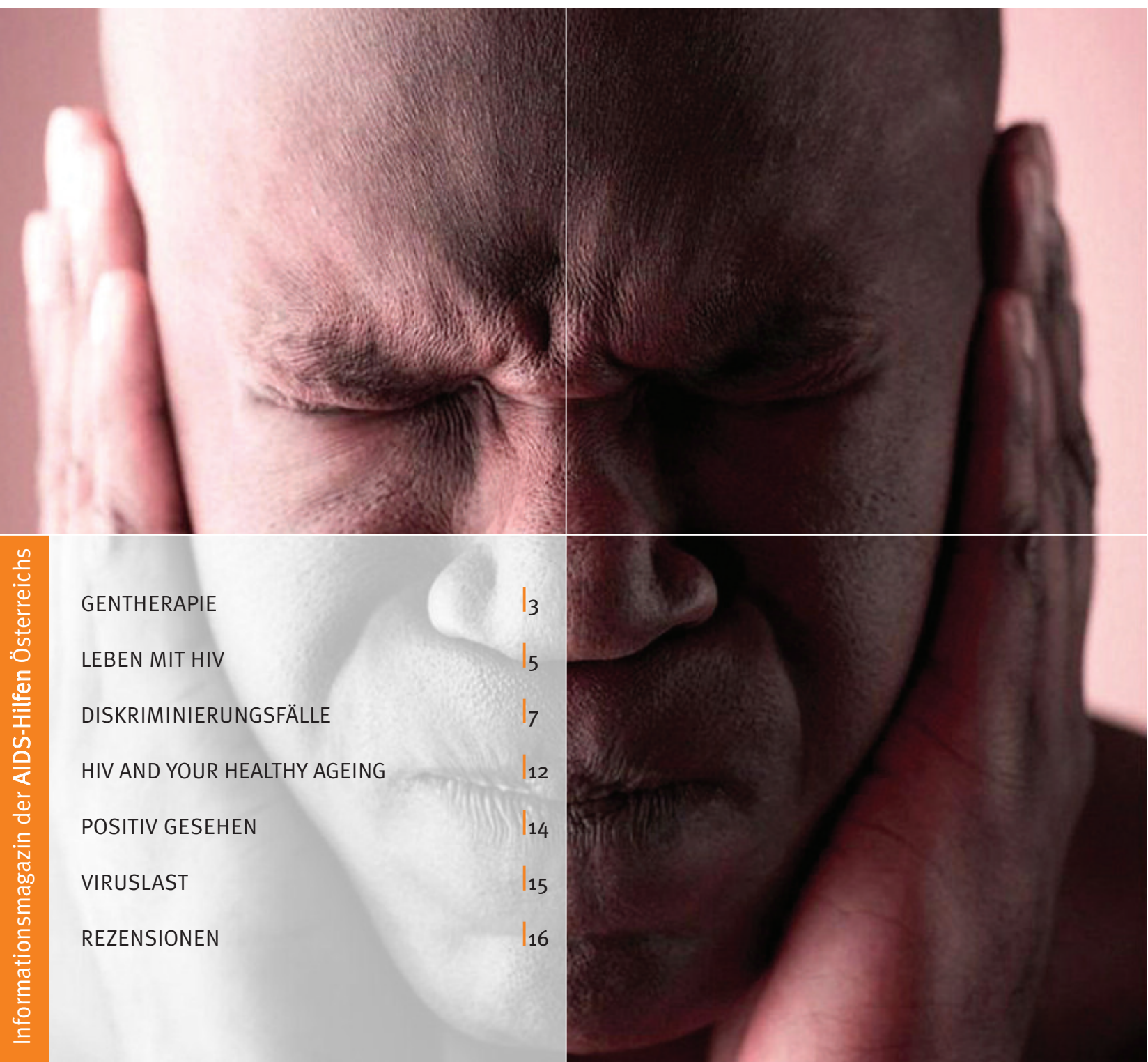


PLUS MINUS



GENTHERAPIE	3
LEBEN MIT HIV	5
DISKRIMINIERUNGSFÄLLE	7
HIV AND YOUR HEALTHY AGEING	12
POSITIV GESEHEN	14
VIRUSLAST	15
REZENSIONEN	16

Die AIDS-Hilfen Österreichs

www.aidshilfen.at

Bei aller Vielfalt einem gemeinsamen Ziel verpflichtet. Verhinderung von Neuinfektionen, Reduzierung der Neuerkrankungen, Weiterbau eines von Solidarität und Toleranz geprägten Klimas für die Betroffenen.



Aids Hilfe Wien · Aids Hilfe Haus · Mariahilfer Gürtel 4 · A-1060 Wien
Tel.: 01/59937 · Fax: 01/59937-16 · E-Mail: wien@aids.at
Spendenkonto: 240 115 606 00 · (Bank Austria 12 000)



Aidshilfe Salzburg · Linzer Bundesstraße 10 · A-5020 Salzburg
Tel.: 0662/88 14 88 · Fax: 0662/88 14 88-3
E-Mail: salzburg@aidshilfen.at · Spendenkonto: 02 025 666 (Raika 35 200)



aidsHilfe Kärnten · Bahnhofstr. 22/ 1 · A-9020 Klagenfurt
Tel.: 0463/55 128 · Fax: 0463/51 64 92
E-Mail: kaernten@hiv.at · Spendenkonto: 92 011 911 (PSK 60 000)



AIDSHILFE OBERÖSTERREICH · Blütenstraße 15/2 · A-4040 Linz
Tel.: 0732/21 70 · Fax: 0732/21 70-20
E-Mail: office@aidshilfe-ooe.at · Spendenkonto: 01 002 161 83
(Hypobank 54 000)



AIDS-Hilfe Steiermark · Schmiedgasse 38/ 1 · A-8010 Graz
Tel.: 0316/81 50 50 · Fax: 0316/81 50 506
E-Mail: steirische@aids-hilfe.at · Spendenkonto: 92 011 856 (PSK 60 000)



AIDS-Hilfe Tirol · Kaiser-Josef-Straße 13 · A-6020 Innsbruck
Tel.: 0512/56 36 21 · Fax: 0512/56 36 219
E-Mail: tirol@aidshilfen.at · Spendenkonto: 03 893 060 800 (BA 12000)



AIDS-Hilfe Vorarlberg · Kaspar-Hagen-Straße 5/1 · A-6900 Bregenz
Tel.: 05574/46526 · Fax: 05574/46 526-20
E-Mail: contact@aidshilfe-vorarlberg.at · Spendenkonto: 10 193 263 114
(Hypobank 58 000)

Servicestellen der AIDS-Hilfen Österreichs

Redaktionsbüro Aidshilfe Salzburg:

Linzer Bundesstraße 10 · A-5020 Salzburg
Tel.: 0662/88 14 88 · Fax: 0662/88 14 88-3
E-Mail: plusminus@aidshilfen.at

Medienservice Aids Hilfe Wien:

Aids Hilfe Haus, Mariahilfer Gürtel 4
A-1060 Wien · Tel.: 01/595 37 11-81
Fax: 01/595 37 11-17
E-Mail: wien@aids.at

Impressum:

Medieninhaber und Herausgeber:
Die AIDS-Hilfen Österreichs

Redaktion: Willi Maier, Aidshilfe Salzburg,
Linzer Bundesstr. 10, A-5020 Salzburg,
Tel.: 0662/ 88 14 88, Fax: 0662/ 88 14 88-3,
E-Mail: plusminus@aidshilfen.at

Redaktionsbeirat (verantwortlich für den Inhalt):
Dr. Lydia Domoradzki, AIDS-Hilfe Tirol
Dr. Lola Fleck, AIDS-Hilfe Steiermark
Dr. Renate Fleisch, AIDS-Hilfe Vorarlberg
DDr. Elisabeth Müllner, AIDSHILFE OBER-
ÖSTERREICH
Dr. Günther Nagele, aidsHilfe Kärnten
Philipp Dimberger, MSc., Aids Hilfe Wien
DSA Maritta Teufel-Bruckbauer, MAS, Aidshilfe
Salzburg

Beiträge von: MMag.^a (FH) Sepideh Hassani,
Mag.^a Birgit Leichsenring und Willi Maier.

