



- S. 2** Kurz-News HCV Medikamente: Daclastavir von EMA zugelassen
- S. 3** 20. Internationale AIDS Konferenz „AIDS2014“ - die IAS
- die bisherigen Konferenzen
- S. 4** Neue Richtlinien der WHO für „Key Populations“
- S. 5-6** .. HIV und Menschenrechte: - ein direkter Zusammenhang
- eine weltweite Umfrage unter MSM
- das Beispiel Nigeria zeigt die Auswirkungen
- Uganda nimmt Gesetze zurück
- S. 7** Das Mississippi-Baby – doch wieder Viruslast messbar
- S. 8** Kick and Kill: Romidepsin als möglicher Kandidat
- S. 9**..... Nachgefragt: - DNA, Histone und Histondeacetylase
- DNA im menschlichen Körper – ein paar Zahlen aus Spaß

Veranstaltungsankündigungen

- S. 10** Infoabend in Wien „HIV und Diabetes“ 02. Sept. 2014
Gesprächsrunde in Wien „Unser AIDS: gestern/heute/morgen“..... 08. Sept. 2014

Anhang

- S. 11-13** Zusammenfassung der Richtlinien für „Key Populations“

Liebe LeserInnen,

von 20. bis 25. Juli 2014 fand in Melbourne die 20. Internationale AIDS Konferenz statt.

Überschattet wurde die Konferenz durch den unfassbaren Absturz des Flugzeugs MH17 über der Ukraine am 17. Juli auf ihrer Route von Amsterdam nach Kuala Lumpur. Unter den 298 Menschen, die sich an Bord befanden, waren auch TeilnehmerInnen der Konferenz am Weg nach Melbourne.

Das med update möchte sich an dieser Stelle den vielen warmherzigen Gedanken an die verstorbenen MitstreiterInnen im Kampf gegen HIV/AIDS und dem Beileid für die Familien, FreundInnen und KollegInnen aller Absturzopfer anschließen.

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. Birgit Leichsenring



Ende August 2014 wurde von der europäischen Arzneimittelagentur EMA der Wirkstoff Daclastavir unter dem Handelsnamen Daklinza® zur Behandlung einer chronischen Hepatitis C Infektion für den europäischen Raum zugelassen.

Daclastavir ist ein sogenannter NS5A-Inhibitor, welcher die Replikation der Hepatitis-C Viren in einer infizierten Leberzelle hemmt. Es handelt sich um den ersten zugelassenen Wirkstoff dieser Substanzklasse.

Zugelassen ist Daclastavir für erwachsene PatientInnen mit einer chronischen Hepatitis C und wird in Kombination mit anderen Medikamenten gegen HCV eingesetzt. Damit bietet sich unter anderem eine Therapiemöglichkeit der Hepatitis C ohne den Einsatz von Ribavirin und/oder Interferon.

Sowohl die Wahl der Kombination (also Daclastavir mit Sofosbuvir und/oder Ribavirin und/oder Interferon), als auch die Therapiedauer (12 oder 24 Wochen) sind individuell zu treffen und abhängig vom Schweregrad der Leberschädigung (z.B. bereits bestehende Zirrhose), von vorhergegangenen HCV-Therapien und dem Genotyp. Als Monotherapie ist Daclastavir nicht empfohlen.

Die häufigsten Nebenwirkungen bei gemeinsamem Einsatz von Daclastavir und Sofosbuvir waren Kopfschmerzen, Übelkeit und Müdigkeit. Insgesamt wurde die Therapie in den Studien aber sehr gut vertragen.

In den Studien, die zur Zulassung führten, konnten mit der Kombination aus Daclastavir und Sofosbuvir Heilungsraten von bis zu 100% erreicht werden. Und dies auch bei PatientInnen mit fortgeschrittener Leberschädigung oder vorherigem Therapieversagen mit Protease Inhibitoren.

www.bms.com

Nach Sofosbuvir (Sivaldi®) im Januar 2014 und Simeprevir (Olysio®) im Mai 2014 ist Daklinza® nun das dritte der neuen Hepatitis-C Medikamente. Darüber hinaus sind weitere Substanzen auf ihrem Weg zur Zulassung.

