

PROJEKT INFORMATION

Herausgegeben von Projekt Information e.V. -
Informationen zu HIV, Hepatitis- und anderen Viren.

September / Oktober 2021



Von AIDS-Leugnern, Querdenkern und anderem Unsinn - Mythen im Vergleich

Bei Pandemien, egal ob Pest, HIV oder
Corona, gab es schon immer Menschen,
die es angeblich besser wussten.....**S. 6**

HIV und Selbstmord

Suizid ist an sich schon ein Tabuthema
aber im Zusammenhang mit HIV gibt es
noch weitere Aspekte, über die man
reden muss..... **S. 9**

IAS 2021

Alles andere als normal

Erste Gehversuche als "hybride
Konferenz", viele Daten und spannende
Visionen, was die Zukunft bringen
könnte..... **S. 3**

Editorial

von Siegfried Schwarze2

Medizin & Forschung

Unterstützung der Adhärenz ist der Schlüssel: Vaginalringe
und orale PrEP in der HIV-Prävention bei jungen Frauen
und Schwangeren14
RNA kann noch mehr: Marker für den Verlust
der Virussuppression bei Elite-Controllern.....16

Grundlegend & Wissenswert

Bekannte Wirkstoffe zeigen unerwartete Wirkung.....17
Corona: Was man über die Delta-Variante wissen muss.....19

Leben mit HIV

HIV und Erkrankungen des Nervensystems20
SARS-CoV-2-Impfung bei Menschen mit HIV.....22

Politik & Soziales

Erstmalig: Ambulante Krankenzusatzversicherung
ausdrücklich auch für Positive24

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Die Konferenz der Internationalen Aids-Gesellschaft, IAS2021, hat wieder zahlreiche Daten und Ergebnisse geliefert. Wie so oft in letzter Zeit, waren wirkliche "Knüller" Mangelware. Aber das sollte nicht darüber hinwegtäuschen, das sich hinter den Kulissen eine Menge tut. Corona hat zwar auf der einen Seite Ressourcen zeitweilig gebunden, aber auch der Forschung neuen Schub gegeben. Und so bereiten sich momentan weltweit mehrere Forschergruppen darauf vor, ihre Konzepte zur Heilung von HIV das erste Mal am Menschen zu erproben.

Die Hürden für solche "First-in-human" Studien sind hoch. Zum einen, weil die Sicherheit der Teilnehmenden natürlich Priorität haben muss, zum andern aber auch, weil die Bürokratie (vor allem in Deutschland) mit allem, was neu ist, ihre Probleme hat.

Es bleibt zu hoffen, dass ebendiese Bürokratie nicht dazu führt, dass deutsche Forscher:innen mit ihren innovativen Konzepten auf der Strecke bleiben und immer noch um Stempel und Unterschriften ringen müssen, während ihre amerikanischen oder chinesischen Kolleg:innen längst Ergebnisse präsentieren.

Die Corona-Pandemie hat aber auch dazu geführt, dass uns allen viel mehr bewusst wurde, wie sehr wir auf diesem Planeten alle aufeinander aber auch auf die Natur angewiesen sind. So war es nur folgerichtig, dass Eckhard von Hirschhausen als "Conferencier" der IAS2021 bei der Einleitung vieler Kongressbeiträge immer wieder darauf hingewiesen hat, dass Gesundheit nur möglich ist auf einem gesunden Planeten, und dass wir die letzte Generation sind, die es in der Hand hat, diesen Planeten lebenswert zu er-

halten.

Wenn wir jetzt nicht die rettenden Weichen für die Zukunft stellen, werden bestimmte "Kipppunkte" erreicht, ab denen Klimaveränderung und Artensterben unumkehrbar sein werden. Und dann dauert es nicht mehr lange, bis die Erde auch für den Menschen nicht mehr bewohnbar ist. Das Erschreckende daran ist, dass diese Szenarien nicht tausende Jahre in der Zukunft liegen, sondern - je nach Entschlossenheit unseres Handelns - schon in wenigen Jahrzehnten real sein könnten.

Corona hat vielen Menschen erstmals deutlich vor Augen geführt, was exponentielles

Wachstum bedeutet. Aber auch viele (menschengemachte) Veränderungen in der Natur folgen einer exponentiellen Gesetzmäßigkeit. Wenn diese Veränderungen erst einmal angestoßen sind, beschleunigen sie sich immer mehr und sind ab einem gewissen Punkt nicht mehr aufzu-

halten.

Tun wir alles, damit es nicht dazu kommt. Tun wir alles, um unseren Planeten, den einzigen, den wir haben, für uns und alle, die uns nachfolgen, lebenswert zu erhalten. Nur so ist auch ein gesundes Leben möglich.

Ich bin Eckhard v. Hirschhausen sehr dankbar, dass er immer wieder auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit unseres Planeten und individueller Gesundheit hinweist. Ich bin mir sicher, dass er bei seiner Tätigkeit für die IAS2021 auch viel über HIV gelernt hat und bin schon gespannt, ob, bzw. wie er dies in seinen populärwissenschaftlichen Sendungen verarbeiten wird.

Bleiben Sie gesund,

*Ihr
Siegfried Schwarze*



Bildquelle: <https://gshundsmuehlen.de/das-ruz-war-da/>

IAS 2021 Alles andere als normal

Die jährlichen Konferenzen der International Aids Society (IAS) haben ihren eigenen, zweijährigen Rhythmus. In einen Jahr als pompöse „Welt-Aids-Konferenz“ mit viel Gehüpfen, Trommeln, Demos und Mediengetöse, dann wieder als etwas leisere und schlichte „IAS-Konferenz“. 2021 war wieder eines der leiseren Jahre, was aber vor allem mit der Dominanz der Corona-Epidemie in den Medien (und auch in der Wissenschaft) zu tun hatte.

Die IAS versuchte diesmal einen Spagat zwischen virtuellem Kongress und Präsenzveranstaltung. Gar nicht so einfach, weil die Planungen ja Monate vor dem eigentlichen Ereignis stattfanden und niemand wusste, wie sich die Corona-Lage entwickeln würde. Bis zum Schluss war nicht ganz klar, welche Veranstaltungen vor Ort würden stattfinden, welche Referenten anreisen können und – nicht zuletzt – wie viele Teilnehmer vor Ort sein würden.

Aber letztendlich geht es um die Inhalte. Hier gab es wenig Sensationen, aber viele Informationen für das Leben mit HIV und SARS-CoV-2.

„Long-acting“ kommt!

Nachdem die erste lang wirksame Kombination (Depotspritzen mit Rilpivirin [Rekambys®] und Cabotegravir [Vocabria®] alle 8 Wochen intramuskulär) inzwischen auf dem Markt ist, weicht die anfängliche Euphorie zunehmend einer realistischeren Einschätzung: Für wen eignet sich diese Therapieform und für wen eher nicht? Dazu wurden die Erfahrungen aus den bisherigen Studien ausgewertet. Wenn man regelmäßig alle 8 Wochen seine Spritzen bekommt, fällt ja eigentlich der Faktor „Adhärenz“ weg – es gibt keine Pillen mehr, die man vergessen könnte. Dennoch kommt es in seltenen Fällen zu einem Therapieversagen. Die bisher ermittelten Risikofaktoren sind:

- Vorbestehende Resistenzmutationen gegen Rilpivirin und / oder Integrasehemmer
- Erhöhter Body-Mass-Index (Übergewicht)
- HIV-Subtyp A6/A1

Noch wird diskutiert, ob eine HIV-Subtyp-Bestimmung vor einer Behandlung mit diesen Depotspritzen Sinn macht, aber die relative Häufung von versagenden Therapien bei diesem Subtyp ist zumindest auffällig.

Inzwischen liegen 124 Wochen-Daten für die Behandlung mit Depotspritzen vor. Bei 80,2% der 283 Patient:innen (23% Frauen) lag die Viruslast auch nach 124 Wochen unter der Nachweisgrenze (für 14,8% lagen keine Daten vor). Nur in einem Fall gab es seit Woche 96 ein virologisches Versagen und erfreulicherweise gingen die Injektionsreaktionen (d.h. Schmerzen nach Erhalt der Spritzen) im Verlauf der Studie zurück.

Doch die nächsten langwirksamen Behandlungsformen stehen schon in den Startlöchern: Die Kombination aus Islatravir (noch nicht zugelassen) und Doravirin (Pifeltro® und in Delstrigo® enthalten) wird zunächst für den einmal täglichen Einsatz entwickelt. Hier zeigte sich eine gute Wirksamkeit und Verträglichkeit. Da die Tabletten nur 100 mg Doravirin und 0,75mg (!) Islatravir enthalten, dürften sie erfreulich klein sein. Die Spatzen pfeifen aber schon von den Dächern, dass auch Islatravir-haltige Kombinationen zur einmal wöchentlichen Einnahme in Entwicklung sind. Hier wird sich noch zeigen müssen, ob einmal wöchentlich einzunehmende Tabletten nicht häufiger vergessen werden als „einmal täglich“. Ein möglicher Kombinationspartner wäre der Capsid-Inhibitor Lenacapavir, der momentan für die Gabe als subkutane Spritze (Injektion unter die Haut, ähnlich wie bei Insulin) entwickelt wird, bei dem

aber auch die Gabe als Tablette möglich ist. In den USA ist die Zulassung von Lenacapavir für vielfach vorbehandelte Menschen mit wenig Therapieoptionen bereits beantragt. Entsprechende Studien zeigten eine gute Wirksamkeit, aber doch auch Reaktionen an der Einstichstelle (Rötung, Schwellung) bei etwa einem Viertel der Behandelten.



Prof. Hendrik Streek war Co-Chair der IAS2021

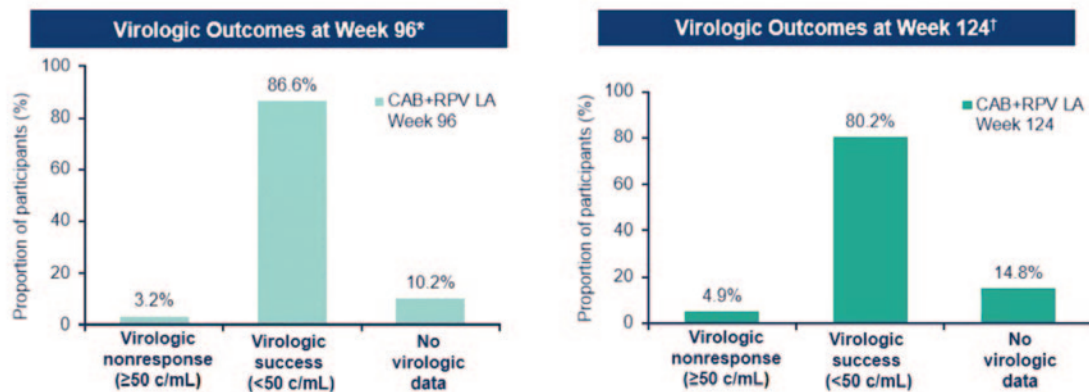


Eckhardt v. Hirschhausen führte als „Master of Ceremonies“ durch die Konferenz.

Quelle der Bilder:

<https://www.ias2021.org/digital-toolkit/>

FLAIR Week 124: Virologic Snapshot Outcomes (ITT-E Population) CAB + RPV LA Continued to Maintain High Levels of Viral Suppression



- Five (1.8%) additional participants had HIV-1 RNA ≥50 copies/mL since the Week 96 analysis
- One additional participant had CVF since the Week 96 analysis
- Of those with no virologic data at Week 124 (14.8%, n=42/283), most were due to discontinuations due to AEs or other non-virologic reasons

Grafik: Auch über mehr als zwei Jahre waren die Depotspritzen gut wirksam und verträglich

Dual-Therapie etabliert sich

In Zukunft wird es vermehrt Behandlungsoptionen geben, die nur zwei Substanzen umfassen. Die oben bereits erwähnten Kombinationen aus Islatravir / Doravirin bzw. Cabotegravir / Rilpivirin sind Beispiele dafür. Doch auch zu den bereits länger verfügbaren Optionen wie Dolutegravir/Lamivudin (Dovato®) gab es neue Daten, die zeigten, dass auch über 96 Wochen die Ergebnisse vergleichbar waren mit denen von Patient:innen, die eine herkömmliche Dreifachkombination erhalten hatten.

Erfahrung gibt Sicherheit

Zu weiteren, bekannten Therapien gab es am meisten Daten zur Kombination aus Bictegravir/TAF/Emtricitabine (Biktarvy®). Hier zeigte sich eine gute Wirksamkeit auch über 4 Jahre und ohne Hinweise auf die Ausbildung von Resistenzen. Ähnliches gilt für die Kombination aus Doravirin/TDF/Lamivudin (Delstrigo®).

PrEP wird immer besser

Zahlreiche Daten wurden auch zur Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP, also der vorbeugenden Anwendung von Medikamenten, um eine HIV-Infektion zu verhindern) vorgestellt. Die zugelassene und (im Falle der günstigen Generika) von den Kassen bezahlte PrEP aus TDF/FTC (Truvada® und zahlreiche Generika) hat sich etabliert und verhindert bei ausreichender Einnahmetreue eine HIV-Infektion sehr zuverlässig. Noch besser schnitt in den Studien die Kombination aus

TAF/FTC (Descovy®) ab – vermutlich da TAF zum einen noch etwas wirksamer ist als TDF und zum anderen auch etwas länger im Körper verbleibt, so dass auch bei vergessener Tabletteneinnahme noch ein Schutz besteht. Leider wird diese Kombination für die PrEP in Deutschland (noch?) nicht von den Kassen bezahlt.

