



- S. 2 Kurz-News HIV-Medikamente: Rezolsta® = von der EMA zugelassen
- S. 2 Kurz-News HCV-Medikamente: Harvoni® = von der EMA zugelassen
- S. 3 HIV Glasgow - eine besondere Konferenz
- S. 3 - Behandlungsrichtlinien der EACS aktualisiert = Version 7.1
- S. 4 - die Therapiekaskade
- S. 5 - die Therapiekaskade am Beispiel Russland
- S. 6 - Vergleich der Therapiekaskade in einigen Hocheinkommensländern
- S. 7 - Einsparungen mit Generika - Berechnungsmodell für Großbritannien
- S. 7 Newsletter „Meet the Experts“ zum Thema „Partydrogen unter ART“

Beratungsangebot

- S. 8 „PATINKA – die Interaktionssprechstunde“ – ein neues Beratungsangebot in Wien

Anhang

- S. 9 Übersicht HIV-Medikamente

Liebe LeserInnen,

Anfang November fand im schottischen Glasgow der „International Congress of Drug Therapy in HIV Infection“ statt – eine international renommierte Konferenz mit wirklich ausnehmend angenehmer Arbeitsatmosphäre. Aber nicht nur auf diesem Gebiet hat Glasgow einiges zu bieten, sondern auch auf musikalischer Ebene:

So stammen z.B. die beiden Brüder Mark und David Knopfler (Gründer der „Dire Straits“) von dort, ebenso wie Jim Kerr und Brian McGee von den „Simple Minds“.

In der LGBTI-Szene sicherlich am bekanntesten dürfte Jimmy Summerville sein. Er wurde 1961 in Glasgow geboren und mit „Bronski Beat“ und „The Communards“ berühmt. Summervilles musikalisches Markenzeichen ist ohne Frage seine unverwechselbare Stimme. Von Beginn an setzte sich der Sänger neben seiner Musik-Karriere offen mit dem Thema Homosexualität, Menschenrechte und auch HIV/AIDS auseinander.

Mit freundlichen Grüßen,
Mag.^a Birgit Leichsenring
Med. Info / Doku der AIDS-Hilfen Österreichs

Falls sich Ihre E-Mail -Adresse ändert oder Sie das med update nicht mehr erhalten möchten, schicken Sie bitte eine E-Mail an: leichsenring@aids-hilfe-wien.at
Medieninhaber: Die AIDS-Hilfen Österreichs, c/o Aids Hilfe Wien, Mariahilfer Gürtel 4, 1060 Wien
© Die AIDS-Hilfen Österreichs, 2014
Text: Mag.^a Birgit Leichsenring



Kurz-News HIV-Medikamente: Rezolsta® = von EMA zugelassen

Ende November 2014 erfolgte wie erwartet von der EMA (Europäische Arzneimittelbehörde) die Zulassung eines neuen Kombinationspräparates für die HIV-Therapie:

Unter dem Handelsnamen Rezolsta® steht nun eine Kombinationstablette aus Darunavir und Cobicistat zur Verfügung.

Darunavir ist ein Protease Inhibitor und wird seit 2007 unter dem Namen Prezista® in der HIV-Therapie eingesetzt. Wie alle Protease-Inhibitoren wird Darunavir gemeinsam mit einem „Booster“ eingenommen, welcher den Abbau des Medikamentes (also des Protease-Inhibitors) in der Leber verlangsamt. Bislang stand für die HIV-Therapie mit Ritonavir (Norvir®) nur ein Booster zur Verfügung. Letztes Jahr wurde dann mit Cobicistat ein neuer Booster (auch pharmakologischer Enhancer genannt) in der EU zugelassen.

Rezolsta® wird einmal täglich in Kombination mit anderen antiretroviralen Medikamenten eingenommen und ist für die HIV-Therapie bei PatientInnen über 18 Jahre zugelassen.

Diese Kombination aus Darunavir und Cobicistat wurde bereits im Juni 2014 in Kanada unter dem Handelsnamen Prezcofix® zugelassen und wird zurzeit ebenfalls von der FDA, der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde, geprüft.

www.investor.jnj.com



Kurz-News HCV-Medikamente: Harvoni® = von EMA zugelassen

Mit Mitte November 2014 erfolgte die Zulassung eines neuen Kombinationspräparates für die Therapie einer chronischen Hepatitis C:

Unter dem Handelsnamen Harvoni® wurden die beiden Wirkstoffe Ledipasvir und Sofosbuvir in einer Tablette zusammengefasst, welche einmal pro Tag unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen wird.