Für Menschen mit einer chronischen Hepatitis C und ihre ÄrztInnen erweitern sich zurzeit die Therapiemöglichkeiten in einer unglaublichen Geschwindigkeit, mit Heilungsraten die vor kurzem noch undenkbar schienen.

Von 20. bis 25. Juli 2014 fand im australischen Melbourne die 20. Internationale AIDS Konferenz, kurz „AIDS2014“ genannt, statt. Diese weltweit größte Konferenz im Bereich HIV/AIDS zeichnet sich vor allem durch den starken sozialpolitischen Charakter und den interdisziplinären Ansatz aus. Organisiert wird sie alle 2 Jahre von der IAS, der International AIDS Society.

Die IAS – International AIDS Society

Die IAS ist eine globale Vereinigung mit über 12.000 Mitgliedern aus 182 Nationen, welche auf unterschiedlichsten Ebenen im Bereich HIV/AIDS aktiv sind.

In dieser weltweiten Funktion organisiert die IAS jährlich eine internationale Konferenz. In jeweils abwechselnder Folge, gibt es einerseits den wissenschaftlichen IAS-Kongress namens „HIV-Pathogenese, Therapie und Prävention“ und andererseits eben die „Internationale AIDS Konferenz“. Sie ist weltweit die einzige Konferenz dieser Größenordnung, in deren Rahmen Wissenschaft und Medizin, auf Community und Politik (und natürlich alle weiteren beteiligten Bereiche) treffen und miteinander diskutieren.

Zusätzliche Aktivitäten der IAS sind das ILF, das „Industry Liaison Forum“ mit der Aufgabe Forschungsressourcen und Investitionen zu akquirieren und aufrecht zu erhalten, sowie die Herausgabe eines eigenen Journals „IAS, Journal of the International AIDS Society“. Außerdem bietet die IAS Weiter- und Fortbildungsprogramme an und verstärkt durch Vernetzungen und Unterstützungen von unterschiedlichsten Organisationen die Möglichkeiten eines adäquaten Umgangs mit HIV/AIDS auf lokaler, bzw. regionaler Ebene.

Die bisherigen Internationalen AIDS Konferenzen der IAS

	Jahr	Ort	TeilnehmerInnen	Thema
1.	1985	Atlanta, USA	2.000	
2.	1986	Paris, Frankreich	2.800	
3.	1987	Washington, USA	6.300	
4.	1988	Stockholm, Schweden	7.500	
5.	1989	Montreal, Kanada	12.000	The Scientific and social Challenge of AIDS
6.	1990	San Francisco, USA	11.000	AIDS in the Nineties: From Science to Polity
7.	1991	Florenz, Italien	8.000	Science Challenging AIDS
8.	1992	Amsterdam, Niederlande	8.000	A World United Against AIDS
9.	1993	Berlin, Deutschland	14.000	
10.	1994	Yokohama, Japan	10.000	Together for the Future
11.	1996	Vancouver, Kanada	15.000	One World One Hope
12.	1998	Genf, Schweiz	15.000	Bridging the Gap
13.	2000	Durban, Südafrika	12.000	Breaking the Silence
14.	2002	Barcelona, Spanien	18.500	Knowledge and Commitment for Action
15.	2004	Bangkok, Thailand	18.500	Access for All
16.	2006	Toronto, Kanada	26.000	Time to deliver
17.	2008	Mexiko-Stadt, Mexiko	24.000	Universal Action Now
18.	2010	Wien, Österreich	19.300	Rights here, Right now
19.	2012	Washington DC, USA	24.000	Turning the Tide Together
20.	2014	Melbourne, Australien	12.000	Stepping up the Pace
21.	2016	Durban, Südafrika		



Neue Richtlinien der WHO für „Key Populations“

Vor dem Start der „AIDS2014“ veröffentlichte die Weltgesundheitsbehörde WHO ihre neuen globalen Richtlinien zu HIV-Prävention, -Diagnose und -Therapie für sogenannte „Key Populations“.

Ausgangspunkt der Richtlinien ist die Definition dieser „Key Population“, welches man im deutschen Sprachgebrauch als Zielgruppe oder (eher selten verwendet) als Schlüsselgruppe bezeichnen könnte. Hierbei handelt es sich um unterschiedliche Personengruppen, die einem besonders hohen Risiko für eine HIV-Infektion ausgesetzt sind und dementsprechend im Fokus der Strategien gegen HIV/AIDS stehen müssen.