Eine weitere Möglichkeit könnte in der Zukunft eine PrEP mit einer Depotspritze mit Cabotegravir (Vocabria® - noch nicht zur PrEP zugelassen!) alle 8 Wochen sein. Auch hier zeigte sich ein noch besserer Schutzeffekt, als mit TDF/FTC. HIV-Infektionen kamen nur bei deutlich zu niedrigen Wirkstoffspiegeln vor, die daraus resultierten, dass die Teilnehmenden die Injektionsintervalle zu weit streckten. Auch unerkannte Infektionen vor Studienbeginn kamen vor – deshalb werden nun bei der Voruntersuchung nicht nur Antikörpertests gemacht, sondern auch eine Viruslastbestimmung (PCR). Doch auch wenn diese neuen Optionen für die PrEP noch wirksamer sind, bleibt die Frage, wer am Ende dafür zahlen wird?

Auch die neue Substanz Lenacapavir eignet sich für die PrEP und nach ersten, tierexperimentellen Daten, könnte hier eine Verabreichung (als subkutane Injektion) für einen sechsmonatigen Schutz ausreichend sein.

Als weitere Optionen werden Islatravir für die einmal monatliche Gabe als Tablette entwickelt, sowie ein Vaginalring mit Dapivirin, der die Möglichkeit

bietet, auch ein empfängnisverhütendes Medikament beizufügen und damit gleichzeitig vor einer HIV-Infektion und vor einer Schwangerschaft zu schützen (siehe auch den Artikel auf S. 14).

HIV und SARS-CoV-2

Wie zu erwarten, gab es viele Daten zu Wechselwirkungen zwischen HIV und dem Coronavirus SARS-CoV-2. Inzwischen zeichnet sich ab, dass vor allem eine unbehandelte HIV-Infektion ein Risikofaktor für einen schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung darstellt. Bei erfolgreich behandelten Menschen mit HIV stehen eher die bereits bekannten Risikofaktoren (höheres Lebensalter, Übergewicht, Begleiterkrankungen) im Vordergrund.

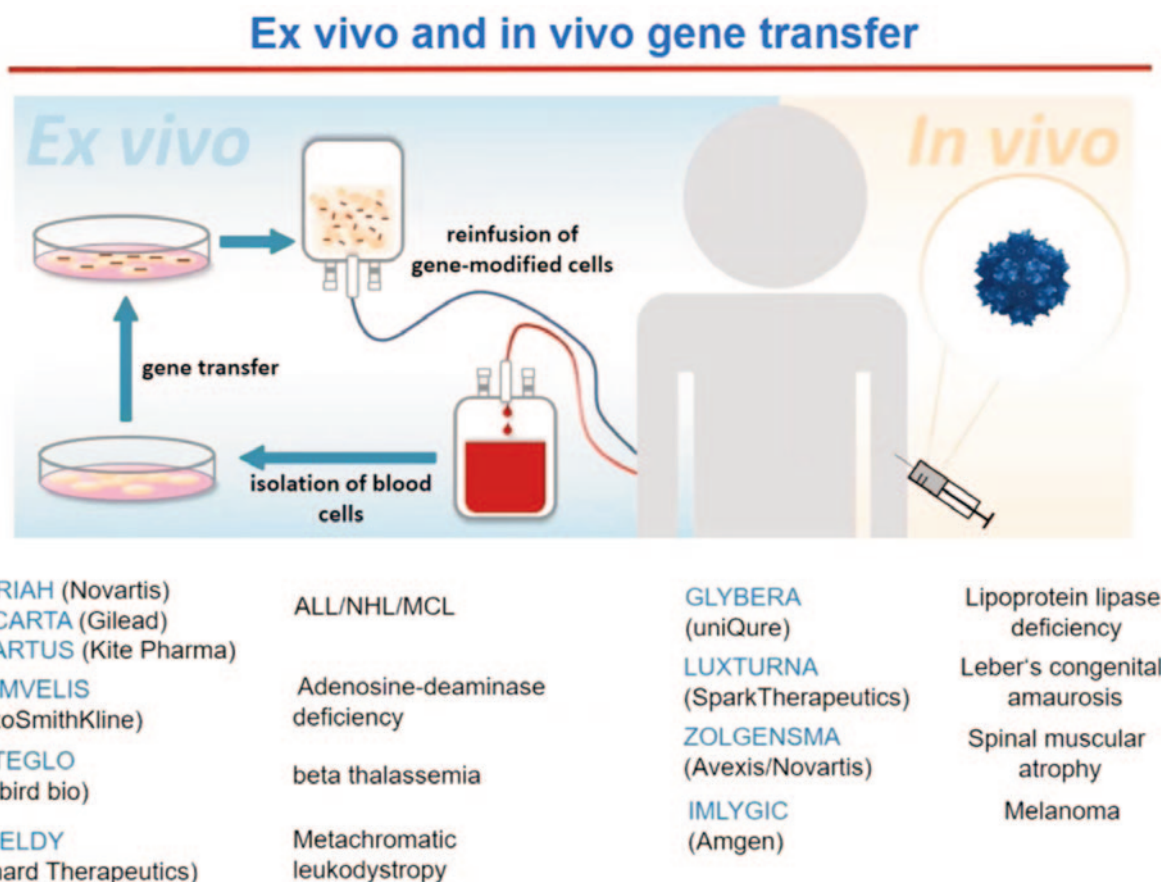
Weltweit gesehen, hatte die Corona-Pandemie vielfältige Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen. Teilweise kamen Patient:innen nicht mehr an ihre Medikamente, Arzt- und Klinikbesuche waren schwierig, bis unmöglich und soziale Hilfsstrukturen waren nicht, oder nur eingeschränkt, verfügbar. Möglicherweise sind gerade bei Menschen mit HIV diese indirekten Auswirkungen der Pandemie schwerwiegender, als die di-

rekten Folgen. Natürlich war auch die PrEP-Verfügbarkeit betroffen, ebenso wie die Testmöglichkeiten auf HIV und andere, sexuell übertragbare Infektionen. Dies erschwert die epidemiologische Forschung erheblich. Die meisten berichtenden Länder sehen einen Rückgang der Infektionen, der aber wohl in erster Linie auf einen Rückgang der Testungen zurückzuführen ist. Endgültig lässt sich die Entwicklung wohl erst in einigen Jahren beurteilen.

Unvergessen: Hepatitis C

Auch wenn die Hepatitis C in den meisten Fällen heute problemlos behandelbar ist, gibt es noch viele Forschungsfelder. So zeigte eine Untersuchung, dass Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), das höchste Risiko für eine Re-Infektion haben. Eine Metaanalyse ergab, dass das Vorkommen von HIV, Hepatitis (B/C) und Tuberkulose in Gefängnissen der EU teilweise 100-fach höher ist als die offiziellen Zahlen vermuten lassen.

Für Deutschland wird ein Rückgang der Neuinfektionen mit Hepatitis C um 80% bis 2030 angestrebt. Dies wird nach einer Modellierung aber nur dann zu schaffen sein, wenn mehr Menschen behandelt werden und vor allem früher. Das bisher prakti-



Grafik: Gentherapie im Kommen: Bei der "ex vivo" Therapie werden dem Körper Blutzellen entnommen, außerhalb des Körpers gentechnisch verändert und dann als Infusion wieder zurückgegeben. Bei "in vivo" Therapien erfolgt die gentechnische Veränderung über einen Vektor, der direkt in den Körper gespritzt wird. Derzeit sind (in den USA) bereits 10 gentechnische Medikamente gegen verschiedene Erkrankungen zugelassen und die Zahl wächst.

zierte Abwarten von sechs Monaten (damit die Definition „chronische Hepatitis C“ erfüllt ist) ist nicht mehr zeitgemäß und begünstigt die Ausbreitung der Infektion.

Und was ist mit der Heilung?

Auch wenn die Corona-Pandemie zu einer Zwangspause in der Heilungsforschung geführt hat – es geht weiter voran. So wurden inzwischen zwei „exceptional elite controller“ gefunden, bei denen mit den besten Methoden kein intaktes HIV mehr im Körper nachweisbar war. Man vermutet, dass diese Menschen HIV spontan ausheilen konnten. Eine genauere Untersuchung dieser Menschen soll weitere Hinweise auf eine mögliche Heilungsstrategie bringen.

Eine auf den ersten Blick ungewöhnliche Allianz bilden HIV-Forscher mit Forschern, die die Sichelzellanämie bekämpfen. Dies ist eine Erkrankung, bei denen sich auf Grund eines genetischen Defekts die roten Blutkörperchen verformen und zu lebensbedrohlichen Gefäßverschlüssen führen können. Die Gemeinsamkeit mit HIV liegt darin, dass beide Erkrankungen durch die Veränderung eines Gens (des Sichelzellgens bzw. des integrierten HIV-Provirus) theoretisch geheilt werden könnten. Derzeit gibt es erste Studien, um eine Sichelzellerkrankung mit einer „Genschere“ auf der Basis von CRISPR/Cas9 zu behandeln. Diese Methode ist nicht unumstritten, da die langfristige Sicherheit dieser Methode noch nicht nachgewiesen ist. Dennoch könnten aus der Zusammenarbeit von Wissenschaftlern auf beiden Gebieten wertvolle Synergien erwachsen. Bei vielen gentechnologischen Ansätzen ist eine Veränderung von Zellen außerhalb des Körpers notwendig. Selbst wenn es inzwischen Geräte gibt, die das in einem einzigen Arbeitsgang ermöglichen („gentherapy in a box“), ist immer noch ein gewisser Aufwand nötig und die Betroffenen müssen dafür einige Stunden einplanen. Mittlerweile ist man aber – nicht zuletzt befeuert durch die Coronaforschung – in der Lage, die meisten gentechnologischen Veränderungen direkt im Körper durchzuführen. Dabei werden die entsprechenden Gene und Enzyme in Vektoren (Transportvehikel) verpackt und mit entsprechenden Rezeptormolekülen ausgestattet, die die Aufnahme in die gewünschten Zellen steuern. Damit reicht eine einfache Infusion für die Behandlung aus. Inzwischen sind weltweit bereits 10 gentechnologische Medikamente zugelassen – die meisten gegen seltene Erbkrankheiten aber einige auch gegen bestimmte Krebsformen. Es würde nicht überraschen, wenn zukünftig auch HIV-Therapien

auf diese Verfahren setzen würden. Ein Kandidat hierfür wäre die CAR-T-Zelltherapie. Hierbei werden, vereinfacht gesagt, T-Zellen des Körpers mit einem neuen Rezeptor (z.B. ein Rezeptor, der HIV und aktive HIV-infizierte Zellen erkennen kann) ausgestattet. Begegnet diese CAR-T-Zelle ihrem Ziel, tötet sie es ab. Somit könnten diese veränderten T-Zellen HIV und HIV-infizierte Zellen erkennen und eliminieren. Ob sich dieses Verfahren zur Bekämpfung von HIV und möglicherweise sogar zur Heilung eignet, wird derzeit in ersten Pilotstudien geprüft. Weitere Möglichkeiten wären, die Körperzellen um Gene zu ergänzen, die zur Produktion von breit neutralisierenden Antikörpern oder gar „Genschere“ führen, die HIV aus dem Erbgut herauschneiden könnten. Zugegeben, das alles ist noch Zukunftsmusik und vor allem die Sicherheit dieser Verfahren muss erst nachgewiesen werden. Doch es ist ermutigend, an wie vielen Fronten derzeit geforscht wird und wie sich Forschungsgebiete gegenseitig ergänzen.

Von AIDS-Leugnern, Querdenken und anderem Unsinn - Mythen im Vergleich

Es gibt viele Unterschiede zwischen HIV und SARS-CoV-2. Übertragungswege, Infektiosität, Vermehrung und Zielzellen des Virus und vieles mehr sind komplett anders. Man muss nicht Biologie oder Medizin studiert haben, um dies auf den ersten Blick zu erkennen. Trotzdem. Diejenigen unter uns, die sich noch an Diskurse und Mythen der 80er Jahre rund um das damals neue HI-Virus erinnern können, erscheint es manchmal so, als ob wir das alles schon einmal erlebt hätten. So konfrontiert uns COVID-19 beinahe täglich mit Deja-Vu Erlebnissen der ganz besonderen Art: vergnügungssteuerpflichtig ist das alles nicht und man hätte sich den damit einhergehenden Unsinn eigentlich gerne erspart. Dass die Menschheit nicht aus der Geschichte lernt, muss als gegeben hingenommen werden. Ohne das Recht auf Vollständigkeit erheben zu wollen, wird in diesem Beitrag auf Mythen und Parallelen eingegangen, die sich im Vergleich zwischen HIV und COVID-19 anbieten. Vergleiche leben davon, dass sie hinken und trotzdem können sie neue Perspektiven eröffnen. Der griechische Begriff „Mythos“ verweist in der Regel auf doppel- oder vielschichtige Geschichten und Erzählungen, Märchen oder auch Lügen, die in ihrer symbolischen Bedeutung unterschiedlich ausgelegt werden können.

Die jeweilige Auslegung und die darunterliegenden Projektionen verraten einiges über die Intention der Erzähler:innen.

