

# PLUS MINUS

BETRIEBSAUSFLUG Die 12. Münchner AIDS Tage	4
WENN DIE INTERGRATION NICHT KLAPPT Neue Medikamente in der HIV-Therapie	5
HIV-GRUNDLAGENFORSCHUNG 273 Zellfaktoren identifiziert	7
SCHWANGERSCHAFT UND HAART Eine HIV-Infektion ist kein Grund mehr, auf Kinder zu verzichten	10
KLIENTINNEN, DIE AUS DEM RAHMEN FALLEN Ein Case Management-Modell	11
RESISTENZEN UND MINORITÄTEN Die komplexe Welt der HIV-Populationen	12
WIE SICHER IST DER HIV-TEST? Qualitätskontrolle und -sicherung in der HIV-Diagnostik	13
HIV, DIE HAART UND DAS HERZ Wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen vermindert werden können	14
SAFE <sub>4</sub> FUN Neue Awareness-Kampagne	15



# Die AIDS-Hilfen Österreichs

[www.aidshilfen.at](http://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](mailto: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](mailto: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](mailto:kaernten@hiv.at) · Spendenkonto: 92 011 911 (PSK 60 000)



**AIDSHILFE OBERÖSTERREICH** · Blütenstraße 15/2 · A-4040 Linz  
Tel.: 0732/21 70 · Fax: 0732/21 70-20  
E-Mail: [office@aidshilfe-ooe.at](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:plusminus@aidshilfen.at)

### Redaktionsbeirat (verantwortlich für den Inhalt):

Dr. Lydia Domoradzki, AIDS-Hilfe Tirol  
Dr. Lola Fleck, Steirische AIDS-Hilfe  
Dr. Renate Fleisch, AIDS-Hilfe Vorarlberg  
DDr. Elisabeth Müllner, AIDSHILFE OBER-ÖSTERREICH  
Dr. Günther Nagele, aidsHilfe Kärnten  
Elke Schlitz, Aids Hilfe Wien  
DSA Maritta Teufl-Bruckbauer, Aidshilfe Salzburg

### Beiträge von:

DSA Sandra Diwoky, Mag. Andreas Kamenik (ak, red), Mag. Birgit Leichsenring und Dr. Sigrid Ofner

**Grafik:** Jetzt neu! · **Druck:** Klampfer Druck  
**Auflage:** 8.500 · gedruckt auf Recyclingpapier  
**Erscheinungsweise:** vierteljährlich

**PlusMinus** ist das Informationsmagazin der AIDS-Hilfen Österreichs. Es richtet sich an alle, die das Thema HIV und AIDS interessiert oder berührt, an Krankenhäuser, ÄrztInnen, Pflegeeinrichtungen, soziale Institutionen, engagierte Privatpersonen – vor allem aber an diejenigen Frauen und Männer, die unmittelbar davon betroffen sind. Praktische und wissenschaftliche Aspekte der HIV/AIDS-Prävention, Neues aus Wissenschaft und Forschung, Aktuelles zur 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



# Lust auf Spiele



Im letzten Jahr starteten die AIDS-Hilfen Österreichs unter dem Titel „Lust auf schwul sein, Lust auf Leben“ eine breit angelegte Präventionskampagne für Männer, die Sex mit Männern haben. Aber was für schwule Männer gilt, gilt für heterosexuelle schon lange. Studien zeigen, dass trotz ausreichender Information die Bereitschaft zur vorsorgenden Maßnahme sinkt. Die Krankheit hat den akuten Schrecken verloren, der Präventionsgedanke läuft Gefahr, in Vergessenheit zu geraten. Hier gilt es, dagegen zu wirken. Das funktioniert nicht mit mahnendem Zeigefinger oder mit dem wiederholten Vorbeten der Fakten. Überzeugen durch Überraschen ist die bessere Alternative. Billy Boy und Co sind bekannt. Aber glauben die Menschen etwa, dass Safer Sex langweilig ist, Verantwortung nicht

zur Lust passt, Vernunft lebensfeindlich ist? Hier wird das Gegenteil bewiesen. Mit neuen Sujets richtet sich die Botschaft „Kondome schützen“ an ein breiteres Publikum. Die Szenerie und Stimmung rund um die EURO 2008 eignet sich besonders, die Aufmerksamkeit dieser Zielgruppen auf den Kampagneninhalte zu lenken. Von 1. bis 15. Juni erzeugen auf 200 von Gilead gesponserten Plakatwänden in ganz Österreich prägnante Sujets eine Vorstellung von paradiesischen Zuständen. Zusätzlich werden in sieben Landeshauptstädten Wartehäuschen in sinnliche Oasen verwandelt und laden beim Warten dazu ein, sich vergnügliche Gedanken zu machen. Einen Eindruck von der Kampagne können sie sich durch das in dieser Ausgabe verwendete Bildmaterial machen. *red*



# Betriebsausflug

Die 12. Münchner AIDS Tage zu Gast in Berlin *von Birgit Leichsenring\**

*\*Mag. Birgit Leichsenring,  
Medizinische Information  
und Dokumentation der  
AIDS-Hilfen Österreichs*

Tagungen und Kongresse stellen ein wichtiges Instrument dar, um in der sich sehr schnell entwickelnden Welt der HIV-Forschung den neuesten Wissensstand zu kommunizieren und zu diskutieren. Im deutschsprachigen Raum sind die „Münchner AIDS Tage“ seit langem eine der größten und renommiertesten Konferenzen. Von 14. bis 16. März trafen sich bereits zum 12. Mal ExpertInnen unterschiedlichster Berufsgruppen sowie VertreterInnen der Community. Erstmals unternahm dafür der Kongress einen „Betriebsausflug“, wie dies der wissenschaftliche Leiter Dr. Hans Jäger vom Kuratorium für Immunschwäche München (KIS) titulierte. Neben großen Plenarvorträgen gab es zahlreiche sogenannte „Corner-Stone-Labs“ und Gesprächsgruppen, in denen bei kleiner TeilnehmerInnenzahl ohne technische Hilfsmittel interaktiv und direkt miteinander kommuniziert wurde.

