

PLUS MINUS



- | | |
|--|----|
| ZUR LAGE DER JUGEND
HIV-Prävention bei Jugendlichen | 3 |
| JUGENDSEXUALITÄT HEUTE
Studie „Lust or trust?“ | 5 |
| EIN LEBEN IN ÖSTERREICH?
Die Situation von AIDS-kranken MigrantInnen | 8 |
| PREKÄRE LEBENSLAGEN
Warum es keine Normalisierung von HIV/AIDS gibt | 10 |
| HIV/AIDS-FORSCHUNG
Wie ist der Stand der Dinge? | 12 |
| AIDS – WIE LEBEN SCHWULE MÄNNER HEUTE?
Befragung zum Sexualverhalten von schwulen Männern | 14 |
| PHARMAKOGENETIK
Ein Weg zur individuellen Therapiegestaltung? | 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 · 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 · Langgasse 12 · A-4020 Linz
Tel.: 0732/21 70 · Fax: 0732/21 70-20
E-Mail: office@aidshilfe-ooe.at · Spendenkonto: 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 · 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 (CA-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@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. Dominik Bozkurt, Dr. Eva Brunner et al.,
Mag. Andreas Kamenik (ak), Mag. Birgit Leichsenring und DSA Maritta Teufl-Bruckbauer

Grafik: Jetzt neu! · **Druck:** Klampfer Druck
Auflage: 10.000 · gedruckt auf Recyclingpapier ·
Erscheinungsweise: vierteljährlich · **Cover-Fotos:** mit freundlicher Genehmigung von Wolfgang Bauer; fotogalerie.bauer@gmx.at

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.

PlusMinus wird unterstützt von



Zur Lage der Jugend

HIV-Prävention bei Jugendlichen von *Andreas Kamenik**

Obwohl Jugendliche in Österreich eine Bevölkerungsgruppe darstellen, die einen nur geringen Anteil an HIV-infizierten Personen aufweist, sind sie doch eine der wichtigsten Zielgruppen der HIV-Prävention. Das liegt in der leicht nachvollziehbaren Tatsache begründet, dass Prävention dann am wirksamsten ist, wenn sie schon beginnt, bevor man sich Risikosituationen aussetzen kann und somit die Möglichkeit hat, diese von vornherein zu vermeiden. Seit Beginn der AIDS-Arbeit in Österreich in den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts ist es deshalb ein Anliegen, insbesondere Jugendliche über HIV/AIDS aufzuklären. Diese Bemühungen blieben nicht ohne Erfolg. Studien zeigen, dass Jugendliche heute zur bestinformierten Bevölkerungsgruppe gehören. So wissen beispielsweise 98,3% der österreichischen Teilnehmer der BORDERNET-Studie¹, dass HIV beim ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen werden kann. 98,9% sind sich bewusst, dass das gemeinsame Benutzen von Spritzbesteck beim i.v. Drogenkonsum ein Risiko darstellen kann. 96,1% der Befragten wissen, dass HIV/AIDS zwar behandelbar aber nicht heilbar ist. Andere Studien und Berichte wie z.B. der Wiener Jugendgesundheitsbericht aus dem Jahr 2002 bestätigen, dass „ein hoher Wissensstand über HIV-Mechanismen, Übertragungswege, Risiken und Schutz, Behandlung und Tests bei (...) Jugendlichen festgestellt werden“² kann. Die Implementierung von richtigem Wissen ist in dieser Bevölkerungsgruppe also gelungen.

Für die heutige Jugendprävention ergeben sich aber zwei Schwierigkeiten:

1. Das Wissen wird teilweise nur mangelhaft in richtiges Verhalten umgesetzt.



2. Mythen und Falschinformationen bleiben zu einem nicht unwesentlichen Anteil neben dem richtigen Wissen bestehen.

ad 1. Wissen vs. Verhalten

Wissen allein reicht nicht immer aus, um im richtigen Moment zum richtigen Verhalten zu führen. Andere Faktoren, die offenbar durch herkömmliche Präventionsmaßnahmen nur schlecht beeinflusst werden können, sind maßgeblich am situativen Verhalten beteiligt. Das eigene Körperbewusstsein, das Selbstwertgefühl, das Rollenverhalten gemäß den Geschlechterstereotypen oder die sexuelle Erfahrung müssen hier ebenso berücksichtigt werden wie Alkohol- und Drogenkonsum oder soziosexuelle Mythen. Beispielsweise hält sich seit vielen Jahren bei ca. 40% der Jugendlichen hartnäckig die Meinung, dass Sex ohne Kondom einfach schöner ist³. Das spiegelt sich in der tatsächlichen Kondomverwendung wider. Im Durex Local Report 2006 gibt z.B. jeder zweite Befragte in der Altersgruppe 21 bis 24 Jahre an, schon mal auf Safer Sex verzichtet zu haben.⁴

Mit dem Zunehmen der sexuellen Erfahrung sinkt nicht nur die Schutzabsicht sondern auch die Bereitschaft, das Thema HIV/AIDS mit der Partnerin/dem Partner zu thematisieren. Gleichzeitig halten Jugendliche mit mehr sexueller Erfahrung eine persönliche Ansteckung oder eine Infektion im Freundeskreis für wahrscheinlicher als Jugendliche mit wenig sexueller Erfahrung. Einen deutlichen Unterschied gibt es auch zwischen den Geschlechtern. Mädchen verzichten eher auf den Sex, wenn der Partner kein Kondom verwenden will, während Burschen recht bereitwillig auf das Kondom statt auf den Sex verzichten, wenn die Partnerin ungeschützten Geschlechtsverkehr haben möchte.⁵

Wie man am besten dieser Diskrepanz zwischen Wissen und Verhalten begegnen soll, wird vielfach diskutiert. Eine Ansatzmöglichkeit ist, die Nachhaltigkeit der Präventionsbotschaften zu steigern, indem die Vermittler der Botschaften aus der Zielgruppe selbst rekrutiert werden. In vielen Studien⁶ wurde mittlerweile bestätigt, dass Peer-Education Präven-

**Mag. Andreas Kamenik ist seit 1999 für die Aidshilfe Salzburg im Redaktionsbüro der AIDS-Hilfen Österreichs tätig.*

tionsinhalte leichter und nachhaltiger an die Zielgruppe vermitteln kann, da die Zugehörigkeit zur sozialen Gruppe normalerweise automatisch für eine größere Glaubwürdigkeit sorgt. Mit diesem Ansatz können die vorher genannten Faktoren, die das tatsächliche Verhalten in einer bestimmten Situation mitbestimmen, jedoch nur bedingt beeinflusst werden.

Einen anderen Zugangsweg bietet das Prinzip der Gesundheitsförderung.⁷ Die Prävention versucht, pathogenen Entwicklungen wie AIDS, Sucht oder Gewalt vorzubeugen. Das von Aaron Antonovsky entwickelte Prinzip der Gesundheitsförderung kehrt die Ausgangsfrage um und versucht herauszufinden, warum die meisten Menschen trotz der vielfältigen pathogenen Einflüsse gesund bleiben. Hier soll also nicht ergründet werden, was krank macht, um diese Umstände dann zu vermeiden, sondern es soll herausgefunden werden, welche Faktoren dafür verantwortlich sind, dass Menschen trotz krankmachender Einflüsse gesund bleiben, damit diese Faktoren verstärkt werden können. In der HIV/AIDS-Prävention wird dieser Ansatz meist mit dem Begriff des „Empowerment“ umschrieben. Das bedeutet, dass Menschen dazu befähigt werden, sozialen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Widrigkeiten zum Trotz, ihr Wissen in adäquates Verhalten umzusetzen. Dazu muss das Recht auf Selbstbestimmung und Lebensautonomie, Gerechtigkeit der Güterverteilung und der Abbau von Vorurteilen und Rollenstereotypen gefördert werden. Dieser Ansatz könnte damit wesentlich auf die zuvor genannten Faktoren Einfluss nehmen.

