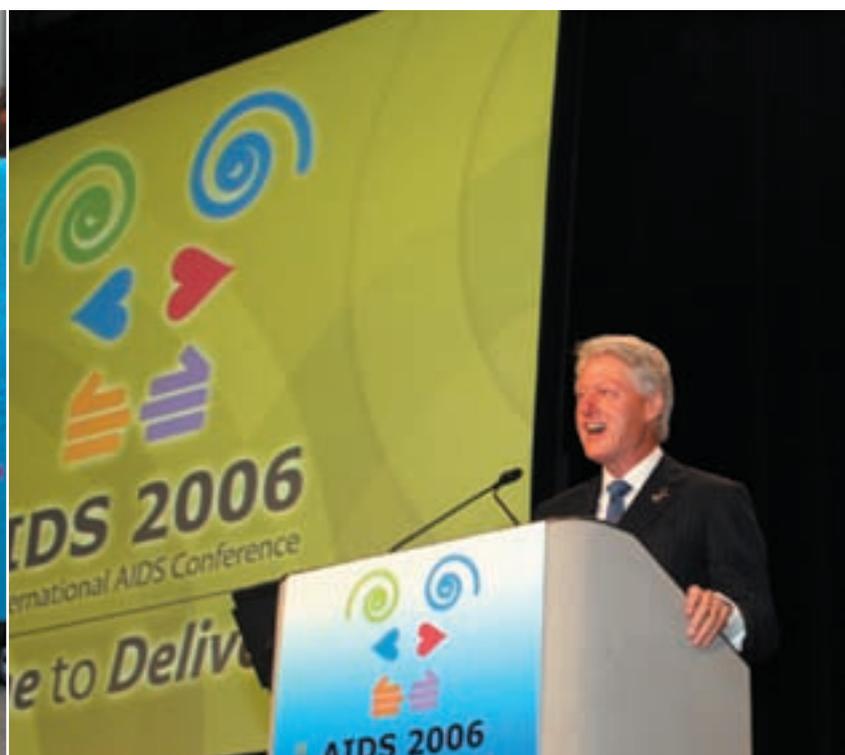


PLUS MINUS



- TIME TO DELIVER – Die XVI. Welt AIDS Konferenz | 3
- DISKRIMINIERUNG VERHINDERT PRÄVENTION UND THERAPIE | 5
IDUs, MSM und Frauen sitzen im gleichen Boot
- WURDE AUS DEN ERSTEN 25 JAHREN GELERNT? | 7
Oder werden in den „neuen“ Hoch-Prävalenzländern die alten Fehler wiederholt?
- FORTSCHRITTE IN DER ANTIRETROVIRALEN THERAPIE | 9
Medizinischen Erkenntnisse von der XVI. Welt AIDS Konferenz
- FORUM+ | 13
Ein Service der AIDS-Hilfen Österreichs geht online
- JUGENDFILMTAGE 2006 | 14
HIV/AIDS-Prävention mit dem Medium Film
- SICHER IST SICHER! | 15
Grenzenlose Gesundheit in einem grenzenlosen Europa



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: vorarlberg@aidshilfen.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:

Doris Gruber (gh), Andreas Huber, Bakk. Komm (ah), DDr. Elisabeth Müllner, Dr. Sigrd Ofner, Mag. Erik Pfefferkorn, Mag. Bernhard Resch und Dr. Michaela Wöss (mw).

Grafik: Jetzt neu! · **Druck:** Klampfer Druck · **Auflage:** 10.000 · gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier · **Erscheinungsweise:** vierteljährlich · **Cover-Fotos:** © Lise Beaudry/ IAS (www.aids2006.org)

PlusMinus ist das Informationsmagazin der AIDS-Hilfen Österreichs. Es richtet sich an alle, die das Thema HIV und AIDS interessiert oder berührt, an Krankenhäuser, ÄrztInnen, Pflegeeinrichtungen, soziale Institutionen, engagierte Privatpersonen – vor allem aber an diejenigen Frauen und Männer, die unmittelbar davon betroffen sind. Praktische und wissenschaftliche Aspekte der HIV/AIDS-Prävention, Neues aus Wissenschaft und Forschung, Aktuelles zur Kombinations-therapie, politische, soziale und gesellschaftliche Fragestellungen zu HIV, AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, rechtliche und psychosoziale Aspekte in der Betreuung von Betroffenen, Aktuelles aus den einzelnen AIDS-Hilfen und von internationaler Ebene, Rezension, Daten, Zahlen und Termine sind Inhalt des Magazins.

Unsere LeserInnen sind herzlich dazu eingeladen, uns ihre Meinungen, Anregungen und Wünsche in Form von Leserbriefen mitzuteilen. Die Redaktion ist bemüht, so viele und so vielfältige Stimmen wie möglich zu Wort kommen zu lassen, muss sich jedoch im Einzelfall die Entscheidung über den Abdruck vorbehalten.

PlusMinus wird unterstützt von



BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN



„Time to deliver“ – Es ist Zeit. Höchste Zeit!

Sigrid Ofner* berichtet von der XVI. Welt AIDS Konferenz



Bilder:
©Lise Beaudry / IAS
(www.aids2006.org)

links:
Measha Bruegggosman
begeistert die Menge

rechts:
Künstlerische Dar-
stellung eines Red Ribbons
vor dem Konferenz-
zentrum

Das Jahr 2005 war kein gutes Jahr. 4,1 Millionen Menschen haben sich mit dem HI-Virus neu infiziert. 2,8 Millionen Menschen starben an AIDS. Die Gesamtzahl jener Menschen, die Ende letzten Jahres mit HIV/AIDS lebten, gab UNAIDS (United Nations Program on HIV/AIDS) mit etwa 39 Millionen an. Wie wird es weiter gehen? Besteht die Hoffnung, diese Pandemie endlich zu beenden? Was muss dafür getan werden? Diese Fragen und viele andere wurden im Rahmen der XVI. Welt AIDS Konferenz in Toronto von 13. bis 18. August 2006 diskutiert.

„Tragischer Weise ist das Ende von AIDS nirgendwo in Sicht“, bedauerte UNAIDS Direktor Dr. Peter Piot in seiner Rede bei der Eröffnungszere- monie: „Wir müssen die Zukunft in unsere Planung mit einbeziehen. Wir müssen einsehen, dass Nachhaltigkeit nicht fünf oder zehn Jahre bedeutet, sondern fünfundzwanzig Jahre und mehr, denn auch die Generationen, die nach uns kommen, werden in einer Welt mit HIV leben.“ Wobei sich im Laufe der Zeit einiges wesentlich ge-

ändert hat – es wurde geforscht, es wurden Erfahrungen gesammelt. Piot: „Aufgrund all dessen, was wir in den letzten 25 Jahren schmerzhaft gelernt haben, ist klar, was in den nächsten 25 Jahren zu tun ist.“ Aber wird es auch getan werden? Es waren nicht nur Unwissen und Mangel an Erfahrung die Gründe dafür, dass sich HIV in manchen Regionen der Erde mehr oder weniger ungehindert ausbreiten konnte – und weiterhin kann.