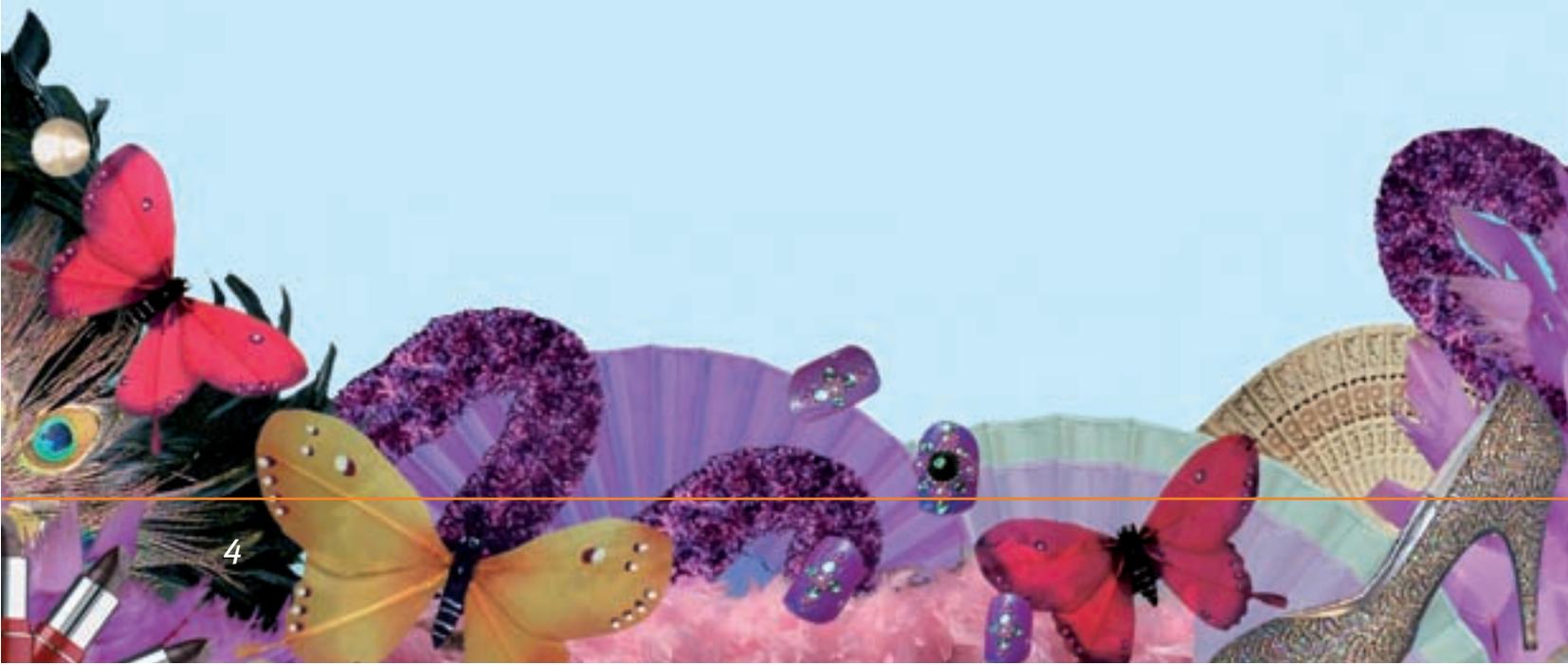
Erstmals wurden auch besonders gekennzeichnete Seminare für Neueinsteiger in die Thematik abgehalten. Insgesamt hielten im Laufe der drei

Tage ca. 200 ReferentInnen über 170 Einzelvorträge, diverse Diskussionsrunden und Workshops ab. Die inhaltlichen Schwerpunkte lagen vor allem bei den Therapiefortschritten mit neuen Substanzklassen der HIV-Therapie und deren Bedeutung und Auswirkungen für PatientInnen mit HIV/AIDS. Eine Veröffentlichung der Eidgenössischen Kommission für Aids-Fragen der Schweiz Anfang des Jahres ließ auch die Diskussion um Prävention und deren Zugänge aufleben. Immunaktivierung, biomedizinische Prävention und die akute HIV-Infektion fanden ebenso Raum wie z.B. Themen der Menschenrechte, HIV-PatientInnen in höherem Lebensalter und HIV-positive MigrantInnen oder die Situation in Regionen außerhalb westlicher Industriestaaten.

Abseits des inhaltlichen Programms wurde auf den Münchner AIDS Tagen wieder der Annemarie-Madison-Preis vergeben. Diese mit € 5.000,- dotierte Auszeichnung wird bereits seit 1996 vom KIS an Personen und Organisationen vergeben, die sich im besonderen

Maße mit Vorbildfunktion für die Verbesserung des menschlichen Umgangs mit HIV/AIDS einsetzen. Ebenfalls verliehen wurde der Konrad-Lutz-Preis an die Gewinner eines Kunstwettbewerbs für Menschen mit HIV/AIDS und deren Angehörige. Unter dem Titel „immer ist jetzt“ wurden die 13 besten Exponate von über 100 Einsendungen prämiert.

Zusammenfassend muss man sagen, dass die „12. Münchner AIDS Tage 2008 zu Gast in Berlin“ ein großer Erfolg waren. Die Mischung aus ÄrztInnen, WissenschaftlerInnen, VertreterInnen der Pharmaindustrie sowie zahlreichen Organisationen, Selbsthilfegruppen und vor allem Menschen mit HIV/AIDS ermöglichte die Auseinandersetzung mit unterschiedlichsten Aspekten und Zugangsebenen. Im Rahmen dieser sehr gut organisierten Tagung war es sicher für jeden der ca. 1.500 TeilnehmerInnen ein Leichtes, spannende Impulse und wichtige Informationen mitzunehmen, um damit neue Entwicklungen aktiv zu verfolgen und voranzutreiben.



# Wenn die Integration nicht klappt

Neue Medikamente in der HIV-Therapie von Birgit Leichsenring\*

Mit Hilfe der HIV-Therapie kann für Menschen mit HIV/AIDS mittlerweile eine immer längere Lebenserwartung und vor allem eine bessere Lebensqualität gewährleistet werden. Um diesen Standard zu halten bzw. weiter auszubauen, ist kontinuierliche Forschung und Entwicklung auf dem Gebiet der antiretroviralen Medikamente notwendig. In den letzten Monaten hat es diesbezüglich einige beachtliche Neuerungen gegeben.

Bislang gab es in der HIV-Therapie Medikamente aus fünf verschiedenen Wirkstoffklassen, die an unterschiedlichen Punkten des HIV-Vermehrungszyklus angreifen.

## Reverse Transkriptase-Inhibitoren

Diese Substanzen zielen darauf ab, ein Enzym namens Reverse Transkriptase zu blocken. Mittels dieses Enzyms wird das HIV-Erbgut von RNA in DNA umgeschrieben, ein essenzieller Schritt im Lebenszyklus der Viren. Diese Gruppe teilt sich in drei Unterklassen auf, die sogenannten „NRTIs“, die „NtRTIs“ und die „NNRTIs“.

## Protease-Inhibitoren

Damit in der infizierten Zelle funktionelle Viren entstehen können, müssen zunächst einzelne Bestandteile der HIV-Viren produziert werden. Für diesen Schritt ist das Enzym Protease notwendig. Die Protease wird mit diesen Medikamenten (sogenannte „PIs“) gehemmt.

## Fusionshemmer

Um eine Zelle überhaupt zu infizieren, muss das HI-Virus zunächst an die Zellwand binden. Nur durch die Bin-



\*Mag. Birgit Leichsenring,  
Medizinische Information  
und Dokumentation der  
AIDS-Hilfen Österreichs

dung, kann der weitere Vermehrungszyklus beginnen. Hier setzt diese antivirale Substanz an, um diesen Vorgang zu verhindern.

Seit letztem Jahr sind nun zwei komplett neue Substanzklassen in der HIV-Therapie erhältlich. Vor allem für PatientInnen, die bereits Resistenzen gegen die herkömmlichen Medikamente der HIV-Therapie entwickelt haben, bieten diese neuen Substanzklassen neue Möglichkeiten. Als weitere Neuheit wurde Anfang 2008 die Kombination von bereits bewährten Medikamenten in Form einer einzigen Tablette vorgestellt.

## Eine neue Wirkstoffklasse: Integrase-Inhibitoren

Damit sich das HI-Virus in der infizierten Zelle vermehren kann, wird

das HIV-Erbgut in die menschliche DNA der Zelle integriert. Das Enzym „Integrase“ ist für diesen Vorgang zuständig. Raltegravir ist eine Substanz, die an diesem Punkt angreift und die Integrase blockiert. In weiterer Folge kann die virale DNA nicht in die Zell-DNA eingebracht werden und es können keine neuen Viren produziert werden.

Raltegravir wurde als erster Integrase-Inhibitor Ende Dezember 2007 von der EMEA (Europäische Arzneimittelbehörde) zugelassen und ist seitdem unter dem Handelsnamen Isentress® (Herstellerfirma Merck Sharp & Dohme) erhältlich. Zugelassen ist Isentress® für erwachsene PatientInnen, die bereits vortherapiert sind und trotz antiviraler Therapie eine Virusvermehrung aufweisen. In großen Studien wurden eine sehr gute Verträglichkeit

© cadswallop, photocase.de



und eine beachtliche Unterdrückung der Viruslast beobachtet. Bislang wurden keine spezifischen Nebenwirkungen beschrieben, aber es sind Langzeitbeobachtungen notwendig, um dies nachhaltig zu untermauern.