Ursprungsmythen: Sex mit Affen und was auf Speisekarten gehört

Wir gehen heute sehr sicher davon aus, dass HIV durch einen „Wirtswechsel“ des Virus von Tieren auf den Menschen übertragen wurde und dadurch für den Menschen gefährlich wurde. Der Ursprung des neuen HI-Virus konnte erst im Laufe der Jahrzehnte rekonstruiert werden. Das Virus infizierte allen voran die kollektive Fantasie: von „Affenarten“ stammend, aus „Urwäldern“ in „Afrika“: je nach Abgründigkeit der Fantasie war damit das sexuelle Verhalten von Afrikanern und das Jagdgebaren als Ursache und Ursprung der neuen Erkrankung ausgemacht. Unzucht mit Affen und deren Verzehr: das geht gar nicht! Natürlich sind derlei fantastische Zuschreibungen diskriminierend. Der Schwarze „schnackelt“ einfach zu

viel und stirbt deshalb an AIDS, womit auch Frau von Thurn und Taxis zu Wort gekommen und das mythische Geschichtchen zu Ende erzählt wäre. Diskriminierende Erzählungen und Vorstellungen, wie diese haben sich im Laufe der weiteren Entwicklung auf die vermeintlichen Träger des Virus übertragen: in den ersten Jahren des neuen HI-Virus waren das vor allem Haitianer, danach Schwule, Drogengebrauchende und andere Menschen mit damals verdächtigem Lebensstil. Das Wort von der „Schwulenseuche“ machte die Runde. HIV-Positiven Menschen wurde die Verantwortung für stattfindende Infektionen übertragen. Ganze Berufsgruppen standen im Verdacht: Friseur und Flugbegleiter: wir alle erinnern uns an die dämliche Geschichte des „Patient zero“, ein Ursprungsmythos von AIDS par excellence, als Buch und Film, geadelt in Hollywood-Manier.

Was gehört auf die Speisekarte?

SARS-CoV-2 oder ein Vorläufervirus kommen sehr wahrscheinlich in Gürteltieren und/oder Fledermäusen vor. Als Ursprungsort ist China, ein Markt in Wuhan identifiziert, der Ort, an dem das, bis dahin, neue Virus zuerst aufgefallen war. In den er-

sten Monaten der neuen Epidemie wurden Menschen aus China, Asiaten generell, einem Generalverdacht unterstellt, das Virus erhielt den Namen „Chinavirus“, „Wuhan-Virus“, abhängig von der Intelligenz der sprechenden Person auch „Kung-Fu Virus“ (Präsident Trump). Diskutiert wurde, was auf Speisekarten gehört und was nicht: neben Hunden eben auch keine unter Naturschutz stehenden Tiere, entsprechende Schwarzmärkte sind zu verbieten, überhaupt sind Vegetarier- und Veganer:innen bessere Menschen. Wie immer geht die Abwertung anderer mit der eigenen Aufwertung einher: kultivierte Menschen, wie wir, essen so etwas nicht!



Bild: pixabay.com

Wir erinnern uns: Mythen sind zwischen Wahrheit und Lüge changierende Geschichten, die ausgelegt werden können. Resultat dieser Narrative waren in den ersten Monaten Einreisebegrenzungen, Warnungen vor dem Besuch asiatischer Restaurants, Angriffe auf „chinesisch“ aussehende Personen. Das „Gebräu“ dieser Vorstellung eignet sich trefflich zur polemischen

Aufrüstung, zur Disqualifikation ganzer Nationen und auch zur Kriegsführung: die Vorstellung, dass das Virus in böartiger Absicht in einem Labor in Wuhan fabriziert worden sei, korreliert mit dem Mythos den wir bei HIV kennen: der Logik des Kalten Kriegs folgend, fanden sich Fürsprecher von Theorien, demnach es Labore der russischen oder der amerikanischen Geheimdienste gewesen seien, die HIV hergestellt hätten. Dass es damals die wissenschaftlichen Voraussetzungen für entsprechende Aktivitäten nicht gegeben hatte, befeuerte die Verschwörungsfantasien mit dem Endziel der Vernichtung des Gegners oder der Ausrottung ethnischer „Minderheiten“.

AIDS Leugner und Querdenker

Der Vergleich zwischen „Querdenkern“ und „AIDS Leugnern“ bietet sich natürlich an, sowohl was deren Wissenskonstrukte, Wissenschaftlichkeit, die zur Verfügung gestellten Verschwörungsfantasien betrifft, als auch die Unerreichbarkeit der daran Glaubenden, die Vehemenz mit der das jeweilige „alternative“ Wissen vertreten und der Schaden, der dadurch angerichtet wird bzw. wurde, beispielsweise indem vor Impfungen und Behand-

lungsmöglichkeiten gewarnt wird. AIDS-Leugner, vor „giftigen“ HIV-Therapien warnend, sind für den Tod von Hunderttausenden verantwortlich: Menschen und Regierungen, wie z.B. die Regierung Südafrikas, die ihnen Glauben schenken und auf „Alternativangebote“, Vitaminpräparate, aber auch angebotene Pseudo-Therapieformen vertrauten, die geschäftstüchtig vertrieben und an die abhängig gemachten „Follower“ zu horrenden Preisen verkauft wurden. Wie viele Millionen Menschen die Botschaften der Bagatellisierer oder COVID-19 Leugner:innen mit ihrem Leben bezahlen werden, kann bisher nur spekuliert werden: die Infektionsraten und Sterbestatistiken von Staaten, wie Brasilien und den Vereinigten Staaten, sprechen für sich. Die Verbreitung der Masken- und Impfskepsis zahlt sich aus. Eines kann bereits jetzt als gesichert gelten: es werden mehr Tote zu verzeichnen sein, als bei AIDS. Die Geschäftemacher- und Verbreiter:innen von Verschwörungsphantasien wird dies nicht davon abhalten, ihre Echokammern im Internet mit selbstfabriziertem Unsinn weiter zu bedienen: das Leben in Parallelwelten trägt dazu bei, dass der Konsens darüber abhandengekommen ist, was gesellschaftlich noch verantwortet werden kann, was legitim, was obszön, wenn nicht sogar kriminell ist.

Als letzte Parallele zwischen HIV und dem Umgang mit der HIV-Therapie und COVID-19 möchte ich rassistische Vorurteile und Vorstellungen anführen, die beurteilten und beschrieben, was man Afrikaner:innen generell zutrauen darf. Als vor 20 Jahren, durch Druck auf die Pharmaindustrie, endlich auch auf dem afrikanischen Kontinent und in Ländern des globalen Südens HIV-Therapien zur Verfügung gestellt werden konnten, wurden entsprechende Versuche mit Vorstellungen konterkariert, wonach das nicht funktionieren könne: Natürlich wurde das nicht so gesagt, es war jedoch klar, was gemeint ist: Afrikaner:innen seien gedanklich zu einfach und chaotisch strukturiert, als dass sie die teilweise komplizierten Einnahmeschemata der Medikamente einhalten könnten. Zudem fehle es an Infrastruktur und Versorgungsstrukturen etc. In diesen Regionen in HIV-Thera-

pien zu investieren sei, unter der Hand gesagt, hinausgeschmissenes Geld. Es ist anders gekommen und die Vorstellung unserer sogenannten „entwickelten“ Welt (Kaukasier, Europäer etc.) ist enttarnt, als das was sie ist: blanker Rassismus. Ein vorgeschobenes Argument der Industrie und anderer - aus Angst vor Profitverlust, angesichts des Zwangs der vergünstigten Abgabe von Medikamenten.

Globales, öffentliches Geschwätz

Ähnliche Argumente hört man heute wieder: in Bezug auf die Forderung der vom Westen unabhängigen Herstellung von COVID-19 Impfstoffe in afrikanischen Ländern, der Einrichtung von Produktionspartnerschaften, von notwendiger Trans-

parenz zum Wissenstransfer. Weder Wissenschaftler:innen, noch die lokalen, strukturellen Begebenheiten wären „weit“ genug, als dass entsprechende Vorhaben gelingen könnten: Sogar von Politiker:innen ist das faule Argument zu hören, dass entsprechende Technologien in Regionen „ohne sauberes Wasser“ nicht funktionieren könnten.

Auch dieses Beispiel verdeutlicht, dass es darum geht, Machtverhältnisse zu verschleiern, sowie die Interessen der Industrie und der Industriestandorte zu verteidigen.

Die Bezeichnung von COVID-19 Impfstoffen als „globales, öffentliches Gut“ durch Kanzlerin Merkel ist als das enttarnt, was es ist: ein globales, öffentliches Geschwätz.

*Peter Wiessner
August 2021*

*Kontakt:
peter-wiessner@t-online.de*



Nicht auf die Speisekarte: Gürteltier! Quelle: pixabay.com

HIV und Selbstmord

Gelegentlich landet eine scheinbar gute, von Experten begutachtete wissenschaftliche Studie bei uns, die auf den ersten Blick schwer zu glauben ist. Eine solche Studie erschien im April in der medizinischen Fachzeitschrift „General Psychiatry“, die vom Verlag des British Medical Journal herausgegeben wird.

Es handelte sich dabei um den ersten Versuch einer systematischen Untersuchung der Raten von Selbstmord, Selbstmordversuchen und Selbstmordgedanken bei Menschen mit HIV. Matt Peilton und seine Kollegen von der Penn State University in den USA untersuchten 40 Studien aus allen Kontinenten, an denen insgesamt 185.199 Menschen mit HIV teilnahmen.

Wir zögerten jedoch, darüber zu berichten, und dafür gibt es zwei Gründe. Der erste Grund ist, dass Selbstmord ein sensibles Thema ist, und vielleicht noch sensibler für diejenigen von uns, die gesundheitliche Herausforderungen in ihrem Leben haben oder hatten. Wir wollten absolut sicher sein, dass das, was wir berichteten, akkurat und nicht sensationsheischend war. Deshalb baten wir drei Statistiker, die Studie zu analysieren und befragten einen Psychiater und einen klinischen Psychologen zu ihren Ansichten über Selbstmord bei Menschen mit HIV, um den Hintergrund zu verdeutlichen.

Der zweite Grund war, dass uns der Bericht schockierend erschien und wir wissen wollten, ob die Ergebnisse der Studie zutreffen.

Wer sich für die Zahlen und die Kritik an den Studien nicht so sehr interessiert, sollte gleich zum Abschnitt „Der Umgang mit Selbstmord“ gehen.

Selbstmordraten - weltweit und bei HIV

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) berichtet, dass im Jahr 2019, dem letzten Jahr, für das uns Zahlen vorliegen, weltweit 700.000 Menschen durch eigene Hand starben und dass weltweit 1,3 % der Todesfälle im Jahr 2019 auf Suizid zurückzuführen waren. In der Allgemeinbevölkerung ist es die dritthäufigste Todesursache bei jungen Frauen zwischen 15 und 29 Jahren und die vierthäufigste bei jungen Männern. Die Raten sind bei Männern

aller Altersgruppen doppelt so hoch wie bei Frauen, ebenso wie bei anderen gewaltsamen Todesfällen, wie Überfällen und Verkehrsunfällen.

Es besteht kein Zusammenhang zwischen Selbstmord und Einkommen und die Raten sind bei Männern in Europa mit hohem Einkommen und in Afrika mit niedrigem Einkommen am höchsten; bei Frauen sind sie in Südostasien am höchsten.

Tendenziell sind die Raten in Ländern des Nordens höher als in tropischen Ländern. Die Zahlen in den meisten islamischen Ländern und im stark katholischen Mittel- und nördlichen Südamerika sind bemerkenswert niedrig, so dass möglicherweise eine einheitliche religiöse Kultur einen Schutz darstellt. Die Raten erreichen ihren Höhepunkt im Alter von 25 Jahren in Ländern mit niedrigem Einkommen und 55 Jahren in Ländern mit hohem Einkommen. Eine gute Nachricht ist, dass die Raten in den letzten 20 Jahren in allen Weltregionen, außer einer, gesunken sind und sich in Europa und Ostasien fast halbiert haben. Die Ausnahme bildet Nordamerika, wo sie leicht angestiegen sind.

Die jährliche Inzidenz von Selbstmorden weltweit lag 2019 laut WHO bei 0,009 %, d. h. 1 Selbstmord bei etwas mehr als 11.000 Menschen pro Jahr (bei Männern ist es einer bei etwas mehr als 8.000).

In der Publikation "General Psychiatry" wurden 12 Studien, alle aus Nordamerika und Europa, gefunden, die Raten von "vollzogenen Selbstmorden" bei Menschen mit HIV dokumentierten. Die Studie ergab eine Rate von 1,02 % pro Jahr, d. h. eine von 98 Personen. Das sind hundertmal so viele, wie in der Allgemeinbevölkerung.

Das ist die Zahl, die die Aufmerksamkeit auf sich zog. Die Studie ergab jedoch auch höhere Raten von Suizidversuchen und Suizidgedanken im Laufe des Lebens.

Beide sind viel häufiger als vollzogene Selbstmorde, sowohl, weil es sich um "Haben Sie schon einmal?"-Fragen handelt, als auch, weil vollzogene Selbstmorde viel seltener sind, als Selbstmordversuche. Die Studie ergab eine Lebenszeitraten von 15,8 % für Selbstmordversuche bei Menschen mit HIV, gegenüber einer WHO-Schätzung von 3 % in der Allgemeinbevölkerung. Die jährliche Inzidenz von Suizidversuchen bei Menschen mit HIV lag bei 2,04 %.

Was die Selbstmordgedanken betrifft, so könnte man meinen, dass diese extrem häufig vorkom-

men, aber sie werden in der Regel in einem von mehreren validierten Fragebögen zur Beurteilung der psychischen Gesundheit abgefragt und setzen im Allgemeinen aktive Überlegungen und eine gewisse Planung voraus, wie z. B. das Sammeln von Tabletten oder das Verfassen von Testamenten, und nicht nur das Aufwachen mit dunklen Gedanken. Die Rate der Selbstmordgedanken bei Menschen mit HIV lag bei 22,8 %; die WHO-Schätzung für die Allgemeinbevölkerung liegt bei 9 %.

