

MedReview

JOURNAL FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSKONGRESSE 11-2012

14.–15. 9. 2012 in Köln

**22. Workshop der Deutschen Arbeits-
gemeinschaft niedergelassener Ärzte
in der Versorgung HIV-Infizierter e. V.
(dagnä)**

HIV-Versorgung: QUO VADIS?

Highlights aus Washington

Ergebnisse des 50/2010 Projekts



2 dagnä 2012 – 22. Workshop
GKV-News, medizinische Trends und
viele „Baustellen“



**Washington 2012: Heiß, bunt, gigantisch –
Impressionen**

5 MEDNEWS

**Potenzieller Wirkstoff-Kandidat gegen
AIDS zeigt erhöhte Aktivität**
Molekül gegen HIV: kleine Änderung, große
Wirkung

**6 Arzneimittelinteraktionen berücksichtigen
HIV und Onkologie**

8 Zwischenbilanz und Ausblicke
Die deutsche HIV-NHL Kohorte
Daniel Gillor, Christian Hoffmann und
Christoph Wyen

**9 Interdisziplinäre Expertenmeinung –
per Internet, E-Mail, Telefon oder
Konferenzschaltung**
Für fachübergreifende Fragen: INXFO

**10 Entscheidende Maßnahme ist die
Händedesinfektion**
Multiresistente Erreger in der Praxis:
MRSA, ESBL ...
Albrecht Stoehr



**DAGNÄ Projekt 50/2010 – Die ältere
Patientin / Der ältere Patient**
Alles im Griff?
Birgit Mück

13 Der knifflige Fall
Serokonverter – sofort behandeln?
Peter Gute

14 Therapie bei Koinfektion in der Praxis
Chronische Hepatitis C Genotyp 1 bei HIV-
Infizierten
Stefan Christensen



16 AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE
ViiV Healthcare weitet sein Engagement im
Bereich der pädiatrischen HIV-Forschung
und in der Therapie von HIV-positiven
Kindern weiter aus.
Gemeinsam Zukunft gestalten

17 Position der Deutschen AIDS-Hilfe
Das Strafrecht ist keine Lösung!
Holger Wicht

18 Kriminalisierung von HIV-Infizierten
Die strafrechtliche Beurteilung der HIV-
Übertragung
Bernd Aretz

19 Impressum

20 AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE
Shionogi-ViiV Healthcare LLC präsentierte
in Washington 48-Wochen-Ergebnisse der
Phase III-Studie SPRING-2
Nichtunterlegenheit von Dolutegravir vs.
Raltegravir nachgewiesen

20 BZgA INFO
25 Jahre „GIB AIDS KEINE CHANCE“ –
Schutzverhalten heute so gut wie nie zuvor

21 Buchtipps · Kalender

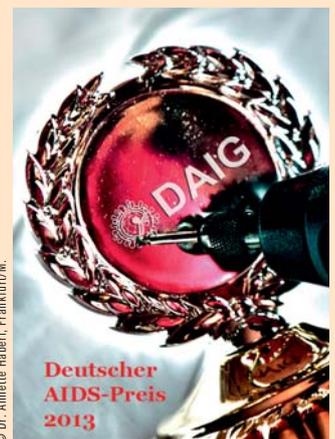
Titelbild: © 4designersart - Fotolia.com

Deutscher AIDS-Preis 2013

Anlässlich des Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongresses DÖAK 2013 in Innsbruck wird der Deutsche AIDS-Preis 2013 – dotiert mit 10.000,- € – von der Deutschen AIDS-Gesellschaft ausgeschrieben. Bewerbungen können zu Themen des gesamten klinisch-wissenschaftlichen Spektrums von HIV und AIDS eingereicht werden. Die Arbeit soll grundlegend neue Erkenntnisse hervorbringen und somit das Verständnis der Erkrankung oder die Therapie verbessern. Es können begutachtete Originalartikel aus wissenschaftlichen Zeitschriften eingereicht werden, die entweder

seit dem DÖAK 2011 (Juni 2011) publiziert wurden oder zum Druck angenommen worden sind. Die Bewertung erfolgt durch eine hochrangige, von der DAIG eingesetzten Jury. Bitte schicken Sie Ihre Bewerbung mit dem wissenschaftlichen Beitrag in fünffacher Form. Die Unterlagen sollen ebenfalls in einfacher Form dem Lebenslauf und das Publikationsverzeichnis des Bewerbers/der Bewerber sowie eine Versicherung, dass alle Co-Autoren der eingereichten Arbeit mit der Bewerbung einverstanden sind, enthalten. Einsendeschluss für alle Unterlagen

ist der **15. April 2013**. Die Verleihung des Preises findet in Innsbruck im Rahmen des DÖAK 2013 statt.
Bewerbungen senden Sie bitte an:
Prof. Dr. med. Georg Behrens
Vorsitzender der Deutschen AIDS-Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle der DAIG:
Universitätsklinikum Bonn
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn
www.daignet.de
Für Rückfragen:
Tel.: 0228/287-11208
E-Mail: daig@ukb.uni-bonn.de



© Dr. Annette Haberl, Frankfurt/M.

agnä 2012 – 22. Workshop

GKV-News, medizinische Trends und viele „Baustellen“

In diesem Jahr fand der agnä Workshop am 14. und 15. September, wieder im Hotel Radisson Blue in Köln statt. Das alljährliche Treffen der Mediziner mit Kolleginnen und Kollegen kooperierender Berufsgruppen zum Workshop ist inzwischen eine lieb gewordene Tradition. Im kleinen Kreis werden wissenschaftliche Neuigkeiten diskutiert, voneinander gelernt und man hat die Gelegenheit sein „Netzwerk zu pflegen“, Freunde zu treffen und zu plaudern. Wegweisend für die Frage und das Motto der diesjährigen Tagung „HIV-Versorgung: QUO VADIS“ war das neue GKV-Versorgungsstrukturgesetz und die neue, dritte Säule im deutschen Gesundheitssystem, die „Ambulante Spezialärztliche Versorgung“. Hier ist das Fundament gelegt, das Haus muss noch gebaut werden. Welche Konsequenzen ergeben sich für die HIV behandelnden Ärzte? Darüber und über weitere Highlights aus dem breiten Themenspektrum des Workshops sprach MedReview mit dem Tagungsleiter und Sprecher des Vorstandes Dr. Knud Schewe.

» Herr Dr. Schewe, der 22. agnä-Workshop 2012 ist Geschichte. Wie ist Ihr persönliches Resümee dieser beiden intensiven Arbeitstage?

Mit knapp 300 Teilnehmern hat der 22. agnä Workshop an die Tradition der vergangenen Jahre angeknüpft. HIV-Behandler aus ganz Deutschland sind zusammen gekommen, um die wichtigsten Studien im Bereich der HIV-Medizin zu diskutieren und die Erfahrungen aus der Praxis auszutauschen. Neben den klassischen HIV-Therapiestudien standen in diesem Jahr die Studien zur Prävention der HIV-Infektion im Fokus des Interesses.

» Ein wichtiges Thema in diesem Jahr waren die Ausführungsbestimmungen zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz, speziell die „Ambulante Spezialärztliche Versorgung“. Welche Änderungen erwarten Sie für die Versorgung der HIV-Patienten (und Behandler)?



Dr. med. Knud Schewe

Anfang dieses Jahres ist das GKV-Versorgungsstrukturgesetz in Kraft getreten, welches unser Gesundheitssystem für die Herausforderungen der nächsten Jahre wappnen soll. Zur Versorgung von Erkrankungen mit

schweren Verläufen und besonderem Behandlungsbedarf wie Krebserkrankungen oder der HIV-Infektion ist eine neue, dritte Säule im Deutschen Gesundheitssystem geschaffen worden: Die „Ambulante Spezialärztliche Versorgung“. Leistungen in

diesem Sektor werden außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung honoriert. Nach Gesprächen der agnä e.V. mit dem Gesundheitsministerium können auch Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten mit entsprechenden Qualifikationen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zugelassen werden.

Der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist nun beauftragt worden, bis Ende 2012 die Eckpunkte zu den Ausführungsbestimmungen des Gesetzes zu definieren. Es erscheint schon jetzt fraglich, ob dieser Termin eingehalten werden kann. Sehr viele Punkte sind noch zu regeln und wie immer steckt der Teufel im Detail: Welche Qualitätskriterien müssen für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfüllt sein? Wer regelt den Zugang und wer überwacht? Wird es eine Mengenbegrenzung geben? Welche Leistungskomplexe werden geschaffen und in welcher Höhe werden diese honoriert? Noch sind keine Regelungen beschlossen worden, so dass eine Aussage zu den Auswirkungen auf die HIV-Behandler und die Versorgung der HIV-Infizierten derzeit nicht möglich ist. Sicher ist nur, dass sich etwas ändern wird. Die agnä e.V. wird sich aktiv beratend an diesem Prozess beteiligen, um für die HIV-Infizierten und Ihre Ärzte Regelungen zu erreichen, die das bestehende hohe Niveau der Patientenversorgung sichern und wo möglich verbessern.

» Welche Vorschläge wird die agnä noch einbringen?

Da noch nicht einmal Grundzüge von Ausführungsbestimmungen vorliegen, ist eine abschließende Antwort auf diese Frage eben-

falls noch nicht möglich. Die agnä wird als Basis für die Verhandlungen die derzeitige Qualitätssicherungsvereinbarung einbringen. Diese muss sicher entsprechend der geänderten Rahmenbedingungen angepasst werden. Wir werden darauf achten, dass die Besonderheiten der HIV-Versorgung, die in Deutschland überwiegend im hausärztlichen Sektor stattfindet, hinreichend Berücksichtigung finden.

» Im Mittelpunkt eines Seminars unter der Leitung von Prof. Stellbrink und Dr. Klauke stand die Gründung der Akademie für Infektionsmedizin. Der „Rohbau“ ist fertig, z. T. heftige Diskussionen gibt es noch über den „Innenausbau“.

Warum wurde das neue Curriculum notwendig?

Die Infektiologie steckt in Deutschland erst in den Kinderschuhen. Erst seit wenigen Jahren gibt es eine entsprechende Teilgebietsbezeichnung. Die meisten ambulant niedergelassenen und infektiologisch tätigen Ärzte haben nicht die Möglichkeit diese Zusatzbezeichnung zu erlangen, weil sie den erforderlichen stationären Teil nicht mehr erbringen können, ohne ihre Praxis zu schließen. Daher musste eine Möglichkeit geschaffen werden, für diese Kollegen eine infektiologische Qualifikation zu erwerben.

» Mit welchem Ziel wurde die Akademie gegründet?

Neben der oben beschriebenen Möglichkeit des Erwerbs infektiologischer Qualifikation soll die Akademie auch die ständige Weiterbildung und Qualitätsverbesserung in diesem Bereich sichern.

» Konnten nach Abschluss der 50/2010-Studie in diesem Jahr Antworten auf die ungeklärten Fragen gefunden werden? (Altern HIV-Patienten anders, schneller? Welchen Einfluss haben Komorbiditäten?)

Die 50/2010 Studie untersuchte HIV-Infizierte, Diabetiker und „Gesunde“ über 50-jährige Patienten, die in unseren Praxen behandelt wurden. Wie in anderen Studien zeigte sich eine höhere Rate an kardiovaskulären Erkrankungen bei HIV-Infizierten ähnlich wie bei Diabetikern. Dies wird teilweise durch die hohe Rate an Rauchern

erklärt. HIV-Infizierte sollten daher intensiv hinsichtlich aller Risikofaktoren behandelt werden. Auch zeigen mehrere Studien, dass HIV-Infizierte mehr Begleiterkrankungen haben als gleichaltrige nicht HIV-Infizierte. Dies suggeriert möglicherweise einen beschleunigten Alterungsprozess, für den sich auch experimentelle Hinweise finden (verminderte Telomerase Aktivität).

» Welche Ergebnisse aus dieser Studie sind Ihrer Meinung nach unmittelbar relevant für die Praxis?

Die Studie zeigt, dass bei HIV-Patienten ein intensives Screening nach Begleiterkrankungen und Medikamententoxizitäten erfolgen sollte und bei Nachweis von Begleiterkrankungen bzw. kardiovaskulären Risikofaktoren diese aggressiv behandelt werden sollten. Die klassischen Risikoalgorithmen wie der Framingham risk score unterschätzen nämlich das kardiovaskuläre Risiko bei HIV-Infizierten.

» Welche waren die zentralen Themen des Vorstandsberichts in der Mitgliederversammlung?

Wir haben in den letzten Jahren die Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS Gesellschaft (DAIG) und der Deutschen AIDS Hilfe intensiviert. Regelmäßige Treffen auf Vorstandsebene und Absprachen bei wichtigen Themen sind die Regel. Die Verbesserung der Versorgungsqualität HIV-Infizierter ist gemeinsames Ziel von DAIG und dagnä. Daher haben beide Vereine einen Zertifizierungsprozess erarbeitet, bei dem HIV-Behandler ihre Qualifikation nachweisen können. Neben strukturellen Voraussetzungen ist die erfolgreiche Absolvierung einer online-Prüfung Bedingung für die Erteilung des DAIG/dagnä Zertifikats. Ebenfalls gemeinsam mit der DAIG will die dagnä im nächsten Jahr eine interaktive web-basierte Konferenzberichterstattung starten. Die Einschätzung der dagnä zu neuen antiretroviralen Medikamenten ist in der Sitzung des Arzneimittelausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gehört worden. Hier hat die dagnä im Nutzenbewertungsverfahren zu den neuen HIV Präparaten

Edurant® und Eviplera®, aber auch den Hepatitis C Proteaseinhibitoren Boceprevir® und Incivo® Stellung bezogen. Ein großer wissenschaftlicher Erfolg für die dagnä ist die Veröffentlichung der gesundheitsökonomische Studie „K3A“ im European Journal of Health Economics. Eine weitere gesundheitsökonomische Kohortenstudie ist in Planung.

» Gab es personelle Veränderungen?

Turnusgemäß wurden in diesem Jahr Vorstandswahlen durchgeführt. Neu in den Vorstand gewählt wurde Stefan Christensen vom Centrum für interdisziplinäre Medizin in Münster. Stefan Klauke, Susanne Usadel, Christoph Mayr und ich wurden mit großer Mehrheit im Amt bestätigt.



Dr. med. Hans Jäger

Nach 22 Jahren Vorstandsarbeit hat sich Hans Jäger entschlossen, nicht erneut für ein Mandat im Vorstand zu kandidieren. Hans Jäger hat als Gründungsmitglied in diesen Jahren das Bild des Vereins mitgeprägt und ist entscheidend am Erfolg beteiligt. Auch an dieser Stelle möchte ich ihm im Namen des Vereins für seinen unermüdlischen Einsatz danken. Richtungweisend waren seine innovativen Impulse – insbesondere für Studien und Forschungsprojekte. Seinen Aktivitäten ist es auch zu verdanken, dass die dagnä für den gemeinnützigen Zweck der Förderung von Wissenschaft und Forschung anerkannt wird. Hans Jäger erklärte, dass er zukünftig auch ohne ein Vorstandsamt aktiv in der dagnä mitwirken wird.

» Im ersten Plenarvortrag am Samstag präsentierte Anton Pozniak aus London „Highlights from Washington“, wo im Juli die Welt-AIDS-Konferenz stattfand. Inwiefern kann man von „Highlights“ sprechen, die dem Motto der Welt-AIDS-Konferenz „Das Blatt wenden“ gerecht wurden?

