

# PLUS MINUS



POSITIVE PRÄVENTION Unbequem? Notwendig!	3
NEUES ZUR HIV-BEHANDLUNG Aktuelle Entwicklungen in der HIV-Therapie	7
HAART KANN AN DIE NIEREN GEHEN Ein Überblick über renale Nebenwirkungen	10
RISIKOFAKTOR PARTYDROGEN Worauf HIV-BehandlerInnen achten sollten	11
WENN NICHTS MEHR GEHT Müdigkeit, Libido- und Potenzstörungen bei HIV-PatientInnen	13
ASK FOR – Ein Jugendsportprojekt	15



# 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@aidshilfen.at  
Spendenkonto: 240 115 606 00 · (CA-BA 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 · Spenderkonto: 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 · Spenderkonto: 92 011 911 (PSK 60 000)



**AIDSHILFE OBERÖSTERREICH** · Langgasse 12 · A-4020 Linz  
Tel.: 0732/21 70 · Fax: 0732/21 70-20  
E-Mail: office@aidshilfe-ooe.at · Spenderkonto: 01 002 161 83  
(Hypobank 54 000)



**Steirische AIDS-Hilfe** · Schmiedgasse 38/ 1 · A-8010 Graz  
Tel.: 0316/81 50 50 · Fax: 0316/81 50 506  
E-Mail: steirische@aidshilfe.at · Spenderkonto: 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 · Spenderkonto: 03 893 060 800 (CA-BA 12000)



**AIDS-Hilfe Vorarlberg** · Neugasse 5 · A-6900 Bregenz  
Tel.: 05574/46526 · Fax: 05574/46 526-20  
E-Mail: vorarlberg@aidshilfen.at · Spenderkonto: 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@aidshilfen.at

### Impressum:

#### Medieninhaber und Herausgeber:

Die AIDS-Hilfen Österreichs

**Redaktion:** Mag. Andreas Kamenik, 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. Lola Fleck, Steirische AIDS-Hilfe  
Dr. Renate Fleisch, AIDS-Hilfe Vorarlberg  
Mag. Claudia Kuderna, Aids Hilfe Wien  
Dr. Margit Mennert, AIDS-Hilfe Tirol  
DDr. Elisabeth Müllner, AIDSHILFE OBER-ÖSTERREICH  
Dr. Günther Nagele, aidsHilfe Kärnten  
DSA Maritta Teufl-Bruckbauer, Aidshilfe Salzburg

#### Beiträge von:

Mag. Frank M. Amort, Carmen Harrer (ch),  
Mag.<sup>a</sup> Deborah Klingler, Dr. Sigrid Ofner

**Grafik:** Jetzt neu! · **Druck:** Klampfer Druck · **Auflage:** 10.000 · gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier · **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 Kombinationstherapie, 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.

# Positive Prävention

Unbequem? Notwendig! von Frank M. Amort\*

Im veränderten Kontext von HIV/AIDS sind HIV-infizierte Menschen eine zentrale Zielgruppe von HIV-Präventionsbestrebungen. Seit nun fast zehn Jahren gibt es Behandlungsmöglichkeiten, mit denen die HIV-Infektion weitgehend in Schach gehalten werden kann. Während der Kampf um das bloße Überleben in den Hintergrund rückt, gewinnen Fragen der Lebensqualität immer größere Bedeutung. Ein Teil dieser Lebensqualität ist auch das eigene Erleben von Sexualität. Diese Sexualität steht einerseits unter den potenziellen Gefahrenzeichen der Weitergabe der HIV-Infektion an den oder die SexualpartnerInnen. Andererseits ist aber auch nicht zu vernachlässigen, dass bei Sexualkontakten erworbene Geschlechtskrankheiten die eigene Gesundheit angreifen können. Ist Sexualität von HIV-Positiven also primär eine „Lust“, die viel „Frust“ bringt? Welchen Stellenwert haben sexuelle und reproduktive Gesundheit? Und überhaupt: Was ist das für eine Sache mit der „positiven Prävention“?

Die HIV-Prävention als Modellfall einer modernen Public Health verstanden, durch praxisnahe Anweisungen zu einem gesundheitsfördernden Verhalten (die als „Safer Sex“-Regeln ausformuliert wurden) den Verlauf der Epidemie maßgeblich (und schon in Zeiten, da keine Therapien verfügbar waren) zu beeinflussen. Im lebensweltlichen Kontext wurde der Kondomgebrauch nachhaltig implementiert und quasi zur sozialen Norm erhoben, ohne Sexualität zu verteufeln oder verbieten zu wollen. In einer Balance aus Empowerment des Individuums, um sich und andere schützen zu können, und der Vermittlung der sozialen Befähigung, um im entscheidenden Moment „Ja!“ oder „Nein!“



Photocase.com

\*Mag. Frank M. Amort leitet seit 1997 die Präventionsabteilung der Aids Hilfe Wien

sagen zu können, wird deutlich, was mit umsichtiger Gesundheitsförderung möglich ist.

Wenn wir von „HIV-Prävention“ hören, dann denken wir zumeist nur an Primärprävention, also die Verhinderung von Neuinfektionen. Manchmal wird in Begriffsdefinitionen der Primärprävention davon gesprochen, dass diese Aktivitäten unspezifisch an die Allgemeinbevölkerung und dort wiederum explizit an Personen, die HIV-negativ sind, gerichtet sind. Zwar schließen sich an dieses Konzept die „sekundäre“ und „tertiäre“ Prävention – mit einer zunehmenden Gewichtung von HIV-positiven Menschen in der angesprochenen Population – an, (in diesen Ansätzen geht es sowohl um die Reduzierung der negativen Auswirkungen der existierenden HIV-Infektion bzw. um die Bewältigung der Herausforderungen eines Lebens mit <<HIV, wie auch um die Vermeidung der Diagnose AIDS), jedoch ist zu hinterfragen, ob eine solche Unterscheidung und insbesondere die Exklusion der HIV-Infizierten aus der Primärprävention in der pragmatisch/praxisorientierten Arbeit sinnvoll ist. Die Antwort ist kurz und bündig:

Nein! Wer Menschen mit HIV/AIDS quasi per Definition aus den Bestrebungen der Primärprävention ausschließt und ihnen nur in der Sekundär- und Tertiärprävention – im Sinne des Well-Beings als HIV-positive Person – eine Heimat gibt, raubt ihnen letztlich das Recht auf selbstbestimmte, verantwortungsvolle und geschützte Sexualität. PräventionsexpertInnen (vgl. Summerside & Davis 2002) sind sich daher einig: Im Sinne von „shared rights and shared responsibilities“ – also „gleichen Rechten und Verantwortlichkeiten“ – müssen HIV-Positive explizit in der Primärprävention präsent sein.

Die „International HIV/AIDS Alliance“ beschreibt in ihrem Positionspapier zum Thema „Positive Prevention“ als Schwäche mancher nationaler Präventionsprogramme, dass Menschen, die bereits um ihren HIV-positiven Status wissen, nicht maßgeblich akquiriert werden. Im Klartext: Ein umfassendes Präventionsprogramm muss daher immer Strategien inkludieren, die Menschen mit HIV/AIDS dabei unterstützen, jene Entscheidungen und Handlungen zu setzen, die gewährleisten, dass PartnerInnen nicht dem Risiko einer HIV-Infektion



ausgesetzt werden. Entscheidend ist hier sicher auch das Prinzip der positiven Bestärkung: Collins (2000) unterstreicht die Bedeutung von konsequenter Motivation und Unterstützung jener HIV-Infizierten, die sich in dieser Hinsicht verantwortungsvoll zeigen. Als „positive Prävention“, als Teil der Primärprävention, sollen daher jene umfassenden Strategien und Maßnahmen verstanden werden, die HIV-positive Menschen dabei unterstützen

- ihre allgemeine und besonders die sexuelle Gesundheit zu schützen bzw. zu fördern
- den Erwerb von anderen Geschlechtskrankheiten zu vermeiden
- das Fortschreiten der HIV-Infektion zu verlangsamen bzw. sich nicht durch (Re)Infektionen zu gefährden
- die Weitergabe der HIV-Infektion an SexualpartnerInnen zu vermeiden
- verantwortlich zu handeln und sich vor Stigmatisierung schützen zu können.