Eine dritte Möglichkeit ist der Ansatz des Risiko-Managements und der „Harm Reduction“. D.h. es wird die Tatsache akzeptiert, dass Menschen immer wieder Risiken eingehen werden, und es sollen ihnen Möglichkeiten an die Hand gegeben werden, das Risiko so klein wie möglich zu halten. In der HIV-Prävention für i.v. DrogengebraucherInnen ist dieses Prinzip beispielsweise durch die Einführung von Spritzenaustauschprogrammen etabliert. Bei sexuellen Risikosituationen ist der Ansatz jedoch heftig umstritten. Gerade für Jugendliche in der Entwicklung hat aber das Eingehen von Risiken, experimentierendes Verhalten und das „Sich Ausprobieren“ elementare Bedeutung. Die dabei erlebten Reize und gewonnenen Erfahrungen sind wichtig für die Entwicklung einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit.⁸ Prävention kann hier ansetzen und versuchen, Jugendlichen eine Risikokompetenz zu vermitteln, statt an einer (nicht realisierbaren?) Risikovermeidung festzuhalten. Die Zukunft wird zeigen, ob mit diesen Ansätzen (am besten in kombinierter Form) ein besseres Verhältnis zwischen Wissen und Verhalten erreicht werden kann.

ad 2. Mythen und Falschinformationen

Trotz des an sich guten Wissensstandes bezüglich HIV und AIDS halten sich auch in der jugendlichen Bevölkerung hartnäckig einige Falschinformationen und Unsicherheiten über die Ansteckungsmöglichkeiten. Beispielsweise glauben immer noch 20,2% der österreichischen Teilnehmer der BORDERNET-Studie¹, dass HIV beim Küssen übertragen werden kann. Bei 13,5% besteht auch Unsicherheit darüber, ob in der Sauna

oder im Schwimmbad bzw. auf der Toilette eine Ansteckung erfolgen kann. Solche Falschinformationen führen zu unbegründeten Ängsten im Umgang mit HIV-positiven Menschen und dadurch zu Ausgrenzung und Diskriminierung. Hier muss untersucht werden, warum sich diese Mythen so hartnäckig halten. Aus der Beratungspraxis lässt sich vermuten, dass dies vielleicht Ausdruck einer Überängstlichkeit ist. So wie viele Jugendliche das Risiko einer HIV-Infektion unterschätzen gibt es auch den Gegenpart, bei dem das Risiko überschätzt wird bzw. auch in Situationen ein Übertragungsrisiko vermutet wird, in denen gar keines vorhanden ist. Trifft diese Annahme zu, würde auch in diesem Fall das Prinzip der Gesundheitsförderung nach Antonovsky greifen. Mit Empowerment könnte der Überängstlichkeit genauso entgegengewirkt werden wie einem mangelnden Risikobewusstsein. Eine Person, die sich ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst ist und Vertrauen in sich selbst hat, wird auch weniger zu irrationalen Ängsten neigen als eine unsichere und deshalb angreifbare Person.

1) EU-Projekt zur Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten in den Grenzregionen Deutschland/Polen, Italien/Slowenien, Österreich/Slowakien. Siehe dazu auch PlusMinus 1/2007: Let's talk about... STDs. S. 5f.

2) Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002. www.wien.gv.at/who/jugendgb/2002. S. 227

3) ebd. S. 227

4) Durex Local Report 2006. Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen in Österreich. http://www.durex.com/at/assets/durex_lr2006_at.pdf. S. 14

5) Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002, S. 227

6) vgl. z.B.: 4. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich. Teil B: Prävention in der außerschulischen Jugendarbeit. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2002. S. 33ff

7) ebd. S. 10ff

8) ebd. S. 26

Jugendsexualität heute

Zentrale Ergebnisse der Studie „Lust or trust? Sexuelles Risikoverhalten heterosexueller Jugendlicher und junger Erwachsener in Kärnten von Eva Brunner, Brigitte Jenull-Schiefer, Olivia Kada, Claudia Brunner*

Der Hintergrund

Jugendliche und junge Erwachsene zeigen verstärkt gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen wie ungeschützten Geschlechtsverkehr (Brunner, 2006; Vögele, 2006), der in engem Zusammenhang mit einer zunehmenden Prävalenz sexuell übertragbarer Erkrankungen gesehen wird (Centers for Disease Control and Prevention, 2006). Eine umfassende Betrachtung des Sexualverhaltens bildet die Grundlage, um das Unterlassen des Kondomgebrauchs bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen verstehen und präventive Interventionen planen zu können. Während in Deutschland die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung das Sexualverhalten junger Menschen seit 25 Jahren strukturiert untersucht (z.B. BZgA, 2006), ist die Datenlage in Österreich eher spärlich; die letzte Österreichische Studie, die sich dem Thema Jugendsexualität auf breiter Basis angenommen hat, ist in den späten 1990er-Jahren zu verorten (Ludwig Boltzmann-Institut für Frauenforschung, 1997). Aus diesen Gründen widmet sich das Projekt „Lust or trust? Sexuelles Risikoverhalten heterosexueller Jugendlicher und junger Erwachsener“ der Erforschung der Sexualität junger Menschen in Kärnten.

Das Projekt „Lust or trust?“

Das Projekt erstreckte sich über den Zeitraum März 2004 bis Dezember 2006 und besteht aus sechs Teilstudien:

■ Studie 1: ExpertInneninterviews: Sieben Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bundesländern Österreichs wurden zum Stand der Sexualprävention sowie der gesellschaftlichen und politischen Bedeu-



tung der Thematik interviewt.

■ Studie 2: Fragebogenstudie „Motive für und gegen Kondome“: SchülerInnen und Studierende (N = 175; Altersrange: 16 bis 25 Jahre) wurden mit einem Fragebogen zu Motiven für und gegen den Kondomgebrauch befragt.

■ Studie 3: Fragebogenstudie „Emotionen beim ersten und letzten Mal“: Mittels Fragebogen wurde das emotionale Erleben beim ersten und kürzest zurückliegenden Geschlechtsver-

kehr analysiert (N = 141 Studierende; Altersrange: 18 bis 25 Jahre).

■ Studie 4: Kärntner Sexuelsurvey: Basierend auf bestehenden Instrumenten aus dem angloamerikanischen Raum wurde theoriegeleitet ein Fragebogen zur Erhebung von Variablen wie etwa Kondomgebrauch, -intention, -einstellung, -selbstwirksamkeitserwartung sowie der Risikowahrnehmung und dem emotionalen Erleben beim Geschlechtsverkehr erstellt und pilotiert. 1089 Jugendliche und junge Erwachsene aus allen Bezirken

*Dr.rer.nat Eva Brunner ist seit 2003 Universitätsassistentin am Institut für Psychologie der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt. Fragen zum Projekt richten Sie bitte an eva.brunner@uni-klu.ac.at

Dr.rer.nat Brigitte Jenull-Schiefer ist seit 2001 Universitätsassistentin am Institut für Psychologie der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt.

Mag.rer.nat Olivia Kada arbeitete am Projekt „Lust or trust?“ mit und ist seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule Technikum Kärnten, Studiengang Gesundheits- und Pflege-management.

Mag.rer.nat Claudia Brunner arbeitete am Projekt „Lust or trust?“ mit und ist seit 2006 Mitarbeiterin im Mini Ambulatorium Wolfsberg, pro mente jugend.

Kärntens beantworteten diese Fragen (Altersrange: 15 bis 27 Jahre).

■ Studie 5: Qualitative Interviewstudie „Das erste Mal“:

In einer qualitativen Interviewstudie mit 32 Mädchen (Altersrange: 16 bis 19 Jahre) wurde das emotionale Erleben vor, während und nach dem ersten Mal im Zusammenhang mit dem Kondomgebrauch exploriert (Kada, Brunner & Brunner, 2006).

■ Studie 6: Qualitative Interviewstudie „Kommunikation und Gelegenheitssex“:

Anhand von 30 Interviews mit Personen, die Erfahrungen mit Gelegenheitssex hatten (Altersrange: 19 bis 31 Jahre), wurde analysiert, inwieweit die Interaktion mit der Sexualpartnerin bzw. dem Sexualpartner mit der Entscheidung für oder gegen ein Kondom zusammenhängt (Brunner, Brunner & Kada, 2006).

Das Projekt widmet sich somit unterschiedlichen Aspekten von Sexualität, verbindet quantitative und qualitative Studien im Sinne der Mixed Methods (Johnstone, 2004) und bietet die Basis für ein breites Verständnis sexuellen Risikoverhaltens bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Kärnten.

Die zentralen Ergebnisse

Die interviewten Expertinnen und Experten sehen ein geringes gesellschaftliches und politisches Interesse

am Thema der Sexualprävention. Ein zentrales Anliegen ist ihnen eine stärkere Verknüpfung von Praxis und Forschung. Dabei steht die Evaluation präventiver Maßnahmen an erster Stelle.

