

PLUS MINUS



DIE START-STUDIE

3

FALLSTRICKE DES ÖSTERREICHISCHEN
STRAFRECHTS

6

HIV AND YOUR BODY – „ADHÄRENZ“

8

DIE RESISTENZBARRIERE

10

DIE CHANCEN DER VOR-ORT-TESTUNG

12

HIV UND RECHT
ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT

14

DÖAK 2015 UND DIE HEILUNG
DER GESELLSCHAFT

15

REZENSIONEN

16

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: office@aidshilfe-wien.at
Spenden: AT05 1200 0240 1156 0600



Aidshilfe Salzburg · Linzer Bundesstraße 10 · A-5020 Salzburg
Tel.: 0662/88 14 88 · Fax: 0662/88 14 88-3
E-Mail: salzburg@aidshilfen.at · Spenden: AT65 3500 0000 0202 5666



aidsHilfe Kärnten · Bahnhofstr. 22/ 1 · A-9020 Klagenfurt
Tel.: 0463/55 128 · Fax: 0463/51 64 92
E-Mail: kaernten@hiv.at · Spenden: AT17 6000 0000 9201 1911



AIDSHILFE OBERÖSTERREICH · Blütenstraße 15/2 · A-4040 Linz
Tel.: 0732/21 70 · Fax: 0732/21 70-20
E-Mail: office@aidshilfe-ooe.at · Spenden: AT34 5400 0001 0021 6183



AIDS-Hilfe Steiermark · Schmiedgasse 38/ 1 · A-8010 Graz
Tel.: 0316/81 50 50 · Fax: 0316/81 50 506
E-Mail: steirische@aidshilfe.at · Spenden: AT47 6000 0000 9201 1856



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 · Spenden: AT 48 1100 0038 9306 0800



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
Spenden: AT48 5800 0101 9326 3114

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.: 01/599 37-85
Fax: 01/599 37-16
E-Mail: office@aidshilfe-wien.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
Mag. Manfred Rupp, AIDS-Hilfe Steiermark
Dr. Renate Fleisch, AIDS-Hilfe Vorarlberg
DDr. Elisabeth Müllner, AIDSHILFE OBER-
ÖSTERREICH
Dr. Günther Nagele, aidsHilfe Kärnten
Philipp Dirnberger, MSc., Aids Hilfe Wien
DSA Maritta Teufl-Bruckbauer, MAS, Aidshilfe
Salzburg

Beiträge von: Mag^a. Birgit Leichsenring,
DDr. Elisabeth Müllner, 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 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



GlaxoSmithKline

working on behalf of ViiV Healthcare



Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit



Editorial

■ Die österreichischen AIDS-Hilfen haben sich immer schon als Anwalt für Menschen mit HIV/AIDS gesehen und haben deshalb die Kriminalisierung der unabsichtlichen Übertragung von HIV kritisiert und bekämpft. Nicht selten werden Menschen angeklagt und teilweise sogar vor Gericht verurteilt, obwohl kein Risiko einer HIV-Übertragung bestanden hat.

Leider ignoriert der Gesetzgeber nach wie vor die wissenschaftlich belegte Tatsache, dass gut funktionierende HIV-Therapien einen ausreichenden Schutz vor einer Ansteckung bieten. Laut einem Bericht der Vereinten

Nationen führen unzureichende Kenntnisse der wissenschaftlichen Fakten häufig zu Fehlurteilen, was nicht nur für den Rechtsstaat nachteilig sei, sondern auch den weltweiten Kampf gegen HIV/AIDS behindere, da die Kriminalisierung von Menschen mit HIV/AIDS beispielsweise negative Auswirkungen auf die Bereitschaft hat, sich auf HIV testen zu lassen.

Aus diesem Grund enthält diese Ausgabe des PlusMinus zwei Texte, die sich mit juristischen Themen auseinandersetzen. Der erste Artikel stammt von der AIDSHILFE OBERÖSTERREICH und behandelt die Strafbarkeit sexueller Handlungen von HIV-

positiven Menschen.