Ledipasvir ist ein sogenannter NS5A-Hemmer und Sofosbuvir ein Polymerase-Hemmer. Letzterer wurde Anfang 2014 unter dem Handelsnamen Sovaldi® als erstens der neuen HCV-Medikamente zugelassen.

Harvoni® ist zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit chronischer Hepatitis C zugelassen und wird je nach Vorbehandlung und Zirrhose-Status über eine Behandlungsdauer von 12 bis 24 Wochen bei PatientInnen mit Genotyp 1 und 4 empfohlen. Dabei kann bei PatientInnen ohne Vorbehandlung und mit Genotyp 1 auch eine 8-wöchige Behandlung in Betracht gezogen werden. Bei PatientInnen mit Genotyp 1 und 4 und dekompenzierter Leberzirrhose sowie PatientInnen mit Genotyp 3 und/oder vorherigem Therapieversagen, sollte das Präparat für 24 Wochen eingenommen und mit Ribavirin kombiniert werden. Auch bei einer HCV/HIV-Koinfektion kann Harvoni® eingesetzt werden.

www.gilead.com

Von 02. – 06. November 2014 fand in Glasgow der „11. International Congress of Drug Therapy in HIV Infection“ statt – umgangssprachlich wird die Konferenz einfach nur die „HIV Glasgow“ genannt. Sie wurde bereits 1991 etabliert und wird alle 2 Jahre durchgeführt. Die Atmosphäre der Konferenz ist vor allem durch die Räumlichkeiten und den Programm-Aufbau geprägt. Zum einen sind sowohl die präsentierten wissenschaftlichen Poster, als auch die gesamte Ausstellung, eine Liveübertragung aus dem Plenarsaal und die Kaffee- und Kommunikationsbereiche in einer einzigen großen Halle untergebracht. Zum anderen ist das Programm nicht in Parallelveranstaltungen aufgeteilt. Dies hat zur Folge, dass man sich als TeilnehmerIn persönlich „entschleunigt“ fühlt, da keine stetigen Entscheidungen notwendig sind, welche Veranstaltung, bzw. welchen Vortrag man besucht. Gleichzeitig bewegen sich alle KongressbesucherInnen immer in den gleichen Räumen, d.h., die Vernetzungsmöglichkeiten sind ausgezeichnet. Und in diesem Rahmen bietet der Kongress fundierte, gut aufbereitete medizinische und wissenschaftliche Themen.

Behandlungsrichtlinien der EACS aktualisiert = Version 7.1

Auszugsweise wurde auf der HIV-Glasgow die überarbeitete Version der Richtlinien zur Behandlung HIV-positiver PatientInnen von der EACS (European AIDS Clinical Society) präsentiert.

Bei der empfohlenen Wahl der Initial-Therapie (also für Menschen, die noch nie eine HIV-Therapie eingenommen haben), sind nun z.B. alle Integrase-Inhibitoren inkludiert.

Die aktuellen Empfehlungen für die Initial-Therapie sehen folgendermaßen aus:

Wirkstoff A	Wirkstoff B	Zusatzkommentar
NNRTI	NRTI	
EFV RPV	ABC/3TC oder TDF/FTC	ABC/3TC in Ko-Formulierung TDF/FTC in Ko-Formulierung EFV/TDF/FTC in Ko-Formulierung RPV/TDF/FTC in Ko-Formulierung
PI/r		
ATV/r DRV/r	ABC/3TC oder TDF/FTC	ATV/r: 300/100 mg qd DRV/r: 800/100 mg qd
INSTI		
EVG + COBI	TDF/FTC	EVG/COBI/TDF/FTC in Ko-Formulierung
DTG	ABC/3TC oder TDF/FTC	DTG: 50mg qd TDF/FTC DTG/ABC/3TC in Ko-Formulierung
RAL	ABC/3TC oder TDF/FTC	RAL: 400 mg bd

(qd = einmal tägliche Einnahme, bd = zweimal tägliche Einnahme)

Zusätzliche werden alternative Therapieregime für die Initialtherapie angegeben.

Eine Übersicht aller Medikamente inklusive der Abkürzungen finden Sie im Anhang auf Seite 9 dieser med update Ausgabe.