Grafik: Jetzt neu! · **Druck:** Klampfer Druck
Auflage: 8.000 · gedruckt auf Recyclingpapier
Erscheinungsweise: vierteljährlich

PlusMinus ist das Informationsmagazin der AIDS-Hilfen Österreichs. Es richtet sich an alle, die das Thema HIV und AIDS interessiert oder berührt, an Krankenhäuser, ÄrztInnen, Pflegeeinrichtungen, soziale Institutionen, engagierte Privatpersonen – vor allem aber an diejenigen Frauen und Männer, die unmittelbar davon betroffen sind. Praktische und wissenschaftliche Aspekte der HIV/AIDS-Prävention, Neues aus Wissenschaft und Forschung, Aktuelles zur Kombinations-therapie, politische, soziale und gesellschaftliche Fragestellungen zu HIV, AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, rechtliche und psychosoziale Aspekte in der Betreuung von Betroffenen, Aktuelles aus den einzelnen AIDS-Hilfen und von internationaler Ebene, Rezension, Daten, Zahlen und Termine sind Inhalt des Magazins. Unsere LeserInnen sind herzlich dazu eingeladen, uns ihre Meinungen, Anregungen und Wünsche in Form von Leserbriefen mitzuteilen. Die Redaktion ist bemüht, so viele und so vielfältige Stimmen wie möglich zu Wort kommen zu lassen, muss sich jedoch im Einzelfall die Entscheidung über den Abdruck vorbehalten.

PlusMinus wird unterstützt von



Editorial

■ Wer offen zugibt HIV-positiv zu sein, muss mit hoher Wahrscheinlichkeit damit rechnen, dass die Mitmenschen mit Ablehnung, irrationalen Ängsten und/oder Verunsicherung reagieren. Früher oder später stehen viele Betroffene vor der kritischen Frage: „Wem kann ich mich wirklich anvertrauen? Und welche Konsequenzen erwarten mich jetzt?“ Obwohl die ÖsterreicherInnen als

durchwegs gut informiert gelten, was zu einem bestimmten Grad der guten Arbeit der AIDS-Hilfen zugerechnet werden kann, scheint die Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit HIV/AIDS nicht abzureißen. Den österreichischen AIDS-Hilfen ist es daher ein Anliegen, diese Diskriminierungen, unter denen viele HIV-Positive zu leiden haben, sichtbar zu machen. Aus diesem Grund

ist in dieser Ausgabe des PlusMinus ein ausführlicher Artikel zu Diskriminierungen von Menschen mit HIV/AIDS abgedruckt und auch die Rubrik „Positiv gesehen“ behandelt dieses Thema.

Zudem soll künftig eine vollständige Dokumentation aller Fälle, die an die AIDS-Hilfen herangetragen werden, veröffentlicht werden.

Wie funktioniert Gentherapie und was hat HIV damit zu tun?

Von Mag.^a Birgit Leichsenring, med. Info/Doku der AIDS-Hilfen Österreichs seit 2007

WAS IST GENTHERAPIE?

Die gesamte Basis des Menschen – also z.B. welche Funktionen Organe und Zellen haben oder wie die Person aussieht – ist in Form einer sogenannten DNA als Erbinformation gespeichert. Jede einzelne Zelle des Körpers hat einen Zellkern, in dem diese Erbinformation vorliegt. Ein Gen ist dabei ein bestimmter Abschnitt der DNA und ist für jeweils eine spezielle Information zuständig.

Gentherapie ist das Einfügen neuer Gene in die Zellen einer Person, um dadurch einen therapeutischen Effekt zu erzielen. Die Idee basiert darauf, dass es Erkrankungen gibt, die durch einen Fehler in einzelnen Genen entstehen. Würde man also ein defektes Gen durch ein funktionierendes ersetzen, könnte man langfristig solche Erkrankungen therapieren oder heilen. Mittlerweile wird diese Grundidee

sogar noch erweitert. Nicht nur defekte Gene sollen ersetzt, sondern unter Umständen auch neue zusätzliche Gene in Zellen eingebracht werden, deren Funktion dann PatientInnen bei bestimmten Erkrankungen helfen könnte.

WAS HAT HIV MIT GENTHERAPIE ZU TUN?

HIV hat mit der prinzipiellen Idee der Gentherapie gar nicht viel zu tun, sondern kommt erst bei der konkreten Umsetzung ins Spiel. Die neuen Gene müssen ja irgendwie in die Zellen der PatientInnen transportiert werden, damit sie hier ihre Wirkung erzielen können. Es gibt dazu diverse Wege, die eleganteste Methode ist jedoch, sich natürlich vorkommende Systeme zu Nutze zu machen. Und so haben sich HI-Viren als mögliche Transportvehikel bewährt. HI-Viren infizieren selbständig menschliche

Zellen und bauen die mitgebrachte Erbinformation in die DNA der Zelle ein. Sie tun also von sich aus genau das, was für eine Gentherapie notwendig ist. Selbstverständlich werden dabei keine realen HI-Viren verwendet. Bildlich gesehen werden die Viren entleert und enthalten dann nur noch das neue Gen für die Gentherapie. Es kommt also auf keinen Fall zu einer Vermehrung der Viren bzw. zu einer HIV-Infektion, da alle HIV-spezifischen Merkmale vorher entfernt wurden.

Beispiel 1:

HIV als Gentherapie gegen Krebs
Ende 2012 ging die Schlagzeile „Mit HIV Krebs geheilt“ durch die Medien. In diesem Fall handelte es sich um ein Mädchen namens Emily aus den USA, das an einer akuten lymphatischen Leukämie litt, einer seltenen Krebsart. Bei dieser Erkrankung können



durch die massive Vermehrung der Krebszellen andere Zellen nicht mehr ausreichend vom Körper gebildet werden und es kommt zu einer schweren Beeinträchtigung des Immunsystems. Der Körper selber kann gegen die Krebszellen nicht ankämpfen, da sie von den dafür zuständigen Zellen des Immunsystems schlicht nicht erkannt werden.

Auch hier gibt es die Idee, HIV für eine Gentherapie zweckzuentfremden. Denn passenderweise infizieren HI-Viren bei einer HIV-Infektion genau die Zellen des Immunsystems, welche bei Emily die Krebszellen nicht erkennen können. Es wurde daher ein HI-Virus als Transportsystem umfunktioniert und mit einem neuen Gen bestückt. Damit wurden Emilys Zellen infiziert, wodurch sie anschließend durch das neue Gen die Krebszellen erkennen können. Sie ist damit erst die zwölfte Person weltweit, die so eine Therapie erhielt. Nach anfänglichen schweren Nebenwirkungen scheint es funktioniert zu haben und Emilys gentherapeutisch veränderte Immunzellen können nun gegen den Krebs angehen.

Beispiel 2: Gentherapie gegen HIV

Man kann nun aber auch die Idee der Gentherapie umdrehen. Also nicht nur HIV als Werkzeug in der Gentherapie einsetzen, sondern auch eine solche gegen eine HIV-Infektion selber. Hier gibt es seit einiger Zeit sehr spannende Ansätze.

Eine Idee beruht beispielsweise darauf, dass (die meisten) HI-Viren auf der Oberfläche der Zellen die sie infizieren, zwei spezielle Strukturen



brauchen: den CD4- und den CCR5-Rezeptor. Da es Menschen gibt, denen CCR5 fehlt (ohne gesundheitlichen Nachteil), liegt es nahe, den Rezeptor künstlich zu entfernen und so die Zellen quasi immun gegen HIV zu machen. Im berühmten Fall des *Berliner Patienten* (siehe PlusMinus 01/2009) ist eben dies geglückt. Mit Hilfe einer Gentherapie könnte in die CD4-Zellen von HIV-positiven PatientInnen ein neues Gen eingebracht werden, welches verhindert, dass CCR5 auf der Zelloberfläche erscheint. Damit könnten diese Zellen nicht mehr infiziert und so das Im-

munsystem langfristig wieder aufgebaut werden.

Aber...