Resistenzen können natürlich auch gegen dieses Medikament entstehen und es deutet sich an, dass es zu sogenannten Kreuzresistenzen kommen wird, d.h. eine Resistenz gegen diesen Integrase-Inhibitor bewirkt ebenfalls eine Resistenz gegen weitere Medikamente dieser Substanzklasse. Ein Problem, das zu diskutieren sein wird, wenn weitere Integrase-Inhibitoren (sogenannte INIs) auf den Markt kommen. Bislang ist Isentress® nur für vortherafierte PatientInnen zugelassen. Aber Studien mit therapienaiven PatientInnen zeigen ebenfalls gute Ergebnisse. Das kann bedeuten, dass die Zulassung in Zukunft ausgeweitet werden könnte. Zusammenfassend eröffnet Isentress® (zwei Tabletten/Tag) vor allem für PatientInnen mit Resistenzen gegen die herkömmlichen Substanzklassen eine neue Perspektive.

#### **Eine neue Wirkstoffklasse: Korezeptor-Antagonisten**

Zur Infektion einer Zelle, muss das HI-Virus zunächst an die Außenwand der Zelle binden. Dies geschieht über bestimmte Oberflächenstrukturen (Rezeptoren) der Zelle, an die sich die Viren binden können. Neben dem Hauptrezeptor zum Andocken (CD4) ist noch ein zweiter sogenannter Korezeptor notwendig. Hier kommen zwei verschiedene Strukturen in Frage, entweder ein Rezeptor namens CCR5 oder ein Rezeptor namens CXCR4.

Damit das Virus in die Zelle gelangen kann, ist die Bindung zu CD4 und zu einem dieser beiden Korezeptoren notwendig. An dieser Stelle interagiert nun Maraviroc, eine weitere neue Substanz in der HIV-Therapie. Es verhindert die Bindung der HI-Viren an CCR5 und damit deren Eintritt in die Zelle. Da es jedoch auch HI-Viren gibt, die den anderen Korezeptor (CXCR4) benutzen, ist vor Beginn ein Test auf den Rezeptortropismus notwendig. Sollten bei dem Patienten/der Patientin vorwiegend HI-Viren vorkommen, die über die Bindung an CXCR4 in die Zelle gelangen, ist eine Therapie mit Maraviroc nicht sinnvoll. Die Effizienz in der Virusunterdrückung und eine gute Verträglichkeit der neuen Substanz wurden bereits in großen Studien belegt, aber es fehlen auch hier noch die Langzeitbeobachtungen. Trotzdem stellt dieses neue Medikament (zwei Tabletten/Tag) ebenfalls für bereits vortherafierte erwachsene PatientInnen eine gute Möglichkeit und Zukunftsperspektive dar. Unter dem Handelsnamen Celsentri® (Herstellerfirma Pfizer) ist dieses neue Präparat seit Herbst 2007 von der EMEA zugelassen.

**Ein neues Kombipräparat: Atripla®**  
Atripla® ist zwar von den Substanzen her keine Neuheit, aber dennoch bahnbrechend. Zum ersten Mal in der Geschichte der HIV-Therapie ist eine klassische Kombinationstherapie aus drei unterschiedlichen Medikamenten in Form einer einzigen Tablette pro Tag erhältlich. Und ein bemerkenswerter Schritt, um dies zu ermöglichen, ist die Zusammenarbeit von drei großen Pharmaunternehmen (Bristol-

Myers Squibb, Merck Sharp & Dohme und Gilead Sciences). Von der FDA (der US-amerikanischen Food and Drug Administration) wurde Atripla® bereits im Sommer 2006 zugelassen und im Dezember 2007 nun ebenfalls von der EMEA (Europäische Arzneimittelbehörde). Damit steht diese Fixkombination auch HIV-PatientInnen in Europa zur Verfügung. Die drei einzelnen Substanzen werden bereits länger als möglicher Bestandteil der antiretroviralen Therapie eingesetzt. Das Präparat besteht aus Efavirenz (seit 1998 von MSD als Stocrin®), Emtricitabin (seit 2003 von Gilead Sciences als Emtriva®) und Tenofovir DF (seit 2001 von Gilead Sciences als Viread®). Die beiden Letzteren sind bereits als Kombinationspräparat namens Truvada® erhältlich. Atripla® ist zugelassen für vortherafierte HIV-infizierte Erwachsene, die seit mindestens drei Monaten eine Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze (RNA-Werte von < 50 Kopien/ml) aufweisen und bislang kein virologisches Versagen erlitten haben. Außerdem dürfen vor Therapiebeginn keine relevanten Resistenzen gegen eine der drei Substanzen vorgelegen haben. Sowohl Studien, als auch die Erfahrungswerte, die bereits in den USA mit dem Medikament gesammelt werden konnten, zeigen die gute Verträglichkeit und eine nachhaltige Unterdrückung der Viruslast auf. Und vor allem das einfache Dosierungsschema steht eindeutig für Atripla®. Eine einzige Tablette pro Tag erleichtert den PatientInnen massiv den Alltagsablauf und erhöht damit Adhärenz, Therapieerfolg und Lebensqualität.



# HIV-Grundlagenforschung

273 Zellfaktoren identifiziert von Birgit Leichsenring\*



Damit sich das HI-Virus in einer Zelle vermehren kann, sind mehrere aufeinander folgende Schritte notwendig. Der virale Lebenszyklus beginnt mit der Bindung an die Zelloberfläche, dem Freisetzen des HIV-Genoms (RNA) ins Zellinnere und der Umschreibung der viralen RNA in DNA. Danach erfolgt ein Transport der HIV-DNA in den Zellkern und die Integration in das menschliche Genom. Von hier aus werden einzelne Virusbestandteile produziert, zusammengesetzt und als neue HI-Viren aus der Zelle geschleust. Was sich grob in drei Sätzen zusammenfassen lässt, ist natürlich ein sehr komplexer Vorgang, von dem noch nicht alle Mechanismen genau geklärt sind. Und für diesen Ablauf ist das HI-Virus zusätzlich auf die infizierte Wirtszelle angewiesen. Denn HIV selber besitzt nur ein relativ minimiertes Genom, es besteht aus ca. 9.000 einzelnen Bausteinen. Für dementsprechend wenig Information ist im Genom der Viren Platz, nur 15 eigene Proteine sind hier kodiert. Im Vergleich: das Genom einer menschlichen Zelle ist aus ca. 3.000 Millionen Einzelbau-

steinen aufgebaut und beinhaltet zigtausende Gene. Es ist damit einleuchtend, dass die HI-Viren in ihrem Lebenszyklus auf die infizierte Wirtszelle und deren „molekulare Werkzeuge“ angewiesen sind. Bislang waren nur 36 der menschlichen Zellfaktoren bekannt, die vom HI-Virus benötigt werden, um den eigenen Vermehrungsprozess zu bewerkstelligen.