Ist die Selbstmordrate bei Menschen mit HIV wirklich so hoch?

Es war jedoch von Anfang an klar, dass die sehr hohe Zahl der vollzogenen Selbstmorde merkwürdig ist. Die WHO schätzt, dass nur einer von 286 Selbstmordversuchen tatsächlich mit dem Tod endet. Doch in der Meta-Analyse betrug das Verhältnis zwischen der jährlichen Häufigkeit von Selbstmordversuchen (in einer Gruppe von Studien) und der Häufigkeit der tatsächlichen Selbstmorde (in einer anderen Gruppe) genau 2:1. Es schien keinen Grund zu geben, warum Menschen mit HIV 143 Mal "besser" darin sein sollten, einen Versuch in die Tat umzusetzen.

Und dann war da noch der Zeitraum, den die Forschungsarbeiten überblickten. Von den 40 Studien wurden die Daten in zehn Fällen vor dem Jahr 2000 erhoben, während es sich bei weiteren sieben Studien um Kohortenstudien handelte, die Daten über einen langen Zeitraum sammelten, der auch die Jahre vor dem Jahr 2000 umfasste, als die HIV-Behandlung entweder nicht verfügbar oder nur teilweise wirksam war. Von den 12 Arbeiten, die über tatsächliche Selbstmorde berichten, hat nur eine alle Daten nach 2000 erhoben. Von den 16 Arbeiten, in denen Suizidversuche auf Lebenszeit erfasst wurden, sammelten 12 alle Daten nach dem Jahr 2000.

Die Lebenszeitraten der Selbstmordversuche sank um einen absoluten Prozentsatz von 0,17 % pro Jahr der Veröffentlichung. Durch die antiretrovirale Therapie sank die Rate der Selbstmordversuche noch stärker, nämlich um 1,35 %, was bedeutet, dass sich diese Rate in zehn Jahren fast halbieren würde, wenn sie weiter anhielte.

Diese Unterschiede waren statistisch nicht signifikant, aber signifikant war, dass für jede 10 % weniger Menschen mit einer AIDS-Diagnose in einer Studie, die Rate der vollendeten Selbstmorde um ein Drittel sank (0,34 % in absoluten Zahlen). Das

Vorliegen einer lebensbedrohlichen Krankheit ist einer der Faktoren, die in der Allgemeinbevölkerung die Suizidrate am stärksten vorhersagen und diese Zahlen scheinen dies zu bestätigen.

Unseren Experten entdeckten noch andere Merkwürdigkeiten in der Meta-Analyse. Professor Andrew Phillips vom University College London fiel auf, dass die Rate der vollzogenen Selbstmorde durch zwei Arbeiten erhöht wurde, von denen die erste eine Überprüfung von Sterbeurkunden in Frankreich aus dem Jahr 2000 und die zweite eine Überprüfung von Leichenschauaufzeichnungen aus San Francisco aus den Jahren 1995-97 enthielt. Sie berichteten über eine jährliche Selbstmordrate von 10,7 % bzw. 19,3 % bei HIV-Infizierten, was nicht glaubwürdig ist; nicht einmal Mitte der 90er Jahre starb jeder fünfte HIV-Infizierte jedes Jahr, geschweige denn durch Selbstmord.

Phillips wies jedoch darauf hin, dass nicht die Selbstmordrate aller HIV-Infizierten angegeben wurde, sondern der Anteil der Todesfälle bei HIV-Infizierten, die auf Selbstmord zurückzuführen waren. Die viel größere Gruppe von Menschen, die in dem Jahr nicht gestorben sind und somit per Definition keine Selbstmordfälle waren, muss mit einbezogen werden, wenn man die Inzidenz berechnen will. Diese Studien hätten also ausgeschlossen werden müssen.

Phillips Kollegin, Professorin Caroline Sabin, merkte an, dass die Feststellung, ob es sich bei einem Fall tatsächlich um einen Selbstmord handelt, schwierig ist. Todesfälle, die wie ein Selbstmord aussehen, könnten Unfälle sein, zum Beispiel eine Überdosis Drogen oder Menschen, die sich normalerweise selbst verletzen, aber versehentlich zu weit gegangen sind.

Sie stellte auch fest, dass mehrere der Studien mit sehr hohen Raten sowohl bei vollzogenen, als auch bei versuchten Selbstmorden sehr gefährdete Personengruppen betrafen. Eine Studie, die eine Suizidversuchsrate von bis zu 22 % pro Jahr meldete, stammte aus Puerto Rico und umfasste eine große Anzahl von Drogenkonsumenten. Eine andere Studie über Selbstmordversuche bezog sich auf überwiegend schwarze, perinatal (während der Geburt/Stillzeit) infizierte Kinder in den USA. Eine dritte Studie, die über hohe Raten vollendeter Selbstmorde in den Niederlanden berichtete, wurde in den frühen AIDS-Jahren (1984-92) durchgeführt und ihr Titel spricht für sich selbst: „Tod durch Selbstmord und Überdosis bei injizierenden

Drogenkonsumenten nach Bekanntwerden des ersten HIV-Testergebnisses“.

Die beiden oben zitierten US-Studien waren die einzigen beiden aus diesem Land, die eine jährliche Inzidenz von Selbstmordversuchen meldeten. Drei Studien aus Europa ergaben alle eine viel niedrigere jährliche Inzidenz von Selbstmordversuchen. Infolgedessen ist die in der Studie ermittelte jährliche Inzidenz von Selbstmordversuchen in den USA 51 mal höher, als in Europa.

Wenn man solche Ausreißer ausklammert, kommt man den globalen Zahlen näher, auch wenn sie immer noch höher sind. Die Inzidenzrate der vollständigen Selbsttötung ist ohne Berücksichtigung der Studiengrößen schwer zu berechnen, aber wenn wir Ausreißer ausschließen, liegt sie bei etwa 0,7 % pro Jahr. Dies ist fast achtmal höher als die globale Rate und 5,5 mal höher als die globale Rate bei Männern, liegt aber in der gleichen Größenordnung. Auch die Lebenszeit-Selbstmordversuche sind fünfmal und die Selbstmordgedanken 2,5-mal so hoch, wie die weltweite Rate.

Diese Zahlen kommen einer Studie von Dr. Sara Croxford von Public Health England sehr viel näher, die auf der Konferenz der „British HIV Association“ 2017 vorgestellt wurde. Diese Studie ergab, dass die Selbstmordrate bei Menschen mit HIV mehr als doppelt so hoch ist, wie in der allgemeinen Weltbevölkerung (0,021 % pro Jahr, was 2 % aller Todesfälle bei Menschen mit HIV ausmacht). Bei den Männern lag die Rate bei 0,032 %.

Sara Croxford betonte gegenüber aidsmap, dass die Selbstmordrate im ersten Jahr nach der Diagnose fünfmal so hoch war wie die der Weltbevölkerung (0,052 %) und dass dies 40 % aller Todesfälle durch Selbstmord in der Kohorte ausmachte.

Doch selbst wenn die tatsächliche Selbstmordrate bei Menschen mit HIV nicht so überdurchschnittlich hoch ist, wie es bei der Lektüre des Papiers der „General Psychiatry“ den Anschein hat, so ist sie doch höher, als in der Allgemeinbevölkerung. Ich habe zwei Experten für die psychische Gesundheit von Menschen mit HIV, die klinische Psychologin Professor Lorraine Sherr, ebenfalls vom University College London und Dr. Pepe Catalan, ehemaliger beratender Psychiater am Chelsea and Westminster Hospital, zu ihren Erfahrungen mit diesem Thema befragt.

Der Umgang mit Selbstmord

"Es ist kompliziert, Selbstmordgedanken, -versuche und -raten zu analysieren", sagt Sherr. Suizidversuche sind eine Mischung aus "Erfolgen" und "Misserfolgen" - Menschen, die sich umbringen wollten und es auch getan haben und Menschen, die sich nicht wirklich umbringen wollten, es aber versehentlich taten, während sie sich selbst verletzten (was in Wirklichkeit meist eine Technik ist, um unkontrollierbare Ängste zu kontrollieren, nicht um zu sterben) oder weil sie versehentlich eine Überdosis nahmen.

"Diejenigen, die einen Selbstmordversuch unternehmen, sind eine Mischung aus Menschen, die sterben wollten, es aber nicht geschafft haben - es gab nicht genug Tabletten, sie wurden rechtzeitig entdeckt, der Zug hat sie verpasst - und Menschen, die das tun, was man früher als Hilferufe bezeichnete. Und es sind sehr unterschiedliche Menschen. Die erste Gruppe will sterben, die zweite Gruppe weiß einfach nicht, wie sie leben soll."

Katalan stimmt dem zu: "Es erschwert auch die Untersuchung von Selbstmord, weil die Demografie dieser beiden Gruppen so unterschiedlich ist. Selbstverletzer sind häufiger jünger und weiblich, geplante Selbstmörder sind häufiger älter und männlich. Menschen, die einen Selbstmord planen, sind häufiger Menschen, vor allem Männer, die einen großen Schicksalsschlag, eine Demütigung oder Schande erlebt haben. Sie können sich nicht an die Veränderung ihres Status gewöhnen.

"Die HIV-Diagnose kann natürlich als eine solche Veränderung erlebt werden. In der Zeit, als HIV oft den Verlust des Arbeitsplatzes bedeutete, schien dies oft ein auslösender Faktor zu sein. Das Stigma des Selbstmordes wirkt sich auch auf seine Erfassung aus - Gerichtsmediziner können unter dem Druck der Familien einen 'Unfalltod' feststellen.

"Ich denke aber, dass die auslösenden Faktoren für eine HIV-Infektion und die auslösenden Faktoren für einen Selbstmord oft dieselben sind. Wir wissen bereits, dass die Selbstmordrate bei schwulen Männern höher ist als bei anderen Männern und auch die Wahrscheinlichkeit, sich mit HIV zu infizieren, ist größer. Auch politische Faktoren; die Schließung der Kohlefelder und die Deindustrialisierung des Nordens führten zu einem Anstieg der Selbstmorde, der seither langsam zurückgeht, wobei ich die Ergebnisse der COVID-Studie abwarten möchte."

Kann man Selbstmorde vorhersagen und somit verhindern?

"Nein", sagt Catalan. "Wir können nicht vorhersagen, wer tatsächlich Selbstmord begehen wird. Ich meine, ja, in meinen Kliniken gab es viele Menschen, an denen man erkennen konnte, dass sie zum Typus des Selbstmörders gehören, aber es gab viele von ihnen, und die meisten haben sich nicht tatsächlich umgebracht. Wir konnten nicht jedem die Art von intensiver, prophylaktischer Unterstützung geben, die vielleicht nötig wäre."

"Aber man muss ihnen zuhören und sie reden lassen", sagt Sherr. "Einer der größten Mythen über Selbstmord ist, dass diejenigen, die darüber sprechen, es nicht tun. Meiner Erfahrung nach ist das nicht der Fall. Wenn jemand, dem es normalerweise schwerfällt zu reden, plötzlich sagt, dass er Selbstmordgedanken hat, sollte man ihn sehr ernst nehmen."

"Ja, bleiben Sie auf Ihrem Stuhl sitzen, seien Sie still und hören Sie zu", stimmt Catalan zu. "Und kommen Sie nicht mit Lösungen, spielen Sie ihre Gefühle nicht herunter, sagen Sie ihnen nicht, dass es ihnen bald besser gehen wird und vor allem sagen Sie ihnen nicht, dass sie sich zusammenreißen sollen."

"Depressionen sind nicht unbedingt ein Zeichen für Suizidalität. Tatsächlich hebt sich die Stimmung der Menschen in den Tagen vor einem Selbstmord oft. Sie lassen alles hinter sich. Erst wenn eine Person über ihre Pläne spricht, wird man wirklich aufmerksam."

"Eines der beunruhigenden Anzeichen und auslösenden Faktoren ist der völlige Verlust des regelmäßigen Schlafs", fügt er hinzu. "Das ist ein Anzeichen für einen Zustand frei schwebender Angst und Rollenverlust und wenn man vorher nicht suizidgefährdet war, kann man es nach ein paar schlaflosen Nächten durchaus sein."

"Die beste Art der Vorbeugung ist die Unterstützung, die Sie jedem Menschen geben würden", sagt Sherr. "Haben sie eine gute soziale Betreuung und Unterstützung bei der Wohnungssuche? Haben sie einen Hausarzt, zu dem sie ein gutes Verhältnis haben? Medikamente können einen großen Unterschied machen und damit meine ich nicht unbedingt Antidepressiva, sondern die Behandlung von chronischen Krankheiten oder Schmerzen."

(Die Arbeit von Sara Croxford zeigt, dass in der Zeit, als die antiretrovirale Therapie noch nicht unmittelbar nach der HIV-Diagnose verabreicht wurde, die Selbstmordrate bei HIV-Infizierten dramatisch sank, sobald sie mit der ART begannen - sowohl weil sie sich körperlich besser fühlten, als auch weil sie das Gefühl hatten, die Kontrolle über ihre Gesundheit zu haben.)

"Aber es ist wichtig, nicht nur auf äußere Bedürfnisse einzugehen", fügt Sherr hinzu. "Selbstmord ist letztlich ein psychologisches Problem, der Hoffnungslosigkeit. Ich versuche, die Menschen in eine Zukunft zu führen und ich weiß, dass ich etwas erreiche, wenn ich spüre, dass sie für sich selbst eine Zukunft sehen."

