

HIV Nachrichten

Nr. 15

Köln, Dezember 1998

1. Dezember – Welt-AIDS-Tag. Nach "One World – One Hope" 1996 und "Children Living in a World with AIDS" 1997 dieses Jahr unter dem Motto "Force for Change: World AIDS Campaign with Young People".

Welt-AIDS-Tag –auch eine gute Gelegenheit, das Verhalten von Pharmafirmen kritisch zu betrachten, dieses Jahr DuPont mit seiner erstaunlichen Preispolitik bei Sustiva (Seite 3).

So gar nicht zum Welt-AIDS-Tag als aktuellem Anlaß passen will das Thema Organtransplantation. Dennoch ein Thema von zunehmender Aktualität, denkt man nur an die steigende Zahl Positiver mit Leberschäden, sei es aufgrund Hepatitis-Infektionen oder auch des hohen Medikamenten-Konsums. Ein Artikel von Dr. Dr. Stephan Dressler auf den Seiten 3 bis 8.

Kurzmeldungen

Amprenavir-Zulassung in der EU beantragt

Nach dem Zulassungsantrag für die USA und Kanada, der bereits Mitte Oktober gestellt wurde (siehe HIV Nachrichten Nr. 14), hat Glaxo Wellcome am 30.10. auch bei der europäischen Medikamenten-Zulassungsbehörde EMEA die Zulassung des Protease-Hemmers Amprenavir für den europäischen Markt beantragt.

Nevirapin bei Kindern

Mit Nevirapin (Viramune) wurde in den USA am 23. November der erste NNRTI auch für den Einsatz bei Kindern zugelassen. Der Zulassung lagen Ergebnisse aus Studien mit über 360 Kin-

dern zugrunde. In einer der Studien (ACTG-180) traten allerdings bei 16% der Kinder Nevirapin-typische Hautausschläge als Nebenwirkung auf. (rhi)

BMS-PI geht in Studien in Europa

Bristol-Myers Squibb, u.a. Hersteller von Videx (ddl) und Zerit (d4T), wird seinen neuen Proteasehemmer im nächsten Jahr an insgesamt knapp 1.500 Menschen in Europa im Rahmen einer klinischer Studien zugänglich machen.

In drei Studien sollen je ca. 500 Patienten aus einer therapienaiven, einer therapieerfahrenen und einer "Kinder"-Gruppe das Medikament erhalten. Das neue Medikament wird in den europäischen Studien mit D4T (Zerit) und DDI (Videx) kombiniert. Im Januar 1999 wird mit der Vorlage eines Protokollentwurfs gerechnet, der Dosierungen von 500, 400 und 200mg verwendet. (M.Wienold)

Therapie abgesetzt

Wissenschaftler am Massachusetts General Hospital haben bei einem Positiven sämtliche anti-HIV-Therapien abgesetzt, um zu prüfen, ob sein Immunsystem eigenständig in der Lage sein wird, die HIV-Infektion zu kontrollieren.

Der Positive, der sich freiwillig zu diesem Test meldete, hatte nahezu direkt nach seiner Infektion mit einer Kombinationstherapie begonnen und diese ungefähr eineinhalb Jahre genommen. Sollte das Experiment erfolgreich verlaufen, könnte dies bedeuten, daß Positive unter bestimmten Umständen ihre Kombinationstherapien nur für einen begrenzten Zeitraum nehmen müßten. Dr. Bruce Walker hält die Risiken des Experiments für gering, dennoch sei eine engmaschige Überwachung erforderlich. Sobald die Viruslast ansteigen sollte, wird der Patient wieder eine Kombinationstherapie erhalten.

Dem Experiment liegt die Beobachtung zugrunde, daß frischinfizierte Positive, die frühzeitig eine anti-HIV-Therapie erhalten, höhere CD4-Werte und eine niedrigere Viruslast aufweisen. (preventionews)

Prognose-Modell für Kinder

Das us-amerikanische National Cancer Institute hat Ende September ein mathematisches Modell veröffentlicht, das innerhalb einer Woche nach

Therapiebeginn vorhersagen kann, ob eine anti-HIV-Therapie bei HIV-positiven Kindern erfolgreich sein wird. Im Rahmen einer klinischen Studie hatten Forscher vier Faktoren ermittelt, die Erfolg oder Versagen einer Therapie vorhersagen können. Diese 4 Faktoren waren CD4-Wert vor Therapiebeginn, Viruslast im Blut, Konzentration des Medikaments im Blut nach einer Woche sowie Rate der Senkung der Viruslast. Das auf Basis dieser vier Faktoren erarbeitete Modell kann in immerhin 80% aller Fälle vorhersagen, wer vor einer bestimmten Therapie profitieren wird. Damit könnte u.a. vermieden werden, daß Kinder unnötig Nebenwirkungen einer Therapie zu ertragen haben, von der bereits nach einer Woche deutlich wird, daß sie nicht optimal wirken wird. Weitere Informationen zu diesem Modell unter <http://www.nih.gov/news/pr/sept98/nci-30.htm> im Internet. (atis)

Methadon und Fahrerlaubnis

Beeinflußt Methadon, eingesetzt u.a. zur Substitutionstherapie bei DrogengebraucherInnen, die Fahrtüchtigkeit? Welche rechtliche Situation besteht, und wie sieht der wissenschaftliche Hintergrund aus? Mit diesen Fragen beschäftigte sich eine Veranstaltung der AIDS-Hilfe Nordrhein-Westfalen im März 1998. Inzwischen ist hierzu eine 10seitige Dokumentation erschienen, die über die AIDS-Hilfe NRW (Hohenzollernring 48, 50672 Köln, Tel. 0221 / 9259960, E-mail landesverband@aids-hilfe-nrw.org) bezogen werden kann.

Force for a Change

Weitere 5,8 Millionen Menschen haben sich nach Schätzungen der Vereinten Nationen 1998 mit HIV infiziert – nahezu 11 Männer, Frauen und Kinder jede Minute. Die weltweite Zahl der HIV-infizierten sei um ein Zehntel auf insgesamt 33,4 Millionen gestiegen. Die Hälfte aller Neuinfektionen findet inzwischen bei jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren statt – auf diese Tatsache bezieht sich auch das Motto des diesjährigen Welt-AIDS-Tages.

Das globale Epizentrum ist weiterhin Afrika südlich der Sahara: seit Beginn der Epidemie wurden 34 Millionen Afrikaner mit HIV infiziert, nahezu 12 Millionen von ihnen sind bereits verstorben. Vier Millionen Menschen infizierten sich hier alleine 1998. Vier Staaten des südlichen Afrikas schätzen, daß zwischen 20% und 26% ihrer erwachsenen Einwohner mit HIV leben, allein in Südafrika findet jede siebte der Neu-Infektionen des gesamten Kontinents statt.