Einhaltung der Menschenrechte ist unabdingbar

Wo die größten Herausforderungen liegen, sprach Dr. Helene Gayle, Co-Vorsitzende der Konferenz und ehemalige Präsidentin der International AIDS Society (IAS) unumwunden an: „Allgemeiner Zugang zu HIV-Prävention, Betreuung und Therapie wird unerreichbar bleiben, solange es keine weltweite Zustimmung zu Programmen und zu politischem Handeln gibt, die die Menschenrechte aller betroffenen Gruppen respektieren. Grundlegende Themen wie Armut, Ungleichbehandlung von Frauen sowie Homophobie

durchkreuzen immer wieder die Bemühungen, diesen Zugang zu erweitern. Diese fest verwurzelten Hindernisse zu bekämpfen, bildet die Grundlage für eine effektive Antwort auf AIDS.“ Auch ihr Co-Vorsitzender Dr. Mark Wainberg (Direktor des McGill University AIDS Centre in Montréal) forderte vehement: „Es ist unhaltbar, dass – obwohl wir wissen, wie sich die Zahl neuer Infektionen dramatisch reduzieren ließe – es am Engagement dafür fehlt, den allgemeinen Zugang zu diesen wissenschaftlich erprobten Strategien sicherzustellen. Alle, die ein Risiko haben, sich mit HIV zu infizieren, müssen Zugang zu den Informationen und Hilfsmitteln haben, die sie brauchen, um sich davor zu schützen.“

Deutlich war Wainberg seine Enttäuschung darüber anzusehen, dass es mit dem Engagement der politischen Führung seines Heimatlandes Kanada nicht allzu weit her ist. Der Ministerpräsident der Veranstalternation, Stephen Harper, der erst seit Februar dieses Jahres im Amt ist, zog es vor, durch Abwesenheit zu glänzen.

*Dr. Sigrid Ofner,
Medizinische Information
und Dokumentation der
AIDS-Hilfen Österreichs
und Korrespondentin auf
der XVI. Welt AIDS
Konferenz in Toronto.

Finanzielle Unterstützung muss weiter wachsen

Auch finanziell steht es nach wie vor nicht zum Besten. Seit der Gründung des „Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria“ nach der XIII. Welt Aids Konferenz in Durban (Südafrika) und anderer Hilfsprogramme sowie privater Großspenden ist der Geldbetrag, der zum Kampf gegen HIV zur Verfügung steht, zwar stetig gewachsen. „Doch auch der Bedarf ist gestiegen“, betonte Dr. Anders Nordström, Generaldirektor der World Health Organization (WHO): „Weltweit stehen derzeit acht Milliarden US-Dollar pro Jahr zur Verfügung. Aber das ist immer noch nicht genug. Der geschätzte Bedarf von Mittel- und Niedrigeinkommensländern beläuft sich heuer auf 15 Milliarden und wird bis 2008 auf 22 Milliarden US-Dollar steigen. Die entwickelten Staaten, inklusive der G8-Länder, müssen ihr finanzielles und politisches Engagement unter Beweis stellen.“ Allerdings gibt es laut „Results Educational Fund“ etliche Länder, die für die Jahre 2006 und 2007 noch unzureichende Beiträge eingezahlt haben, darunter auch Österreich.

Die WHO, erläuterte Nordström, setzt bei ihrer Arbeit auf fünf Punkte:

- Verbesserung des Zugangs zu HIV-Test und HIV-Testberatung
- Maximierung der Präventionsaufgaben im Gesundheitsbereich
- Steigerung des Zugangs zu Therapie, Betreuung und Unterstützung
- Stärkung der Gesundheitssysteme
- Investitionen in strategische Informationen

Im Bereich „Zugang zur Therapie“ hat sich in den letzten Jahren nicht zuletzt



aufgrund der „3 by 5“-Initiative einiges geändert, wie Dr. Kevin M. De Cock (WHO) berichtete: „Ende Juni 2006 sind 24% der Menschen, die in Mittel- und Niedriglohnländern leben und eine antiretrovirale Therapie (ART) brauchen, mit Medikamenten versorgt worden. In Afrika südlich der Sahara wird nun über eine Million Menschen medikamentös behandelt. Das ist eine Steigerung um das Zehnfache seit Dezember 2003.“ Klingt gut, aber 76% der Behandlungsbedürftigen in Entwicklungsländern bekommen immer noch keine Medikamente und am schlimmsten ist die Situation nach wie vor in den afrikanischen Regionen südlich der Sahara, wo 70% dieser Menschen leben. Bill Gates kommentierte dies folgendermaßen: „Für jede neue Person, die mit HIV-Medikamenten behandelt wird, haben sich in den letzten Jahren zehn neue Leute infiziert. Sogar während unserer größten Erfolge geraten wir in Rückstand!“

Problematisch könnte sich die Situation in naher Zukunft auch für jene PatientInnen in Entwicklungsländern darstellen, die mit den billigeren Nachahmer-Medikamenten (Generika), z.B. aufgrund von Resistenzentwicklungen, nicht mehr auskommen und neuere effektivere, aber auch teurere Substanzen benötigen, um ihre Infektion weiter in Schach halten zu können. Kritik kam diesbezüglich von der Organisation „Ärzte ohne Grenzen“: „Die WHO empfiehlt in ihren neuesten Behandlungsrichtlinien in ärmeren Ländern antiretrovirale Medikamente neuerer Generationen. Viele dieser Medikamente sind aber aus Patentgründen nicht von Billigherstellern erhältlich. Es wird Zeit, dass die Regierungen ihre Köpfe aus dem Sand ziehen und dieses Thema angehen.“

Foto:
©Lise Beaudry / IAS
(www.aids2006.org)
Bill Clinton und Bill Gates
sprechen vor mehr als
6.000 Delegierten

PlusMinus dankt den Firmen GlaxoSmithKline, Roche Austria und Fresenius Kabi, die durch ihre Unterstützung unserer Korrespondentin, Dr. Sigrid Ofner, die Teilnahme an der XVI. Welt AIDS Konferenz in Toronto ermöglicht haben.

Prozentueller Anteil der HIV-positiven Menschen in Mittel- und Niedriglohnländern, die ART brauchen und auch bekommen.

Geographische Region (Mittel- u. Niedriglohnländer)	Prozentueller Anteil der Menschen, die ART bekommen (Juni 2006)
Afrika südlich der Sahara	23%
Lateinamerika und Karibik	75%
Ost-, Süd-, und Südostasien	16%
Europa und Zentralasien	13%
Nordafrika und Mittlerer Osten	5%
Gesamt	24%

Diskriminierung verhindert Prävention und Therapie

IDUs, MSM und Frauen sitzen im gleichen Boot *von Sigrid Ofner**

Zehn Prozent aller HIV-Neuinfektionen weltweit betreffen intravenöse DrogengebraucherInnen (IDUs). In Osteuropa und Zentralasien sind über 70% der HIV-Positiven IDUs, aber nur ein Viertel der Infizierten, die medikamentös behandelt werden, sind in dieser Region IDUs. „Vermutlich ist es kein Zufall, dass die Staaten und Regionen, wo der prozentuelle Anteil der behandelten Betroffenen am niedrigsten ist und die Steigerungsraten am schwächsten ausfallen und am langsamsten von Statten gehen, genau die sind, wo IDUs die Hauptbetroffengruppe darstellen“, gab Dr. Kevin M. De Cock (WHO) zu bedenken und forderte, den Zugang zur Therapie für IDUs in allen Regionen zu verbessern.

