof/Chiemgau vom 23.-26. Juni 2016

Ein Wochenende in schöner Umgebung, an dem wir uns mit uns und HIV befassen. Von A wie Arbeitsplatz bis Z wie Zukunftsperspektiven gehen unsere Gruppenleiter Dipl. Psych. Christopher Knoll und Engelbert Zankl (HIV Therapie-Hotline) bei Bedarf gern auf medizinische, soziale und gesundheitliche Themen rund um HIV ein. Unser Sportlehrer bringt euch in Schwung und erklärt, wie hilfreich Bewegung sein kann.

Treffpunkt: Beratungsstelle der Münchner Aids-Hilfe, Lindwurmstraße 71 / 1. Stock

Abfahrt: Donnerstag, 23.6., 16.00 Uhr

Ende: Sonntag, 26.6., nach dem Mittagessen

Kosten: 70,- / 140,- / 210,- Euro pro Person (einkommensabhängig)

Anmeldung bis 10. 06. unter Tel.: 089 / 54 333-0

Die Anzahl der Teilnehmer\_innen ist auf 15 Personen begrenzt

#### SpielCafé

Spiel, Spaß und Spannung für abwechslungsreiche Samstage!

Mensch ärgere dich nicht, Herz sticht, Malefiz und mehr ... dazu Kaffee und Kuchen!

Jeden Samstag in der Münchner Aids-Hilfe 15 – 17 Uhr

#### Positive Theke im Sub

Hier bewirten euch HIV-Positive und ihre Freund\_innen im Sub, Müllerstr.14

Jeden 3. Freitag im Monat (15.1., 19.2., 17.3., 15.4., 20.5., 17.6., 15.7.)

Wir suchen auch immer Verstärkung für unsere Gruppe!

Info: [positivetheke@yahoo.de](mailto:positivetheke@yahoo.de)

#### Kochgruppe „LOGI-sch g'sund“

Hier in unserer neuen Kochgruppe für HIV-Positive & Partner suchen wir gemeinsam neue Rezepte aus oder wir kochen unsere Lieblingsrezepte. Wir kochen gesund, lecker und preiswert, möglichst nach der LOGI-Methode!

Unkostenbeitrag 3€  
 Ort: Bistro im 1.Stock der Münchner Aids-Hilfe,  
 Lindwurmstr.71  
 Zeit: 1. oder 2. Freitag im Monat, 18.30 Uhr (8.1.,  
 5.2., 4.3., 1.4., 6.5., 3.6., 1.7.)  
 Information und Anmeldung: Beratungsstelle der  
 Münchner Aids-Hilfe  
 Tel.: 089-54 333-0 oder beratungsstelle@mu-  
 enchner-aidshilfe.de

### Vorträge/Diskussionen

PREP - die Pille davor!  
HIV-Pillen schützen vor einer HIV-Infektion?  
 Stimmt dies? In den USA ist diese Therapie  
 schon zugelassen, um HIV-Infektionen zu ver-  
 hindern! Sind diese teuren Pillen eine weitere  
 Möglichkeit sich zu schützen?

Termin: Dienstag, 19. April, 19.30 Uhr  
 Referenten/Diskutanten: Dr. Spinner, HIV-  
 Schwerpunktbehandler, IZAR der TU München  
 Ein PREP-Nutzer, Engelbert Zankl, HIV-Thera-  
 pie-Hotline  
 Ort: SUB, Müllerstr.14  
 Eintritt frei

Psychische Erkrankungen bei HIV-  
Gibt es Möglichkeiten der Vorbeugung?  
 Depressionen, Angst, Vergeßlichkeit und andere  
 psychische Erkrankungen treten bei Menschen  
 mit HIV häufiger auf. Was kann ich dagegen tun?

Termin: Montag, 30. Mai, 19.30 Uhr  
 Referent: Dr. Uli Kastenbauer, HIV-Schwer-  
 punktbehandler, München  
 Ort: 2. Stock der Münchner Aids-Hilfe, Lind-  
 wurmstr. 71  
 Eintritt frei

### 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! (Wasser-  
 temperatur 27°C)

### 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 der-  
 zeitigen 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 Medika-  
 mente, Therapien oder Verfahren tatsächlich erfolgversprechend oder erfolglos sind, entzieht sich unserer Be-  
 urteilung. 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.

**Sport - Gymnastik, Kondition**

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

**Progressive Muskelentspannung**

Termin: Jeden Dienstag, 10.15 Uhr – 11.15 Uhr  
 Ort: Münchner Aids-Hilfe, 2. Stock  
 Anmeldung erforderlich!

