

PLUS MINUS



HIV-POSITIVE PATIENTINNEN IN DER ZAHNMEDIZINISCHEN PRAXIS

| 3

HIV IN EUROPE

| 6

MIGRANTINNEN IN DER BETREUUNG – EIN HOCHKOMPLEXES HANDLUNGSFELD

| 8

POSITIV GESEHEN

| 9

PROHEALTH – EIGENINITIATIVE ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

| 10

HERZKREISLAUFERKRANKUNGEN

| 12

HIV POSITIVE PATIENTINNEN IN DER ZAHNARZTORDINATION

| 13

MÜNCHNER AIDS & HEPATITIS TAGE 2012

| 15



Die AIDS-Hilfen Österreichs

www.aidshilfen.at

Bei aller Vielfalt einem gemeinsamen Ziel verpflichtet. Verhinderung von Neuinfektionen, Reduzierung der Neuerkrankungen, Weiterbau eines von Solidarität und Toleranz geprägten Klimas für die Betroffenen.



Aids Hilfe Wien · Aids Hilfe Haus · Mariahilfer Gürtel 4 · A-1060 Wien
Tel.: 01/59937 · Fax: 01/59937-16 · E-Mail: wien@aids.at
Spendenkonto: 240 115 606 00 · (Bank Austria 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 · Blütenstraße 15/2 · A-4040 Linz
Tel.: 0732/21 70 · Fax: 0732/21 70-20
E-Mail: office@aidshilfe-ooe.at · Spendenkonto: 01 002 161 83
(Hypobank 54 000)

AIDS-Hilfe Steiermark · Schmiedgasse 38/ 1 · A-8010 Graz
Tel.: 0316/81 50 50 · Fax: 0316/81 50 506
E-Mail: steirische@aids-hilfe.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 (BA 12000)

AIDS-Hilfe Vorarlberg · Kaspar-Hagen-Straße 5/1 · A-6900 Bregenz
Tel.: 05574/46526 · Fax: 05574/46 526-20
E-Mail: contact@aidshilfe-vorarlberg.at · Spendenkonto: 10 193 263 114
(Hypobank 58 000)

Servicestellen der AIDS-Hilfen Österreichs

Redaktionsbüro Aidshilfe Salzburg:
Linzer Bundesstraße 10 · A-5020 Salzburg
Tel.: 0662/88 14 88 · Fax: 0662/88 14 88-3
E-Mail: plusminus@aidshilfen.at

Medienservice Aids Hilfe Wien:
Aids Hilfe Haus, Mariahilfer Gürtel 4
A-1060 Wien · Tel.: 01/595 37 11-81
Fax: 01/595 37 11-17
E-Mail: wien@aids.at

Impressum:

Medieninhaber und Herausgeber:
Die AIDS-Hilfen Österreichs

Redaktion: Willi Maier, 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. Lydia Domoradzki, AIDS-Hilfe Tirol
Dr. Lola Fleck, AIDS-Hilfe Steiermark
Dr. Renate Fleisch, AIDS-Hilfe Vorarlberg
DDr. Elisabeth Müllner, AIDSHILFE OBER-
ÖSTERREICH
Dr. Günther Nagele, aidsHilfe Kärnten
Philipp Dimberger, MSc., Aids Hilfe Wien
DSA Maritta Teufl-Bruckbauer, MAS, Aidshilfe
Salzburg

Beiträge von: Horst und Moy Engel, Dr. Franz
Hastermann, Stefan Kontur & Godswill Eyawo,
Mag.ª Brigitte Kiesenhofer, MSc, Mag.ª Birgit
Leichsenring, Mag.ª (FH) Sabine Lex, Mag.ª (FH)
Ingrid Neumeier, Willi Maier

Grafik: Jetzt neu! · **Druck:** Klampfer Druck
Auflage: 8.000 · 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



Editorial



■ Wenn ein Zahnarztbesuch ansteht, ist das für viele Menschen ein unangenehmer Schritt, der durchaus mit gemischten Gefühlen gegangen wird. Menschen mit HIV/AIDS bilden da keine Ausnahme. Aus der Praxis wissen wir jedoch, dass es gerade im zahnmedizinischen Bereich immer wieder zu Diskriminierungen kommt. Als Klassiker gelten hierbei, dem HIV-positiven Patienten bzw. der HIV-positiven Patientin den letztmöglichen Termin des Tages zu geben oder übertriebene Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen.

In dieser Ausgabe des PlusMinus nehmen sich daher zwei Artikel ausführlich dieser Thematik an.

Der Beitrag der AIDSHILFE OBER-ÖSTERREICH zeigt wie vielfältig und komplex die Betreuung von MigrantInnen – immerhin haben circa ein Drittel der KlientInnen der AHÖ einen Migrationshintergrund – sein kann.

Aus der Steiermark erfahren wir, wie aus dem Projekt „African Awareness Group“ der AIDS-Hilfe Steiermark

der Verein ProHealth entstand und welche Arbeit er seit acht Jahren erfolgreich leistet.

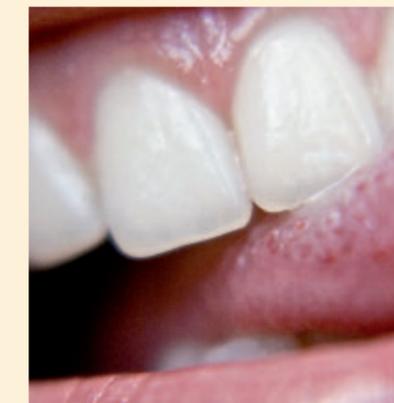
Darüber hinaus bietet diese PlusMinus-Ausgabe einen tieferen Einblick in die Kongresse rund um HIV/AIDS.

Die Rubrik „Positiv gesehen“ stammt dieses Mal von dem in Thailand lebenden Autor Horst Engel (vgl. dazu auch PM 01/12, S 16), dessen Buch „Sieg über AIDS“ in der letzten Ausgabe rezensiert wurde.

HIV-positive PatientInnen in der zahnmedizinischen Praxis

Von Mag.ª Birgit Leichsenring*

■ Aufgrund der Beschwerde eines HIV-positiven Mannes kam es 2011 zu einem Gespräch zwischen der Zahnärztekammer Wien und der Aids Hilfe Wien – beide Seiten waren sich sofort einig: Information und Kommunikation zum Thema HIV/AIDS ist ein notwendiger Schritt hin zur flächendeckenden optimalen Behandlung im Sinne der ZahnmedizinerInnen und PatientInnen.



erhalten 20–25% die Diagnose erst nach jahrelangem Unwissen über die Erkrankung und mit weit fortgeschrittener Infektion und Immunsuppression (late presenter; CD4 \leftarrow 350/µl).

BEZIEHUNG ZWISCHEN PATIENTINNEN UND ÄRZTINNEN

Jedoch ergibt sich manchmal ein belastendes Spannungsfeld zwischen PatientInnen und ÄrztInnen, welches auf mehrere Umstände zurückzuführen ist:

Trotz der enormen Erfolge auf medizinischer Ebene, ist das Leben HIV-positiver Menschen massiv vom Umgang der Gesellschaft mit der Erkrankung beeinträchtigt, welcher nach wie vor durch Ängste, Ausgrenzung und Diskriminierung geprägt ist. Durchlebte negative und stark belastende Erfahrungen in ihrem Lebensumfeld führen häufig dazu, dass HIV-positive Menschen ihre Infektion bewusst verschweigen, um ungerecht-

sundheit in Anspruch nehmen werden, und ihnen diese Leistungen auch bedingungslos und unabhängig von der Infektion zur Verfügung stehen müssen.