Die WHO definiert in ihren Richtlinien dezidiert 5 solcher Personengruppen:

- 1) MSM = Männer, die in sexuelle Handlungen mit Männern involviert sind
- 2) GebraucherInnen von injizierbaren Drogen
- 3) Personen in Haftanstalten bzw. anderen geschlossenen Einrichtungen
- 4) SexarbeiterInnen
- 5) Transgender Personen

Viele Menschen sind natürlich (je nach ihrer individuellen Situation) mehreren dieser Personengruppen gleichzeitig zugehörig.

In diesen Richtlinien werden konkrete Angaben gemacht, für welche Personengruppen welche Strategien empfohlen sind. Das med update möchte hier die Übersicht der 25 einzelnen Richtlinien aus mehreren Bereichen wiedergeben.

Aus Gründen der Einfachheit finden Sie diese Empfehlungen im Anhang dieser med update Ausgabe auf Seite 11 bis 13.

Die Gesamtfassung der aktuellen Richtlinien finden Sie unter www.who.int



HIV und Menschenrechte – ein direkter Zusammenhang

Diskriminierung und Kriminalisierung von LGBTIs (Lesbian, Gay, Bi, Trans, Inter) ist leider nach wie vor eine weltweit häufig auftretende Missachtung der Menschenrechte. Seit geraumer Zeit spitzt sich die Lage in bestimmten Regionen sogar zu, wie etwa die 2013 eingeführten Gesetze in Russland, oder die erst Anfang dieses Jahres verschärfte Gesetzeslage in Nigeria, zeigen.

Auch auf der „AIDS2014“ kam diese Situation mehrfach und deutlich zur Sprache. Denn die Diskriminierung, Stigmatisierung und Kriminalisierung von Menschen steht in direktem Zusammenhang mit dem Zugang zu Beratungs- und Betreuungsangeboten im Gesundheitsbereich, auch und insbesondere in Bezug auf HIV.

Es ist hinlänglich bekannt, dass die HIV-Epidemie hauptsächlich durch nicht-diagnostizierte Infektionen vorangetrieben wird. D.h., die meisten Übertragungen finden statt, wenn Menschen nicht wissen (bzw. nicht wissen können), dass sie HIV-positiv sind. Damit aber Menschen ihren HIV-Status kennen und dementsprechend Behandlung und Betreuung in Anspruch nehmen können, brauchen sie logischerweise den Zugang zu Information, Prävention sowie Test- und Therapiemöglichkeiten. Aber: für Personen, die aktiv diskriminiert und kriminalisiert werden, ist dieser Zugang massiv erschwert, teils sogar gänzlich unmöglich.

HIV und Menschenrechte – eine weltweite Umfrage unter MSM

Dieser Zusammenhang zwischen Menschenrechten und Gesundheit wurde auf der „AIDS2014“ an Hand einer Studie besonders deutlich dargestellt. In einer weltweiten Umfrage wurden MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) nach ihrem Zugang zu Gesundheitsangeboten befragt. Ebenfalls erhoben wurden Festnahmen oder Verurteilungen auf Grund der Homosexualität.

Die Ergebnisse sprechen leider für sich: 1 von 12 Männern (8%) gab an, bereits wegen seiner Homosexualität festgenommen oder verurteilt worden zu sein! Hierbei gab es regional große Unterschiede: In Nordamerika, Europa und Australien gaben 2%, in Lateinamerika knapp 10%, in Osteuropa 18% und in Subsahara-Afrika gab mit 23,6% sogar fast jeder 4. MSM eine Festnahme oder Verurteilung an.

Alle betroffenen Männer hatten einen signifikant erschweren Zugang zu Kondomen, Test und Therapie von sexuell übertragbaren Erkrankungen (inklusive HIV) und den allgemeinen Angeboten im Bereich der physischen und psychischen Gesundheit. Bei den HIV-positiven MSM (17% aller Teilnehmer) war die Situation nochmals deutlich schlechter.