Die häufigsten Motive für und gegen den Kondomgebrauch, die im Zuge der inhaltsanalytischen Auswertung gefunden wurden, finden sich in Tabelle 1. Der häufigste Grund für den Kondomgebrauch ist die Schwangerschaftsverhütung, der Schutz vor Krankheiten wird erst in zweiter Linie thematisiert. Emotionen wie Vorsicht in unklarer Situation – gerade bei sexuellen Gelegenheitskontakten – sowie ein sicheres Gefühl spielen ebenso eine bedeutende Rolle. Nach dem Motto „niemals ohne Kondom als Grundhaltung“ argumentieren junge Befragte (16 bis 20 Jahre) häufiger als die älteren (21 bis 25 Jahre). Eine andere Form von Verhütung stellt das häufigste Motiv gegen den Kondomgebrauch dar und wird von älteren Befragten häufiger genannt als von jüngeren, ebenso das Vorliegen einer treuen, festen Partnerschaft, was den zweithäufigsten Grund für den Kondomverzicht darstellt. An dritter Stelle rangiert die Verfügbarkeitsproblematik, also die Tatsache, kein Kondom bei der Hand gehabt zu haben. Die Einstellung, dass Sex ohne Kondom mit intensiveren Gefühlen

einhergeht, sowie präsexueller Alkoholkonsum, der von jüngeren Befragten häufiger genannt wird, spielen ebenso eine bedeutsame Rolle bei der Entscheidung gegen ein Kondom. Die Motive wurden auch in Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht. Auffallend ist, dass Frauen häufiger das Bestehen einer treuen, festen Partnerschaft als Grund für den Kondomverzicht angeben als Männer, obwohl sich in dieser Studie Frauen und Männer hinsichtlich des Partnerschaftsstatus nicht unterschieden.

Betrachtet man den Bereich der Emotionen im Zusammenhang mit Sexualität zeigt sich, dass Frauen beim ersten Mal signifikant weniger positive und mehr negative Emotionen berichten als Männer. Aus den Interviews mit Mädchen zum ersten Mal ist eine Dominanz von Ängsten, Sorgen sowie von körperlichem Schmerz zu verzeichnen. Im Laufe der Sexualbiographie, also mit zunehmender sexueller Erfahrung, verschwinden die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Hinblick auf das emotionale Erleben. Im Zuge der Surveystudie wurden vor allem Daten zur Deskription des Sexualverhaltens Jugendlicher gesammelt: Das durchschnittliche Alter beim ersten Mal liegt bei 15.75 Jahren (SD = 1.42); im Schnitt hatten die Jugendlichen

Tabelle 1. Die Top-5- Motive für und gegen den Kondomgebrauch

Motive für den Kondomgebrauch	Nennungen in %	Motive gegen den Kondomgebrauch	Nennungen in %
Schwangerschaftsverhütung	53.7	andere Form von Verhütung	33.7
Schutz vor Krankheiten	41.7	treue, feste Partnerschaft	29.1
Vorsicht in unklarer Situation	19.4	„Keines dabei“, Verfügbarkeitsproblematik	12.6
niemals ohne Kondom als Grundhaltung	17.7	intensivere Gefühle ohne	8.6
sicheres Gefühl	8.0	präsexueller Alkoholkonsum	6.9

Anmerkung: Hinsichtlich der Motive waren Mehrfachnennungen möglich.

und jungen Erwachsenen bisher 4.55 SexualpartnerInnen (SD = 6.624). Der Kondomgebrauch nimmt vom ersten Mal mit 79 % im Vergleich zum letzten Mal mit 47 % rapide ab. 61 % der Befragten benutzen immer oder häufig ein Kondom, 39 % selten oder nie. Männer verwenden im Allgemeinen häufiger Kondome und geben öfter als Frauen an, ohne feste Partnerschaft zu sein. Präsexueller Alkoholkonsum wird ebenso häufiger von Männern berichtet.

Regressionsanalysen haben ergeben, dass der Kondomgebrauch wahrscheinlicher ist, wenn die Person

- jung und männlich ist,
- keine feste Partnerschaft hat,
- sich vor dem letzten Mal in geringem Ausmaß gut gefühlt hat,
- ein Kondom als angenehm empfunden und
- in hohem Ausmaß davon überzeugt ist, ein Kondom verwenden zu können (hohe Kondomselbstwirksamkeitserwartung).

Im Bezug auf die Frage nach der Interaktion mit dem Partner bzw. der Partnerin bei sexuellen Gelegenheitskontakten hat sich gezeigt, dass 40 % der Befragten keinerlei verhütungsbezogene Kommunikation betreiben.

Dieses Ergebnis ist Besorgnis erregend, da die Kommunikation über Verhütung nachweislich mit einer höheren Wahrscheinlichkeit des Kondomgebrauchs einhergeht (Finkelstein & Brannick, 2000).

Die Konsequenzen

Das Projekt „Lust or trust?“ bietet eine umfassende Beschreibung des Sexualverhaltens heterosexueller Jugendlicher und junger Erwachsener in Kärnten. Darüber hinaus finden sich Erklärungsansätze für den Kon-

domgebrauch bzw. -nichtgebrauch. Demnach ist der Kondomgebrauch mit kognitiven Variablen wie etwa einer positiven Einstellung gegenüber Kondomen oder einer hohen Kondomselbstwirksamkeitserwartung assoziiert, aber auch mit emotionalen und interaktionalen Aspekten.

Sexualprävention braucht multimediodale Interventionsprogramme: Neben Wissensvermittlung müssen verhaltensbezogene Kondomtrainings, Rollenspiele zur Stärkung der interaktionalen Kompetenz sowie der Umgang mit Emotionen in sexuellen Situationen in die Maßnahmen Eingang finden. Das Phänomen der „seriellen Monogamie“ (BZgA, 2005) – das Eingehen einer festen, treuen Partnerschaft mit mehreren Sexualpartnern bzw. -partnerinnen in Folge – führt häufig zu Vertrauen und Kondomverzicht, ist für die sexuelle Gesundheit aber als Risiko einzuschätzen. Gerade bei Frauen, die das Vorliegen einer Partnerschaft häufiger als Grund für den Kondomverzicht angeben als Männer, sollte dazu in der Prävention eine Thematisierung und kritische Auseinandersetzung stattfinden.

Literatur

Brunner, C., Brunner, E. & Kada, O. (2006). My decision, your decision, our decision? Interaktionsdynamisches Prozessgeschehen und Kondomgebrauch. In B. Gula, R. Alexandrowicz, S. Strauß, E. Brunner, B. Jenull-Schiefer & O. Vitouch (Hrsg.), *Perspektiven psychologischer Forschung in Österreich* (S. 245–251). Lengerich: Pabst.

Brunner, E. (2006). No risk, no fun? – Sexuelles Risikoverhalten in der Jugend. *Dialog – Zeitschrift für Aids- und Sexualfragen*, 2(15), 1-2.
 BZgA (Hrsg.). (2005). *Sexuelle Erfahrungen im Jugendalter. Aushandlungsprozesse im Geschlechterverhältnis*. BZgA: Köln.
 BZgA (Hrsg.). (2006). *Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern*. BZgA: Köln.



Centers for Disease Control and Prevention (2006). *Sexually transmitted disease surveillance*, 2005. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.

Finkelstein, A. M. & Brannick, M. T. (2000). Making decisions about condoms: Whose attitude is it anyway? *Social Behavior and Personality*, 28(6), 539–554.

Johnstone, P.L. (2004). Mixed methods, mixed methodology health services research in practice. *Qualitative Health Research*, 14, 259–271.

Kada, O., Brunner, E. & Brunner, C. (2006). Lust or trust: Emotionen und sexuelles Risikoverhalten. In B. Gula, R. Alexandrowicz, S. Strauß, E. Brunner, B. Jenull-Schiefer & O. Vitouch (Hrsg.), *Perspektiven psychologischer Forschung in Österreich* (S. 297–303). Lengerich: Pabst.

Ludwig Boltzmann-Institut für Frauenforschung (Hrsg.). (1997). *AIDS-Jugendstudie 1997*. Wien.

Vögele, C. (2006). Sexualverhalten. In A. Lohaus, M. Jerusalem & Klein-Heßling, J. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 221–247). Göttingen: Hogrefe.

Das Projekt wurde vom Gesundheitsreferat des Landes Kärnten und der Fakultät für Kulturwissenschaften der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt finanziell unterstützt.

Fotomaterial mit freundlicher Genehmigung von Wolfgang Bauer; fotogalerie.bauer@gmx.at

Ein Leben in Österreich?