#### Themen der „positiven Prävention“

Den erwähnten unterschiedlichen – aber stets zusammenhängenden – Aspekten der „positiven Prävention“ können jeweils spezifische Themen zugeordnet werden. Eine Auswahl wird hier exemplarisch vorgestellt:

#### *Beispiel: Vermeidung der Weitergabe des HI-Virus an andere Personen*

Es gilt, das Wissen um die eigene HIV-Infektion, Risikoverhaltensweisen und Schutzmöglichkeiten durch umfassende Beratungs- und Betreuungsangebote zu steigern und eine dauerhafte Implementierung von Safer Sex zu erreichen. In der AIDS-Forschung werden HIV-Infektionen oftmals mit determi-

nierenden Lebensumständen (soziale Benachteiligung, sprachliche Defizite etc.) in Verbindung gebracht. Daher wirkt eine umfassende psychologische und sozialarbeiterische Betreuung im Sinne eines umfassenden Verständnisses von Gesundheitsförderung auch präventiv. Die konkrete Ebene des Sexual- und Schutzverhaltens muss aber immer im Auge behalten werden. Ein wichtiges Element dieser Bestrebungen ist die Lancierung des Themas „Verantwortung für sich selbst und andere Menschen“. Hier müssen womöglich existierende Verletzungsempfindungen im Kontext der eigenen Infektionsbiografie bearbeitet werden. Oftmals werden in diesem Zusammenhang auch Beziehungsfragen (rund um real existierende bzw. erwünschte PartnerInnenchaften) zum Thema. Als jene Person, die explizit um den HIV-Status Bescheid weiß, befindet sich die HIV-positive Person gegenüber der Partnerin/dem Partner durchaus in einer Position der Macht und trifft die Entscheidung in Bezug auf die Verständigung der Partnerin/des Partners. Die Guidelines von UNAIDS und WHO empfehlen eindeutig eine freiwillige, ethisch verantwortliche PartnerInnenverständigung über den HIV-Status.

#### *Beispiel: Vermeidung von weiteren Gesundheitsrisiken durch Infektionen mit Geschlechtskrankheiten bzw. durch die Reinfektion mit HIV für die eigene Gesundheit*

Selbstverständlich gilt es dabei hervorzuheben, dass bei HIV-Positiven mit der Implementierung von Safer Sex im eigenen Sexualverhalten ein großer Eigennutzen verbunden ist: Potenzielle Risiken einer HIV-Reinfektion, die negativen Auswirkungen

auf den Gesundheitszustand von HIV-infizierten Personen durch andere Geschlechtskrankheiten und die zumeist problematisch verlaufenden Hepatitis-Koinfektionen machen deutlich, dass neben dem altruistischen Ansatz des Schutzes für andere ein durchaus pragmatischer Mehrwert für die eigene Gesundheit erreicht werden kann. Fühlen sich viele HIV-Positive im Verlauf eines Lebens oftmals als durch das Regime der Medikamente fremdbestimmt, so gilt es hier deutlich zu machen, dass komplett in Eigenregie ein Beitrag zur Gesundheit und zum allgemeinen Wohlbefinden geleistet werden kann.

#### Strategien und Angebote der AIDS-Hilfen in Österreich

Es mag nun der Eindruck entstehen, dass „positive Prävention“ Neuland sei und hier erst erste Schritte unternommen werden müssen. Um dieses Missverständnis zu vermeiden, werden im folgenden Absatz exemplarische Angebote und Leistungen der AIDS-Hilfen in Österreich (einem Darstellungsraster der Int. HIV/AIDS Alliance folgend) aufgelistet: Zu den Leistungen im Bereich der auf das Individuum fokussierten Health-Promotion gehört das Angebot einer freiwilligen Testung (inkl. Beratung), Post-Test-Betreuung und die Beratung für HIV-Infizierte (inkl. Informationsangebote im Rahmen von Positivenwochenenden). Zu den Serviceleistungen gehören die Verfügbarkeit der HIV-Therapie, das Angebot von Beratung und Betreuung sowie die Anstrengungen zur Aufhebung der Stigmatisierung und Inkludierung der Perspektive von HIV-Positiven beispielsweise durch die Mitarbeit des Community Boards bei Fachtagungen.



Photocase.com

In den Bereich der Community-Mobilisierung gehören die Unterstützung der Peer Support Gruppen durch Leistungen wie das Selbsthilfesekretariat der Aids Hilfe Wien, klar fokussierte Informationsangebote wie das Printmedium „Aspekte“ (das als KlientInneninformation fungiert) sowie die (für Heterosexuelle und Schwule) erstellten Broschüren „HIV+ 6“ mit Informationen zur sexuellen Gesundheit und Safer Sex für HIV-Positive. Letzten Endes existiert auf der Ebene der Advocacy und Policy in Österreich ein klares (aber in anderen Ländern Europas oftmals leider nicht selbstverständliches) Bekenntnis zur „positiven Prävention“ als obligatorischer Bestandteil der Arbeit der AIDS-Hilfen.

Harry Walsch von Aids Action Europe fasste die aktuelle Bedeutung der „positiven Prävention“ bei einer ExpertInnentagung im November 2005 in Bergen/Niederlande so zusammen:

„Prevention interventions with positive individuals are likely to have a greater impact on the epidemic, for an equivalent input of cost, time, resources, than preventive interventions focused on negative individuals. A change in the risky behaviour of an HIV positive person will, on average and in almost all affected populations, have a much bigger effect on the spread of the virus than an equivalent change in the behaviour of a negative person.“

#### **Ethik der „positiven Prävention“**

Wir sehen also, dass eine „positive Prävention“ den HIV-infizierten Menschen bezüglich Überlegungen und Anstrengungen besonders in den Mittelpunkt stellt. Im Wesentlichen gelten für diese Interventionen die gleichen inhaltlichen, methodischen und ethischen Standards, die sich in den letzten Jahren in der Präventionsarbeit als „best practice“ herauskristallisierten. Zur Klarstellung soll hier an einige Aspekte erinnert werden:

Im Zentrum der (oftmals auch unbewussten) Grundeinstellung im Präventionskontext muss das Recht auf Sexualität von HIV-Positiven in Kombination mit der Erwartung von Verantwortungsübernahme betrachtet werden. Es gilt also einerseits, Diskriminierungen abzuwehren, andererseits aber auch klar zu machen, dass die Selbstverständlichkeit des Rechts auf Sexualität auch einen verantwortungsvollen Umgang mit diesem Recht einfordert. Alle Strategien laufen letztlich stets auf das übergeordnete Ziel der Steigerung von Gesundheit als durchaus sozial-normativen Anspruch hinaus: Steigerung der allgemeinen Gesundheit durch die Vermeidung weiterer Infektionen, sowie die Stärkung des individuellen Wohlbefindens durch Vermeidung von Gesundheitsrisiken, die das Leben mit HIV zusätzlich erschweren. Positive Prävention ist somit ein Indiz der Normalisierung von HIV/AIDS: Das Leben mit HIV ist soweit normal,



dass die Ebene der sexuellen Gesundheit nicht bewusst oder unbewusst ausgeklammert, sondern offensiv angegangen wird. Dies mag bei einigen Betroffenen Irritation auslösen, denn im Zustand des „Exeptionalismus“ des „frühen AIDS“ der 80er-Jahre wurde dieses Thema oftmals tabuisiert. HIV-Infizierte erlebten sich in einem Zustand, in dem beispielsweise Themen wie Verantwortung nicht präsent waren. Die Beziehung zwischen BetreuerInnen und Betroffenen verändert sich hier also im Zuge der Normalisierung nachhaltig. Harry Walsch fasste so zusammen: „Balance the public health objective for HIV/STI prevention with the sexual well-being needs and rights of people with HIV.“