Im renommierten Wissenschaftsjournal „Science“ wurde nun im Februar 2008 eine bahnbrechende Studie veröffentlicht. Die Wissenschaftler rund um Abraham L. Brass von der Harvard-Universität in Boston/USA konnten unglaubliche 273 Faktoren einer menschlichen Zelle identifizieren, welche im HIV-Infektionsprozess eine Rolle spielen. Durch die sogenannte „RNA-Interferenz-Methode“ wurden über 21.000 menschliche Gene auf diesen Einfluss getestet. Bei der Methode werden in der Zellkultur einzelne kurze RNA-Abschnitte in die Zellen eingebracht. Durch ihren Aufbau besitzen sie die Eigenschaft, bestimmte Gene auszuschalten. Es wird in Folge

kein funktionsfähiges Produkt von diesem Gen hergestellt. Jeweils ein einzelnes zelluläres Gen wurde nun auf diese Weise stillgelegt und die Zellen im Anschluss mit HI-Viren infiziert. Durch den Effekt, den das Ausschalten dieses Gens auf die Vermehrung der Viren hatte, konnten damit die Zellfaktoren bestimmt werden, von denen HIV abhängig ist. Sehr elegant wurde damit der direkte funktionale Zusammenhang zwischen einzelnen Zellfaktoren und der HIV-Vermehrung deutlich gemacht und die zellulären Faktoren aus diesem Grund als „HIV-dependency-factors“ (HDFs) bezeichnet.

\*Mag. Birgit Leichsenring,  
Medizinische Information  
und Dokumentation der  
AIDS-Hilfen Österreichs

Nicht nur für das Verständnis einer HIV-Infektion im Detail sind diese Erkenntnisse spannend. Durch weiteres Erforschen der Interaktionen zwischen diesen Zellfaktoren und HIV, könnten sich auch weitere Ansatzpunkte für die antiretrovirale Therapie ergeben. Die bisher entwickelten Wirkstoffe der HIV-Therapie stehen alle in direktem Zusammenhang mit den eigentlichen HIV-Proteinen. Sie hemmen diese direkt oder verhindern die Bindung von HIV-Proteinen an andere zelluläre Faktoren. Unter Umständen könnten Wirkstoffe entwickelt werden, die eben nicht direkt das Virus und seine Bestandteile beeinflussen, sondern menschliche Zellfaktoren. Die Hemmung der Virusvermehrung würde damit einen anderen Zugang bekommen. Ob es sich hierbei um eine realistische Zukunftsprognose handelt, werden die Ergebnisse weiterer Forschungsarbeit zeigen. Sicher ist, dass es sich bei den publizierten Forschungsergebnissen um einen weiteren wegweisenden Schritt im Bereich der HIV-Forschung handelt.



*Lusa*



**GILEAD**

Advancing Therapeutics.  
Improving Lives.

*st auf Spiele.  
Lust auf Leben...*

**kondome** *schützen*  
*www.aidshilfen.at*

Die AIDS-Hilfen  
Österreichs



# Schwangerschaft und HAART

Eine HIV-Infektion ist kein Grund mehr, auf Kinder zu verzichten *von Birgit Leichsenring\**



© Goldkette, photo case.de

Durch eine Kombination von Maßnahmen ist es (zumindest unter den in westlichen Industriestaaten gegebenen Voraussetzungen) mittlerweile möglich, das Risiko einer HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind auf unter 1% zu drücken. Zu diesen Maßnahmen gehört die antiretrovirale Therapie (ART), um damit ein Übertragungsrisiko auf das Ungeborene im Uterus zu minimieren. Hier ist zu bedenken, wann mit der Therapie begonnen werden soll. Bei symptomfreien Patientinnen, die ohne ihre Schwangerschaft noch nicht mit einer Therapie beginnen würden, ist eine Therapie ab der 32. Schwangerschaftswoche sinnvoll. Da während einer Schwangerschaft auf natürliche Weise die Anzahl der CD4-Zellen um ca. 10 bis 20% sinkt, sind hier andere Therapieindikationen zu berücksichtigen. Als zweite Maßnahme wird ein Kaiserschnitt durchgeführt. Er verhindert die Übertragung beim Geburtsvorgang selbst. In den USA und einigen europäischen Staaten werden bei einer Viruslast der Mutter unterhalb der Nachweisgrenze auch vaginale Entbindungen durchge-

führt, da hier das durch die geringe Viruslast sehr geringe Infektionsrisiko die Gefahren des Kaiserschnitts ungegerechtfertigt erscheinen lassen kann. Um eine Übertragung der HI-Viren über die Muttermilch zu verhindern, sollten HIV-positive Mütter ihre Kinder nicht stillen. Dass die ART einen deutlichen Benefit für Mutter und Kind bringt, liegt damit auf der Hand. Aber sie birgt natürlich auch Risiken, denn die ART kann eine Schwangerschaft auf mehreren Ebenen beeinflussen.

## Auswirkungen auf das Kind

Durch die Exposition mit Medikamenten im Uterus besteht das potenzielle Risiko, dass Malformationen (Fehlbildungen) entwickelt werden. Studien zeigten bislang jedoch kein erhöhtes Risiko von Fehlbildungen (2,8%) im Vergleich zu Schwangerschaften ohne Einsatz von ART-Medikamenten. Als Gegenbeispiel ist bislang nur Efavirenz (Sustiva®) bekannt, welches auf Grund seiner teratogenen (Fehlbildungen hervorrufenden) Eigenschaften nicht in der Schwangerschaft eingesetzt wird. Dass die ART toxische Auswirkungen auf das Kind haben kann, zeichnet sich allerdings ab. Vor allem hämatologische Toxizitäten können auftreten, also Veränderungen des Blutbildes (z.B. Anämien oder Funktionsstörungen des Knochenmarks). Diese Beobachtungen zeigen sich bis zum 24. Lebensmonat des Kindes. Daten über Langzeitauswirkungen liegen noch nicht vor. Funktionsstörungen der Mitochondrien wurden vor allem in Zusammenhang mit Zidovudin (Retrovir®) beobachtet, aber die Daten sind teils widersprüchlich. Ebenfalls beobachtet wurde eine geringere Anzahl an CD4- und CD8-Zellen bei Kindern mit einer perinatalen ART-Exposition. Ob dies eine klini-

sche Relevanz hat, ist ebenfalls noch unklar.

## Auswirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf

Ob die ART einen Einfluss auf die Dauer der Schwangerschaft hat, ist noch nicht klar. Einige Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen ART und Frühgeburten auf. Eine Aussage bezüglich einzelner Medikamente oder ART-Substanzklassen gibt es derzeit nicht.

## Auswirkungen auf die schwangere Frau

Prinzipiell gibt es Einschränkungen für medikamentöse Behandlungen bei Schwangeren. Dies gilt auch für die ART. Wie bereits oben erwähnt, wird Efavirenz (Sustiva®) nicht eingesetzt. Auch eine Kombination mit Nevirapin (Viramune®) sollte vermieden werden, da es zu einem erhöhten Risiko von Lebertoxizitäten kommen kann. Die Kombination von Stavudin (Zerit®) und Didanosin (Videx®) ist wegen eines erhöhten Risikos einer Laktatazidose (Übersäuerung des Blutes, kann zu Nierenfunktionsversagen führen) ebenfalls zu vermeiden.

Generell ist der Verlauf der HIV-Krankheitsprogression bei Schwangeren meist besser. Das liegt daran, dass die Frauen (bedingt durch die Schwangerschaft) oft früher mit einer ART beginnen und auch weitaus engermaschiger kontrolliert werden. Für das Kind liegt der Vorteil auf der Hand, denn durch die Prophylaxemaßnahmen ist die Wahrscheinlichkeit, mit dem HI-Virus infiziert zu werden, extrem gering. Insgesamt gibt es aber viel zu wenig Daten. Vor allem in Bezug auf die Kinder sind noch keine Langzeitdaten vorhanden. Eine langfristige Nachsorge der Kinder ist daher essenziell.