Noch ist die Gentherapie ein sehr junges Forschungsgebiet und weit vom medizinischen Alltag entfernt. Es gibt noch viele medizinische und technische Hürden und auch die ethische Frage darf nicht außer Acht gelassen werden. Aber sie bietet sehr innovative Möglichkeiten und vermutlich wird sie in Zukunft eine große Rolle spielen bzw. bei manchen Erkrankungen eine realistische Option darstellen.

„HIV hat mir gezeigt, wie schnell sich das Leben ändern kann“

Von Willi Maier*

■ Der medizinische Fortschritt in der Behandlung von HIV/AIDS kann ohne Übertreibung als bahnbrechend bezeichnet werden. Die Diagnose HIV kam früher einem Todesurteil gleich, doch die Zugewinne an naturwissenschaftlich fundiertem Wissen in den letzten zwei Jahrzehnten waren enorm und die meisten davon kommen direkt der Patientin/dem Patienten zugute. Die erste wirksame Tablette gegen HIV/AIDS wurde 1987 zugelassen. Der Durchbruch gelang allerdings erst Mitte der 90-er Jahre, als die antiretrovirale Kombinationstherapie auf dem 11. Internationalen AIDS-Kongress in Vancouver vorgestellt worden ist.

Heute stehen Menschen mit HIV circa 30 unterschiedliche Präparate zur Verfügung, die miteinander kombiniert werden können. Deshalb leben Betroffene zurzeit, da durch die ständig optimierten Medikamente die Viruslast im Körper so gut wie vollständig unterdrückt werden kann, fast so lange wie HIV-negative Menschen. Sie sind bei funktionierender Therapie kaum noch ansteckend, was gleichzeitig die Ausbreitung des HI-Virus hemmt.

Das tägliche Leben einer HIV-Patientin/eines HIV-Patienten verläuft sehr unterschiedlich. Einige müssen mehr als zehn Tabletten pro Tag einnehmen, andere dagegen nur wenige. Und einige leiden an ernstesten Nebenwirkungen, während bei anderen fast gar keine vorkommen. In jedem Fall ist es sehr wichtig, dass die/der Betroffene die Medikamente sehr gewissenhaft einnimmt und sich strikt an den notwendigen Zeitplan hält (Adhärenz), um so weit wie möglich zu verhindern, dass das Virus gegen die Medikamen-



te resistent wird. Die Mehrheit der HIV-Infizierten in Österreich ist voll leistungsfähig, circa zwei Drittel gehen einer geregelten Arbeit nach bzw. befinden sich in einer Ausbildung. Nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts ist rund ein Drittel aller HIV-Infizierten in Deutschland über 50 Jahre alt, während vor 20 Jahren noch kaum jemand dieses Alter erreicht hat. Naturgemäß gibt es auch Schattenseiten; wer das Virus jahrzehntelang in sich trägt und um die 60 Jahre alt ist, muss zwangsläufig mit Komplikationen rechnen. Das Schlaganfall- und Herzinfarktrisiko ist höher, ebenso das Vorkommen von Leber- bzw. Nierenschäden. Dies führte auch dazu, dass sich die Beratungstätigkeit der AIDS-Hilfen ver-

ändert hat. Früher stand das Überleben im Fokus der Aufmerksamkeit, heutzutage ist die Frage zentral: Wie kann ich das Älterwerden möglichst positiv gestalten?

TREFFEN DER GENERATIONEN

Es ist klar, dass es einen großen Unterschied ausmacht, zu welchem Zeitpunkt sich jemand mit HIV infiziert hat. Aus diesem Grund hat Willi Maier, Redakteur der Aidshilfe Salzburg, ein Gespräch mit zwei Betroffenen, Ferdinand und Thomas, geführt, die circa im gleichen Alter, aber in einem großen zeitlichen Abstand positiv getestet worden sind.

PlusMinus: Wie habt ihr von eurer HIV-Infektion erfahren?

Ferdinand: Anfang der 90-er Jahre kam ich aufgrund einer schweren Erkrankung, die höchstwahrscheinlich nichts mit HIV zu tun gehabt hat, ins Krankenhaus. Dort wurde im Rahmen der normalen Untersuchungen auch ein HIV-Test gemacht. Das Ergebnis des Tests war positiv, aber ich lag ja auf der Intensivstation und hatte mit anderen Problemen schwer zu kämpfen.

Thomas: Bei mir war das nicht so dramatisch, aber trotzdem ähnlich. Ich bin krank geworden, hatte hohes Fieber wie bei einer Grippe. Mein Hausarzt konnte die Symptome nicht mildern und es ist immer schlimmer geworden. So etwas hatte ich in meinem ganzen Leben noch nicht erlebt. Ich lag dann noch eine Woche flach, während der Hausarzt mein Blut untersuchen ließ. Ohne Ergebnis. Als ich dann ins Krankenhaus kam, ging alles ziemlich schnell. Ich bekam die

*Willi Maier, seit 2009
Redakteur der Aidshilfe
Salzburg.

Diagnose HIV-positiv und gleichzeitig die Medikamente, damit ich unter die Nachweisgrenze komme.

Ferdinand: Davon hätte ich nicht einmal träumen können. Der Arzt, der mir meine Diagnose mitteilte, sagte zu mir: „Zwei Jahre haben Sie noch, dann ist es vorbei.“ Zu meiner Zeit gab es im Grunde nur ein einziges Medikament. Das war aber nur ein Hinauszögern des Todes, nicht mehr. Wenn dieses Präparat bei mir nicht angeschlagen hätte, dann wäre den Ärzten nur übrig geblieben, die Symptome zu bekämpfen.

PlusMinus: *Ihr habt doch sicherlich auch die Nebenwirkungen der Therapie gespürt.*

Ferdinand: Ich habe den Beipackzettel mit den zu erwartenden oder möglichen Nebenwirkungen von vorneher ein beiseite gelegt, weil es ja sowieso keine Alternative gab. Die Nebenwirkungen habe ich dann natürlich trotzdem abgekomen. Es war furchtbar: Durchfall, Lähmungserscheinungen, schreckliche Alpträume; eigentlich die ganze Palette.

Thomas: Ich hatte anfangs Magenprobleme und seltsame Veränderungen im Geschmackssinn. Das musste ich eine Zeit lang ertragen. Jetzt geht es besser, aber ich weiß nicht, ob ich die Medikamente besser vertrage oder ob die Abstimmung dazu geführt hat oder ob es ganz andere Gründe hat.

Ferdinand: Mit der antiretroviralen Kombinationstherapie haben sich meine Werte nicht wirklich verbessert. Erst Jahre später hat sich mein Gesundheitszustand normalisiert.

Durch die vielen Medikamente, die ich jahrelang einnehmen musste, haben sich enorm viele Resistenzen gebildet. Das bedeutet, dass Virusstämme immun gegen bestimmte Präparate werden – mit der Folge, dass die Medikamente bei einigen PatientInnen keine Wirkung mehr zeigen. Daher bin ich erst seit fünf Jahren unterhalb der Nachweisgrenze.

PlusMinus: *Kannst du uns kurz den allgemeinen Zeitgeist von damals näherbringen. Ich bin mir sicher, dass auch Thomas nicht allzu viel darüber weiß?*

Ferdinand: Alle waren durch die Bank schlecht aufgeklärt damals. Viele dachten HIV wird schon beim Händeschütteln oder auf der Toilette übertragen. Diskriminierungen und Stigmatisierungen waren an der Tagesordnung. Auf der anderen Seite gab es viele, die HIV/AIDS leugneten bzw. ignorierten und einfach so weiter lebten, wie es ihnen in den Kram passte. Sie lebten im Hier und Jetzt, da ohnehin keine vielversprechende Zukunft in Aussicht war. Man darf nicht vergessen, dass die Lebenserwartung eines HIV-Infizierten sehr, sehr kurz war. Zudem gab es keinerlei psychologische Unterstützung für Betroffene. Hatte jemand zum Beispiel Depressionen, bekam er lediglich einige Tabletten verschrieben. Ob die sich wiederum mit der Therapie vertrugen, war sekundär.