#### Ausblick

Welche Konsequenzen hat die aktuelle Diskussion rund um die sogenannte Normalisierung von HIV/AIDS (in Verbindung mit Therapieoptimismus, Berichten über das Risikoverhalten und Ansteigen der HIV-Neuinfektionen in verschiedenen europäischen Ländern und wieder auftretenden Epidemien von Geschlechtskrankheiten) für die aktuelle und zukünftige Arbeit? Es gilt dran zu erinnern, dass in der Primärprävention auch HIV-positive Menschen explizit angesprochen werden müssen. Diese primärpräventiven Interventionen müssen im Sinne eines umfassenden Mainstreamings systematisch berücksichtigt werden und in alle relevanten Aktions- und Betreuungsfelder von HIV/AIDS Eingang finden. Das bedeutet also, dass „positive Prävention“ eine Querschnittsmaterie ist, in der die medizinischen BehandlerInnen ebenso gefordert sind wie die psychosozialen Betreuungsangebote für HIV-Positive und natürlich auch die Selbsthilfegruppen von HIV-Positiven. Wir sprechen hier primär nicht von massenmedialen Kampagnen, sondern von der Steigerung von „social skills“ im Bereich der Gesprächsführung. Eines ist aber klar: Die Themen der positiven Prävention gehören offensiv angesprochen!

#### Literatur:

Collins C. et al.: Designing primary prevention for people living with HIV. Aids Policy Research Center & Center for Aids Prevention Studies, Policy Monography Series. 2000.  
International HIV/AIDS Alliance: Positive Prevention: Draft Background Paper. 2002.  
Summerside J. & Davis M., ed. Cooper A.: Keeping it to ourselves: strategic directions in sexual health promotion and HIV prevention for people with HIV. 2002.  
Die Unterlagen zur ExpertInnen tagung „Positive Prävention“ sind unter [http://www.soaaidsprofessionals.nl/actueel\\_bericht/795](http://www.soaaidsprofessionals.nl/actueel_bericht/795) veröffentlicht.

#### SETH C. KALICHMAN (ed.). Positive Prevention. Reducing HIV Transmission among People Living with HIV/AIDS.

Kluwer Academic, 2005, 281 p., € 64,20

"This book is a 'must read' for those interested in the prevention of HIV transmission. It has enough breadth to provide a general overview of 'prevention with positives' and enough detail to satisfy and educate those already working in this area. Clinicians who want to develop or refine their approaches to counselling patients with HIV will find this book valuable."

(Gary Marks, PhD., *New England Journal of Medicine*)

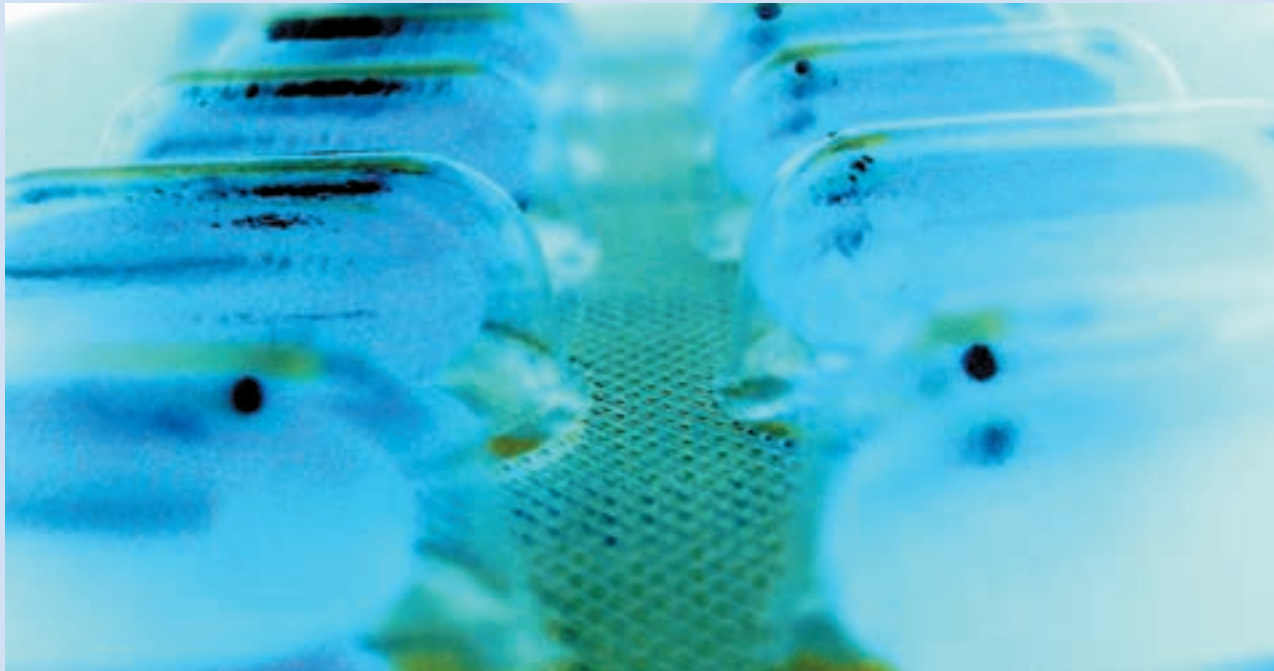
The CDC has made a revision in their philosophy underlying recommended prevention techniques to stop the spread of HIV/AIDS. The new approach focuses on "positive prevention", that is, prevention among people living with HIV/AIDS. This important distinction has resulted in the need to re-examine the behaviours around HIV transmission and the approaches to prevention when working within this diverse population.

„Positive Prevention“ is a timely volume containing the latest contributions from the top scholars in the field on preventing the spread of HIV/AIDS. Issues covered include unprotected sex with HIV-positive gay and bisexual men; issues around whether disclosure leads to safer sex; mental health and HIV with young adults; the impact of HIV diagnosis on sexual risk behaviours; interventions in community settings and more. There is also an important chapter on international perspectives on "positive prevention".



# Neues zur HIV-Behandlung

Sigrid Ofner\* berichtet von den 11. Münchner AIDS-Tagen über die aktuellen Entwicklungen in der HIV-Therapie



Photocase.com

Dr. Sigrid Ofner,  
Medizinische Information  
und Dokumentation der  
AIDS-Hilfen Österreichs

## SMART – DAS ENDE DER THERAPIEPAUSEN?

Viel wurde bei den Münchner AIDS-Tagen darüber geredet, obwohl die Daten, die dazu geführt hatten, noch gar nicht genau bekannt waren: Die SMART (Strategies for Management of Antiretroviral Therapy)-Studie ist abgebrochen worden. Neun Jahre lang hätte in dieser großen internationalen Untersuchung festgestellt werden sollen, ob CD4-gesteuerte Therapieunterbrechungen sicher sind. Doch am 10. Jänner 2006, zwei Jahre nach Beginn der Studie, wurde diese abgebrochen. Schneller als erwartet hatte sich gezeigt, dass es bei jenen PatientInnen, die Therapieunterbrechungen durchführten, eher zu schwerwiegenden Komplikationen kam, als bei den PatientInnen der Kontrollgruppe, die die antiretroviralen Medikamente ohne Therapiepausen einnahmen.