Weltweit leben laut Weltgesundheitsbehörde etwa 33 Millionen Menschen mit HIV, dem Humanen Immundefizienz Virus. In Österreich wird die Anzahl betroffener Personen auf ca. 12.000 geschätzt. Davon



*Mag.ª Birgit Leichsenring, med. Info/Doku der AIDS-Hilfen Österreichs seit 2007





fertiges und diskriminierendes Verhalten ihnen gegenüber zu minimieren. Dies trifft auf das gesamte soziale Umfeld zu, somit sowohl auf Kontakte in privaten und arbeitsbezogenen Bereichen, als auch auf MitarbeiterInnen in medizinischen und pflegerischen Bereichen, sofern diese nicht direkt in die individuelle Behandlung der HIV-Infektion involviert sind. Die häufig erlebte Ablehnung HIV-positiver Menschen von Seiten der Gesellschaft beruht einerseits auf manifestierten Vorurteilen gegenüber den Bevölkerungsgruppen, die dem höchsten Risiko einer HIV-Infektion ausgesetzt sind, wie z.B. Männer die Sex mit Männern haben, DrogengebraucherInnen oder SexarbeiterInnen. Die Infektion wird vorschnell mit gesellschaftlichen Randgruppen assoziiert und ruft Konflikte mit vermeintlichen Moralvorstellungen hervor. Andererseits bestehen individuelle Ängste über mögliche Transmissionswege und dem eventuellen Gefahrenpotential für die persönliche Gesundheit. Erfahrungsberichte zeigen, dass auch ExpertInnen und MitarbeiterInnen aus Gesundheitsberufen von der unsicheren Einschätzung möglicher Transmissionsrisiken nicht ausgeschlossen sind.

Alltagsüblicher Umgang mit HIV-positiven Menschen kann NICHT zu einer Infektion führen. Der Kontakt mit Speichel, Schweiß, Tränen, Harn oder Stuhl ist NICHT gefährlich. HIV kann NICHT als Tröpfcheninfektion, etwa durch Annesen oder Anhusten, übertragen werden. HIV kann NICHT als Schmierinfektion über Gegenstände wie z.B. Mobiliar/Broschüren/Geschirr oder die gemeinsame Nutzung von Sanitäranlagen übertragen werden.

HIV UND ZAHNMEDIZIN

Unsicherheiten im Umgang mit HIV-positiven PatientInnen finden sich dementsprechend ebenso im zahnmedizinischen Bereich: bei ÄrztInnen, Ordinationsangestellten und BesucherInnen der Ordination. Stellt sich dieses Spannungsfeld in der zahnmedizinischen Praxis dar, werden leider häufig zwei wesentliche Aspekte übersehen: zum einen das äußerst geringe Transmissionsrisiko im Bereich der Zahnmedizin und das dementsprechend nicht existente Gefahrenpotential für die MitarbeiterInnen und die PatientInnen der Praxis und zum anderen die durchaus relevante Rolle, die ZahnmedizinerInnen in Bezug auf HIV/AIDS zukommt.

TRANSMISSION IN DER ZAHN-MEDIZINISCHEN PRAXIS

Prinzipiell erfolgt die HIV-Transmission ausschließlich durch direkten Blutkontakt, ungeschützten Geschlechtsverkehr oder vertikal von Mutter zu Kind. Für die Manifestierung einer Infektion ist frisches virales Material in ausreichender Konzentration notwendig. Die regulär in der Praxis angewendeten Hygienemaßnahmen stellen generell ausreichenden Schutz vor einer HIV-Transmission dar.

Direkter Kontakt mit Blut von PatientInnen ist jedenfalls zu vermeiden, unabhängig von einer bekannten oder unbekanntem vorliegenden Infektion. Nadelstichverletzungen stellen in der Zahnarztpraxis ein noch geringeres Risiko als in anderen medizinischen Einrichtungen dar, unter anderem da die verwendeten Kanülen wesentlich kleinere Lumina haben. Auch bei der Behandlung entstehende Aerosole sind nicht geeignet, HI-Viren zu übertragen. Seit Beginn der Epidemie wurde von der ADA (American Dental Association) kein einziger Fall einer HIV-Infektion von ZahnärztInnen und AssistentInnen durch PatientInnen registriert.

MitarbeiterInnen in der Zahnarztpraxis sind somit keinem Transmissionsrisiko ausgesetzt, sofern die allgemein vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen eingehalten werden. Im Umgang mit HIV-positiven PatientInnen gilt es somit eher, individuelle emotionale Verunsicherungen durch Information und Bestärkung zu vermindern.

In Österreich nehmen über 88% aller HIV-PatientInnen der HIV-Kohorte eine anti-retrovirale Therapie ein, etwa 90% weisen eine Viruslast unter 50/ml auf. Das Transmissionsrisiko ist direkt proportional mit Höhe der Viruslast assoziiert.

SPEZIFISCHE ASPEKTE IN DER ZAHNMEDIZIN

Wenig Beachtung findet (sowohl bei ÄrztInnen als auch PatientInnen) die Tatsache, dass orale Manifestationen wesentliche und wichtige Rückschlüsse für den Infektionsverlauf zulassen und mitunter als diagnostischer Ansatzpunkt gelten. Den ZahnmedizinerInnen kommt demnach auch in Bezug auf HIV eine wichtige Rolle zu, zumal sie eine der wenigen betreuenden ÄrztInnen sind, bei denen PatientInnen meist regelmäßig vorgestellt werden. Geschätzte 50% der HIV-positiven PatientInnen und bis zu 80% der PatientInnen mit AIDS weisen HIV-bedingte Veränderungen und Erkrankungen im Mund- und Rachenraum auf. So leiden HIV-positive Menschen häufiger an einer nekrotisierenden Gingivitis bzw. Parodontitis. Diese Entzündungen verlaufen bei immun-supprimierten PatientInnen meist schneller und schwerwiegender und erfordern daher sofortige Behandlung und kontinuierliche Beobachtung. Ebenfalls bei HIV-positiven Patient-



Innen häufiger und vor allem signifikant mit hoher Viruslast assoziiert ist erythematöse Candidiasis. In diesem Fall sollten auch die behandelnden HIV-ÄrztInnen informiert werden. In Korrelation mit extrem niedrigen CD4-Zellzahlen und dementsprechend massiver Immunsuppression kann auch häufiger eine orale Haarleukoplakie beobachtet werden, die jedoch meist durch den Beginn einer HIV-Therapie selbständig abklingt. Aphthen der Mundschleimhaut sind ebenfalls nicht selten und können bei stark eingeschränkter Immunabwehr größere und schmerzhaftere Formen annehmen.

Diese Beispiele oraler Erkrankungen zeigen, dass den ZahnärztInnen eine nicht zu unterschätzende Bedeutung in der langfristigen Beobachtung eines Infektionsverlaufs zukommt. Ein reduziertes Ansprechen auf die HIV-Therapie kann unter Umständen durch die zahnärztliche Untersuchung bereits früher erkannt werden. Bei Personen, deren HIV-Status nicht bekannt ist, kann über solche spezifischen Erkrankungen ein deutlicher Hinweis auf eine vorliegende und eventuell

schon weit fortgeschrittene HIV-Infektion geliefert werden.

SCHLUSSFOLGERUNG

Zusammenfassend muss also bemerkt werden, dass eine offene und professionelle Basis in der Beziehung zwischen HIV-positiven PatientInnen und ZahnärztInnen für beide Seiten benefitär ist. Für die ÄrztInnen gibt sie die Sicherheit der risikofreien Betreuung ihrer PatientInnen und für Menschen mit HIV/AIDS kann eine regelmäßige zahnmedizinische Untersuchung unter Umständen zusätzliche Ansätze für die langfristigen Erhaltung der individuellen Gesundheit und damit bestmöglichen Lebensqualität bieten.