AIDS2014; Santos et al; TUAD0201

HIV und Menschenrechte – das Beispiel Nigeria zeigt die Auswirkungen

Zusätzlich zu bedenken ist bei den oben genannten Ergebnissen, dass die Umfrage im Jahr 2012 abgeschlossen wurde und somit die neuesten rechtlichen Verschärfungen hier noch gar nicht widerspiegelt sind!

Das aktuelle Beispiel Nigeria lässt jedoch leider Böses erahnen: Während in Nigeria 3% der Gesamtbevölkerung HIV-positiv sind, wird die Prävalenz (Anteil betroffener Personen in einer Gruppe) bei nigerianischen MSM auf 17% geschätzt. Doch das neue Gesetz stellt alle Aktivitäten (vom öffentlichen Sichtbarmachen gleichgeschlechtlicher Lebensweisen, bis hin zum Engagement für Organisationen im LGBTI Bereich) unter harte Strafe. Das hat direkte Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung der Menschen.

Verdeutlicht wurde dies ebenfalls am Beispiel einer Studie, die zurzeit in Nigeria unter MSM läuft. Kamen im Jahr 2013 noch etwa 60 MSM jeden Monat zu dieser Studie, sind es seit den neuen Gesetzen weniger als 15 Männer pro Monat. Und viele Männer geben klar an, dass sie lieber keine medizinische Betreuung in Anspruch nehmen, die in Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung gebracht werden könnte. Denn hier sind sie dem realen Risiko einer Verhaftung ausgesetzt.

AIDS2014; Orazulike et al TUAD0204

HIV und Menschenrechte – Uganda nimmt Gesetze zurück

Wie im oben erwähnten Beispiel Nigerias, hatte auch Uganda zu Beginn 2014 neue Gesetze erlassen, mit welchen LGBTIs massiv kriminalisiert wurden. Es wurden einerseits „homosexuelle Handlungen“ unter lebenslange Haftstrafe gestellt, andererseits zusätzlich jegliche „Förderung von Homosexualität“ mit mehreren Jahren Haftstrafe geahndet. Das Gesetz hatte somit nicht nur massive Auswirkungen auf LGBTIs, sondern bedeutete auch, dass Familien und FreundInnen unter Druck standen. Gleichfalls galt dies z.B. für ÄrztInnen, BeraterInnen und AktivistInnen, die sich im Bereich der LGBTIs oder etwa im Bereich sexueller Gesundheit engagieren.

Mit Anfang August machte der Verfassungsgerichtshof in Uganda diese Gesetze rückgängig!

Michel Sidibé (Direktor von UNAIDS, dem Programm der Vereinten Nationen gegen HIV/AIDS) nannte diesen Schritt einen „großartigen Tag für die soziale Gerechtigkeit“. UNAIDS wandte sich, im Rahmen dieses positiven Ereignisses, erneut an alle Nationen mit dem Aufruf, die Menschenrechte von LGBTIs zu schützen und kriminalisierende Gesetze abzuschaffen. UNAIDS forderte zudem auf, Gesetze zu verabschieden, welche aktiv LGBTIs vor Diskriminierung und Gewalt schützen. Auch sollten Kampagnen gegen Homophobie und Transphobie implementiert werden.

Denn nur so kann sichergestellt werden, dass der Zugang zum Gesundheitswesen, inklusive HIV-Prävention, HIV-Testung und HIV-Therapie für alle Menschen ermöglicht ist.

www.unaids.org



Bereits vor 2 Jahren sorgte ein US-amerikanisches Kleinkind unter dem Spitznamen „das Mississippi-Baby“ für Schlagzeilen - es wurde als funktionell geheilt tituliert. Nun erschien das Kind leider mit weniger erfreulichen Nachrichten erneut in den Medien und auf der „AIDS2014“, da mittlerweile wieder HI-Viren nachweisbar sind.

Was war damals passiert?