Die komplette Version der aktualisierten EACS-Guidelines (Version 7.1 von November 2014) finden Sie unter folgendem Link: <http://www.eacsociety.org/Guidelines.aspx>

Die Therapie-Kaskade (allgemein)

Unter der sogenannten „Therapie-Kaskade“ versteht man die sinkende Anzahl an Personen im Ablauf der folgenden Ereignisse. Diese werden zumeist in Prozentangaben, bezogen auf die Gesamtzahl HIV-Positiver oder die Anzahl der diagnostizierten HIV-positiven Menschen dargestellt:

Gesamtzahl HIV-positiver Menschen / HIV-positive Bevölkerung

- Anzahl der Personen mit Diagnose HIV-positiv
- Anzahl der Personen, die bei einer medizinischen Einrichtung vorstellig werden
- Anzahl der Personen, die anhaltend in medizinische Betreuung eingebunden werden
- Anzahl der Personen mit Indikation für eine HIV-Therapie
- Anzahl der Personen, die mit einer HIV-Therapie beginnen
- Anzahl der Personen, mit einer unterdrückten Viruslast

Konkret bedeutet dies, dass nicht alle HIV-positiven Menschen über ihren Status informiert sind. Die Anzahl der HIV-positiven Personen ist also größer, als die Anzahl der Personen mit einer Diagnose HIV-positiv. Von den Menschen, die wissen, dass sie mit dem HI-Virus leben, gelangen wiederum nicht alle in medizinische Betreuung. Die Personenanzahl wird hier also erneut weniger. Nicht alle PatientInnen, die in Betreuung eingebunden sind, beginnen auch mit einer HIV-Therapie. Und nicht alle, die mit einer Therapie beginnen, erreichen das Therapieziel in Form einer nachhaltigen Unterdrückung (Suppressierung) der Viruslast. Zwischen den einzelnen Punkten wird die Anzahl der Personen also stetig geringer. Ein Effekt, der sich mittels der Therapie-Kaskade sehr übersichtlich darstellen lässt.

Die einzelnen Aspekte der Therapie-Kaskade werden je nach Auswertung und Datenlage unterschiedlich erhoben. In manchen Ländern sind z.B. nur Informationen über die Anzahl der HIV-Diagnosen, der begonnenen HIV-Therapien und der Anzahl der PatientInnen mit supprimierter Viruslast vorhanden. In diesem Fall z.B. beschränkt sich die Kaskade auf 4 einzelne Punkte.

Insgesamt gibt die Therapie-Kaskade Aufschluss über das jeweilige Gesundheitssystem, nationalem Umgang mit HIV oder z.B. über Testmöglichkeiten und Therapieangebot.

Denn es geht selten um die aktive persönliche Entscheidung von Menschen, keinen HIV-Test zu machen, oder z.B. keine HIV-Therapie in Anspruch zu nehmen.

Die Hauptbarrieren liegen beim Zugang zu Information, Testung und Therapie. Der verminderte Zugang hat sowohl infrastrukturelle Gründe, z.B.: zu wenig Test-Angebote, medizinisches Personal, Untersuchungsmöglichkeiten oder Medikamente vor Ort, als auch andererseits gesellschaftliche Gründe, z.B.: intravenöse DrogengebraucherInnen werden massiv diskriminiert und erhalten schlicht keine Betreuung und nicht zuletzt rechtliche Gründe, z.B.: Homosexualität wird mit Todesstrafe geahndet, wodurch Männer, die Sex mit Männern haben, eher keine Test- und Therapieangebote in Anspruch nehmen werden, um nicht in Zusammenhang mit Homosexualität gebracht zu werden. Darüber hinaus spielen auch z.B. sprachliche Barrieren, kulturelle Unterschiede oder etwa eine fehlende Krankenversicherung eine Rolle.

Die Ursachen für die Entstehung und Entwicklung der Therapiekaskade sind äußerst vielschichtig und zeigen deutlich bestehende Schwierigkeiten und Herausforderungen im Kampf gegen HIV/AIDS auf.

Therapie-Kaskade am Beispiel Russland

Ein Poster auf der „HIV Glasgow 2014“ machte die Situation in Russland an Hand der Therapiekaskade deutlich.

Es wurden für die Darstellung der Therapiekaskade sieben Schritte definiert: 1) geschätzte Anzahl HIV-infizierter Menschen 2) HIV-Diagnosen 3) Vorstellung in medizinischen Einrichtungen 4) Einbindung in medizinische Betreuung 5) Indikation einer HIV-Therapie 6) Einnahme einer HIV-Therapie 7) Viruslast unter 1000 Kopien/ml Blut.