\*Mag. Birgit Leichsenring,  
Medizinische Information  
und Dokumentation der  
AIDS-Hilfen Österreichs



# KlientInnen, die aus dem Rahmen fallen

Ein Case Management-Modell von Sandra Diwoky\*

Die 12. „Münchener AIDS Tage“ 2008 boten Raum für viele verschiedene Thematiken im Bereich HIV/AIDS. So fanden auch Vorträge und Workshops zu diversen psychosozialen Aspekten statt. Im Rahmen des Themenschwerpunktes „Betreuung von KlientInnen mit HIV/AIDS“, stellte Gert Hartmann von der Münchener Aids-Hilfe das Projekt „Case Management – ein Versorgungsansatz zur Betreuung von schwierigen PatientInnen“ vor.

Bereits seit 2002 gibt es im Rahmen der Psychosozialen Betreuungsstelle der Münchener Aids-Hilfe das Modell „Case Management“ (CM). Entstanden ist die Idee, weil es immer wieder KlientInnen gibt, für die das übliche Betreuungsangebot der Aids-Hilfe nicht ausreichend ist. Im Rahmen des CM-Modells betreuen KrankenpflegerInnen und SozialpädagogenInnen sehr intensiv einen kleinen Kreis von KlientInnen, die ihnen von der psychosozialen Beratungsstelle der Münchener

Aids-Hilfe zugewiesen werden. Bei diesen KlientInnen handelt es sich meist um Personen, die neben ihrer HIV-Infektion psychische Störungen und/oder Suchtprobleme aufweisen. Sie zeichnen sich oft durch ein geringes Problembewusstsein und eingeschränkte Kompetenz zur Eigenversorgung aus. Dem kann der übliche Betreuungsaufwand nicht gerecht werden. Um die Betreuungssituation zu optimieren, wurde nun in diesem Projekt ein festgelegter Ablauf bestimmt. Die Betreuung der KlientInnen erfolgt nach dem sogenannten Regelkreis des CM: Intake (Aufnahme) – Assessment (Beurteilung) – Festlegung der Betreuungsziele – Organisation/Begleitung/Beratung – Monitoring (Kontrolle) – Evaluation.

Um den Erfolg und die Veränderungen bei den KlientInnen klar sichtbar zu machen, wurde ein eigener Evaluationsbogen entwickelt. Hier werden die wichtigsten Lebensbereiche und Grundbedürfnisse abgefragt, wie etwa „Besteht

eine Krankenversicherung?“ „Ist die Wohnsituation gesichert?“ Jede Frage, die mit einem „nein“ zu beantworten ist, wird mit einem Punkt gewertet. Durch einen graphisch dargestellten Vergleich der Punkteanzahl bei Eintritt in das CM-Programm und Austritt aus dem Programm, werden Veränderungen und noch offene Bedürfnisse deutlich gemacht. Die Tabelle fasst Auszüge aus den Evaluationsbögen von 21 KlientInnen zusammen, die bis Ende 2007 das Programm durchlaufen haben.

Eine Verbesserung ist deutlich erkennbar, die Lebenssituation und Lebensqualität der KlientInnen wurde eindeutig gehoben. Für KlientInnen, die an der Struktur der standardisierten Betreuungssysteme scheitern würden, bietet also die zeitaufwändige und beziehungsintensive Betreuung im Rahmen des Case Management Programms eine gute Möglichkeit, ihre Gesundheits- und Alltagssituation wieder in den Griff zu bekommen.

*\*DSA Sandra Diwoky ist seit 2007 Leiterin der Betreuungsabteilung der Aids Hilfe Wien*

Lebensbereiche	Beispiele signifikanter Fragen	Nein bei Eintritt	Nein bei Austritt
<b>Behörden</b>	Der Klient/die Klientin ist krankenversichert.	4	1
<b>Wohnen</b>	Es besteht eine gesicherte Wohnsituation.	5	2
	Es besteht eine dem Gesundheitszustand angemessene Wohnsituation.	6	3
<b>Finanzen</b>	Ein geregeltes Einkommen zum Lebensunterhalt ist gesichert.	6	1
	Mögliche Verbindlichkeiten sind geregelt und nicht in Verzug.	15	12
	Auf Zahlungsaufforderung wird reagiert – ev. BeraterIn kontaktiert.	12	6
<b>Medizini. Versorgung</b>	Der Klient/die Klientin hat Schwerpunktarzt – Kontakt zumindest sporadisch.	6	0
	Der Klient/die Klientin konsultiert regelmäßig seinen/ihren Schwerpunktarzt für Blutuntersuchungen.	13	5
	Der Klient/die Klientin nimmt seine/ihre Medikamente zuverlässig u. zeitgerecht ein.	13	5
<b>Psychosoziale Situation</b>	Der Klient/die Klientin und seine/ihre An- und Zugehörigen verfügen über ausreichend Informationen zur HIV-Infektion und Schutzmöglichkeit.	12	2
	Der Klient/die Klientin fühlt sich sicher.	14	5
	Der Klient/die Klientin kann seinem/iherem Bedürfnis nach sozialen Kontakten nachgehen.	14	10
<b>Grundbedürfnisse</b>	Der Klient/die Klientin kann Termine außerhalb seiner/ihrer Wohnung wahrnehmen.	12	6
<b>Eigenständigkeit/Selbstverantwortung</b>	Problembewusstsein ist grundsätzlich vorhanden.	5	2
	Der Klient/die Klientin kann Hilfe bei Bedarf annehmen.	7	3
	Der Klient/die Klientin übernimmt Verantwortung für seine/ihre Lebenssituation, regelt diese eigenständig.	15	12

# Resistenzen und Minoritäten

Die komplexe Welt der HIV-Populationen von Birgit Leichsenring\*

\*Mag. Birgit Leichsenring,  
Medizinische Information  
und Dokumentation der  
AIDS-Hilfen Österreichs



© ChristopheHenri, photocase.de

Eines der Hauptprobleme im Bereich der HIV-Therapie ist das Entstehen von Resistenzen. Denn das HI-Virus hat die Eigenschaft, sich enorm schnell zu verändern. Durch diese Wandlungsfähigkeit entstehen Viren, die gegen antiretrovirale Substanzen resistent sind. Die Medikamente verlieren in Folge an Wirkung, es kann zu einem Therapieversagen kommen.

Aus diesem Grund ist es mittlerweile eine gängige Praxis, sogenannte genotypische Resistenztests durchzuführen. Mit diesen Tests kann identifiziert werden, ob der Patient/die Patientin HI-Viren trägt, die gegen bestimmte Medikamente resistent sind. In diesem Fall wäre eine Therapie mit diesen Wirkstoffen natürlich nicht sinnvoll. Die Therapie wird dementsprechend individuell auf die PatientInnen zugeschnitten.

Bei diesen Resistenztests wird die DNA der HI-Viren sequenziert, d.h. die genaue Abfolge der Bausteine im Erbgut wird bestimmt. Diese Reihenfolge beinhaltet sämtliche Informationen über den Aufbau eines Organismus. Durch mittlerweile bekannte Abweichungen

innerhalb der DNA-Sequenz, ist es möglich abzulesen, ob ein Virus bestimmte Eigenschaften besitzt und aus diesem Grund gegen einen Wirkstoff resistent ist. Mit den üblichen Standardmethoden („Sequenzierung nach Sanger“) können allerdings nur Virustypen erkannt werden, die mindestens 20% der Gesamtpopulation betragen. Sind also veränderte Medikamentenresistente Viren in kleineren Mengen vorhanden, werden sie hier nicht erkannt. Hierfür gibt es mittlerweile neue Verfahren, in denen virale Subpopulationen gemessen werden können, auch wenn sie weniger als 1% der viralen Gesamtmenge ausmachen („Allel spezifische real Time PCR“ oder „Ultra Deep Sequencing“).