Der zweite Artikel beschäftigt sich mit der Frage der ärztlichen Verschwiegenheit und kommt aus der Rubrik „HIV und Recht“, die von nun an regelmäßig erscheinen wird und kurz und prägnant rechtliche Anliegen bezüglich HIV/AIDS erläutert.

Darüber hinaus informiert die Aids-hilfe Salzburg in ihrem Beitrag über Testberatungen an Orten, die sich außerhalb der Einrichtung befinden. Die medizinischen Artikel befassen sich mit den Themen Resistenzen, Adhärenz und Therapiestart.

Die START-Studie

HIV-Therapiestart ab 500 CD4-Zellen/ μ l deutlich von Vorteil *Von Mag^a. Birgit Leichsenring**

■ Die Frage nach dem Zeitpunkt, wann mit einer HIV-Therapie begonnen werden sollte, hat sich seit Beginn der Therapieentwicklung deutlich verändert. Früher wurde (vor allem auf Grund der Nebenwirkungen) eher zugewartet, also später mit der Therapie begonnen. Mit der stetigen Optimierung der Medikamente und dementsprechend mittlerweile gut verträglichen und nebenwirkungsärmeren Therapiemöglichkeiten, hat sich die Situation gewandelt. Der Trend der letzten Jahre war deutlich: früher mit der Therapie beginnen hat Vorteile. Aber was bedeutet denn „früher“?

CD4-Zellen als Marker
Allgemein wird als biomedizinischer

Indikator für den Therapiestart die Anzahl der CD4-Zellen verwendet. CD4-Zellen spielen eine essentielle Rolle im Immunsystem, können gut mit einem Bluttest gemessen werden und werden in Anzahl der Zellen pro μ l angegeben. Bei einem gesunden Immunsystem hat der Mensch meist zwischen 800-1500 CD4-Zellen/ μ l. In Folge einer untherapierten HIV-Infektion sinkt die Anzahl dieser Zellen ab, wodurch eine Immundefizienz entsteht. Behandlungsleitlinien geben nun Empfehlungen, bei welcher CD4-Zellzahl eine HIV-Therapie begonnen werden sollte. Mehrfache Anpassungen dieser Richtlinien zeigen anschaulich, wie der Standpunkt zum Therapiestart der medizinischen Entwicklung Folge

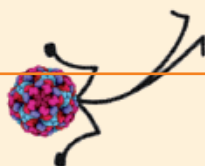
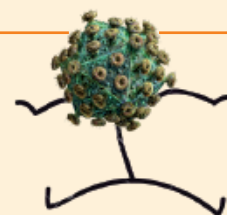
leistet. Der CD4-Zell-Wert als Startpunkt (früher 200 CD4-Zellen/ μ l), stieg mit den Jahren an. Eine umfassende fundierte Datenlage dazu gab es jedoch bislang nicht.

Jetzt wurde mit der sogenannten START-Studie der klare Nachweis erbracht, dass der Beginn einer HIV-Therapie bereits bei 500 CD4-Zellen/ μ l (und mehr) signifikant von Vorteil ist!

Die START-Studie

Die START-Studie (START = the Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment) wurde seit 2011 in 35 Ländern durchgeführt. Teilgenommen hatten 4.685 HIV-positive Menschen, die noch keine HIV-Therapie einnahmen und deren

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





CD4-Zellzahl über 500/µl lag. Eine Hälfte der TeilnehmerInnen begann sofort mit einer HIV-Therapie, die andere Hälfte begann mit der Therapie, nachdem die CD4-Zellzahl auf 350/µl gesunken war.

Die Ende Mai 2015 publizierte Zwischenauswertung zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen: In der Gruppe mit sofortiger Therapie wurden 41 Fälle von AIDS-definierenden Erkrankungen, schwerwiegenden Herz-Kreislauf-, Nieren- und Krebserkrankungen sowie Todesfälle registriert. In der Gruppe mit dem späteren Therapiebeginn waren es mit 86 registrierten Fällen mehr als doppelt so viel.

Auf Grund dieser eindeutigen Zwischenergebnisse wurde die Studie nun eingestellt, knapp 1,5 Jahre vor dem ursprünglich geplanten Studienende. Allen StudienteilnehmerInnen wird nun eine HIV-Therapie angeboten.