Die schwierige gesellschaftspolitische Situation von AIDS-kranken MigrantInnen in Österreich

von Maritta Teufl-Bruckbauer*



© Mediabase, Photocase.com

*DSA Maritta Teufl-Bruckbauer arbeitet seit 1989 als Sozialarbeiterin mit AIDS-kranken und HIV-infizierten Menschen und leitet seit 1991 die Aidshilfe Salzburg.

Weltweit wandern jährlich ca. 150 Millionen Menschen, die auf der Suche nach einem neuem Leben sind, in ein anderes Land aus. Sie flüchten aufgrund von Krieg, Verfolgung oder Hunger. Aber auch die Suche nach Arbeit und die Hoffnung auf eine Verbesserung der persönlichen Situation können Gründe für die Wanderung sein. Forscher bestätigen, dass sich die Situation in den nächsten Jahrzehnten aufgrund von Klimaveränderungen noch verschärfen wird. Sie schätzen, dass dann jährlich mindestens 200 Millionen Menschen unterwegs sein werden. Gerade wohlhabende Kontinente und sichere Staaten werden das erste Ziel dieser Wanderer sein. Auch nach Österreich kommen viele Menschen und suchen aus den verschiedensten Gründen um

Asyl an. Ihre Hoffnung auf ein besseres Leben wird aber sehr schnell zerstört, sie merken, dass sie nicht gerne aufgenommen werden und auf viele Vorurteile und Unverständnis stoßen. Vor allem Menschen, deren Hautfarbe und Aussehen von Einheimischen als fremd eingestuft wird, haben mit den größten Ausgrenzungstendenzen zu kämpfen. Obwohl in letzter Zeit das Thema „Integration“ von Politik und Medien intensiver denn je diskutiert und behandelt wird – und dadurch Hoffnung aufkam – hat sich der Gesetzgeber für eine weitere Verschärfung der Asylgesetze entschlossen.

Bei einigen MigrantInnen, die auf der Suche nach einer neuen Heimat sind, wird auch AIDS diagnostiziert.

Diese kommen vor allem aus afrikanischen und asiatischen Ländern. Seit kurzer Zeit kommen sie auch aus den osteuropäischen Ländern. Meist wird die Infektion erst festgestellt, wenn die Krankheit bereits akut ist und sie sofort eine lebensnotwendige HIV-Therapie benötigen. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt auch meist die erste Kontaktaufnahme mit der AIDS-Hilfe, auf Vermittlung der Krankenhäuser. Nach Einholung des Einverständnisses des/der Kranken findet das Erstgespräch fast immer noch während des stationären Aufenthalts statt. Besondere Herausforderungen und Aufgaben werden damit an die BetreuerInnen der AIDS-Hilfe gestellt. Neben der Sprach- und Kulturproblematik kommen auch fast immer existenzielle und rechtliche Probleme

dazu. Die MigrantInnen erleben durch den Verlust der Heimat einen Verlust an Identität. Ihre bisherigen Gepflogenheiten sind hier vielleicht nicht mehr gültig und sie müssen erst lernen, sich an die Regeln der neuen Gesellschaft zu gewöhnen und damit umzugehen. Sehr oft wissen sie nichts über die Krankheit AIDS und ihre Ursachen. Zusätzliche Probleme schafft ihnen der Umgang mit dem Gesundheitssystem und der Schulmedizin. Sehr intensive Aufklärungsgespräche sind notwendig, bis die Einsicht über die Krankheit vorhanden ist und die Wirkungsweise der Therapie verstanden und sie eingehalten wird.

Rechtliche Situation

Laut Genfer Konvention steht Menschen Asyl zu, denen bei „Abschiebung“ Gefahr für das Leben droht. Damit meint man z.B. die Gefahr aufgrund von politischer Verfolgung oder die Gefahr, aufgrund von Krankheit im Heimatland zu sterben. Da es in vielen Ländern noch keinen Zugang zur HIV-Therapie gibt, ist diese Argumentation oft die einzige Möglichkeit für die von AIDS betroffenen MigrantInnen, einen Aufenthalt in Österreich zu erhalten. Laut § 8 des Asylgesetzes erhalten sie den Status eines subsidiär Schutzberechtigten, jedoch zu sehr eingeschränkten Bedingungen: Das neue Asylgesetz schreibt vor, dass der Schutz nur für ein Jahr zuerkannt wird. D. h. es gibt somit nur mehr einjährige Aufenthaltsgenehmigungen und den Betroffenen wird zugemutet, jährlich den gleichen Instanzenweg zu gehen. Erschwerend kommt hinzu, dass sie in dieser Zeit auch nicht ins Ausland reisen dürfen. Zusätzlich haben diese Menschen nur sehr eingeschränkten



© careaux mit o., Photocase.com

Zugang zur Sozialhilfe. Sie werden zwar von den AsylantInnenheimen mit Verpflegung und Unterkunft versorgt, es wird ihnen aber zugemutet, dass sie mit einem Taschengeld von 70,- bzw. 40,- Euro pro Monat (je nach Ankunftsdatum in Österreich) auskommen müssen. Die AsylantInnenheime befinden sich meist in den Landgemeinden, weit weg vom Zugang zu der benötigten Klinik. So überlasten schon die Reisekosten zur Klinik ihr Budget. Die AIDS-Hilfe kommt daher in der Regel für diese Fahrtkosten auf. Weiters haben sie auch keinen Anspruch auf Bildung und Integrationsmaßnahmen. Auch hier haben die AIDS-Hilfen reagiert und bieten z.B. Deutschkurse für MigrantInnen an.

Der einzige Vorteil nach dem neuen Asylgesetz ist der erleichterte Zugang zum Arbeitsmarkt. So haben Menschen, die bereits seit einem Jahr einen gültigen Aufenthalt nach § 8 vorweisen können, freien Zugang zum Arbeitsmarkt ohne Arbeitsbewilligung. Diese Möglichkeit ist nun gesetzlich gegeben. Die Realität sieht aber so aus, dass sie praktisch keine Chance auf einen Arbeitsplatz haben. Auch gebildete Menschen mit qualifizierten

Berufen landen nur, wenn überhaupt, als Tellerwäscher o. ä. im Gastgewerbe zu Niedrigtlöhnen. So versuchen auch hier die AIDS-Hilfen dem finanziellen Desaster entgegenzuwirken und Beschäftigungsprojekte zu gründen. Sie dienen der Verbesserung der materiell dramatisch schlechten Situation und heben das Selbstwertgefühl der Betroffenen, die sehr wohl eine ihrer Qualifikation entsprechende Arbeit leisten möchten. Der Zugang zur Staatsbürgerschaft ist in Österreich am restriktivsten in ganz Europa. Da die Erreichung der Staatsbürgerschaft mit einem gewissen Einkommen verbunden ist, ist es ihnen unmöglich gemacht, diese zu erlangen.