## „on / off“ abhängig vom Immunstatus

Bisher waren 5.472 PatientInnen aus 33 Ländern in die Studie aufgenommen worden. Alle hatten bei Studienbeginn mehr als 350 CD4-Zellen/ $\mu$ l Blut. Jene PatientInnen, die per Zufall der Gruppe der „TherapieunterbrecherInnen“ zugeteilt wurden, stoppten beim Eintritt in die Untersuchung ihre Therapie und begannen sie erst dann wieder, wenn ihre CD4-Zellzahl auf unter 250 Zellen/ $\mu$ l gefallen war. Verbesserte sich der Immunstatus und die CD4-Zellzahl stieg wieder auf über 350 Zellen/ $\mu$ l an, wurde die nächste Therapieunterbrechung vorgenommen und so weiter und so fort. Überprüft werden sollte, ob durch diese Strategie die Nebenwirkungen der antiretroviralen Medikamente bei sicherem Immunstatus so gering wie möglich gehalten werden könnten. Durchschnittlich waren die beteiligten PatientInnen 14 Monate lang beob-

achtet und kontrolliert worden. Die TeilnehmerInnen, die ihre Therapie abhängig vom Immunstatus unterbrachen, hatten dies durchschnittlich dreimal gemacht. Es wurden 164 Fälle dokumentiert, in denen es zu einer Verschlechterung der Erkrankung – in Form von Tod, AIDS-definierender Erkrankungen oder schwerwiegender Komplikationen – gekommen war. 117 dieser Fälle traten in der Gruppe der „UnterbrecherInnen“ auf, 47 bei den TeilnehmerInnen, die keine Therapiepausen durchführten. Daraus ergibt sich ein um das 2,5-fache erhöhte Risiko für die „TherapieunterbrecherInnen“.

## Risiko für Therapierfahrere deutlich erhöht

Überraschend war vor allem, dass die „UnterbrecherInnen“ häufiger Komplikationen, wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Koronare Herzkrankheit (KHK), Leber- und Nierenerkrankungen,

1) *niedrigster jemals bei einer Person gemessener CD4-Wert*

erlebten, die die WissenschaftlerInnen eher in der Kontrollgruppe erwartet hätten. Insgesamt war das Risiko einer Krankheitsverschlechterung unabhängig von Geschlecht, Rasse, Immunstatus bei Studienbeginn, vorangegangener AIDS-Diagnose und CD4-Nadir.<sup>1</sup> Letzteres war überraschend, da es in bisherigen Studien zu Therapieunterbrechungen bei PatientInnen mit niedrigerem CD4-Nadir eher zu einer Verschlechterung der Erkrankung gekommen war. Allerdings hatte der Ausgangswert der Viruslast (VL) zu Studieneintritt Einfluss auf die Krankheitsprogression. Jene PatientInnen, die am Beginn der Studie eine VL unter 400 Kopien/ml hatten und die Therapie abhängig vom Immunstatus unterbrachen, hatten ein 3,8-mal höheres Risiko eine Verschlechterung zu erleben als jene PatientInnen mit einer VL unter 400 Kopien/ml, die keine Therapiepausen einlegten. Bei TeilnehmerInnen mit höheren VL-Ausgangswerten zeigte sich kein Unterschied. Die SMART-Studie hat also eine Antwort auf ihre primäre Frage geliefert: Eine Behandlung mit CD4-abhängigen Therapieunterbrechungen war in dieser Studie einer kontinuierlichen Therapie unterlegen. Das endgültige Aus für Studien zu Therapieunterbrechungen wird dies aber nicht bedeuten. 95% der SMART-TeilnehmerInnen waren therapieerfahren – durchschnittlich hatten sie bereits sechs Jahre antiretrovirale Behandlung hinter sich. Das bedeutet, die SMART-Ergebnisse liefern einen starken Hinweis dafür, dass CD4-abhängige Therapieunterbrechungen bei therapieerfahrenen PatientInnen gefährlich sind. Es wäre aber unzulässig, die Ergebnisse auf alle PatientInnen umzulegen. Kein absolutes Tabu



Photocase.com

stellen Therapiepausen für Dr. J. Brust (Mannheim) dar: „In bestimmten klinischen Situationen können Therapiepausen sinnvoll sein und kontrolliert durch einen erfahrenen HIV-Behandler sind sie hinreichend sicher.“ Diese klinischen Situationen sind z.B. Schwangerschaft, schwere Medikamenten Nebenwirkungen, schwere Begleiterkrankungen, fehlende Adherence des Patienten/der Patientin. Viele Betroffene beginnen eine antiretrovirale Therapie, wie Dr. H. Jäger (München) betonte, auch nur mit der Option, irgendwann eine Pause machen zu können. Er spricht sich für eine vorsichtigere Durchführung der Pausen aus, die er nicht nur von einer CD4-Zellzahl über 250 abhängig machen würde. Anderer Ansicht ist diesbezüglich Dr. N. H. Brockmeyer (Bochum), der die strukturierten Therapieunterbrechungen durch die Resultate der SMART insgesamt in Frage stellt und

möglicherweise auch einen Paradigmenwechsel in Bezug auf den Therapiebeginn sieht.

- Brockmeyer N. H. und Jäger H., Diskussion, 11. Münchner AIDS-Tage, PK 4.2.2006
- Brust J., „Therapiepausen“; 11. Münchner AIDS-Tage, PK 4.2.2006
- Gadd Ch., „CROI: CD4-guided treatment interruptions unsafe, SMART study concludes“; <http://www.aidsmap.com>, 8.2.2006

## NEUE SUBSTANZEN – IST DA ETWAS?

Zweifelloos besteht nach wie vor Bedarf an neuen Medikamenten zur Behandlung der HIV-Infektion. Dies gilt vor allem für PatientInnen, deren Behandlungsoptionen durch multi-resistente Viren eingeschränkt sind. Wie Dr. Ch. Hoffmann (Hamburg) berichtete, deutet einiges darauf hin, dass das therapeutische Arsenal der HIV-Behandlung bald bereichert



werden wird: „Ein wesentlicher Fortschritt ist auf dem Gebiet der so genannten ‘Entry-Inhibitoren’ zu erwarten. Diese verhindern den Eintritt des HI-Virus in die Abwehrzelle und damit die Vermehrung von HIV. Anders als herkömmliche HIV-Medikamente wirken sie damit nicht in der Zelle, sondern von außen.“ Für zwei weitere Substanzgruppen konnte 2005 erstmals gezeigt werden, dass sie in der Lage sind, HIV im Menschen wirksam zu unterdrücken. Dabei handelt es sich um die Integrasehemmer, die bereits seit zwölf Jahren erforscht werden und um die Maturationshemmer. Letztere verhindern die Reifung viraler Partikel von HIV und verfügen damit über einen komplett neuen Wirkmechanismus.“

#### CCR 5-Antagonisten

Unter den Entry-Inhibitoren hat man lange Zeit große Hoffnungen in die CCR 5-Antagonisten<sup>2</sup> gesetzt. Leider wurden diese Ende letzten Jahres getrübt, da Studien mit zwei von drei Vertretern dieser Substanzklasse wegen Nebenwirkungen bzw. Therapieversagen gestoppt wurden. Voll im Rennen befindet sich hingegen Maraviroc, ein CCR 5-Antagonist, der vom Unternehmen Pfizer entwickelt und derzeit in Phase III-Studien an therapie-naiven und therapieerfahrenen PatientInnen hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit getestet wird. Bleibt zu hoffen, dass es bald positive Meldungen aus der Forschung gibt. „Wunderdinge sind allerdings“, wie Hoffmann meint „auch von den derzeit in unterschiedlichen Testphasen befindlichen Wirkstoffen nicht zu erwarten“.