Inwieweit diese sogenannten „Minoritäten“ eine Relevanz haben, ist noch unklar. Klinische Studien zeigten z.B., dass Minoritäten, die bei therapie-naiven PatientInnen gefunden wurden, nicht mit einem erhöhten Risiko für ein Therapieversagen in Zusammenhang standen. Obwohl die PatientInnen also bereits minimale Mengen an resistenten Viren trugen, führte diese Subpopula-

tion nicht zu einer späteren Resistenz gegenüber dem Medikament. Bei vorbehandelten PatientInnen wurde dieser Effekt jedoch durchaus beobachtet. Auch scheint es Unterschiede zu geben, gegen welche Sorte von Medikamenten die Minoritäten resistent sind. HIV-Minoritäten mit einer Resistenz gegen NNRTIs (antivirale Wirkstoffklasse der Reverse Transkriptase Inhibitoren) stellen ein höheres Risiko dar, bei einer Therapie mit NNRTIs in späterer Folge zu einem Therapieversagen zu führen. Im Gegenzug konnte dies bei PatientInnen mit Minoritäten gegen PIs (Protease Inhibitoren) und einer Therapie welche auch PIs enthält, nicht gesehen werden.

Ob und in welcher Form solche Daten Einfluss auf den klinischen Alltag der HIV-Therapie haben werden, bleibt abzuwarten. Sicher ist jedoch, dass durch diese neuen Methoden mehr Informationen über die Diversität der HIV-Populationen und deren Dynamik im Verlauf der Infektion gewonnen werden. Allein dadurch können sich möglicherweise zukünftige neue Therapieoptionen entwickeln.



# Wie sicher ist der HIV-Test?

Qualitätskontrolle und -sicherung in der HIV-Diagnostik von *Andreas Kamenik\**

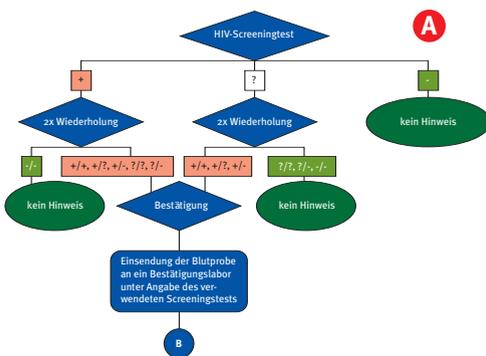
In der „Verordnung über Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung in der HIV-Diagnostik“ wird nicht nur sichergestellt, dass die verwendeten Testverfahren den nötigen Qualitätsstandards entsprechen, sondern es wird auch genau vorgeschrieben, welche Tests zu welchem Zeitpunkt gemacht werden müssen und wer diese Tests durchführen darf, damit die getestete Person eine zuverlässige Aussage über ihren HIV-Status erhält. Dabei werden nicht nur die Vor- und Nachteile der einzelnen Testverfahren berücksichtigt, sondern beispielsweise auch der unwahrscheinliche Fall einer Probenverwechslung. Ein positiver Screening-Test muss deshalb mehrfach bestätigt werden, bevor eine HIV-Infektion als gesichert gilt. Da sich in der Beratungs-

praxis gezeigt hat, dass es oft große Unsicherheiten bezüglich der genauen Vorgehensweise gibt, gibt es an dieser Stelle einen genauen Überblick über die vorgeschriebene Vorgehensweise:

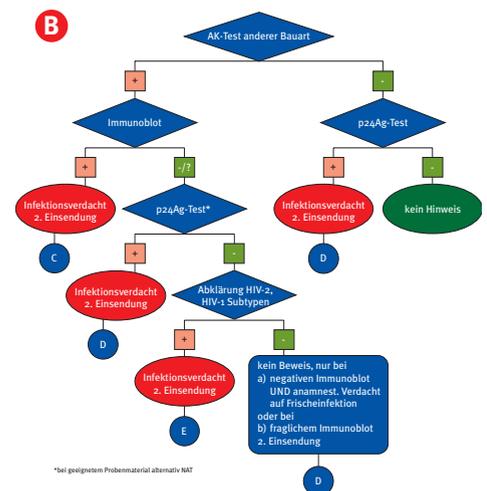
Als Screeningtests werden Suchtests zur vorläufigen Feststellung des HIV-Status bezeichnet, die im Rahmen von Reihenuntersuchungen verwendet werden. Als HIV-Screening-Tests dürfen nur Verfahren eingesetzt werden, bei denen eine automatisierte Detektion und Ergebnisdokumentation sowohl für HIV-1 als auch für HIV-2 Antikörper erfolgt. Ergibt ein solcher Screening-Test ein positives Ergebnis (Abbildung A), ist der Test mit dem gleichen Diagnostikum zu wiederholen. Ergibt die Wiederholung ein negatives Ergebnis,

ist der Test mit dem gleichen Diagnostikum ein zweites Mal zu wiederholen. Ergibt eine der beiden Wiederholungen ein positives Ergebnis muss ein Bestätigungstest in einem dafür qualifizierten HIV-Bestätigungslabor durchgeführt werden (Abbildung B). Ein nicht durch einen Bestätigungstest verifizierter positiver HIV-Screening-Test darf nicht als positiver Befund mitgeteilt werden. Ergibt der Bestätigungstest einen positiven Befund, liegt ein Infektionsverdacht vor. Um eine Verwechslung mit einer anderen Probe ausschließen zu können, muss mit einer weiteren, zweiten Blutprobe ein Immunoblot durchgeführt werden. Der positive Befund muss im Rahmen einer eingehenden persönlichen Aufklärung und Beratung mitgeteilt werden.

*\*Mag. Andreas Kamenik arbeitet seit 1999 für die Aidshilfe Salzburg als Redakteur.*



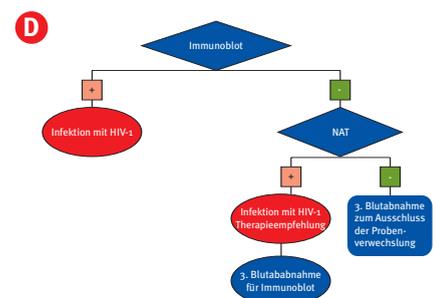
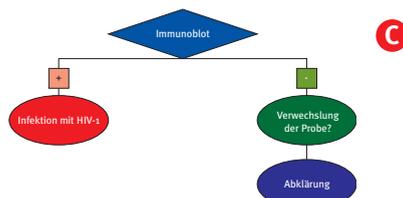
**Abbildung A:**  
**HIV-Screening im Screening-Labor**  
Das Flussdiagramm wurde unter der nicht der Verordnung widersprechenden Annahme erstellt, dass in der Praxis die erste und zweite Wiederholung eines reaktiven Screeningergebnisses gleichzeitig angesetzt werden kann.



**Abbildung B:**  
**1. Blutprobe zur Bestätigung im Bestätigungslabor**

**Abbildung C:**  
**2. Blutprobe zum Ausschluss der Probenverwechslung**

**Abbildung D:**  
**2. Blutprobe zur Bestätigung der Frischeinfektion**  
Die Diagnose der HIV-Infektion sollte prinzipiell auf einem positiven AK-Nachweis beruhen. Wenn irgend möglich, sollte jedoch als zweite Blutprobe NAT-geeignetes Material (z.B. EDTA-Blut für PCR) angefordert und gegebenenfalls auf RNA quantitativ untersucht werden, um gerade bei frischen Infektionen eine rasche Therapieempfehlung abgeben zu können.