Die START-Studie legt damit die gesicherte wissenschaftliche Basis, dass ein Therapiestart bei spätestens 500 CD4-Zellen/µl empfohlen werden sollte.

Die drei großen Therapie-Studien

Die Ergebnisse der START-Studie haben, ähnlich der SMART-Studie und der HPTN052-Studie, einen großen Einfluss auf die Zukunft der HIV-Therapie. SMART hatte vor etwa 10 Jahren gezeigt, dass Therapiepausen eindeutig von Nachteil und daher zu vermeiden sind. HPTN052 hatte 2011 erstmals in größerem Umfang die Nicht-Infektiosität HIV-positiver Menschen mit einer Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze belegt. Und START belegt nun den Vorteil des früheren Therapiestarts. Alle drei Studien haben somit den Umgang mit der HIV-Therapie fundamental beeinflusst.

START-Studie und Gesundheitspolitik

Die START-Studie zeigt eindeutig die bessere Gesundheitsprognose für HIV-positive Menschen, deren CD4-Zellzahl bei Start einer HIV-Therapie über 500/µl liegt. Doch nicht nur auf individueller Ebene kann dieser frühe Therapiebeginn eine Rolle spielen. Seit längerem ist unter dem Schlagwort „treatment as prevention“ unumstritten, dass eine unterdrückte Viruslast das Übertragungsrisiko auf HIV-negative SexualpartnerInnen eklatant beeinflusst. HIV-positive Menschen mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze dank effizienter HIV-Therapie (in Kombination mit weiteren Aspekten) gelten als nicht infektiös.

Gesundheitspolitisch gesehen bedeutet dies: je mehr HIV-positive Menschen eine Therapie einnehmen und dementsprechend eine niedrige Viruslast

erreichen können, desto weniger Neuinfektionen finden statt. Erhalten also jetzt auf Grund der START-Daten mehr Menschen eine HIV-Therapie, so kann sich dies gleichfalls auf die epidemiologische Gesamtsituation auswirken.

START-Studie und späte HIV-Diagnosen

Ohne Frage unterstreichen die START-Ergebnisse, wie essentiell eine rechtzeitige Diagnose ist, um überhaupt von einem frühen Therapiebeginn profitieren zu können!

Jedoch erhalten auch in Österreich viele Menschen die Diagnose HIV-positiv erst zu einem Zeitpunkt, wenn die Infektion bereits fortgeschritten und die CD4-Zellzahl längst unter den Wert von 500/ μ l gefallen ist.

Die Auswertung der österreichischen HIV-Kohorte gibt an, dass 49,2% aller PatientInnen (welche seit 2001 in den großen HIV-Zentren des Landes betreut wurden) die Diagnose erst bei einer CD4-Zellzahl von weniger als 350/ μ l erhielten. 22,2% aller PatientInnen wurden sogar erst in einem HIV-Zentrum vorstellig, als die CD4-Zellzahl bereits unter 200/ μ l gesunken war. (ÖHIVKOS Nr. 26, 2014).

Diese Zahlen zeigen ganz deutlich, wie wichtig Information, Motivation zur Testung und dementsprechende HIV-Testangebote sind, um die Zahl dieser späten Diagnosen zu senken. Nur damit können für mehr HIV-positive Menschen die Vorteile eines früheren Therapiestarts gewährleistet werden!

Fazit

Wann mit einer HIV-Therapie begonnen wird, ist nach wie vor eine individuelle Entscheidung, die HIV-positive Menschen gemeinsam mit ihren ÄrztInnen treffen.

Doch die Datenlage ist dank der START-Studie eindeutig: ein früherer Therapiestart hat Vorteile! Einerseits gesundheitspolitisch gesehen durch Minimierung des Übertragungsrisikos mittels nachhaltig unterdrückter Viruslast. Andererseits und insbesondere ganz persönlich für die Gesundheit und damit Lebensqualität jedes einzelnen HIV-positiven Menschen. Klar ist aber natürlich auch: nur wer seinen HIV-Status kennt, hat die Möglichkeit von diesen Vorteilen zu profitieren.