Das Motto Turn the tide – „das Blatt wenden“ ist sehr optimistisch und unterstreicht, dass biomedizinische Voraussetzungen zur Beendigung der HIV-Epidemie gegeben sind. Hinderungsgründe sind Stigmatisierung und Kriminalisierung von HIV-Infizierten, Kürzungen bei der Förderung von HIV-Therapien in Entwicklungsländern aufgrund der Finanzkrise, noch unzureichende Kooperation von Politik, Wirtschaft, Forschung und Patienten. Andererseits wurde auch schon viel erreicht. Wo stehen wir also?

Heilung

Die Heilung der Infektion ist sicher noch in weiter Ferne, dennoch wird intensiv Grundlagenforschung betrieben. Hier werden verschiedene experimentelle Ansätze verfolgt. Neben gentherapeutischen Ansätzen wird versucht, durch den Einsatz von Histon Deacetylase Inhibitoren (HDAC-Inhibitoren) den Pool der latent infizierten Zellen zu reduzieren. HDAC-Inhibitoren führen zur Aktivierung dieser CD4-Zellen, die nun für das Immunsystem als Ziel erkennbar sind und eliminiert werden. Auch wurde von dem Berliner Patienten berichtet, bei dem nun sechs Jahre nach seiner Knochenmarktransplantation mit einem CCR5 Delta 32 homozygoten Transplantat ohne antiretrovirale Therapie weiter keine HI-Viren im Körper nachweisbar sind.

Behandlung als Prävention

Als bahnbrechend wird die HPTN-052 Studie bewertet, die eine 96-prozentige Reduktion der Infektionsrate in serodiskordanten Paaren zeigt, wenn der infizierte Partner eine erfolgreiche antiretrovirale Therapie einnimmt. In dieser Studie wurden über 1700 serodiskordante Paare, in denen für den infizierten Partner noch keine Therapieindika-

Satzungsgemäß besteht der Vorstand der DAGNÄ aus fünf Personen. Jeweils zwei Vorstandsmitglieder vertreten den Verein gemeinschaftlich. Der Vorstand wird für die Dauer von zwei Jahren gewählt. Für die nächste Amtszeit wurden von der Mitgliederversammlung am 14. September 2012 in den Vorstand gewählt:



Dr. Stefan Christensen, Münster



Dr. Stephan Klauke, Frankfurt a. M.



Dr. Christoph Mayr, Berlin



Dr. Carl Knud Schewe, Hamburg



Dr. Susanne Usadel, Freiburg

Washington 2012: Heiß, bunt, gigantisch – Impressionen



tion bestand, 1:1 randomisiert in einen Arm mit sofortigem Beginn einer HIV-Therapie versus Verlaufskontrollen und Beginn der Therapie, wenn die CD4 Zellen unter die kritische Grenze von 250/µl gefallen sind. Diese Studie belegt eindrucksvoll, wie durch eine Senkung der HI-Virusbelastung unter die Nachweisgrenze eine Übertragung des Virus nahezu unmöglich gemacht wird. Die einzige HIV-Übertragung im Behandlungsarm der Studie fand zu einem Zeitpunkt statt, als die Virusmenge im Blut des infizierten Partners noch nicht unter der Nachweisgrenze lag. Als zusätzlicher Nutzen zeigte sich für die antiretroviral behandelten Patienten eine signifikante Reduktion HIV-assoziiierter Komplikationen. Das Konzept „treatment as prevention“, also die Behandlung aller HIV-Infizierten, um die Ausbreitung der Infektion zu verhindern, hat zum Beispiel in den USA dazu beigetragen, dass eine generelle Behandlungsempfehlung für alle HIV-Infizierten in die nationalen Leitlinien aufgenommen wurde.

Modellberechnungen auf Basis der HPTN 052 Studie zeigen für Länder wie Südafrika, dass durch eine Ausweitung der antiretroviralen Therapie für alle HIV-Infizierten schon nach fünf Jahren nicht nur Morbidität und Mortalität, sondern auch die Transmissionsrate dramatisch gesenkt und sogar Kosten gespart werden.

Präexpositionsprophylaxe

Sehr kontrovers wurden die Studien zur Präexpositionsprophylaxe (PrEP) diskutiert. Bei der PrEP wird eine HIV-negative Person, die ein hohes Risiko besitzt, sich mit dem HI-Virus zu infizieren, mit antiretroviralen Medikamenten behandelt. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass sowohl bei

homosexuellen Männern (iPrex-Studie) als auch bei stabilen serodiskordanten Paaren in Afrika (TDF2- und Partners PrEP-Studie) durch die dauerhafte Einnahme eines HIV-Medikaments (Truvada®, Viread®) durch den seronegativen Partner die Infektionsrate um ca. 40 % gesenkt werden kann. Bei den Probanden, die die Medikation wirklich regelmäßig eingenommen haben, scheint die Schutzwirkung über 80 % zu sein. Eine weitere Studie (Fem-PrEP Studie) wurde jedoch wegen Ineffektivität der PrEP abgebrochen. Grund war die sehr schlechte Adhärenz der Probanden. Viele Fragen bleiben offen: Welche Bevölkerungsgruppe würde von einer PrEP profitieren? Überwiegt der Nutzen (Reduktion der Infektionsrate) das Risiko (der Medikamentennebenwirkungen)? Wie hoch ist das Risiko der Resistenzentwicklung? Wer übernimmt die Kosten? Wie wird die Akzeptanz in den Risikogruppen sein?

Kriminalisierung

Ein weiteres wichtiges Thema war die Stigmatisierung und Kriminalisierung von HIV-Infizierten in vielen Ländern der Welt. Beide Phänomene sind unüberwindbare Barrieren sich testen und behandeln zu lassen. Auch in Deutschland findet eine Kriminalisierung HIV-Infizierter statt. Die Deutsche AIDS-Hilfe hat zu diesem Thema ein Positionspapier veröffentlicht, welches in einem sehr gut besuchten Parallelworkshop diskutiert wurde. Auch ohne Übertragung des Virus wird der ungeschützte Verkehr eines HIV-positiven Menschen mit einer HIV-negativen Person von Gerichten als versuchte schwere Körperverletzung verurteilt, wenn sich die HIV-positive Person nicht als HIV-infiziert zu erkennen gibt. Die Verantwortung für die Verhinderung der HIV-Übertragung liegt

also nach gängiger Rechtsauffassung ganz bei dem HIV-infizierten Partner. Hierbei wird nicht berücksichtigt, dass es sich außer bei Vergewaltigungsfällen oder Sex mit Minderjährigen um eine einvernehmliche Handlung von zwei mündigen Menschen handelt, die für ihre Handlungen selber verantwortlich sind. Die einseitige Verlagerung der Verantwortung auf den HIV-positiven Menschen wiegt die nicht infizierten Menschen in eine falsche Sicherheit, lässt die HIV-Testbereitschaft sinken und führt so eher zu mehr HIV-Übertragungen.

» Welche Impulse haben Sie persönlich aus den USA mit nach Köln gebracht?

Die Herausforderungen in der Betreuung HIV-Infizierter haben sich gewandelt. Die Behandlung opportunistischer Infektionen ist in den Hintergrund getreten. Die HIV-Therapie wird zunehmend früher begonnen, individualisiert auf die Lebensumstände und die Begleiterkrankungen ausgerichtet. Auch das Risiko einer HIV-Übertragung in serodiskordanten Partnerschaften kann ein Aspekt bei der Entscheidung zum Therapiebeginn sein. Ein großes Problem in der Praxis sind die vielfältigen Komorbiditäten und die damit einhergehenden Interaktionsrisiken zwischen der HIV-Therapie und der Komedikation. Gerade im Indikationsbereich der kardiovaskulären Erkrankungen gibt es viele neue Medikamente, welche erhebliche Interaktionen mit der antiretroviralen Therapie besitzen und häufig kontraindiziert sind. Diese Wechselwirkungen sind den behandelnden Fachärzten oft nicht bekannt. Hier ist eine enge Zusammenarbeit und intensive Kommunikation zwischen HIV-Behandlern und Fachärzten unerlässlich.

MEDNEWS

Potenzieller Wirkstoff-Kandidat gegen AIDS zeigt erhöhte Aktivität Molekül gegen HIV: kleine Änderung, große Wirkung

Im Kampf gegen AIDS haben Wissenschaftler einen neuen viel versprechenden Therapieansatz gefunden – mit denkbar einfachen Mitteln. Obwohl sie die Form eines bereits bekannten synthetischen Anti-HIV-Moleküls nur leicht veränderten, erzielten sie eine große Wirkung. Das neue Mini-Protein dockt besser an CXCR4-Rezeptoren auf der Oberfläche von Immunzellen an. Damit ist dem Aids-Erreger der Eintritt in die Zellen verwehrt, die Viren können sich nicht weiter im Organismus ausbreiten.

Während es bereits ein CCR5-spezifisches HIV-Medikament gibt, ist für CXCR4 bisher kein Arzneimittel zugelassen. Da das neue, ringförmige Peptid – ein Mini-Protein – den CXCR4-Rezeptor für das Virus blockiert, könnte es sich als ein interessanter Wirkstoff-Kandidat gegen

HIV und AIDS erweisen. Das Forschungsprojekt wurde von Wissenschaftlern vom Lehrstuhl für Pharmazeutische Radiochemie und am Institute for Advanced Study der TUM initiiert und gemeinsam mit Molekularbiologen der Universität Neapel und Virologen des Helm-

holtz Zentrum München durchgeführt. Die TUM-Wissenschaftler um Prof. Dr. Hans-Jürgen Wester und Prof. Dr. Dr. h.c. Horst Kessler hatten ursprünglich an einem neuen Bildgebungs-Verfahren für Tumore gearbeitet. Dafür nutzten sie ringförmige Proteinschnipsel, die sie veränderten, um ihre spezifische Bindung an den CXCR4-Rezeptor zu erhöhen. Dabei erkannten sie, dass diese Methode auch ein enormes Potenzial für die Arzneimittelforschung birgt. Die Wissenschaftler bauten das Peptid mit einem ein-

fachen Trick um, veränderten die Grundstruktur des Moleküls zwar nur geringfügig – seine biologischen Eigenschaften dafür umso mehr: Die Bindungsgruppen des Peptids befinden sich jetzt in einer optimalen Stellung, um an den CXCR4-Rezeptor anzudocken. Damit bindet das Peptid 400- bis 1.500-mal besser an CXCR4 als bisher bekannte andere Verbindungen, die derzeit als Wirkstoffe getestet werden. Die Originalarbeit wurde kürzlich in der internationalen Ausgabe des Fachmagazins „Angewandte Chemie“ veröffentlicht.

Kontakt: Prof. Dr. Horst Kessler
kessler@tum.de
www.org.chemie.tu-muenchen.de

Arzneimittelinteraktionen berücksichtigen

HIV und Onkologie

Eine der großen Herausforderungen in der HIV-Behandlung besteht heute darin, für Patienten, die gleichzeitig an einer Krebserkrankung leiden, die richtige Medikation zu finden und dabei Wechselwirkungen möglichst zu vermeiden. In der Seminarveranstaltung „HIV und Onkologie“ im Rahmen des dagnä-Workshops, moderiert von Dr. Franz Mosthaf, Karlsruhe, und Prof. Dr. Manfred Hensel, Mannheim, stand deshalb das Thema „Interaktionen von Zytostatika und ART“ im Mittelpunkt.

Zwei Falldarstellungen demonstrierten die Vielschichtigkeit und Komplexität der Therapiemöglichkeiten und Fallstricke, die es zu berücksichtigen gilt, wenn bei einem HIV-Patienten eine Krebserkrankung auftritt oder auch bei einer Krebsdiagnose gleichzeitig eine HIV-Infektion festgestellt wird. Es gibt wenig Evidenz, aber z. T. dramatische klinische Erfahrungen.

Im Anschluss an dieses Seminar hatte MedReview Gelegenheit zu einem Gespräch mit den beiden Referenten.

» Hat sich die Inzidenz von Krebserkrankungen bei HIV-Patienten aufgrund der Altersentwicklung erhöht?

Hensel: Die Häufigkeit von Krebserkrankungen bei HIV-Patienten ist insgesamt höher als in der vergleichbaren HIV-negativen Altersgruppe. Verglichen mit den Zeiten, in denen HIV noch nicht so gut mit effektiver ART behandelbar war, geht die Gesamtinzidenz eher zurück. Weil andere Todesursachen, wie z. B. opportunistische Infektionen sehr viel stärker zurückgegangen sind oder kaum noch vorkommen, sind Krebserkrankungen heute als eine der häufigsten Todesursachen sozusagen „übrig geblieben“. Exakte epidemiologische Untersuchungen dazu gibt es meines Wissens nicht, aber natürlich erkranken ältere Menschen, mit oder ohne HIV-Infektion, häufiger an Krebs.

Allerdings haben HIV-Patienten wegen ihrer Immunschwäche ein höheres Risiko Krebs zu bekommen als die Normalbevölkerung und sie erkranken früher als immunstabile Menschen. Aber aufgrund der erfolgreichen HIV-Therapiemöglichkeiten ist das heute bei weitem nicht mehr so gravierend wie zu Anfang.

» Was sind die häufigsten Krebsarten bei HIV-Patienten?

Hensel: Im Vordergrund stehen bei HIV-Infizierten nach wie vor das Kaposi Sarkom, Non-Hodgkin-Lymphome, Hodgkin-Lymphome und das Analkarzinom. Etwas häufiger als bei der Normalbevölkerung treten Leberkrebs und auch Bronchialkarzinome auf.

» Limitiert die HIV-Behandlung die Krebstherapie?

Hensel: Eine zusätzlich notwendige Krebs-



Prof. Dr. Manfred Hensel

therapie macht die HIV-Behandlung aus verschiedenen Gründen schwieriger. Erstens wegen der Interaktionen, wie in den Vorträgen zum Ausdruck gebracht wurde. Man muss diese Interaktionen mit der ART bei der Auswahl der Krebsmedikamente mit bedenken. Das ist ein ziemlich kompliziertes Feld. Leider ist das gesamte Thema Interaktionen wissenschaftlich noch nicht sehr weit erforscht. Wir haben keine gute Evidenz. Schaut man in die Literatur, findet man im Wesentlichen nur kleinere Fallberichte und die Zusammenstellung von wenigen Fällen. Es gibt wenige Übersichtsarbeiten, u. a. von Mounier (2009) und Makinson (2010), die sich damit auseinandergesetzt haben. Man muss allerdings sagen, dass die dort beschriebenen Interaktionen, z. B. der ART mit Cytochrom P 450 oder Auswirkungen der einzelnen ART auf Zytostatika, in vielen Fällen aus Laborexperimenten oder aus theoretischen Erwägungen hervorgegangen sind. Es sind keine Ergebnisse aus systematischen Studien. Wir stützen uns zurzeit noch auf im Laufe der Jahre gesammelte Erfahrungen.

Zweitens gibt es immer noch einen Teil der Patienten, deren HIV-Erkrankung erst mit der Krebserkrankung entdeckt wird. Das betrifft insbesondere Patienten mit Lymphomen, da werden praktisch zeitgleich das Lymphom und die HIV-Erkrankung entdeckt. Diese Patienten haben zu diesem Zeitpunkt sehr niedrige Helferzellen (<50) und bei ihnen ist das Komplikationsrisiko der Chemotherapie wesentlich höher.

» Welche Auswirkungen von Interaktionen haben Sie in Ihrer Praxis schon beobachtet, und kann man Rückschlüsse auf Klasseneffekte ziehen?