**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](http://www.muenchner-aidshilfe.de)  
 jeden 4. Mittwoch, 19.30 Uhr  
 und  
 jeden 2. Freitag, 19.30 Uhr  
 im Café Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe  
 Information und Anmeldung: Christopher Knoll  
 089/54 333-115  
[christopher.knoll@muenchner-aidshilfe.de](mailto:christopher.knoll@muenchner-aidshilfe.de)

**Freizeitgruppe**

Programm unter [www.muenchner-aidshilfe.de](http://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](mailto:andrea.brunner@muenchner-aidshilfe.de); Tel.:  
 089-54 333-104

Information und Anmeldung zu allen Angeboten:  
 Beratungsstelle der Münchner Aids-Hilfe  
 Tel.: 089-54 333-0 oder [beratungsstelle@muenchner-aidshilfe.de](mailto:beratungsstelle@muenchner-aidshilfe.de)

✂

bitte in frankierten Fensterbriefumschlag

**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**

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

## 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: \_\_\_\_\_

## Termine der Berliner Aids-Hilfe

### Naturheilkundliche Beratung für Menschen mit HIV

Christian Maier & Markus Svoboda  
Jeden zweiten und vierten Donnerstag im Monat 18:30 Uhr bis 20:30 Uhr

Wir beraten Euch zu Chancen und Risiken naturheilkundlicher Behandlungen in Ergänzung zur schulmedizinischen Therapie: Stärkung des Organismus und des Immunsystems, Therapie von Nebenwirkungen, Informationen zu Wechselwirkungen von naturheilkundlichen und schulmedizinischen Medikamenten, gesunde Lebensführung und Ernährung.

Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

**Medizinische Reise** (Ulrichs | Karl-Heinrich-Ulrichs-Straße 11 | 10787 Berlin)

24.02.16, 19:00 Uhr **Syphilis - das Chamäleon unter den sexuell übertragbaren Infektionen** (Jens Olaf Mielcke)

Die Anzahl von Syphilis-Neuinfektion steigt deutschlandweit stark an – mit 5700 Meldungen 2014 um 14 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Berlin führt die Statistik dabei an. Auch bei Einhaltung der für HIV gültigen Safer Sex-Regeln kann es zu einer Übertragung der Syphilis kommen. Jens Olaf Mielcke erklärt die Übertragungswege, das vielfältige Erscheinungsbild der Syphilis und die Behandlungsmöglichkeiten.

30.03.16, 19:00 Uhr **Selbstmedikation bei HIV** (Uwe Hohaus)

Dank der modernen HIV-Medikamente und der Angleichung der Lebenserwartung von Menschen mit und ohne HIV liegt der neuer Fokus in der HIV-Medizin nicht mehr nur auf Sicherung des Überlebens, sondern auch auf Therapieoptimierung und damit der Reduktion von Langzeitnebenwirkungen und Normalisierung des Alltags. Für viele Patienten gehört dazu auch Selbstmedikation in der Apotheke. Uwe Hohaus klärt auf, was bedenkenlos eingenommen werden und was letztlich auch gefährlich werden kann.

27.04.16, 19:00 Uhr **Crystal Meth und schwule Männer** (Siegfried Schwarze)

### Wichtiger Hinweis:

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

**Projekt Information e.V.**

Liebe Mitglieder!

Es gibt Veränderungen im Verein! Da inzwischen drei Vorstandsmitglieder in Berlin leben und auch die Redaktion ihren Sitz in Berlin hat, macht es keinen Sinn mehr, den Vereinssitz in München zu belassen. Für eine Änderung des Vereinssitzes muss aber auch die Satzung geändert werden und dies bedarf einer Mitgliederversammlung.

Wir laden Sie deshalb zur ordentlichen Mitgliederversammlung 2016 ein.  
Sie findet statt am

**Freitag, den 22. April 2016 ab 17:00 Uhr**

in der Ansbacher Str. 42, 10777 Berlin (bei Maier / Schwarze).

Bitte teilen Sie uns bis spätestens 15. April 2016 mit, ob Sie persönlich kommen, bzw. falls nicht, wen Sie bevollmächtigen! Dies erleichtert uns die Planung (Formular zum senden per Post oder Fax auf der letzten Seite)!

Tagesordnung:

1. Bericht des Vorstandes über das Geschäftsjahr 2015
2. Genehmigung des Jahresabschlusses 2015
3. Entlastung des Vorstandes für das Geschäftsjahr 2015
4. Änderung des Vereinssitzes von München nach Berlin;  
entsprechende Änderung der Vereinssatzung.
5. Anstellung eines neuen Vereinssekretärs
6. Anmietung neuer Räumlichkeiten in Berlin
7. Verschiedenes

**Hinweis: Eine gesonderte Einladung zu dieser Versammlung erhalten Sie nicht mehr!**

Mit freundlichen Grüßen



Projekt Information e.V.  
Siegfried Schwarze (Vorstand)

An den Vorstand  
Projekt Information e. V.  
c/o SCHWARZE  
Ansbacher Str. 42  
10777 Berlin

Fax: 030 - 70 24 69 01

**Absender:**

(bitte in Druckbuchstaben) \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl, Ort)

ich komme am 22.4.2016 persönlich

**Vollmacht**

Ich kann leider nicht teilnehmen. Deshalb bevollmächtige ich die Vorstandsmitglieder....

(Bitte nur eine Person ankreuzen)

**Siegfried Schwarze, Berlin**

**Engelbert Zankl, München**

**Lothar Maier, Berlin**

**Erik G., Berlin**

oder

.....

mich in der Mitgliederversammlung am 22.04.2016 zu vertreten und auch Untervollmacht zu erteilen.

\_\_\_\_\_  
(Datum / Unterschrift)