PlusMinus: *Wann habt ihr euch zum ersten Mal an die AIDS-Hilfe gewandt?*

Thomas: Ich habe im Krankenhaus einen Folder und somit auch die Kon-

taktdaten der AIDS-Hilfe bekommen. Ich habe aber lange gebraucht, bis ich diesen Schritt gewagt habe. Als ich mich dann überwinden konnte, habe ich einiges an Lektüre und Informationen bekommen. Der persönliche Kontakt war für mich auch sehr wichtig. Ich habe mich nach kurzem hin und her einer Betroffenengruppe angeschlossen, von der ich sehr profitiert habe. Zeitgleich hatte ich auch mein Coming-out. HIV hat mir gezeigt, wie schnell sich das Leben ändern kann. Darauf habe ich reagieren müssen. In der Gruppe waren zum Glück auch einige in meinem Alter, was mir damals sehr wichtig war, weil ich glaubte, dass die meine Probleme besser verstehen können. Dort habe ich auch zum ersten Mal erfahren, wie es früher zugeht. Die Ärzte im Krankenhaus hatten mir immer nur gesagt, dass früher alles schlimmer war.

Ferdinand: Ich habe aufgrund einer Diskriminierung die Hilfe der AIDS-Hilfe in Anspruch genommen. Ich hatte damals meinen Arbeitsplatz verloren. Aber da war nicht mehr viel zu machen und ich musste mich umorientieren, was auf lange Sicht ganz gut geklappt hat.

Thomas: Zum Glück hat HIV keine negativen Auswirkungen auf meine Arbeit gehabt. Ich war am Anfang ungefähr einen Monat abwesend. Mein Arbeitgeber hat daraus keine Schlussfolgerungen ziehen können, da ich vorher und danach so gut wie nie im Krankenstand war. Deshalb ist das nicht sonderlich aufgefallen, weil jeder mal krank ist.

PlusMinus: *Vielen Dank für das Gespräch und für eure Offenheit.*

Diskriminierung im Alltag – die alltägliche Diskriminierung

Von Sepideh Hassani und Willi Maier*



■ Österreichweit leben derzeit schätzungsweise 10.400 Menschen mit HIV.¹ Die wissenschaftlichen Entwicklungen sowie die verbesserten Therapiemöglichkeiten erhöhen die Lebenserwartung und Lebensqualität von Menschen mit HIV/AIDS. Trotz Aufklärungsarbeit und Engagement durch Initiativen wird weiterhin von PLHIV² überlebte Stigmatisierungen und Diskriminierung berichtet. Dabei kommt

es in unterschiedlichen Lebensbereichen zu Ungleichbehandlungen und Diffamierungen (z.B. bei der Arbeitssuche, im Gesundheitskontext, hinsichtlich des Datenschutzes, im Privatleben, etc.). Unter Diskriminierung versteht man eine Ungleichbehandlung bestimmter Menschen bzw. Gruppen aufgrund ihrer individuellen oder gruppenspezifischen Merkmale. Der wesentliche

Aspekt liegt in der Tatsache, dass diese Merkmale keine sachlich argumentierbare Basis bieten. Das benachteiligende Verhalten kann also nicht rational erklärt werden, da eine Diskriminierung stets auf einer durch und durch subjektiven Überzeugung fußt. Damit eine Handlung eine Diskriminierung darstellt, muss sie sich auf ein unrechtmäßiges Merkmal beziehen, beispielsweise die ethnische

* MMag.^o (FH) Sepideh Hassani, seit 2012 Präventionsmitarbeiterin der Aids-Hilfe Wien, und Willi Maier, seit 2009 Redakteur der Aidshilfe Salzburg.

1) Ludwig Boltzmann Institut – Health Technology Assessment (2012): HIV Testung an der Allgemeinbevölkerung. Internationale Empfehlungen und reale Risiken für HIV-Infektionen für Gesundheitsberufe. Wien. S 9f.

2) People living with HIV



Herkunft, eine Religion, das Geschlecht, das Alter, eine Behinderung, eine Erkrankung usw.

Bevor und im Zuge einer Diskriminierung finden immer wieder Kategorisierungen und Zuschreibungen statt, die zu Ein- und Ausschluss von Menschen führen. Daher handelt es sich bei Diskriminierung nicht um einen statischen Vorgang, sondern vielmehr einen vielschichtigen Prozess. In einer weißen, heteronormativen Gesellschaft sind Sexismus, Homo- und Transphobie, Rassismus und Klassismus historisch und somit strukturell verankert. Für Menschen mit HIV kann dies bedeuten, dass sie auf unterschiedlichen Ebenen Ungleichbehandlung erleben oder sie aufgrund der gleich-

zeitigen (scheinbaren) Zugehörigkeit zu mehreren Gruppen sich überschneidende Formen von Diskriminierung erfahren.

Diese Ausgrenzung und Ungleichbehandlung beziehungsweise der Glaube und das Wissen um mögliche Diskriminierungen beeinflussen zudem die Gesundheit von Menschen. Die Literatur³ sowie die praktische Arbeit in den AIDS-Hilfen zeigen, dass in diesem Zusammenhang Prävention gehemmt und der Zugang zu einer Testung auf HIV erschwert werden kann. Aus diesem Grund wollen die AIDS-Hilfen in ihrer Arbeit auf diese Problematiken hinweisen. Sie bieten einerseits individuelle Beratungen an und andererseits versuchen sie auf gesell-

schaftlicher und politischer Ebene Veränderungen voranzutreiben.

DAS LEIDIGE THEMA ZAHNARZTBESUCH

Eine offene und professionelle Basis bei der Zahnbehandlung ist sowohl für HIV-positive Patient_innen als auch für Zahnärzt_innen wichtig. Für Letzere gibt sie die Sicherheit einer risikofreien Behandlung und für Menschen mit HIV/AIDS bietet die regelmäßige zahnmedizinische Untersuchung zusätzliche Ansätze zur Erhaltung der individuellen Gesundheit. Viele Menschen wissen gar nicht, dass sie eine HIV-, Hepatitis C- oder andere übertragbare Infektion haben. Für Ärzt_innen gilt jedoch grundsätz-

lich die gleiche Einhaltung der Hygienrichtlinien bei allen ZahnarztpatientInnen. Vor diesem Hintergrund stellen weder die Cross Infektion von Patient_in zu Patient_in, noch die Transmission zu Mitarbeiter_innen der Zahnarztpraxis ein Risiko dar. Prinzipiell ist jede/r Patient_in als potenziell infektiös zu betrachten. Daher werden alle Medizinprodukte und Geräte zwischen den Patient_innen so aufbereitet, dass eine Weitergabe von Infektionen mit Sicherheit auszuschließen ist. Die regulär in der Praxis angewendeten Hygienemaßnahmen stellen generell ausreichenden Schutz vor einer HIV-Transmission dar. Mitarbeiter_innen

in der Zahnarztpraxis sind keinem Transmissionsrisiko ausgesetzt, sofern sie die allgemein vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen einhalten.

Im Folgenden listen wir einige Erfahrungsberichte auf, die uns von Betroffenen zugetragen wurden. Dies ist allerdings nur eine Auswahl. Eine eigens eingerichtete Dokumentationsstelle für HIV-spezifische Diskriminierung bietet in Zukunft die Möglichkeit einzelne Erfahrungen zu melden (antidiskriminierung@aids.at). Diese Dokumentation ist eine Voraussetzung um in Zukunft weitere Schritte gegen Diskriminierung zu tätigen (siehe Infobox).