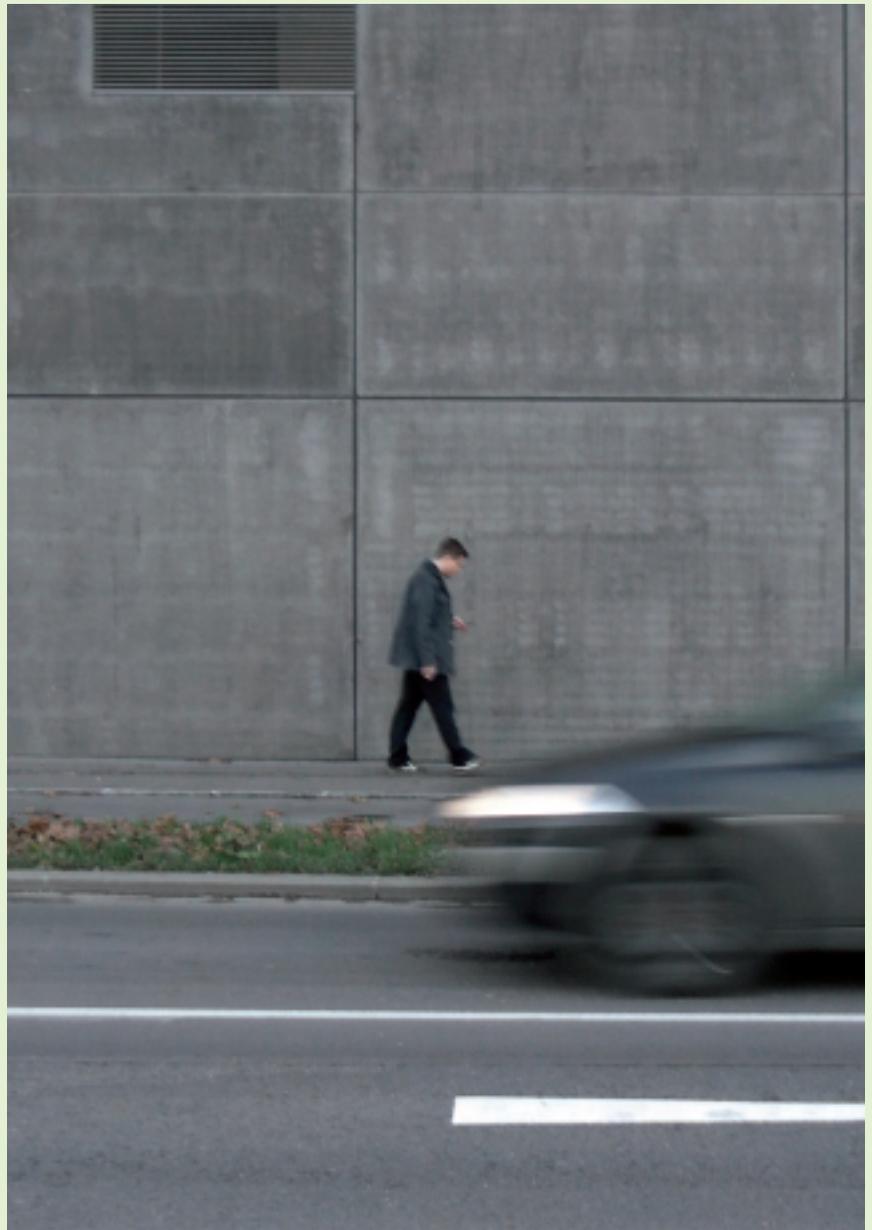
So leben MigrantInnen mit einem sehr unsicheren Status in Österreich und haben wenig Aussichten auf eine befriedigende Zukunft. Auch wenn sie schon etliche Jahre hier leben, können sie niemals sicher sein, dass sie beim nächsten Asylantrag nicht ausgewiesen werden. Diese unzumutbar schwierigen Verhältnisse müssen dringend geändert werden, um diesen Menschen, die immerhin zu den chronisch Kranken zählen, ein menschenwürdiges Leben ermöglichen zu können.

Prekäre Lebenslagen

Warum es keine Normalisierung von HIV/AIDS gibt *von Andreas Kamenik**

**Mag. Andreas Kamenik
arbeitet seit 1999 als
Redakteur für PlusMinus.*

Obwohl medizinische Erkenntnisse aus der HIV-Infektion eine behandelbare Krankheit gemacht haben und das Wissen der Menschen über HIV/AIDS, die Übertragungswege und wie man sich vor einer Ansteckung schützen kann mittlerweile einen recht hohen Stand erreicht hat, hat sich der Umgang mit HIV-infizierten Menschen in den letzten zwanzig Jahren nur wenig verändert. Der Großteil der Betroffenen lebt an der Peripherie der Gesellschaft. Sie werden nach wie vor gemieden. Zu groß scheint die Gefahr, sich anstecken zu können. Katharina Lampl versucht in ihrer Diplomarbeit „Prekäre soziale Lebenslagen dargestellt am Beispiel HIV“¹ die Ursachen dafür zu ergründen. Historisch gesehen ist es eine durchaus gängige Methode, Menschen, die eine Bedrohung für die Gesellschaft oder für eine gesellschaftliche Gruppierung darstellen, von dieser Gesellschaft oder Gruppierung auszuschließen. In Bezug auf Krankheit wäre der Umgang mit Pest- oder Leprakranken als Beispiel zu nennen. Als Mitte der 1980er-Jahre erstmals Fälle von AIDS auftraten, war es nur nahe liegend, dass mit Menschen, die daran erkrankt waren, ähnlich verfahren wird. Man wusste nicht viel mehr darüber, als dass die Krankheit ansteckend ist und tödlich endet. Förderlich für dieses Vorgehen war sicher auch, dass es ohnehin nur ungeliebte gesellschaftliche Randgruppen zu betreffen schien. Auch begrifflich wurde der Konnex hergestellt, indem diese neue Krankheit schnell als „Schwulenpest“ bezeichnet wurde. Obwohl nun schon seit vielen Jahren bekannt ist, dass dieser Habitus für den Umgang mit Menschen mit HIV/AIDS nicht adäquat ist, hat sich daran nicht viel geändert. Bis



heute werden Betroffene als randständig angesehen und stigmatisiert, die Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster haben sich noch nicht genügend den realen Gegebenheiten angepasst. Somit mussten und müssen HIV-infizierte Menschen Verarbeitungsstrategien finden, mit dieser

prekären Situation fertig zu werden. Besonders brisant dabei ist die immer noch praktizierte Abschiebung der Krankheit auf so genannte „Risikogruppen“. Dies gilt nicht nur in Bezug auf die Präventionsbemühungen. Da sich die meisten Menschen keiner dieser „Risikogruppen“ zugehörig

fühlen, sehen sie sich im Fall der Diagnose „HIV-positiv“ zusätzlich zu den medizinischen Konsequenzen plötzlich auch mit ihren eigenen Vorurteilen konfrontiert. Gerade in der heutigen Zeit, in der durch den medizinischen Fortschritt die Bedrohung der Gesundheit nicht mehr so unmittelbar ist, wird die Scham überwältigend, sich mit dieser Krankheit, die doch eigentlich nur Schwule und Junkies betrifft, angesteckt zu haben. Betroffene berichten immer wieder, dass sie sich gerade kurz nach der Diagnose beschmutzt und vergiftet fühlen. In einem Beitrag im Forum+ auf der Website der AIDS-Hilfen Österreichs, www.aidshilfen.at, schreibt eine Betroffene beispielsweise: „Ich fühlte mich mit diesem Virus ausgestoßen, abgegrenzt, nutzlos. Ich fühlte mich ‚behindert‘, hässlich und jetzt auch krank und über die Maßen verlassen und allein.“ Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass die erste Reaktion der meisten Betroffenen die ist, ihre Infektion geheim zu halten, um eine soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung zu verhindern. Katharina Lampl schreibt zum Thema „Stigmamanagement“: „Das Erlernen des Täuschens stellt im moralischen Werdegang einer diskreditierbaren Person einen Wendepunkt dar. In seiner Sozialisation erfährt ein diskreditierbares Individuum irgendwann zwangsläufig, dass es in einer schlechten Art und Weise anders ist als der Rest der Gesellschaft. Es muss lernen, damit umzugehen, wie es von ‚normalen‘ Menschen behandelt wird. Um die Verletzungen nicht ständig ertragen zu müssen, kann es in einer weiteren Lernphase den Weg wählen, andere über sein Stigma hinwegzutäuschen.“² Diese Vorgehensweise führt

oft dazu, dass sich Betroffene von ihren bisherigen sozialen Kontakten zurückziehen. Ein freiwilliger Rückzug wird der Gefahr des Entdecktwerdens und der damit möglicherweise verbundenen Enttäuschung vorgezogen. Nicht nur aus den Interviews, die Katharina Lampl im Rahmen ihrer Diplomarbeit mit Betroffenen führte, sondern auch aus den Erfahrungen in der AIDS-Hilfe-Arbeit geht hervor, dass Menschen mit HIV/AIDS meist nur ein eingeschränktes soziales Umfeld besitzen. „Auch wenn der Betroffene Menschen um sich hat, denen er vertrauen kann und die von seiner Infektion wissen, so ist es dennoch schwierig, fremden Menschen davon zu erzählen, da die Reaktion auf diese Information ungewiss ist.“³ Hier zeigt sich deutlich, dass sich auch die Betroffenen selbst von den Mechanismen, die die Gesellschaft für den Umgang mit ihnen entwickelt hat, nicht so leicht lösen können. Sich selbst und die jetzt dazugehörige Infektion bedingungslos und vorurteilsfrei zu akzeptieren, ist ein schwieriges Unterfangen, das oft nur mit Hilfe anderer erreicht werden kann. Diese anderen zu finden, wird wiederum durch die eigenen ungenügenden Coping-Strategien erschwert. „Entscheiden sich Betroffene dafür, anderen die Information über ihre Krankheit freizügig mitzuteilen, laufen sie Gefahr, von ihrem Gegenüber abgelehnt und stigmatisiert zu werden. Entscheiden sie sich aber dafür, die Information für sich zu behalten, haben sie ein Geheimnis, das es Tag und Nacht zu hüten gilt. So schützen sie sich zwar für eine Zeit vor Stigmatisierung, müssen aber viele Anstrengungen auf sich nehmen, um sicher zu stellen, dass solange sie rela-

tiv gesund sind, niemand unbeabsichtigt von dem Geheimnis erfährt. (...) Die Angst vor dem sozialen Tod kann die Angst vor dem realen Tod übersteigen, daher ist es für die Betroffenen auch notwendig, vorsichtig mit der Information über ihre Infektion umzugehen und somit zu verhindern, dass sie aus dem sozialen Bezugsrahmen fallen. (...) Durch die ständigen vielschichtigen Belastungen wird die Lebensqualität erheblich vermindert.“⁴