- Hoffmann Ch. „Neue Substanzen in der HIV/AIDS-Therapie“; 11. Münchner AIDS-Tage, PK 4.2.2006 HIV & more 4/2005, S.11

#### WUNSCHWELT HEILUNG –TRAUM ODER REALE HOFFNUNG?

Träumen tun wir wohl alle ab und zu einmal davon, ernsthaft darüber geredet wurde schon lange nicht mehr – über die Heilbarkeit von AIDS. Dr. H. Jäger (München) sprach das Thema bei den 11. Münchner AIDS-Tagen offen an und meinte: „Ich glaube, dass es in den nächsten zehn Jahren möglich sein wird AIDS zu heilen.“ Grund für Jägers Optimismus ist eine kleine im Sommer 2005 in der angesehenen Zeitschrift ‘The Lancet’ publizierte Studie.

#### Valproinsäure

In dieser Untersuchung erhielten vier HIV-positive Personen zusätzlich zu ihrer antiretroviralen Therapie das Antiepileptikum Valproinsäure. Diese Substanz hemmt ein Zellenzym (HDAC1), das wesentlich dazu beiträgt, dass HIV seine Gene in der DNA der menschlichen Wirtszelle verstecken kann. Nach 16 bis 18 Wochen Valproinsäure-Therapie konnte bei drei der Testpersonen eine Abnahme der ruhenden infizierten Zellen von 68 bis über 84% beobachtet werden.

Beim vierten Patienten fiel die Reduktion mit 29% deutlich geringer aus. Möglicherweise, so schlussfolgern die WissenschaftlerInnen, könnte Valproinsäure eine Eradikation von HIV aus dem Körper ermöglichen. Jäger glaubt an diese Möglichkeit. Anders Dr. N. H. Brockmeyer (Bochum), der die Publikation im Lancet als sehr schwach einstuft und erklärte: „Es wird in zehn Jahren keine Heilung geben, und schon gar nicht mit Valproinsäure. Die Antigene bleiben in den Lymphknoten vorhanden, auch wenn HIV dort eradiziert wird.“ Ebenfalls kritisch äußerte sich andernorts Dr. R. Silliciano (USA): „Es wurden mit der Valproinsäure nicht alle Zellen erreicht. Es wäre aber eine 99,9999%-ige Reduktion nötig. Ansonsten explodiert das Virus nach Absetzen des Medikaments extrem rasch, auch wenn nur eine einzige latent infizierte Zelle übrig ist. Nach einigen Tagen wäre man wieder dort wo man begonnen hat.“

- Brockmeyer N. H. und Jäger H., Diskussion, 11. Münchner AIDS-Tage, PK 3.2.2006  
- Gadd Ch. „Could valproic acid eradicate HIV from the body?“ 8/2005, <http://www.aidsmap.com>

2) HIV-1 infiziert Zellen nach Bindung an den CD4- und einen Korezeptor, z.B. den Chemokinrezeptor CCR5.

Wir danken den Firmen GlaxoSmithKline und Böhringer Ingelheim für ihre Unterstützung



Photocase.com

# HAART kann an die Nieren gehen

Ein Überblick über renale Nebenwirkungen von Sigrid Ofner\*

\*Dr. Sigrid Ofner,  
Medizinische Information  
und Dokumentation der  
AIDS-Hilfen Österreichs

Neben Darm, Leber, Haut und Lungen sind die paarig angelegten Nieren die wichtigsten Ausscheidungsorgane des Menschen. Mit ihrem hoch spezialisierten Filtrationsapparat stellen sie das Kontrollorgan der Körperflüssigkeiten dar, filtern Substanzen aus dem Blut und spielen eine wichtige Rolle im Elektrolyt-, Säure-Basen- und Wasserhaushalt. Zu Funktionsstörungen der Nieren kann es durch Vergiftungen, aber auch durch verschiedene Erkrankungen, unter anderem auch durch eine Infektion mit dem HI-Virus, kommen. So ist die HIV-assoziierte Nephropathie das mit Abstand häufigste renale<sup>1</sup> Problem HIV-positiver PatientInnen.

Abgesehen von HIV an sich können allerdings auch antiretrovirale Substanzen die Nieren schädigen und zu mehr oder weniger starken bis lebensbedrohenden Nierenfunktionsstörungen führen. War es vor zehn Jahren in erster Linie der Protease-Inhibitor (PI) Indinavir, der im Zusammenhang mit renalen Nebenwirkungen genannt wurde, werden heute auch Medikamente, die die Reverse Transkriptase hemmen, mit Nierenkomplikationen, wie Erhöhung des Serumkreatinins<sup>2</sup>, Nierenfunktionsstörungen und Nierenversagen in Verbindung gebracht.

## Überwachung der Nierenfunktion bei manchen Medikamenten erforderlich

Bei PatientInnen, die den Nukleotidanalogen Reverse Transkriptase-Inhibitor (NtRTI) Tenofovir Disoproxil Fumarat (= TDF) bzw. das Kombinationspräparat TDF + Emtricitabin einnehmen, werden immer wieder Beeinträchtigungen der Nierenfunktion gemeldet, die sich nach Absetzen von Tenofovir wieder normalisieren. Am häufigsten ist dies bei PatientInnen

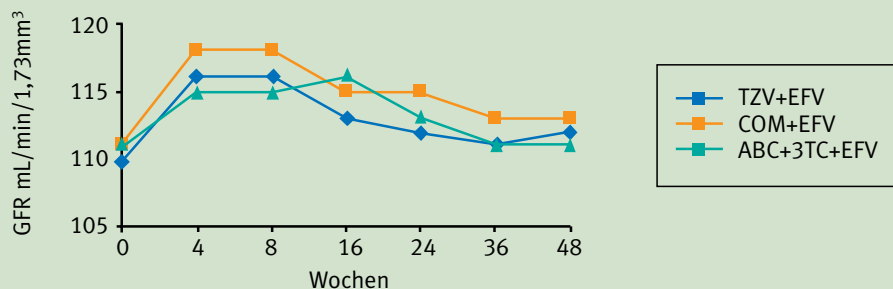


mit zugrunde liegender systemischer Erkrankung oder Nierenerkrankung der Fall bzw. bei Personen, die gleichzeitig nephrotoxische Arzneimittel (z.B. Schmerzmittel) einnehmen. Da einige Fälle jedoch auch bei PatientInnen ohne identifizierte zusätzliche Risikofaktoren auftraten, wird zu einer regelmäßigen Kontrolle der Nierenfunktion geraten. Die Notwendigkeit dieser Vorsichtsmaßnahme wird auch durch eine neue Analyse von Kohortendaten unterstützt. Im Rahmen dieser US-amerikanischen Studie<sup>3</sup> wurden die Daten von 11.362 HIV-infizierten Personen, die eine antiretrovirale Therapie erhielten (naiv und vorbehandelt), analysiert, von denen 3.986 (35,1%) eine milde, 724 (6,4%) eine moderate und 293 (2,6%) eine schwere Nierenfunktionsstörung entwickelten. Die Einnahme von TDF stand in Zusammenhang

mit milder und moderater, nicht aber mit schwerer Nierenschädigung.