ERFAHRUNGSBERICHTE

A) Herr M. wird im Mai 2012, nachdem er auf dem Behandlungsstuhl in einem Zahnambulatorium Platz genommen hatte, wieder weggeschickt. Ausschlaggebend dafür ist die Frage, um welche Medikamente es sich handelt, die er auf dem zuvor ausgefüllten Fragebogen vermerkt hatte. Nachdem er angibt, dass das Medikament der HIV-Behandlung dienen, wird er für 3 Stunden weggeschickt, um dann als letzter Patient behandelt zu werden. Zusätzlich wird er aufgefordert, beim nächsten Besuch bei der Anmeldung,

3) UNAIDS (2009):
HIV-related stigma and
discrimination.
A summary of recent
literature



DISKRIMINIERUNG MELDEN!
Sie wurden diskriminiert, weil Sie HIV positiv sind? Helfen Sie uns aktiv zu werden!
Wir sammeln Diskriminierungsfälle und möchten diese in einem Bericht veröffentlichen.
Diese sachlichen Darstellungen sollen helfen die Rahmenbedingungen, in denen Ausgrenzung und Diskriminierung von Menschen mit HIV/AIDS stattfinden, zu ändern.
Selbstverständlich bleiben Sie anonym!

antidiskriminierung
@aids.at

d. h. vor allen anderen Wartenden mitzuteilen, dass er HIV positiv ist. Herr M. fühlt sich durch zwei Vorgangsweisen diskriminiert. Zum einen die Praxis, Patient_innen mit HIV an den Schluss zu reihen, welche nicht gerechtfertigt ist. Zum anderen durch die Aufforderung, zukünftig vor allen anderen Wartenden den HIV-Status bekanntzugeben. Herr M. wendet sich an die Patient_innen-Anwaltschaft, welche auch interveniert. Als Ergebnis wurden die Angestellten des Ambulatoriums auf die Infektionswege aufmerksam gemacht und die AIDS-Hilfe konnte bei der nächsten Aussendung der Zahnärzt_innenkammer ein Informationsblatt beilegen.

B) Immer wieder kommt es vor, dass bei HIV-positiven werdenden Müttern im Mutter-Kind-Pass das HIV-Testergebnis eingetragen wird, obwohl nur die Information, dass der Test

durchgeführt wurde, gesetzlich vorgesehen ist. Entgegen der Aufforderung des Gesundheitsministeriums und der Information der Ärzt_innenkammer, den Eintrag des Testergebnisses zu unterlassen, halten sich viele Ärzt_innen nicht an die gesetzlichen Vorschriften. Dies stellt eine erhebliche Diskriminierung für die Frauen und ihre Kinder dar.

C) Physiotherapie: viele Klient_innen, unabhängig von Geschlecht, Alter oder Herkunft berichten von dieser Erfahrung. Der beschriebene Fall steht somit symbolisch für viele weitere Diskriminierungsvorfälle.

Frau L. ist 55 Jahre alt, leidet an Handgelenksschmerzen. Aus diesem Grund hat sie eine Physiotherapie begonnen. In der Ambulanz musste sie die Behandlung zum Teil selbst vornehmen („Knöpfe“ an der Haut

anbringen) weil sich der Physiotherapeut geweigert hatte, sie zu berühren. Alles was von ihr berührt worden ist, wurde anschließend desinfiziert.

D) Herr B. ist Drittstaatsangehöriger und hat in Österreich ein Studium abgeschlossen. Er bewirbt sich bei einem Unternehmen. Sämtliche Bewerbungsschritte wurden erfolgreich absolviert. Der letzte Schritt vor Unterzeichnung des Arbeitsvertrages ist eine betriebsärztliche Untersuchung. Bei dieser wird unter anderem auch ein HIV-Test durchgeführt. Herr B. wird von den Mitarbeiter_innen der AIDS-Hilfe über seine Rechte informiert. Er entscheidet sich für eine Offenlegung des positiven HIV-Status.

Herr B. teilt in den darauf folgenden Tagen der AIDS-Hilfe mit, dass er aufgrund der Offenlegung den Gesundheitscheck nicht bestanden hat.

Er erhält die Nachricht, dass es für ihn nicht möglich sein wird, im Gesundheitsbereich tätig zu sein. Für Herr B. bedeutet eine Jobabsage, dass gleichzeitig sein Visum nicht verlängert werden kann und er Österreich verlassen muss.

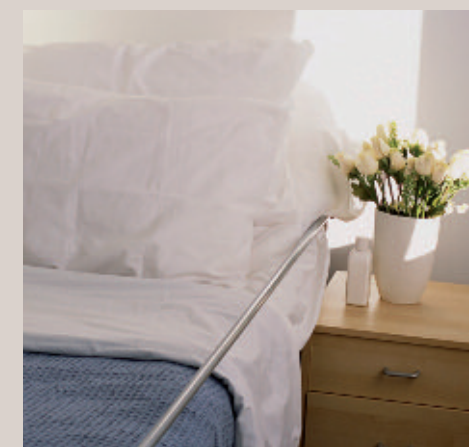
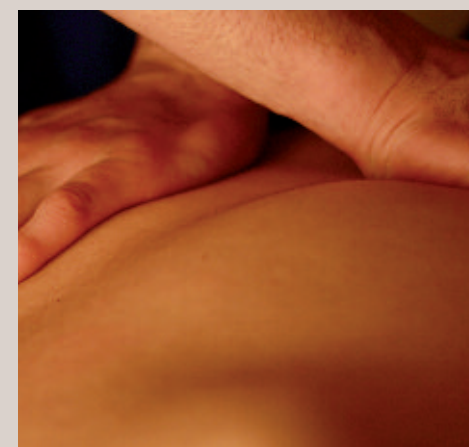
E) Frau M. ist aufgrund einer Gürtelrose im Landeskrankenhaus. Ein junger Arzt interessierte sich sehr für ihre HIV-Erkrankung und stellt viele Fragen. Anfangs sagt M. noch nichts, obwohl es sie doch sehr gestört hat. Einige Tage später erfährt sie von einem Problem bei ihr zu Hause. Darum fragt sie, ob sie das Krankenhaus frühzeitig verlassen könnte. Der Arzt hat dann zu ihr gesagt: „Sie haben HIV und müssen deshalb sehr vorsichtig sein. Eigentlich sollten sie hier bleiben, bis alles ausgeheilt ist“. Alle Anwesenden im Zimmer hatten das gehört und wussten nun über

ihren HIV-Status Bescheid. Als der Arzt das Zimmer wieder verlassen hatte, folgte ihm M. und wies ihn auf seine unprofessionelle Mitteilung hin. Der Arzt wollte ihr daraufhin ein neues Zimmer geben, was M. aber ablehnte, da der Schaden schon angerichtet war. Sie verlangte eine Entschuldigung vor allen anderen Patient_innen im Krankenzimmer.

F) Frau H. ist 43 Jahre alt. Sie hat immer wieder psychische Probleme und Ängste auf Grund ihrer HIV-Infektion. Wegen eines Bandscheibenvorfalles besucht Frau H. eine Kur.

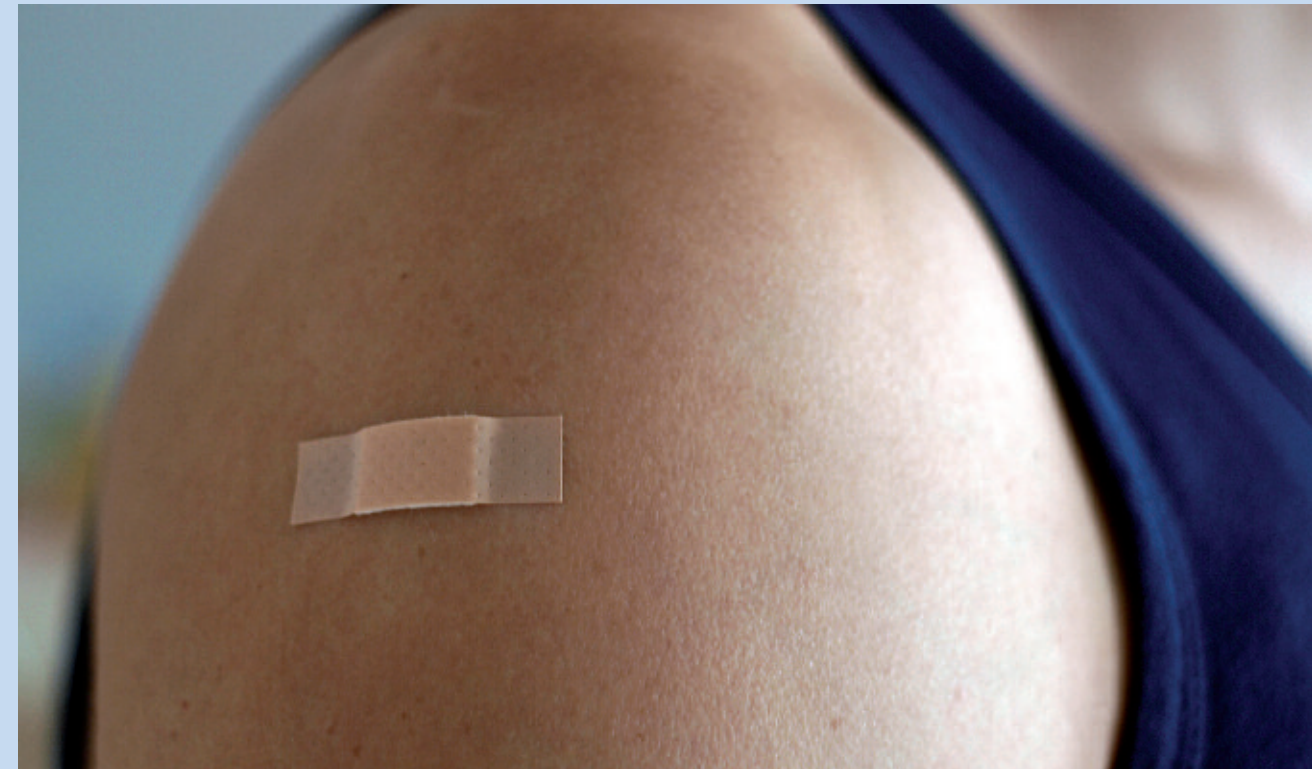
Bei der Erstuntersuchung teilt sie mit, dass sie mit HIV lebt. Die zuständige Ärztin in der Kuranstalt meinte zuerst, dass dies kein Problem darstellen würde. Am nächsten Tag teilt die Ärztin Frau H. mit, dass sie als Ärztin alle Therapeut_innen der Kuranstalt