In Nordamerika und Westeuropa hingegen hat die breite Verfügbarkeit moderner Kombinati-

onstherapien zu einer deutlichen Erhöhung von Lebenserwartung und –qualität von Positiven geführt, die Zahl der Todesfälle infolge von AIDS ist stark gesunken. Die Zahl der Neuinfektionen liegt in den USA und Nordamerika seit Jahren konstant auf einem Niveau um 75.000.

Angesichts der hohen Zahl von nahezu 6 Millionen Neu-Infektionen alleine 1998 spricht Dr. Peter Piot, Direktor des AIDS-Programms der Vereinten Nationen, von einem Versagen der bisherigen Präventionsbemühungen.

Ein umfassender Bericht über die weltweite Lage der HIV-Epidemie kann im Internet unter <http://www.unaids.org/highband/document/epidemio/index.html> abgerufen werden.

Indien, China: weitere Ausbreitung von HIV

Indischen Gesundheits-Politikern zufolge wird das Land bis zum Jahr 2000 300% bis 500% mehr Bettenkapazität benötigen, um der zunehmenden Verbreitung von HIV entsprechen zu können. Schätzungen gehen davon aus, daß Indien bis zum Jahr 2000 ca. 20 bis 50 Millionen HIV-Infizierte haben wird. Zwischen 12 und 15% aller Patienten der allgemeinen Abteilungen öffentlicher Kliniken seien HIV-infiziert, 30% der Tuberkulose-Kranken sowie 25% der Patienten mit sexuell übertragbaren Krankheiten.

Ähnlich wie Indien hat auch China die Bedeutung der HIV-Infektion im eigenen Land lange heruntergespielt. Gesundheitsexperten befürchten, daß HIV in China bereits weit verbreitet ist und zukünftig ein ähnliches Problem wie jetzt in Afrika darstellen könnte. Inzwischen wurden erste Maßnahmen ergriffen, wie ein Verbot des Handels mit Blut für Transfusionen. Ziel der Regierung ist es nach Aussagen des chinesischen Vize-Gesundheitsministers Dakui Yin, die Zahl der HIV-Infizierten bis 2010 unter 1,5 Millionen zu halten. Experten wie der us-amerikanische AIDS-Forscher Dr. David Ho, selbst häufig in China, weisen jedoch darauf hin, daß Schätzungen der Welt-Gesundheitsorganisation WHO bereits jetzt von 400.000 HIV-Infizierten in China ausgehen. (preventionews)

Protease-Hemmer – welcher zuerst? und wie oft täglich?

Welchen Protease-Hemmer (PI) soll ich zuerst nehmen? Vor dieser Entscheidung stehen viele Positive, wenn sie mit einer Kombinationstherapie mit PI beginnen wollen. Kriterien sind dabei

u.a. die Frage der Bequemlichkeit bei der Einnahme (mit/ohne Essen, wie oft am Tag etc.) und mögliche Nebenwirkungen, aber natürlich auch: welche Therapieoptionen habe ich hinterher, falls der erste PI versagt?

Bisher sah es hier eher düster aus, die meisten Untersuchungen deuteten darauf hin, daß die bisher verfügbaren PIs oftmals untereinander kreuzresistent sind, was bedeutet, wenn HIV Resistenzen gegen einen PI entwickelt hat, sind auch andere PIs nur noch vermindert oder gar nicht mehr wirksam. Insbesondere zwischen Ritonavir (Norvir) und Indinavir (Crixivan) wurde z.B. eine breite Kreuzresistenz festgestellt. Inzwischen gibt es jedoch auch für einige PIs Daten, die darauf hindeuten, daß evtl. mehrere PIs erfolgreich nacheinander eingesetzt werden. So wurden jetzt Laboruntersuchungen des PI Nelfinavir (Viracept) veröffentlicht. 55 Positive, die nach 13 Wochen Therapie mit Nelfinavir ein virologisches Therapieversagen hatten (also nicht fallende oder wieder ansteigende Viruslast), wurden auf andere PIs umgestellt. Eine gleichzeitige Laboruntersuchung zeigte, daß das jeweilige HIV noch empfindlich für Amprenavir, Indinavir, Ritonavir und Saquinavir blieb. Hierin mag ein Anzeichen gesehen werden, daß nach einem Versagen einer Nelfinavir-Therapie bei einigen Positiven der Einsatz eines weiteren PIs erfolgreich möglich sein könnte. Allerdings ist zu berücksichtigen, daß es sich hierbei um Laboraten handelt, die erst noch in kontrollierten klinischen Studien bestätigt werden sollten.

Unterdessen wurden erste Daten einer Kombination der beiden PIs Nelfinavir und Indinavir bekannt. In einer kleinen Studie (21 Teilnehmer) wurde untersucht, welche Dosis bei einer Kombinationstherapie mit den beiden PI geeignet wäre. Die zweimal tägliche Gabe von 1200 mg Indinavir und 1250 mg Nelfinavir führte dabei nach Angaben des Herstellers MSD zu nahezu den gleichen Indinavir-Spiegeln wie die bisherige Standard-Dosierung dreimal täglich 800 mg. Weitere größere Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit einer zweimal täglichen Dosierung sind geplant.

MSD, der Hersteller von Crixivan, unternimmt damit einen weiteren Anlauf, seinen bisher nicht sehr Compliance-freundlichen PI in einer patientenfreundlicheren Dosierung verfügbar zu machen. Erst im September (siehe HIV Nachrichten Nr. 14) hatte MSD den Abbruch von Studien bekanntgegeben, in denen Indinavir zweimal täglich in Kombination mit NRTIs getestet wurde; hier hatte sich die dreimal tägliche Dosierung als überlegen herausgestellt. Studien einer Kombination von Indinavir mit Ritonavir, die u.a. in Bonn durchgeführt wurden, hatten für eine Kombination dieser beiden PIs gute Ergebnisse geliefert. Hier

wird allerdings eine niedrigere Indinavirdosis (zweimal täglich 400mg verwendet.

Unterdessen wurden Daten einer zweijährigen europäischen Studie vorgestellt, in der Nelfinavir zweimal täglich eingesetzt wurde. Die Daten wurden beim 4. International Congress on Drug Therapy in HIV Infection in Glasgow vorgestellt. 234 Positive, die alle nicht oder nur geringfügig vorbehandelt waren, wurden entweder mit Nelfinavir zweimal täglich 1250 mg oder dreimal täglich 750 mg jeweils in Kombination mit ddI (Videx) und d4T (Zerit) behandelt. Nach 1 Jahr war in beiden Gruppen bei 80% der Teilnehmer die Viruslast unter 400 Kopien, unter 50 Kopien bei 68% in der zweimal täglich und 64% in der dreimal täglich Gruppe. Die CD4-Werte stiegen um 195 in der zweimal und 174 in der dreimal täglich Gruppe. Diese Daten deuten darauf hin, daß Nelfinavir ggf. bei bestimmten Positiven auch zweimal täglich eingesetzt werden kann. Weitere Daten hierzu werden auf der Retrovirus Conference in Chicago vorgestellt werden. (catie/msd/uw)

Herzkrank durch PIs?