Fallstricke des österreichischen Strafrechts

Von DDr. Elisabeth Müllner*



DDr. Elisabeth Müllner,
seit 1999 Leiterin der
AIDS-HILFE
OBERÖSTERREICH

■ Sehr viel Unsicherheit herrscht in Bezug auf die Strafbarkeit von sexuellen Handlungen bei HIV-positiven Menschen, das gilt sowohl bei diesen als auch bei Menschen, die annehmen oder es tatsächlich wissen, dass sie HIV-negativ sind.

Folgende Situation: Eine HIV-positive Frau lernt einen Mann kennen. Bevor es zum ersten Sex kommt, teilt die Frau dem Mann mit, dass sie HIV infiziert ist. Daraufhin werden Kondome verwendet. Die Frau befindet sich schon seit einiger Zeit in medikamentöser Behandlung wegen HIV. Ihre Viruslast liegt nicht ganz unter der Nachweisgrenze, ist jedoch sehr gering. Eine Ansteckung ist daher nicht gänzlich ausgeschlossen, aber unwahrscheinlich. Im gegenseitigen Einverständnis verzichten die beiden hin und wieder auf die Anwendung von Kondomen. Nach einiger Zeit geht die Beziehung unter gegenseitigen Verletzungen und Kränkungen auseinander.

In unserer Geschichte ist der Mann rachsüchtig. Er geht zum Staatsanwalt und zeigt die Frau an, gegen § 178 StGB verstoßen zu haben.

Variante 1

Der Mann ist nicht HIV-infiziert und hat in den ungeschützten Sex eingewilligt. Trotzdem kann es in diesem Fall in Österreich zu einer Anklage und möglicherweise auch Verurteilung der Frau wegen § 178 StGB kommen. § 178 StGB schützt das Rechtsgut der sogenannten Volksgesundheit¹⁾. Dies ist eine österreichische Spezialität beziehungsweise ein Relikt aus einer Old Public Health Gesinnung, die darauf aus ist, Infektionsquellen zu ermitteln und diese durch hoheitliche Eingriffe „stillzulegen“. Hier geht es nicht darum, dass die Gesundheit oder Unverletztheit eines konkreten Menschen geschützt wird, sondern die Allgemeinheit. Die Absicht, die mit dieser Bestimmung verfolgt wurde, war, die epidemische Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern. § 178 StGB ist nicht speziell auf HIV zugeschnitten, aber HIV fällt unter die bedingt meldepflichtigen Erkrankungen und wird dadurch bislang unter §§ 178 f StGB subsumiert. Bei den § 178 (vorsätzliche Verwirklichung) und § 179 (fahrlässige Verwirklichung) StGB ist nicht Voraussetzung, dass es zu einer tatsächlichen Gefährdung der Volksgesundheit gekommen

ist, sondern es reicht die typische Eignung eines bestimmten Verhaltens, um eine konkrete Gefahr für die gesundheitliche Situation der Gesamtbevölkerung herbeiführen zu können. Dass es unter moralischen Erwägungen möglicherweise als empörend empfunden wird, wenn jemand der staatlichen Strafverfolgung und -verurteilung ausgesetzt wird, weil ein anderer seine persönlichen Rachebedürfnisse auslebt, ist für die Anwendung der §§ 178 f StGB unerheblich. In dieser – konstruierten Fallgeschichte – kann der HIV-negative Mann auch nicht zur Beihilfe nach § 178 StGB herangezogen werden, denn nach übereinstimmender Lehre kann die HIV-negative Person keine konkrete Gefährdung der Gesamtbevölkerung durch Beihilfe (§ 12 StGB) verwirklichen.