im Vorfeld schriftlich informieren muss. Außerdem müsse auf jedem Therapieplan vermerkt sein, dass sie HIV-positiv ist. Sollte Frau H. eine Verletzung haben, dann müsse „aufgepasst“ werden, denn dann müsste die Massage mit Handschuhen durchgeführt werden. Die Ärztin informiert sämtliches Personal der Kuranstalt über den HIV-Status von Frau H. Auch eine eigene Reinigungskraft wurde Frau H. zugewiesen, welches dann gemeint hat, dass von nun an nur sie für das Zimmer zuständig ist, um sicher zu sein, dass nicht „herumgeredet wird.“ Entsetzt über die übertriebene Panik und unmenschliche Behandlung bricht Frau H. ihren Kuraufenthalt ab. Der Frau ging es nach diesem Vorfall psychisch sehr schlecht, sie war zutiefst erschüttert über das missbrauchte Vertrauen, dass sie der Ärztin entgegen gebracht hat.



HIV and Your Healthy Ageing

Von Mag^a. Birgit Leichsenring*



*Mag^a. Birgit Leichsenring,
med. Info/Doku der AIDS-
Hilfen Österreichs
seit 2007.

Die aktuellen
österreichischen
Impfempfehlungen
finden Sie z.B. unter
www.bmg.gv.at

■ Mit dem Titel „HIV and Your Body“ läuft seit mehreren Jahren ein internationales Informationsprogramm, in welches auch die AIDS-Hilfen Österreichs involviert sind. Ziel ist es, HIV-positive Menschen über diverse Themenbereiche zu informieren und dadurch zu motivieren, sich aktiv mit der eigenen Gesundheit auseinander zu setzen. Nach den bisherigen Themen Leber, Niere, Knochen, Herz-Kreislauf-erkrankungen und Lipodystrophie (PlusMinus 03/2009), Zentrales Nervensystem, Kognition und periphere Neuropathien (PlusMinus 02/2011) sowie sexuelle Dysfunktionen, Empfängnis und Schwangerschaft (PlusMinus 01/2012) geht das Programm nun in eine weitere Runde. Dieses Jahr widmet es sich unter dem Titel „HIV and Your Healthy Ageing“ unter

anderem den Themen Impfungen für Menschen mit HIV/AIDS und der Lunge. Der folgende Artikel soll die diesbezüglichen Inhalte kurz zusammenfassen.

IMPFUNGEN FÜR MENSCHEN MIT HIV/AIDS

Impfungen allgemein

Ein Impfstoff regt die Immunabwehr gegen einen speziellen Erreger an, wodurch langlebige Gedächtniszellen gebildet werden. Kommt es dann irgendwann zu einem Kontakt mit dem Erreger gegen den geimpft wurde, ist das Immunsystem bereits vorbereitet und kann die Erkrankung von Beginn an verhindern.

Es gibt zwei Arten von Impfstoffen: Totimpfstoffe bestehen aus abgetöte-

ten Krankheitserregern bzw. Bruchstücken des Erregers. Diese inaktivierten Bakterien oder Viren fungieren dann als Impfstoff, führen aber natürlich zu keiner Erkrankung mehr. Für die optimale Schutzwirkung sind oft mehrere Dosen und/oder Auffrischungen notwendig. Als zweite Variante gibt es die Lebendimpfstoffe. Hier werden die Bakterien oder Viren so abgeschwächt, dass sie sich noch vermehren, aber keine Erkrankung mehr hervorrufen können. Der Vorteil dieser Lebendimpfstoffe ist, dass sie schneller einen lebenslangen Schutz bieten. Der Nachteil ist, dass sie für Menschen mit einem geschwächten Immunsystem nicht geeignet sind. Daher gilt auch für Menschen mit HIV/AIDS, dass bei einigen Impfungen Vorsicht geboten ist bzw. sie vermieden werden sollten.

Klassische Impfungen sind: Diphtherie, Tetanus, Pertussis (Keuchhusten), Polio (Kinderlähmung), Haemophilus influenzae B (HiB), Masern, Mumps, Röteln, Pneumokokken, Hepatitis A und B, Humanes Papilloma Virus (HPV), Meningokokken, FSME (Zecken), Varizellen (Windpocken) und Influenza. Darüber hinaus gibt es Impfungen für Reisen oder für ganz spezifische Personengruppen. Dazu gehören z.B. Gelbfieber, Typhus, Cholera, Tuberkulose oder Tollwut.

Impfungen und HIV

Für HIV-positive Menschen sind Lebendimpfungen nicht empfohlen bzw. vom Immunstatus abhängig. Liegt die CD4-Zellzahl unter 200/μl, dürfen die Impfungen gegen Windpocken, Masern, Mumps, Röteln und Gelbfieber nicht verabreicht werden. Bei Typhus, Polio und Influenza soll generell der Totimpfstoff verwendet werden. Vorsicht ist auch bei Impfung von Kontaktpersonen von Menschen mit stark eingeschränktem Immunsystem geboten, also z.B. PartnerInnen oder MitbewohnerInnen. Hier sollten die Polioschluckimpfung und die nasale Influenzaimpfung nicht verabreicht werden, um die immungeschwächten PartnerInnen nicht zu gefährden.

Der Impferfolg ist abhängig von der Reaktion des Immunsystems. Es kann daher sein, dass bei HIV-positiven Personen mehrere Impfdosen notwendig sind, da die Anregung des Immunsystems schwächer ausfallen kann. Generell sollte bei einer Impfung die Anzahl der CD4-Zellen über 200/μl liegen. Trotz solcher Einschränkungen gilt auch für HIV-positive

Menschen: Impfungen sind eine essentielle Gesundheitsvorsorge und extrem wichtig. Bei einigen Impfungen gilt für HIV-positive Menschen sogar eine stärkere Empfehlung als für die Allgemeinbevölkerung, wie z.B. bei der Influenza- und Pneumokokken-Impfung.

HIV UND DIE LUNGE

Lunge allgemein

Die Lunge nimmt als Atmungsorgan eine zentrale Rolle ein. Eingeatmete Luft gelangt durch die Luftröhre zur Lunge, wo sie über zwei Verzweigungen (Hauptbronchien) in den rechten und linken Lungenflügel strömt. Diese Hauptbronchien verzweigen sich weiter in immer kleinere Äste, die sogenannten Bronchiolen, die letztlich in einer Sackgasse, den Lungenbläschen (Alveolen), enden. Durch die dünne Aussenschicht der Alveolen geht der lebenswichtige Sauerstoff aus der eingeatmeten Luft ins Blut über und versorgt so den Körper. Umgekehrt wird gleichzeitig aus dem Blut Kohlenstoffdioxid in die Lunge abgegeben, das dann ausgeatmet wird.