Dr. Chris Beyrer (Baltimore, USA) nannte als Gründe für die HIV-Epidemie bei IDUs in Eurasien einerseits die gestiegene Verfügbarkeit von Opiaten und Heroin aus Afghanistan, andererseits jedoch den geringen Einsatz nachweislich effektiver Präventionsprogramme, Menschenrechtsverletzungen, Stigmatisierung, Diskriminierung und hohe Inhaftierungsraten. „Die Akzeptanz von Präventionsprogrammen für IDUs hat in den letzten fünf Jahren weltweit stark zugenommen“, erläuterte Dr. Alex Wodak (Sydney, Australien), bedauerte aber, dass diese gerade in den Regionen, wo sie am meisten gebraucht würden, wie Zentral- und Osteuropa, Zentral-, Süd-, Ost-, und Südostasien, immer noch abgelehnt werden. Angeführt wird diese menschenverachtende Opposition von den USA, die nicht nur im eigenen Land bis heute kein Spritzenaustauschprogramm oder andere „Harm-Reduction-Maß-



Bilder:

©Lise Beaudry / IAS
(www.aids2006.org)

Hunderte demonstrieren um auf HIV bei Frauen und Kindern aufmerksam zu machen

nahmen“ implementiert haben, sondern diese auch in anderen Staaten finanziell nicht unterstützen. Eine ähnliche Situation, wie sie in vielen Regionen für IDUs anzutreffen ist, besteht in anderen und/oder den gleichen Regionen auch für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Nicht einmal einer von zehn MSM weltweit hat Zugang zu Präventionsangeboten. „Auch im Bereich der MSM sind es Kriminalisierung und Stigmatisierung, die den Zugang zu HIV-Prävention, Therapie und Betreuung verhindern“, erklärte Beyrer. Geht es um das Thema Diskriminierung, ist man automatisch beim Thema Frauen angekommen. Denn nach wie vor haben Frauen und Mädchen in Entwicklungsländern das höchste Risiko, sich mit HIV zu infizieren und die geringste Chance, sich davor zu schützen. „Legt die Macht, HIV-Übertragungen zu verhindern, in die Hände der Frauen“, forderten daher Melinda und Bill Gates bei der Konferenzöffnung und weiteren Auftritten. Um diesem Ziel näher zu kommen, unter-

stützen sie mit dem Geld ihrer Foundation unter anderem die Mikrobizid-Forschung. Die Hoffnungen, eine chemische Substanz zu finden, die vaginal angewendet eine Infektion mit dem HI-Virus verhindern kann, sind nach ersten Rückschlägen vor etlichen Jahren wieder gewachsen. Derzeit werden fünf Substanzen in großen Studien auf ihre Wirksamkeit getestet, erste Ergebnisse könnten 2008 vorliegen. Weitere 14 bzw. 30 bis 40 Kandidaten sind in Verträglichkeitsprüfungen bzw. präklinischen Untersuchungen. Vorteilhaft an Mikrobiziden könnte sich, neben der Tatsache, dass Frauen über deren Anwendung – ohne Einverständnis ihres Partners – entscheiden könnten, auch auswirken, dass sie nicht unbedingt wie Kondome mit einem gleichzeitigen Empfängnischutz einhergehen müssen. Es wird sowohl nach kontrazeptiven als auch nach nicht-kontrazeptiven Substanzen gesucht, um Frauen die freie Wahl zu ermöglichen. Darüber hinaus ist geplant, auch Substanzen für die rektale Anwendung zu entwickeln.

*Dr. Sigrid Ofner,
Medizinische Information
und Dokumentation der
AIDS-Hilfen Österreichs
und Korrespondentin auf
der XVI. Welt AIDS Kon-
ferenz in Toronto.

Frauen an vorderster
Front gegen AIDS:
Diskussion über die
Herausforderung, der sich
Frauen stellen müssen



Möglicherweise werden auch dem bisher in der Verhütung bewährten Diaphragma in Zukunft weiterreichende Aufgaben zufallen. Eine Studie in Südafrika und Simbabwe versucht derzeit zu klären, ob eine solche mechanische „Zervixbarriere“ Frauen auch vor der Ansteckung mit HIV oder anderen sexuell Übertragungen schützen kann. Resultate werden bereits nächstes Jahr erwartet.

Das Alphabet besteht aus mehr als drei Buchstaben

Mit dem ABC-Präventionsansatz des US-amerikanischen PEPFAR-Programmes (The US President's Emergency Plan for AIDS Relief), das auf A für „abstain“ (Enthaltsamkeit), B für „be faithful“ (Treue) und C für „use condoms“ (Kondomgebrauch) setzt, sind die meisten ExpertInnen nicht einverstanden. „Das Alphabet muss erweitert werden“, forderte z.B. Dr. Gita Ramjee (Durban, Südafrika) und machte folgenden Vorschlag, der vom Publikum begeistert aufgenommen wurde:

- A Abstain
- B Be Faithful
- C condomise, Counselling & Testing
- C Circumcision

- (Beschneidung bei Männern)
- D Diaphragma
- E Exposure Prophylaxis (PEP und PrEP)
- F Female-controlled microbicides (Mikrobizide)
- G Genital tract infection control (Prävention und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten)
- H HSV-2 suppressive treatment (Behandlung von Herpes-Infektionen)
- I Immunity (Immunität durch Impfung)

Wie diese Tabelle bereits zeigt, sollen durch frauenspezifische Schutzmöglichkeiten natürlich keineswegs die Männer aus der Verantwortung entlassen werden. „Lassen Sie mich eines klarstellen“, sagte auch Melinda Gates: „Wenn wir Präventionsmöglichkeiten erforschen und zur Anwendung bringen, die Frauen auch ohne Kooperation ihrer Partner verwenden können, entbinden wir Männer nicht von ihrer Verpflichtung, sexuell verantwortlich zu handeln und ihre Partnerinnen zu schützen. Wir verringern nur die Konsequenzen, die es für Frauen haben kann, wenn Männer dies nicht tun.“ Eine Präventionsmaßnahme, die voll auf die Mitarbeit der Männer setzt ist die Beschneidung. Schon lange ist WissenschaftlerInnen aufgefallen, dass die HIV-Infektionsraten in Ländern,

in denen mehr Männer beschnitten sind, niedriger sind. Ergebnisse einer in Südafrika durchgeführten randomisierten Studie zeigten vor kurzem, dass das Risiko beschnittener Männer, sich bei ihren Partnerinnen mit HIV zu infizieren, um 60% geringer war als das nicht-beschnittener Männer. Drei weitere Untersuchungen dieser Art, die in Uganda und Kenia durchgeführt werden, sollen 2007 mehr Klarheit bringen. „Während wir auf diese wichtigen Ergebnisse warten“, erläuterte De Cock, „arbeiten die UN-Partner und andere Partner Programme aus, die helfen sollen, die Sicherheit des Beschneidungsvorganges in den einzelnen Ländern zu verbessern.“ Ein Präventionsansatz, der, sollte er sich als vielversprechend herausstellen, möglicherweise noch zu Diskussionen führen wird, ist jener der Prä-Expositionsprophylaxe (Pre-exposure-prophylaxis, PrEP). Tierversuche legen nahe, dass antiretrovirale Medikamente, die vor einem potenziellen Infektionsrisiko verabreicht werden, vielleicht vor einer HIV-Infektion schützen könnten. Ob diese Resultate auf Menschen übertragbar sind, wird nun in Peru, Botswana und Thailand überprüft. Ergebnisse dazu wird es frühestens 2007 geben.

Wurde aus den ersten 25 Jahren gelernt?

Oder werden in den „neuen“ Hoch-Prävalenzländern die alten Fehler wiederholt? von Sigrid Ofner*

In der Deklaration der UNGASS (United Nations General Assembly on HIV/AIDS) 2006 steht: „Wir verfügen jetzt über die Mittel, diese weltweite Pandemie zu beenden und Millionen sinnloser Todesfälle zu verhindern ...“ Was dafür in erster Linie nötig sein wird, ist politische Führung, ist Mark Heywood vom „Treatment Action Campaign and AIDS Law Project“ in Südafrika überzeugt. Er präsentierte im Rahmen der XVI. Welt AIDS Konferenz einen bedrückenden Vergleich zwischen Südafrika und China. Heywood: „Wenn die Lektionen aus Südafrika nicht gelernt werden, wird es in Ländern wie China, die an der Schwelle zu einer ähnlichen Explosion der HIV-Epidemie stehen, zu Millionen vermeidbarer Infektionen mit HIV kommen, was ein schwerer Schlag für die chinesische Bevölkerung und die weltweite Kontrolle von HIV sein wird.“