Unter präventiven Erwägungen ist eine derartige rechtliche Situation äußerst kontraproduktiv, überträgt sie doch die alleinige Verantwortung für den Schutz vor einer HIV-Infektion der HIV-positiven Person. À la longue trägt eine Kriminalisierung von HIV-positiven Menschen dazu bei, sich möglicherweise lieber in Unwissenheit über den eigenen HIV-Status zu



hüllen und keinen HIV-Test machen zu lassen. Die öffentliche Gesundheit ist jedoch am besten gewährleistet, wenn jeder Mensch für sich und seine Gesundheit selbst verantwortlich ist, d.h. im Konkreten, wenn jeder Mensch selbst – und nicht der andere – dafür Sorge trägt, sich vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen. Im österreichischen Strafrecht ist dieser Grundsatz leider – noch – nicht konsequent umgesetzt worden. In einer Stellungnahme zum Entwurf des Strafrechtsänderungsgesetzes 2015 fordern die AIDS-Hilfen Österreichs daher auch die Entkriminalisierung von HIV-positiven Menschen und die Herausnahme von HIV aus dem Tatbestand des § 178 f.

Zurück zu unserer fiktiven Fallgeschichte. Der enttäuschte und auf Rache sinnende Mann geht mit der gleichen Geschichte zum Staatsanwalt und möchte, dass seine ehemalige Partnerin wegen versuchter Körperverletzung § 83 StGB in Verbindung mit § 15 StGB (Versuch) angeklagt wird.

Variante 2

Geschütztes Rechtsgut ist im § 83 StGB die körperliche Unversehrtheit

eines einzelnen Menschen. Auch wenn die „bloße“ Infektion mit HIV noch keine Erkrankung darstellt, so wird sie hier doch einer Erkrankung gleichgestellt, da unter Umständen die gesamte Lebensführung eines Menschen durch die Infektion betroffen ist. Der „Täter“ wiederum muss eine Ansteckung ernsthaft für möglich gehalten und sich damit abgefunden haben.

In unserer konstruierten Geschichte kann nicht davon ausgegangen werden, dass die HIV-positive Frau eine Ansteckung ernsthaft für möglich gehalten und die Ansteckung des Sexualpartners auch in Kauf genommen hat. Denn ihre niedrige HI-Virusbelastung macht eine Weitergabe der Infektion wenig wahrscheinlich, so dass auch nicht von einer versuchten Körperverletzung gesprochen werden kann.

In unserem Beispiel gibt es auch noch ein anderes Element, das die Anwendung von § 83 StGB ausschließt. Dies ist die Einwilligung des Mannes in den ungeschützten Sex bei Kenntnis der HIV-Infektion der Frau. Er kann sich hier nicht auf den Schutz seiner körperlichen Unversehrtheit berufen, wenn er zuvor seine Einwilligung –

und sei es auch nur stillschweigend – dazu gegeben hat.

Ein weit verbreiteter Irrglaube besteht darin anzunehmen, dass jemand, der HIV-infiziert ist, verpflichtet ist, einem Sexualpartner/einer Sexualpartnerin vor Beginn einer sexuellen Aktivität die HIV-Infektion mitzuteilen. Eine derartige gesetzliche Verpflichtung existiert in Österreich nicht, allerdings kann es – zumindest aus strafrechtlicher Sicht – manchmal sinnvoll sein.

§ 83 Abs. 1 StGB: Wer einen anderen am Körper verletzt oder an der Gesundheit schädigt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

§ 178 StGB: Wer eine Handlung begeht, die geeignet ist, die Gefahr der Verbreitung einer übertragbaren Krankheit unter Menschen herbeizuführen, ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen, wenn die Krankheit ihrer Art nach zu den wenn auch nur beschränkt anzeige- oder meldepflichtigen Krankheiten gehört.

HIV and Your Body – „Adhärenz“

Von Mag^a. Birgit Leichsenring*



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

■ Seit einigen Jahren läuft unter dem Titel „HIV and Your Body“ ein internationales Programm, in welches auch die AIDS-Hilfen Österreichs involviert sind und im Rahmen dessen unterschiedlichste Basis-Informationen zum Thema HIV/AIDS vermittelt werden. Das PlusMinus möchte in dieser Ausgabe erneut Programminhalte aufgreifen und widmet sich daher hier dem Thema Adhärenz.

Adhärenz

Das Wort Adhärenz hängt mit dem englischen Verb „to adhere“ zusammen und bedeutet übersetzt „an etwas festhalten“ oder auch „etwas einhalten“. In der HIV-Therapie beschreibt die Adhärenz, in welchem Ausmaß die Therapie im realen Leben umgesetzt und damit das Therapieziel (anhaltende Unterdrückung der Viruslast unter die Nachweisgrenze) erreicht werden kann.