Dr. Franz Mosthaf

Mosthaf: Wir haben eine relevante Wechselwirkungen zwischen Vinblastin beim Einsatz zur Behandlung eines Hodgkin Lymphoms und Ritonavir [in Kaletra] beobachtet. Sicherlich ist beim Einsatz von Ritonavir und Medikamenten mit gleichem Wirkprinzip immer besondere Vorsicht geboten.

» Es wurden in diesem Seminar zwei Fälle mit klinisch relevanten Wechselwirkungen vorgestellt – auch unter der Fragestellung „Sind Interaktionen vorhersehbar, vermeidbar?“

Mosthaf: Sind Wechselwirkungen bekannt und in den Fachinformationen beschrieben, dann sind Interaktionen vorhersehbar. Man muss es nur wissen. Ein gutes Beispiel hierfür ist die tuberkulostatische Therapie bei HIV-Patienten. Hier liegen ausreichende Erfahrungen vor und die tuberkulostatische Therapie wird in Abhängigkeit von der antiretroviralen Therapie beim HIV-Patienten modifiziert.

Hensel: Der Onkologe muss bei diesen Patienten besonders wachsam sein, und sich mit einer gründlicheren Recherche, ggf. im „Kleingedruckten“, zu den verordneten Medikamenten noch einmal über mögliche Nebenwirkungen informieren. Solche, wie die beiden vorgestellten Arbeiten helfen dabei. Man kann in die zusammengestellten Tabellen schauen und prüfen, welche Interaktions-Optionen es gibt. Am Ende ist es immer eine von den Begleitumständen des Patienten abhängige Einzelfallentscheidung.

» Würde es zur Vermeidung von Interaktionen ausreichen, das direkte Aufeinandertreffen von HIV- und Krebsmedikamenten zu verhindern, indem man eine Therapie eine Zeitlang aussetzt?

Mosthaf: Oft ist es so, dass sowohl eine Notwendigkeit für die Behandlung des Tumorerleidens als auch für die Behandlung der HIV-Infektion besteht. Somit muss dann gleich-

zeitig behandelt werden. Komplizierend kommt hinzu, dass es nicht eine Krebserkrankung gibt, sondern Krebs ein Überbegriff für viele ganz unterschiedliche Erkrankungen ist, die alle unterschiedlich und zum Teil sehr differenziert, oftmals mit Kombinationstherapien angegangen werden müssen. Das Wichtigste, um relevante Wechselwirkungen zu vermeiden oder zu reduzieren, ist sicher die patientenspezifische Auswahl der antiretroviralen Therapie einerseits in Kombination mit der tumorspezifischen Therapie andererseits

» Inwiefern sind die vorgestellten Fälle mit unerwarteten Verläufen exemplarisch, oder anders gefragt, ist eine Chemotherapie, die für Patienten ohne HIV gängig und gut verträglich ist, allgemein für alle HIV-Patienten mit höheren Risiken verbunden?

Mosthaf: Im Allgemeinen ist eine Chemotherapie für HIV-Patienten nicht mit höheren Risiken verbunden. Benötigt der HIV-

Patient allerdings eine antiretrovirale Therapie müssen, wie bereits gesagt, alle bekannten Wechselwirkungen beachtet werden.

» Sind potenzielle Wechselwirkungen zwischen einzelnen HIV- und Krebs-Medikamenten abhängig von individuellen Patientencharakteristika?

Mosthaf: Ja, auf alle Fälle! Bei dem von uns beschriebenen Patienten lag neben der beschriebenen Wechselwirkung zwischen Ritonavir und Vinblastin mit großer Wahrscheinlichkeit auch eine pharmakogenetische Veränderung vor, da er, wie anamnestisch zu erfahren war, auf Schmerzmittel so gut wie nicht reagierte.

» Worauf sollte der HIV-Behandler bei Verdacht auf eine Krebserkrankung achten und woran kann er sich orientieren? Finden sich entsprechende Warnhinweise in den Fachinformationen?

Mosthaf: Der HIV-Spezialist sollte bei Verdacht auf eine Krebserkrankung oder späte-

stens bei der Diagnose einer Krebserkrankung immer einen mit der HIV-Therapie erfahrenen Onkologen einschalten und interdisziplinär das Behandlungskonzept festlegen.

» Gibt es so etwas wie Leitlinien?

Mosthaf: Leitlinien zu diesem Thema gibt es (noch) nicht. Allerdings gibt es seit Jahren in den gängigen Publikationen wie dem HIV-Leitfaden und dem hiv net Handlungsempfehlungen welche gut fundiert sind.

» Welche Empfehlung würden Sie (die Kerngruppe Onkologie) generell für die Praxis aussprechen?

Mosthaf: Wie oben bereits erwähnt, immer einen interdisziplinären Dialog auf Basis der Erkrankungen des einzelnen Patienten suchen. Hierfür stehen wir als Mitglieder der Kerngruppe Onkologie der dagnä gerne jederzeit telefonisch zur Verfügung.

Vielen Dank für das Gespräch.

Zwischenbilanz und Ausblicke

Die deutsche HIV-NHL Kohorte

Daniel Gillor¹, Christian Hoffmann² und Christoph Wyen¹



Daniel Gillor



Priv.-Doz. Dr.
Christian Hoffmann



Dr. Christoph Wyen

Im Vergleich zur Normalbevölkerung erkranken HIV-infizierte Menschen deutlich häufiger an einem hochmalignen Non-Hodgkin-Lymphomen (NHL). Die optimale chemotherapeutische Behandlung von HIV-assoziierten NHL wird seit Jahren in der Fachliteratur kontrovers diskutiert und ist weiterhin uneinheitlich.

Die deutsche HIV-NHL-Kohorte

In der deutschen HIV-NHL-Kohorte, einer multizentrischen, nationalen, prospektiven Kohortenstudie für Patienten mit AIDS-assoziierten Lymphomen, werden seit 2005 in 35 Zentren deutschlandweit Patienten, die an einem HIV-assoziierten Lymphom erkrankt sind, erfasst und beobachtet. Das Ziel dieser Kohortenstudie ist es, das Outcome von Patienten, bei denen ein HIV-assoziiertes NHL diagnostiziert wurde, im Bezug auf verschiedene therapeutische Herangehensweisen und sowohl klinische als auch histopathologische Merkmale zu analysieren. Neben der spezifischen Chemotherapie werden im Abstand von jeweils sechs Monaten das Outcome im Sinne einer Erkrankungsremission, dem Gesamtüberleben und dem progressionsfreien Überleben erfasst.

Ergebnisse der deutschen HIV-NHL-Kohorte

In einer ersten Auswertung konnte anhand der Daten von 163 eingeschlossenen Patienten zum Zeitpunkt Dezember 2008 gezeigt werden, dass der Einsatz von Rituximab zu einem signifikant höheren 2-Jahres-Gesamtüberleben geführt hat (Wyen 2012). Ferner deutet sich an, dass zum Beispiel diffus-großzellige CD20-positive HIV-NHL weiterhin nicht mit vergleichbaren Erfolgsraten behandelt werden können wie bei HIV-negativen Patienten. Möglicherweise ist mit einem aggressiveren Therapieregime den im Vergleich zu den HIV-negativen aggressiveren Verlaufsformen Rechnung zu tragen. Darüber hinaus mangelt es an klinisch-pathologischen Risikostratifizierungen, um diese deutlich aggressiveren Verlaufsformen früh-

zeitig erkennen und mit einer angepassten Therapiestrategie behandeln zu können. Weitere Studien, die hierüber Aufschluss geben, sind notwendig.

Im Gegensatz zu anderen Kohortenstudien haben Patienten mit einem HIV-assoziierten Burkitt-Lymphom kein niedrigeres Gesamtüberleben, sondern sogar bessere Überlebenschancen als Patienten mit einem diffus-großzelligen B-Zell-Lymphom. Die Ansprechrate im Sinne einer kompletten Remission lag bei den deutschen Patienten, die mittels des intensiven GMALL-Protokolls behandelt wurden, bei ca. 80 % (Paper submitted). Jedoch bestand insgesamt eine nicht zu vernachlässigende Rate an letal verlaufenden infektiösen Komplikationen, so dass in Zukunft evaluiert werden sollte, ob eine Therapiereduktion des GMALL-Protokolls möglicherweise zu einer Reduktion der Toxizität bei gleich bleibender Ansprechrate führt.

Im Kontrast zum verbesserten Überleben bei CD20-positiven HIV-NHL, geben weiterhin

die sehr geringen Ansprechraten bei CD20-negativen HIV-assoziierten Lymphomen Anlass zur Sorge. Als einer der Gründe kann die nicht vorhandene therapeutische Option des Einsatzes von Rituximab angesehen werden. Unabhängig davon, welches Therapiekonzept angewendet wurde (B-ALL/GMALL-Protokoll oder CHOP-basierte Regime), waren in unserer deutschen Kohorte über 50 % der Patienten nach sechs Monaten verstorben. Die Todesursache war in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in einer

Lymphomprogression zu sehen. Diese Zahlen zeigen, dass dringend neue Therapiekonzepte für die Gruppe der CD20-negativen HIV-NHL benötigt werden (Paper submitted).

Ausblick

Aktuell sind in der deutschen HIV-NHL-Kohorte bis Mitte 2012 beinahe 350 Patienten eingeschlossen worden. Eine Reihe von Auswertungen zum Beispiel zur Rezidivhäufigkeit oder weitere Analysen zu den

CD20-negativen Lymphomen werden aktuell durchgeführt. Eine nationale prospektive Studie zu diffus-großzelligen NHL ist derzeit in Planung und wird voraussichtlich zeitnah starten.

¹ Köln, ² Hamburg

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Christoph Wyen
Uniklinik Köln Haus 16, EG
Kerpener Str. 62, 50937 Köln
Christoph.wyen@uk-koeln.de

Interdisziplinäre Expertenmeinung – per Internet, E-Mail, Telefon oder Konferenzschaltung Für fachübergreifende Fragen: INXFO

Die Behandlung von HIV- und Hepatitis-Infektionen wird durch die zunehmende Verfügbarkeit von antiviralen Substanzen und diagnostischen Methoden immer erfolgreicher, aber oftmals auch komplexer. Koinfektionen, Komorbiditäten und die Erhaltung der Lebensqualität rücken zunehmend in den Vordergrund der medizinischen Betreuung. Die heutige Herausforderung der HIV-Therapie reicht damit über die Infektiologie hinaus.

Welche ART wähle ich bei meinem Patienten mit HIV-assoziiertes Demenz? Wie behandle ich meine schwangere HIV/HCV-koinfizierte Patientin? Welche ART kann ich mit den Zytostatika meines Patienten kombinieren? Welchen Einfluss haben vorherige versagende Regime auf die Wirksamkeit einer geplanten Therapieumstellung bei meiner Patientin?
Um diese und andere fachübergreifende Fragen zu diskutieren und damit die Qualität der Therapie zu sichern, wurde das Interdisziplinäre Expertenforum HIV und Hepatitis

(INXFO) gegründet. INXFO setzt sich aus Experten diverser Fachrichtungen zusammen, die in ihren medizinischen Fachbereichen auf HIV und Hepatitis spezialisiert sind.

Die Ansprechpartner von INXFO stehen für Anfragen von Ärztinnen und Ärzten, die direkt oder indirekt in der Betreuung von HIV- und Hepatitis-Patienten tätig sind, zur Verfügung.

Denn die Behandlung von Begleiterkrankungen, welche mit einer HIV oder Hepati-

tis-Infektion einhergehen, ist nicht nur für infektiologisch tätige Behandler von Relevanz, sondern auch für die Kollegen, die die Begleiterkrankungen therapieren und bisher wenig Berührungspunkte mit diesen Infektionskrankheiten hatten. Damit lässt dieses neue Serviceangebot Informationen auch in bestehende Netzwerke unterschiedlicher Einrichtungen einfließen und erleichtert dem zunehmenden Bedarf an interdisziplinären Austausch im medizinischen Alltag. Die Anfragen werden bedarfsweise an einen oder mehrere Spezialisten weitergeleitet. Ziel ist eine kurzfristige Beantwortung der meisten Fragestellungen per E-Mail oder Telefon. Zur Lösung von komplexen fachübergreifenden medizinischen Problemen können bei Bedarf Telefonkonferenzen mit den entsprechenden Experten organisiert werden.



Patrick Braun, Tim Kümmerle, Leonie Meemken, Eva Wolf und Christoph Wyen sind neben ihrer Expertentätigkeit für die Organisation und Logistik von INXFO verantwortlich.

Das Beratungsforum, das von der Firma Abbott finanziert wird, steht den Ärzten seit dem 19. 3. 2012 unter www.INXFO.de kostenfrei zur Verfügung stehen.

Folgende Experten aus den aufgelisteten Fachbereichen haben sich zu INXFO zusammengefunden:

Dermatologie
Endokrinologie
Gynäkologie
Hepato-logie / Rheumatologie
Hepato-logie
HIV-Therapie/Resistenz
Immunologie
Kardiologie
Infektiologie/Innere Medizin
Infektiologie/Innere Medizin
Nephrologie
Neurologie
Onkologie
Pädiatrie
Pharmakologie
Pharmakologie
Psychiatrie / Psychotherapie
Substitution, HIV + Migration
Virologie HIV / Hepatitis
Virologie allgemein

Dr. med. Robert Jablonka, Essen
PD. Dr. med. Frank Ackermann, Dresden
Dr. med. Andrea GINGELMAIER, München
PD Dr. med. Christian Wasmuth, Bonn
PD. Dr. med. Holger Hinrichsen, Kiel
Dipl. Phys. Eva Wolf, MPH, München
Dr. med. Hans Heiken, Hannover
PD. Dr. med. Till Neumann, Essen
Dr. med. Tim Kümmerle, Köln
Dr. med. Christoph Wyen, Köln
Dr. med. Ansgar Rieke, Koblenz
Dr. med. Thorsten Rosenkranz, Hamburg
PD. Dr. med. Christian Hoffmann, Hamburg
Dr. med. Cornelia Feiterna-Sperling, Berlin
Leonie Meemken, Pharmazeutin, Hamburg
Nikola Hanhoff, Pharmazeutin, Geilenkirchen
Dr. med. Christian Perro, Hamburg
Dr. med. Markus Müller, Stuttgart
Dipl. Biol. Patrick Braun, Aachen
Dr. rer. nat. Jens Verheyen, Köln

Entscheidende Maßnahme ist die Händedesinfektion

Multiresistente Erreger in der Praxis: MRSA, ESBL ...

Albrecht Stoehr, Hamburg



Dr. Albrecht Stoehr

Im Gegensatz zu Erregern wie Salmonellen, Norovirus und Influenzavirus handelt es sich bei den multiresistenten Erregern wie MRSA und ESBL nicht um hochinfektiöse Erreger. Während diese Erreger im Krankenhaus auf Grund des durch Antibiotika ausgelösten Selektionsdrucks und vieler immunkompromittierter Patienten ein großes Problem darstellen, sind im ambulanten Bereich wie Praxis und Pflegeheim die Kolonisation und die Übertragung auf andere Personen im Vergleich zu Infektionen das größere Problem.

Was sind die Gründe für die Zunahme der multiresistenten Erreger? Das hängt zum einen mit dem nicht induzierten, nicht rationalen Antibiotika-Einsatz in der Humanmedizin zusammen, zum anderen mit dem massiven Einsatz von Antibiotika in der Landwirtschaft. Wie kürzlich berichtet, werden jährlich 1.700 Tonnen Antibiotika in der Landwirtschaft eingesetzt, das ist vierzigmal so viel wie im Krankenhaus und insgesamt achtmal so viel wie in der Humanmedizin insgesamt. Dadurch gelangen auch über Lebensmittel multiresistente Erreger zu den Menschen. Zur Verbreitung der Erreger kommt es durch Nichteinhaltung der (Hände-) Hygiene.