Zum wiederholten Mal wurde die Verwendung von Protease-Hemmern (PIs) mit Herzkrankheiten in Verbindung gebracht. Auf dem 4. International Congress on Drug Therapy in HIV Infection in Glasgow wurde über zwei Londoner HIV-Positive berichtet, die unter PI-Therapie einen Herzinfarkt bzw. Angina Pectoris (eine mögliche Vorstufe eines Herzinfarkts) erlitten. Unterdessen weist eine italienische Untersuchung darauf hin, daß Herzkomplicationen bei Positiven evtl. eher direkt auf Wirkungen von HIV als einer medikamentösen Therapie zurückzuführen sein könnten. Die Forscher untersuchten 952 Positive ohne bisherige Krankheitssymptome. Bei 8% von ihnen fanden sie Anzeichen einer Kardiomyopathie, einer Herzerkrankung, bei der der Herzmuskel einen Teil seiner Pumpfähigkeit verliert. Bei Positiven mit CD4-Werten unter 400 traten diese Probleme häufiger auf. Die Forscher hielten sowohl direkte Wirkungen von HIV als auch indirekte Wirkungen für die mögliche Ursache dieser Komplikationen und empfahlen, bei HIV-Positiven auch kardiologische Untersuchungen vorzunehmen. (fastfax204)

Neue Ergebnisse zu T-20

Die Ergebnisse der ersten Studie mit verschiedenen Dosierungen von T-20 wurden im November in der Zeitschrift Nature veröffentlicht. T-20 ist ein Fusion-Hemmer, ein experimenteller Wirkstoff einer neuen Substanzklasse, der von

der us-amerikanischen Firma Trimeris entwickelt wird (siehe auch HIV Nachrichten Nr. 13, 12).

Bei den Patienten, die die höchste Dosis T-20 erhielten, sank die Viruslast innerhalb von 14 Tagen um 1,96 log. Bei keinem der 16 Freiwilligen mußte T-20 aufgrund von Nebenwirkungen abgesetzt werden. In dieser Studie wurde T-20 zweimal täglich intravenös gegeben; für zukünftige Studien ist der Einsatz kontinuierlich arbeitender kleiner Pumpen geplant, die unter der Haut eingepflanzt werden.

Mit dieser Studie konnte die prinzipielle Machbarkeit des Wirkprinzips dieser Substanz gezeigt werden. Mit T-20 werden besondere Hoffnungen verbunden, weil dies die erste Substanz einer neuen Wirkstoffklasse ist (nicht ein sogenannter Mee Too, ein weiterer NRTI, PI etc.). Aus diesem Grund werden Kreuzresistenzen mit den bisher verfügbaren Medikamenten nicht erwartet. Eine Bildung von Resistenzen gegen T-20 wiederum ist jedoch auch möglich. In einer weiteren Studie mit T-20, die derzeit läuft, wird u.a. der Einsatz der Pumpe und die dabei erforderliche Dosierung erprobt und die langfristige Auswirkung der Substanz auf die Viruslast untersucht. (atn306)

Bekommen Frauen schneller AIDS ?

Sollten Frauen schon bei einer niedrigeren Viruslast mit einer Therapie beginnen? Darauf deuten Untersuchungsergebnisse von Forschern der Johns Hopkins School of Medicine hin, die in der Zeitschrift Lancet (7.11.98) veröffentlicht wurden.

Die Forscher untersuchten 812 Proben von 650 HIV-positiven Drogengebern und Drogengebraucherinnen und maßen dabei die Viruslast mit verschiedenen Methoden, sowohl bei der Eingangsuntersuchung als auch bei einer Kontrolluntersuchung drei Jahre später. Ergebnisse u.a.: bei statistisch gleicher Zeit bis zur Entwicklung von AIDS hatten Frauen eine durchschnittlich niedrigere Viruslast, Frauen mit der gleichen Viruslast wie Männer hatten ein 1,6fach höheres Risiko, AIDS zu entwickeln; Frauen hatten eine etwa gleich lange Zeit bis zum Entwickeln von AIDS wie Männer mit der 2fachen Viruslast. Diese Unterschiede blieben selbst dann bestehen, wenn Faktoren wie CD4-Werte, Drogengebrauch oder ethnische Gruppe berücksichtigt wurden.

"Diese Ergebnisse waren überraschend. Wir hätten erwartet, daß eine niedrigere Viruslast mit einer langsameren Entwicklung der HIV-Infektion verbunden wäre, und das war nicht der Fall", kommentierte einer der Forscher die Ergebnisse.

Eine der Ursachen könne u.a. sein, daß die HIV-Infektion sich bei drogengebrauchenden Frauen schneller entwickle als bei Männern. Hinzu könnten Faktoren kommen wie z.B. eine unterschiedliche Virus-Dynamik bei Männern und Frauen, hormonelle Unterschiede und geschlechtsspezifische Verhaltensunterschiede zwischen Männern und Frauen, die sich auf die Viruslast auswirken können.

Die Forscher schlossen u.a., daß bei Frauen schon bei niedrigeren Viruslast-Werten ein Therapiebeginn erwogen werden sollte. (Lancet)

Schwangerschaft – Kombitherapie sicher?

Einige kleinere Studien in jüngster Zeit wiesen darauf hin, daß bei einigen HIV-infizierten Schwangeren eine unerwartet hohe Rate von Frühgeburten auftreten kann. In anderen Studien wurde diese Beobachtung nicht gemacht; ob Kombinationstherapien oder andere Risikofaktoren Ursache dieser Frühgeburten sein können, ist bisher nicht bekannt. Ein neuer Bericht der us-amerikanischen Centers for Disease Control ist der Frage des Einsatzes von Kombitherapien bei Schwangeren gewidmet.

In zwei von drei Studien mit Kombitherapien (inkl. Protease-Hemmern) der us-amerikanischen Pediatric AIDS Clinical Trials Group trat eine unerwartet hohe Rate von Frühgeburten auf. In einer schweizerischen Studie an 37 schwangeren Frauen, von denen 16 eine Kombi nahmen, traten schwerwiegende medizinische Probleme auf. Analysen anderer Daten zeigten zumindest beim Einsatz von AZT keinen Anstieg von Geburtsfehlern; für Protease-Hemmer liegen bisher nur sehr wenige Daten zu dieser Fragestellung vor.