Südafrika und China – ein Vergleich

Bereits seit Beginn der 90er-Jahre waren die sozialen Faktoren, die die Ausbreitung der HIV-Epidemie in Südafrika antrieben, mehr oder weniger bekannt. AktivistInnen kämpften jahrelang vergebens, HIV wurde von den PolitikerInnen nicht ernst genommen. „Die brasilianische Regierung hat 1996 einen Behandlungsplan zum Einsatz gebracht, in Südafrika hat das bis 2004 gedauert“, berichtete Heywood. Heute haben sich die schlimmsten Erwartungen erfüllt. Jede dritte Frau, die in Südafrika eine Geburtsklinik aufsucht ist HIV-positiv, die Zahl der jährlichen Todesfälle (nicht nur HIV) ist von 1997 bis 2004 um mehr als eine Viertelmillion Tote pro Jahr gestiegen. Heywood: „Ohne eine politi-



Bilder:
©Lise Beaudry / IAS
(www.aids2006.org)

Prävention mit einem
Lächeln

sche Führung, die die Wahrheit sagt und sich den Menschenrechten verpflichtet fühlt, werden HIV-Prävention und -Behandlung unter großem menschlichen Leid weiter verhindert werden.“

Seit kurzem gibt es Anzeichen dafür, dass die südafrikanische Regierung die Zeichen endlich erkennt. In einem im Juli 2006 veröffentlichten Bericht steht: „Es ist von entscheidender Bedeutung, die HIV/AIDS-Epidemie einzudämmen“. Es wird aber nicht gesagt wie. „Südafrikas Antwort auf HIV ist chaotisch“, meinte Heywood: „Der strategische Plan zur HIV-Prävention wurde in den letzten sechs Jahren nicht überarbeitet. Trotz der bestehenden Möglichkeiten, antiretrovirale Medikamente anzubieten, werden nur 17% der Menschen mit HIV/AIDS behandelt.“

In China steht man heute etwa dort, wo man in Südafrika vor zehn Jahren stand. Bereits 2004 rechneten UNAIDS und die WHO hoch, dass in China im Jahr 2010 zehn Millionen Menschen

mit HIV/AIDS leben werden – außer es würden gezielte Bestrebungen in den Bereichen Prävention und Behandlung unternommen. Die Faktoren, die die Ausbreitung von HIV unterstützen, sind ähnlich wie in Südafrika: massive Bevölkerungsbewegungen, Ungleichbehandlung von Männern und Frauen, Menschenrechtsverletzungen, ein schwaches öffentliches Gesundheitssystem.

Welche Aufgabe kommt der internationalen Gemeinschaft zu? „Die größte Tragödie für die Menschen, die durch HIV extrem verwundbar sind oder sich bereits infiziert haben, ist, dass politische Antworten auf AIDS direkt von globalen geopolitischen und diplomatischen Regeln beeinflusst werden, die es in vielen Fällen unmöglich machen, die Wahrheit auszusprechen“, betonte Heywood. Menschenrechtsverletzungen, die von Regimen begangen werden, die wie das chinesische strategisch wichtig sind, werden von anderen Regierungen nur selten aufgedeckt und kritisiert. Heywood: „Im Falle Südafrikas

*Dr. Sigrid Ofner,
Medizinische Information
und Dokumentation der
AIDS-Hilfen Österreichs
und Korrespondentin auf
der XVI. Welt AIDS Kon-
ferenz in Toronto.

hat es international viel Getuschel und wenig Geschrei gegeben. Das hat zu einem Unterschied von 30% gegenüber 20% bei der Infektionsrate schwangerer Frauen geführt und hat Tausenden von Menschen das Leben gekostet. Die Politiker dürfen in China – oder Indien, Nigeria oder Mexiko – nicht wieder versagen!“

Erschreckende Zahlen & Fakten

- Nur acht bis 13% der 800.000 Kinder in Entwicklungsländern, die ART bräuchten, erhalten Medikamente.

- Ende 2005 waren 14 Millionen Kinder weltweit durch HIV/AIDS zu Waisen geworden.

- Die Chance zu überleben ist für ein Kind – egal ob HIV-positiv oder HIV-negativ – dessen Mutter am Leben ist, doppelt so groß wie für ein Kind, das ohne Mutter aufwächst.

- Nur vier bis 16% aller Menschen, die einem hohen Risiko ausgesetzt sind, sich mit HIV zu infizieren, haben Zugang zu effektiven Präventionsmaßnahmen.

- Nur etwa zehn Prozent aller HIV-

positiven Menschen in Afrika südlich der Sahara kennen ihren HIV-Status.

- Derzeit reichen im südlichen Afrika die finanziellen Mittel für drei Kondome pro Mann pro Jahr. Es fehlen 1,9 Milliarden Kondome/Jahr. Diese würden 57 Mio. US\$ kosten.

- Es fehlen ca. vier Mio. MitarbeiterInnen im Gesundheitssystem, v. a. im südlichen Afrika und in Asien. In Afrika südlich der Sahara leben elf Prozent der Weltbevölkerung und etwa 64% aller Menschen mit HIV/ AIDS. Allerdings arbeiten in dieser Region nur ein Drittel aller „health worker“.

*Plenumsmitglieder
präsentieren wirksame
Präventionsstrategien
und diskutieren die
Notwendigkeit neuer
Technologien*



Fortschritte in der antiretrovirale Therapie

Welche medizinischen Erkenntnisse können von der XVI. Welt AIDS Konferenz mitgenommen werden

von Sigrid Ofner*

1996 fand die Welt AIDS Konferenz schon einmal in Kanada, damals in Vancouver, statt. Die Stimmung war euphorisch. Mit den neu zugelassenen Protease Inhibitoren (PIs) glaubte man, HIV/AIDS heilen zu können. Leider stimmten die optimistischen Prognosen weltweit führender ExpertInnen nicht, dass es Zeit sei, sich neuen Herausforderungen wie etwa BSE zu stellen, weil man den Kampf gegen HIV gewonnen habe. Schon kurze Zeit später wurde klar, es ist mit den zur Verfügung stehenden Medikamenten keine Heilung der HIV-Infektion möglich. Und auch heute, zehn Jahre danach, hat sich daran nichts geändert. Dennoch sind Forschung und Entwicklung wieder einige Schritte weitergekommen. Mittlerweile gibt es eine Pille – Atripla® – die nur einmal täglich eingenommen werden muss und eine komplette antiretrovirale Kombi-ationstherapie, bestehend aus drei Medikamenten (Tenofovir, TDF + Emtricitabin, FTC + Efavirenz, EFV, Gilead und Merck) enthält. Der PI Kaletra® (LPV, Lopinavir/r, Abbott) steht nunmehr auch als Tablette zur Verfügung, die nicht gekühlt werden muss und ohne Rücksicht auf die Nahrungsmittelaufnahme eingenommen werden kann, und die Anwendung des Fusionsinhibitors Fuzeon® (T-20, Enfuvirtide, Roche) wurde durch den nadelfreien „Biojector2000“ erleichtert.

Neue Protease Inhibitoren

Positiv zu vermelden ist, dass seit kurzem zwei neue Protease Inhibitoren auf dem Markt sind. Bei dem einen handelt es sich um Tipranavir (Aptivus®, TPV, Boehringer Ingelheim). TPV zeichnet sich vor allem durch seine



Photocase.com

ausgezeichnete Wirksamkeit gegenüber HI-Viren aus, die bereits gegen mehrere andere PIs Resistenzen entwickelt haben. Die Substanz hat ihre Effektivität in zwei großen klinischen Studien unter Beweis gestellt (RESIST 1 und RESIST 2), in denen insgesamt 1.483 PatientInnen eine Kombinationstherapie erhielten, die entweder TPV plus Ritonavir (zweimal täglich 500mg TPV + 200mg RTV) oder einen anderen mit Ritonavir geboosteten PI enthielt. Die TeilnehmerInnen waren davor mindestens drei Monate mit drei verschiedenen Klassen von antiretroviralen Medikamenten behandelt worden und hatten nachgewiesene PI-Mutationen.