"Suizidgefährdete Menschen haben oft den Halt verloren, es gibt keine Struktur in ihrem Leben und ich versuche, ihnen etwas davon zu vermitteln, und sei es nur, dass ich sage: 'Ruf mich morgen an! Um zehn Uhr!'"

"Ein gescheiterter Selbstmordversuch kann sogar als Signal für eine bessere Zukunft gedeutet werden", sagt Catalan. "Einer meiner ersten Jobs in der Psychiatrie war die Arbeit mit Menschen, die vor U-Bahn-Züge gesprungen sind. In den meisten Fällen überleben sie - sie fallen in den Schacht zwischen den Schienen. Ich hatte einen HIV-positiven Klienten, dem das passierte. Er betrachtete es als ein Wunder, als ein Zeichen dafür, dass es ihm bestimmt war zu leben und er hat es nie wieder getan."

Selbstmord und die Folgen

Was ist mit der Vorstellung, dass Selbstmord "ansteckend" ist? Dass es ein erlerntes Verhalten ist? Das ist oft der Grund, warum die Menschen sich scheuen, darüber zu sprechen.

"An der Idee des 'Nachahmungstäters' ist etwas Wahres dran", sagt Catalan. "In der Zeit von AIDS gab es eine Häufung von Selbstmorden. Das gibt den Menschen irgendwie eine soziale Erlaubnis."

"Ich mache mir Sorgen über die sozialen Medien - aber nicht, weil sie direkt zum Selbstmord oder zur Selbstbeschädigung ermutigen. Eher im Gegenteil: Jeder präsentiert sich als erfolgreich, schön, geliebt und vor allem glücklich. Und wenn man sich nicht so fühlt, kann man sich von allem ausgeschlossen fühlen. Ich befürchte, dass junge Menschen sich schämen, wenn sie nicht glücklich sind."

Was würden Sie den Familien und Angehörigen von Menschen raten, die sich umbringen? Oder die selbstmordgefährdet sind?

"Die gleichen Ratschläge, die wir auch für uns selbst geben würden, auch wenn die Familien Schuldgefühle, Scham und Reue intensiver empfinden", sagt Sherr.

"Wenn jemand suizidgefährdet ist, versuchen Sie zuzuhören, werden Sie nicht wütend oder direktiv, schlagen Sie nicht zu schnell Lösungen vor, sondern zeigen Sie Möglichkeiten auf. Wenn sich jemand umgebracht hat, versuchen Sie, der Familie zu versichern, dass sie nichts getan oder versäumt hat, was dazu geführt hat. In Wirklichkeit hätte die Person es ohne ihre Unterstützung vielleicht schon zehn Jahre früher getan. Sie haben sie zehn Jahre lang geliebt und das hat sie am Leben erhalten."

Fachkräfte können von den Selbstmorden ihrer Patienten genauso betroffen sein, wie jeder andere. Als ich Sherr frage, wie sie diejenigen versteht, die sterben wollen und es auch tun, sagt sie: "Alles, was ich von ihnen verstehe, ist, welche Gefühle sie in mir hervorrufen!"

Catalan antwortet: "Die erste Selbstmordpatientin, die ich je gesehen habe, war eine Frau, die eine Überdosis genommen hatte. Ich sprach mit ihr, wir kamen ins Gespräch, ich vereinbarte einen Termin für die folgende Woche. In dieser Woche hat sie sich umgebracht. Was hätte ich sonst tun können?"

Der Selbstmord löst bei jedem Menschen eine Mischung aus Entfremdung und Empathie aus. Einerseits ist es schwer vorstellbar, dass jemand aus Verzweiflung sein Leben beendet, solange es noch Leben und Hoffnung gibt und das kann dazu führen, dass wir wütend werden, weil er uns verlässt.

Auf der anderen Seite gibt es ein Mitgefühl; es gibt wahrscheinlich nur wenige Menschen, die sich nicht eines Nachts gedacht haben: "Was soll das bringen?". Auch wenn Selbstmord nicht ansteckend ist, kann es sich so anfühlen.

Selbstmord kann Freunde und Angehörige fast so sehr verletzen wie die Person, die sich selbst tötet, oft aus Schuldgefühlen heraus. "Wenn ich nur gesehen hätte, dass sie verzweifelt sind, wenn ich nur mit ihnen geredet hätte, wenn ich nur das Zauberwort gesagt hätte, das sie aufgehalten hätte", denken wir. Wenn es ein Elternteil, ein Kind oder ein Liebhaber ist, kann das verheerende Auswirkungen haben, und zwar für immer.

Ich persönlich hatte das Glück, einem Selbstmord nie so nahe gewesen zu sein, aber es gab eine seltsame Zeit in den Jahren 2008/2009, als sich drei mir bekannte HIV-Aktivist*innen, allesamt geliebte und geschätzte Kämpfer, umbrachten.

Ich fragte einen alten Schulfreund des einen, was seiner Meinung nach zum Selbstmord seines Freundes geführt hatte. "Er hat sein ganzes Leben lang versucht, es zu tun", sagte er achselzuckend. Mit anderen Worten: Das Beunruhigendste am Selbstmord ist wohl, dass er unergründlich ist. Wir werden es nie erfahren.

Internationale Beratungsstellen finden Sie unter www.befrienders.org oder auf dieser Wikipedia-Seite: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_suicide_crisis_lines

1. Link („*aidsmap* hat hier darüber berichtet“)

<https://www.aidsmap.com/news/aug-2021/blank>

2. Link zum Originalartikel

<https://www.aidsmap.com/news/aug-2021/hardest-outcome-all-hiv-and-suicide>

Originalautor: Gus Cairns

Übersetzung: [deepl.com](https://www.deepl.com)

Bearbeitung: S. Schwarze

So können Sie uns erreichen:

**Projekt Information e.V.,
Lietzenburger Str. 7, 10789 Berlin**

Tel.: 030 / 63 96 88 97

Bitte sprechen Sie auf unseren Anrufbeantworter! Wegen der zahlreichen Werbeanrufe mussten wir das Telefon leise stellen. Wir bitten um Verständnis.

Fax: 030 / 37 44 69 39

E-Mail: info@projektinfo.de

www.projektinfo.de (u.a. alle alten Ausgaben zum Download als PDF - mit ausführlicher Suchfunktion!)

Medizin & Forschung

Unterstützung der Adhärenz ist der Schlüssel: Vaginalringe und orale PrEP in der HIV-Prävention bei jungen Frauen und Schwangeren

Heranwachsende Mädchen und junge Frauen vor allem in ressourcenarmen Ländern brauchen wirksame und zugängliche Möglichkeiten, um sich vor HIV zu schützen. Auf der 11. Internationalen Konferenz der „International AIDS Society“ (IAS2021) präsentierte Dr. Gonasagrie Lulu Nair aus Südafrika für das „Microbicides Trials Network“ einen Überblick über die neuesten Studiendaten. Ein wichtiges Ergebnis: Mädchen und junge Frauen – auch Schwangere – wenden den Dapivirin-haltigen Vaginalring und die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) mit täglicher Einnahme konsequent an, wenn sie bei der Einnahme unterstützt werden. Ermutigend ist, dass die Adhärenz bei beiden Methoden in dieser Studie höher war als in früheren Studien. In einer weiteren Studie wurde festgestellt, dass sowohl der Ring als auch die orale PrEP für schwangere Frauen sicher sind. Studiendaten, die bei Schwangeren erhoben wurden, sind bisher rar.

„In vielerlei Hinsicht übertrafen diese Ergebnisse sogar unsere eigenen Erwartungen, doch gleichzeitig ist es nicht überraschend, dass diese jungen Frauen die Fähigkeit und den Wunsch haben, sich selbst vor HIV zu schützen“, sagte Nair, „sie müssen sich einfach befähigt fühlen und die Möglichkeit haben, Entscheidungen zu treffen, die sie für richtig halten.“

Im Januar 2021 hatte die WHO den Vaginalring, ein Silikonprodukt, das den NNRTI Dapivirin langsam freisetzt, als zusätzliche Präventionsoption für Frauen mit hohem HIV-Risiko empfohlen. (Als weltweit erstes Land ließ Zimbabwe im Juli 2021 den Vaginalring zur Anwendung zu.)

Zwei randomisierte klinische Phase-III-Studien in Subsahara Afrika (Ring-Studie und ASPIRE) hatten ergeben, dass der Vaginalring das Risiko einer HIV-Infektion um etwa 30 % verringert. In einer Erwei-

terung von ASPIRE, der HOPE-Studie, zeigte sich, dass die Wirksamkeit bei längerer Anwendung auf 39 % anstieg. Zwei Studien zur oralen PrEP mit Tenofovir-Disoproxil-Fumarat/Emtricitabin (TDF/FTC; Truvada® oder generische Äquivalente) für Frauen in Afrika, VOICE und FEM-PrEP kamen zu dem Ergebnis, dass die täglichen Pillen das Infektionsrisiko nicht stärker verringerten, als ein Placebo.

Diese Ergebnisse waren enttäuschend, da die orale PrEP bei schwulen und bisexuellen Männern und heterosexuellen Paaren sehr wirksam ist. Eine weitere Analyse hatte gezeigt, dass sowohl der Ring, als auch die orale PrEP bei Frauen gut funktionierten, wenn die Adhärenz hoch war. Viele afrikanische Frauen – vor allen Dingen jüngere – hatten allerdings Schwierigkeiten, die Methoden konsequent anzuwenden.

In VOICE und FEM-PrEP hielten sich weniger als 25 % der jungen Frauen an die Methoden. In der ASPIRE-Studie war der Ring bei Frauen über 25 Jahren zu 61 % wirksam, bei Frauen unter 25 Jahren nur zu 10 % und bei den 18- bis 21-Jährigen gar nicht.

Die Zwischenergebnisse der REACH-Studie lassen jedoch nun ein hoffnungsvolleres Fazit zu. An dieser im Februar 2019 gestarteten Studie des Microbicides Trials Network nahmen 247 heranwachsende Mädchen und junge Frauen im Alter von 16 bis 21 Jahren in Südafrika, Uganda und Simbabwe teil. Das Durchschnittsalter lag bei 18 Jahren, mehr als ein Drittel war 16 oder 17 Jahre alt. Sie waren nicht schwanger und benutzten zuverlässige Verhütungsmittel.

Die meisten Teilnehmerinnen waren unverheiratet und 40 % waren schon einmal schwanger gewesen. Drei Viertel hatten einen Sekundarschulabschluss, 37 % besuchten derzeit eine Schule; etwa jede Fünfte hatte ein Einkommen. Die meisten (89 %) gaben an, einen primären Sexualpartner zu haben, 75 % wussten über den HIV-Status ihres Partners Bescheid, und 24 % glaubten, dass ihr primärer Partner weitere Partner hatte. Die Frauen hatten in den letzten drei Monaten durchschnittlich 2,5 Sexualpartner, und 35 % hatten bei Studienbeginn eine oder mehrere sexuell übertragbare Infektionen, am häufigsten Chlamydien.

Ziel der Studie war es, die Sicherheit, Adhärenz, Akzeptanz und Präferenz für den Dapivirin-Ring und die orale PrEP mit TDF/FTC zu bewerten. Im

Rahmen eines Crossover-Designs wurde eine Gruppe nach dem Zufallsprinzip sechs Monate lang mit dem Ring behandelt (ein Ring pro Monat) und dann sechs Monate lang auf die orale PrEP umgestellt. Die zweite Gruppe wandte die Methoden in umgekehrter Reihenfolge an. In den letzten sechs Monaten wendeten die Frauen die Methode ihrer Wahl oder keine der beiden an.

Unterstützt wurden die Teilnehmerinnen durch eine Reihe von Angeboten zur Verbesserung der Adhärenz, darunter tägliche SMS-Erinnerungen, wöchentliche Kontrollkontakte per SMS oder Telefon, die Bildung von Paaren mit anderen Teilnehmerinnen als Adhärenzpartner, Selbsthilfegruppen sowie Adhärenzberatung.

Zwischenergebnisse nach den ersten beiden sechsmo-natigen Phasen, als die meisten Frauen (94,4 %) alle Studienbesuche wahrgenommen hatten, zeigten bei beiden Methoden allgemein eine gute Sicherheit und Verträglichkeit. Etwa ein Drittel der Teilnehmerinnen berichtete über unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit dem Ring und etwa die Hälfte über Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der PrEP. Bei beiden Methoden traten jedoch keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse auf und niemand brach die Anwendung des Rings oder der PrEP-Pillen aus diesem Grund ab.

Kein oder minimaler Gebrauch während der ersten 12 Monate war sehr selten. Die Hälfte der Anwenderinnen des Rings (50,2 %) erreichte eine hohe Nutzung, 45,4 % zeigten Anzeichen für einen gewissen Gebrauch, und nur bei 4,4 % gab es keine Hinweise, dass die Frauen den Ring angewendet hatten. Bei der oralen Einnahme von TDF/FTC waren die entsprechenden Zahlen 58,6 % (vier oder mehr Dosen pro Woche), 39,9 % (eine bis drei Dosen pro Woche) und 1,5 % (kein Tenofovir nachgewiesen).

In Bezug auf die vollständige Einhaltung des Anwendungsregimes schnitt der Ring jedoch besser ab: Die Hälfte der Frauen behielt den Ring einen ganzen Monat lang, weniger als ein Viertel nahm

mindestens sechs Dosen TDF/FTC pro Woche. Außerdem gaben die Frauen an, dass sie den Ring eindeutig bevorzugen: 88,5 % hielten den Ring für akzeptabel, 63,9 % die PrEP.