COPD

COPD (engl. Chronic Obstructive Pulmonary Disease) steht für „chronische obstruktive Lungenerkrankung“. Obstruktiv bedeutet Verengen oder Verschließen, womit das Hauptsymptom beschrieben wird: COPD ist ein Sammelbegriff für Lungenerkrankungen, die zu einer Art Verschluss der Lunge und somit zu Atemnot führen (z.B. chronische Bronchitis oder Lungenemphysem). Typische Symptome sind Husten, Schleim-

bildung, Lungengeräusche oder keuchendes Atmen.

Ursachen für COPD sind neben dem Zigarettenkonsum (und Passivrauchen) eine (lebensbedingt/beruflich) starke Belastung durch Staub, Luftverschmutzung und Chemikalien oder Drogengebrauch. Ferner spielen höheres Lebensalter, bereits erlebte Lungenentzündungen oder genetische Aspekte eine Rolle. Die Behandlung einer COPD kann mehrere Faktoren beinhalten, z.B. Raucherentwöhnung, die Therapie zusätzlicher Infektionen mit Antibiotika, Gebrauch von Inhalationssprays oder Stärkung der Lunge durch Physiotherapie. Impfungen können langfristig die Lungengesundheit unterstützen.

Lungenkrebs

Bei Lungenkrebs (Bronchialkarzinom) kommt es zu einer Vermehrung von Krebszellen, die sich aus körpereigenen Zellen der Lunge gebildet haben. Lungenkarzinome nehmen generell mit steigendem Alter zu.



Andere Risikofaktoren sind Geschlecht, Ethnie oder bereits durchlebte Lungenkrankungen. Zu den äußerlichen Risikofaktoren gehören neben Zigarettenkonsum (und Passivrauchen) der massive Kontakt mit Radon, Asbest und Chrom sowie generelle Belastungen durch Luftverschmutzung. Je nach Art und vor allem Stadium der Krebskrankung stehen operative Entfernung, Chemotherapie oder Strahlentherapie zur Verfügung. Und auch hier gilt: Impfungen bieten Schutz vor Lungenentzündungen und reduzieren somit das Risiko.

Lungenkrankungen und HIV

Die Lungenkrankungen bei HIV-positiven Menschen haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Vor Einführung der HIV-Therapie waren PCP (Pneumocystis Pneumonie), Tuberkulose und bakterielle Lungenentzündungen schwerwiegende Themen. Mit der HIV-Therapie sind

diese Erscheinungsbilder zurück gegangen und andere treten in den Vordergrund, so etwa COPD und Lungenkrebs.

Diese Lungenkrankungen gehören heutzutage zu den häufigsten Todesursachen weltweit und auch in der HIV-positiven Bevölkerung ist ein starker Anstieg zu beobachten bzw. das Risiko teils höher als in der Gesamtpopulation.

Ein Grund dafür dürfte der statistisch höhere Anteil an RaucherInnen sein: aktives und passives Rauchen ist ein Hauptrisikofaktor für Lungenprobleme. Aber es gibt auch bio-medizinische Ursachen. Es scheint einen Zusammenhang mit dem CD4-Zellwert zu geben und ein eingeschränktes Immunsystem macht die Lunge z.B. anfälliger für krebserregende Faktoren. Zusätzlich scheint die, durch die HIV-Infektion hervorgerufene, stetige Entzündungsreaktion (Immunaktivierung) einen ungünstigen Effekt zu haben. Auch in Bezug auf die Entstehung von Krebserkrankungen ist darum der frühere Beginn einer HIV-Therapie günstig. Ein zusätzlicher Risikofaktor für Lungenkrankungen sind bereits erlebte Lungenentzündungen, welche bei Menschen mit HIV/AIDS durch die Immunschwäche häufiger auftreten. Manche Impfungen (HiB, Pneumokokken, Influenza) unterstützen die Lungengesundheit und können das Risiko daher senken.

Und es gibt noch einen Grund: Lungenkrankungen nehmen mit steigendem Lebensalter zu. Daher erhöht sich einfach das statistische Auftreten solcher Erkrankungen in der HIV-positiven Bevölkerung, da dank HIV-Therapie die Lebenserwartung stark gestiegen ist. Was zunächst negativ klingt, ist also auf der anderen Seite eigentlich ein Erfolg.

Verzweifelt wandte sie sich an ihren Betreuer von der zuständigen Alkoholberatungsstelle, welcher ihr den Entzugsplatz vermittelt hatte. Jedoch war auch dieser der Ansicht, sie müsse sich outen und dass jeder Suchtkranke im Vorhinein gescreent werden müsse.

Auch dessen Vorgesetzte im grünen Kreis vertraten, ohne irgendwelchen Argumenten zugänglich zu sein, diese Meinung.

Die Klientin leidet nach wie vor unter ihrer Alkoholsucht und hat bisher keinen weiteren Versuch unternommen trocken zu werden.

Die Klientin schämte sich für ihre Infektion und wollte sich keinesfalls vor der Gruppe outen, mit der sie nichts verbindet, außer die gemeinsame Suchterkrankung. Deswegen sah sie sich gezwungen, ihren Aufenthalt in der Wohngemeinschaft abzurechnen.



Die Klientin schämte sich für ihre Infektion und wollte sich keinesfalls vor der Gruppe outen, mit der sie nichts verbindet, außer die gemeinsame Suchterkrankung. Deswegen sah sie sich gezwungen, ihren Aufenthalt in der Wohngemeinschaft abzurechnen.

■ Eine 40-jährige Afrikanerin, welche seit einigen Jahren HIV-positiv ist, hat sich nach langer Zeit ihr Alkoholproblem eingestanden und sich entschlossen, einen Entzug zu machen. Nachdem sie bereits sechs Wochen in der therapeutischen Wohngemeinschaft lebte, wurde sie zum Arzt zitiert. Dieser teilte ihr mit, dass sie HIV-positiv sei. Bei der Klientin wurde ohne vorherige Informierung und ohne ihre Einwilligung ein HIV-Test durchgeführt. Die Frau wurde vor die Wahl gestellt: entweder sie oute sich umgehend vor der gesamten Gruppe als HIV-positiv oder sie müsse den Entzug abbrechen.

Viruslast – eine Aufgabe für Virologie und Klinik

Von Mag^a. Birgit Leichsenring*

■ Die Viruslast (engl. viral load) ist einer der wichtigsten Werte mit Bereich der HIV-Therapie. Denn sie gibt die Menge an Viren in Körperflüssigkeiten einer HIV-positiven Person an. Das HI-Virus besteht aus einer Hülle, in dem die Erbinformation des Virus in Form einer RNA (Ribonukleinsäure) verpackt ist. Und diese wird bei der Viruslastbestimmung gemessen. Klassischerweise wird sie in HIV-RNA-Kopien/ml angegeben und gibt es keine weiteren Zusätze, ist die Menge an HIV-RNA im Blut gemeint. Natürlich kann man aber auch die Viruslast in anderen Flüssigkeiten bestimmen, wie z.B. Sperma oder Hirnflüssigkeit. Es gibt inzwischen mehrere Methoden, um die HIV-RNA zu messen. Die gängigste Methode ist die RT-PCR (Reverse Transcription Polymerase Chain Reaktion). Dann stehen noch die sogenannte NASBA (Nucleic Acid Sequence-Based Amplification) und die B-DNA (Branched DNA) zur Verfügung. Bei den ersten beiden Methoden werden bestimmte Sequenzen der Erbinformation vervielfältigt und können durch die Bindung von markierten, kurzen Abschnitten (Sonden) gemessen werden. Bei der Branched-DNA Methode wird nicht die Erbinformation vervielfältigt, sondern die Sonden bilden eine Art Kettenreaktion, die messbar ist. Die Technologien unterscheiden sich unter anderem in ihrer Nachweisgrenze.

Die Nachweisgrenze ist der Wert, bis zu dem eine Messung zulässig ist. Die Techniken benötigen quasi eine Mindestmenge an HIV-RNA Kopien, damit sie funktionieren. Mengen die unter diesem Schwellenwert liegen, können nicht detektiert werden und ergeben keine Aussage (was dementsprechend aber nicht bedeutet, dass keine HIV-

RNA vorhanden ist). Diese Nachweisgrenze konnte dank Optimierung der Techniken in den letzten Jahren immer weiter gesenkt werden. Die klassische Nachweisgrenze liegt bei 50 RNA Kopien/ml, auch wenn mittlerweile weniger Kopien gemessen werden können.