Tipranavir und Darunavir sehr effektiv bei vorbehandelten PatientInnen

Nach 48 Wochen zeigte sich eine höhere Effektivität von TPV. 30,4% der StudienteilnehmerInnen im TPV-Arm hatten eine Viruslast (VL) unter 400 Kopien/ml erreicht, aber nur 13,8% im Kontrollarm. Unter 50 Kopien/ml wurden bei 22,8% der PatientInnen, die mit TPV behandelt worden waren und bei 10,2% jener, die mit anderen PIs behandelt worden waren gemessen.

Auch PatientInnen, die vor ihrer Studienteilnahme mit vier oder mehr PIs behandelt worden waren, hatten

*Dr. Sigrid Ofner, Medizinische Information und Dokumentation der AIDS-Hilfen Österreichs und Korrespondentin auf der XVI. Welt AIDS Konferenz in Toronto.

Photocase.com



einen eindeutigen Vorteil durch TPV. Die VL viel bei fast einem Drittel (31,1%) dieser TeilnehmerInnen unter 400 Kopien/ml, bei der Therapie mit anderen PIs war dies nur in 8,9% der Fälle so. Auf weniger als 50 Kopien/ml konnte die VL bei 27,0% der TPV-Behandelten im Vergleich zu 7,5% der anderen TeilnehmerInnen gesenkt werden.

[Pollard RB et al. „Impact of prior PI usage on week 48 responses to tipranavir boosted with ritonavir (TPV/r)“, Programms and abstracts of the XVI International AIDS Conference; August 13–18, 2006; Toronto, Canada. Abstr. TUPE0067]

Der PI Darunavir (Prezista®, TMC114, Tibotec; in Europa erst im Rahmen des „Expanded Access-Programms“ zugelassen) wurde in drei groß angelegten klinischen Studien – POWER 1, POWER 2 und POWER 3 – untersucht. Die 48-Wochen-Ergebnisse der beiden Vergleichsstudien POWER 1 und 2 erbrachten einen Vorteil für die mit drei Klassen vorbehandelten PatientInnen, die mit zweimal täglich 600mg TMC114 + 100mg Ritonavir behandelt wurde (n=131), gegenüber jenen, die einen anderen geboosteten PI erhielten (n=124). Nach 48 Wochen

hatten 46 % der TeilnehmerInnen im TMC114-Arm eine VL unter 50 Kopien/ml, aber nur 10% im Vergleichsarm. Der durchschnittliche Anstieg der CD4-Zellen lag in der TMC114-Gruppe bei 102 Zellen/ μ l, in der Kontrollgruppe bei 19 Zellen/ μ l. [Lazzarin A et al. „TMC114 provides durable viral load suppression in treatment-experienced patients: POWER 1 and 2 combined week 48 analysis“, Programms and abstracts of the XVI International AIDS Conference; August 13–18, 2006; Toronto, Canada. Abstr. TUAB0104]

Die Verträglichkeit von Darunavir ist als gut einzustufen. In keiner der drei POWER-Studien trat eine unerwünschte Nebenwirkung auf, die die Beendigung der Einnahme der Substanz zur Folge gehabt hätte. Übelkeit, Durchfall und Kopfschmerzen traten bei den TMC114-PatientInnen seltener auf als bei den PatientInnen, die mit anderen PIs behandelt wurden. Veränderungen im Bereich der Blutfettwerte traten im gleichen milden Ausmaß auf wie unter den Vergleichssubstanzen. Besonders gute Ergebnisse wurden mit TMC114 erzielt, wenn es in Kombination mit dem Fusionsinhibitor Fuzeon® eingesetzt wurde.

[Molina JM et al. „TMC114/r in treatment-experienced HIV patients in POWER 3: 24-week efficacy and safety analysis“, Programms and abstracts of the XVI International AIDS Conference; August 13–18, 2006; Toronto, Canada. Abstr. TUPE0060]

1, 2 oder 3

Zurzeit stehen vier Klassen antiretroviraler Medikamente zur Verfügung: Nukleosidale Reverse Transkriptase Inhibitoren (NRTIs), Nicht-nukleosidale Reverse Transkriptase Inhibitoren (NNRTIs), Protease Inhibitoren



Photocase.com

(PIs) und ein Fusionsinhibitor. Die Frage, ob es Vorteile bringt, Präparate aus den ersten drei genannten Klassen zu kombinieren oder ob Kombinationen aus zwei Klassen gleich wirksam sind, wurde in einer fünfjährigen Studie (CPCRA 058 FIRST) untersucht. Von 1.397 PatientInnen, die erstmals eine antiretrovirale Therapie erhielten, wurden 470 einem PI-Arm und 463 einem NNRTI-Arm zugeteilt, zusätzlich erhielten alle eine NRTI-Kombination, die meisten Combivir® (AZT/3TC = Zidovudin/Lamivudin, GlaxoSmithKline). Die anderen TeilnehmerInnen erhielten einen PI, einen NNRTI und einen NRTI.

Nach fünf Jahren war die Wahrscheinlichkeit an AIDS erkrankt (AIDS-definierende Erkrankung oder Abfall der CD4-Zellen unter 200 Zellen/ μ l) oder gestorben zu sein für die PatientInnen in der PI- bzw. der NNRTI-Gruppe

gleich hoch. Allerdings hatte es in der NNRTI-Gruppe um 33% weniger Fälle von virologischem Versagen gegeben.

Eine Dreiklassentherapie brachte auch bei jenen TeilnehmerInnen, die bei Studienbeginn einen schlechten Immunstatus mit weniger als 200 CD4-Zellen/ μ l aufwiesen, keine Vorteile gegenüber einer Zweiklassentherapie. Andererseits war das Risiko, die Therapie aufgrund von Nebenwirkungen abzubrechen, unter einer konservativeren Zweiklassentherapie um 58% geringer.

[Mac Arthur RD et al. "Long-term clinical and immunological outcomes similar in HIV-infected persons randomized to NNRTI vs PI vs NNRTI+PI-based antiretroviral regimens as initial therapy: results of the CPCRA 058 first study. Programms and abstracts of the XVI International AIDS Conference; August 13–18, 2006; Toronto, Canada. Abstr. TUAB0102]

Ob möglicherweise auch eine Monotherapie den gewünschten Erfolg in der Behandlung der HIV-Infektion bringen kann, wird seit der Zulassung des PIs Kaletra® untersucht. Die Zwischenergebnisse der brasilianischen KalMo-Studie sprechen bei PatientInnen, deren VL seit mindestens einem halben Jahr durch eine traditionelle Kombinationstherapie unter der Nachweisgrenze liegt, dafür. In die randomisierte insgesamt 96 Wochen dauernden KalMo-Studie wurden 60 PatientInnen aufgenommen, deren VL seit mindestens sechs Monaten unter 80 Kopien/ml lag, die noch nie ein virologisches Versagen erlebt hatten und deren CD4-Zellzahl bei über 200 Zellen/ μ l lag. Nach 48 Wochen hatten 86% der LPV/r-Monotherapie-PatientInnen eine VL unter 80 Kopien/ml und 83% der PatientInnen, die ihre ursprüngliche Kombinationstherapie fortgesetzt hatten.

In jeder Gruppe war es in einem Fall zum virologischen Versagen (VL über 1000 Kopien/ml) gekommen. Bei keiner der beiden Personen konnte eine Resistenzmutation festgestellt werden. Bezüglich Immunstatus, Blutfettwerten und Körperveränderungen gab es zwischen den beiden Gruppen keine Unterschiede. Im Monotherapiearm beendete ein Patient die LPV/r-Einnahme wegen Durchfalls, einer Nebenwirkung, die in der Monotherapiegruppe häufiger auftrat als unter Kombinationstherapie (66% vs. 16%). In der Vergleichsgruppe wurde die Therapie von zwei PatientInnen aufgrund von Nebenwirkungen umgestellt.