Standardhygienemaßnahmen als Basis in der Regel ausreichend

Wenn Patienten mit multiresistenten Erregern im Krankenhaus, in der Arztpraxis oder im Pflegeheim erscheinen, werden sie mit den Ängsten unterschiedlicher Berufsgruppen konfrontiert: den Ängsten der medizinischen Fachangestellten, der Altenpfleger/innen, des Reinigungspersonals, der Mitbewohner im Pflegeheim sowie der Angehörigen des Patienten. Diese Ängste resultieren aus dem Unwissen der Personengruppen über Übertragungswege.

In der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Impfprävention des RKIs wird festgehalten, dass Standardhygienemaßnahmen als Basis in der Regel ausreichend sind, um eine Übertragung zu verhindern. Eine Zurückweisung von Patienten, die mit multiresistenten Erregern kolonisiert bzw. infiziert sind, ist in der Arztpraxis oder im Pflegeheim aus medizinischer, ethischer und juristischer Sicht nicht gerechtfertigt.

In einer im Jahre 2003 im Epidemischen Bul-

letin des RKI veröffentlichten Prävalenzstudie über MRSA in deutschen Pflegeheimen wurden insgesamt 130 Heime untersucht. Es wurden Abstriche bei 1.342 Bewohnern und 327 Pflegekräften durchgeführt. Die Bewohner waren zu 2,4 % mit MRSA besiedelt. Als Risikofaktor fand sich bei 60 % der Bewohner ein Krankenhausaufenthalt während der letzten sechs Monate. 23-mal wurde der Nachweis nur in der Nase geführt, 3-mal nur im Rachen, 6-mal in der Nase und im Rachen, 32 Wundabstriche waren ohne MRSA-Nachweis. Es gelang kein Nachweis bei den Pflegekräften. Diese Arbeit zeigt, dass MRSA kein hochinfektiöser Erreger ist, selbst bei betroffenen Personen ist meistens nur eine Region besiedelt, es kam nicht zu einer generalisierten Besiedlung.

Im Umgang mit Patienten, die mit multire-



sistenten Erregern kolonisiert/infiziert sind, müssen verschiedene Schutzziele verfolgt werden: zunächst der Schutz des sozialen Lebens des Betroffenen, dann der Schutz der Mitbewohner, der medizinischen Fachangestellten bzw. des Pflegepersonals und zuletzt der Schutz des privaten Umfeldes des Patienten.

Die Erstellung eines Infektionspräventionskonzepts ist erforderlich

Das Ziel ist die Prävention und Unterbrechung von Infektionsketten.

Folgendes muss untersucht werden:

- Ist der Patient kolonisiert oder infiziert? Womit ist er infiziert: mit MRSA, VRE oder ESBL?
- Wo ist er besiedelt: im Nasen-Rachen-Raum, im tiefen Respirationstrakt, im Tracheostoma, in Wunden, um PEG-Sonde, Dauerkatheter oder perianal?
- Wie ist der Zustand des Patienten: Ist der Patient kooperativ oder verwirrt?
- Wie sieht der Pflegebedarf aus: Kann der Patient sich selbst versorgen oder ist er bettlägerig und pflegebedürftig?
- Wie ist die Wohnsituation: Lebt der Patient allein oder mit Partner, lebt er im Heim in einem Einzel- oder in einem Doppelzimmer?

Die Konsequenzen aus diesem Infektionspräventionskonzept sind abhängig von der Art der Betreuung/Pflege, vom individuellen Risiko der Weiterverbreitung, vom Gesundheitszustand des Zimmergenossen des Patienten bzw. des Lebenspartners. Es muss eine Abwägung getroffen werden zwischen der Einschränkung der Bewegungsfreiheit des betroffenen Patienten und dem Infektionsrisiko für andere Personen.

Eine Isolation ist nur in Ausnahmefällen erforderlich. Mitbewohner sollten allerdings nicht immundefizient sein und keine offene Wunde haben.

Die entscheidende Maßnahme, um eine Weiterverbreitung zu verhindern, ist die Händedesinfektion.

Dazu kommen verschiedene Barrieremaßnahmen: das Tragen von Einmal-Handschuhen oder -Schutzkitteln, ggf. Mund-

schutz. Beim Transport sind keine speziellen Schutzanzüge erforderlich, eine Desinfektion potenziell kontaminierter Flächen ist ausreichend.

Bei Pflegemaßnahmen sind Einmalhandschuhe und Einmalkittel angemessen, falls es zu Kontakt mit Flüssigkeiten kommen kann, muss eine flüssigkeitsdichte Schürze getragen werden. Bei der Möglichkeit der Verbreitung der Erreger durch Aerosole, z. B. beim Absaugen eines Tracheostomas, muss ein Mund- und Haarschutz getragen werden.

Wie sind die Verantwortlichkeiten?

Bei Patienten, die im Pflegeheim leben, ist es die Aufgabe des Arztes, die Situation zu analysieren und das Personal aufzuklären. Die Aufgabe des Heimes liegt darin, die Pfl-

ger/innen, das Reinigungspersonal und anderes Personal zu koordinieren. Das Heim muss einen Hygieneplan aufstellen, es muss Mitglied einer Hygienekommission sein und es ist verantwortlich für die Weiterbildung des Personals.

Im Rahmen des Qualitätsmanagements ist sicherzustellen, dass bei allen ärztlichen bzw. pflegerischen Maßnahmen ein einfacher Zugang zur hygienischen Händedesinfektion gegeben ist.

Fazit

Die wichtigsten Maßnahmen im Kampf gegen multiresistente Erreger sind die Information, die Charakterisierung des Infektionsrisikos und die Einhaltung der Standardhygiene. Eine Isolation ist nur in Ausnahmefällen notwendig.

LITERATUR

- 1 Infektionsprävention in Heimen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2005;48:1061-1080 unter Google: rki HALT
- 2 MRSA in Praxis, Pflegeheim und häuslichem Umfeld. Bayerisches Ärzteblatt 2008;3:176-181
- 3 Konsensempfehlung Baden-Württemberg: Umgang .mit hochresistenten Enterobakterien inklusive ESBL-Bildnern, HygMed 2010;35:40-45

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Albrecht Stoehr
Institut für interdisziplinäre Medizin GmbH
Allgemeines KH St. Georg Haus K
Lohmühlenstr. 5
20099 Hamburg
stoehr@ifi-medin.de

DAGNÄ Projekt 50/2010 – Die ältere Patientin / Der ältere Patient Alles im Griff?

Birgit Mück, München, für die DAGNÄ 50/2010 Study Group

Zur Erhaltung ihrer Gesundheit sollten sich Erwachsene täglich mindestens eine halbe Stunde lang moderat bewegen, das heißt, leicht ins Schwitzen kommen. Nach Ergebnissen des Gesundheitssurveys des RKI [1] treibt nur ein geringer Anteil der Bevölkerung in einem gesundheitlich bedeutsamen Umfang Sport. Dr. Ulrich Kastenbauer präsentierte beim diesjährigen dagnä-Workshop in der Sektion „Gesund bleiben mit HIV“ Daten aus der Studie 50/2010 bzgl. Fitness, Sport und seelischem Wohlbefinden bei älteren Männern im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen wie HIV und Diabetes.

Die Studie 50/2010, die von der dagnä initiiert wurde, hat es sich zur Aufgabe gemacht, drei unterschiedliche Patientengruppen (HIV-Positive, Diabetiker und Kontrollen) umfassend zu untersuchen [2] und dabei auch Aspekte der körperlichen Betätigung sowie des seelischen Wohlbefindens betrachtet.

Griffstärke und Wohlbefinden

Wie misst man die körperliche Fitness älterer Menschen? In der Studie 50/2010 kam

zu diesem Zweck ein sogenanntes Handdynamometer zum Einsatz, mit dessen Hilfe man die Muskelstärke messen kann. Dieses Griffstärkemessgerät kommt beim Geriatrischen Assessment zum Einsatz und dient als Indikator für altersbedingten Abbau der Muskelmasse (Sarkopenie) und Gebrechlichkeit („frailty“). Es wird verwendet zur Beurteilung von Erkrankungsverläufen und zur Evaluierung von Therapie- bzw. Trainingserfolgen. Weiterhin wird es für sportmedizinische Untersuchungen sowie auch



Dr. phil. Birgit Mück



Abb. 1: Griffstärkemessgerät.

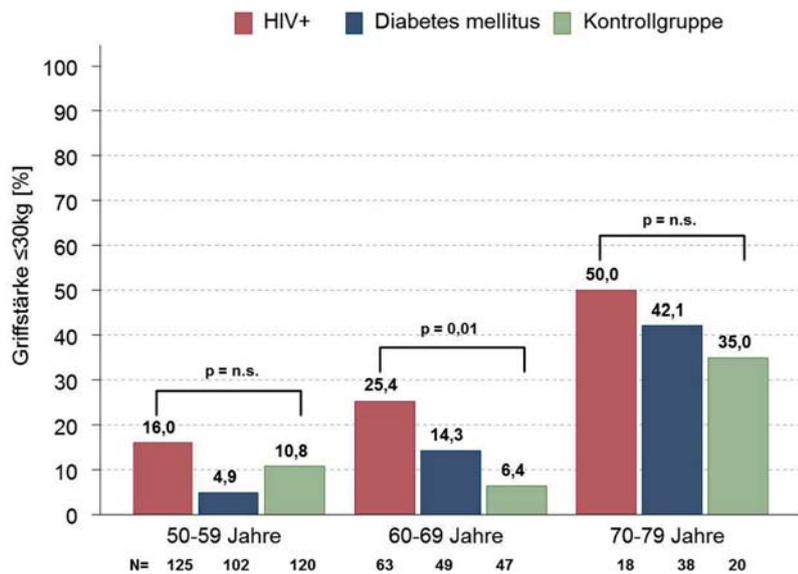


Abb. 2: Anteil der Patienten mit „Griffschwäche“ (≤30 kg), nach Patienten- und Altersgruppen stratifiziert.

Tab. 1: Risikofaktoren für schlechtes „Psychisches Wohlbefinden“ (Score < 56, [3])

	OR	P-Wert	95 % Konfidenzintervall
HIV + Kontrollen	1,29	n.s.	0,7–2,2
Diabetes Pat. vs. Kontrollen	0,84	n.s.	0,5–1,5
60–69 vs. 50–59 Jahre	0,39	0,001	0,2–0,7
70–70 vs. 50–59 Jahre	0,47	0,048	0,2–0,99
Erwerbstätig vs. nicht erwerbstätig	0,40	0,001	0,2–0,7
Feste Partnerschaft vs. keine	0,50	0,002	0,3–0,8
> Co-Erkrankungen vs. <2	1,06	n.s.	0,6–1,8
> 2x/Woche sport vs. <2x/Woche	0,57	0,013	0,4–0,9

im Leistungssport eingesetzt. Abb. 1 zeigt das in der Studie verwendete SAEHAN Griffstärkemessgerät. Zusätzlich wurden die Patienten nach der Häufigkeit ihrer sportlichen Betätigung und der von ihnen ausgeübten Sportart pro Woche befragt.

Das körperliche und psychische Befinden der Patienten wurde mit dem SF-36-Fragebogen ermittelt. Der SF-36 ist ein kurzes, ökonomisches, krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in neun Dimensionen, aus denen zwei Dimensionen herausgegriffen wurden: „Körperliche Funktionsfähigkeit“, damit ist die Fitness (bzw. „Alltagstauglichkeit“) der Patienten gemeint und „Psychisches Wohlbefinden“, wodurch das seelische Befinden der Patienten erfasst wird.

Ergebnisse

Mehr als die Hälfte der männlichen Probanden treiben regelmäßig mindestens zwei Mal pro Woche Sport. Die Häufigkeit Sport zu treiben ist bei den HIV-positiven Probanden vergleichbar mit der Kontrollgruppe (58 % vs. 60 %). Die „Griffschwäche“ (definiert als ≤30 kg) ist stark altersabhängig (Abb. 2).

Weiterhin ist die „Griffschwäche“ assoziiert mit weniger sportlicher Aktivität, mit einer Einschränkung der „Körperlichen Funktionsfähigkeit“ und auch schlechterem „Psychischen Wohlbefinden“.

Der Anteil der Probanden mit schwacher Griffstärke und schlechter „Körperlicher Funktionsfähigkeit“ ist in der Gruppe der HIV-Positiven höher als bei den Kontrollen. Auch schneiden HIV-Patienten in Bezug auf das „Psychische Wohlbefinden“ schlechter

50/2010 Study Group

Dr. Baumann
 Dres. Baumgarten/Dupke/Carganico
 Dres. Brust/Schuster
 Dres. Busch/Christensen
 Dres. Denger/Sammler
 Dr. Dix
 Dres. Friese/Cseke
 Dres. Gippert/Hartmann
 Dr. Gospodinov
 Dr. Haberl
 Dres. Hanhoff/Fussen
 Dres. Klausen/Hintsche
 Dres. Hoffmann/Hansen
 Dres. Jägel-Guedes/Jäger
 Dr. Karwat
 Dres. Knecht/Klauke
 Dr. Köppe
 Dres. Kuhlmann/Holm/Heiken
 Dr. Lauenroth-Mai

ab. Jedoch scheint die HIV-Infektion per se diesbezüglich keine unabhängige Rolle zu spielen. Soziale Faktoren wie Erwerbstätigkeit und Partnerschaft stehen hier im Vordergrund (Tab. 1). Das heißt, die Erwerbstätigkeit und feste Partnerschaften steuern maßgeblich zum „Psychischen Wohlbefinden“ bei. Protektiv für das „Psychische Wohlbefinden“ ist auch Sport, d. h., wer mindestens zweimal wöchentlich Sport treibt, fühlt sich auch seelisch besser.

Ausblick

In der Studie 50/2010 sehen wir, dass männliche HIV-Patienten das gleiche sportliche Aktivitätsniveau erreichen wie Kontrollen. Auf den ersten Blick ist trotzdem ihre Lebensqualität schlechter als die der Normalbevölkerung, dies scheint aber in sozialen Faktoren wie Partnerschaft und Erwerbstätigkeit begründet zu sein.

Fazit

Zweimal Sport pro Woche wirkt sich positiv auf das seelische Wohlbefinden aus, unabhängig ob eine HIV-Infektion vorliegt oder nicht.

LITERATUR

- 1 Bellach, B.-M. (1999) Der Bundes-Gesundheitsurvey 1998 Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven; In: Das Gesundheitswesen. Sonderheft 2; 61. Jahrgang, Dezember 1999
- 2 Mück, B. (2011) Altern HIV-Patienten anders? Dagnä Projekt 50/2010 – Die ältere Patientin / Der ältere Patient. In: Wiley-Blackwell MedReview 13-2011, 15-16
- 3 Sayer, A.A., Syddall, H.E., Martin, H. J., Dennison, E.M., Roberts, H.C., Cooper, C. (2006) Is grip strength associated with health-related quality of life? Findings from the Hertfordshire Cohort Study. In: Age and Aging 2006, 35, 409-415

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. phil. Birgit Mück
 MUC Research GmbH
 Karlsplatz 8, 80335 München
 bmu@mucresearch.de

Dr. Mauruschat
 Dres. Mayr/Schmidt
 Dr. Meurer
 Dres. Mostaf/Procaccianti
 Dres. Pauli/Becker
 Dres. Plettenberg/Stöhr
 Dres. Rausch/Freiwald
 Dres. Reith/Gottstein
 Dr. Schappert
 Dr. Schlote
 Dr. Schölzel
 Dres. Schranz/Fischer
 Dr. Schuler
 Dr. Stündel
 Dres. Ulmer/Frietsch/Müller
 Dr. Usadel
 Dr. Wünsche
 Dr. Zebhauser

Der knifflige Fall

Serokonverter – sofort behandeln?