Der komplette Bericht kann (in englischer Sprache) unter dem Titel "Information About The Safety Of Combination Antiretroviral Treatment For Human Immunodeficiency Virus Infection During Pregnancy" im Internet gelesen werden unter <http://www.cdcnac.org/> (auch zum Download). (atis)

Erstes bundesweites Treffen positiver Lesben

Vom 6.-8.11.98 fand in Hamburg das erste bundesweite Treffen HIV-positiver Lesben statt. Beim Erfahrungsaustausch über unsere Leben kamen wir zu folgenden Ergebnissen:

“Versteckspiel“ Oder...**Erfahrungen in der Szene**

Es gibt positive Lesben, aber wo sind sie? Wie leben sie? Wo halten sie sich auf? Jede von uns hat auf verschiedene Weise die Erfahrung gemacht, daß es sehr schwer ist, sich in Lesbenkreisen offen als positiv zu outen. Unserer Meinung nach könnte eine Ursache dafür sein, daß viele Lesben die HIV-Infektion immer noch mit einer Vergangenheit als Heterofrau oder Drogengebraucherin gleichsetzen und dieses nicht akzeptieren können (“eine gute Lesbe ist und war immer lesbisch”).

Eine von uns berichtete von einem Erlebnis in einem Café, wo sie mit einer Frau geflirtet hatte. Als es darum ging, zu welcher sie nach Hause gehen wollten, und sie das Thema HIV ansprach, war die andere Frau prompt weg. Es war un schwer zu erkennen, daß sich diese Nachricht wie ein Lauffeuer durch das Café bewegte, denn sie stand zum Schluß alleine da.

Diese Begebenheit regte uns zu einem Erfahrungsaustausch über das Thema „Lesbische Sexualität“ an. Wir waren uns einig, daß es wichtig ist, den Begriff „Safer Sex“ zu klären. Für uns beginnt Safer Sex da, wo wir offen über unsere Bedürfnisse, Wünsche und die Risiken für **beide** Partnerinnen reden. Bei One-Night-Stands ist es für uns selbstverständlich, uns zu schützen. Dabei legen wir großen Wert darauf, die Motivation zu klären:

Wir betrachteten in erster Linie nicht HIV als Risiko und wollen auch nicht als „giftig“ oder „Virenschleuder“ gesehen werden. Gefährlicher erscheinen uns andere sexuell übertragbare Krankheiten, die sehr viel häufiger vorkommen und wesentlich ansteckender sind. Für uns Infizierte können diese Krankheiten aufgrund unseres geschwächten Immunsystems sehr schnell bedrohlich werden und den Ausbruch von Aids begünstigen.

Schwierigkeiten, andere positive Lesben zu finden

Dieses Wochenende wurde sehr lange geplant und vorbereitet. Dennoch waren wir nur wenige. Wir haben gemerkt, wie befreiend es ist, offen über unsere Erfahrungen sprechen zu können. Dadurch geben wir dem Schreckgespenst dieser Krankheit mehr Normalität. Wir versuchen, es als Teil unseres lesbischen Lebens zu akzeptieren und hoffen, in Zukunft auch mit nichtbetroffenen Frauen leichter und direkter darüber reden zu können und so sichtbarer zu werden. Dann ist es auch für unsere nicht infizierten Partnerinnen leichter, damit umzugehen, daß sie mit einer Positiven zusammen sind.

Aufgrund dieses Versteckspiels ist es für uns natürlich schwer, andere positive Lesben zu fin-

den. Wir freuen uns, wenn Leserinnen dieses Artikels anderen positiven Lesben unsere Kontaktadresse weitergeben: Gesa Beckmann Tel. 040-280 45 22 (auch Anrufbeantworterin)

Sustiva-Preis weiterhin in der Kritik

Der in den USA verlangte Preis für den vor kurzem neu zugelassenen NNRTI Efavirenz (Handelsname Sustiva) ist weiterhin in der Kritik (siehe auch HIV Nachrichten Nr.14). Nicht nur von Aktivisten wird der hohe Preis kritisiert. Auch die Medikamenten-Programme (sog. ADAPs) einiger Bundesstaaten der USA (u.a. Kalifornien und New York), die in bestimmten Fällen für die Kosten aufkommen, haben sich entschlossen, die hohen Kosten für Sustiva bis auf weiteres nicht zu übernehmen – solange, bis der Konzern zu Gesprächen über eine Preisreduzierung bereit ist. "Wir können uns einfach nicht mehr leisten, jeden Preis zu erstatten, den Pharmakonzerne verlangen", sagte Lanny Cross, Chef des New Yorker ADAP. In den USA kostet Sustiva annähernd doppelt soviel wie die beiden anderen zugelassenen NNRTI. DuPont rechtfertigt den Preis bisher mit einer höheren Wirksamkeit.

Auch Aktivistengruppen in den USA kritisieren das Verhalten von DuPont heftig: "Weltweit sterben Millionen von Menschen mit HIV, weil Pharmaunternehmen derart hohe Preise für ihre Medikamente verlangen. DuPont Pharma opfert Menschenleben für Profit. DuPont hat den Preis für ihr neues AIDS-Medikament doppelt so hoch wie vergleichbare Medikamente festgelegt." ACT UP und andere Gruppen in den USA planen für den 1. Dezember eine Demonstration vor der US-Zentrale von DuPont, in der sie unter anderem eine 50%ige Preisreduzierung sowie vergünstigten Zugang für Positive in weniger entwickelten Staaten fordern wollen. Inzwischen haben US-Aktivisten auch den Pharmakonzern Glaxo-Wellcome aufgefordert, für seine beiden in der Zulassung befindlichen (bzw. inzwischen zugelassenen) Medikamente Abacavir und Amprenavir keine überhöhten Preise zu verlangen. Angesichts eines überhöhten Preises wurde die damalige Burroughs Wellcome schon vor Jahren mit einer spektakulären Aktion an der Wall Street konfrontiert, die zu einem drastischen Absacken der Börsenkurse führte. Ob das Unternehmen daraus gelernt hat (oder dem schlechten Beispiel von DuPont folgt), werden die Preise für die neuen Substanzen zeigen.

Thema: Organtransplantation

Organtransplantationen – ein Thema, das den meisten Positiven wohl weit weg von ihrer derzeitigen Realität erscheint. Organtransplantationen, da fällt einem Prof. Bernard mit seinen Herz-Transplantationen ein, vielleicht auch noch Organspenderausweis, Herzinfarkt und andere Stichworte. Aber ich als Positiver?