[Nunes EP et al. "48-week efficacy and safety results of simplification to single agent lopinavir/ritonavir regimen in patients suppressed below 80 copies/ml on HAART – the KalMo study", Programms and abstracts of the XVI International AIDS Conference; August 13–18, 2006; Toronto, Canada. Abstr. TUAB0103]

Bei PatientInnen, die erstmals antiretroviral behandelt werden, gibt es Empfehlungen für den Einsatz von LPV/r. Ein erster Vergleich von Kaletra® mit Ritonavir-geboostetem Telzir® (Fosamprenavir, FPV, GlaxoSmithKline) bei therapienaiven PatientInnen wurde nun in einer großen, internationalen Studie unternommen. 878 TeilnehmerInnen erhielten randomisiert einen der beiden PIs und Abacavir/ Lamivudin (Kivexa®, ABC+3TC, GlaxoSmithKline). Nach 48 Wochen Therapie zeigte sich, dass die beiden Behandlungsschemata hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit gleichwertig waren.

[Eron J et al. "The KLEAN Study: fosamprenavir + ritonavir (FPV/r) versus lopinavir/ritonavir (LPV/r) in antiretroviral-naïve (ART-naïve) HIV-1 infected adults over 48 weeks", Programms and abstracts of



Photocase.com

the XVI International AIDS Conference; August 13–18, 2006; Toronto, Canada. Abstr. THLB0205]

Pause für Therapiepausen

In Toronto wurden auch neueste Erkenntnisse aus der SMART-Studie, die Anfang des Jahres abgebrochen worden war, präsentiert. An dieser Untersuchung hatten 5.472 PatientInnen aus 30 Ländern teilgenommen, fast alle waren therapieerfahren. Zu Studienbeginn lag die mittlere CD4-Zellzahl bei 598 Zellen/µl und 71% hatten eine VL unter 400 Kopien/ml. Die TeilnehmerInnen wurden in zwei Gruppen eingeteilt: Die erste Gruppe machte eine Therapiepause, sobald die CD4-Zellzahl bei mindestens 350 Zellen/µl lag, und begann wieder mit Therapie, wenn diese auf 250 Zellen/µl fiel. Die zweite Gruppe machte keine Pausen.

Zum Studienabbruch im Februar 2006 hatte geführt, dass es im Therapiepausen-Arm 2,6 Mal öfter zu einer Progression der HIV-Infektion oder zum Tod kam. Erstaunlicherweise haben nun Analysen gezeigt, dass das Risiko, eine opportunistische Infektion zu erleben oder zu sterben, bei jenen PatientInnen, die einen schlechten Immunstatus von unter 350 CD4-

Zellen/µl hatten, zwar in beiden Gruppen gleich hoch war, aber bei jenen PatientInnen die mehr als 350 CD4-Zellen/µl aufwiesen, die Gruppe mit den Therapiepausen signifikant schlechter abschnitten.

Die WissenschaftlerInnen versuchen, die Ergebnisse mit einem noch unbekanntem massiven zusätzlichen Risiko zu erklären, das möglicherweise darauf hindeutet, dass die Zahl der CD4-Zellen im peripheren Blut nicht alle Einschränkungen der Immunfunktion widerspiegelt. Die durchschnittliche VL lag bei den PatientInnen der Therapiepausengruppe, die mehr als 350 CD4-Zellen/ml hatten durchschnittlich bei 10.000 Kopien/ml, während sie bei den vom Immunstatus her vergleichbaren Kontrollen bei weniger als 400 Kopien/ml lag. Aufgrund dieses „missing link“ sollte die Durchführung von Therapiepausen unbedingt auf klinische Studien beschränkt bleiben.

[Lundgren JD et al "Progression of HIV-related disease or death (POD) in the randomised SMART study: why was the risk of POD greater in the CD4-guided ((re)-initiate ART at CD4 ≤ 250 cells/µl) drug conservation (DC) vs the virological suppression (VS) arm? Programms and abstracts of the XVI International AIDS Conference; August 13–18, 2006; Toronto, Canada. Abstr. WEAB0203]

Forum+

Ein Service der AIDS-Hilfen Österreichs geht online von Elisabeth Müllner*

Anlass für dieses Forum ist die Erfahrung, dass Menschen, die erst seit kurzem von ihrer HIV-Infektion wissen, sich den Erfahrungsaustausch mit Personen wünschen, die mehr oder weniger in einer vergleichbaren Situation wie sie selbst sind oder waren. Neben den Gesprächen mit professionellen HelferInnen scheint es das Bedürfnis zu geben, sich an Menschen orientieren zu können, mit denen ein – zumindest im Moment – sehr wesentlicher Aspekt des Lebens – nämlich die HIV-Infektion – geteilt wird. In der AIDS-Hilfe-Arbeit waren bzw. sind wir immer wieder mit diesem Wunsch und der Bitte, einen derartigen Kontakt herzustellen, konfrontiert. Diesem Anliegen nachzukommen, war uns – zumindest für Oberösterreich gesehen – nie möglich. Innerhalb von Oberösterreich – ähnlich die Situation in den anderen Bundesländern – ist nämlich die Zahl von Personen, auf die das zutrifft, gering. Zudem variieren die zeitlichen Phasen einer Verarbeitung der HIV-Infektion stark, so dass die Entstehung einer stabilen Selbsthilfe- oder Betroffenen-Gruppe in einer mittelgroßen Stadt schwierig ist. Erfahrungsgemäß gibt es nach dem ersten Abklingen des Diagnoseschocks und der Wiederaufnahme des alltäglichen Lebens das Bedürfnis, nicht ständig an HIV erinnert zu werden und den Wunsch, das Thema zu meiden. Zudem lässt die Angst vor dem Bekanntwerden des positiven HIV-Status viele in der Isolation bleiben, auch anderen HIV-infizierten Menschen gegenüber. Für den Großteil der HIV-infizierten Menschen verliert die HIV-Diagnose im Lauf der Zeit ihren alles überragenden Stellenwert. Die meisten lernen in der Folge mit den Phänomenen der Infektion zurechtzukommen, manche leichter, manche schwerer. Einigen von ihnen ist auch im Lauf der Zeit ein mehr oder weniger befriedigender Austausch darüber mög-

lich, für etliche bleibt dies jedoch ein unerfüllter Wunsch. Schließlich wurde die – inzwischen schon gar nicht mehr neue – Idee entwickelt, dem Wunsch nach Austausch zwischen HIV-positiven Menschen durch einen Treffpunkt im virtuellen Raum nachzukommen. Das Forum+ der AIDS-Hilfen Österreichs war geboren. Die Chance liegt auf der Hand: Unter Wahrung der Anonymität, ohne enge regionale Begrenzungen – dadurch wird der angesprochene Personenkreis größer – und ohne das Bedürfnis, immer zeitgleich sein zu müssen, können im Webespace Informationen deponiert und ausgetauscht werden. Der Schutz der Person bleibt gewahrt, niemand braucht ein unfreiwilliges Outing zu befürchten, und doch ist es möglich, Gedanken und Befürchtungen zu kommunizieren, Ängste und Sehnsüchte auszudrücken, Fantasien mitzuteilen, möglicherweise darauf Reaktionen zu erhalten und Kontakte zu knüpfen. Das Forum+ auf der Homepage der AIDS-Hilfen Österreichs umfasst verschiedene Segmente. Neben den allgemeinen Benutzerregeln und Gebrauchsanweisungen gibt es drei inhaltliche Bereiche.