LITERATUR:

- JORDAN et al „Prävalenz oraler Manifestation bei HIV-seropositiven Patienten unter Einfluss der hochaktiven antiretroviralen Therapie“; Dt. Zahnärztliche Zeitschrift 62:376-385 (2007)
- SCHMIDT-WESTHAUSEN A. „Mund, Rachen, Zähne und HIV“; MED-INFO 59 (2006)
- ZANGERLE et al „20th Report of the Austrian Cohort Study“ (2011)

HIV in Europe

Von Mag.^a (FH) Sabine Lex*

■ *HIV in Europe* ist der Arbeitstitel der Konferenz, die von 19. bis 20. März 2012 in Kopenhagen/Dänemark stattfand. Die Konferenz ist die dritte HIV in Europe-Konferenz und markiert das 5. Jahr der „HIV in Europe“-Initiative, deren übergeordneter Zweck es ist, sicherzustellen, dass Menschen einerseits früher diagnostiziert werden und andererseits HIV-positive PatientInnen schneller in Behandlung kommen, als es heute der Fall ist. Neben Plenarvorträgen und Workshops konnten Projekte im Rahmen einer Posterausstellung präsentiert werden. Die Hauptthemen der Konferenz waren neue Teststrategien und -programme, Testung in Most At Risk Populations (MARPs), Kosteneffizienz, neue Technologien zur Diagnostik. Darüber hinaus waren auch Trends auszumachen, von welchen einige hier näher beschrieben werden:

- Aufscheinen von MSM als neue MARP in Zentralasien und Osteuropa
- Von VCT (Voluntary Counseling and Testing) zu HTC (HIV Testing and Counseling)
- Kosteneffektivitätsstudien (national & regional)
- Universal testing vs. testing in settings
- Provider initiated testing & counseling (PITC)
- Technischer Fortschritt vs. Versorgungslage
- Modellberechnungen (Dunkelziffer, „condomless“)
- Testindikatoren

PROVIDER INITIATED TESTING AND COUNSELING (PITC)

Zwei Projekte aus Spanien und Belgien präsentierten Ergebnisse aus einer Erhebung unter MedizinerInnen in

Hinblick auf das von MedizinerInnen initiierte aktive Anbieten des HIV-Tests für ihre PatientInnen. In Belgien stammt rund ein Drittel aller mit HIV/AIDS lebenden Menschen aus einem Land Subsahara-Afrikas, wobei die Wahrscheinlichkeit, dass sie von ihrem HIV-Status spät erfahren, hoch ist. Aus diesem Grund hat die Forcierung der Testung in dieser Zielgruppe in Belgien höchste Public Health Priorität. Im Rahmen des Projekts SAM (sub-Saharan African Migrants) wurden Fokus-



gruppen durchgeführt und es wurde herausgefunden, dass SAM durchaus bereit wären, sich testen zu lassen, dies aber nicht aktiv ansprechen würden. Sie selbst haben angeregt, dass sie bevorzugt werden, wenn ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin aktiv den HIV-Test anbieten würde. Die Hauptbedenken der in der Folge befragten MedizinerInnen waren insbesondere auf die Angst vor Stigmatisierung bezogen.

Dennoch konnten in einem weiteren Projekt zehn MedizinerInnen gewonnen und ausgebildet werden, die ein Jahr lang HIV-AK-Tests und HIV-AK-Schnelltests in medizinischen Zentren auf Basis der HIV Indicator Diseases Across Europe Study und/oder aufgrund einer Risiko-Indikation (z.B. MSM, Sex Worker, AIDS definierende Erkrankung, u.a.) anboten. 217 Personen wurde der Test angeboten, wovon 203 tatsächlich durchgeführt wurden. Zwei der getesteten Personen

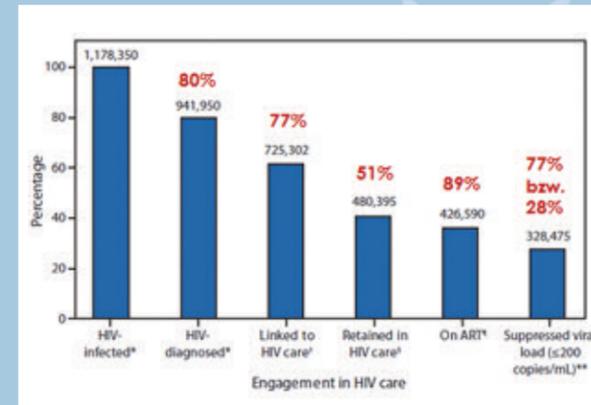
wurde mit HIV diagnostiziert; beide stammten aus einem Land Subsahara-Afrikas. Die von MedizinerInnen genannten Schwierigkeiten waren: Mangelnde Zeit für Beratung, mangelnde Fähigkeit einen HIV-Schnelltest durchzuführen, Angst als rassistisch oder homophob wahrgenommen zu werden, aber auch die administrative Bürde wurde als Schwierigkeit dargestellt. Dennoch konnten im Durchschnitt um sieben (26 – 166) Prozent mehr Personen getestet werden als zuvor.

TESTINDIKATOREN

Dr. Keith Radcliff stellte im Plenum einen Entwurf für Richtlinien für indikatorenbasierte HIV-Testung vor (HIV Indicator Conditions: Guidance for Implementing Routine HIV Testing in Adults), die zum Ziel haben, HIV frühestmöglich zu diagnostizieren und damit späte Diagnosen zu minimieren. Die Richtlinien sind für medizinisches Personal gedacht, um PITC einzuleiten, unabhängig von demografischen und Verhaltensdaten der PatientInnen. Unterschieden wurden drei Gruppen von Indikatoren, bei denen ein HIV-Test zu empfehlen ist: 1) AIDS-definierende Erkrankungen (unbedingt empfohlen), 2) Symptome, die auf HIV-Infektion hinweisen (empfohlen), 3) Erkrankungen, bei denen eine HIV-Infektion schwerwiegende gesundheitlich Folgen mit sich bringen könnte (angeraten). Den Entwurf gibt es auf der Homepage *HIV in Europe* (www.hiveurope.eu) als Download.

TECHNISCHER FORTSCHRITT VS. VERSORGUNGSLAGE

XY präsentierte Tests der vierten Generation, die eine HIV-Infektion



innerhalb von zwei bis vier Stunden bestätigen können und deren diagnostische Fenster sich von 56 Tagen auf zehn bzw. 15 Tage reduzieren. So beachtenswert dieser Fortschritt auch ist, zeigte er auf, dass von schätzungsweise 1,18 Millionen HIV-positiven Menschen etwa 80 Prozent ihren HIV-Status kennen, 77 Prozent davon auch bereits in Kontakt mit HIV-Versorgungseinrichtungen getreten sind und 51 Prozent weiterhin in Kontakt mit diesen sind. Von diesen 480.395 Personen nehmen 89 Prozent (426.590) ART und davon sind 77 Prozent (328.475) unter der Nachweisgrenze. Diese 77 Prozent hochgerechnet auf alle Menschen, die in den USA mit HIV leben, bedeuten aber auch, dass lediglich 28 Prozent eine unterdrückte Viruslast haben. Die Conclusio von XY war damit auch, dass wir sehr viel Geld in die Erforschung und Entwicklung von Technologien und Therapien investieren, dies aber teilweise fragwürdig ist, wenn wir es nicht schaffen, auch wirkliche Erfolge damit zu erzielen. Dazu passend wurde die Epidemiologie Osteuropas und Zentralasiens präsentiert. In der letzten Dekade gab es einen 250-prozentigen Zuwachs an HIV-Neuinfektionen in dieser Region (am stärksten betroffen sind intravenöse DrogengebraucherInnen; stark

damit in Zusammenhang steht Beschaffungsprostitution). Zwischen 2001 und 2008 sind AIDS-bezogene Todesfälle um das Zehnfache gestiegen. In der gesamten Region aber haben bloß 23 Prozent der Erwachsenen Zugang zu Therapie. Diese Tatsache war auf der Konferenz insgesamt großes ein Thema. Denn viele Staaten in Europa leiden unter Versorgungsmangel, auch aufgrund der sich verschlechternden ökonomischen Situation weltweit.

POSTERPRÄSENTATION

Isabell Eibl, Leitung der Präventionsabteilung der Aids Hilfe Wien, und Sabine Lex, Prävention für MigrantInnen und vulnerable Gruppen, haben im Rahmen der Posterausstellung zwei Projekte der Aids Hilfe Wien präsentiert: die MSM-Vor-Ort-Testung und das PARC¹-Projekt mit der Information über die Ergebnisse der Testung unter MigrantInnen aus Subsahara-Afrika.

SITE-VISIT CROSS-OVER

Nach Abschluss der Konferenz besuchten wir die Organisation *Cross-Over*, die im Zentrum Kopenhagens liegt und HIV-Testung und -Beratung für alle Menschen mit einem anderen ethnischen Hintergrund als dem dänischen bietet. Denn auch in Dänemark



erhalten MigrantInnen sehr oft die Diagnose HIV-positiv, wenn man bereits von einer späten Diagnose spricht. Die Tests sind kostenlos und anonym und können terminlich vereinbart werden. Jeden Dienstag besteht die Möglichkeit des „walk-ins“, also der Testung ohne Terminvereinbarung; auch gibt es jeden letzten Dienstag im Monat von 12 bis 18 Uhr einen Checkpoint am Hauptbahnhof in Kopenhagen. Um Menschen auf das Angebot aufmerksam zu machen, gehen Peer-EdukatorenInnen zu den Zeiten, an denen es das Angebot des „walk-ins“ gibt, auf die Straße und laden MigrantInnen ein, sich testen zu lassen. Sie verteilen Flyer, bieten aber auch an, sie zu begleiten, wenn dies gewollt ist.