Abgesehen davon, daß es äußerst fragwürdig erscheint, daß derzeit Menschen mit HIV nahezu völlig von Organtransplantationen ausgeschlossen sind, auch der Bedarf ist hier im Steigen begriffen. Eine wenn auch kleine, so doch stetig steigende Zahl von HIV-Positiven weist starke Leber-Schädigungen auf, die zu einer deutlichen Reduzierung der Lebenserwartung führen. Sei es aufgrund einer gleichzeitigen Infektion mit Hepatitis C, sei es durch Organschäden infolge des hohen Medikamentenkonsums – bei Versagen der Leber ist eine Transplantation oft der einzige (und erfolgversprechende) Weg, der ein Weiterleben ermöglichen kann.

Der folgende Beitrag von Dr. Dr. Stephan Dressler beleuchtet die Thematik der Organtransplantation bei HIV-Positiven aus verschiedenen Blickwinkeln. Bei Interesse ist bei der Redaktion eine umfassende Literaturliste zum Thema erhältlich.

U.Würdemann

Zwischen Normalisierung und Ausnahmefall: Organtransplantation bei HIV-Patienten

1. Organtransplantation

Menschen mit HIV-Infektion sind heute in der Regel vom Empfang von Spenderorganen ausgeschlossen. Dieser Ausschluß geschieht entweder in einer ausdrücklichen Form (zum Beispiel durch Gesetze, Verordnungen oder entsprechende Formulierungen der Organvergabekriterien) oder unausgesprochen im Rahmen der - von Zentrum zu Zentrum variierenden - häufig nicht festgeschriebenen Beurteilungskriterien der einzelnen Transplantationszentren.

Es ist unabweisbar, daß für die insgesamt derzeit zwar noch kleinere, aber ständig wachsende Zahl von HIV-infizierten Menschen mit gleichzeitiger Hepatitis C-Infektion eine erfolgversprechende medizinische Behandlung in bestimmten Krankheitsstadien derzeit nur durch die Transplantation eines Fremdorgans ermöglicht werden kann. Exakte Zahlenangaben zur Größe dieser Patientengruppe und somit zum Bedarf an

Spenderlebern sind derzeit nicht möglich. Geht man davon aus, daß bis zu 90% der HIV-infizierten Drogengebraucher und der HIV-infizierten Hämophilen, sowie 10-15% der Heterosexuellen und 2% der schwulen Männer eine HIV/HCV-Koinfektion aufweisen (David L. Thomas zit. nach Roehr 1998), so muß man für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland von einer Zahl von etwa 10.000 Menschen ausgehen, die gleichzeitig mit HIV und Hepatitis C-Virus infiziert sind. Etwa 10-20% dieser Menschen entwickeln eine chronisch aktive Hepatitis oder eine Leberzirrhose (Rockstroh 1997). Von diesen schätzungsweise 1.000-2.000 Patienten kommt wiederum nur ein Teil für eine Lebertransplantation in Betracht, so daß sich die Zahl der benötigten Spenderorgane auf weitaus weniger als 1.000 belaufen dürfte. Andererseits handelt es sich damit bei der Frage, ob HIV-infizierte Patienten mit Leberversagen durch eine Organtransplantation behandelt werden können und sollen, keineswegs nur mehr um Einzelfälle, sondern um ein Problem, das sich in der medizinischen Versorgung schon heute immer wieder stellt.

Es besteht heute weitgehend Einigkeit darüber, daß eine Lebertransplantation für Patienten mit Leberversagen, aber ohne HIV medizinisch indiziert ist und bei Nichtansprechen auf die noch immer dürftigen pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten die Behandlung der Wahl darstellt. Und es scheint weitgehende Einigkeit dahingehend zu bestehen, daß hier - wie auch in so vielen anderen Situationen - für Menschen mit HIV oder AIDS eine Ausnahme gemacht wird, indem man sie als „nicht geeignet“ für eine Spenderleber von der Organtransplantation ausschließt. Bei der Vergabe von Spenderorganen spielen verschiedene Aspekte eine Rolle, die im folgenden - wenn auch nicht vollständig - diskutiert werden.

1.1 Erfolgsaussicht

Die medizinische Erfolgsaussicht hat in der Transplantationsmedizin schon immer eine entscheidende Rolle gespielt. Dennoch wäre es zu kurz gegriffen, wenn man Organtransplantationen als „ethisch gerechtfertigt“ erklärt, sobald sich „die postoperativen Komplikationen einschließlich tödlichem Ausgang zunehmend vermindern“ (Zenker 1981:7). Solange ein Nutzen der Organtransplantation nicht erwiesen ist, sind weder dem Spender, noch dem Empfänger der schwerwiegende Eingriff zumutbar. Schwierigkeiten ergeben sich, wenn man die Erfolgsaussicht definieren will: Die in der Transplantationschirurgie üblicherweise angegebenen 5-Jahres-Überlebensraten (bei günstigen Ergebnissen des jeweiligen Zentrums vielleicht noch ergänzt durch 7- oder 8-Jahres-Überlebenszeiten) erlauben

kaum eine abschließende Einschätzung der Erfolgsaussicht. So ist beispielsweise völlig unklar, ob nicht die durchschnittliche asymptomatische Überlebenszeit eines *nicht* antiretroviral behandelten Patienten, die schon 1992 für 50% bei mehr als 10 Jahren lag, nicht ohnehin länger ist als die durchschnittliche Lebenserwartung von Patienten nach Lebertransplantation.

In einer Konstellation, in der die medizinische Erfolgsaussicht keineswegs klar definiert ist (Laborparameter wie HLA-Matching werden hinsichtlich ihrer Aussagekraft äußerst unterschiedlich bewertet), muß es verwundern, wenn der Gesetzgeber eben diese Erfolgsaussicht im 1997 in Kraft getretenen Transplantationsgesetz als ein wesentliches Kriterium der Organvergabe - noch vor der Dringlichkeit - benennt. Zwar gibt es in der Literatur Berichte darüber, daß die Überlebensrate nach Transplantation bei HIV-Infektion zum Teil erheblich niedriger ist, als bei Nichtinfizierten (z.B. Bouscarat et al. 1994; Tzakis et al. 1990); andererseits aber gibt es Berichte, daß bei HIV-Infizierten gute Transplantatonsergebnisse beobachtet wurden (Schwarz et al. 1993). Diese widersprüchlichen Angaben machen es schwierig, das diffuse Kriterium der Erfolgsaussicht zur Begründung dafür heranzuziehen, Menschen mit HIV von dem Empfang eines Spenderorgans prinzipiell auszuschließen.