1. Viele Fragen von HIV-infizierten Menschen können von anderen Betroffenen beantwortet werden, die das gleiche Schicksal erfahren haben. Im Bereich „Erfahrungsberichte“ werden Beiträge veröffentlicht, in denen Menschen mit HIV ihre persönlichen Erlebnisse und ihre Ratschläge niedergeschrieben haben, um andere daran teilhaben zu lassen. Für BesucherInnen dieser Seiten ist es möglich, einfach nur zu lesen und sich dadurch einer bestimmten Thematik anzunähern.

2. Das „Diskussionsforum“ dient dazu, den direkten Austausch unter HIV-positiven Menschen zu fördern, indem Fragen, Meinungen, Statements direkt gepostet werden können



und andere Forum-BenutzerInnen dadurch animiert werden, darauf zu reagieren – allerdings erst, nachdem sie sich registriert haben. Die Beiträge werden sofort sichtbar und können von allen Internet-NutzerInnen abgerufen werden.

3. Registrierten BenutzerInnen steht auch die „Kontaktbörse“ zur Verfügung. Dieses Service wurde schon früher auf der Homepage der AIDS-Hilfen Österreichs angeboten und ist nun in das Forum+ integriert. Für das Forum+ gibt es – so wie für andere Foren auch – Spiel- bzw. Benutzungsregeln. Der/die Forums-ModeratorIn hat die Aufgabe, auf die Einhaltung dieser Regeln zu achten, indem er/sie z.B. Beiträge, die offensichtlich von HIV-negativen Menschen stammen, löscht. Ebenso werden Beiträge oder Fragen, von Personen, die befürchten HIV-positiv zu sein, aus dem Forum an die allgemeine E-Mail-Beratung der AIDS-Hilfen verwiesen werden.

Die Betreuung – mittels Administration und Moderation – des Forums+ wird im Wechsel von den einzelnen österreichischen AIDS-Hilfen übernommen. Die Idee ist, dass schließlich auch die Funktion des Moderators/der Moderatorin von HIV-Positiven übernommen wird und lediglich die notwendige technische Ausrüstung für das Forum und der benötigte Platz im WWW von den AIDS-Hilfen Österreichs zur Verfügung gestellt werden. Das Forum ist je nach Bedarf und Bedürfnissen ausbau- und erweiterungsfähig. Die Zukunft wird zeigen, wohin der Weg führt.

**DDr. Elisabeth Müllner
ist seit 1999
Landesekretärin der
AIDS-HILFE
OBERÖSTERREICH.*

Jugendfilmtage 2006 – HIV/AIDS-Prävention mit dem Medium Film

Eine Präventionsinitiative zum Ferienstart von **AIDSHILFE OBERÖSTERREICH** und Land Oberösterreich von *Bernhard Resch und Erik Pfefferkorn**

**Mag. Bernhard Resch ist seit 2005 für die AIDSHILFE OBERÖSTERREICH in den Bereichen Beratung und Prävention tätig und Mag. Erik Pfefferkorn seit 1997 im Bereich Szeneprävention*

1 Kondomspiel zum Einüben der richtigen Anwendung eines Kondoms

Im Projekt „Jugendfilmtage“ standen SchülerInnen im Zentrum der präventiven Auseinandersetzung mit HIV und AIDS. In der vorletzten Schulwoche wurde der preisgekrönte Film „Fickende Fische“ für Schulklassen der 9. und 10. Schulstufe in ausgewählten Kinos gezeigt. Ein Film über die erste große Liebe, das Erwachsenwerden, über die brennende Frage, ob Fische eigentlich Sex haben, und über die Gefahr, die diese Liebe bedroht.

Fünf Programmkinos waren bei diesem Projekt beteiligt (Citykino Linz, Lokalbühne Freistadt, Lehartheater Bad Ischl, Stadttheater Vöcklabruck und Stadtkino Grein). Ein Ziel der Jugendfilmtage war, den Film nicht nur im Zentralraum Linz zu zeigen,

sondern bewusst auch in andere Regionen von Oberösterreich zu gehen. Im Rahmen der Filmvorführungen setzten wir mit sogenannten Mitmachaktionen einen weiteren Akzent in der Auseinandersetzung mit dem Thema HIV/AIDS. Das Computerspiel „catch the sperm“, die „Mach’s-im-Dunklen-Box“¹, ein Glücksrad und ein Infostand für Jugendliche waren im Wartebereich der Kinos niederschwellige Anlaufstellen, die vor und nach dem Film genutzt wurden.

Insgesamt haben mehr als 1.200 SchülerInnen im Rahmen des Projekts den Film besucht, wobei in einzelnen Kinos die Nachfrage der Schulen wesentlich größer war als die vorhandenen Kapazitäten. Die Reaktionen

der SchülerInnen und Lehrpersonen auf den Film sowie auf das Projekt waren sehr ermutigend. Eine davon kam einige Wochen später per E-Mail bei uns an, die wir gerne abdrucken.

„Sehr beeindruckt hat mich der Film „Fickende Fische“ den wir uns gegen Ende des Schuljahres anschauten. Er war realitätsnah, teils witzig und berührend zugleich, auch bei meinen Mitschülern hat er bleibende Eindrücke hinterlassen und einem wiederum verdeutlicht, dass AIDS ein Thema ist, das nicht aus der Welt ist und auch bei uns häufiger angesprochen werden sollte. Deshalb Danke, weil der Film zum einen unseren Schulalltag sehr bereichert und zum anderen sehr nachdenklich gestimmt hat.“



Filmvorführung



Pressekonferenz und Mitmachaktion

Sicher ist sicher!

Grenzenlose Gesundheit in einem grenzenlosen Europa *von Andreas Huber**



Um dem Trend des äußerst sorglosen Umgangs mit dem HIV-Ansteckungsrisiko bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen entgegenzuwirken, hat die Aidshilfe Salzburg in Partnerschaft mit den bayerischen Gesundheitsämtern Berchtesgadener Land und Traunstein ein von der Europäischen Union finanziell unterstütztes EuRegio-Aidspräventionsprojekt für Jugendliche ins Leben gerufen. Das Projekt findet in der EuRegio Salzburg-Berchtesgadener Land-Traunstein, d.h. in der salzburg-bayrischen Grenzregion, statt. Der EuRegio-Gedanke der EU soll Regionen, die sich zwar auf verschiedenen Staatsgebieten befinden, jedoch aufgrund ihrer gemeinsamen Geschichte und ihrer gemeinsamen geographischen Identität ein intensives Naheverhältnis haben, eine Plattform für grenzüberschreitende Zusammenarbeit ermöglichen. Genau das soll mit dem Aidspräventionsnetzwerk für Jugendliche erzielt werden.

AIDS hat viel von seinem Schrecken verloren – anders lassen sich neuere Umfrageergebnisse zum Thema „ungeschützter Geschlechtsverkehr“ kaum erklären – und da macht auch die EuRegio Salzburg-Berchtesgadener Land-Traunstein keine Ausnahme. So gibt in Bayern jede/r dritte Befragte an, schon einmal ungeschützten Sex mit einem/einer neuen PartnerIn gehabt zu haben, ohne dessen/deren sexuelle Vergangenheit zu kennen. In Salzburg ist es sogar jede/r Zweite. Dabei steht die weibliche Bevölkerung der männlichen in nichts nach. Im Risikoverhalten können sie sich annähernd das Wasser reichen. Mittels Workshops an Schulen und Einrichtungen der Jugendbetreuung in den Landkreisen Berchtesgadener Land und Traunstein sowie in Salzburg werden Jugendliche im Alter zwischen 13 und 18 für das Thema HIV/AIDS sensibilisiert. Die Präventionsmaßnahmen sollen zu einem selbstbewus-

sten und verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität und Partnerschaft führen. Die Projektpartner entwickelten hierfür ein Präventionskonzept, das die Übertragung des Modells der aufsuchenden Prävention bei Jugendlichen der Aidshilfe Salzburg auf das Gebiet der bayerischen Projektpartner ermöglicht und mit deutschen Präventionsstrategien zusammenführt. Einen wesentlichen synergetischen Effekt bewirkt das Projekt dadurch, dass die Projektpartner unterschiedliche Qualifikationen und Erfahrungen in die Zusammenarbeit einbringen, was zu einer Qualitätssteigerung in der

**Andreas Huber ist seit 2003 Mitarbeiter der Präventionsabteilung der Aidshilfe Salzburg. Sein Aufgabengebiet umfasst unter anderem die Konzeption und Realisierung von Gesundheits- und Präventions-Projekten.*



gemeinsamen Präventionsarbeit beitragen wird. Die Implementierung des projektbezogenen Präventionskonzepts stellt dann auch den Ausgangspunkt für eine langfristige Zusammenarbeit der Projektpartner nicht nur auf dem Gebiet HIV/AIDS sondern auch in der Prävention von STDs (Sexual Transmitted Diseases) bei Jugendlichen dar. So soll zu Projektende das pilotartige Präventionsprogramm in den Regelbetrieb übergeführt werden und damit garantieren, dass grenzüberschreitende Prävention einen nachhaltigen Beitrag für grenzenlose Gesundheit in einem grenzenlosen Europa leistet.