Peter Gute, Frankfurt a. M.



Dr. Peter Gute

Die auf klinische Evidenz aus Studien beruhenden aktuellen Behandlungsrichtlinien empfehlen die Behandlung einer frühen Infektion nur, wenn Symptome oder eine CD4-Zellzahl < 500 vorliegen. Aber möglicherweise gibt es Perspektiven, die evtl. für eine frühe Therapie zur Reduktion latent infizierter CD4-Zellen sprechen können. Dies insbesondere im Rahmen der aktuellen Diskussion zum Thema Heilung.

In den letzten Jahren wurden in mehreren Studien bei Patienten, die während der frühen Infektion behandelt wurden, keine Vorteile gesehen. So wurden z. B. in der Spartac Studie (Großbritannien) Serokonverter entweder für drei Monate oder ein Jahr behandelt. Es gab in dieser Studie keine Unterschiede im Vergleich zu Patienten ohne frühe Behandlung. Was spricht also für eine frühe Therapie? Einige Wissenschaftler glauben, dass durch eine frühe Behandlung das Reservoir von latent infizierten CD4-Zellen reduziert werden kann. Evtl. können Patienten mit diesem geringeren Reservoir in der Zukunft leichter geheilt werden.

CROI 2012

Einige Beiträge der CROI 2012 zeigen, dass eine frühzeitige Behandlung zu einem deutlich reduzierten Reservoir (ähnlich wie von Elite-Controller) führen kann. Dies sind Menschen, die eine so starke Immunantwort gegen HIV haben, dass sie vielleicht Jahrzehnte ohne Behandlung leben können.

Long-term HIV-1 Control after Interruption of a Treatment Initiated at the Time of Primary Infection is Associated to Low Cell-associated HIV DNA Levels: ANRS VISCONTI Study

A Saez-Cirion¹, L Hocqueloux², V Avettand-Fenoel³, C Goujard⁴, T Prazuck², J-P Viard⁵, F Tibaoui⁶, A Venet⁷, G Pancino¹, Christine Rouzioux³, and ANRS Visconti Study Group

¹Inst Pasteur, Paris, France; ²Ctr Hosp Regional Orléans La Source, France; ³Ctr Hosp Univ Necker, Univ Paris Descartes, France; ⁴Ctr Hosp Univ Kremlin-Bicêtre, France; ⁵Ctr Hosp Univ Hôtel Dieu, Paris, France; ⁶INSERM U1012, Le Kremlin-Bicêtre, France; and ⁷INSERM U1018, Le Kremlin-Bicêtre, France

Long-term Control of HIV Reservoir after a 2-year ART Course at Acute Infection

Alain Lefeuvre^{*}, G Hittinger, V Lambry, G Philip, and C Poggi
Gen Hosp, Toulon, France

Prolonged Control of Replication-competent Dual-tropic HIV-1 following Cessation of HAART

Maria Salgado^{*1}, A Rabi¹, K O'Connell¹, R Buckheit III¹, J Bailey¹, A Chaudhry¹, J Margolick², R Siliciano^{1,3}, and J Blankson¹
¹Johns Hopkins Univ Sch of Med, Baltimore, MD, US; ²Johns Hopkins Univ Bloomberg Sch of Publ Hlth, Baltimore, MD, US; and ³Howard Hughes Med Inst, Baltimore, MD, US

Es gibt für die Patienten keine Garantien, dass eine frühzeitige Behandlung für sie von Vorteil ist, nur die theoretische Möglichkeit, dass sie möglicherweise in der Zukunft davon profitieren können.

Da nur sehr wenige HIV-Patienten diese einmalige Gelegenheit (Chance?) bekommen, sollte man dies auf jeden Fall mit den Patienten besprechen und ihnen eine frühe ART anbieten.

Kasuistik

In dem von mir vorgestellten Fall wurde die HIV-Diagnose 18 Tage nach der Infektion gestellt. Ich habe am Tag 24 nach der Infektion begonnen, die Patientin zu therapieren. Es handelt sich um eine 56-jährige Krankenschwester, die sich am 8. 9. 2011 erstmals bei uns vorgestellt hatte. Ihr Partner war nach einem Kenia-Aufenthalt schwer erkrankt und musste stationär behandelt werden. Bei ihm wurde am 7. 9. 2011 die HIV-Infektion festgestellt. Seine Viruslast betrug zu dem Zeitpunkt > 10.000.000 Kop./ml. Der letzte Sexualkontakt fand am 4. 9. 2011 statt. Bei der

Patientin selbst war der HIV-Schnelltest vom 7. 9. 2012 negativ und die bei uns am 8. 9. 2011 gemessene Viruslast betrug < 20 Kop./ml.

Zu diesem Zeitpunkt entschieden wir uns gegen eine PEP, da schon fünf Tage seit dem Risikokontakt vergangen waren. (Das Ergebnis der Viruslastmessung lag uns auch am 8. 9. 2011 noch nicht vor)

Die nächste Kontrolle der Viruslast erfolgt am 22. 9. 2011. Jetzt wurde eine Viruslast von 142.510 Kop./ml bei ihr gemessen. Am 26. 9. 2011 traten bei der Patientin Symptome auf (grippale Beschwerden / Lymphknotenschwellung) und wir begannen, nach ausführlicher Beratung, am 29. 9. 2011 eine ART mit Truvada[®], Norvir[®] und Prezista[®]. (Viruslast am 29. 9. 2011: 2.517.164 Kop./ml; CD4 329 (47 %))

Die Therapie wurde von der Patientin sehr gut vertragen und wird bis heute fortgeführt. Aktuelle Laborwerte: Viruslast < 20 Kop./ml; CD4 705 (47 %).

Die Frage ist jetzt, wie weiter verfahren werden soll. Die Patientin möchte die ART nach einem Jahr gern beenden.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. Peter Gute
Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
Friedensstraße 2
60311 Frankfurt am Main
gute@infektiologikum.de

HIV-Leitfaden als App

Das deutsche Nachschlagewerk für HIV – den HIV-Leitfaden – gibt es auch als kostenlos downloadbare APP im App-Store für iPhone, iPod touch und iPad (ab iOS 3.2.2). Die App wird von dagnä-Mitgliedern aus Baden-Württemberg geschrieben und jährlich aktualisiert. Funktional gibt es eine Volltextsuche, eine Favoritenverwaltung (mit voreingestellten guten Webadressen zum HIV-Bereich) und eine Übersicht der zuletzt geänderten Inhalte.



Therapie bei Koinfektion in der Praxis

Chronische Hepatitis C Genotyp 1 bei HIV-Infizierten

Stefan Christensen, Münster



Dr. Stefan Christensen

Etwa 10 Jahre lang hat sich die Therapie der chronischen Hepatitis C-Virus (HCV)-Infektion mit einer Kombination von PegIFN und RBV nicht verändert. Mit Zulassung neuer Medikamente 2011 veränderte sich die Behandlung von chronisch HCV GT 1-Infizierten grundlegend. Aber es sind bei weitem noch nicht alle Fragen zum rationalen Einsatz der neuen Proteasehemmer beantwortet.

Die duale Kombinationstherapie, bestehend aus pegyliertem Interferon (PegIFN) und Ribavirin (RBV) versprach seit ihrer Etablierung für chronisch HCV- Monoinfizierte Heilungsraten (Sustained Viral Response = SVR) von über 80 % für Genotyp 2 oder 3 (GT 2/3)-Infizierte und von weniger als 50 % bei Genotyp 1 (GT 1)-Infizierten, wobei durch eine Individualisierung, eine Optimierung von Dosierung und Therapiedauer, nochmals zusätzlich 5–8 % der GT 1-Infizierten geheilt werden konnten [1]. Die Ansprechraten für HIV/HCV-Koinfizierten waren bei gleicher Medikation schlechter. Selbst nach Optimierung der RBV-Dosierung lagen die Heilungsraten in der PRESCO-Studie für GT 1-Infizierte bei 36 % und bei GT 2/3-Infizierten bei 72 % [2]. Dabei besteht eine besondere Notwendigkeit einer antiviralen Hepatitis C-Behandlung bei Koinfizierten aufgrund eines erhöhten Risikos einer Progression der Lebererkrankung für diese Patientengruppe [3].

Mit Zulassung von Victrelis® (Boceprevir = BOC) und Incivo® (Telaprevir = TVR) 2011 veränderte sich die Behandlung von chronisch HCV GT 1- Infizierten grundlegend. Im Vergleich zum bisherigen Therapiestandard, einer Kombination von PegIFN und RBV,

erreichten, je nach Vorbehandlungsstatus, 26–62 % mehr HCV-Monoinfizierte eine Heilung (Abb.1).

Auf der 19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2012 wurden dann auch Heilungsraten für HIV/HCV GT 1-Koinfizierte vorgestellt, die mit einer antiviralen HCV- Dreifachtherapie unter Einschluss von Boceprevir oder Telaprevir behandelt wurden [9, 10]. Erfreulicherweise bedeutete die Hinzunahme eines der beiden HCV-Proteasehemmer ebenfalls eine deutlich höhere Heilungschance im Vergleich zur PegIFN plus RBV-Vergleichstherapie. Daten liegen nur für eine insgesamt 48-wöchige Behandlung vor, Therapieverkürzungen bei günstigen Voraussetzungen sind, im Gegensatz zu HCV-Monoinfizierten, bisher nicht vorgesehen. Regeln zum Therapieabbruch bei mangelndem Ansprechen sind gut definiert, in Therapiealgorithmen verfügbar und gelten ebenso für HIV/HCV-Koinfizierte. Bei Einsatz von TVR im Rahmen einer Triple-Therapie kann die Bestimmung einer HCV-PCR bereits zur Woche 2 helfen, den Abfall der Hepatitis C Viruslast zur Woche 4 einzuordnen und Therapieversager früh zu erkennen. Allerdings stammen die Daten zu dieser Empfehlung aus klini-

schen Phase 3-Studien, die nur HCV-Monoinfizierte einschlossen [8].

Diese neue Behandlungsoption für HCV-GT 1 Infizierte bedeutet aber nicht nur eine größere Chance auf Heilung, sondern stellt aufgrund zusätzlicher Nebenwirkungen und potenzieller Wechselwirkungen mit den antiretroviral wirksamen Substanzen und anderen Medikamenten eine besondere Herausforderung für die Patienten und den/die Behandler/-in dar. Insbesondere ausgeprägte Anämien, juckende Hauteffloreszenzen (Rash), Geschmacksstörungen und analer Pruritus machen den Patienten zu schaffen [4, 5, 6, 7], treten aber bei HIV/HCV-Koinfizierten nicht häufiger auf als bei HCV-Monoinfizierten [9, 10]. Die Notwendigkeit, dass beide HCV-Proteasehemmer alle acht Stunden mit einer Mahlzeit eingenommen werden müssen, erschwert die notwendige Adhärenz, um Therapieversagen und die Selektion resistenzassoziierter Virusvarianten zu vermeiden.

Europäische [12] und deutsche Leitlinien [13] und Therapieempfehlungen schließen im Prinzip keine chronisch Hepatitis C-Monoinfizierten über 18 Jahre von einer antiviralen Behandlung aus, die eine kompensierte Lebererkrankung haben und zu einer Behandlung bereit sind. Unter Abwägung der Vor- und Nachteile der beschriebenen HCV-Triple-Therapie bei HIV/HCV-Koinfizierten kann ein adaptierter Behandlungspfad die Therapieentscheidung aber erleichtern [13]. Dabei spielt eine große

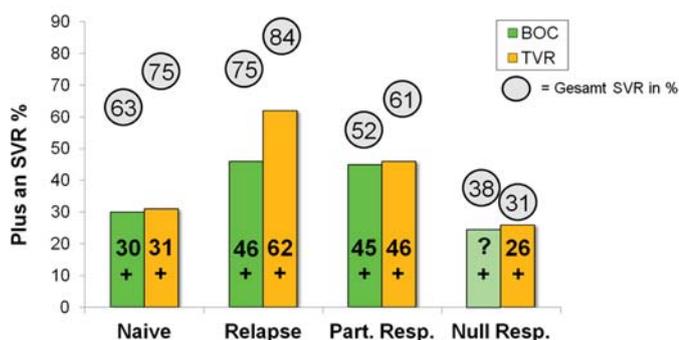


Abb. 1: Zunahme der SVR bei chronisch HCV GT 1-Monoinfizierten mit einer Triple-Therapie im Vergleich zur Behandlung mit PegIFN + RBV [4, 5, 6, 7]. Keine head-to-head Studien!

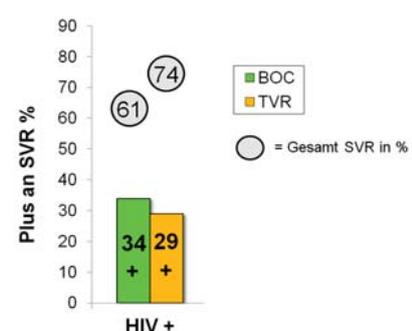


Abb. 2: Zunahme der SVR bei chronisch HIV/HCV GT 1-Koinfizierten mit einer Triple-Therapie im Vergleich zur Behandlung mit PegIFN + RBV [9, 10]. Keine head-to-head Studien!

HIV ART	Empfehlungen
Abgeschl. Studien	
Atazanavir/r	Klinische und Laborkontrolle bezüglich Hyperbilirubinämie
Darunavir/r Fosamprenavir/r Lopinavir/r	Nicht empfohlen
Efavirenz	TVR Dosis auf 1125 mg q8h erhöhen
Raltegravir	Keine Dosisanpassung erforderlich
Tenofovir	Intensive klinische – und Laborkontrollen

auch möglich: Rilpivirin und Etravirin [11]

Abb. 3: Empfehlungen zum Umgang mit möglichen Wechselwirkungen zwischen TVR und der ART [Rockstroh J, et al. 19th CROI; Seattle, WA; March 5-8, 2012. Invited Symposium].

HIV ART	Empfehlungen
Abgeschl. Studien	
Atazanavir/r	Allgemein nicht empfohlen; EMA: Einzelfallentscheidung bei HIV-Pat. ohne HIV-Resistenzen und supprimierter HIV-RNA
Darunavir/r Fosamprenavir/r Lopinavir/r	Nicht empfohlen
Efavirenz	Nicht empfohlen
Raltegravir	Keine Dosisanpassung erforderlich

Hibikotte E et al. 19th CROI, Seattle, WA; March 5-8, 2012. Abstr. 771LB
De Kauter C et al. 19th CROI, Seattle, WA; March 5-8, 2012. Abstr. 772LB
FDA Safety Announcement, dated 08 Feb 2012
EMA press release, dated 17 Feb 2012
March "Dear Health Care Provider" letter, dated 06 Feb 2012

Abb. 4: Empfehlungen zum Umgang mit möglichen Wechselwirkungen zwischen BOC und der ART [Rockstroh J et al., 19th CROI; Seattle, WA; March 5-8, 2012. Invited Symposium].