Daneben gibt es Kooperationen mit MigrantInnenselbstorganisationen (MSO) zu diversen Aktivitäten. Einerseits fördert Cross-Over längerfristige Projekte, andererseits auch Mikroprojekte, die vorwiegend einmalige Veranstaltungen bzw. Aktivitäten sind. Die MSO planen und implementieren die Projekte selbst und erhalten dabei je nach Bedarf Unterstützung von Cross-Over.

Weitere Informationen gibt es unter www.cross-over.dk

¹⁾ Prevention of AIDS with the Resources of Communities

MigrantInnen in der Betreuung – ein hochkomplexes Handlungsfeld

Autorinnen:

Mag.^a Brigitte Kiesenhofer,
MSc: seit 2007 bei der
AIDSHILFE OBERÖSTER-
REICH in den Bereichen
Prävention, Betreuung und
Beratung.

und

Mag.^a (FH) Ingrid Neumeier,
seit 2006 bei AIDSHILFE
OBERÖSTERREICH in den
Bereichen Betreuung und
Prävention.

Die Anliegen, Unterstützungswünsche und Problemlagen mit denen KlientInnen zu uns in die Betreuung kommen sind vielfältig: Bezahlung von Miete, Strom, Ansuchen um Pflegegeld, Finden geeigneter Wohnmöglichkeiten uvm.

Die meisten Notlagen sind dabei relativ überschaubar und können durch gezielte Interventionen geregelt oder sogar gelöst werden.

KlientInnen mit Migrationshintergrund stellen in vielen Situationen und Fällen die BetreuerInnen vor zusätzliche Herausforderungen, sowohl in der professionellen Herangehensweise als auch in der persönlichen Auseinandersetzung mit dem „Fremden“. Als Erstes müssen die Schwierigkeiten einer möglichen Sprachbarriere bewältigt werden, wobei auch die jeweilige unterschiedliche kulturelle Sozialisation mitbedacht werden soll. Hinzu kommen kulturbedingte unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, Unkenntnis und Unsicherheiten bezüglich Ablauf einer Therapie, der notwendigen Kontrollen im Krankenhaus usw.

Zudem können aufgrund der jeweiligen Migrationserfahrung und der spezifischen Lebensbedingungen bei MigrantInnen besondere Belastungen für Körper und Psyche auftreten, insbesondere auch aufgrund der teilweisen Ausgrenzung und Fremdenfeindlichkeit¹. Eine zusätzliche HIV-Diagnose bringt viele an den Rand des Erträglichen. Neben dieser Mehrfachstigmatisierung macht sich neben Schamgefühlen die Angst breit, dass ihre Community oder auch die eigenen Angehörigen von der HIV-Infektion erfahren und sie ihrerseits ausgrenzen könnten.



Rund ein Drittel unserer KlientInnen zählt zu den Personen, die einen Migrationshintergrund haben. Eine Differenzierung mit der wir zu Beginn der Betreuung konfrontiert sind, ist die Unterscheidung nach dem jeweiligen Status der betreffenden Person. Auf diesem fußt die Lebens- und Existenzgrundlage.

So spielt beispielsweise ein laufendes Asylverfahren und die damit einhergehenden Belastungen bei den Asylsuchenden eine so dominante und existenzielle Rolle, dass das Thema HIV bzw. AIDS in den Hintergrund rückt. Überdies wissen AsylwerberInnen meist recht wenig über das österreichische Gesundheitssystem. Generell sind in Österreich AsylwerberInnen im Rahmen der Grundversorgung krankenversichert, jedoch können diese aus verschiedenen Gründen, etwa nach einem zweiten negativen Asylbescheid, aus dieser Versorgung „rausfliegen“. Mit der Dringlichkeit einer aufrechten Krankenversicherung werden AsylwerberInnen erst nach einer Diagnosestellung konfrontiert. Viele Betroffene gehen auch aus Angst

vor Abschiebung erst dann zum Arzt, wenn bereits opportunistische Infektionen oder andere Folgeerkrankungen der HIV-Infektion aufgetreten sind. So kann es passieren, dass jemand mit einer oder mehreren aidsdefinierenden Erkrankungen erstdiagnostiziert und akutbehandelt wird, ohne krankenversichert zu sein. Innerhalb kurzer Zeit summieren sich die Behandlungskosten, die der Patient bzw. die Patientin aus der eigenen Tasche zu zahlen hätte.

Ein Beispiel aus der Praxis:

Aufgrund einer CMV-Retinitis muss ein Klient zur wöchentlichen Behandlung ins Krankenhaus. Pro Aufenthalt erwachsen Kosten von € 550. Innerhalb kürzester Zeit hatte dieser Klient eine offene Rechnung von ca. € 4.000 zu begleichen. Das bedeutet für uns in der Betreuung, so schnell wie möglich zu intervenieren und den Klienten zu unterstützen, eine aufrechte Krankenversicherung zu erhalten. Dazu ist eine intensive Kooperation mit anderen Organisationen und Einrichtungen notwendig.

Regelmäßige Kontakte und Helferkonferenzen tragen dazu bei, eine möglichst optimale Lösung für die KlientInnen zu finden. Die enge Zusammenarbeit ist auch aufgrund von ständigen Änderungen der Gesetzeslage für MigrantInnen, AsylwerberInnen usw. dringend notwendig, da eine aktuelle kompetente (Rechts-) Beratung nur durch Fachleute erfolgen kann.

DolmetscherInnen werden von unserer Seite hinzugezogen, wenn wir feststellen, dass die sprachliche Barriere

zu groß ist. Dies ist jedoch oft eine finanzielle und personelle Ressourcenfrage.

Obwohl es bei den KlientInnen mit Migrationshintergrund ähnliche Problemstellungen gibt, stellen diese eine sehr heterogene Gruppe dar. Nur wenige kommen aus dem gleichen Land, und selbst dann haben sie noch lange nicht die selbe Kultur, Religion und Sprache. Migration bedeutet oftmals einen jahrelangen Kampf für einen langfristigen Aufenthaltstitel. Die Un-

sicherheit und Angst in dieser Zeit verhindern oftmals, offen mit der Infektion umzugehen und Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen². Wer schon wegen Herkunft oder Hautfarbe Diskriminierung erleben musste, scheut zusätzlich noch wegen HIV und AIDS eine Beratungsstelle aufzusuchen. Umso wichtiger ist es für die AIDSHILFE OBERÖSTERREICH sich dafür einzusetzen und dafür zu sorgen, die Hürde und Hemmschwelle für MigrantInnen so niedrig wie möglich zu halten.

Horst und Moy Engel, Pattaya Thailand

Ich heiße Moy und bin aus Udon Thani. Wir Frauen aus Issan, dem armen Nordosten Thailands, haben zwei Möglichkeiten, um an Geld zu kommen. Zweimal im Jahr Reis pflanzen, d.h. 10 Stunden in glühender Sonne, bis zu den Knöcheln in braunem Schlamm, kleine Reissetzlinge in den Boden zu drücken und ein paar Monate später ernten. Wieder in der Hitze mit einer kleinen Sichel den Reis schneiden. Dafür gibt es 100 Baht am Tag, ca. 2 Euro. Oder – die Alternative – wir gehen in die großen Rotlichtviertel unseres Landes und verkaufen uns für schnellen Sex. Da kann man an einem Tag soviel verdienen wie in einem Monat in den Reisfeldern. Und noch Sanuk, also Spaß, dabei haben. Unsere Masche mit den Farangs ist genauso einfach wie erfolgreich. Wenn uns ein Mann in der Gogo- oder Bierbar anmacht, lautet der dritte Satz von uns: „Meine Mama ist sehr krank, kann die Medikamente nicht



bezahlen, deshalb arbeite ich seit gestern (oder vorgestern) hier, um ihr Geld zu schicken. Und du bist der Erste, dem ich gefalle!“ Der Farang, vor allem wenn er unser Land noch nicht gut kennt, denkt: „Ist ja toll, eine ganz unverbrauchte Unerfahrene vom Lande, da riskiere ich nichts“. Und wenn wir dann noch auf seine Frage, wie viel für 2 Stunden oder eine Nacht, antworten: „Gib mir was Du willst“, dann ist er endgültig überzeugt, den Fang seines Lebens gemacht zu haben. Und will natürlich Sex OHNE. Und wir sind alle bereit, für 1000 Baht mehr (ca. 20 Euro) die ganze Nacht mit ihm zu schlafen, ohne uns zu schützen.