Spielend erlernen Jugendliche den richtigen Kondomgebrauch



Rezensionen

Andrew Campbell. *HIV und Aids. Fakten und Hintergründe*. Mühlheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr, 2005. 32 S. € 12,85

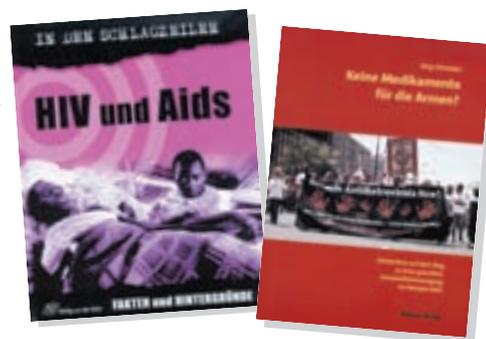
Das vorliegende Buch ist für den Einsatz im Unterricht und in Lerngruppen konzipiert und will entsprechend der Absicht des Verlages als „Sach- und Lesebuch (...) einen Überblick über die fast vergessene Aids-Problematik“ vermitteln. Als Impuls für die Auseinandersetzung von Jugendlichen mit diesem Buch wird ein Überblick über die Historie der Krankheit, die Entdeckung des Virus und die hauptsächlich betroffenen Gruppen gegeben, gefolgt von Prognosen über die vermutete weitere Ausbreitung – sowohl zahlenmäßig als auch in Bezug auf die betroffenen Regionen und Gruppen. Weitere Abschnitte befassen sich mit dem Infektionsverlauf und den derzeitigen Möglichkeiten der Behandlung sowie den Hindernissen, die – hauptsächlich in den Entwicklungsländern aufgrund finanzieller Begrenzungen einerseits und offener mangelnder Kompetenz in der Einnahme der Medikamente andererseits – bestehen. Der Fokus des Buches liegt darauf, die Diskussion in Bezug auf politische, wirtschaftliche und kulturelle Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/AIDS zu fördern. Das Buch, obgleich übersichtlich gestaltet, reich bebildert und klar in der Formulierung seiner Texte, erweckt bereits bei der Betrachtung der Covergestaltung den Eindruck des Transports von Stereotypen. Worin sollten Jugendliche beim Anblick leidender Blicke aus schwarzafrikanischen Augen sonst bestärkt werden, als in dem Vorurteil, dass die Thematik HIV/AIDS auf bestimmte Länder und Gruppen beschränkt sei. Das, obwohl das Buch schon im Umschlagtext auf die steigende Problematik auch in Industrieländern hinweist. Verstärkt wird dieser Eindruck dadurch, dass einerseits Betroffene hauptsächlich aus anderen Kulturkreisen abgebildet werden, wogegen andererseits die Initiativen, die Kompetenzen und die Verantwortlichen in Person von

hellhäutigen Europäern und Georg W. Bush daher kommen. Ob dies vom Verlag bzw. vom Autor tatsächlich so beabsichtigt ist oder einen Fauxpas darstellt, kann hier nicht beurteilt werden. Insofern das Buch die Förderung politischer und sozialer Kompetenz Jugendlicher zum Ziel hat, muss eine kritische Annäherung jedoch empfohlen werden.

Begleitend zu dem vorliegenden Buch gibt es von Nicole Lehman „Arbeitsmaterialien für die Sekundarstufe“. Die Arbeitsmaterialien ermöglichen eine Relevanzarbeit für den Einzelnen. Es werden jeweils Situationen zu einer emotionalen oder sachlichen Thematik geschildert. Es folgt ein Arbeitsauftrag zur Auseinandersetzung damit, entweder allein oder in Gruppen. Die Aufgabenstellungen sind geeignet, die Jugendlichen sowohl in ihre Innenwelt als auch rund um die Welt zu führen. Sie können sich und ihre KameradInnen besser kennen lernen und die Komplexität der Auswirkungen von HIV/AIDS sowohl auf das Individuum als auch die Menschheit an sich auf interessante und abwechslungsreiche Weise erkunden. Im Anhang werden „Aktionsideen“ angeboten, die bei den einzelnen Kapiteln als zusätzliche Weiterführung nach Wahl des Lehrers zur Vertiefung angewendet werden können. Im Gegensatz zum vorher besprochenen Buch möchten wir diese Arbeitsmaterialien uneingeschränkt empfehlen. Sie sind sehr anschaulich gestaltet, bieten eine gute Möglichkeit, Sachaufklärung zu betreiben, und geben dem Lehrpersonal bei der Entwicklung der psychosozialen Kompetenzen seiner SchülerInnen ein gutes Werkzeug zur Hand. dg/ab

Jörg Schaaber. *Keine Medikamente für die Armen? Hindernisse auf dem Weg zu einer gerechten Arzneimittelversorgung am Beispiel AIDS*. Frankfurt: Mabuse, 2005. 304 S. € 22,90

Am Beispiel der AIDS-Behandlung beschäftigt sich dieses Buch mit folgenden Aspekten: Wie kommen Medikamentenpreise



zustande? Welche politischen Rahmenbedingungen bestimmen diese Preise mit? Welche Versuche gab und gibt es, diese Bedingungen zu verändern? In den ersten Kapiteln werden Basis-Informationen vermittelt: zur globalen Gesundheits- und Arzneimittelsituation, sowie zu den speziellen Bedingungen in der dritten Welt; zum Prozess der Arzneimittelentwicklung, zur Bedeutung von Generika und Patenzulassungen, Informationen zum Welthandelsabkommen im Zusammenhang mit Medikamenten; und zu weiteren politischen Rahmenbedingungen, die Einfluss auf Entwicklung von und Zugang zu Arzneimitteln haben. In den weiteren Kapiteln wird speziell HIV und AIDS in der dritten Welt und das Problem des Zugangs zur Behandlung erörtert. Hier befindet sich auch ein guter historischer Überblick über die nunmehr zehn Jahre dauernde Auseinandersetzung um den Zugang zu HIV-Medikamenten. Weiters werden an Hand von Südafrika und Brasilien zwei unterschiedliche Entwicklungsprozesse der HIV-Arzneimittelpolitik aufgezeigt und es werden die Rollen der verschiedenen politischen „Akteure“ (WTO, WHO, UNAIDS und UN) noch einmal zusammenfassend dargestellt. Der Autor hat auf wenig Platz sehr breite Recherchen und hohe Informationsdichte untergebracht – was zwangsläufig die Lesbarkeit einschränkt. Fazit: Wer beruflich mit Medizin bzw. AIDS befasst ist oder sich speziell dafür interessiert, findet hier eine Fülle von Hintergrundinformationen zum Thema Medikamente, Preise und Patente. mw