Vergleicht man die hier gewonnenen Erkenntnisse mit der Tatsache, dass seit einigen Jahren wieder eine erhöhte Bereitschaft Infektionsrisiken einzugehen besteht – repräsentiert durch die oft zitierte „Kondommüdigkeit“ – sieht man, dass sich nicht nur einzelne Individuen, sondern auch die Gesellschaft selbst in einer prekären Lage bezüglich HIV/AIDS befindet. HIV/AIDS hat in der nicht-infizierten Bevölkerung durch die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten an Schrecken verloren. Und es ist auch gut, dass dadurch ein Teil der irrationalen Ängste abgebaut werden kann. Der nächste Schritt muss jetzt sein, dass der Abbau der Ängste sich nicht nur auf die Krankheit selbst beschränkt, sondern auch die davon Betroffenen umfasst, damit auch das „soziale AIDS“ zumindest behandelbar wird und vielleicht bald geheilt werden kann.

1) Katharina Lampl. Prekäre soziale Lebenslagen dargestellt am Beispiel HIV. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades einer Magistra. Leopold Franzens Universität Innsbruck, September 2004.

2) Lampl, S. 62f

3) Lampl, S. 102

4) Lampl, S. 104f

HIV/AIDS-Forschung in Österreich

Wie ist der Stand der Dinge? von Birgit Leichsenring*

Durch stetige Forschung im Bereich HIV/AIDS und den daraus resultierenden Fortschritten wandelt sich kontinuierlich der Umgang mit HIV/AIDS. Auch die AIDS-Hilfen Österreichs passen ihre Angebote ständig an die neuesten Erkenntnisse an. Doch wie schaut es in unserem Land eigentlich aus mit der Forschung? Wird das Thema HIV/AIDS behandelt und von welchen Gesichtspunkten aus? Generell gibt es unterschiedliche Bereiche, in denen Forschung betrieben werden kann. Dazu gehören die naturwissenschaftliche Grundlagenforschung, klinische angewandte Forschung und die sozialwissenschaftliche Forschung. Alle Faktoren gemeinsam sind wich-

Medikamente getestet, bevor sie ihre Zulassung für den freien Markt erhalten. Sie laufen meistens europaweit, manchmal sogar weltweit, um statistisch auswertbare Daten aus unterschiedlichen Ländern zusammenzufassen. Diese Studien sind aber nicht nur ein Mittel, um Informationen über ein neues pharmazeutisches Produkt zu evaluieren. Obwohl die Einnahme von Medikamenten ohne Erfahrungsdaten Risiken birgt, sieht Dr. Rieger in diesen Studien hauptsächlich den Benefit für die TeilnehmerInnen. Besonders bei PatientInnen, die schon sehr lange unter antiretroviraler Therapie stehen, kommt es gehäuft zu Resistenzen gegen Medi-

des Instituts eine eigene Firma (Polymun) entstanden, die sich darauf spezialisiert hat. Mit diesen Antikörpern könnte die Entwicklung eines prophylaktischen Impfstoffes näher rücken. Und die Rolle Österreichs ist in diesem Fall nicht unwesentlich. Weltweit werden nur einige dieser Antikörper produziert, allein drei davon in Prof. Katingers Arbeitsgruppe. Die Erforschung eines HIV-Impfstoffes ist trotzdem kein nationales Projekt. Nur Kooperationen mit anderen Einrichtungen auf internationaler Ebene können die notwendigen Kapazitäten, sei es finanziell oder personell, zur Verfügung stellen. So existiert z.B. seit 2000 das Projekt „European Vaccine Effort against HIV/AIDS“ (EuroVac), ein EU-übergreifendes Netzwerk von Einrichtungen und Forschungsstätten vieler Länder. Und obwohl natürlich ein nationaler Erfolg im Bereich HIV/AIDS wünschenswert wäre, sagt auch ein erfolgreicher Wissenschaftler wie Prof. Katinger, dass der Forschungsstandort letztendlich für den Kampf gegen das Virus keine Rolle spielt. Ein weiterer österreichischer HIV-Forschungsschwerpunkt ist in Innsbruck angesiedelt. Am Institut für Hygiene und medizinische Mikrobiologie der Universität Innsbruck leitet Prof. Dr. Dierich eine Abteilung, die sich mit unterschiedlichsten Aspekten der HIV-Infektion auseinandersetzt. Hier wird z.B. die Verteilung von HIV-Subtypen in Österreich erforscht und dokumentiert. In einer anderen Arbeitsgruppe wird der Einfluss einiger HIV-Medikamente auf bestimmte Pilzinfektionen untersucht. Ein weiteres Team erarbeitet die Interaktionen zwischen dem HI-Virus und gewissen Autoimmunkrankheiten. Die Infektion des zentralen Nervensystems durch HIV wird ebenso erforscht wie allgemeine Mechanismen des Immunsystems in Bezug auf das Virus. Dass Grundlagenforschung auch auf einer ganz anderen Sichtweise basie-

tig, um eine konstante Verbesserung des Umganges mit HIV/AIDS zu gewährleisten. Dies gilt natürlich für internationale Kooperationen ebenso wie für Forschung in den einzelnen Ländern. Es ist klar, dass die nationalen Projekte allein schon durch die Landesgröße begrenzt sind. Auch wenn die Anzahl der Einrichtungen in Österreich, in denen mit HIV/AIDS gearbeitet wird, gering ist, sind diese dennoch sehr aktiv. Vor allem die klinische Forschung spielt in den HIV-Zentren (Wien, Graz, Linz, Innsbruck) eine große Rolle. Hier können PatientInnen an klinischen Studien teilnehmen. Eines dieser Zentren, die Immundefektiologie/HIV-Ambulanz im AKH in Wien, wird von OA Dr. Armin Rieger geleitet. Seine Station betreut ca. 800 Menschen mit HIV/AIDS. Gleichzeitig laufen an der Station durchgehend fünf bis zehn Studien. In diesen Studien werden neue HIV-

kamente. In diesem Fall ist es meist schwierig, eine optimale Kombinationstherapie zusammenzustellen. Im Zuge einer Studie allerdings haben diese PatientInnen die Chance, vor dem offiziellen Start eines neuen Medikaments mit eben diesem die eigenen Therapiemöglichkeiten zu verbessern. In diesem Beispiel ist der direkte Vorteil der Forschung für Menschen mit HIV/AIDS klar ersichtlich. Im Unterschied dazu stehen bei der medizinischen Grundlagenforschung noch viele Schritte vom Labor bis zur Klinik im Raum. Auch hier gibt es in Österreich Erfolg versprechende Ansätze, die in Zukunft eine Rolle spielen könnten. Prof. Dr. Hermann Katinger leitet das Institut für Angewandte Mikrobiologie an der Universität für Bodenkultur in Wien und arbeitet schon seit den 1980er-Jahren mit seinem Team an neutralisierenden Antikörpern gegen HIV. Mittlerweile ist innerhalb



© mamosu, Photocase.com

*Mag. Birgit Leichsenring ist seit 2007 für die Medizinische Information und Dokumentation der AIDS-Hilfen Österreichs verantwortlich



© sig_plutonika, Photocase.com

ren kann, zeigen z.B. die Arbeiten des Instituts für Virologie und Biomedizin an der veterinärmedizinischen Universität Wien unter Prof. Dr. Walter Günzburg. Hier wird nicht das HI-Virus an sich erforscht, sondern als Werkzeug benutzt. Die Wissenschaftler versuchen, sich bestimmte Eigenschaften von HIV zu Nutze zu machen, um sie für gentherapeutische Ansätze gegen Krebs oder die Parkinson-Krankheit einzusetzen.