In Thailand kann man alles kaufen, auch den fast sicheren Tod. Wir denken nicht darüber nach, haben keine Angst, dass wir angesteckt werden. Wir sind nicht aufgeklärt, und wenn, ist uns das Risiko und Geld lieber. Wir glauben fest, dass Buddha uns beschützt. Und so sind 15 bis 25 % der Liebesdienerinnen meines Landes HIV-positiv. Mein Mann, dem ich alles verdanke, der zu mir hielt, als ich ihn mit HIV ansteckte, hat darüber zwei Bücher geschrieben: „Sieg über Aids“ und „Von Saint Tropez nach Pattaya“. Ich denke jeder Farang, der nach Thailand reisen will, sollte sie lesen.

ProHealth – Eine Eigeninitiative zur Gesundheitsförderung

Von Stefan Kontur & Godswill Eyawo*

* Dr. Stefan Kontur & DSA Mag. Godswill Eyawo, aus dem Team von ProHealth



■ Das individuelle Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis ist oft, je nach kulturellem, sozialem oder ökonomischem Hintergrund unterschiedlich. Für manche Menschen heißt krank zu sein, dass sie physisch so angeschlagen sind, dass sie im Bett liegen müssen und leistungsunfähig sind. Solange noch Leistungsfähigkeit gegeben ist, sind sie „gesund“. In unserer Arbeit in den MigrantInnen-Communities haben wir es mit unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsverständnissen zu tun, großteils trifft jedoch die oben angeführte Einstellung zu. Die Präventionsarbeit mit diesen Personen stellt uns vor gewisse Herausforderungen.

COMMUNITIES UND PRIMÄRE GESUNDHEITSVERSORGUNG
ProHealth bezeichnet sich als eine Community Based Organisation (CBO). CBOs sind Non-Profit-Organisationen, die aus einer gesellschaftlichen Gruppe, der Community, heraus entstanden sind und auch innerhalb dieser Gruppe arbeiten. Damit hat auch der Großteil des Teams einen Hintergrund in der Community selbst. Im Unterschied zu „Selbsthilfeorganisationen“ steht aber die Expertise des Teams an erster Stelle – vor der Zugehörigkeit zur Community. Damit kann ein wichtiger Beitrag zur primären Gesundheitsversorgung geleistet werden, also zur

adäquaten Einbindung aller Gruppen der Gesellschaft ins Gesundheitssystem. Der Verein ProHealth, der 2004 gegründet wurde, verfolgt einen Community-Based-Ansatz, der besagt, dass sozialarbeiterische Aktivitäten oder Projekte bzw. Initiativen, die auf eine Community abzielen, von der Community ins Leben gerufen werden müssen. Der Anstoß für die Gründung des Vereins war die enge Zusammenarbeit der ProHealth-Gründungsmitglieder mit der AIDS-Hilfe Steiermark im Projekt „African Awareness Group“, deren Ziele die Schaffung eines Zugangs zur afrikanischen Ge-

meinschaft sowie Aufklärungs- und Bewusstseinsarbeit waren. Es hat sich im Rahmen dieses Projekts gezeigt, dass es einen großen Bedarf an dieser Arbeit, nicht nur bezüglich HIV/AIDS, gibt.

DIE ARBEIT VON PROHEALTH

Der Fokus der Arbeit von ProHealth liegt heute noch auf präventiv statt kurativ angelegten Projekten. Ziel ist, das Bewusstsein für Gesundheit bei MigrantInnen und Migrantinnen, insbesondere aus afrikanischen Ländern, durch niederschwellige und kulturspezifische Gesundheitsinformationen zu stärken.

Dieses Ziel wird auf verschiedene Art und Weise verfolgt:

- Durch eine elementare Gesundheitsberatung (in der Beratungsstelle, ergänzt durch Outreach-Arbeit), die niederschwellig und unter Berücksichtigung sprachlich-kultureller Bedürfnisse allgemeine Informationen etwa zu Anlaufstellen im Gesundheitssystem, Versicherungsfragen oder „gesundem“ Lebensstil gibt, Präventionsarbeit betreibt und Fragen von PatientInnen beantwortet, die im Zuge des Arzt- bzw. Ärztinnengesprächs nicht ausreichend geklärt werden konnten.

- Weiters durch die Organisation und Durchführung von Workshops, Diskussionsrunden und anderen Veranstaltungen, zu denen ExpertInnen aus Gesundheitseinrichtungen oder anderen Organisationen eingeladen werden und die thematisch einen breiten Gesundheitsbegriff abdecken.

- Das regelmäßige Erstellen von Informationsmaterialien zu Gesund-



heitsthemen in klarer, leicht verständlicher (englischer oder deutscher) Sprache ist ebenfalls ein Bestandteil der Arbeit bei ProHealth.

DIE HERAUSFORDERUNG

Das Thema HIV/AIDS ist in den afrikanischen Communities leider nach wie vor mit Tabus behaftet. Obwohl in den letzten Jahren einiges zur Enttabuisierung des Themas passiert ist, wird über die Krankheit noch zu wenig offen geredet. Viele wollen sich einfach mit dem Thema nicht auseinandersetzen. Dass die Ansteckungsgefahr noch hoch ist, wird verleugnet. Noch schwieriger ist, dass das Verständnis der Communities für von der Krankheit betroffene Personen fehlt, wodurch diese oft vereinsamen. Diese Tatsachen machen die Arbeit von ProHealth besonders wichtig, gestalten sie aber auch schwierig. Gesundheitsförderung und Bewusstseinsbildung geschieht am effektivsten, wenn sie unmittelbar verständlich ist und in vertrauenswürdigem Umfeld stattfindet. Das gilt auch und besonders für „sensible“ Gesundheitsthemen wie HIV/AIDS bzw. sexuell übertragbare Krankheiten.

Die Vision von ProHealth ist, dass Betroffene auch in afrikanischen Communities nicht mehr stigmatisiert und mit HIV alleine gelassen werden. Besonders nach schlechten Erfahrungen muss das Vertrauen von PatientInnen in Gesundheitseinrichtungen wieder hergestellt und die Bereitschaft des Personals, sich interkulturell zu öffnen, gefordert und unterstützt werden. Hier wäre noch viel mehr zu tun als derzeit geleistet werden kann. Dazu sind viel Idealismus und auch ehrenamtliches Engagement notwendig, ohne finanzielle Unterstützung ist die Arbeit aber nicht möglich. Aktuelle Spardebatten führen zu Verunsicherung und machen Planungen schwierig. Mit vergleichsweise geringen Mitteln kann hier aber Wichtiges – auch im Sinne einer höheren Effizienz des Gesundheitssystems – geleistet werden.

Im März 2011 veranstaltete ProHealth eine Fachtagung zur Gesundheit der MigrantInnen in Österreich in Kooperation mit dem Integrationsreferat der Stadt Graz, die sich auch an MitarbeiterInnen im Gesundheitssystem und EntscheidungsträgerInnen richtete.

Weblink: www.prohealth.or.at

Herz-Kreislaufkrankungen

ein Rollenspiel auf den Münchner AIDS Tagen 2012 Von Mag^a. Birgit Leichsenring

■ Mit etwa 40% stellen Herz-Kreislaufkrankungen (HKE) laut „Statistik Austria“ die häufigste Todesursache in Österreich dar. Entstehen können HKE durch Ablagerungen in den Blutgefäßen, wodurch diese verengt werden. Damit ist der Blutfluss eingeschränkt und der Transport z.B. von Sauerstoff in Organe und Gewebe nicht mehr ausreichend gewährleistet. Fehlt die Blutzufuhr zum Herz, kann dies zu einem Herzinfarkt führen, ist hingegen die Blutversorgung des Gehirnes betroffen, spricht man von einem Schlaganfall.