Die dementsprechenden Daten wurden dem staatlichen AIDS Zentrum und „Rosпотребнадзор“ (in etwa übersetzt: die nationale Behörde für Verbraucherschutz und menschliches Wohlergehen) entnommen.

Von geschätzten 1,36 Millionen HIV-infizierten Menschen in Russland, waren mit Ende 2013 nur 49% (ca. 668.000 Personen) positiv diagnostiziert. Von diesen wurden 77% bei medizinischen Einrichtungen vorgestellt und 72% (ca. 481.000 Personen) in die medizinische Betreuung aufgenommen. Von diesen PatientInnen war bei ca. 163.000 eine HIV-Therapie indiziert und ca. 156.000 nahmen auch eine Therapie ein. 127.054 dieser PatientInnen wiesen eine Viruslast unter 1000 Kopien/ml auf. Das entspricht 81% aller PatientInnen mit einer HIV-Therapie. Allerdings entspricht dies nur 19% aller Menschen mit einer HIV-Diagnose und nur 9,3% aller HIV-infizierten Menschen.

Die folgende Tabelle veranschaulicht die Kaskade:

(Die Prozentangaben entsprechen jeweils dem Anteil an der Gesamtanzahl HIV-Positiver)

	Gesamtzahl HIV-positiver Menschen	mit HIV-Diagnose	mit HIV-Therapie	mit supprimierter Viruslast
Russland	1,36 Mio. 100%	49%	11,5%	9,3%

Obwohl der Anteil der Personen, die eine HIV-Therapie erhalten, im Verlauf der letzten 3 Jahre etwas angestiegen ist, bleibt die Kaskade insbesondere bei den ersten Schritten stark abfallend. So sinkt der Anteil der nicht-diagnostizierten Menschen nur leicht. Zum Vergleich: 2011 waren 55% aller infizierten Personen undiagnostiziert, im Jahr 2013 waren es immer noch 51%.

Im Sinne von „Treatment as Prevention“ und damit der Eindämmung der HIV-Epidemie, fordern die AutorInnen deutlich mehr Aktivitäten im Bereich der HIV-Testung und Ausbau der HIV-Therapie in Russland.

HIV-Glasgow 2014; Pokrovskaya et al; „The cascade of HIV-care in Russia“; O236

Vergleiche der Therapie-Kaskade in einigen Hocheinkommensländern

Eine andere Präsentation auf der HIV-Glasgow verglich die Therapie-Kaskaden mehrerer Hocheinkommensländer (Großbritannien, Frankreich, Niederlande, Dänemark, USA, Australien, Kanada) miteinander.

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse auf:

(Die Prozentangaben entsprechen jeweils dem Anteil an der Gesamtanzahl HIV-Positiver)

	Gesamtzahl HIV-positiver Menschen	mit HIV-Diagnose	mit HIV-Therapie	mit supprimierter Viruslast
USA	1,148 Mio. 100%	82%	33%	25%
Frankreich	149.000 100%	81%	-	52%
Großbritannien	98.400 100%	-	67%	58%
Kanada	72.000 100%	71%	51%	35%
Australien	27.674 100%	86%	66%	62%
Niederlande	25.000 100%	-	59%	53%
Dänemark	6.500 100%	85%	62%	59%

Es zeigten sich große Unterschiede zwischen den Ländern, insbesondere im Prozentanteil derjenigen Personen, die mittels HIV-Therapie eine supprimierte Viruslast aufweisen. Hier schwanken die Angaben zwischen 25% (USA) und 62% (Australien). Bei den USA sieht man etwa einen besonders steilen Abfall der Kaskade zwischen den HIV-Diagnosen und dem folgenden tatsächlichen Beginn einer HIV-Therapie (Abfall von 82% auf 33%). In anderen Ländern wiederum, spielt eher die Anzahl der nicht-diagnostizierten HIV-Infektionen im Verlauf der Kaskade eine Rolle (z.B. Kanada = Abfall von 100% auf 71%). Die insgesamt beste Situation zeigen die Daten für Australien auf.

Ebenfalls verglichen wurden in dieser Präsentation die Hocheinkommensländer mit der Therapie-Kaskade für Subsahara-Afrika.

	Gesamtzahl HIV-positiver Menschen	mit HIV-Diagnose	mit HIV-Therapie	mit supprimierter Viruslast
Subsahara	100%	45%	39%	29%

Bemerkenswert ist hier, dass mehr HIV-positive Menschen in den Subsahara-Ländern eine supprimierte Viruslast aufweisen, als in dem westlichen Industriestaat USA (29% versus 25%).