Rolle, dass neue direkt HCV-antiviral wirksame Substanzen (DAA) bereits in klinischen Studien bei HIV/HCV-Koinfizierten getestet werden und weniger Neben- und Wechselwirkungen bei weniger Tabletten und einer einmal täglichen Einnahme erwarten lassen. In der Praxis ergibt sich die Entscheidung für oder gegen eine HCV-Therapie zum jetzigen Zeitpunkt im vertrauensvollen Gespräch mit dem Patienten. Wichtig ist, dass nach ausreichender Information und Diskussion der Patient bereit ist, eine HCV-Therapie zu beginnen.

Bisher sind relativ wenig HIV/HCV-Koinfizierte in kontrollierten klinischen Studien mit TVR oder BOC zusammen mit PegIFN + RBV behandelt worden [9, 10]. Insofern sind bei weitem nicht alle Fragen zum rationalen Einsatz der neuen Proteasehemmer bei dieser Patientengruppe beantwortet. Wünschenswert wäre die Möglichkeit einer Therapieverkürzung bei günstigen prognostischen Parametern und gutem Therapieansprechen, wie bereits bei HCV-Monoinfizierten vorgesehen. Bei Auftreten einer Anämie unter einer HCV-Triple Therapie, kann bei HCV-Monoinfizierten rechtzeitig die Dosis des Ribavirins reduziert werden, ohne dass sich die Chance auf eine SVR signifikant verringert. Das gilt sowohl für den Einsatz von BOC [15], als auch für TVR [16]. Ob diese Intervention für HIV/HCV-Koinfizierte ebenfalls möglich ist, ohne ein dauerhaftes Therapieansprechen zu gefährden, ist nicht geklärt. In der Praxis bleibt aber diesbezüglich oft keine Wahl, um die vorgesehene Behandlungszeit mit BOC oder TVR durchhalten zu können. Zu betonen ist, dass sowohl eine Dosisreduktion, als auch eine Therapieunterbrechung mit späterem Neustart der HCV-Proteasehemmer BOC und TVR kontraindiziert sind.

mie unter einer HCV-Triple Therapie, kann bei HCV-Monoinfizierten rechtzeitig die Dosis des Ribavirins reduziert werden, ohne dass sich die Chance auf eine SVR signifikant verringert. Das gilt sowohl für den Einsatz von BOC [15], als auch für TVR [16]. Ob diese Intervention für HIV/HCV-Koinfizierte ebenfalls möglich ist, ohne ein dauerhaftes Therapieansprechen zu gefährden, ist nicht geklärt. In der Praxis bleibt aber diesbezüglich oft keine Wahl, um die vorgesehene Behandlungszeit mit BOC oder TVR durchhalten zu können. Zu betonen ist, dass sowohl eine Dosisreduktion, als auch eine Therapieunterbrechung mit späterem Neustart der HCV-Proteasehemmer BOC und TVR kontraindiziert sind.

LITERATUR

- 1 Poynard T et al. Lancet 2003; 362: 2095-2100.
- 2 Núñez M. et al., NunAIDS Res Hum Retroviruses. 2007 Aug; 23 (8): 972-82.
- 3 Poynard et al J Hepatol 2003;38: 257-65.
- 4 Poordad F, et al., N Engl J Med 2011; 364: 1195-1206.
- 5 Bacon BR, et al., N Engl J Med 2011; 364: 1207-1217.
- 6 Jacobson IM, et al., N Engl J Med 2011; 364: 2405-2416.

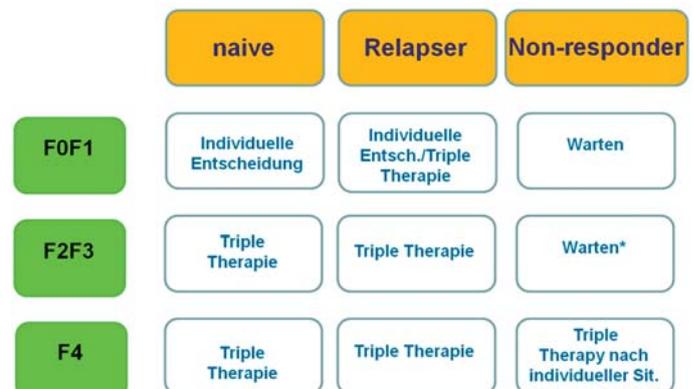
- 7 Zeuzem S, et al., N Engl J Med 2011; 364: 2417-2428.
- 8 Jacobsen I et al, #55, International Liver Congress, Barcelona (Spain) April 18 – 22, 2012.
- 9 Sulkowski et al, # 47, 19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle (USA), March 5-8, 2012.
- 10 Dieterich et al, # 46, 19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle (USA), March 5-8, 2012.
- 11 Kakuda et al., # O_18, 13th International Workshop on Clinical Pharmacology of HIV Therapy, April 16-18, 2012, Barcelona (Spain).
- 12 EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection, Journal of Hepatology 2011; 55: 245-264.
- 13 Sarrazin et al. Update der S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion, AWMF- Register-Nr.: 021/012, Z Gastroenterol 2010; 48: 289-352.
- 14 Ingiliz P, Rockstroh JK. Liver Int. 2012 Sep;32(8):1194-9. doi: 10.1111/j.1478-3231.2012.02796.x. Epub 2012 Apr 1.
- 15 Poordad FF et al., # 1419, International Liver Congress, Barcelona (Spain) April 18 – 22, 2012.
- 16 Sulkowski et al, # 1162, International Liver Congress, Barcelona (Spain) April 18 – 22, 2012.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. Stefan Christensen
 Infektiologische Schwerpunktpraxis
 Salzstraße 58, 48143 Münster
 christensen@cim-ms.de · www.cim-ms.de

Substanzklasse	Wirkstoff
Antibiotika	Betalactame (z.B. Penicilline, Cephalosporine)
Antidepressiva	Doxepin, Sertralin
Antidiabetika	Metformin, Sulfonylharnstoffe, Insulin
Antiemetika	Metoclopramid
Antiepileptika	Levetiracetam, Valproinsäure, Gabapentin
Antihistaminika	Ceterizin
Antihypertensiva	ACE-Hemmer, AT1-Inhibitoren, B-Blocker
Atypische Neuroleptika	Olanzapin
Diuretika	Schleifendiuretika, Thiazide, Spironolacton
HIV / HBV	Raltegravir, Nukleo(t)sidanaloga / Nukleo(t)sidanaloga
Hypnotika	Propofol
Koronarmittel	Isosorbiddinitrat, Molsidomin
Lipidsenker	Fibrate, Fluvastatin, Pravastatin
Migränemittel	Rizatriptan
Säureblocker	Esomeprazol, Omeprazol, Pantoprazol
Hypnotika/Sedativa	Lorazepam, Oxazepam

Abb. 5: Auswahl von Substanzklassen und Wirkstoffen mit geringem Interaktionspotential mit Boceprevir und Telaprevir. Adaptiert nach <http://www.hep-druginteractions.org>, University of Liverpool und Prof. Hartwig Klinker, Universitätsklinik Würzburg.



*Fibrosestadium jährlich kontrollieren, bevorzugt mit zwei etablierten Methoden. Triple Therapie bei schneller Progression

Abb. 6: Umgang mit HIV/HCV- GT 1 Koinfizierten nach Fibrose Stadium und Verlauf einer antiviralen Vortherapie [adaptiert nach 14].

ViiV Healthcare weitet sein Engagement im Bereich der pädiatrischen HIV-Forschung und in der Therapie von HIV-positiven Kindern weiter aus.

Gemeinsam Zukunft gestalten

Eine der großen Herausforderungen bei der Behandlung von Kindern mit HIV ist es, eine Medikamenten-Darreichungsform zu finden, die von Kindern leicht eingenommen werden kann und die auch von nicht spezialisierten Ärzten für Kinder mit unterschiedlichem Gewicht und Alter problemlos verschrieben werden kann. Säuglinge sind beispielsweise nicht in der Lage Tabletten zu schlucken und benötigen antiretrovirale Medikamente in kinderfreundlicher Form, wie *Sirup* oder *Pulver*, die jedoch nicht überall erhältlich sind. Darüber hinaus haben einige dieser Darreichungsformen einen unangenehmen Geschmack, was bei Kindern Widerstände auslöst, diese täglich zu nehmen.

Die neue in der Entwicklung befindliche *dispergierbare pädiatrische Medikamentenkombination* wird nach Erdbeeren schmecken und ist für den Einsatz von Kindern ab dem Alter von 12 Wochen vorgesehen. ViiV Healthcare leistet damit einen bahnbrechenden und weitreichenden Beitrag zur Entwicklung und Zulassung einer kinderfreundlichen Fixkombination, die HIV-positiven Kindern auch in Gebieten mit eingeschränkten Medikamentenressourcen zur Verfügung stehen soll. Die Kooperation mit CHAI und Mylan ist Teil des von ViiV Healthcare ins Leben gerufenen „*Paediatric Innovation Seed Fund*“, der seit 2009 etwa 13 Millionen Euro Forschungsgelder für die pädiatrische HIV-Forschung eingesetzt hat. Die Zuschüsse für fünf weitere Hilfs- und Forschungsorganisationen decken einen Zeitraum von zwei Jahren ab und jede der folgenden fünf Organisationen wird sich auf eine eigene Aktivität bzw. auf eine geografische Region konzentrieren:

- Das *amFAR's Treat Asia Programm* fokussiert in Asien die lokale pädiatrische HIV-Forschung sowie Themen wie Therapieversagen bei Kindern, Auftreten von Resisten-



zen, Medikamentenverträglichkeit und die Ausbildung von medizinischem Personal zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten.

- Die *Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation* (EGPAF) wird weiterhin drei aktuelle Pilotprojekte in Malawi unterstützen. Die Projekte konzentrieren sich auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung schwangerer Frauen sowie von Müttern und Kindern mit HIV. Ziel ist ebenso die Generierung von weiteren Pilotprojekten in neuen Gebieten.
- Die *JUSTRI - the Training Resource-Initiative* entwickelt gemeinsam mit Experten in Rumänien, Großbritannien und Osteuropa ein Konsortium, das eine beobachtende Querschnitts- und Längsschnittstudie mit Kindern, die mit HIV leben, koordinieren wird.
- Die *International AIDS Society* (IAS) wird die pädiatrische HIV-Forschung mit dem Ziel fördern, die Qualität von Behandlungs- und Pflegeleistungen für Kinder mit HIV in Gebieten mit beschränkten Ressourcen zu optimieren.
- Die *Mater Misericordiae Universitätsklinik* wird ein Konsortium von Interessengruppen entwickeln und leiten, um eine beobachtende Querschnittstudie mit 2000 HIV-positiven Kindern und einem 2 Jahres-Follow-up durchzuführen. 1500 Kinder der Patientengruppe werden derzeit in ambulanten Kliniken in East London, Eastern Cape Provinz, Südafrika, behandelt.

Die Entwicklung einer Fixkombination in kinderfreundlicher Darreichungsform, wie z. B. *Suspension*, eröffnet neue Möglichkeiten bei der Therapie von Kindern mit HIV.

In den vergangenen 10 Jahren wurden wichtige Fortschritte errungen, um die medizinische Behandlung von Kindern mit HIV zu verbessern. Jedoch haben immer noch zu wenige Kinder Zugang zu einer adäquaten HIV-Therapie. Weltweit leben etwa 3,4 Millionen Kinder unter 15 Jahren mit dem HI-Virus, geschätzte 90 % von diesen leben in Afrika. Etwa 2 Millionen dieser Patienten würden einer sofortigen Behandlung bedürfen, jedoch nur circa 23 % erhalten diese auch. In Kooperation mit der *Clinton Health Access Initiative* (CHAI) und *Mylan Pharmaceuticals* leistet ViiV Healthcare einen bedeutenden - und als pharmazeutisches Unternehmen bisher einzigartigen Beitrag - zur Versorgung und Behandlung HIV-positiver Kinder: Diese Vereinbarung ist eine neuartige öffentlich-private Partnerschaft, in der ViiV Healthcare die klinische Entwicklung und den Zulassungsprozess einer kinderfreundlichen Kombination von *Abacavir/Lamivudin* begleitet und finanziert. Zusätzlich wird ViiV

Healthcare fünf weitere Hilfs- und Forschungsorganisationen mit etwa 3,8 Millionen Euro bezuschussen, um die Kinder-HIV Forschung und den Zugang zur besseren antiviralen Behandlung von Säuglingen und Kindern zu verbessern.

Bereits im Jahr 2010 verfassten ViiV Healthcare und die *Clinton Health Access Initiative* (CHAI) gemeinsam das nichtmonetäre „*Memorandum of Understanding*“ (MOU) mit dem Ziel, den Bedürfnissen von Kindern mit HIV gerecht zu werden und deren Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern. Ein besonderer Schwerpunkt lag dabei auf der Bewältigung der Herausforderungen in den Entwicklungsländern. Eine reguläre Fixkombination wird üblicherweise für Kinder wegen



Schwierigkeiten bei der Dosis-Anpassung nicht empfohlen. Gemäß der MOU Absichtserklärung hat sich ViiV Healthcare verpflichtet, die entsprechenden Technologien und Ressourcen an Mylan Laboratories zu übertragen, Vorlagen bei Regulierungsbehörden zu erleichtern und bei erteilter Zulassung die Produktion und den Vertrieb der neuen Medikamentenkombination zu geringen Kosten für insgesamt 115 Länder, darunter Entwicklungsländer mit begrenzten Ressourcen und geringem Einkommen sowie Subsahara-Afrika.

Dies ist das erste Mal, dass ein pharmazeutisches Unternehmen in vollem Umfang den gesamten Entwicklungsprozess eines Medikamentes steuert und durchführt, um es dann durch ein generisches Unternehmen der dritten Welt zugänglich zu machen.

„Obwohl Kinder und Säuglinge eine der unterversorgtesten und gefährdetsten Patientengruppe innerhalb der HIV-Epidemie sind, gibt es nur wenige wirtschaftliche Anreize, um für Kinder geeignete HIV-Medikamente zu entwickeln. Die innovative Produktentwicklung von ViiV Healthcare in Partnerschaft mit Mylan versucht sich dieser Herausforderung zu stellen und ist so konzipiert, um die Produkteinführung zu erleichtern und eine kostengünstige Versorgung mit einer Medikamenten-Darreichungsform zu bieten, die den Bedürfnisse von Säuglingen und Kindern gerecht wird“, sagte Alan Staple, Strategic Relationships Manager der Clinton Health Access Initiative.

Mit freundlicher Unterstützung von ViiV Healthcare



Das Strafrecht ist keine Lösung!

Holger Wicht, Berlin



Holger Wicht

Die unabsichtliche Übertragung von HIV und sexuelle Handlungen, bei denen das Virus übertragen werden könnte, sollten nicht mehr strafbar sein. Denn die Kriminalisierung fördert die Verbreitung von HIV und trägt zur Stigmatisierung HIV-Positiver bei.

Der Fall Nadja Benaissa brachte das Thema im Jahr 2009 mit aller Macht in die Öffentlichkeit: Die ehemalige No-Angels-Sängerin wurde angeklagt, mehrfach ungeschützten Sex gehabt und dabei mindestens einen Partner mit HIV infiziert zu haben. Zwei Jahre auf Bewährung lautete am Ende das Urteil. Sie habe, so das Gericht, die Infektion ihres Partners billigend in Kauf genommen. Schon lange vor den Richtern hatten Boulevardmedien die Sängerin in einer regelrechten Hexenjagd schuldig gesprochen.