2010 wurde im US-Bundesstaat Mississippi bei einer Frau erst im Zuge der Geburt ihrer Tochter die HIV-Infektion festgestellt. Dementsprechend nahm sie während der Schwangerschaft auch keine HIV-Therapie ein. Das Neugeborene erhielt bereits 30 Stunden nach der Geburt eine komplette HIV-Therapie. Tests bestätigten die HIV-Infektion des Kindes. Nach 18 Monaten wurden Mutter und Kind nicht mehr bei den HIV-BehandlerInnen vorstellig und die Therapie des Kindes wurde unterbrochen. Erst nach weiteren 5 Monaten war eine Folgeuntersuchung möglich. Es zeigte sich zum großen Erstaunen der ÄrztInnen: obwohl das Kind in diesen 5 Monaten keine HIV-Therapie erhalten hatte, war die Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze. Auch über die kommenden 2 Jahre verblieb der Zustand, dass beim Kind keine Viren nachgewiesen werden konnten, obwohl es weiterhin keine HIV-Therapie einnahm. Man sprach daher von einer Art Heilung.

Was war die Theorie?

Dass bisherige Versuche und Konzepte für eine Heilung der HIV-Infektion nicht effektiv waren, liegt an den sogenannten „Zell-Reservoirs“. Das sind ruhende HIV-infizierte Zellen, die im Körper versteckt und damit für Therapie und Immunsystem unantastbar, schlummern. Aber bei einer Aktivierung können diese Zellen erneut beginnen, HI-Viren zu produzieren. So kann die Infektion immer wieder neu angekurbelt werden.

Die Theorie besagte im Falle des Mississippi-Babys, dass die Möglichkeit Zell-Reservoirs auf zu bauen, durch den sehr frühen Therapiebeginn stark reduziert werden konnte. Nach Absetzen der Therapie wurden somit keine neuen Viren produziert, bzw. nur auf einem so minimalen Niveau, dass das Immunsystem die Infektion ohne Therapie kontrollieren konnte. Dieses Prinzip hat sich auch in anderen Einzelfällen (z.B. in der VISCONTI-Studie) gezeigt.

Was ist der aktuelle Stand?

Anfang Juli 2014 wurden bei einer Routineuntersuchung des Kindes wieder HI-Viren nachgewiesen, die Viruslast lag plötzlich bei über 16.000/µl Blut. Es wurde daher abermals mit einer HIV-Therapie begonnen.

Was ist die aktuelle Frage?

Das Beispiel des Mississippi-Babys hat gezeigt, dass trotz des extrem frühen Therapiestarts eine Bildung von Reservoirs doch nicht gänzlich verhindert werden konnte. Das ist natürlich ein Rückschlag in der hier gehegten Hoffnung auf eine funktionelle Heilung.

Bemerkenswert war jedoch, dass die Reaktivierung und damit das erneute Aufbauen einer messbaren Viruslast, über einen langen Zeitraum (über 2 Jahre) verzögert werden konnte. Welche konkreten Mechanismen hier ausschlaggebend waren und wie man sich dies für zukünftige Konzepte zu Nutze machen könnte, ist noch unklar.



Das große Problem, warum es bislang noch keine erfolgreiche Heilung der HIV-Infektion gibt, sind die sogenannten latenten Zellreservoirs. (Diese spielen auch wie oben beschrieben, im Fall des Mississippi-Babys die ausschlaggebende Rolle.)

Unter dem Schlagwort „Kick and Kill“ wird schon seit längerem Forschung auf diesem Gebiet betrieben. Die Idee dahinter ist, die Zellen zuerst zu aktivieren („Kick“) um sie dann beseitigen zu können („Kill“).

Als mögliche Wirkstoffe für dieses Prinzip haben sich die Histondeacetylase-Inhibitoren hervorgetan. Dies sind Wirkstoffe, die das zelleigene Enzym Histondeacetylase (HDAC) hemmen. Die Aufgabe dieser Enzyme ist es, die Erbinformation (DNA) - und somit auch das hier eingebaute HIV-Erbgut - in einem Ruhezustand zu halten. Hemmt man nun diesen Vorgang, wird die Erbinformation aktiviert und die Zelle beginnt unter anderem Virusbestandteile zu produzieren.

Es hat schon mehrere Ansätze mit solchen HDAC-Inhibitoren gegeben. Im Rahmen der „AIDS2014“ wurde ein weiterer Kandidat vorgestellt: Romidepsin. Dabei handelt es sich um einen HDAC-Inhibitor, welcher seit einigen Jahren in den USA gegen eine spezielle Art von Krebs eingesetzt wird.