Ein Grund, warum diese Art der Erkrankungen zunimmt, ist das steigende Lebensalter der Gesamtbevölkerung, denn ein klassischer Risikofaktor für HKE ist schlicht höheres Alter. Weitere typische Risikofaktoren sind z.B. zu hohe Blutfett- und Blutzuckerwerte sowie starkes Übergewicht, genauso wie Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum. Auch bereits aufgetretene HKE in der Familiengeschichte oder das Geschlecht (Männer sind statistisch gesehen gefährdeter als Frauen) erhöhen das Risiko, eine HKE zu erleiden. Solche generellen Risikofaktoren für HKE gelten für alle und HIV-positive Menschen stellen hier keine Ausnahme dar.

Allerdings besteht bei Menschen mit HIV/AIDS ein zusätzlich höheres Risiko. Einerseits durch die Infektion an sich und andererseits durch langjährige Einnahme von antiretroviralen Medikamenten. Unter Umständen kann es durch Wirkstoffe der HIV-Therapie zu einer Verschiebung der Blutzucker- und Blutfettwerte kommen, also z.B. einer Erhöhung des Cholesterinspiegels, was zu besagten Ablage-

rungen in den Blutgefäßen führen kann. Die exakten biologischen Vorgänge, wie und warum die Medikamente solche Veränderungen hervorrufen können, sind jedoch nicht geklärt.



Ein Wirkstoff, der seit ein paar Jahren in Bezug auf ein erhöhtes Risiko für HKE in Diskussion steht, ist Abacavir, ein Medikament aus der Substanzklasse der sogenannten „nukleosidischen Reverse Transkriptase Inhibitoren“ (NRTI). Dies war auch Thema auf den Münchner AIDS Tagen 2012 in einer Veranstaltung zum Therapiebackbone. Als Therapiebackbone bezeichnet man eine Kombination aus zwei NRTI, die mit einem dritten Wirkstoff für eine klassische HIV-Therapie kombiniert werden. Nach den aktuellen europäischen Behandlungsrichtlinien werden hier die Präparate Kivexa® (bestehend aus den NRTI Abacavir und Lamivudin) oder Truvada® (bestehend aus den NRTI Emtricitabin und Tenofovir) empfohlen. Wie bereits im PlusMinus 04/2012 an Beispielen gezeigt, wird die Wahl des Backbones abhängig von der individuellen Situation der PatientInnen getroffen.

Auf den Münchner AIDS Tagen 2012 wurden nun in einer Art Rollenspiel die beiden Präparate gegeneinander diskutiert – natürlich eine nachgestellte Situation, da die BehandlerInnen nie

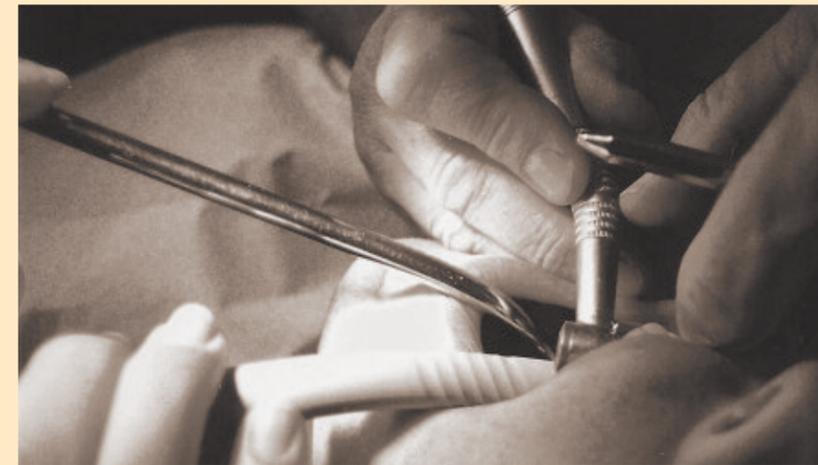
ausschließlich das eine oder das andere Therapiebackbone empfehlen, sondern im Sinne ihrer PatientInnen wählen.

Das Rollenspiel verdeutlichte jedoch sehr anschaulich die Diskussion um Abacavir und Herz-Kreislaufkrankungen. Eine Rollenspiel-Seite argumentierte auf Basis der sogenannten DAD Kohortenstudie. DAD steht für „Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs“ und ist eine kontinuierliche Auswertung von über 10.000 HIV-PatientInnen weltweit in Bezug auf Langzeitnebenwirkungen der HIV-Medikamente. Vor ca. 4 Jahren wurde hier ein Zusammenhang von Abacavir und auftretenden HKE hergestellt. Von Beginn an wurden die Daten diskutiert, vor allem da der Zusammenhang nur bei PatientInnen mit generell hohem Risiko für HKE zu sehen war. Die zweite Rollenspiel-Seite bezog sich indessen auf eine 2011 publizierte Auswertung der FDA, der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde. Diese hatte insgesamt 26 einzelne Studien (mit Daten von ebenfalls etwa 10.000 PatientInnen) auf besagten Zusammenhang hin ausgewertet und kein erhöhtes Risiko für HKE unter einer Therapie mit Abacavir gefunden.

Klar bleibt, unabhängig ob vor oder nach den beiden Analysen: beim Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen haben die sogenannten „Life Style Faktoren“ einen größeren Effekt als eine medikamentöse Behandlung. Nach wie vor gilt: Verzicht auf Nikotin und übermäßigen Alkoholkonsum, gesündere Ernährung und vor allem Bewegung und Sport bieten einfach den besten Erfolg, das ganz persönliche Risiko für eine Herz-Kreislaufkrankung zu senken bzw. langfristig gering zu halten.

HIV positive PatientInnen in der Zahnarztordination

Von Dr. Franz Hastermann*



■ Seit der eindeutigen Identifikation des Krankheitsbildes AIDS und dem Isolieren des HI-Virus (anfänglich noch HTLV3 genannt) sind nunmehr mehr als 25 Jahre vergangen. Durch intensive wissenschaftliche Anstrengungen ist es gelungen der Infektion (die anfänglich einem Todesurteil gleich kam) etwas von ihrem Schrecken zu nehmen. Leider blieben einige Dinge unverändert:

- es gibt derzeit nach wie vor keine Schutzimpfung
- die Krankheit/Infektion ist derzeit trotz enormer Fortschritte nicht heilbar
- irrationale Ängste und Vorurteile quer durch alle Bevölkerungsgruppen bis hin zu großen Teilen des medizinischen Personals

Gerade in der Zahnheilkunde schien nach der Entdeckung des Symptomenkomplexes AIDS und dem Entdecken der Infektionswege die Transmission oder „Cross Infection“ anfänglich eine große Gefahr darzustellen. Es stellte sich jedoch bei nüchterner Betrachtung heraus, dass zwar theoretische Gefahren lauern, aber in der Praxis

eine Infektion nahezu auszuschließen ist. Sogar bei der unbestrittenen Infektionsgefahr, die bei einer Stichverletzung mit Hohlnadeln besteht, ist, durch die dünnen Lumina der verwendeten Hohlnadeln in der Zahnheilkunde, eine Infektion (Serokonversion) äußerst unwahrscheinlich. (Im Vergleich zu der viel verbreiteteren Krankheit „Hepatitis“ sogar außerordentlich gering).

EINIGE FAKTEN ZUM THEMA:
Quelle: „Österreichische Gesellschaft für Hygiene in der Zahnheilkunde – ÖGHZ“

Prinzipiell ist jede/r PatientIn als potenziell infektiös zu betrachten. Daher werden alle Medizinprodukte und Geräte zwischen den PatientInnen so aufbereitet, dass eine Weitergabe der Infektion mit Sicherheit auszuschließen ist.

Bei Einhaltung der hygienischen Mindeststandards in einer Zahnarztordination (z.B.: Mindestempfehlungen zur Aufbereitung von zahnärztlichen Medizinprodukten der ÖGHZ) ist eine Übertragung des HI-Virus von

einer Patientin bzw. einem Patienten auf die Nächste bzw. den Nächsten (Cross Infektion) auszuschließen.