# HIV, die HAART und das Herz

Wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen vermindert werden können *von Birgit Leichsenring\**

\*Mag. Birgit Leichsenring,  
Medizinische Information  
und Dokumentation der  
AIDS-Hilfen Österreichs

Herz und Blutkreislauf bilden ein System, welches alle Zellen des Körpers mit lebensnotwendigem Sauerstoff und Nährstoffen versorgt. Dieses System verteilt z.B. Hormone und Komponenten der Immunabwehr und transportiert gleichzeitig entstandene Abbauprodukte zu den Ausscheidungsorganen (Niere und Darm). Durch Ablagerungen können die Blutgefäße teilweise verengt oder blockiert werden. Dadurch wird der Blutfluss verlangsamt und ein ausreichender Transport ist nicht mehr gewährleistet. Sind die Gefäße rund um das Herz betroffen, kann dies über eine Herzinsuffizienz bis zu einem Herzinfarkt führen. Klassische Risikofaktoren für solche Gefäßverkalkungen sind hohe Blutfett- und Blutzuckerwerte, Übergewicht, Rauchen, Alkoholmissbrauch oder eine generell stressreiche Lebensweise. Eine genetische Veranlagung spielt ebenso eine Rolle, wie allgemein ein höheres Lebensalter. Es gibt damit eine ganze Reihe an Faktoren, die die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen beeinflussen können.

In Bezug auf die allgemeinen Grundrisiken stellen HIV-positive PatientInnen natürlich keine Ausnahme dar. Bei ihnen muss jedoch die HIV-Therapie mit bedacht werden. Durch die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) und deren stetige Optimierung, steigen Lebenserwartung und Durchschnittsalter der behandelten PatientInnen mit HIV/AIDS kontinuierlich an. Was zum einen die Lebensqualität erhöht, hat zum anderen aber auch Konsequenzen. Durch jahrelange Einnahme der Medikamente, können mitunter Langzeitnebenwirkungen auftreten. Unter dem Begriff „HIV-



assoziiertes Lipodystrophiesyndrom“ wird ein ganzer Symptomkomplex solcher Langzeitauswirkungen zusammengefasst. Er beinhaltet zum einem eine körperlich sichtbare Fettumverteilung, vor allem im Gesicht, an den Extremitäten und am Gesäß. Zum anderen werden damit aber auch Veränderungen des Stoffwechsels beschrieben, mit Erhöhung der Blutfett- und Blutzuckerwerte. Dazu gehören z.B. erhöhte Triglycerid- und Cholesterin-Werte, ein zu hoher Glukosespiegel im Blut (Hyperglykämie) oder eine auftretende Insulinresistenz (Typ-2-Diabetis). Durch solche Effekte kann die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht werden. Es gibt Anzeichen dafür, dass diese metabolischen Veränderungen durch die Infektion an sich hervorgerufen werden. Aber auch die Medikamente der HAART können dazu führen. Vor allem Protease-Inhibitoren (eine Substanzklasse der HAART) scheinen das Risiko zu erhöhen. Allerdings lassen die Daten keine exakten Aussagen zu. Während Studien zeigen, dass es unter Einnahme

von Protease-Inhibitoren zu vermehrten kardiovaskulären Ereignissen kommt, finden andere Studien wiederum keinen Zusammenhang. Ein Vergleich zwischen HIV-negativen und HIV-positiven Menschen gleichen Geschlechts und Alters zeigt insgesamt jedoch klar ein erhöhtes Risiko für die zweite Gruppe.

Viele biologische Hintergründe sind noch ungeklärt und über Interaktionen zwischen Arzneimitteln in dieser Hinsicht liegen nur wenige Ergebnisse vor. Auf jeden Fall sind die BehandlerInnen immer stärker mit dieser Thematik konfrontiert und es gibt mittlerweile eigene Leitfäden, nach denen sich ÄrztInnen richten können. Auch ein eigenes Berechnungsprogramm steht zur Verfügung, mit dem das kardiovaskuläre Risiko für HIV-PatientInnen vor Beginn einer HAART abgeschätzt werden kann, der sogenannte „Framingham Risiko Kalkulator“. Ein 35 Jahre alter Raucher mit durchschnittlichen Cholesterinwerten, einem durchschnittlichen systolischen Blutdruck und keiner blutdrucksenkenden Medikation hätte nach diesem Modell ein Risiko von 5%, eine kardiovaskuläre Krankheit im Laufe der nächsten zehn Jahre zu entwickeln. Wird derselbe Mann als Nichtraucher berechnet, sinkt das Risiko auf 1%. Da meist unklar ist, ob die Erhöhung des Risikos einer Herz-Kreislauf-Erkrankung der HIV-Infektion und ihrer Begleiterscheinungen oder aber anderen „klassischen“ Risikofaktoren zuzuschreiben ist, sollte besonders HIV-PatientInnen empfohlen werden, auf einen risikominimierenden Lebensstil zu achten. Dazu gehören gesunde Ernährung, viel Bewegung und der Verzicht auf Nikotin.

© Andreas F. photocase.de



# safe4fun

## Neue Awareness-Kampagne wirbt für Spaß am Safer Sex

von Sigrid Ofner\*

Österreichs Teenager wissen viel über HIV/AIDS. In ihrem Risikobewusstsein sowie dem Umgang mit HIV-positiven Menschen spiegelt sich dieses Wissen jedoch nur unzureichend wider. Aus diesem Grund startete Pfizer Austria in Kooperation mit den AIDS-Hilfen Österreichs und der Österreichischen Aidsgesellschaft im März eine Awareness-Kampagne für Jugendliche. „safef4fun“ richtet sich hauptsächlich an 15- bis 19-Jährige, und zwar in erster Linie in deren Lieblingsmedium, dem Internet. „Wir wollen mit den Jugendlichen auf gleicher Augenhöhe kommunizieren“, betont Dr. Robin Rumler, Marketingleiter von Pfizer Austria, und erklärt: „Verhütung wird meist als Schutz vor einer Schwangerschaft und das Kondom mit einer Lustminderung in Verbindung gebracht. ‚safe4fun‘ verzichtet auf Belehrungen und erhobene Zeigefinger, stattdessen werden Anreize geschaffen, Sexualität ohne Risiko zu erleben. Neben dem Schutz geht es vor allem um Spaß und Lust.“

### Leicht verdauliche Häppchen

Die Website [www.safe4fun.at](http://www.safe4fun.at) bildet den Kern der Kampagne. Konzept, Text und Design wurden von der Agentur ikp gemeinsam mit Jugendlichen entwickelt. Auch im Video auf der Startseite kommen Teenager zu Wort. Rumler: „Die Kampagne wird nicht nur für, sondern auch mit bzw. von Jugendlichen realisiert. Informationen werden in leicht verdaulichen Häppchen, in jugendkonformer, leicht verständlicher Sprache angeboten. Durch diese Aufmachung hoffen wir, auch Eltern und Lehrer bei Aufklärungsgesprächen unterstützen zu können.“ Immerhin gaben bei der im letzten Jahr vom Marktforschungs-

institut GfK Austria durchgeführten bundesweiten Befragung (Computer-Assisted Web Interviews, TeilnehmerInnen: 557) drei Viertel der SchülerInnen zwischen zehn und 19 Jahren an, ihre Eltern hätten schon einmal mit ihnen über Sexualität gesprochen bzw. sie aufgeklärt. HIV/AIDS wurde dabei allerdings nur in 60% der Gespräche thematisiert. Fast die Hälfte der Mütter und Väter überlassen das lieber anderen, z.B. der Schule.

### Außerschulische Personen bevorzugt

Über 80% der Befragten wurden bereits in der Schule über HIV/AIDS informiert, die meisten davon im normalen Unterricht, nur 20% von außerschulischen Personen. Hätten die SchülerInnen die Wahl, würden die meisten HIV/AIDS-Aufklärung von außerschulischen Personen vorziehen (37% außerschulische Person; 35% LehrerIn; 24% Schularzt/ärztin; 2% anderes; 17% weiß ich nicht).