In einer bisherigen *ex vivo* Studie (also eine Studie im Labor, quasi „außerhalb des Körpers“) konnte bereits gezeigt werden, dass Romidepsin ruhende HIV-infizierte Zellen zur Produktion von HIV aktivieren kann. Jetzt wurde eine *in vivo* Studie (also eine Studie „im Körper“) vorgestellt, in welcher der Effekt an PatientInnen beobachtet werden konnte. 6 HIV-positive PatientInnen, die alle mittels HIV-Therapie mit der Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze waren, erhielten für 3 Wochen intravenös Romidepsin. Dokumentiert wurde mittels dieser Studie, dass ruhende Zellen tatsächlich aktiviert werden können, auch wenn nicht bekannt ist, wie viele der ruhenden Zellen damit tatsächlich erreicht wurden.

Für das „Kick“ stellt sich mit dem Wirkstoff also eine Möglichkeit dar – jetzt muss natürlich auch das „Kill“ sichergestellt werden. Es ist also wieder nur ein kleiner Schritt, aber dieser in die richtige Richtung.

AIDS2014; Sorgaard et al; TUA0106LB

Nachgefragt: DNA, Histone und Histondeacetylase

Die Erbinformation ist im Zellkern in Form der sogenannten DNA (Desoxyribonukleinsäure) gespeichert. Bei der DNA handelt es sich um eine Art leiterförmige Kette aus mehreren Bausteinen, wobei die Reihenfolge dieser Bausteine die Information darstellt. Würde man die gesamte DNA von nur einer einzigen menschlichen Zelle aneinander legen, so ergäbe sich eine Länge von knapp 2 Meter. (Und sie besteht aus über 3 Milliarden einzelnen Bausteinen.)

Damit nun diese Länge in einen Zellkern passt, ist die DNA kein einzelner langer Faden, sondern ist eng und mehrfach ineinander gedreht. Sehr einfach und bildlich gesehen, könnte man es mit einem in sich selbst verdrehten Telefonkabel vergleichen.

Zusätzlich ist die DNA um Proteinkomplexe gewickelt, die sogenannten Histone. Die Histone haben nicht nur die Funktion der Platzgewinnung durch das „Aufwickeln“, sondern spielen auch eine Rolle dabei, welcher DNA-Abschnitt verwendet wird. Damit die Information eines DNA-Abschnittes verwendet werden kann, müssen sich die Histone von der DNA lösen, damit andere Proteine Zugang zur Erbinformation erhalten.

Eine Histondeacetylase (HDAC) ist ein Enzym, welches die Histone so verändert, dass sie sich fester an die DNA binden. Daraus resultiert, dass dieser DNA-Abschnitt nicht verwendet werden kann.

Im Gegensatz bedeutet es: Wird dieser Schritt gehemmt, werden die Histone eben nicht fest an die DNA gebunden und damit ist die Erbinformation zugänglich und kann aktiv von der Zelle verwendet werden.

Nachgefragt: DNA im menschlichen Körper – ein paar Zahlen aus Spaß

Wenn man sich mit dem menschlichen Körper auseinandersetzt, macht es durchaus immer wieder Spaß, sich bestimmte Dinge vor Augen zu führen und davon zumeist regelrecht fasziniert zu sein. Das med update möchte Ihnen dieses „Staunen“ am Beispiel der DNA gerne näherbringen...

Schätzungen zufolge besteht ein menschlicher Körper aus 10 bis 100 Billionen einzelnen Zellen (abhängig von Körpergröße und Gewicht). Nimmt man mit 50 Billionen den Mittelwert, so entspricht dies ungefähr 7.000-mal der gesamten Weltbevölkerung (ca. 7,2 Milliarden).

Würde man nun die gesamte DNA aller Zellen eines einzigen Menschen aneinander legen, so ergäbe dies einen „Faden“ mit der Länge von 100 Milliarden Kilometern. Das heißt, man könnte den DNA-Faden am Äquator (Umfang der Erde hat ca. 40.000km) ganze 250.000-mal um die Erde wickeln ☺



Info-Abend

HIV und Diabetes

Was ist Diabetes, welche Arten gibt es und wie entsteht er? Wie wird Diabetes behandelt und wie kann man selbständig das Risiko für diese Erkrankung minimieren?