Obwohl die Studie nicht auf die Bewertung der Wirksamkeit ausgerichtet war, gab es nur eine neue HIV-Infektion, was einer Inzidenzrate von 0,5 pro 100 Personenjahre entspricht.

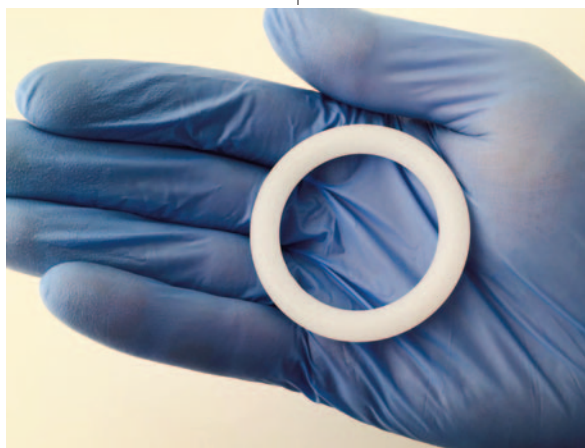
Beide Produkte wurden gut vertragen und akzeptiert, so die Schlussfolgerung. Die maßgeschneiderte Unterstützung der Adhärenz war sehr effektiv. Die kontinuierliche Unterstützung und die individuelle Betreuung der Teilnehmer scheinen einen Unterschied zu machen. „Eine so hohe Adhärenz zu sehen, ist ziemlich bemerkenswert, vor allem in dieser Zeit von COVID-19“, so Connie Celum, von der University of Washington in Seattle, eine Forscherin aus der REACH-Studie.

Eine zweite Studie des Microbicides Trial Network (DELIVER) untersuchte die Sicherheit des Dapivirin-Vaginalrings und des oralen PrEP mit TDF/FTC bei schwangeren Frauen.

An DELIVER nahmen 150 Frauen im Alter von 18 bis 40 Jahren in Malawi, Südafrika, Uganda und Simbabwe teil. Das Durchschnittsalter lag bei 25 Jahren und fast ein Drittel war bereits schwanger. 101 von ihnen wurden nach dem Zufallsprinzip für die Verwendung des Rings und 49 für die tägliche orale PrEP ausgewählt. Sie begannen mit der Anwendung in der Spätschwangerschaft (etwa 36 bis 38 Schwangerschaftswochen) und setzten sie bis zur Entbindung fort. Die Mütter und Säuglinge wurden dann sechs weitere Wochen lang beobachtet.

Daten von 141 Teilnehmerinnen wurden ausgewertet. Beide Präventionsmethoden erwiesen sich als sicher. Nur ein schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis (Übelkeit) wurde mit TDF/FTC in Verbindung gebracht. Bei keinem Säugling traten schwere unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit den Methoden auf.

Schwangerschaftskomplikationen waren selten, wobei Bluthochdruck mit insgesamt 5 Fällen in



Vaginalring zur Verhütung unerwünschter Schwangerschaften und zur Prävention einer HIV-Infektion.

Bildquelle:

<https://www.flickr.com/photos/niaid/25153111944>

beiden Gruppen am häufigsten auftrat. Bei einer Frau in der Ringgruppe und zwei Frauen in der TDF/FTC-Gruppe kam es zu einer Frühgeburt. In der TDF/FTC-Gruppe kam es zu einer Totgeburt und einem Todesfall bei einem Neugeborenen. Damit waren diese Ereignisse insgesamt vergleichbar mit den Raten, die bei anderen schwangeren Frauen in den an der Studie teilnehmenden Kliniken beobachtet wurden.

Weitere Untersuchungen zur Sicherheit bei schwangeren Frauen, die den Dapivirin-Vaginalring zu einem früheren Zeitpunkt in der Schwangerschaft verwenden, sind jetzt geplant: 150 Frauen werden mit der Anwendung der Methoden in der 30. – 35. Schwangerschaftswoche beginnen, 250 Frauen in der 12. – 29.

Zusammenfassung nach: Highleyman, Liz: Young women and pregnant women can effectively use vaginal rings and oral PrEP for HIV prevention. www.aidsmap.com, 28 July 2021

<https://www.aidsmap.com/news/jul-2021/young-women-and-pregnant-women-can-effectively-use-vaginal-rings-and-oral-prep-hiv>

Eine Vielzahl von Studien im Bereich der vaginalen und oralen PrEP lässt auch in Zukunft auf interessante Ergebnisse hoffen. In Kenia startete z.B. im Juli 2021 die Aufnahme der Teilnehmerinnen in eine Studie mit 4.000 Frauen, die einmal monatlich Islatravir zur HIV-Prävention einnehmen werden. Die Hoffnung ist, durch diese Methode die tägliche PrEP ersetzen zu können.

Ulrike Sonnenberg-Schwan

seit 21 Jahren: HIV-Therapie-Hotline

therapiehotline@muenchnerpositive.de

**Betroffene informieren Betroffene
zu Therapiefragen**

**Jetzt neu: Beratung zur
Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP):**

prepberatung@muenchnerpositive.de

RNA kann noch mehr: Marker für den Verlust der Virus- suppression bei Elite-Controllern

Momentan ist RNA als Impfstoff gegen SARS-CoV-2 in allen Nachrichten. Doch die Wissenschaft erforscht täglich neue Funktionen und Anwendungsmöglichkeiten des vielfältigen Biomoleküls RNA. Eine mögliche diagnostische Anwendung könnte bei Elite-Controllern den bevorstehenden Kontrollverlust vorhersagen.

Forscher untersuchten das Expressionsprofil von Micro-RNAs (miRNA, RNAs, die vermutlich regulatorische Funktion haben) bei Elitecontrollern, also Menschen, die HIV ohne Medikamente jahrelang unter der Nachweisgrenze halten können. Bei den meisten Elitecontrollern geht diese Kontrolle aber irgendwann verloren. Durch den Vergleich des miRNA-Profiles vor und nach dem Verlust der Kontrolle, konnten die Forscher ein Panel von miRNA-Molekülen identifizieren, das den Verlust der Virussuppression vorhersagen konnte. Interessanterweise sind diese miRNAs mit der Regulation des Cholesterin-Stoffwechsels assoziiert. Da das Virus bei seiner Vermehrung viel Cholesterin braucht (für die Membranhülle), erscheint dieser Zusammenhang logisch. Auf der anderen Seite binden diese miRNA aber auch an bestimmte Gene von HIV (gag, nef, vif), so dass auch Interaktionsmöglichkeiten im Cholesterinstoffwechsel bei chronisch HIV-Infizierten denkbar sind, die möglicherweise eine Ursache für das erhöhte Herz-Kreislauf-Risiko von Menschen mit HIV sein könnten. Inwieweit miRNAs auch ein bevorstehendes Therapieversagen von chronisch HIV-Infizierten, ohne Elite-Kontrolle, anzeigen können, ist noch nicht erforscht.

Möglicherweise eröffnen miRNAs neue diagnostische und vielleicht sogar therapeutische Wege, um einerseits einen Anstieg der Viruslast vorherzusagen und frühzeitig dagegen vorzugehen, um andererseits aber auch Komplikationen der HIV-Infektion vorzubeugen.

Quelle:

Masip J et al., Differential miRNA plasma profiles associated with the spontaneous loss of HIV-1 control: miR-199a-3p and its potential role as a biomarker for quick screening of elite controllers, DOI: 10.1002/ctm2.474

S. Schwarze

Grundlegend & Wissenswert

Bekannte Wirkstoffe zeigen unerwartete Wirkung

Am Anfang der Entwicklung eines jeden Medikaments, steht die Suche nach einem Wirkstoff, der gezielt Schlüsselstellen krankheitsauslösender Prozesse angreift. Doch das perfekte Medikament, das nur ein Ziel im Körper ausschaltet, gibt es nicht: keine Wirkung ohne Nebenwirkung, wie auch den meisten Beipackzetteln zu entnehmen ist. Forschende um Prof. Herbert Waldmann und Dr. Slava Ziegler am Max-Planck-Institut für molekulare Physiologie in Dortmund haben nun für eine Gruppe von bereits charakterisierten Wirkstoffen eine unerwartete Wirkung identifiziert: Sie fehlregulieren allesamt den Cholesterinstoffwechsel, ein hausgemachtes Problem, wie es scheint.

Als Alexander Flemming 1928 einen Schimmelpilz auf einer mit Bakterien bewachsenen Kulturplatte entdeckte, hatte er nicht damit gerechnet, einen der meist verwendeten Wirkstoffe zu finden: das Penicillin. Zufällige Entdeckungen wie diese und die Identifizierung von Wirkstoffen aus traditionellen Heilmitteln, wie das Morphinum des Schlafmohns, haben lange Zeit die Entdeckung neuer Medikamente geprägt.

Moderne Wirkstoffsuche mit System

In der Zwischenzeit gab es rasante Entwicklungen in der Chemie und der Molekularbiologie, die mittlerweile eine systematische und zielgerichtete Suche nach potentiellen Wirkstoffen ermöglichen. So konnten zunächst durch Fortschritte auf den Gebieten der organischen und besonders der kombinatorischen Chemie riesige Molekülbibliotheken hergestellt und in Hochdurchsatz-Tests auf ihre pharmakologische Wirkung geprüft werden. Mit der vollständigen Sequenzierung des menschlichen Genoms und der Entwicklung neuer molekularbiologischer Methoden konnten krankheitsrelevante zelluläre Prozesse sowie ihre molekularen Schlüsselstrukturen ausfindig gemacht werden. So ist man mittlerweile dazu übergegangen, große Substanzbibliotheken im Hochdurchsatzverfahren auf ihre Wirkung auf relevante Zielmoleküle, meist Proteine, zu screenen. Die positiv

identifizierten Substanzen werden anschließend in ihrer chemischen Struktur zu Leitstrukturen optimiert, die bereits in geringen Dosen wirksam sind und gut im Körper aufgenommen und verteilt werden.

Keine Wirkung ohne Nebenwirkung

Diese zielgerichtete Wirkstoffentwicklung ist sehr erfolgreich bei der Identifizierung neuer Wirkstoffkandidaten, die meist die Funktion der Zielproteine oder ihre Interaktion mit anderen Proteinen verhindern. Jedoch greifen die gefundenen chemischen Substanzen sehr häufig auch andere, verwandte Proteine an, die eine ähnliche Funktion oder Struktur haben. „Es kommt nicht selten vor, dass ein zunächst Erfolg versprechender Wirkstoffkandidat erst spät in der langjährigen Entwicklung schwerwiegende Nebenwirkungen zeigt und somit der klinische Einsatz eingeschränkt oder gar verhindert wird“, sagt Slava Ziegler.

Auf der Suche nach unbekannten Bioaktivitäten

Um möglichen Nebenwirkungen von potentiellen Wirkstoffkandidaten auf die Spur zu kommen, wird bei der Wirkstoffentwicklung in einer Reihe von Testverfahren ihre Wirkung auf bekannte Proteinklassen, biologische Prozesse und bestimmte Zeleigenschaften untersucht. Da jedoch die Anzahl der bekannten Zielmoleküle in der Zelle begrenzt ist, können auch diese Testverfahren nur die erwartete Bioaktivität wiedergeben. Sogenannte Profilierungs-Ansätze bieten mittlerweile die Möglichkeit, ein größeres Wirkspektrum einer Substanz zu erfassen. Bei diesen unvoreingenommenen Testverfahren werden simultan hunderte zelluläre oder genetische Parameter in einem Profil erfasst, das mit Profilen von Referenz-Wirkstoffen mit bereits bekannten Wirkungen verglichen wird.

Wenn die Wirkstoff-Profile übereinstimmen

In ihrer neusten Forschungsarbeit hat die Gruppe um Herbert Waldmann und Slava Ziegler zwei Profilierungs-Ansätze kombiniert, um bioaktive Substanzen aus einer Substanzbibliothek mit ca. 15.000 Naturstoff-inspirierten Molekülen zu identifizieren und sie mit den Profilen von bekannten Wirkstoffen zu vergleichen. Mit dem „Cell Painting“ Ansatz, in dem mehrere funktionelle Bereiche der Zelle gefärbt und anschließend mikroskopisch auf Veränderungen untersucht wer-

den, konnte ein großer Cluster von Substanzen mit ähnlichen Profilen ausgemacht werden. Eine Vorhersage über die Wirkweise des Clusters war jedoch nicht möglich, da diese Referenzsubstanzen sehr unterschiedliche Aktivitäten, also Zielmoleküle, aufwiesen. Mit einer anschließenden Suche mittels Proteom-Profilierung, bei der die Mengen tausender Proteine und ihre Regulation quantifiziert wird, konnten die Forschenden den Cluster auf eine für die meisten Referenzsubstanzen ungeahnte biologische Aktivität eingrenzen: die Fehlregulation des Cholesterinstoffwechsels.

Zwei Fliegen mit einer Klappe: Neue Bioaktivitäten und Nebenwirkungen identifizieren

Doch wie können so viele Substanzen, die unterschiedlichste Zielmoleküle im Körper angreifen, die gleiche Wirkung auslösen? Die Forschenden konnten zeigen, dass die meisten Substanzen des Clusters im Lysosom akkumulieren, einem Organell, in dem das Cholesterin für seine weitere Funktion

in der Zelle zwischengelagert wird. Das Lysosom weist einen niedrigeren pH-Wert als der Rest der Zelle auf und dieser ist von entscheidender Bedeutung für das Funktionieren der lysosomalen Verdauungsenzyme, die fremde und eigene Biomoleküle verarbeiten. Im Lysosom erhöhen die Substanzen aus dem beschriebenen Cluster den pH-Wert und stören somit die Funktion dieses Organells und insbesondere den Cholesterinhaushalt der Zelle. Dass sich die Substanzen im Lysosom anlagern, ist nicht auf ein konkretes Zielmolekül im Lysosom, sondern auf ihre chemischen und physikalischen Eigenschaften zurückzuführen, die sie durch ihre strukturelle Optimierung für eine verbesserte Löslichkeit erhalten haben.