Dies veranschaulicht mehr als deutlich, dass auch Hocheinkommensländer einen sehr weiten Weg vor sich haben.



Einsparungen mit Generika - Berechnungsmodell für Großbritannien

Zurzeit erhalten in Großbritannien ca. 72.000 Menschen eine HIV-Therapie. Bei einem zu erwartenden Anstieg der Anzahl der PatientInnen um 7-10% pro Jahr, werden im Jahr 2019 voraussichtlich über 100.000 Menschen eine HIV-Therapie erhalten. Eine Präsentation auf der HIV-Glasgow ging der Frage nach, welche finanziellen Einsparungen durch den breiten Einsatz von generischen HIV-Medikamenten in Großbritannien möglich wären.

Als Grundlage der Arbeit dienten die aktuellen Daten, wieviel Prozent aller PatientInnen welche Medikamente einnehmen. In Kombination mit der Hochrechnung der PatientInnen-Zahlen der kommenden Jahre, mit den derzeitigen Kosten für einzelne Medikamente und den voraussichtlichen Preisen für kommende Generika, wurden zwei Kostenmodelle erstellt. Zum einen die Berechnung, wenn bis 2019 keinerlei Generika verwendet würden. Zum anderen, wenn jeweils sofort nach Erscheinen möglicher Generika die Therapieregime gewechselt werden würden. Berechnet wurden dabei jeweils die Gesamtkosten für alle PatientInnen in Großbritannien.

Im ersten Berechnungsmodell steigen die jährlichen Kosten für die HIV-Therapie von 411 Millionen Pfund (2015) auf 559 Millionen £ (2019) an. Die Gesamtsumme der Medikamentenkosten für die Jahre 2015-2019 betragen somit 2,41 Milliarden Pfund, das entspricht in etwa 3,03 Milliarden Euro. Im zweiten Berechnungsmodell würde die jährliche Summe von 351 Millionen (2015) auf 168 Millionen (2019) sinken und in den Jahren 2015 – 2019 eine Gesamtsumme von 1,16 Milliarden Pfund (entspricht 1,46 Milliarden €) betragen.

Diese Einsparungen (in Höhe von möglicherweise 1,57 Milliarden Euro über die nächsten 5 Jahre) könnten ohne Frage sehr gut in anderen Bereichen, wie der HIV-Prävention oder z.B. der Behandlung von HIV/HCV-Koinfektionen verwendet werden. Allerdings könnten diese Einsparungen auf Kosten der Lebensqualität der einzelnen Menschen gehen: die durchschnittliche Anzahl der Tabletten würde bei konsequentem Einsatz von allen erhältlichen Generika von 2,3 auf 3,5 Tabletten pro Tag ansteigen.

Die Möglichkeiten, die der Einsatz von Generika mit sich bringt, sind in der Theorie beachtlich. Es wird sich zeigen, wie die Realität in Zukunft tatsächlich aussieht.

HIV-Glasgow 2014; Hill et al; „Predicted savings to the UK National Health Service from switching to generic antiretrovirals“; O216



Newsletter „Meet The Experts“ zum Thema Partydrogen unter ART

"Meet the Experts" ist ein Informations-Projekt der Österreichischen Aidsgesellschaft mit dem Ziel, wissenschaftlich fundiert aufbereitete Informationen aus unterschiedlichsten Disziplinen rund um die HIV-Infektion bereit zu stellen. Die unterschiedlichen Themen werden dabei in Form von Newslettern behandelt. Schwerpunkte der Newsletter sind Interaktionen und Wechselwirkungen mit der HIV-Therapie.

Der aktuelle Newsletter beschäftigt sich mit dem Thema Partydrogen in Kombination mit der antiretroviralen Therapie – zu finden auf der Homepage der Österreichischen Aidsgesellschaft unter: www.aidsgesellschaft.at



Im Laufe der letzten 10 Jahre konnten sowohl die Wirksamkeit der HIV-Therapie gesteigert, als auch die Nebenwirkungen und Langzeitauswirkungen verringert werden. Dieser Erfolg spiegelt sich in der steigenden Lebenserwartung wider, welche mittlerweile unter guten Bedingungen der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung gleichgesetzt werden kann.

Mit steigendem Alter kommt es jedoch in den meisten Fällen zur vermehrten Einnahme von Medikamenten, welche dann bei HIV-positiven Menschen zusätzlich zur HIV-Therapie anzuwenden sind. Es wird daher immer wichtiger, auf mögliche Wechselwirkungen zwischen den unterschiedlichen Wirkstoffen zu achten.