Die Ansteckung des medizinischen Personals (ÄrztIn oder AssistentIn) durch die tägliche Routinearbeit ist auch bei chirurgischer Arbeit nahezu auszuschließen. Grundvoraussetzung ist das Tragen der persönlichen Schutzausrüstung (besonders Handschuhe).

Lediglich Stich- oder Schnittverletzungen (besonders mit Hohlnadeln/Spritzen) sowie bei der Instrumentenaufbereitung (maschinell wie manuell) bedeuten unter besonders unglücklichen Umständen ein THEORETISCHES Infektionsrisiko. Das Infektionsrisiko für das Ordinationsteam für Hepatitis bei Verletzung oder schweren Eigenschutzmängeln ist immer deutlich höher ist als für HIV (Ausnahme: Hepatitis B bei Impfschutz).

Der korrekte Umgang mit spitzen und scharfen (verletzungsgefährlichen) Gegenständen ist eine wichtige Grundlage zum Infektionsschutz.*) Gebrauchte (kontaminierte) Injektionsnadeln niemals ungeschützt liegen lassen!

*) Dieser Umstand rechtfertigt nicht die geplanten, teilweise absurden neuen Vorschriften der „Nadelstichverordnung“ die gerade wegen der Umsetzung einer EU-Richtlinie im Ministerium geplant werden.

Die ungeschützte verletzte Haut (ohne Handschuhe) an den Fingern oder der Hand stellt eine theoretische Eintrittspforte, auch für andere viel häufigere Krankheiten, dar.

Immer Handschuhe tragen!
Bei großflächigeren Hautwunden an

*Dr. Franz Hastermann,
Referat für betriebliche
Aufgaben und Qualitätssicherung
der Landes-zahnärztekammer für
Wien.

der Hand sollte das zahnärztliche Arbeiten generell unterbleiben. Dies gilt für alle im Behandlungsraum oder der Instrumentenaufbereitung tätigen Teammitglieder.

Irrationale Ängste, die immer noch bestehen und nicht gerne ausgesprochen werden, sind leider auch durch gute Aufklärung und Wissen ob der Krankheit nicht völlig zu beseitigen. Da die Erkrankung sich durch alle Bevölkerungsschichten zieht, sind HIV-positive PatientInnen nicht durch ihr äußeres Erscheinungsbild gekennzeichnet.

Die Behandlung infektiöser PatientInnen ist eine (zahn)ärztliche Pflicht. Dies darf weder für das Ordinationsteam, noch für andere PatientInnen ein Problem darstellen.

Gerade die Tatsache, dass sich (wenn auch statistisch selten) HIV-positive PatientInnen zeitgleich in der Praxis aufhalten, sowie der Gedanke, dass man „nach einer/einem HIV-Positiven“ am Zahnarztstuhl behandelt wird, lässt völlig irrationale Panik bei manchen PatientInnen aufkommen. Durch überzeugende, auch für die PatientInnen sichtbare Hygienemaßnahmen, lassen sich die Ängste zwar mindern, aber leider nicht immer völlig ausräumen.

- Es geht keinesfalls eine Infektionsgefahr für PatientInnen durch ein Mitglied des Ordinationsteams aus.
- Zu keiner Zeit besteht Gefahr für PatientInnen oder deren Angehörige durch die gleichzeitige Anwesenheit einer infektiösen PatientIn.
- Bei Einhaltung der Mindesthygienemaßnahmen besteht keine Infektionsgefahr, wenn man nach HIV-positiven PatientInnen behandelt wird.

Der Grund weswegen die Erkrankung (wie viele andere Erkrankungen auch) bekannt gegeben werden sollte, ist also über weite Strecken ein rein medizinischer. Die erhöhte Infektionsgefahr steht, wenn überhaupt, nur an zweiter Stelle.



Warum die ZahnärztIn unbedingt über eine HIV Infektion oder AIDS Erkrankung informiert werden sollte (einige Beispiele):

Beim immungeschwächten PatientInnen empfehlen sich je nach Aufgabenstellung unter Umständen besondere Behandlungsmaßnahmen (vermehrte SH Antiseptik, AB Prophylaxe, Kofferdam etc), die über die Routine hinausgehen.

Die Diagnosestellung und der Therapieplan erfolgen rascher und präziser, wenn der Zahnarzt/die ZahnärztIn über eine Grunderkrankung vorher Bescheid weiß, weil nicht zutreffende Diagnosevarianten besser eingeschränkt werden können (Es vergeht weniger Zeit und benötigt weniger frustrane Behandlungsversuche).

Die Kontrollintervalle können anlassbezogen optimiert werden. Die Intervalle und Art der professionellen Zahnreinigung („Mundhygiene“) bzw. Parodontaltherapie können besser eingeschätzt und dem Krankheitsverlauf angepasst werden.

Der veränderte Verlauf einiger Erkrankungen (z.B.: nekrotisierende Gingivitis) ist, soweit medizinisch möglich, effizienter zu steuern, wenn man das Grundproblem kennt.

Bei geplanten chirurgischen Eingriffen lässt sich bei bekannter HIV-Infektion/AIDS Erkrankung der OP Verlauf (z.B.: Schnittführung; prä-/postoperatives Management) zum Wohle der PatientInnen optimieren.

Dank gilt dem Team der AIDS Hilfe Wien, das mit Professionalität und Detailsachkenntnis unser Gegenüber bildete. Professionalität und Detailsachkenntnis sind Eigenschaften, die uns als Referenten der Zahnärztekammer leider selten bei unserem „Gegenüber“ in diesem Ausmaß widerfahren.

Dr. Franz Hastermann

Bei Patientenbeschwerden oder Anfragen steht Ihnen die Schlichtungsstelle der Zahnärztekammer zur Verfügung.

Kontakt: Österreichische Zahnärztekammer, Kohlmarkt 11/6, 1010 Wien, Tel.: 01/50511, E-Mail: office@zahn-aerztekammer.at, Homepage mit Links zu allen Landesärztekammern: www.zahn-aerztekammer.at

Münchener AIDS & Hepatitis Tage 2012

Von Mag^a. Birgit Leichsenring*



■ Vom 16. bis zum 18. März fanden die 14. Münchener AIDS und Hepatitis Tage statt, heuer gleich mit zwei auffallenden Veränderungen: einerseits zog der Kongress in eine neue Lokalität um und andererseits hat sich der Kongresstitel um das Thema „Hepatitis“ erweitert.

Dem erweiterten Titel wurde inhaltlich auch Rechnung getragen, denn die vorherrschenden medizinischen Themen der Konferenz waren neben z.B. „Neues in der HIV-Therapie“ oder „Visionen der Heilung einer HIV-Infektion“ auch „Neues aus der Hepatitis C-Therapie“. PlusMinus möchte hier einen kleinen Einblick bieten, der selbstverständlich keinesfalls dem inhaltlich durchaus breitgefächerten Kongress mit fast 150 ReferentInnen und 1.500 TeilnehmerInnen gerecht werden kann.

Neues in der HIV-Therapie

Neu zugelassen sind seit Ende November 2011 die beiden Präparate Edurant[®] und Eviplera[®]. Hinter Edurant[®] steht der antiretrovirale Wirkstoff Rilpivirin, ein sogenannter nicht-nukleosidischer Reverse Transkriptase Inhibitor (NNRTI). Eviplera[®] ist hingegen ein Kombinationspräparat und besteht aus den bereits etablierten Wirkstoffen Tenofovir und Emtricitabin, sowie dem neuen Rilpivirin. Beide sind zugelassen zur 1-mal täglichen Einnahme für die Behandlung einer HIV-1 Infektion bei erwachsenen PatientInnen mit einer Viruslast unter 100.000 Kopien/ml.

Vermutlich Ende 2012 zugelassen wird eine weitere neue Substanz, nämlich ein Integraseinhibitor namens Dolutegravir. Der Wirkstoff erwies sich

bereits in Studien als effizient und verträglich.

Voraussichtlich 2013 erfolgt dann die Zulassung einer weiteren „All-in-one“-Tablette namens „Quad“. Es handelt sich um eine Kombination aus Tenofovir und Emtricitabin mit einem neuen Integraseinhibitor Elvitegravir und dem neuen Booster Cobicistat. Auch hier zeigen die Studien erfolgreiche Ergebnisse.