In Bezug auf das Thema Nachweisgrenze und Messung von kleinsten HIV-RNA-Mengen kann anschaulich der Unterschied zwischen VirologInnen und KlinikerInnen beschrieben werden, wie sich auch auf einem ExpertInnenreffen dieser eng miteinander verknüpften Berufssparten im Herbst 2012 zeigte. Während VirologInnen z.B. versuchen mittels verfeinerter Methoden und Ansätzen dem HI-Virus und seiner Entwicklung immer näher zu kommen, stehen für die KlinikerInnen selbstverständlich ihre PatientInnen (und mögliche Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf) im Vordergrund. Grundlagenforschung und Labortechniken stehen dabei der angewandten Behandlung von PatientInnen nicht gegenüber, sondern beides greift ineinander und entwickelt sich mit Zeit und Erfahrung auf beiden Seiten.

Beispiel Proteaseinhibitor

Bei einer HIV-Therapie mit einem PI (Proteaseinhibitor) hat es für die KlinikerInnen weniger Auswirkung auf die Behandlung, sollte die Viruslast leicht höher liegen. Denn ein PI verhindert die Reifung neu gebildeter HIV-Partikel zu einem infektiösen Virus. Dies geschieht teils in Viruspartikeln, die bereits die infizierte Zelle verlassen haben. D.h., es entstehen zwar keine funktionierenden Viren, die HIV-RNA ist aber dennoch außerhalb der Zellen im Plasma messbar. Eine etwas höhere



Viruslast bedeutet also nicht zwingend, dass sich HI-Viren entwickelt haben, die gegen das Medikament resistent sind und unter Umständen eine Therapieumstellung erfordern. Anders bei einer Therapie mit anti-retroviralen Medikamenten, die die Virusvermehrung ausschließlich innerhalb der infizierten Zelle hemmen. Hier kann ein Anstieg der Viruslast über die Nachweisgrenze schneller bedeuten, dass sich resistente Viren gebildet haben. Für VirologInnen sind es in beiden Fällen die gleiche Messung der Viruslast, für die BehandlerInnen und ihre PatientInnen zwei möglicherweise unterschiedliche Auswirkungen.

Für beiden Seiten steht fest, dass Messungen der Viruslast in niedrigen Bereichen nicht vorschnell auf die einzelne Kopienzahl herunter gebrochen und interpretiert werden sollten. Zusätzlich ist sie auch oft tagesabhängig und es ergeben sich auch variierende Werte durch unterschiedliche Messmethoden. Für HIV-positive Menschen mit einer HIV-Therapie bedeutet dies ganz klar: nicht sofort von Zahlen verunsichern lassen.

*Mag^a. Birgit Leichsenring, med. Info/Doku der AIDS-Hilfen Österreichs seit 2007



Rezensionen

Rainer Deppe: *Die Liebe wirst du los, das Virus nie. Als Homeworker bei der AIDS-Hilfe.* Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag GmbH, 2013, S 186, 19,90 Euro.

■ „Wir wollen zu David Hagenreuther, der einen Homeworker von der Frankfurter AIDS-Hilfe haben möchte, um in seiner Freizeit etwas mit ihm zu unternehmen.“ Rainer Deppe, langjähriger Mitarbeiter am Frankfurter Institut für Sozialforschung, übernimmt diese Aufgabe und verbringt circa ein halbes Jahr mit David. In dieser kurzen aber nicht minder intensiven Zeit entsteht eine Art Freundschaft mit Ablaufdatum, die Deppe von Anfang an tagebuchartig festhält und ohne Davids Einverständnis – dafür blieb keine Zeit mehr – Jahre danach veröffentlicht.

Seit zwei Jahrzehnten ist David Hagenreuther HIV-positiv, er hat ein Aneurysma im Kopf, das ihm starke Schmerzen verursacht und auf seinen Sehnerv drückt, sodass er nur mehr vier Prozent Sehkraft besitzt. Eine Operation ist zwar möglich, aber die Ärzte halten sie für zu riskant, da sein Allgemeinzustand nach einem Herzinfarkt überaus kritisch ist. „Sein Gesicht ist sehr schmal, seine Arme sehr dünn, aber seine Beine, seine Waden und seine Oberschenkel, sind wie zerbrechliche Röhren, wie die Beinchen eines schwer unterernährten Kindes, fast schon die Totenbeine, ohne die geringsten Fettpolster.“

Mit der Zeit erfährt Deppe wie schwierig es ist, die Grenzen zwischen Betreuer und Betreutem professionell abzustechen. „Je öfter ich David im Verlauf seiner Rundreise durch die Krankenhäuser in den vergangenen drei Wochen begleitet habe, desto näher ist er mir gekommen und desto stärker empfinde ich eine Art

drängende, freudige Verpflichtung, ihn zu besuchen.“ Besonders deutlich werden die Probleme Deppes mit der Abgrenzung von seinem Klienten, als er ihm dabei behilflich ist, bessere pflegerische Dienste zu bekommen. Somit wird mit der Zeit seine Arbeit als Homeworker von David immer weniger in Anspruch genommen, was Deppe aber als Kränkung empfindet.

„Die Liebe wirst du los, das Virus nie“ ist ein einfühlsamer, authentischer und vor allem selbstreflektierter Bericht über eine Erfahrung, die kaum einer in seinem Leben machen darf oder will.

Silke Gräser, Heino Stöver, Gudrun Koch-Göppert, Norbert R. Krischke: *MAQUA-HIV. Manual zur Qualitätssicherung in der HIV-Prävention für und mit MigrantInnen.* Bremen: Nieband-Rusch-Fachverlag, 2013, S 104, 20 Euro.

■ Für viele PräventionsmitarbeiterInnen im HIV-Bereich ist die Beratung und Betreuung der Gruppe der MigrantInnen eine besondere Herausforderung, da die Etablierung von Zugangswegen zur jeweiligen Community, die gerade in diesem Gebiet stark unterschiedlich ausgeprägt sind, erfahrungsgemäß durch eine Vielzahl von Barrieren gekennzeichnet ist. Die spezifischen Lebensbedingungen, der kulturelle bzw. religiöse Hintergrund, der Umgang mit der Sexualität, die geschlechtsspezifischen Unterschiede und vor allem der jeweilige Aufenthaltsstatus der betroffenen Personen erschweren die Prävention maßgeblich.

Aus diesen Gründen erstellte eine ForscherInnengruppe der Freien Universität Berlin, der Universität Oldenburg und der Universität Bremen ein Manual



zur Qualitätssicherung in der HIV-Prävention für MigrantInnen aus den Sub-Sahara-Staaten. Dieses Manual besteht aus einem theoretischen Teil, in dem die epidemiologische Entwicklung von HIV/AIDS, der aktuelle Forschungsstand in der Prävention und die Bedeutung von Kultursensibilität dargestellt werden. Oftmals fühlen sich afrikanische MigrantInnen „allein durch die Existenz eines speziellen HIV-Präventionsprojektes für die Gruppe der AfrikanerInnen als ‚HIV-Hochrisikogruppe‘ stigmatisiert“. Sie zeigen beispielsweise kein Interesse an Präventionsangeboten, da sie auf keinen Fall mit HIV/AIDS in Verbindung gebracht werden möchten, da dies die Gefahr aus der Community ausgeschlossen zu werden verstärkt. Gerade deswegen sind kultursensible Kommunikationswege – beispielsweise das Ausbilden von MultiplikatorInnen aus den jeweiligen MigrantInnenruppen – ein wesentlicher Aspekt einer zielgerichteten Prävention.

Im anschließenden praktischen Teil werden Checklisten mit Qualitätskriterien basierend auf den gängigen Planungsmodellen in Gesundheitsförderung und Prävention vorgestellt. Ziel ist es, dass sich PraktikerInnen, welche ein Präventionsprojekt speziell für MigrantInnen planen oder schon umsetzen, selbst anhand der Qualitätskriterien überprüfen können.