„Interessanterweise wurde ein gestörter Cholesterinhaushalt bereits mit einigen auf dem Markt erhältlichen Medikamenten in Verbindung gebracht, wie z. B. Psychopharmaka,“ stellt Tabea Schneidewind, Erstautorin der Studie, fest. „Mit der Kombination der beiden Suchstrategien können wir zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen: dem Grund für Nebenwirkungen auf die Spur kommen und neue Wirkstoffe und Wirkmechanismen identifizieren“, fasst Slava Ziegler zusammen.

Cholesterinhaushalt könnte womöglich auch SARS-CoV2-Infektionen beeinflussen

Eine Beeinflussung des Cholesterinhaushalts scheint eine häufige Wirkung von vielen chemischen Substanzen (u.a. bei einigen Wirkstoffen zur Behandlung der HIV-Infektion, Anmerkung der Redaktion) zu sein und sollte bei der Bewertung von Nebeneffekten von Wirkstoffen berücksichtigt werden. Die beobachtete Aktivität ist jedoch nicht per se unerwünscht. Derzeit werden bekannte Wirkstoffe auf die Hemmung der SARS-CoV-2-Infektion von Wirtszellen untersucht. „Viele Wirkstoffe aus unserem Cluster sind in verschiedenen Studien als Sars-CoV-2-Hemmer identifiziert worden. Interessanterweise zeigen andere Forschungsergebnisse, dass Membrancholesterin und

somit eine unbeeinträchtigte Cholesterinhomöostase wichtig für die Corona-Virus-Infektion sind. Unsere Daten erklären womöglich den Grund für die Wirkung dieser Substanzen gegen Sars-CoV-2: Sie verändern die Biosynthese und Verteilung von Cholesterin in der Zelle, was die Virusin-

fektion stört.“ betont Slava Ziegler.

Originalpublikation:

Schneidewind T, Brause A, Schölermann B, Sievers S, Pahl A, Sankar MG, Winzker M, Janning P, Kumar K, Ziegler S, Waldmann H (2021). Combined morphological and proteome profiling reveals target-independent impairment of cholesterol homeostasis. *Cell Chem Biol*.

<https://doi.org/10.1016/j.chembiol.2021.06.003>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2451945621003020?via%3Dih...>

Johann Jarzombek Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Max-Planck-Institut für molekulare Physiologie



Bildquelle: pixabay.com

Corona: Was man über die Delta-Variante wissen muss

Seit Wochen dominiert die Delta-Variante von SARS-CoV-2 nicht nur das Infektionsgeschehen, sondern auch die Berichterstattung. Was hat es damit wirklich auf sich und was ist Panikmache?

Ist die Delta-Variante ansteckender?

Die einfache Antwort lautet: Ja, denn sie hat in vielen Ländern andere Varianten fast verdrängt. Aber auch aus dem Labor gibt es Hinweise. So bindet die Delta-Variante stärker an den Rezeptor der Zellen und Infizierte weisen eine deutlich höhere Viruslast (bis zu 1.000fach höher) auf, als bei anderen Varianten. Die Viruslast ist ein entscheidender Faktor für die Wahrscheinlichkeit einer Infektion – das kennen wir auch von HIV. Je höher die Viruslast, desto höher das Infektionsrisiko.

Kann ich mich mit Delta anstecken und an Covid-19 erkranken, auch wenn ich geimpft bin?

Solche „Impfdurchbrüche“ gibt es; allerdings verläuft die Infektion in aller Regel deutlich milder, als bei ungeimpften Menschen.

Nach einer amerikanischen Untersuchung treten momentan 94-99,9% der Infektionen bei nicht vollständig geimpften Personen auf. Nur bei 0,01-0,54% der Geimpften kam es zu einer Infektion mit Krankheitssymptomen.

Möglicherweise ist auch für vollständig Geimpfte in einiger Zeit eine Auffrischungs- bzw. Ergänzungsimpfung (mit angepasstem Impfstoff) erforderlich. Derzeit gibt es allerdings noch keine klaren Beweise, dass eine solche Auffrischung nötig ist. Bis dahin sollte die Durchimpfung der Weltbevölkerung Vorrang haben – auch um das Auftreten neuer Virusvarianten zu verhindern. Je mehr Menschen vollständig geimpft sind, desto weniger kann sich das Virus vermehren (und mutieren) und desto weniger neue Varianten entstehen.

Können Geimpfte die Delta-Variante übertragen?

Wenn sich Geimpfte infizieren, können sie das Virus auch weitergeben. Allerdings deuten einige Daten darauf hin, dass die Viruslast bei Geimpften deutlich schneller absinkt, als bei Ungeimpften. Damit wären sie zwar auch infektiös, aber bei weitem nicht so lange wie Ungeimpfte. Außerdem las-

sen britische Daten vermuten, dass bei Geimpften die Viruslast niedriger ist als bei Ungeimpften – und damit auch die Infektiosität.

Wird es weitere Varianten geben?

Solange das Virus sich vermehren kann, kann es bei der Vermehrung Fehler machen (mutieren). Wenn diese Mutationen dazu führen, dass es sich besser vermehren kann, z.B. weil es besser an den Rezeptor binden kann oder weil es die Immunabwehr austricksen kann, haben wir eine neue Variante. Je weiter diese Varianten genetisch vom Ursprungsvirus entfernt sind, desto weniger wirksam werden die (heutigen) Impfungen sein. Deshalb entwickeln alle Impfstoffhersteller schon die nächste Generation, die auch gegen die bisher bekannten Varianten voll wirksam sein werden.

Die gefährlichste Situation entsteht, wenn sich ein Virus in Menschen über längere Zeit vermehren kann, z.B. weil das Immunsystem geschwächt ist oder weil nur eine Impfdosis verabreicht wurde. In solchen Fällen ist der Selektionsdruck auf das Virus hoch und die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Mutationen und damit Varianten steigt.

Die wirksamste Methode um das Auftreten neuer Varianten zu verhindern, ist also die Impfung möglichst vieler Menschen.

Welche Menschen können sich nicht impfen lassen?

Gründe, weswegen eine Impfung nicht gegeben werden darf, gibt es praktisch nicht. Allerdings gibt es Menschen, bei denen die Impfung mit großer Wahrscheinlichkeit nicht wirkt. Das sind vor allem Personen mit stark eingeschränktem Immunsystem, also z.B. mit angeborenem, schweren Immundefekt oder Menschen, die nach einer Organtransplantation Immunsuppressiva einnehmen müssen oder die wegen einer Krebserkrankung eine Therapie erhalten haben, die das Immunsystem einschränkt. Momentan wird untersucht, ob man bei solchen Patientengruppen mit einer dritten Impfung nicht doch einen Impfschutz erreichen kann.

Quelle: <https://www.heise.de/hintergrund/Corona-Was-man-ueber-die-Delta-Variante-wissen-muss-6164219.html>

S. Schwarze

Leben mit HIV

HIV und Erkrankungen des Nervensystems

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) hat Anfang des Jahres neue Leitlinien zu HIV-1-assoziierten neurologischen Erkrankungen veröffentlicht, die 56 Seiten umfassen und hier in ihrer Komplexität nicht annähernd vollständig wiedergegeben werden können (Link zur vollständigen Fassung s. unten). Einige wichtige Punkte:

Bei Menschen mit HIV sind Störungen und Erkrankungen des Nervensystems häufig.

Bei jedem 10. bis 5. Menschen mit HIV (10 bis 20%) sind neurologische Symptome die ersten Zeichen einer (bis dahin nicht diagnostizierten) HIV-Infektion. Auch unter der modernen antiretroviralen Kombinationstherapie treten bei mehr als der Hälfte (bis zu 60%) irgendwann im späteren Leben neurologische Beeinträchtigungen auf. Die Häufigkeit neurologischer Symptome steigt mit dem Lebensalter und wird durch zusätzliche Erkrankungen (z.B. erhöhter Blutzucker, Hepatitis C) größer.

Erkrankungen peripherer Nerven sind besonders häufig.

Erkrankungen peripherer Nerven werden in der Fachsprache als Polyneuropathie bezeichnet und können zu Sensibilitätsstörungen (Kribbel- oder Taubheitsgefühle, Schmerzen), Lähmungen oder vegetativen Störungen (Hautveränderungen, verringerte Schweißproduktion u.a.) führen. Eine an beiden Extremitäten symmetrisch auftretende sog. distale Polyneuropathie (bei der die 'körperfernen' Hände und Füße am stärksten betroffen sind) trat vor der modernen Kombinationstherapie bei circa einem Drittel der Menschen mit HIV auf und ist auch heute noch häufig. Polyneuropathien können unterschiedliche Ursachen wie Entzündungsreaktionen, Schwund der Nervenbahnen usw. haben. Auch (heute nicht mehr verwendete) HIV-Medikamente der 1. Generation (ddI, ddT, ddC) verursachten Polyneuropathien. In jedem Fall ist die sorgfältige Diagnostik durch spezialisierte Ärztin-

nen oder Ärzte erforderlich, bevor eine Therapie eingeleitet wird.

Muskelerkrankungen.

Auch Muskelerkrankungen (Fachausdruck Myopathien) können infolge einer HIV-Infektion auftreten. Hier werden je nach Ursache und Symptomatik wiederum verschiedene Formen unterschieden, die durch spezielle Diagnostik festgestellt werden können.

Infektionen und Tumoren des Gehirns.

Das HIV-Virus überwindet sehr bald nach der Infektion die sogenannte Blut-Hirn-Schranke, die das Gehirn eigentlich vor schädlichen Substanzen oder Krankheitserregern schützen soll. Im Anschluss kann es zu entzündlichen Reaktionen unter anderem der Hirnhäute kommen.

Andere Viren (z.B. Zytomegalie-Virus, JC-Virus), Einzeller (Toxoplasmen) oder Bakterien (Tuberkulose) können bei Menschen mit HIV Infektionen des Gehirns verursachen, man spricht von opportunistischen zerebralen Infektionen, die überwiegend bei sehr niedrigen CD4-Zellzahlen auftreten. Hier ist die Diagnostik ebenfalls anspruchsvoll (Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit, sog. Liquorpunktion, Computertomographie bzw. NMR u.a.). Eine gezielte Behandlung ist insbesondere bei bakteriellen und parasitären Gehirninfectionen möglich. Von lymphatischen Zellen ausgehende Tumoren (sog. Non-Hodkin-Lymphome) stellen die häufigste Form von Gehirntumoren bei Menschen mit HIV dar.

Neurokognitive Beeinträchtigungen.

Untersuchungen gehen davon aus, dass bis zu 50% der Menschen mit HIV neurokognitive Störungen entwickeln. Unter dieser Bezeichnung werden milde Formen, wie leichte Konzentrations- oder Erinnerungsstörungen, aber auch deutlich ausgeprägte, das Alltagsleben erheblich beeinträchtigende Manifestationen, wie Verhaltensauffälligkeiten und Vergesslichkeit, bis hin zu Demenzerkrankungen zusammengefasst. Drei Stadien können unterschieden werden:

1. Erworbenes Defizit in mindestens zwei kognitiven Leistungen (verbale Flüssigkeit, Exekutivfunktionen, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis oder verbales und visuelles Lernen), keine Beeinträchtigung des Alltagslebens.
2. Symptome / Defizite wie bei 1., aber die Symptome beeinträchtigen das Alltagsleben und dauern länger als 1 Monat.

3. Erhebliche kognitive Beeinträchtigung in mindestens zwei psychometrischen Testverfahren in verschiedenen kognitiven Funktionsbereichen. Das Alltagsleben ist schwer beeinträchtigt und mehrheitlich ohne fremde Hilfe nicht zu bewältigen; die Symptome dauern länger als 1 Monat.

Hier ist ebenfalls eine differenzierte Diagnostik und insbesondere der Ausschluss anderer Ursachen für die Störung erforderlich. Therapeutisch ist vor allem eine antiretrovirale Kombinationstherapie wichtig (bei bereits bestehender Therapie Optimierung mit antiretroviralen Medikamenten, die das ZNS erreichen).

**Bei der Behandlung neurologischer Erkrankungen:
Arzneimittelwechselwirkungen vermeiden!**

Viele Medikamente, die zur Behandlung neurologischer Erkrankungen eingesetzt werden, haben Wechselwirkungen mit antiretroviralen Medikamenten, z.B. Arzneimittel zur Epilepsie-Behandlung (Antiepileptika) mit Proteasehemmern. Auf der kostenlosen Webseite <https://www.hiv-druginteractions.org/> (University of Liverpool) können Arzneimittelwechselwirkungen gecheckt werden. Auch die Deutsche Gesellschaft für Neuro-AIDS und Neuro-Infektiologie e. V. (DGNANI) informiert auf ihrer Webseite <https://dgnani.de/>.

Fazit

HIV-assoziierte neurologische Symptome sind häufig und ihr Spektrum ist breit: Es reicht von subjektiv kaum empfundenen Beeinträchtigungen über Schmerzen oder Empfindungsstörungen bis hin zu massiven Funktionsausfällen und schwersten kognitiven Störungen (Demenz).