Forschung ist aber nicht immer auf der rein naturwissenschaftlichen Seite zu sehen. So beschäftigt sich z.B. die Universitätsklinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Graz mit der Thematik von möglichen HIV-assoziierten psychotischen Erscheinungsbildern, deren Ursachen und Therapiemöglichkeiten. Und vor allem die sozialwissenschaftliche Forschung ist ein sehr essenzieller Bestandteil des Umgangs mit HIV/AIDS. Die erste große Herausforderung wurde in den 1980er-Jahren (zu Beginn der HIV-Thematik) an die SozialwissenschaftlerInnen gestellt. Es stand die Frage im Raum, wie die Bevölkerung mit dem Thema generell umgehen würde. Es

wurde damals diskutiert, ob die Gesellschaft in Bezug auf Homosexuelle und/oder Menschen mit HIV/AIDS womöglich in einen Diskriminierungswahn verfallen könnte. Dass dieses Szenario nicht eingetreten ist, sieht Dr. Dür (Institut für Soziologie der Universität Wien am Ludwig-Boltzmann-Institut) als den wesentlichen Aspekt im Umgang mit dem Thema. Er stellt damit den Begriff der „Normalisierung“ in den Raum. Solange sich eine Vielzahl von Menschen gegen diskriminierende und inhumane Vorschläge wehrt, ist die Grundlage für einen vernünftigen Umgang mit dem Thema in der Gesellschaft gesichert.

Doch obwohl sich diese basale Frage geklärt hat, sind ständige weitere Beobachtungen von sozialwissenschaftlicher Seite notwendig: Wie verändert sich der Umgang mit HIV/AIDS im Laufe der Zeit? Gibt es neue Tendenzen und wie ist mit ihnen umzugehen? Auch auf diesem Gebiet hat sich eine europäische Kooperation etabliert. Bereits 1974 wurde in Wien das „European Centre for Social Welfare Training and Research“ gegründet. Die Organisation befasst

sich international mit unterschiedlichsten sozialen Aspekten des Lebens und auch zu HIV/AIDS laufen diverse Studien – z.B. zum Thema HIV und Hepatitis-Prävention in Gefängnissen, HIV-Prävention bei SexarbeiterInnen in Zentral- und Osteuropa, oder zur Entwicklung von Strategien zur Verbesserung der sexuellen Gesundheit von HIV-positiven Menschen. Ergebnisse solcher Untersuchungen ermöglichen es, adäquat reagieren und Angebote und Unterstützungen im Bereich HIV/AIDS zeitgemäß anpassen zu können.

Auch für die AIDS-Hilfen Österreichs sind diese Studien als Grundlage für ihre Präventionsarbeit wesentlich. Besser wären hier natürlich nationale Daten. Es werden auf österreichischer Ebene zwar einzelne kleinere Studien durchgeführt, z.B. im Rahmen von Diplomarbeiten, übergreifende empirische Studien gibt es aber leider nicht. Dennoch bietet die Kombination der Bemühungen in sämtlichen Bereichen Menschen mit HIV/AIDS in Österreich eine gute Versorgungsgrundlage.

AIDS – Wie leben schwule Männer heute?

Umfassendste österreichische Befragung zum Sexualverhalten von schwulen Männern seit zehn Jahren *von Dominik Bozkurt**

Die Zahl der neuen Infektionen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STDs) nimmt seit mehreren Jahren bei schwulen und bisexuellen Männern in Europa wieder zu. Zu diesen beunruhigenden Neuinfektionszahlen gesellen sich Phänomene wie das Barebacking und Diskurse wie über die Normalisierung bzw. Bagatellisierung des Umgangs mit HIV/AIDS. Die schwule Prävention steht vor neuen Herausforderungen und die Präventionsarbeit reagiert darauf mit einer Intensivierung bewährter Konzepte (z.B. der Vor-Ort-Präsenz in der Szene), mit Innovationen (Onlineprävention auf Internetportalen wie www.gayromeo.com, oder der kostenlosen und anonymen Syphilistestung) und der Beteiligung an Forschungsprojekten. Denn es stellt sich die Frage: Was wissen wir überhaupt über die gegenwärtigen Lebenswelten, über das Sexualverhalten und die Risikobereitschaft schwuler Männer des 21. Jahrhunderts? Die letzte umfassende hierzulande durchgeführte Studie zum Sexual- und Schutzverhalten schwuler Männer wurde vor über zehn Jahren vom Ludwig-Bolzmann-Institut für Medi-

zin- und Gesundheitssoziologie durchgeführt. Dieses Faktum nimmt die schwule Prävention der Aids Hilfe Wien zum Anlass, heuer in Kooperation mit dem AIDS-Forscher Dr. Michael Bochow und dem Wissenschaftszentrum Berlin eine groß angelegte, quantitative Erhebung im MSM-Bereich zu starten.

In Deutschland werden seit 1987 regelmäßig Daten zu Lebensstil und Sexualverhalten schwuler Männer erhoben. Die Schwerpunkte der Befragung zielen sowohl auf die Lebensumstände als auch auf das Wissen und die Risikobereitschaft bezüglich HIV/AIDS ab. Zur Abrundung der Befragungen werden statistische Eckdaten wie das Alter und das Einkommen, aber auch der Beziehungsstatus sowie die Diskriminierungserfahrungen der Teilnehmer erhoben. Auf Grund der gewonnenen Erkenntnisse kann das Wissenschaftszentrum Berlin in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (die diese Studie beauftragt) in regelmäßigen Abständen ein sehr differenziertes Bild über das Sexualverhalten schwuler Männer zeichnen. Das Anliegen

der Aids Hilfe Wien, diese Erhebung auch für Wien und Österreich durchzuführen, wird von der Stadt Wien finanziell unterstützt. Wien wird das Zentrum für die groß angelegte Befragung schwuler Männer sein. Der Fragebogen wurde im Mai in einer Kooperation mit dem Szenemagazin Xtra! gedruckt und veröffentlicht. Online finden Internetuser über internationale Sites (mit hohem Nutzungsanteil deutschsprachiger User) Zugang zum Fragebogen bzw. werden sie auf österreichischen Websites via Links zur Onlinebefragung geführt. Auf dem Internetportal der Aids-Hilfen Österreichs, www.aids hilfen.at, finden Sie Links zu diesen Websites. 350 Fragebögen via Post und zumindest 2.000 Teilnehmer bei der Online-Befragung werden erwartet. Alle Fragebögen, die bei der Aids Hilfe Wien bis Anfang Juli 2007 eingehen, werden berücksichtigt. Die schwule Prävention der Aids Hilfe Wien wird die Ergebnisse zum Jahresende 2007 publizieren und als entscheidungsunterstützende Grundlage für die im Herbst 2007 geplante Informationsoffensive nutzen.

**Mag. Dominik Bozkurt
ist seit Februar 2007
Mitarbeiter für MSM-
Prävention bei der Aids
Hilfe Wien.*



© quite, Photocase.de

Pharmakogenetik

Ein Weg zur individuellen Therapiegestaltung? von Birgit Leichsenring*

Pharmakogenetik ist ein Begriff, der zunehmend auch in der HIV-Therapie an Bedeutung gewinnt. Die Pharmakogenetik befasst sich mit dem Einfluss angeborener genetischer Faktoren auf die Wirksamkeit bzw. Verträglichkeit eines eingenommenen Medikaments.

Schon seit Jahren wird beobachtet, dass unterschiedliche genetische Merkmale einzelner PatientInnen die therapeutische Wirkung (und Nebenwirkung) eines Arzneimittels beeinflussen. Auch in Bezug auf antiretrovirale Medikamente werden nun solche Zusammenhänge erforscht. Die Pharmakogenetik könnte somit die Grundlage bilden, um eine mögliche Unverträglichkeit oder veränderte Wirksamkeit eines Medikaments vorherzusehen und in Folge zu mindern. Eine optimierte und persönlich auf die PatientInnen abgestimmte HIV-Therapie wäre das wünschenswerte Resultat. Im Folgenden werden zwei antiretrovirale Wirkstoffe vorgestellt, bei denen solche pharmakogenetische Effekte bereits erwiesen sind: Abacavir und Atazanavir.

Abacavir (ABC) ist als Transkriptase-Inhibitor (NRTI) möglicher Bestandteil der HIV-Therapie. Als Einzelpräparat wird ABC unter dem Handelsnamen Ziagen®, als Mehrfachpräparat unter Kivexa® und Trizivir® vertrieben. Nach Einnahme von ABC kommt es bei ca. fünf bis acht Prozent der HIV-PatientInnen zu einer Medikamentenunverträglichkeit, einer sogenannten Hypersensitivitätsreaktion (HSR). Diese äußert sich innerhalb der ersten sechs Wochen durch Fieber, Juckreiz, Hautausschlag und ein allgemeines Krankheitsgefühl. Aber auch gastrointestinale Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen) können auftreten. Die Symptome eskalieren mit zunehmender ABC-Dosis, klingen aber nach Absetzen von ABC wieder ab.