1.2. Immunsuppression bei Organtransplantation und HIV

Um Abstoßungsreaktionen zu verhindern, ist bei Organtransplantationen in der Regel eine immunsupprimierende Therapie erforderlich. Bei der HIV-Infektion handelt es sich (wie bei der Zytomegalie-Virus-Infektion) um eine Infektion des Immunsystems. Klinische Symptome treten bei einer zunehmenden Schwäche des Immunsystems auf und sind dann bei einer ausgeprägten Immundefizienz nicht mehr zu behandeln, so daß ein Schwerpunkt der therapeutischen Ansätze bei der HIV-Infektion auf der Vermeidung der Ausbildung einer klinisch relevanten Immunschwäche liegt. Dieser heute gängigen pathophysiologischen Auffassung der HIV-Infektion folgend liegt es nahe, alle Einflüsse zu vermeiden, die einer weiteren Unterdrückung des Immunsystems Vorschub leisten. Eine immunsupprimierende Therapie (zum Beispiel mit Cyclosporin A oder Cortison) gehört nach diesem Krankheitsverständnis zu den mit Gewißheit zu vermeidenden Einflüssen.

Die Infektion des Immunsystems durch HIV führt zu einer Abwehrreaktion, bei der sich das Immunsystem gegen sich selbst richtet. Eine zusammenhängende Theorie, die die Hypothese von AIDS als Ergebnis einer Autoimmunreaktion stützen könnte, liegt noch nicht vor. Was es jedoch gibt, sind klinische Erfahrungen mit einer

immunsupprimierenden Therapie bei HIV-Infektion, die darauf hindeuten, daß gerade die Unterdrückung der gegen das eigene Immunsystem gerichteten körpereigenen Abwehr zu einer Verzögerung der Krankheitsprogression führen (Levy 1995; Übersicht bei Loftus 1995). Der Vorkämpfer für die Vergabe von Spenderorganen an HIV-Positive, Jeff Getty, hat selbst im Zuge einer xenogenen Knochenmarkstransplantation einen vollständigen Konditionierungszyklus durchgemacht. Zwar ist diese Transplantation fehlgeschlagen, jedoch hat Jeff Getty den Eingriff klinisch gebessert überstanden. Die AIDS-Nachrichten des ehemaligen Bundesgesundheitsamtes berichteten seinerzeit unter der Überschrift „Operation fehlgeschlagen, Patient lebt“ über diesen bislang wohl einmaligen Einsatz artfremder Spenderorgane bei HIV-Infektion.

Bei dem heutigen Wissensstand kann das Erfordernis einer immunsupprimierenden Therapie nach Organtransplantation nicht zum Ausschlußkriterium für HIV-Infizierte gemacht werden. Positive Erfahrungen mit Cortison in der Akutphase der Pneumocystis-carinii-Pneumonie oder in einigen Fällen auch mit Immunsuppressiva legen die Annahme nahe, daß HIV-Infizierte im Gegensatz zur herrschenden Meinung durchaus von einer Immunsystem-unterdrückenden Pharmakotherapie klinische Vorteile haben könnten. Solange Nutzen und Risiken einer immunsupprimierenden Therapie nicht in aussagekräftigen Studien untersucht wurden, ist die Aussage, daß eine Immunsuppression ein prinzipielles Ausschlußkriterium für die Übertragung eines Organs darstellt, ebenso aus der Luft gegriffen wie die gegenteilige Behauptung, HIV-Infizierte würden generell von einer derartigen Therapie profitieren. Hier besteht dringender Forschungsbedarf (Huss et al. 1995), und die häufig ebenso lautstarken, wie einseitigen Äußerungen dürfen als voreilig abgetan werden.

1.3. Sozial-moralische Argumente

Der Soziologe Volker Schmidt hat verschiedentlich darauf hingewiesen, daß die Kriterien für eine Organvergabe zwischen den einzelnen Transplantationszentren erheblich variieren und sowohl die Aufnahme auf eine Warteliste, als auch die schließliche Entscheidung für die Vergabe eines Organs nicht nur unter ausschließlich „objektiven“ medizinischen Gegebenheiten erfolgen (Schmidt 1997, 1998). Mögliche medizinische Kontraindikationen (wie z.B. Diabetes mellitus mit Gefäßschädigung und Nierenversagen als Kontraindikation für Nierentransplantation) werden von unterschiedlichen Zentren ebenso unterschiedlich gehandhabt wie soziale oder moralische Aspekte: „So werden in manchen Zentren 'soziale Kontraindikationen' für Schwerekriminelle (Mörder, Drogenhändler usw.) oder

sonstwie sozial Randständige (z.B. Obdachlose) ausgesprochen, ohne daß man auch nur den Versuch unternähme, dies 'medizinisch' zu rationalisieren." (Schmidt 1997:57)

Moralische Urteile, Einstellungen oder Annahmen bestimmen - in der Regel unausgesprochen - oft die medizinische Urteilsbildung. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn drogenabhängigen Patienten eine antiretrovirale Mehrfachkombinationstherapie vorenthalten wird, oder diesen Patienten der Zugang zu einem Spenderorgan prinzipiell unmöglich gemacht wird, weil Ärzte von vornherein davon ausgehen, daß diese Patienten die erforderliche Compliance für diese Therapien nicht aufbringen. Unterschwellig kann auch die Einstellung eine Rolle spielen, drogenabhängige oder alkoholranke Patienten haben ihre Krankheit selbstverschuldet und seien daher von einer Organtransplantation zurückzustellen.

Die Erfahrungen mit drogengebrauchenden HIV-Infizierten der letzten Jahre sowohl aus Italien (Stefano Vella, Rom), als auch aus Frankfurt am Main haben gezeigt, daß es falsch ist, prinzipiell von einer Non-Compliance bei Drogengebranchern auszugehen. Während S. Vella eine starke Adhärenz bei der von ihm betreuten Patienten-Gruppe berichtet, ist es, wie das Frankfurter Beispiel zeigt, durchaus möglich, daß die Medizin ihr Behandlungsangebot dahingehend modifiziert, daß Compliance und Zuverlässigkeit in der Medikamenteneinnahme gewährleistet sind.

Gerade weil moralische Einstellungen häufig unausgesprochen in medizinische Entscheidungen einfließen, ist es schwer, diese Einstellungen zu diskutieren oder sie dort, wo es sachliche Gründe dafür gibt, zu korrigieren. Andererseits scheint auf Seiten der Transplantationsmediziner eine ausgeprägte Unwissenheit im Hinblick auf die Behandlungsmöglichkeiten und Prognose der HIV-Infektion zu bestehen. Jeff Getty berichtet über 2 amerikanische Transplantationszentren, die nach entsprechenden Weiterbildungsmaßnahmen nun dazu bereit sind, Organe an HIV-Infizierte zu transplantieren (James 1998). 2 von 266 Transplantationszentren in den USA - möglicherweise können entsprechende Fortbildungsangebote und Informationen zu HIV und AIDS dazu beitragen, daß moralisch geprägte „Ausschlusskriterien“ in weiteren Zentren von einem überlegten, medizinisch begründeten Umgang mit der Behandlungsmöglichkeit „Organtransplantation“ abgelöst werden.