Wichtig ist, in jedem Fall beim Auftreten von Beschwerden möglichst schnell eine Fachfrau oder einen Fachmann hinzuzuziehen, um zu klären, „was Sache ist“ - nur so können gegebenenfalls erforderliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen gezielt eingeleitet werden.

Möglicherweise werden mit der Entwicklung neuer antiretroviraler Medikamente, darunter auch sogenannte nano-ARVs, die aus sehr kleinen Molekülen bestehen und die Blut-Hirn-Schranke besser überwinden, einige der hier angesprochenen Störungen besser behandelbar. Die Forschung – vor allem zur Heilung einer HIV-Infektion ('cure research') – hat auch das Nervensystem als HIV-Reservoir im Blick, aber Ergebnisse, die sich in der

Projekt Information e.v.

Gemeinnütziger Verein

Vereins- und Spendenkonto:

Sozialbank München

IBAN: DE 7370 0205 0000 0884 5500

SWIFT/BIC: BFSWDE33MUE

Telefon: 030 - 63 96 88 97

Fax: 030 - 37 44 69 39

bitte in frankiertem Fensterbriefumschlag

An

Projekt Information e.V.

Lietzenburger Str. 7

10789 Berlin

Mitgliedschaft

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

Eintrittsdatum (zum Monatsersten) _____

Ermächtigung zum Forderungseinzug per Lastschrift

Projekt Information e.V. wird widerruflich ermächtigt,

den **Mitgliedsbeitrag** 8,00 €

zuzüglich einer **Spende** _____ €

Gesamtbetrag monatlich = _____ €

per Lastschrift einzuziehen von folgender Bankverbindung:

IBAN: _____

BIC: _____

Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

☐ monatlich ☐ jährlich

_____, den _____

Unterschrift _____

Vollständige Anschrift (in Druckbuchstaben)

Vor- und Nachname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Ort

Tel.:

E-Mail

Ich wünsche die Zusendung ☐ per Post im diskreten Umschlag
☐ per E-Mail (PDF)

Ich erkläre mich einverstanden mit einer Nutzung meiner Daten ausschließlich zu vereinsinternen Zwecken gemäß DSGVO.

täglichen Praxis umsetzen lassen, werden wohl noch einige Jahre auf sich warten lassen.

Stephan Dressler, Berlin

Links:

Deutsche Gesellschaft für Neurologie: HIV-1-assoziierte neurologische Erkrankungen: Leitlinie aktualisiert. Pressemitteilung vom 18. 2. 2021

<https://dgn.org/neuronews/neuronews/hiv-1-assoziierte-neurologische-erkrankungen-leitlinie-aktualisiert/>

Hahn K., Maschke M. et al., Diagnostik und Therapie HIV-1-assoziiierter neurologischer Erkrankungen, S1-Leitlinie, 2020, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 15. 8. 2021)

Direkter Link zur Leitlinie https://dgn.org/wp-content/uploads/2021/02/030044_LL_HIV_2021.pdf

SARS-CoV-2-Impfung bei Menschen mit HIV

Zum jetzigen Zeitpunkt der COVID-19-Pandemie und bei laufender Einführung der Impfstoffe, stellt sich für Menschen mit HIV und ihre Ärzt:innen die dringende Frage, ob HIV die Immunantwort auf die SARS-CoV-2-Impfstoffe und deren Wirksamkeit bei der Vorbeugung schwerer COVID-19-Erkrankungen beeinflusst. Die Daten darüber, ob HIV das Risiko einer schweren COVID-19-Erkrankung erhöht, sind widersprüchlich.

Erste Studien zeigten, dass fast nur diejenigen Menschen mit HIV ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 hatten, die einen der bekannten Risikofaktoren (Bluthochdruck, Diabetes, hohes Lebensalter, chronische Lungenerkrankung, Krebs) aufwiesen. Spätere Untersuchungen in größeren und vielfältigeren bevölkerungsbasierten Kohorten ließen vermuten, dass HIV-Infizierte mit einer niedrigeren CD4-Zellzahl oder einer nicht unterdrückten Viruslast ein erhöhtes Risiko für eine schwere COVID-19-Erkrankung haben könnten. Man erwartet, dass die SARS-CoV-2-Impfung dieses Risiko erheblich verringert, obwohl es nur wenige HIV-spezifische Daten gibt.

Menschen, die mit HIV leben, haben eine verminderte oder weniger dauerhafte Reaktion auf die

Wichtiger Hinweis:

Für Interessenten und Vereinsmitglieder: Bei einem nachgewiesenen monatlichen Netto-Einkommen bis € 750,00 reduziert sich der Monatsbeitrag auf € 4,00.

Impfungen gegen Hepatitis B und Gelbfieber, und Menschen mit niedrigen CD4-Zellzahlen haben verminderte Antikörpertiter gegen Diphtherie (Keuchhusten), Tetanus (Wundstarrkrampf) und Poliomyelitis (Kinderlähmung). Man vermutet, dass diese geringere oder weniger dauerhafte Immunantwort bei HIV-Positiven durch ein niedrigeres CD4/CD8-Verhältnis, eine Erschöpfung der T-Zellen oder eine anhaltende Entzündung im Zusammenhang mit der HIV-Infektion, trotz wirksamer antiretroviraler Therapie (ART) bedingt ist.

Nach einer natürlichen Infektion mit SARS-CoV-2 weisen HIV-Infizierte niedrigere Mengen an Antikörpern auf. Für andere immunschwächende Erkrankungen, wie z. B. Organtransplantationen, wurde eine verminderte Wirksamkeit der mRNA-Impfung dokumentiert. Forscher aus den südafrikanischen Standorten der Novavax-COVID-19-Impfstoffstudie berichteten, dass die Wirksamkeit von 60% auf 49% abnahm, wenn HIV-Infizierte in die Analyse einbezogen wurden, obwohl diese Daten noch nicht veröffentlicht wurden. Diese Bedenken haben die Gesundheitsbehörden dazu veranlasst, die Verwendung von Mund-Nasen-Masken und körperliche Distanzierung nach der Impfung bei immungeschwächten Personen zu empfehlen, bis zusätzliche Daten vorliegen.

In „The Lancet HIV“ präsentieren Forscher neue Daten zur humoralen und zellvermittelten Reaktion auf den AstraZeneca-Impfstoff bei 54 Menschen mit HIV (alle männlich, Durchschnittsalter 42,5 Jahre) im Vergleich zu 50 Erwachsenen ohne HIV. Es wurden nur HIV-Infizierte mit nicht nachweisbarer Viruslast unter ART und einer CD4-Zahl von mehr als 350 Zellen/ μ l in die Studie aufgenommen; die mittlere CD4-Zahl lag bei 694 Zellen/ μ l. Die Autoren untersuchten die humorale Immunität durch Messung der Anti-Spike-Antikörper, und die Neutralisierung von Lebendviren bei einer zufällig ausgewählten Untergruppe von 15 HIV-Infizierten sowie die zellvermittelte Immunität. Erfreulicherweise waren die Antikörperkonzentrationen ähnlich oder höher, wenn sie bis zum Tag 56 nach der Erstimpfung untersucht wurden und vier von 15 Personen wiesen bis zum Tag 28 eine SARS-CoV-2-Neutralisierung auf, die sich bis zum Tag 56 auf 13 von 15 erhöhte. Die Unter-

suchung der zellvermittelten Immunität nach HIV-Status ergab keine Unterschiede zu allen Zeitpunkten, wobei 40 (91 %) von 44 HIV-Infizierten mit verfügbaren Daten bis Tag 14 eine Reaktion zeigten und die T-Zellen gegen SARS-CoV-2 gegenüber dem Ausgangswert signifikant zunahmen.

Die Ergebnisse belegen, dass HIV-Infizierte, die eine wirksame ART mit unterdrückter Viruslast

und hohen CD4-Zellzahlen (>350 Zellen/ μ l) erhalten, eine normale humorale und zellvermittelte Reaktion auf den AstraZeneca-Impfstoff zeigen, obwohl eine längerfristige Nachbeobachtung erforderlich ist, um die Dauerhaftigkeit dieser Reaktionen zu untersuchen. Man kann aber nicht ohne Weiteres diese Daten auf HIV-Infizierte mit niedrigeren CD4-Zah-

len oder CD4/CD8-Verhältnissen als die hier untersuchte Population oder ohne unterdrückte HIV-Viruslast übertragen. Die verminderte humorale Immunantwort nach natürlicher Infektion mit SARS-CoV-2 bei HIV-Infizierten, nicht aber nach AstraZeneca-Impfung, könnte mit den unterschiedlichen untersuchten Populationen zusammenhängen, da HIV-Infizierte mit nicht unterdrückter Viruslast oder niedriger CD4-Zellzahl nicht in die oben erwähnte Studie einbezogen wurden. Alternativ könnte die größere Immunogenität der Impfung im Vergleich zu einer früheren natürlichen Infektion die Unterschiede in der immunologischen Reaktion, je nach HIV-Status, abschwächen oder umkehren.

Künftige Studien müssen verschiedene HIV-Populationen einbeziehen, um zu untersuchen, ob die Impfung auch bei Personen mit niedrigen CD4-Zellzahlen und ohne Virussuppression wirksam ist, da sie ein höheres Ausgangsrisko für schwere COVID-19 haben.

Obwohl diese Studien noch nicht abgeschlossen sind, untermauern diese ermutigenden Daten die Bedeutung der SARS-CoV-2-Impfung als wichtigste COVID-19-Präventionsstrategie, auch bei Menschen mit HIV.

Quelle: SARS-CoV-2 vaccination in people with HIV, [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(21\)00128-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(21)00128-4)

Übersetzt mit www.DeepL.com
Bearbeitet von S. Schwarze



Bildquelle: pixabay.com

Politik & Soziales

Erstmalig: Ambulante Krankenzusatzversicherung ausdrücklich auch für Positive

Auch wenn es dauert: Bisweilen tut sich etwas am deutschen Versicherungsmarkt. Und dieses Mal geht ein privater Krankenversicherer einen Schritt, den man in seiner Signalwirkung kaum unterschätzen kann: Denn obwohl in seinem neuen Krankenzusatztarif für den ambulanten Bereich ausdrücklich nach HIV gefragt wird – was üblicherweise direkt zu einer Ablehnung führt –, wird hier voller Versicherungsschutz geboten. Lediglich ein Risikozuschlag wird fällig.

Dies ist ein vollkommenes Novum im Feld der privaten Krankenzusatztarife. Und es steht zu hoffen, dass dieser Impuls in der Zukunft auch von weiteren Anbietern aufgegriffen werden wird!

Der neue Tarif für ambulante Leistungen bietet dabei die Auswahl zwischen insgesamt vier Tarifstufen, zwischen denen im Vertragsverlauf zu bestimmten Zeitpunkten, auch ohne neue Gesundheitsprüfung, gewechselt werden kann. Auch verzichtet er in allen Tarifstufen auf Wartezeiten – die Leistungen können also sofort, ab Vertragsbeginn, in Anspruch genommen werden.

Die Tarifstufen unterscheiden sich in Bezeichnung

und Leistung lediglich in ihren Erstattungssätzen: 50, 70, 90 und 100 Prozent. Sie alle leisten dabei für:

- Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen, Reparaturen;
- Operationen der sog. refraktiven Chirurgie wie beispielsweise Lasik, also Augenlasern;
- Vorsorgeuntersuchungen,
- Schutzimpfungen,
- und Präventionskurse zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands;
- alle Naturheilverfahren nach dem jeweils aktuellen Hufelandverzeichnis und dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH);
- ärztlich verordnete Hilfsmittel nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- sowie Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel gemäß dem Leistungskatalog der GKV.
- Enthalten ist zudem eine Auslandsreiseversicherung,
- und sie umfassen einen medizinisch-psychologischen Beratungsservice mit anonymer Beratung.

Weitere Informationen zum Tarif können auf Wunsch gerne bei mir oder dem persönlichen Versicherungsmakler der Wahl angefordert werden.

Da es sich um ein reines Online-Produkt des Anbieters handelt, sind bei Interesse die Berechnung und der Abschluss auch direkt möglich. Sofern eine Betreuung über „positiv versichert“ gewünscht ist, über den Service-Link ambulant.positivversichert.de.

Micha H. Schrammke
www.positiv-versichert.de

Impressum

Herausgeber: Projekt Information e.V., Lietzenburger Str. 7, 10789 Berlin, Telefon (030) 63 96 88 97, Fax: (030) 37 44 69 39, email: info@projektinfo.de. Eingetragen: Amtsgericht Charlottenburg Nr. VR 35117 B, Gemeinnützigkeit: Finanzamt Berlin f. Körperschaften v. 24.03.2017 Steuer-Nr.: 27/675/58073

Vorstand: Jörg Becker, Lothar Maier, Siegfried Schwarze, Engelbert Zankl

Redaktion: Dr. Dr. S. Dressler, S. Eggers, L. Maier, S. Schwarze, M. Schrammke, U. Sonnenberg-Schwan, P. Wiessner, F. Winkler-Ohm, E. Zankl.

Titelillustration: Mats Bergen, Berlin

Der Druck und Versand dieser Ausgabe erfolgten mit freundlicher Unterstützung durch (in alphabetischer Reihenfolge): AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Folsom Europe e.V., Gilead Sciences GmbH, MSD Sharp & Dohme GmbH, ViiV Healthcare GmbH. Für den Inhalt sind die genannten Sponsoren nicht verantwortlich.

Spendenkonto: Sozialbank München 8845500 (BLZ 700 205 00)
IBAN: DE 7370 0205 0000 0884 5500 SWIFT/BIC: BFSWDE33MUE

Hinweis:

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