Immer wieder werden in Deutschland vor Gericht Fälle verhandelt, in denen es um die Übertragung von HIV oder das Risiko einer Übertragung geht. Oft finden sie Widerhall in den Medien. Die Deutsche AIDS-Hilfe hat schon im Fall Nadja Benaissa einen Freispruch gefordert. Im Jahr 2012 haben wir die Strafbarkeit zu einem unserer Schwerpunktthemen gemacht. In unserem Positionspapier „Keine Kriminalisierung von Menschen mit HIV!“ fordern wir, das Strafrecht im Bereich HIV-Übertragung nicht mehr anzuwenden.

Die Fachwelt – einschließlich der HIV/Aids-Organisation der Vereinten Nationen UNAIDS – ist sich einig: Die Kriminalisierung der unabsichtlichen Übertragung von HIV sowie von sexuellem Verhalten, bei dem das Virus weitergegeben werden könnte, trägt nicht dazu bei, HIV-Infektionen zu verhindern. Im Gegenteil: „Die Strafbarkeit konterkariert die erfolgreiche Botschaft der Prävention in Deutschland: Jeder muss für seinen Schutz vor HIV selbst Verantwortung übernehmen!“, sagt Carsten Schatz, Mitglied im Vorstand der Deutschen AIDSHilfe. „Menschen mit HIV einseitig die gesamte Verantwortung zuzuschieben, trägt zu ihrer Stigmatisierung bei. Durch Gerichtsprozesse und die begleitende Medienberichterstattung werden sie zu potenziellen Straftätern gestempelt.“

Die Strafbarkeit vermittelt ein falsches Sicherheitsgefühl

Laut gängiger Rechtsprechung in Deutschland müssen HIV-Positive beim Sex für den Schutz ihres Partners oder ihrer Partnerin sorgen oder ihre HIV-Infektion offenlegen. Ansonsten können sie wegen Körperverletzung beziehungsweise versuchter Körperverletzung belangt werden. Bei HIV-Negativen kann dadurch der falsche Eindruck entstehen, sie seien geschützt, weil eben andere für den Schutz zuständig seien und der Staat die Sache quasi im Griff habe. Häufig sind es zerstrittene ehemalige Paare, die vor Gericht stehen. Oft widersprechen sich dann die Aussagen, inwiefern HIV thematisiert worden ist.

Nicht selten werden auch HIV-Positive angezeigt, obwohl sie sich an die Safer-Sex-Regeln gehalten haben oder aufgrund einer gut wirksamen Therapie nicht infektiös waren. Wenn auch in solchen Fällen keine Verurteilung erfolgt, so sind die Anzeigen doch eine schwere Belastung. Verurteilt werden kann auch nur, wer von seiner Infektion gewusst hat. Dieser Umstand kann davon abschrecken, einen HIV-Test zu machen. Ein fataler Effekt, denn nur wer sich testen lässt, kann auch zum optimalen Zeitpunkt mit einer Therapie beginnen. Dies trägt auch zur Vermeidung der HIV-Übertragung bei, denn sehr viele Infektionen geschehen durch Menschen, die nicht wissen, dass sie das Virus haben. Die Therapien reduzieren das Übertragungsrisiko erheblich. In den meisten Fällen ist eine Weitergabe des Virus so gut wie ausgeschlossen.

Hilfreich ist ein Klima, in dem man offen über HIV und Sex reden kann

Die Angst vor Sanktionen sabotiert nicht nur die Bereitschaft zum HIV-Test, sondern auch die offene Kommunikation über den Schutz vor HIV. Wer sich offenbart oder

Safer Sex thematisiert, ist angreifbar – obwohl er oder sie doch gerade Verantwortung übernimmt. Die Strafbarkeit widerspricht damit wesentlichen Grundsätzen der HIV-Prävention. „Wer das Ziel hat, dass möglichst wenige Menschen sich mit HIV infizieren, muss sich dafür einsetzen, dass das Strafrecht bei diesem Thema außen vor bleibt!“, sagt Carsten Schatz.

Die Justiz geht in der Regel davon aus, dass der oder die HIV-Positive die mögliche Infektion des anderen in Kauf nimmt. Das wird juristisch als eine schwächere Form von Absicht gewertet. Diese Betrachtungsweise verkennt vollkommen die wahren Gründe, warum über HIV im Bett oder am Küchentisch nicht geredet wird. Zugrunde liegt meist die – bei einer Erkrankung wie der HIV-Infektion nicht verwunderliche – Angst vor Stigmatisierung und Zurückweisung. Mit Strafe zu drohen, verschärft die Ängste. Offene Kommunikation und Informationen über HIV können sie dagegen reduzieren.

Manchmal wird argumentiert, das „Opfer“ habe ein Recht auf Aufarbeitung durch ein Gerichtsverfahren und die Verurteilung des „Täters“. Dem liegt das Täter-Opfer-Schema zugrunde, das im Strafrecht Anwendung findet: Der eine tut dem anderen etwas an. Dabei wird schnell deutlich, dass die Situation einer HIV-Übertragung nicht mit einer gewaltsamen körperlichen Attacke vergleichbar ist. „Die Täter-Opfer-Logik passt nicht zu selbstbestimmten sexuellen Begegnungen“, sagt Carsten Schatz. „Es haben alle beteiligten Partner die Möglichkeit, für Schutz zu sorgen, und alle sind voll für ihr Handeln verantwortlich.“ Faktoren wie Leidenschaft und Angst, die bei Sexualität eine große Rolle spielen, kann dieses Schema nicht Rechnung tragen.

Psychologische Studien zeigen außerdem, dass die Gerichtsprozesse dem Kläger nicht bei der Bewältigung der Infektion helfen. Sie führen im Gegenteil eher dazu, dass er in der Opferrolle verharrt, statt zu sehen, wie er selbst zu seiner HIV-Infektion beigetragen hat.

Auch die HIV-Therapie schützt effektiv vor HIV-Übertragungen

Dabei steht außer Frage, dass eine HIV-Infektion zu erheblichen psychischen Verletzungen führen kann, vor allem, wenn Unehrllichkeit im Spiel war. Das Strafrecht ist aber kein geeignetes Mittel der Aufarbeitung. Hilfreich für beide Partner kann zum Beispiel Mediation oder Psychotherapie sein. Es gilt, darauf hinzuwirken, dass Menschen Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Infektion dort suchen, wo sie sie auch bekommen können. Aus den genannten Gründen fordert die Deutsche AIDS-Hilfe, bei HIV-Übertragungen oder -Risiken durch selbstbestimmte sexuelle Handlungen auf die Anwendung des Strafrechts gänzlich zu verzichten. Solange aber noch Strafverfolgung stattfindet, muss die Justiz zumindest anerkennen, dass eine gut wirksame HIV-Therapie ein ausreichender Schutz des Partners ist. Die Therapien schützen mindestens so effektiv wie Kondome. Wer nicht infektiös ist, darf auch nicht wegen versuchter Körperverletzung angeklagt oder sogar verurteilt

werden. Zurzeit wird die wissenschaftliche Tatsache der Nicht-Infektiosität unter Therapie von deutschen Gerichten noch nicht zuverlässig anerkannt.

Die Deutsche AIDS-Hilfe hat im Februar 2012 die Osloer Erklärung unterzeichnet, in der zahlreiche Organisationen und Einzelpersonen das Ende der Strafbarkeit fordern. Im März haben wir dann nach einem intensiven Diskussionsprozess unser eigenes Positionspapier vorgelegt (abrufbar unter www.aidshilfe.de/Wir_über_uns/Standpunkte). Darüber hinaus wünschen wir uns zu diesem Thema eine breite Debatte. Falsche Annahmen möchten wir ausräumen und analysieren. Der Auffassung, HIV-Positive seien in besonderem Maße für den Schutz der HIV-Negativen verantwortlich, liegt offenbar das Bedürfnis zugrunde, die Verantwortung von sich zu weisen und sie an andere Menschen weiterzugeben. Oft steckt die Illusion dahinter: Wenn HIV-Positive für den Schutz sorgen müssen, können die HIV-Negativen unbesorgt weiter ungeschützten Sex praktizieren. Doch die Verantwortung für den

Schutz vor HIV lässt sich nicht delegieren. Es wird Zeit, diese Erkenntnis in die Gesellschaft und den juristischen Diskurs zu tragen.

KORRESPONDENZADRESSE

Holger Wicht
Pressesprecher/Public Relations
Abteilung Kommunikation
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin
holger.wicht@dah.aidshilfe.de
www.aidshilfe.de

Auf aidshilfe.de hat die Deutsche AIDS-Hilfe ausführliche Hintergrundinformationen zum Thema zusammengestellt. Interviews mit Experten sowie mit Menschen, die wegen einer HIV-Übertragung oder -Exposition vor Gericht gestanden haben, verdeutlichen die Auswirkungen der Strafbarkeit im realen Leben.

www.aidshilfe.de/de/infothek/dossiers

Kriminalisierung von HIV-Infizierten

Die strafrechtliche Beurteilung der HIV-Übertragung

Bernd Aretz, Offenbach

Dass die Übertragung einer HIV Infektion den Tatbestand einer Körperverletzung im Sinne des § 223 StGB erfüllt, ist eindeutig, ob als gefährliche oder schwere mag dahin gestellt sein. Damit unterscheidet sie sich weder von der Übertragung anderer Krankheiten noch von ärztlichen Eingriffen. Wenn eine Einwilligung vorliegt, ist die Körperverletzung nicht rechtswidrig und damit auch nicht strafbar. Sie kann stillschweigend aus den Umständen ersichtlich – wie etwa durch die Teilnahme an verletzungsgeneigtem Mannschaftsport – oder ausdrücklich erteilt werden oder, wie bei bewussten Unfallopfern, mutmaßlich vorliegen.

Liegt keine Einwilligung vor, bedarf es für eine Verurteilung zusätzlich der Feststellung der Schuld. Bei erfolgter Körperverletzung reicht zur Verurteilung Fahrlässigkeit aus, das heißt, dass die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht blieb. Kommt es nicht zur Übertragung, muss das Gericht Vorsatz feststellen, um verurteilen zu können. Das kann Absicht oder als bedingter Vorsatz mindestens die billigende Inkaufnahme der Tatfol-

ge sein. Das heißt, man darf nicht darauf vertraut haben, es werde schon gut gehen. Bei vielen Situationen im Straßenverkehr wird dieses Vertrauen akzeptiert, bei der Möglichkeit HIV weiter zu geben jedoch nicht.

Bisherige Urteile

Der erste Fall, der vom Bundesgerichtshof (BGH) 1988 entschieden wurde, betraf einen schwulen Mann. Er hatte in einer Sauna



Foto: Rainer Schilling

Bernd Aretz

zunächst ungeschützten Sexualverkehr mit einem Unbekannten, unterbrach den Vorgang, um ein Kondom zu holen, weil er nicht im Partner ejakulieren wollte. Dies erzählte er, als er mit einer Gonorrhoe aus dieser Begegnung wieder zu seinem Arzt kam, der ihn daraufhin anzeigte. Ein Freispruch war zu dieser Zeit undenkbar, eine Verurteilung konnte mangels Opfer nur erfolgen, wenn man ihm unterstellte, er habe die Infektion des Partners billigend in Kauf genommen. Das höchste niederländische Gericht geht bei einer vergleichbaren Gesetzeslage davon aus, dass angesichts der geringen Übertragungswahrscheinlichkeiten dies nicht unterstellt werden dürfe. Der BGH sah das anders. 2008 wurde in München ein schwuler stabil unter die Nachweisgrenze therapierter Mann zu sechs Monaten Haft wegen des

Versuchs einer vorsätzlichen Körperverletzung verurteilt. Nun muss man fairerweise dazu sagen, dass ein Münchener Virologe das Gericht vorher darüber belehrt hatte, dass auch bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze der Oralverkehr ein deutliches Infektionsrisiko darstelle. Der Verteidiger verzichtete auf einen Gegengutachter.

Die Staatsanwaltschaft als Ermittlungsbehörde wird nur tätig, wenn eine Anzeige vorliegt oder wenn dies dank Medienberichten geboten erscheint. Das Verfahren wird ohne Auflage eingestellt, wenn eine Tat nicht nachweisbar erscheint oder als so geringfügig, dass es einer Strafe nicht bedarf, gegen Geldbuße oder Arbeitsauflage mit Zustimmung des Betroffenen, wenn die Schuld gering erscheint oder unklar ist oder aber weil niemandem ein überwiegender Vorwurf gemacht werden kann. Das kommt zum Beispiel bei Schlägereien oder Beleidigungen häufiger vor. Die weiteren Möglichkeiten sind der Antrag auf Erlass eines Strafbefehls – also einer Verurteilung im schriftlichen vereinfachten Verfahren oder aber eine Anklageerhebung. Durch eine strafrechtliche Verurteilung soll generalpräventiv die Gesellschaft vor bestimmten Verhaltensweisen geschützt werden und im Einzelfall der verurteilte Mensch von Wiederholungstaten abgehalten werden.

Eine Analyse der bisherigen Urteile ergibt:

Die Veränderungen durch die Erfolge der Medizin und die Erkenntnisse der Public Health Forschung werden von der Justiz ignoriert. Der strafrechtliche Vorwurf geht dahin, entweder nicht geschützt oder sich nicht offenbart zu haben. Dem Positiven wird ein überlegenes Sachwissen zugeschrieben. Für den HIV-positiv Getesteten wird eine Offenbarungspflicht für den Fall begründet, dass kondomloser Sex stattfinden soll. Das Absurde daran ist, dass nur die Aussage: Ich bin positiv und so behandelt, dass meine Viruslast stabil unter der Nachweisgrenze liegt, kondomlosen Sex erlaubt, will man denn vor HIV sicher sein. Jede andere Aussage erfordert im Grunde ein Kondom. Tatsächlich finden nach Schweizer Untersuchungen 80 % der Infektionen zwischen Menschen statt, die mehr oder weniger guten Gewissens davon ausgehen, HIV-negativ zu sein.

Gelegentlich wird eingewandt, kondomlose Sexualität sei das Natürliche und dürfe als sozial adäquates Verhalten nicht verurteilt werden. Sozial adäquates Verhalten, wie es etwa die Muslime oder Juden in der Beschneidung sehen, ist jedoch keine für das Strafverfahren bedeutsame Kategorie. Straf-

recht denkt in Täter- / Opferkategorien. Sexualwissenschaftler und Psychologen weisen darauf hin, dass dies sexuellen Begegnungen nicht gerecht wird. Nach fast dreißig Jahren Aufklärung müsse jedem klar sein, dass die Verantwortung für den Schutz vor HIV bei jedem einzelnen selbst liegt. Strafverteidiger weisen darauf hin, dass die Verfahren auch den Anzeigenden schaden, weil sie alle Beteiligten in das Licht der Öffentlichkeit zerren und nicht zur Befriedung der Beteiligten beitragen. Die Public Health Wissenschaft bemängelt, dass Verurteilungen der Prävention schaden. Sie belohnen das Nichtwissen, erwecken den falschen Eindruck, die Gefahr gehe vom wissenden Positiven und nicht etwa dem eigenen Lebensstil aus und der Staat könne den Einzelnen vor der Begegnung mit HIV schützen.

Die internationale Forschung belegt zudem, dass sich die Verfahren durchweg gegen marginalisierte Menschen richten. In England wurde auf Intervention der Antidiskriminierungsbehörde erreicht, dass für die Staatsanwaltschaften Guidelines entwickelt wurden. Seitdem ist dort für die Staatsanwaltschaften Viruslast ebenso ein Begriff wie die Verantwortung eines jeden einzelnen für sich selbst. International gehen die Bestrebungen dahin, der Gesellschaft klar zu machen, dass Strafrecht keinen Beitrag zur Lösung der Probleme individuell und kollektiv bieten kann.