1.4. Ressourcenknappheit und Allokation

Freilich, auch wenn mehr Zentren sich zur Transplantation von Organen auf HIV-infizierte Patienten bereit erklären würden, wären damit keineswegs alle Probleme gelöst. Im Gegenteil: Mit der Aufnahme auf eine Warteliste gewinnen der sogenannte „Mangel an Spenderorganen“

(Ressourcenknappheit), die Wartezeit und schließlich die Vergabe eines verfügbaren Organs an einen Patienten (Mikroallokation) die Brisanz, die seit Jahren aus der transplantationsmedizinischen Diskussion bekannt ist. Es stehen weitaus weniger Organe zur Verfügung, als Patienten auf der Warteliste. In der Bundesrepublik erfolgten 1995 2045 Nierentransplantationen, während gleichzeitig 9451 Patienten auf der Warteliste standen. Etwa 900 Patienten sind für eine Lebertransplantation angemeldet, wobei 172 ein Spenderorgan erhielten und die Zahl der Patienten, bei denen eine Lebertransplantation indiziert sein könnte, vermutlich noch um mehrere tausend höher ist. Aufgrund der Diskrepanz zwischen Organangebot und Nachfrage verzichten behandelnde Ärzte möglicherweise von vornherein darauf, ihre Patienten auf eine aussichtslose Warteliste zu setzen.

Für Patienten, die nicht mehr rechtzeitig mit einem Spenderorgan therapiert werden können, hat die Medizin eine neue Todesart erfunden: Die „Sterblichkeit auf der Warteliste“ (Gubernatis 1997: 15) Mit großem Werbeaufwand und intensiver PR-Arbeit wurde in den vergangenen Jahren immer wieder versucht, die Spendebereitschaft der Bevölkerung zu steigern, wobei indirekt der Eindruck erweckt wurde, daß eine fehlende Zustimmung zur Organentnahme ursächlich für den Tod auf der Warteliste sei. Nun könnte man argumentieren, daß jede Verlängerung dieser Wartelisten durch die Aufnahme HIV-positiver Kandidaten ohnehin nicht wünschenswert ist, solange die vorliegenden Bestellungen nicht abgearbeitet sind. Dabei ist das Problem des sogenannten Organmangels anders gelagert, als häufig dargestellt wird: Die Einstellung der Gesamtbevölkerung zur Organspende ist durchaus positiv. Skepsis besteht zwar häufig im Hinblick auf die Kriterien zur Feststellung des Todeszeitpunktes, hier lassen sich aber Verbesserungen durch für nichtmedizinische Laien nachvollziehbarere Definitionen denken. Durch verschiedene (auch durch das Transplantationsgesetz geförderte) organisatorische Maßnahmen ist eine (bescheidene) Verbesserung der Lage auf der Angebotsseite möglich (Hollenbeck et al. 1996).

Nierentransplantationen sind bereits seit mehr als 20 Jahren Routine, und schon vor mehr als 15 Jahren galt - in der kalten Sprache der Transplantationsmediziner ausgedrückt - „die Beschaffung von Organen zur Transplantation“ als das wichtigste Problem der Transplantationschirurgie (Zenker 1981:8). Dieses Problem hat die Transplantationsmedizin bis heute trotz aller politischer, finanzieller und - vor allem - ideologischer Unterstützung nicht gelöst und es ist nicht absehbar, daß sie es im Hinblick auf alle Organe jemals lösen kann. Zwar befindet sich die Trans-

plantationsmedizin heute aufgrund der vorhandenen Routine in einer „Versorgungsphase“ (Gubernatis 1997:15), jedoch wäre es falsch, Transplantationen als Bestandteil einer allgemeinen Versorgungsmedizin aufzufassen. Aus guten Gründen hat der Gesetzgeber im Transplantationsgesetz kein „Recht auf ein Organ“ verankert. Die Transplantation eines Organs stellt - trotz aller Routine in der Operationstechnik und im postoperativen Management - immer eine Ausnahme dar und steht auch in Kliniken der Maximalversorgung keineswegs beliebig zur Verfügung. Für die Praxis bedeutet dies, daß den Verteilungskriterien transplantierbarer Organe eine noch größere Bedeutung zukommt. Die Zahl der Patienten, die auf einer „Warteliste“ steht, ist dabei nicht entscheidend. Möglicherweise muß die Dringlichkeit, mit der ein schwerkranker Patient ein Organ benötigt, stärker berücksichtigt werden, als dies jetzt mitunter der Fall ist. Und nicht in Vergessenheit geraten sollte, daß nicht „Warteliste“ oder „Organmangel“ die Todesursachen sind, sondern Erkrankungen wie Leberzirrhose oder ein terminales Organversagen, für das es bislang noch keine anderen Behandlungsmöglichkeiten gibt. Wenn Kritiker dem Berliner Chirurgen Emil Sebastian Bücherl nach der dritten Implantation eines vollmechanischen Herzersatzes („Kunstherz“) vorgeworfen haben, an einer unmenschlichen und kostspieligen Sackgasse festzuhalten (Der Tagesspiegel, 28.1.1987), so muß man heute angesichts der Fortschritte von implantierbaren mechanischen Organunterstützungssystemen umgekehrt die Frage stellen, ob nicht die Transplantation von ganzen Organen langfristig in einer Sackgasse mündet. Alternativen zur Transplantation dürfen nicht länger vernachlässigt werden.

1.5. Gerechtigkeit und Wahrhaftigkeit

Anders noch als in seiner 1807 veröffentlichten „Phänomenologie des Geistes“ hat Georg Wilhelm Friedrich Hegel 1821 in seiner „Rechtsphilosophie“ versucht, den Begriff der Gerechtigkeit objektiv zu fassen. In diesem Übergang der subjektiven Auffassung - einem von mehreren Hegelschen Paradoxa - wird philosophisch zum ersten Mal prägnant, daß Ethik, Urteil und Beurteilungskriterien zeitgeschichtlichen und individuellen Wandlungen unterliegen. Wenn in der Medizin ein Problem auftaucht, dann ist die Ethik heute nicht mehr fern. Sobald Patientenorganisationen, Verbraucherschutzverbände oder Medien ein medizinisches Vorgehen nur laut genug kritisch beurteilen, werden (beinahe reflexartig) Arbeitsgruppen und Kommissionen gegründet, Tagungen zu ethischen Aspekten des in Frage stehenden Verfahrens abgehalten und Publikationen mit einschlägigen Schlagworten

wie „ethisch“ oder „moralisch“ verfaßt. Es liegt auf der Hand, daß das, was dann unter der Überschrift „Ethik“ das Licht der Öffentlichkeit erblickt, oft ebenso beliebig wie trivial ist. Das ist bei der Transplantationsmedizin kaum anders, wenn hier zum Beispiel von „Gerechtigkeit“ und „Wahrhaftigkeit“ geschrieben wird, ohne daß auch nur der Versuch unternommen würde, diese Begriffe in einem irgendwie über das eigene Transplantationszentrum und den Horizont des hauseigenen OP-Tisches hinausreichenden System inhaltlich zu verankern (Gubernatis 1997).