Visionen der Heilung einer HIV-Infektion

Mehrere unterschiedliche Ansätze, die sich mit dem Thema Heilung befassen, werden seit einigen Jahren erforscht, nachdem der einzigartige Fall des „Berliner Patienten“ (siehe auch PlusMinus 01/2009) für Optimismus sorgte.

Zurzeit läuft eine Studie namens New Era, die versucht mittels intensiverer HIV-Therapie (bestehend aus fünf Medikamenten) die Virusvermehrung derart konsequent zu stoppen, dass über einen bestimmten Zeitraum die restlichen infizierten Zellen durch ihre natürliche Lebensdauer eliminiert werden. Konkrete Ergebnisse werden in ca. 5 Jahren erwartet.

Neu präsentiert wurde eine kleine US-amerikanische Studie, bei der ruhende infizierte Zellen mit dem Wirkstoff Vorinostat aktiviert wurden. Durch die Aktivierung sterben nach einer Zeit diese Zellen ab. Der eigentlich als Krebsmedikament verwendete

Wirkstoff könnte somit helfen, infizierte Zellen zu eliminieren.

Andere Bestrebungen liegen auf dem Gebiet der Gentherapie. So gibt es die Idee, mit Hilfe von Gentechnik eine bestimmte Oberflächenstruktur (genannt CCR5) auf den menschlichen Zellen zu verändern, um sie immun gegen die meisten HI-Viren zu machen. Dieses Prinzip der „Zinkfinger-Nuklease“ sorgte bereits vor einiger Zeit auch für medialen Aufruhr. Ein anderer Ansatz versucht mittels einer „molekularen Schere“ (genannt CreLox System) in der Zelle die Gene des HI-Virus aus dem menschlichen Erbgut auszuschneiden. Gentherapie ist jedoch noch weit von einer realen Praxis entfernt, die Laborforschung scheint jedoch gute Fortschritte zu machen.

Neues aus der Hepatitis C-Therapie

Bislang stand bei einer Infektion mit Hepatitis C (HCV) nur die Therapie aus pegyliertem Interferon-alpha und Ribavirin zur Verfügung. Abhängig von der individuellen Situation besteht hiermit für eine Infektion mit HCV des Genotyps 2 und 3 eine Heilungschance von 70–80 %, allerdings bei Genotyp 1 nur etwa von 40–50 %. Hier konnte mit den 2011 neu zugelassenen Substanzen Boceprevir und Telaprevir ein großer Erfolg verbucht werden. Beide Substanzen sind sogenannte Proteaseinhibitoren und werden in Kombination mit der bisherigen Therapie eingesetzt. Dank dieser Wirkstoffe sind die Heilungschancen einer HCV Genotyp 1 Infektion ebenfalls auf ca. 70% angestiegen. Weitere neue Substanzen werden bereits untersucht und „Neues aus der HCV Therapie“ wird auch die kommenden Kongresse begleiten.

*Mag^a. Birgit Leichsenring, med. Info/Doku der AIDS-Hilfen Österreichs seit 2007



Rezensionen

Boris Pfeiffer: One Night Stand.
Ravensburg: Ravensburger
Buchverlag, 2012, S 254, 6,99 Euro.

■ Artur Rading ist 16 Jahre alt, hat in der Schule gute Noten, hängt gerne mit seinen Kumpels ab und ist seit einiger Zeit mit Jules zusammen, die er sehr gerne mag. Deshalb möchte er auch die Walpurgisnacht mit ihr feiern, doch Jules Schwestern machen ihm einen Strich durch die Rechnung und so trifft sich Art, wie ihn seine Freunde nennen, mit Johnny und Ilja. Die Jungs trinken, kiffen und tanzen die ganze Nacht. Im Zuge des rauschenden Festes lernt Art Miro kennen, den er anfangs für ein Mädchen hält, und tanzt mit ihm. Schlussendlich landen die zwei im Bett und Art wird am nächsten Tag von schweren Schuldgefühlen geplagt. Schlagartig wird ihm bewusst, dass er kein Kondom verwendet hat und somit Gefahr läuft sich mit einer Geschlechtskrankheit, im schlimmsten Fall mit HIV, angesteckt zu haben. Schnell sucht er sich eine Ärztin und will einen Test machen. Dort kommt er zufällig mit Basti ins Gespräch. „Basti ist HIV-positiv, weil seine Mutter es hatte, als er geboren wurde. Er redet darüber, als wäre das das Normalste der Welt“. Als Art von der Ärztin erfährt, dass er drei Monate zu warten habe, bis er den Test machen kann, bricht für ihn eine Welt zusammen. „Anstatt drei Monate zu warten, würde es doch ausreichen, wenn ich weiß, ob Miro was hat. Wenn er nichts hat, kann ich auch nichts haben. Das ist logisch“, überlegt Art. Aber was passiert, wenn er sich tatsächlich mit dem HI-Virus infiziert hat? Und wie soll er das nur Jules erklären?

Nach zahlreichen Kinderbüchern hat Boris Pfeiffer nun seinen zweiten Jugendroman vorgelegt. Dem Autor ist es dabei gelungen, ohne plumpe Stereotypen auszukommen. Zudem hat er darauf verzichtet die Geschehnisse nur aus der Perspektive des Protagonisten zu erzählen. Mehrere Kapitel sind aus der Sicht von Jules, Arts Freundin, geschrieben, was der Geschichte mehr Leben verleiht. Der Schreibstil ist der Jugendsprache unserer Zeit ziemlich gut angepasst. „One Night Stand“ ist ein solides und mutiges Buch über HIV, Sex, Homosexualität, Pubertät und Freundschaft.

Aiden Shaw: Unzensiert. Im Dschungel von Sex, Drogen und Prostitution.
Berlin: Bruno Gmünder Verlag, 2012, S 272, S 16,95 Euro.

■ „Es kam mir ungerecht vor, dass ich der war, der ich war, und ich fasste den Entschluss, zu dem zu werden, der ich sein wollte.“ Aiden Shaw ist ein außergewöhnlicher Mensch. Er studierte am Brighton College Darstellende und Bildende Kunst; seine Gedichte, Romane und autobiografischen Erzählungen wurden mehrmals ausgezeichnet. Er war und ist Callboy, spielte in mehr als fünfzig Pornofilmen die Hauptrolle, war eine Zeit lang der bestbezahlte schwule Pornodarsteller der Welt und ist nebenbei noch Leadsänger und Kopf der post-modernen Band „Whatever“. Mit „Unzensiert“ legt Shaw nun einen weiteren autobiografisch geprägten Roman vor, der, wie der Titel suggeriert, hemmungslos offen das wilde Treiben und die Exzesse eines Großstadthedonisten beschreibt. Nach drei Jahren Abstinenz von der



Pornoindustrie, schaffte es sein guter Freund Al, Shaw davon zu überzeugen, noch einmal einen Film zu drehen. „Es brauchte nicht viel, um mich zu überreden. [...] Dass die Anfrage von Al kam, trug noch dazu bei – ich hatte schon immer ein Faible für ihn gehabt, aber das Beste an ihm war, dass er keine Probleme mit meinem HIV-Status hatte“.

Alles hätte gut werden können, gäbe es nicht die Liebe. Aiden verknallt sich während der Dreharbeiten Hals über Kopf in einen der Darsteller und klammert sich an diese Beziehung bzw. Affäre wie ein pubertierender Teenager. Er ignoriert alle Warnungen von seinen wahren Freunden, auch als schon längst klar sein hätte müssen, dass das ganze nur ein einseitiges, leicht durchschaubares Spiel ist. Das Resultat sind Depression und ausufernde Drogenexzesse. „Damals nahm ich mindestens vier Tag die Woche Drogen und war an den restlichen dreien so betrunken, dass ich nicht merkte, wenn die Wirkung nachließ.“ Nach einem Konzert in Brüssel rächt sich dieser gefährliche Lebensstil, als Aiden völlig zugehörnt von einem Auto überfahren und schwer verletzt wird.

„Unzensiert“ ist ein kluges, witziges, erotisches und wunderbar unmoralisches Buch. Es ist erstaunlich wie offen und ungehemmt der Autor über seine boshaften, selbstzerstörerischen und unreifen Charaktereigenschaften schreiben kann.