## Kein Einfluss auf die Niere durch Zidovudin, Lamivudin oder Abacavir

In zwei randomisierten Untersuchungen<sup>4</sup> wurden Kombinationspräparate aus Nukleosidalen Reverse Transkriptase-Inhibitoren (NRTIs) – nämlich Zidovudin + Lamivudin + Abacavir (= TZV), Zidovudin + Lamivudin (= COM) und Abacavir + Lamivudin – jeweils in Kombination mit dem Nicht-nukleosidalen Reverse Transkriptase-Inhibitor (NNRTI) Efavirenz hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die glomeruläre Filtrationsrate<sup>5</sup> überprüft. Die Nierenfunktion der HIV-positiven therapie-naiven PatientInnen änderte sich während der Langzeitbehandlung über 48 Wochen gegenüber der Ausgangslage nicht signifikant (siehe Graphik).



### Durchschnittliche glomeruläre Filtrationsrate (GFR)

**1. TZV + EFV-Arm;** n = 448 zu Studienbeginn und 309 in Woche 48. Zu Studienbeginn und in Woche 48 lag die GFR bei durchschnittlich ( $\pm$ SD) 111 (26) ml/min und 112 (24) ml/min, die mittlere GFR zu Studienbeginn und in Woche 48 war 109 (33–190) ml/min und 111 (45–236) ml/min.

**2. COM + EFV-Arm;** n = 326 zu Studienbeginn und 261 in Woche 48. Zu Studienbeginn und in Woche 48 lag die GFR bei durchschnittlich ( $\pm$ SD) 111 (24) ml/min und 113 (21) ml/min, die mittlere GFR zu Studienbeginn und in Woche 48 war 109 (48–194) ml/min und 112 (62–203) ml/min.

**3. ABC + 3TC + EFV-Arm;** n = 324 zu Studienbeginn und 269 in Woche 48. Zu Studienbeginn und in Woche 48 lag die GFR bei durchschnittlich ( $\pm$ SD) 111 (24) ml/min und 111 (22) ml/min, die mittlere GFR zu Studienbeginn und in Woche 48 war 109 (50–215) ml/min and 109 (44–214) ml/min.

1) Ren = Latein für Niere

2) Kreatinin = Ausscheidungsform des Stoffwechselproduktes Kreatin; wichtig für die Funktionsprüfung der Niere

3) Heffelfinger J. et al. Renal Impairment Associated with the Use of Tenofovir", 13th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 5.–9. Feb. 2006 Denver (USA); Abstr. # 779 & Poster

4) Sutherland-Phillips D. et al. „Regimens Containing Abacavir (ABC), Lamivudine (3TC), Zidovudine (ZDV), and Efavirenz (EFV) do not Affect Glomerular Filtration Rate (GFR) During Long-Term Treatment of HIV Naive Subjects“, The 45th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC), 16.–19. Dez. 2005, Washington (USA); Poster # H-349

5) Flüssigkeitsvolumen, das von allen Nierenkörperchen pro Zeiteinheit filtriert wird.

# Risikofaktor Partydrogen

Worauf HIV-BehandlerInnen achten sollten von Sigrid Ofner\*

Was sind Partydrogen? Unter diesem Begriff versteht man keine Stoffgruppe, sondern Substanzen, die einem gewissen Konsumstil entgegenkommen. Diese Drogen werden genommen, um im sozialen Kontext erhöhte Kontaktfähigkeit, gesteigertes körperliches Wohl- und Gefühlsempfinden sowie mehr sexuelle Lust zu empfinden. Da alle Partydrogen illegal sind, d.h. Herstellung, Handel und Konsum verboten sind, gibt es praktisch keine offiziellen Erkenntnisse über Wechselwirkungen mit Medikamenten.

### Interaktionsgefahr

Viele HIV-positive PatientInnen haben Angst, mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin über den Konsum von Partydrogen zu

sprechen. Daher sollten die BehandlerInnen die Initiative ergreifen und das Thema ihrerseits vorbehaltlos angehen. Wichtig ist dies spätestens bei der Verordnung antiretroviraler Medikamente. Drogen verändern die Konzentration der Überträgerstoffe an den Synapsen<sup>1</sup> der Nervenzellen, in dem sie entweder die körpereigenen Überträgerstoffe nachahmen, diese vermehrt freisetzen oder deren Abbau verzögern. Eine große Zahl der antiretroviralen Medikamente wirkt ebenfalls auf diese Überträgerstoffe (Neurotransmitter), wie z.B. Serotonin, Noradrenalin oder Dopamin ein. Entsprechende Nebenwirkungen sind Schlafstörungen, Depression, Wahnsymptomatik, Aggressivität etc.

Diese gleichsinnige Wirkung von Medikamenten und Partydrogen und ihr gemeinsamer Abbau über die gleichen Leberenzyme – vor allem bei nicht-nukleosidalen Reverse Transkriptase-Hemmern (NNRTIs) und Protease-Inhibitoren (PIs) – macht den Konsum von Partydrogen unter antiretroviraler Therapie schwer kalkulierbar. Oft sind es auch noch zusätzliche Medikamente, die die Wechselwirkungen dramatisch steigern.

Mögliche Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Drogen

- Droge senkt den Spiegel der Medikamente
- Medikament senkt den Spiegel der Droge

\*Dr. Sigrid Ofner,  
Medizinische  
Information und  
Dokumentation der  
AIDS-Hilfen Österreichs

<sup>1</sup>) Umschaltstelle für die Erregungsübertragung zwischen Nerven oder Nerv und Muskelzelle etc.



2) Wirkung auf die Psyche

- Droge hebt den Spiegel der Medikamente
- Medikament hebt den Spiegel der Droge
- Medikament und Droge verstärken wechselseitig die psychotrope Wirkung<sup>2</sup>

**Vorsichtsmaßnahmen**

Das Problem für den Konsumenten/ die Konsumentin besteht also darin, nicht zu wissen, ob der Konsum der Partydroge gefahrlos abgehen wird oder nicht! Er/sie sollte daher folgende Verhaltensregeln zur Risikominimierung einhalten:

- ärztlichen Rat bei zusätzlichen Medikamenten neben der antiretroviralen Therapie einholen
- Drogen meiden, die besonders häufig zu Komplikationen mit der antiretroviralen Therapie oder der Begleitmedikation führen
- Drogenkonsum nach Möglichkeit in Gegenwart einer vertrauten Person
- möglichst wenig Alkohol gleichzeitig mit Drogen konsumieren
- möglichst nur eine Sorte Drogen innerhalb von 24 Stunden konsumieren
- zunächst nur die halbe Drogendosis einnehmen
- besonders vorsichtig bei nicht persönlich bekannten VerkäuferInnen sein

Zusätzlich gefährlich sind illegale Drogen dadurch, dass man ihre Wirksamkeit oft schwer abschätzen kann. Auf ihrem Weg zu den VerbraucherInnen werden sie mehrmals gestreckt. Daher nimmt man mit jeder Droge auch weitere unbekannte Substanzen zu sich. Die Herstellung von Designerdrogen geschieht zum Teil unter fach-

BEISPIELE FÜR WECHSELWIRKUNGEN MIT DROGEN	
STOFFGRUPPE	INTERAKTION
NNRTIs und PIs	erhöhen in unterschiedlichem Ausmaß die Spiegel von Ecstasy, Amphetaminen (Crystal, Ice, ...), Liquid Ecstasy, Ketamin (Special K, ...), Benzodiazepinen  einige senken die Spiegel von Opiaten/Ketamin
Liquid Ecstasy	Nicht gemeinsam mit Telzir®, Kaletra®, Reyataz® → Gefahr von Affektlabilität Angst
Cannabis	nicht gemeinsam mit Telzir®, Kaletra®, Reyataz® → Gefahr der Gedächtnisstörung (Amnesie)  erhöht den Spiegel von Ecstasy, Amphetaminen, Benzodiazepinen

lich unzureichenden Bedingungen, sodass im Produktionsprozess zusätzliche Stoffe entstehen oder aber die Dosierung ein Vielfaches der Dosis betragt, die für einen Rauschzustand benötigt wird.