Gibt es einen Zusammenhang mit HIV und der HIV-Therapie?

Diese und weitere Aspekte werden in lockerem Umfeld mit zwei Experten besprochen.

Datum **Dienstag, 02. September 2014**
Zeit 19:00 Uhr
Ort Gugg, Vereinszentrum der HOSI Wien
Heumühlgasse 14, 1040 Wien

Eintritt frei – Keine Anmeldung notwendig

Gesprächsrunde

Unser AIDS: gestern – heute - morgen

Vor dem Sommer startete QWIEN das Webprojekt www.unseraids.at. Ab Herbst wird die Website regelmäßig mit aktuellen und historischen Beiträgen über HIV/Aids in Österreich gefüllt. Dazu plant QWIEN eine lose Veranstaltungsreihe unter dem Motto „Unser Aids: gestern – heute – morgen“.

Den Start macht ein Gespräch mit dem Berliner Soziologen Michael Bochow zum Thema: „Hat AIDS die soziale Situation schwuler Männer verändert und wo stehen wir in dieser Entwicklung im Jahr 2014?“

Datum **Montag, 08. September 2014**
Zeit 19:30 Uhr
Ort Gugg, Vereinszentrum der HOSI Wien
Heumühlgasse 14, 1040 Wien

Weitere Informationen unter www.hosiwien.at

Neue Richtlinien der WHO für „Key Populations“

Anmerkung: diese Zusammenfassung der Richtlinien wurde vom med update möglichst wortgetreu übersetzt. Der Begriff „Key Population“ wurde aus Gründen der Einfachheit beibehalten. Ich bitte um Verständnis für übersetzungsbedingte sperrige Formulierungen.

Interventionen im Gesundheitssektor:

HIV Prävention	
1	Der korrekte und konsequente Gebrauch von Kondomen mit einem für Kondome geeigneten Gleitgel ist für alle Key Populations empfohlen, um die sexuelle Übertragung von HIV und sexuell übertragbaren Infektionen zu vermeiden.
2	Für MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) ist eine Pre-Expositionsprophylaxe (PrEP) als zusätzliche Möglichkeit zur HIV-Prävention im Rahmen eines umfassenden Präventionsmaßnahmenkataloges empfohlen.
3	Sollten bei bekanntermaßen serodiskordanten Paaren zusätzliche Möglichkeiten zur HIV-Prävention notwendig sein, kann eine täglich eingenommene orale PrEP (im speziellen Tenofovir oder die Kombination aus Tenofovir und Emtricitabin) als zusätzliche Intervention für die HIV-negativen PartnerInnen in Erwägung gezogen werden.
4	Post-Expositionsprophylaxe (PEP) sollte allen in Frage kommenden Personen der Key Populations auf freiwilliger Basis nach einem möglichen Expositionsrisiko zur Verfügung stehen.
5	Freiwillige medizinische Beschneidung des Mannes ist als zusätzliche wichtige Strategie zur Prävention von heterosexuell akquirierten HIV-Infektionen bei Männern empfohlen. Dies insbesondere in Settings mit hochendemischen und generalisierten HIV-Epidemien sowie niedriger Prävalenz von männlicher Beschneidung.

Schadensbegrenzung für DrogengebraucherInnen	
6	Alle Personen aus Key Populations, welche Drogen injizieren, sollten Zugang zu sterilem Injektionsbesteck im Rahmen von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen haben.
7	Allen Personen aus Key Populations, die an einer Opioid-Abhängigkeit leiden, sollte eine Opioid-Substitutionstherapie angeboten und der Zugang ermöglicht werden.
8	Alle Personen aus Key Populations mit gesundheitsschädlichem Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen, sollten Zugang zu evidenz-basierten Interventionen haben, inklusive psychosozialen Interventionen, welche Begutachtung, spezielles Feedback und Beratung beinhalten.
9	Personen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Zeuge einer Opioid-Überdosis werden können, sollten Zugang zu Naloxon haben und geschult werden, dieses im Fall einer vermuteten Opioid-Überdosis einzusetzen.