Diese HSR tritt insbesondere bei PatientInnen auf, die einen bestimmten genetischen Abschnitt tragen, das HLA-B*5701-Allel. HLA-B ist ein menschliches Gen, welches eine wesentliche Rolle für das Immunsystem spielt. Das Gen kommt in unterschiedlichen Variationen vor, eine davon ist besagtes Allel HLA-B*5701. In kleinen Studien wurde bereits gezeigt, dass alle PatientInnen mit einer HSR diesen Gentypus besaßen, während bei HLA-B*5701-Negativen kein einziger Fall beschrieben wurde. Zurzeit läuft eine groß angelegte Studie mit über 1.900 HIV-PatientInnen in 19 Staaten (PREDICT-1-Studie). Sie soll den Nutzen eines genetischen Tests auf diesen Gentypus vor Einsatz von ABC in einer HIV-Therapie evaluieren. Eine Publikation der Ergebnisse wird für Mitte 2007 erwartet. Mittels Bestimmung des HLA-B*5701-Status könnte in Zukunft eine mögliche HSR vermieden werden, indem die Einnahme von ABC individuell auf den Gentypus der einzelnen PatientInnen abgestimmt wird.

Atazanavir (ATV) ist ein Protease-Inhibitor, der unter dem Handelsnamen Reyataz® in der HIV-Therapie verwendet wird. Eine häufige Nebenwirkung bei Einnahme von ATV ist die Hyperbilirubinämie. Bei diesem Erscheinungsbild kommt es zur Einlagerung des gelblich gefärbten Bilirubins in Haut und Augen, auch als Gelbsucht bzw. Ikterus bekannt. Dies geschieht in Folge einer Blockierung des Leberenzym UGT-1A1, welches für den Abbau des Bilirubins zuständig ist. Im UGT-1A1-Gen sind mehrere Abarten bekannt, die unter normalen Umständen keine Rolle spielen. Bei Kombination einer bestimmten Variation (UGT-1A1*28) mit Einnahme von ATV allerdings tritt die Hyperbilirubinämie gehäuft auf. In einer Studie wurden bei ca. 80% der getesteten PatientInnen mit Hyper-

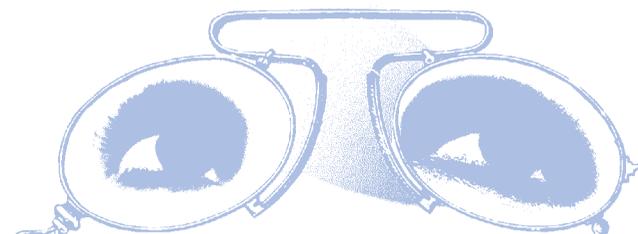


© pixelpolish, Photocase.de

bilirubinämie und ATV-haltiger HIV-Therapie der UGT1A1*28-Gentypus festgestellt. Ein genauer Zusammenhang ist noch nicht geklärt. Eventuell bietet sich auch hier die Möglichkeit, über den pharmakogenetischen Ansatz unerwünschte Nebenwirkungen im Vorfeld ausschließen zu können.

Die beiden Beispiele zeigen, dass eine Korrelation zwischen einem bestimmten Gentypus und der Wirkung von Arzneimitteln bestehen kann. Die Pharmakogenetik versucht, diese Zusammenhänge aufzuklären und damit medikamentöse Therapien zu optimieren. In diesem Sinne wird dieser Forschungszweig in Zukunft sicher noch an Bedeutung gewinnen.

*Mag. Birgit Leichsenring ist seit 2007 für die Medizinische Information und Dokumentation der AIDS-Hilfen Österreichs verantwortlich



Rezensionen

Jürgen K. Rockstroh, Stefan Mauss, Hans Jäger (Hg.). *Koinfektion Hepatitis und HIV*. Band 4. Stuttgart: Thieme, 2006. 95 S. € 51,40

Durch eine Hepatitis verursachte Leberschäden gehören heute bei HIV-positiven Menschen zu den häufigsten Todesursachen. Das liegt zum einen daran, dass es durch die sich überschneidenden Übertragungswege häufig zu Koinfektionen kommt, und zum anderen verläuft eine Hepatitis B oder C bei einem Menschen, der gleichzeitig mit HIV infiziert ist, wesentlich schneller und schwerer. HIV/Hepatitis-Koinfektionen sind eine noch recht junge Fachdisziplin, die sich schnell weiterentwickelt und laufend neue Erkenntnisse bringt. Wie auch bei der HIV-Infektion ist es für die PatientInnen deshalb von entscheidender Bedeutung, dass die BehandlerInnen und SpezialistInnen mit diesen Erkenntnissen Schritt halten – vor allem weil mittlerweile wirksame Möglichkeiten zur Verfügung stehen, eine Infektion mit Hepatitis B und/oder C auch bei gleichzeitiger HIV-Infektion zu behandeln. In vielen Fällen kann (bei rechtzeitiger Diagnose) auch eine Heilung der Hepatitis erzielt werden. Das vorliegende Buch richtet sich an HIV- und Hepatitis-BehandlerInnen, AllgemeinmedizinerInnen, InternistInnen, OnkologInnen und GastroenterologInnen. Die (teilweise englischsprachigen) Beiträge geben einen fundierten Überblick über die neuesten Studienergebnisse und fassen zusammen, welche Konsequenzen daraus für den Behandlungsalltag gezogen werden

können. MedizinerInnen, die nicht auf die Behandlung von HIV oder Hepatitis spezialisiert sind, können ihr persönliches Wissen um die komplexen Zusammenhänge von HIV und Hepatitis erweitern und können damit ihren PatientInnen z.B. im Falle der Diagnose mitteilung gleich eine realistische Einschätzung der Lage liefern. Auch nicht-medizinischem Beratungs- und Betreuungspersonal ist die Lektüre zu empfehlen, sofern eine gewisse Vertrautheit im Umgang mit medizinischen Texten gegeben ist.

ak

Markus Peck-Radosavljevic, Petra Hauk. *Hepatitis C. Therapie – erfolgreiche Heilung*. Wien: Verlagshaus der Ärzte. 2006. 95 S. € 9,90

In der Behandlung der chronischen Hepatitis C wurden in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt. Abhängig vom Genotyp, mit dem der/die Betroffene infiziert ist, können Heilungsraten von 50 bis 80% erzielt werden. Wenn die Infektion in der Akutphase diagnostiziert wird, gibt es sogar Heilungschancen für bis zu 90% der Betroffenen. Die meisten Hepatitis C-Infektionen werden aber eher zufällig entdeckt. Oft werden bei einer Routineuntersuchung erhöhte Leberwerte festgestellt aufgrund derer dann eine HCV-Diagnostik durchgeführt wird. Da die Infektion oft jahrelang ohne Symptome verläuft bzw. die Akutsymptomatik leicht mit einem grippalen Infekt verwechselt werden kann, sind – ähnlich wie bei HIV – viele Menschen zu wenig



auf diese Erkrankung sensibilisiert und wissen über Infektionsrisiken zu wenig Bescheid. Oder sie sind hypersensibel und die dadurch ausgelösten Ängste verhindern einen rationalen Umgang mit der Erkrankung.

Das vorliegende Buch vermittelt ein solides Grundwissen über die Hepatitis C – inkl. der nötigen Hintergrundinformationen beispielsweise über die Leber – und vor allem die existierenden Behandlungsmöglichkeiten. In einer für den medizinischen Laien gut verständlichen Sprache werden die oft komplexen Informationen anschaulich dargestellt. Damit kann das Buch sowohl für Betroffene und ihre Angehörigen eine wichtige Begleitung bei der Behandlung sein als auch nicht Betroffenen helfen die „Gefahr Hepatitis C“ realistisch einzuschätzen.

Univ.-Prof. Dr. Markus Peck-Radosavljevic ist stellvertretender Leiter der Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie der Universitätsklinik für Innere Medizin IV in Wien und zählt zu den führenden Hepatologen Österreichs. Mag. Petra Hauk arbeitet als freie Wissenschaftsjournalistin in Wien und hat bereits an mehreren Gesundheitsratgebern mitgearbeitet.

ak