Die AIDS-Hilfen Österreichs leisten seit mehr als zwanzig Jahren Präventionsarbeit. Veranstaltungen für Jugendliche, wie z.B. Schulworkshops, bilden dabei einen Schwerpunkt, der, wie das Umfrageergebnis zeigt, den Wünschen der meisten SchülerInnen entgegenkommt. „Damit Heranwachsende Risiken und Folgen einschätzen lernen bzw. vermeiden können, ist es



enorm wichtig, ihnen Raum für Fragen zu geben und gemeinsam mit ihnen Antworten zu entwickeln. Oft ist dies mit Außenstehenden leichter, als mit ständigen Bezugspersonen“, erläutert Dennis Beck, Obmann der Aids Hilfe Wien. Der Ansatz der Kampagne „safe4fun“ entspricht jener lebens- und lustbejahenden Einstellung, die auch die AIDS-Hilfen Österreichs vermitteln wollen. Sex macht Spaß, und er macht noch mehr Spaß, wenn sich die Beteiligten dabei sicher fühlen, lautet das Motto. Spaß und Spiel sollen auch auf der Kampagnen-Site nicht zu kurz kommen. „Mit regelmäßigen Gewinnspielen, Event- und Konzertankündigungen etc. wollen wir Anreize für die Jugendlichen schaffen, die Internetseite immer wieder zu besuchen“, meint Rumler. Dadurch und durch kontinuierliche, begleitende Medienarbeit soll das Thema verantwortungsbewusster Umgang mit Sexualität präsent bleiben und die Verwendung von Kondomen zur Selbstverständlichkeit werden. „Denn letztendlich entscheidend ist der Kondomgebrauch – Wissen alleine schützt nicht“, bringt es Dennis Beck auf den Punkt.

*\*Dr. Sigrid Ofner ist seit 1999 Mitarbeiterin der AIDS-Hilfen Österreichs und seit 2006 für die Öffentlichkeitsarbeit der Aids Hilfe Wien zuständig.*





## Rezensionen

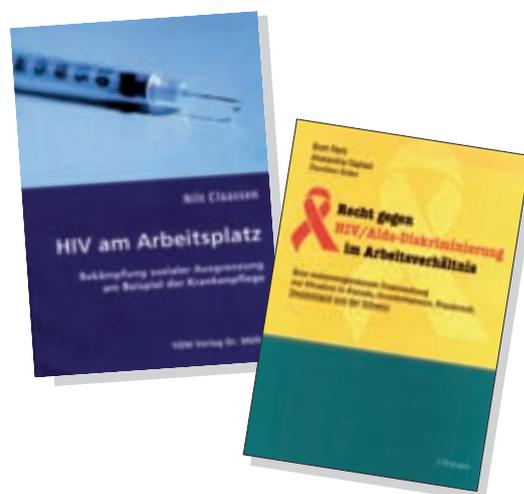
Nils Claassen. *HIV am Arbeitsplatz. Bekämpfung sozialer Ausgrenzung am Beispiel der Krankenpflege.* Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller, 2007. 161 S. € 49.–

Durch die zunehmend bessere Behandlungsmöglichkeit einer HIV-Infektion können betroffene Menschen immer häufiger in den Arbeitsprozess reintegriert werden bzw. müssen nach der Diagnose gar nicht mehr aus der Arbeitswelt ausscheiden. Nach wie vor sind Betroffene aber sehr oft mit sozialer Ausgrenzung konfrontiert und müssen mit Diskriminierung kämpfen, wenn ihre Infektion in der Öffentlichkeit bekannt wird. Vor allem in Gesundheitsberufen kann dies sehr schnell zum Verlust des Arbeitsplatzes führen, obwohl im Normalfall kein Grund für eine Kündigung oder Entlassung besteht. Die Diplomarbeit von Nils Claassen will verdeutlichen, welches Wissen und welche Kompetenzen PflegemanagerInnen besitzen müssen, um ein Problem lösen zu können, das auf Grund der bekannt gewordenen HIV-Infektion eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin im Team entstanden ist. Die Lösung eines solchen Problems kann PflegemanagerInnen an die Grenzen ihrer Möglichkeiten führen, sowohl hinsichtlich der betroffenen MitarbeiterInnen als auch hinsichtlich des Teams. Das Ziel der Arbeit ist es, PflegemanagerInnen Handlungssicherheit im Umgang mit HIV-infizierten MitarbeiterInnen zu verleihen. Dabei fasst der Autor zunächst den Stellenwert des Themas HIV/AIDS in der Gesellschaft zusammen, bevor er Hintergrundinformationen zur Infektion (Definition, Krankheitsverlauf, Übertragungswege, Epidemiologie) liefert. Im Hauptteil der Arbeit gibt der Autor den LeserInnen

sowohl arbeitsrechtliche und arbeitschutzrechtliche Informationen zu HIV/AIDS wie auch kommunikationstheoretische Hintergründe und Werkzeuge für das Konfliktmanagement an die Hand. Beide Bereiche fließen dann in die Aufarbeitung eines fiktiven Fallbeispiels ein. Obwohl es noch realitätsnäher gewesen wäre, wenn das Fallbeispiel nicht fiktiv gewesen wäre, kann die Arbeit insgesamt doch sehr brauchbare Informationen für ArbeitgeberInnen von HIV-infizierten Menschen liefern und somit einen wertvollen Beitrag zur Bekämpfung der Diskriminierung von Menschen mit HIV/AIDS leisten. ak

Kurt Pärli, Alexandra Caplazi und Caroline Suter. *Recht gegen HIV/AIDS-Diskriminierung im Arbeitsverhältnis. Eine rechtsvergleichende Untersuchung zur Situation in Kanada, Grossbritannien, Frankreich, Deutschland und der Schweiz.* Bern: Haupt, 2007. 398 S. € 32,90

Das vorliegende Buch befasst sich ebenfalls mit der Diskriminierung von HIV-infizierten Menschen am Arbeitsplatz, beschäftigt sich aber weniger mit dem persönlichen Umgang als mit der Rechtslage, die es in den verschiedenen Staaten gibt, um vor Diskriminierung zu schützen bzw. dagegen vorgehen zu können. Eine umfassende rechtliche Absicherung bildet das Fundament einer wirksamen Bekämpfung von Diskriminierungen beim Zugang zur Arbeitswelt, während des Arbeitsverhältnisses, beim Versicherungsabschluss und bei der Auflösung des Arbeitsverhältnisses. Die AutorInnen untersuchen zunächst, welche Rechtsnormen es in den fünf Staaten zum Thema Diskriminierung gibt und inwie-



weit diese auch auf Menschen mit HIV/AIDS anzuwenden sind, und beschreiben dann weiter, wie diese Rechtsnormen in der Praxis umgesetzt werden. Basierend darauf geben die AutorInnen Empfehlungen, welche Verbesserungen in der Gesetzgebung notwendig sind, um einen umfassenden Schutz vor Diskriminierung in der Arbeitswelt zu gewähren. Obwohl sich diese Empfehlungen auf das schweizerische Rechtssystem beziehen, könnte man daraus auch viele Verbesserungen für die österreichische Rechtslage ableiten. Die AutorInnen kommen (natürlich) auch zum Schluss, dass allein mit der Verankerung von Rechtsnormen dem Phänomen der Diskriminierung nicht ausreichend begegnet werden kann. Wirksamer Diskriminierungsschutz erfordert über Diskriminierungsschutznormen und ihre Anwendung durch Gerichte hinaus Informations- und Sensibilisierungsarbeit. Und auch die dahingehenden Empfehlungen an die Politik, die Gerichte und andere HIV/AIDS-Akteure sollten nicht nur in der Schweiz auf Gehör stoßen. ak