HIV-Testung und -Beratung

- | | |
|----|---|
| 10 | Freiwillige HIV-Testung und -Beratung sollte routinemäßig in allen Key Populations sowohl im klinischen, also auch im Community-Setting, angeboten werden. Community-basierte HIV-Testung und Beratung für Key Populations mit Anbindung an Prävention, Betreuungs- und Therapieeinrichtungen, ist zusätzlich zu der HIV-Testung und -Beratung von Diensteanbietern empfohlen. |
|----|---|

HIV-Therapie und -Betreuung

- | | |
|----|---|
| 11 | HIV-positive Personen aus Key Populations sollten dieselben Zugangsmöglichkeiten zu antiretroviraler Therapie (ART) und Betreuung im Zusammenhang mit der ART haben, wie andere Bevölkerungsgruppen. |
| 12 | Alle schwangeren Frauen aus Key Populations sollten dieselben Zugangsmöglichkeiten zu Angeboten für die Vermeidung der Mutter-Kind-Übertragung haben und hier denselben Richtlinien folgen können, wie Frauen anderer Bevölkerungsgruppen. |

Prävention und Management von Ko-Infektionen und Ko-Morbiditäten

- | | |
|----|---|
| 13 | Key Populations sollten denselben Zugang zu Tuberkulose-Prävention, -Screening und -Therapie haben, wie andere Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Risiko für oder mit einem HIV-positiven Status. |
| 14 | Key Populations sollten denselben Zugang zu Hepatitis B und C -Prävention, -Screening und -Therapie haben, wie andere Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Risiko für oder mit einem HIV-positiven Status. |
| 15 | Routineuntersuchungen auf und Behandlungen von psychischen Erkrankungen (Depressionen und psychosozialer Stress) sollte allen HIV-positiven Personen aus Key Populations angeboten werden, um den klinischen Erfolg zu optimieren und die Adhärenz zu steigern. Behandlungsmöglichkeiten variieren von Beratung zum Thema HIV, bis hin zu adäquater medikamentöser Therapie. |

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

16	Screening, Diagnose und Therapie von sexuell übertragbaren Infektionen sollte allen Personen aus Key Populations routinemäßig als Teil der HIV-Prävention und Betreuung angeboten werden.
17	Personen aus Key Populations, inklusive HIV-positiven Personen , sollte es möglich sein, ein ausgefülltes und befriedigendes Sexualleben zu erfahren und Zugang zu Optionen der Reproduktion zu haben.
18	Abtreibungsgesetze und -angebote sollten die Gesundheit und Menschenrechte aller Frauen, inklusive solcher aus Key Populations, schützen.
19	Es ist wichtig, Screenings für Gebärmutterhalskrebs allen Frauen aus Key Populations anzubieten.
20	Es ist wichtig, dass alle Frauen aus Key Populations dieselbe Unterstützung und Zugang zu Angeboten im Zusammenhang mit Empfängnis- und Schwangerschaftsbetreuung erhalten, wie Frauen aus anderen Bevölkerungsgruppen.

Essentielle zusätzliche Komponenten:

1	Gesetze, Strategien und Handhabungen sollten begutachtet und, wenn notwendig, von Entscheidungsträgern und politischen Führungspersonen überarbeitet werden. Dabei sollten auf sinnvolle Weise Akteure aus den Key Populations mit einbezogen werden, um die Implementierung und den Ausbau von Gesundheitsangeboten für Key Populations zu fördern.
2	Länder sollten (aufbauend auf die Standards der Menschenrechte, zum Abbau von Stigma, Diskriminierung und Gewalt gegenüber Key Populations) dahingehend arbeiten, dass Gesetze gegen Diskriminierung und zum Schutz implementiert und verstärkt werden.
3	Gesundheitsangebote sollten für Key Populations (basierend auf den Prinzipien der medizinischen Ethik, Verminderung von Stigma, Antidiskriminierung und dem Recht auf Gesundheit) verfügbar, zugänglich und akzeptabel sein.
4	Programme sollten dahingehend arbeiten, dass die Community in Key Populations bestärkt wird.
5	Gewalt gegen Personen aus Key Populations sollte verhindert und in Kooperation mit Organisationen aus Key Populations angesprochen werden. Jede Gewalt gegen Personen aus Key Populations sollte dokumentiert und gemeldet werden und Mechanismen zur Wiedergutmachung sollten im Sinne der Gerechtigkeit etabliert werden