Dies gilt natürlich nicht nur für altersbedingte Arzneimittel. Hormonelle Schwangerschaftsverhütung, Nahrungsergänzungspräparate oder Therapien von anderen Erkrankungen sind hier nur ein paar Beispiele.

Neben der Optimierung der Wirkung der HIV-Medikamente, konnte in den letzten Jahren aber auch die Anzahl der täglich einzunehmenden Tabletten und Einnahmezeitpunkte pro Tag reduziert werden. Dies wiederum führt zu einer besseren Lebensqualität für Menschen, die eine HIV-Therapie einnehmen.

Nichtsdestotrotz kann das Alltagsleben mit der Therapie für viele Menschen eine große Herausforderung darstellen. Die konsequente Einnahme (Adhärenz) ist nicht immer leicht mit dem Privat-, Sozial- oder z.B. Arbeitsleben vereinbar. Veränderungen der äußeren Lebensumstände (z.B. ein Umzug, neue Angewohnheiten, ein anderer Arbeitsplatz) können einen direkten Einfluss auf die Adhärenz haben. Gleiches gilt selbstverständlich auch für Änderungen auf psychosozialer und emotionaler Ebene. Und bereits die Umstellung der HIV-Therapie auf ein anderes Regime und damit eine Veränderung der Tablettenanzahl, -form oder -farbe, kann die Adhärenz beeinflussen.

Um mit solchen Aspekten der Therapie individuell umgehen zu können, kann es hilfreich sein, diese Fragen offen zu besprechen. Und nicht immer finden diese Fragen ausreichend Raum und Zeit in der regulären medizinischen Betreuung.

Die „Interaktionssprechstunde“ bietet hier Unterstützung!

Mit dem Schwerpunkt auf Wechselwirkungen und Adhärenz können hier Hintergründe der Infektion und der Therapie erörtert, mögliche Einnahmerituale gefunden oder z.B. Interaktionen mit anderen Wirkstoffen und Substanzen erfragt werden.

Die Interaktionssprechstunde

- ist kostenfrei und anonym
- steht allen HIV-positiven Menschen zur Verfügung
- findet in den Räumlichkeiten des Kaiser-Franz-Josef-Spitals in Wien statt

Weitere Informationen zur Sprechstunde und zur Anmeldung finden Sie unter www.patinka.at

(Der Name PATINKA leitet sich übrigens von „PatientInnen-Interaktion“ ab.)



ANHANG: Übersicht aller HIV-Medikamente

Wirkstoffname	Abkürzung	Handelsname®
---------------	-----------	--------------

NRTI = Nukleosidische Reverse Transkriptase Inhibitoren		
Abacavir	ABC	Ziagen
Didanosin	DDI	Videx
Emtricitabin	FTC	Emtriva
Lamivudin	3TC	Epivir
Stavudin	D4T	Zerit
Tenofovir	TDF	Viread
Zidovudin	AZT	Retrovir
NNRTI = Nicht-Nukleosidische Reverse Transkriptase Inhibitoren		
Efavirenz	EFV	Stocrin
Nevirapin	NVP	Viramune
Etravirin	ETV	Intelence
Rilpivirin	RPV	Edurant
INI = Integrase Inhibitoren		
Dolutegravir	DTG	Tivicay
Elvitegravir	EVG	Vitekta
Raltegravir	RAL	Isentress
PI = Protease Inhibitoren		
Atazanavir	ATV	Reyataz
Darunavir	DRV	Prezista
Fosamprenavir	FPV	Telzir
Lopinavir	LPV	Kaletra
Saquinavir	SQV	Invirase
Tipranavir	TPV	Aptivus
EI = Entry Inhibitoren		
Enfuvirtide	T20	Fuzeon
Maravirov	MVC	Celsentri

Pharmakokinetische Verstärker (Booster)		
Cobicistat	COBI	Tybost
Ritonavir	RTV oder /r	Norvir

Kombinationspräparate = NRTI		
	ABC + 3TC	Kivexa
	ABC + 3TC + AZT	Trizivir
	AZT + 3TC	Combivir
	TDF + FTC	Truvada
Kombinationspräparate = PI mit Booster		
	DRV + COBI	Rezolsta
Kombinationspräparate = gesamte HIV-Therapie		
	DTG + ABC + 3TC	Triumeq
	EFV + TDF + FTC	Atripla
	EVG + COBI + TDF + FTC	Stribild
	RPV + TDF + FTC	Eviplera