Die Beispiele für derart nutzlosen, aber dennoch häufig als schön empfundenen Zierrat ließen sich beliebig vermehren und beinahe ebenso mühelos als das entlarven, was sie sind: Am Jargon von „realisierbaren Entnahmen“, „Organpool“ oder „Spendermeldung“ zeigt sich, daß es auch unter der Überschrift „Ethik“ meist um nichts anderes geht, als um die Anliegen der seit Jahrzehnten einseitig geförderten, aber in einer gesellschaftlichen Schiefelage befindlichen Transplantationsmedizin.

Diesen - dringend notwendigen - gesellschaftlichen Diskurs zur Rolle der Transplantationsmedizin in der Allgemeinversorgung anheimgestellt, bleibt doch die Frage, ob sich im Rahmen der Transplantationsmedizin und insbesondere der Organvergabe überhaupt ethische Fragen stellen. Wenn man von philosophischer Seite einerseits erfährt, daß heute „klare Aussagen“ darüber möglich seien, „wie gut ein Organ geeignet ist“ (Schwemmer 1997:97f.) und ärztlicherseits das Problem der Ethik darauf reduziert wird, daß ein tödlicher Ausgang von Transplantationen zunehmend vermindert werden kann (Zenker 1981:7), so muß man feststellen, daß Philosophie oder Ethik einerseits und Medizin andererseits aneinander vorbeireden, ja sogar - berücksichtigt man beide Fächer - falsche, unzutreffende oder inkontingente Aussagen treffen. Angesichts des auch in Zukunft nicht aufhebbaren Mangels an Organen wird es niemals zu einer Gerechtigkeit in der Verteilung von Spenderorganen kommen, und so wird das Problem der Organverteilung zurückverwiesen in die medizinische Praxis, in der es tagtäglich entschieden wird.

Moral, Sittlichkeit, Gerechtigkeit oder Ethik sind dann nicht mehr die entscheidenden Parameter, sondern in der medizinischen Praxis gilt es, das zu tun, was medizinisch für den einzelnen Patienten zur Erhaltung oder Verbesserung seines Gesundheitszustandes möglich oder erforderlich ist. Hierüber besteht weitgehende Einigkeit, so daß es keinen Anlaß zu grundlegenden Ethik-Debatten gibt. So ergibt sich dann auch nicht aus ethischer, sondern vielmehr aus medizinischer Sicht die Indikation zu einer Revision der Krite-

rien für eine Organvergabe bei potentiellen Transplantationspatienten. HIV-infizierte Patienten müssen als potentielle Transplantatempfänger bei einem Transplantationsmedizinischen Zentrum angemeldet werden, wenn nach heutigem medizinischen Wissensstand keine andere Therapie möglich ist. Nach § 12 Abs. 3 Transplantationsgesetz hat ein behandelnder Arzt die Pflicht, Patienten, bei denen die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe (z.B. Leber) medizinisch angezeigt ist, mit deren schriftlicher Einwilligung unverzüglich an das Transplantationszentrum zu melden, in dem die Organübertragung vorgenommen werden soll (Holznagel et al. 1998). Zu wünschen bleibt, daß angesichts der antiretroviralen Therapiemöglichkeiten und der erheblich verlängerten Gesamtüberlebensdauer von Patienten mit HIV-Infektion Transplantationszentren auch in der Bundesrepublik ihre Vergabekriterien überarbeiten und so den Menschen mit HIV, die derzeit nur durch ein Spenderorgan behandelt werden können, bei entsprechend sorgfältiger und nachvollziehbarer Indikationsstellung Zugang zu dieser Therapieform ermöglichen. Ausnahmen bei der

Transplantation in dem Sinn, daß Menschen mit HIV vom Empfang von Organen generell ausgeschlossen werden, scheinen nicht länger hinnehmbar und dringend überprüfungswürdig zu sein. Hier ist eine Normalisierung im Umgang mit der HIV-Infektion anzustreben, andererseits muß man die Tatsache in Erinnerung rufen, daß eine Organtransplantation trotz aller klinischen Routine eine Ausnahme darstellt.

Stephan Dressler, Berlin

Therapiekalender 1999 erschienen

Der Therapiekalender AIDS 1999 ist soeben erschienen. Er bietet auf 148 Seiten ein Verzeichnis von HIV-Medikamenten, Ernährungstips, ein aktuelles und umfangreiches Anschriftenverzeichnis sowie Tabellen und Vordrucke, in die Laborwerte (z.B. Viruslast) eingetragen werden können. Der Kalender kann, auch in größerer Stückzahl, kostenlos bestellt werden bei: Hoffmann-LaRoche AG, Frau Dr. I. Wiesel, Emil-Barrel-Str. 1, 79630 Grenzach-Whylen, Fax: 07624-14 32 12, e-mail: Iris.Wiesel@roche.com.

Impressum & Kleingedrucktes

Herausgeber und ©: Ulrich Würdemann, Rubensstraße 2, D-50676 Köln

email: HivNachrichten@gmx.net

Lektorat: Frank Knigge. Die Beschreibung einzelner Therapieformen bedeutet nicht, daß diese von HIV Nachrichten oder dem Herausgeber für die Anwendung empfohlen werden. Medizin ist im ständigen Wandel, gerade auch bei HIV. Alle hier erwähnten Behandlungsverfahren und Medikamente sollten nur unter ärztlicher Aufsicht angewendet werden. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, daß Autoren und Redaktion größte Mühe darauf verwendet haben, daß diese Angaben dem Wissenstand bei Fertigstellung entsprechen. Dennoch ist der Leser aufgefordert, sich anhand anderer Quellen (auch Beipackzettel) zu informieren und insbesondere seinen Arzt zu konsultieren. Dies gilt insbes. bei neu auf den Markt gebrachten oder selten verwendeten Präparaten sowie bei Medikamenten, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in ihrer Anwendbarkeit eingeschränkt sind. Jede Dosierung und Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) sind nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, daß es sich um einen freien Warennamen handelt. Namentlich gekennzeichnete Artikel verantwortet der entsprechende Autor. Die HIV Nachrichten erscheinen ohne finanzielle Beteiligung der Pharmaindustrie oder sonstiger Dritter.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Abdruck einzelner Beiträge nur mit unserer Genehmigung und Quellenangabe. Belegexemplar erbeten.

Vervielfältigung durch nichtkommerzielle Betroffenenorganisationen ist gestattet und erwünscht.