Fazit

Auf der sicheren Seite ist, wer seine Partner informiert oder Kondome benutzt, weil das als Nachweis gesehen wird, dass eine Infektion der anderen nicht billigend in Kauf genommen wird. Und zum Angstabbau taugen sie allemal, können ja durchaus auch aus anderen Gründen sinnvoll sein.

KORRESPONDENZADRESSE

Bernd Aretz
Nordring 8
63067 Offenbach
Bernd.aretz@t-online.de

Herausgeber und Verlag:

WILEY-BLACKWELL
Blackwell Verlag GmbH
Rotherstraße 21
10245 Berlin
Telefon 030 / 47 03 14-32
Telefax 030 / 47 03 14-44
medreview@wiley.com
www.blackwell.de

Chefredaktion:

Alexandra Pearl

Redaktion und Berichte:

Elke Klug

Anzeigenleitung:

WILEY-BLACKWELL
Blackwell Verlag GmbH
Rita Mattutat
Tel.: 030 / 47 03 14-30
Fax: 030 / 47 03 14-44
rita.mattutat@wiley.com

Verlagsrepräsentanz für Anzeigen, Sonderdrucke und Sonderausgaben:

Kerstin Kaminsky
Bornfelsgasse 13
65589 Hadamar
Tel.: 06433 / 94 90 935
Fax: 06433 / 94 90 936
kerstin.kaminsky@t-online.de

Produktion:

Schröders Agentur, Berlin

Die Beiträge unter der Rubrik „Aktuelles aus der Industrie“ gehören nicht zum wissenschaftlichen Programm. Für ihren Inhalt sind allein die jeweiligen Autoren bzw. Institutionen oder Unternehmen verantwortlich.

Angaben über Dosierungen und Applikationen sind im Beipackzettel auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Der Verlag übernimmt keine Gewähr.

z.Zt. gültige Anzeigenpreisliste 2011/2012

Nr. 11, 13. Jahrgang, Oktober 2012
ISSN 1615-777X (Printversion)
ISSN 1616-8496 (Onlineversion)

ZKZ 52915

Einzelpreis: € 13,- zzgl. MwSt.

Abonnement: € 140,- zzgl. MwSt.



IW – Informationsgemeinschaft
zur Feststellung der Verbreitung
von Werbeträgern e.V.

www.medreviews.de

 WILEY-BLACKWELL

Shionogi-ViiV Healthcare LLC präsentierte in Washington 48-Wochen-Ergebnisse der Phase III-Studie SPRING-2

Nichtunterlegenheit von Dolutegravir vs. Raltegravir nachgewiesen

Shionogi-ViiV Healthcare LLC hat auf der 19. Internationalen AIDS Konferenz in Washington, DC im Juli dieses Jahres die 48-Wochen-Daten der Phase III-Studie SPRING-2 vorgestellt, die den in Entwicklung befindlichen Integrase-Inhibitor Dolutegravir in der Kombinationsbehandlung Therapie-naiver HIV-1 infizierter Erwachsener untersucht. Dolutegravir (einmal täglich) zeigte sich im Vergleich zu Raltegravir (zweimal täglich) bei therapienaiven HIV-1-Patienten nicht unterlegen.

Der Anteil der Patienten, die virologisch supprimiert wurden, betrug in dieser doppelblinden Double-Dummy Studie 88 % im Dolutegravir-Arm (DTG), verglichen mit 85 % im Raltegravir-Arm (RAL). Das 95 %-Konfidenzintervall des Unterschieds im Therapieansprechen (-2,2 %; 7,1 %) lag innerhalb der 10 % Nichtunterlegenheits-Marge. Die Ansprechraten waren für beide dualen nukleosiden reversen Transkriptase-Inhibitoren (NRTI) Abacavir/Lamivudin und Tenofovir/ Emtricitabin vergleichbar. Studienteilnehmer mit hoher Ausgangsviruslast (>100.000cps/ml) zeigten Ansprechraten von 82 % unter DTG sowie 75 % unter RAL. Die im Vorfeld definierten Sekundäranalysen belegten ebenfalls die Nicht-Unterlegenheit von Dolutegravir gegenüber Raltegravir. Der Anteil der Teilnehmer ohne behandlungsbedingte Unterbrechungen betrug 93 % unter Dolutegravir und 92 % unter Raltegravir. Der durchschnittliche Anstieg der CD4-Zellzahl fiel ebenfalls bei beiden Gruppen ähnlich aus. Virologisches Versagen war in 5 % der Patienten unter Dolutegravir und 7 % unter Raltegravir zu verzeichnen: Es wurden unter Dolutegravir genotypisch weder Resistenzmutationen gegen Integraseinhibitoren noch gegen NRTI beobachtet, gegenüber einem

bzw. vier Fällen unter Raltegravir. Die Verträglichkeit von Dolutegravir unterschied sich nicht von der von Raltegravir, wobei unerwünschte Ereignisse in 2 % der Fälle bei beiden Armen zu einem Abbruch führten. Häufig auftretende Nebenwirkungen (10 bis 15 % der Teilnehmer in beiden Gruppen) waren Übelkeit, Kopfschmerzen, Nasopharyngitis und Durchfall. Leberwerterhöhungen Grad 3 oder 4 wurden bei 2 % der Teilnehmer in beiden Armen festgestellt; ein Serumkreatinin-Anstieg Grad 3 oder 4 trat in beiden Armen nicht auf.

„Diese vorgestellten Daten sind ein überzeugender Beleg hinsichtlich der Option einer einmal täglichen Kombinationstherapie mit Dolutegravir, die ohne pharmakokinetische Boosterung möglich ist. Darüber hinaus konnte eine vergleichbar hohe Wirksamkeit für beide verwendeten NRTI-Backbones nachgewiesen werden“ sagte John Pottage, MD, Chief Scientific and Medical Officer von ViiV Healthcare. „In letzter Zeit gab es eine Vielzahl kleiner Fortschritte in der Behandlung von HIV zu verzeichnen, aber ich bin mir sicher, dass Dolutegravir ein entscheidender Schritt in der Herangehensweise des Managements der HIV-Infektion sein könnte.“

„Diese Daten zur Therapie unbehandelter Patienten sind die Ergeb-

nisse der ersten von vier Phase III-Studien in unserem Dolutegravir-Entwicklungsprogramm. Wir freuen uns, dass wir in der SPRING-2 Studie keine genotypischen Resistenzmutationen bei Therapie-naiven Patienten, die Dolutegravir erhalten haben, feststellen konnten. Damit werden die präklinischen Daten bestätigt, nach denen DTG eine hohe Resistenzbarriere aufweist. Wir freuen uns auf die Ergebnisse weiterer Studien, die eine Vielzahl von Behandlungssituationen, einschließlich vorbehandelter Patienten, umfassen“ sagt Dr. Tsutae „Den“ Nagata, Chief Medical Officer, Shionogi & Co., Ltd. SPRING-2 ist die erste von vier Phase-III Studien, die 2012 veröffentlicht werden.

Spring-2 Studiendesign

SPRING-2 (ING113086) ist eine randomisierte, doppelblinde, multizentrische, Nicht-Unterlegenheitsstudie der Phase III. An der Studie nahmen 822 HIV-1 infizierte, unbehandelte Patienten teil. Die laufende

Studie vergleicht die Wirksamkeit und Sicherheit von ungeboostertem Dolutegravir mit Raltegravir im Rahmen einer Kombinationstherapie mit Abacavir/Lamivudin oder Tenofovir/Emtricitabin nach Wahl des Studienarztes.

Primäres Ziel der SPRING-2 Studie ist es, die antivirale Aktivität bei Gabe von Dolutegravir 50 mg (einmal täglich) im Vergleich zu Raltegravir 400 mg (zweimal täglich) über 48 Wochen zu untersuchen. Zu den sekundären Zielen zählt unter anderem die Bewertung der antiviralen Aktivität von Dolutegravir gegenüber Raltegravir nach 96 Wochen, der Vergleich der Verträglichkeit auf der einen Seite sowie des langfristigen Sicherheitsprofils und der antiviralen und immunologischen Aktivität von Dolutegravir gegenüber Raltegravir auf der anderen Seite sowie die Untersuchung des Resistenzprofils bei Studienteilnehmern, bei denen virologisches Versagen vorlag.

Über Dolutegravir

S7GSK1349572 (Dolutegravir) ist ein in der Entwicklung befindlicher Integrase-Inhibitor (INI), der momentan von Shionogi-ViiV Healthcare LLC zur Behandlung von HIV entwickelt wird. DTG befindet sich in klinischer Entwicklung der Phase III und ist im Moment der einzige INI, der einmal täglich verabreicht wird und keinen pharmakologischen Booster benötigt. Integraseinhibitoren blockieren die HIV-Replikation, indem sie das Eindringen viraler DNA in das genetische Material menschlicher Zellen (T-Zellen) verhindern. Dieser Schritt ist entscheidend im HIV-Replikationsprozess, der zudem für das Entstehen chronischer Infektionen verantwortlich ist.

BZgA INFO

25 Jahre „GIB AIDS KEINE CHANCE“ – Schutzverhalten heute so gut wie nie zuvor

„GIB AIDS KEINE CHANCE“ – die Kampagne zur Aidsprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird in diesem Jahr 25 Jahre alt. Sie ist nicht nur eine der bekanntesten, sondern auch eine der erfolgreichsten Präventionskampagnen in Deutschland. Während in den 1980er Jahren Kondome noch verschämt unter dem Ladentisch oder in Automaten auf Herrentoiletten gehandelt wurden, sind sie heute zu einem selbstverständlichen Hygieneartikel geworden. Immer mehr Menschen hierzulande schützen sich beim Sex mit Kondomen.

Mit dieser Präventionsstrategie ist erreicht worden, dass Deutschland neben Finnland die niedrigste HIV-Neuinfektionsrate im westeuropäischen Vergleich aufweist.

Die neuen Ergebnisse der Repräsentativbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“, die die BZgA seit Beginn der Kampagne regelmäßig durchführt, belegen dies. Dass sich das bekundete Schutzverhalten mittlerweile als selbstverständlich etabliert hat, bestätigen die Kondomabsatzzahlen. Mit 221 Millionen verkaufter Kondome

wurde 2011 eine neue Rekordmarke erreicht.

Die BZgA hat ihre Kampagne in den vergangenen 25 Jahren kontinuierlich weiterentwickelt und aktuellen Gegebenheiten angepasst. Solidarität mit HIV-Infizierten und Aidskranken war von Anfang an ein zentraler Themenschwerpunkt der Kampagne, weil der respektvolle Umgang von Menschen mit HIV und Aids und ihre gesellschaftliche Einbeziehung eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen von Prävention ist.



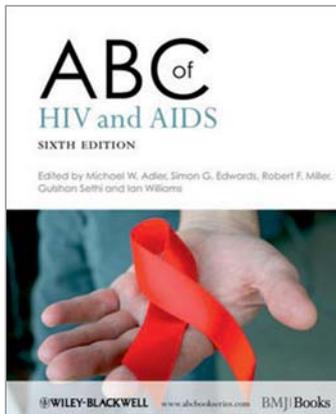
1987: Die Schwerpunktkampagne der BZgA zur Aidsprävention erhält das Logo „GIB AIDS KEINE CHANCE“, das bald und bis heute zu den bekanntesten Logos überhaupt gehört.

Michael W. Adler, Simon G. Edwards,
Robert F. Miller, Gulshan Sethi, Ian Williams

ABC of HIV and AIDS

Taschenbuch: 142 Seiten
Verlag: John Wiley & Sons
6. Auflage (15. Juni 2012)
Sprache: Englisch
ISBN-10: 1405157003
Preis: 33,99 €

An authoritative guide to the epidemiology, incidence, testing and diagnosis and management of HIV and AIDS. From an international expert editor and contributor team, this new sixth edition includes expanded coverage of HIV testing, assessment and routine follow up and new chapters outlining problematic conditions associated with HIV and AIDS. Prevention strategies, early diagnosis and antiretroviral drugs and pharmacotherapy are covered in detail as well as children and women with HIV. It also addresses key psychological and mental health issues, patient perspectives and the role of patient engagement.



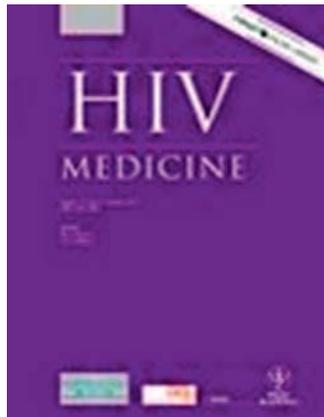
JOURNAL

HIV Medicine

11 Issues in 2012
Edited by: Brian Gazzard and Jens Lundgren
Print ISSN: 1464-2662
Online ISSN: 1468-1293
Published on behalf of British HIV Association, Australasian Society for HIV Medicine

Impact Factor: 3.006

HIV Medicine aims to provide an alternative outlet for publication of international research papers in the field of HIV Medicine, embracing clinical, pharmacological, epidemiological, ethical, preclinical and in vitro studies. In addition, the journal will commission reviews and other feature articles. It will focus on evidence-based medicine as the mainstay of successful management of HIV and AIDS. The journal is specifically aimed at researchers and clinicians with responsibility for treating HIV seropositive patients.

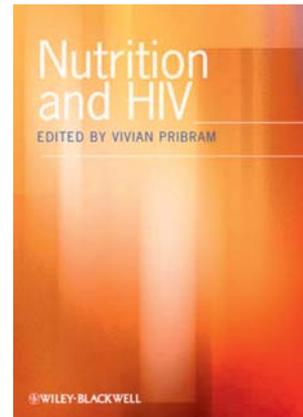


Vivian Pribram

Nutrition and HIV

Taschenbuch: 528 Seiten
Verlag: John Wiley & Sons
Auflage: 1. Auflage (22. Oktober 2010)
Sprache: Englisch
ISBN-10: 1405182709
Preis: 53,99 €

In this essential new book an international team of authors under the editorship of Specialist HIV Dietitian Vivian Pribram bring together the latest research to provide the practicing dietitian and nutritionist with a practical guide to the nutritional care of the HIV and AIDS patient. Students and other health care professionals working and studying this area will also find Nutrition and HIV an important and valuable resource.



KALENDER

16.–17. 11. 2012

Symposium der Paul-Martini-Stiftung
„Klinische Immunintervention:
aktuelle und künftige Ansätze“

Berlin
www.paul-martini-stiftung.de

07.–08. 12. 2012

EASL Monothematic Conference:
HIV and the Liver – EASL 2012

London, Großbritannien
www.easl.eu/_events/easl-monothematic-conference/easl-monothematic-conference-hiv-and-the-liver

07.–08. 12. 2012

Deutsches Infektiologie-Update 2012
Hamburg, Deutschland

18.–19. 01. 2013

2. Fachtag: Psychotherapie bei Menschen mit HIV/AIDS – Im Blickpunkt: Frauen mit HIV

Bochum
www.kompetenznetz-hiv.de

11.–12. 03. 2013

10th International Conference on New Trends in Immunosuppression and Immunotherapy – IMMUNO 2013

Barcelona, Spanien
www.kenes.com/immuno

30.–31. 05. 2013

Gemeinsame Jahrestagung Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie (SGInf), Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene (SGSH), Challenge in HIV, Schweizerische Fachgesellschaft für Tropen- und Reisemedizin FMH
Lugano, Schweiz
www.imk.ch/sginf2013

14.–17. 07. 2013

20th Biennial Meeting of the International Society for STD Research – ISSTD – Joint Meeting with 14th IUSTI: STI & AIDS World Congress 2013
Wien, Österreich
www.stivienna2013.com