**Tipps für ÄrztInnen**

HIV-BehandlerInnen rät Gözl, sich über die möglichen Interaktionen von Drogen mit antiretroviralen (und anderen) Medikamenten zu informieren und mit ihren PatientInnen offen zu reden. Denn nur, weil das Thema gar nicht angesprochen wird, hört niemand mit dem Gebrauch von

Drogen auf. Man kann die Leute aber durchaus dabei unterstützen, sicherer zu konsumieren, die Wirksamkeit der antiretroviralen Therapie nicht zu gefährden oder diese optimal auf die Ansprüche und den Lebensstil der Betroffenen abstimmen.

- Hoffmann/Jäger (Hrsg.) „HIV/AIDS Wunschwelt Heilung – Evidenz für Fortschritt oder Stillstand?“ S. 172ff
- J. Gözl „Partydrogen und Interaktionen mit HAART – was geht, was nicht?“, 11. Münchner AIDS-Tage, Corner Stone Labs II, 5.2.2006
- J. Gözl „Party-Drogen und die Interaktionen mit Medikamenten zur Behandlung der HIV Infektion“, 11. Münchner AIDS-Tage, PK 4.2.2006



Photocase.com

# Wenn nichts mehr geht

Müdigkeit, Libido- und Potenzstörungen bei HIV-PatientInnen von *Sigrid Ofner\**



Photocase.com

*Dr. Sigrid Ofner,  
Medizinische  
Information und  
Dokumentation der  
AIDS-Hilfen Österreichs*

Die Behandlung von Libido- und Potenzstörungen, die bei bis zu 67% aller PatientInnen mit HIV-Infektion in Abhängigkeit vom Stadium der Erkrankung auftreten, stellt ein interdisziplinäres Problem dar. Aus neurologischer Sicht sind viele Ursachen sexueller Dysfunktionen gut behandelbar, was zu einer Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen und deren Therapietreue beiträgt. Primär wichtig sind daher die Diagnose und die Therapie dieser Neuromanifestationen.

## **HIV-assoziierte Enzephalopathie und Myelopathie**

Zu den typischen klinischen Symptomen der HIV-assoziierten Enzephalopathie, die bei ca. 20% der HIV-PatientInnen auftritt, zählen Veränderungen der Feinmotorik, der Konzentration, des Antriebs, des Sozialver-

haltens, Depression, Erektionsstörungen und eine Reduktion der Libido. Meist mit der HIV-assoziierten Enzephalopathie gekoppelt können HIV-assoziierte Myelopathien<sup>1</sup> auftreten. Neben der Therapie mit einer HAART konnte eine Studie nachweisen, dass die Behandlung mit Methionin<sup>2</sup> über sechs Monate eine wesentliche Besserung der erektilen Dysfunktion bringen kann.

## **Polyneuropathie**

Typische klinische Befunde von Polyneuropathien stellen Sensibilitätsstörungen, Verlust des Achillessehnenreflexes und in weiter fortgeschrittenen Stadien Muskelatrophien dar. Untersuchungen bei Patienten mit HIV-Infektion ohne Hinweis auf eine Neuropathie im Vergleich zu einer Gruppe mit Neuropathie ergaben, dass die Nervenleitgeschwindigkeit

des Nervus dorsalis penis bei den Patienten mit Polyneuropathie signifikant herabgesetzt war.

## **Fatigue-Syndrom**

Veränderungen der Libido und erektile Dysfunktion können auch durch ein Fatigue-Syndrom im Rahmen der HIV-Infektion hervorgerufen werden. Hauptsymptome sind dabei Erschöpfung, Schwäche und Unwohlsein. In einer großen Studie an ca. 14.000 HIV-PatientInnen konnte bei 30% ein Fatigue-Syndrom festgestellt werden, schwerpunktmäßig im AIDS-Stadium. Nicht immer steckt hinter der Abgeschlagenheit ein Fatigue-Syndrom. Die Ursachen von Müdigkeit können natürlich vielfältig sein: HIV/AIDS, HAART, Komorbidität, Lebensstil, psychiatrische Erkrankungen, soziale Gründe (Alter, Stress...) etc. Bei 26% der HIV-PatientInnen, die eine

*1) Erkrankung des Rückenmarks*

*2) essentielle Aminosäure*

Therapie einnehmen, ist Müdigkeit für ein „HIV-assoziiertes burn-out“ und das Auslassen von Medikamentendosen verantwortlich. In diesen Fällen gewinnt besonders das an Bedeutung, was immer schon als gesund angesehen wurde: Abbau schädlicher Lebensgewohnheiten, Bewegung, Entspannung, gesunde Ernährung, Hobbies, schöpferische Tätigkeiten etc.

### Depression

Depressive Episoden treten bei 50% nach der Mitteilung der Diagnose „HIV-positiv“ auf. Die Häufigkeit leichter depressiver Episoden beträgt während der HIV-Infektion 25%, die schwerer 14%. HIV-bezogene affektive Probleme können begründet sein durch:

- akute Angst sich infiziert zu haben (bei Nicht-Infizierten)
- traumatisierende Diagnosemitteilung
- Angststörung mit HIV-Betonung
- Partnerkonflikt mit HIV-Implikation
- leistungsbedingte depressive Reaktion bei HIV-Infektion mit körperbezogener Angst
- pharmakogene Faktoren

Die Reduktion der Libido stellt bei der Depression ein wesentliches Symptom dar. Wesentliche Besserung lässt sich durch Psychotherapie und Antidepressiva erzielen, wobei bei einer plazebokontrollierten Vergleichsstudie das Antidepressivum Fluoxetin (70%) besser abschnitt als Testosteron (57%).

### Krankheiten und Medikamente

Veränderungen der Libido kommen nicht nur bei Menschen mit HIV-Infektion vor, sondern auch bei Menschen mit anderen Erkrankungen, z.B. Hypertonie (erektile Dysfunktion bei



Photocase.com

25% der Patienten), Diabetes mellitus (60%). Bekannte Medikamente, die die Erektilität beeinflussen sind unter den Blutdruckmitteln, Antiepileptika, Antidepressiva (Amitriptylin), Interferonen und den antiretroviralen Medikamenten (Ritonavir, Efavirenz) zu finden.

### Behandlung mit Testosteron

Durch viele chronische Erkrankungen kann es zum Hypogonadismus<sup>3</sup> und dadurch zu einer negativen Auswirkung auf den Testosteronspiegel kommen. In solchen Fällen kann eine Testosterontherapie sehr effektiv sein. Sie steigert die Lebensqualität und führt bei langer Anwendung (drei Jahre) zur Zunahme von Knochenmasse und Muskelmasse sowie zur Abnahme der Fettmasse. Bei HIV-positiven Patienten wurde festgestellt, dass ein zu niedriger Testosteronspiegel zur Verringerung der Muskelmasse, zum Anstieg opportunistischer Infektionen und zum häufigeren Auftreten des Wasting Syndroms führen kann. Eine Testosteronbehandlung über sechs Monate bei HIV-positiven Männern mit diagnostiziertem Hypogonadismus und Wasting Syndrom resultierte in einem Anstieg von Muskelmasse und Muskelkraft sowie einer Verbesserung der Lebensqualität. Die HIV-Infektion in Kombination mit einem Testosteronmangel kann

auch psychische Auswirkungen haben. Eine zweiwöchige Testosterongabe führte bei Betroffenen zu einem Anstieg der Libido und einer Verbesserung von Energie und Gefühlslage. Eine Testosterontherapie soll nur bei Symptomen und nachgewiesenem Testosteronmangel erfolgen! Am besten wirken Testosteronpräparate, die intramuskulär appliziert werden. Für diesen Zweck gibt es Präparate, die alle zwölf Wochen gespritzt werden müssen. Verwendet werden sollte in jedem Fall natürliches Testosteron und keine künstlichen Steroide. Zu beachten ist, dass bei Patienten mit Prostatakarzinom keinesfalls Testosteron verabreicht werden darf!

- H. Behre „Testosteron und AIDS – wann wie substituieren?“; 11. Münchner AIDS-Tage, 4.2.2006, Seminar „Der müde, depressive HIV-Patient ohne Lust: Was tun, was nicht?“
- I.W. Husstedt „Libido- und Potenzstörungen bei HIV-Infektion aus neurologischer Sicht“; 11. Münchner AIDS-Tage
- Hoffmann/Jäger (Hrsg.) „HIV/AIDS Wunschwelt Heilung – Evidenz für Fortschritt oder Stillstand?“ S. 90f
- C. Mayr „Keine Mitoxo und trotzdem abgeschlagen: Tipps und Tricks“; 11. Münchner AIDS-Tage, 4.2.2006, Seminar „Der müde, depressive HIV-Patient ohne Lust: Was tun, was nicht?“
- K. Zander „Depressionen als HIV-Arzt behandeln: wie?“; 11. Münchner AIDS-Tage, 4.2.2006, Seminar „Der müde, depressive HIV-Patient ohne Lust: Was tun, was nicht?“

3) fehlende oder verminderte Aktivität der Geschlechtsdrüsen



# ASK FOR

Ein Jugendsportprojekt von Aids Hilfe Wien und ASKÖ Wien von Deborah Klingler\*

Die Jugendprävention der Aids Hilfe Wien und des ASKÖ Wien haben mit Unterstützung des Fonds Gesundes Österreich für Winter 2005 bis Sommer 2006 ein wienweites Jugendsportprojekt zum Thema HIV/AIDS geschaffen, das die Themen Sport, Körperlichkeit, Gesundheit und sexuelle Gesundheit auf neue Art verbindet. Es werden in der Vereinen direkt kostenlose Workshops zum Thema HIV/AIDS angeboten, die von ausgebildeten ReferentInnen der Aids Hilfe Wien gehalten werden. Die gut organisierte Vereinsstruktur des ASKÖ hilft dabei, Information unter den Jugendlichen zu verbreiten, die für ihre weitere Entwicklung von wesentlicher Bedeutung sein kann und ihre (sexuelle) Gesundheit unterstützt. Das Projektdesign ist so strukturiert, dass interessierte TrainerInnen für ihre Jugendlichen beim ASKÖ Wien oder in der Aids Hilfe Wien Workshops buchen können, die direkt in der Vereinen vor, während oder nach einem Training abgehalten werden und die Dauer von 1,5 Stunden haben.

Gerade im jugendlichen Alter ist es wichtig, eine frühe Verknüpfung zwischen Information und Praxis zu ermöglichen. Das Alter der TeilnehmerInnen sollte zwischen 14 und 20 Jahren liegen, die Gruppengröße sollte 20 Personen nicht übersteigen. Um die erforderliche Intimität zu wahren, wird empfohlen, dass die TrainerInnen bei den Workshops nicht anwesend sind. Die Inhalte sind Informationen zum Thema HIV/AIDS: Ansteckung, Schutz, Gefahren, Solidarität mit Betroffenen etc. Die Printmaterialien zum Projekt, für die sich freundlicherweise die FußballerInnen Helge Payer (Rapid),

Markus Kiesenebner (Austria) und Nina Burger (Neulengbach) zur Verfügung stellten, wurden im März 2006 bei einer Pressekonferenz vorgestellt und danach zur Verteilung gebracht. Im Februar 2006 gab es in Zusammenarbeit mit dem GFZ (Gesundheitsförderungsinstitut des Bundes in Wien) eine Schulung für Sportlehr-

kräfte, um auch die schulische Ebene der Leibeserziehung mit zu erfassen. Das Projekt, das eine wichtige Verbindung zwischen Sport, Körper und (sexueller) Gesundheit darstellt, wird am 13. Juni 2006 mit einem Sportabschlussfest im Sportcenter Donaueity beendet, das in Kooperation mit der Österreichischen Gewerkschaftsjugend veranstaltet wird.

*\*Mag.<sup>a</sup> Deborah Klingler ist seit 2002 für die Jugendprävention der Aids Hilfe Wien tätig und für Inhalt und Durchführung des Projekts verantwortlich.*





# Rezensionen

**Sabine Grenz. (Un)heimliche Lust.** Über den Konsum sexueller Dienstleistungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005. 255 S. € 29,90

In dieser kulturgeschichtlichen und empirischen Studie wird der Konsum sexueller Dienstleistungen von Männern untersucht. Das Buch wird getragen von einer ausführlichen, detailgenauen Beschreibung der Methode(n) des Interviewverfahrens als auch von den persönlichen Erfahrungen der Interviewerin vor, während und nach den Gesprächen mit 19 männlichen Freiern. Auf 250 Seiten fließt wiederkehrend vergleichende Literatur in die aktuelle Studie mit ein. Der Diskurs zeitgenössischer Freier wird von der Autorin in zwei Interpretationsteilen analysiert. Der

erste Teil widmet sich der sexuellen Identität (oder dem Begehren der Freier), der zweite Teil widmet sich der Beziehung zwischen Freier und Sexworkerin (also dem Wechselspiel zwischen Geld und Macht; Konsum und Geschlecht). Machtströme verhalten sich flexibel und können sich auch anpassen. In dieser Studie wird deutlich, dass eine privilegierte Position von Männlichkeit die Grundlage für die Prostitution bildet. Freier machen von dieser Position Gebrauch und reproduzieren sie zugleich. Sie verfolgen ihren Egoismus (das Ziel der eigenen Lustgewinnung) und versuchen ihn zugleich moralisch im Griff zu behalten. Die Arbeit von Sabine Grenz zeigt wie der Freier-Diskurs geschichtlich vertortet ist, und reflektiert das Aufkommen und die Entwicklung von



Ideen in diesem Diskurs. In der bisherigen Prostitutionsforschung fanden diese historischen Überlegungen – so die Autorin – keine Beachtung. Auch vor diesem Hintergrund empfiehlt sich das vorliegende Buch zur Lektüre. *ch*

**DIE PUBLIKATIONEN DES FONDS GESUNDES ÖSTERREICH**

**Das Magazin *Gesundes Österreich*** dient dem Informationsaustausch über Gesundheitsförderung und Prävention. Es erscheint viermal im Jahr und gibt einen umfassenden Überblick über aktuelle Aktivitäten und Themen.

Die Programmbroschüre „**Gesundheitsförderung Bildungsnetzwerk**“ fasst die vom Fonds Gesundes Österreich angebotenen regionalen Seminarreihen zusammen.

Alles zu den Themen **Bewegung, seelische Gesundheit und Ernährung**, mit wertvollen Tipps und Adressen.

Alle Publikationen erhalten Sie gratis beim **Fonds Gesundes Österreich**,  
 Mariahilfer Straße 176, 1150 Wien; Tel.: (01) 895 04 00; Fax: (01) 895 04 00-20; E-Mail: [gesund.es.oesterreich@fgoe.org](mailto:gesund.es.oesterreich@fgoe.org); Web: [www.fgoe.org](http://www.fgoe.org)