Auch wenn es im ersten Moment so klingen mag – die Adhärenz liegt nicht ausschließlich in der Verantwortung der PatientInnen, sondern wird durch viele unterschiedliche Faktoren beeinflusst.

Wirkstoffspiegel und Resistenzen

Der Wirkstoffspiegel gibt die Menge eines Medikamentes im Körper an. Wie hoch zu welchem Zeitpunkt die-

ser Wirkstoffspiegel ist, hängt von mehreren Aspekten ab. Dazu gehören z.B. die Art der Einnahme, die Verteilung im Körper und die Geschwindigkeit, mit welcher der Wirkstoff abgebaut wird. Diese Vorgänge haben unterschiedliche Geschwindigkeiten und variieren daher von Medikament zu Medikament. Die Summe dieser sogenannten „pharmakokinetischen Eigenschaften“ bestimmt, wie oft ein Medikament eingenommen werden muss. Aber nicht nur die Eigenschaften des Medikamentes, auch individuelle Aspekte der PatientInnen beeinflussen den Wirkstoffspiegel: so z.B. Lebensalter, Wechselwirkungen mit anderen Substanzen oder etwa Nieren- oder Lebererkrankungen.

Damit ein Medikament die geplante Wirkung erzielt, ist eine bestimmte Menge notwendig, also ein Minimum an Wirkstoffspiegel. Der Spiegel darf aber umgekehrt auch nicht beliebig hoch sein, da sonst intensivere Nebenwirkungen auftreten können. Den Bereich zwischen diesen Werten nennt man „therapeutischer Bereich“.

Auch für die HIV-Medikamente gilt: damit sie optimal wirken können, ist ein bestimmter Wirkstoffspiegel notwendig. Liegt dieser Spiegel im therapeutischen Bereich, ist die Virusver-

mehrung gehemmt. Sinkt der Spiegel unter die Mindestgrenze, können sich die HI-Viren erneut vermehren.

Sobald sich jedoch HI-Viren vermehren, können Resistenzen entstehen (siehe hierzu auch Artikel „Resistenzbarriere“ S. 10). Liegt eine Resistenz vor, verlieren HIV-Medikamente ihre Wirkung, wodurch sich Therapieoptionen langfristig verringern können. Beim Vermeiden von Resistenzen spielt die Adhärenz die entscheidende Rolle. Wenn die Medikamente regelmäßig und den Angaben entsprechend eingenommen werden, bleibt der Wirkstoffspiegel der HIV-Medikamente konstant auf einem ausreichend hohen Niveau. Damit findet keine Virusvermehrung statt und es können auch keine Resistenzen entstehen.

Faktoren der Adhärenz

Ganz allgemein wird die Adhärenz durch viele unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Man kann sie in mehrere Bereiche einteilen, wie folgende (willkürlich gereihten) Beispiele aufzeigen:

- Faktoren, die mit ÄrztInnen zusammenhängen, sind z.B.: Beziehung und Einstellung zu PatientInnen, Erklärungs- und Motivationsfähigkeiten, Fachausrichtung, Atmosphäre in der Ordination/Ambulanz, etc.

- Faktoren, die mit PatientInnen zusammenhängen, sind z.B.: Erkrankungsstadium, andere Gesundheitsbeeinträchtigungen, Alter, Lebenssituation, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, Ausbildung, innere Einstellung zu Infektion und Therapie, Vertrauen gegenüber ÄrztInnen, etc.

- Faktoren, die mit der Therapie zusammenhängen, sind z.B.: Einnahmezeitpunkte, Tablettenanzahl, Nahrungsvorgaben, Nebenwirkungen, Größe, Form, Farbe, Geschmack, etc.

- Faktoren, die mit dem Umfeld zusammenhängen, sind z.B.: gesellschaftlicher Umgang mit HIV-Infektion und HIV-Therapie, Umgang von Seiten der Partnerschaft, der Familie, des Freundeskreises, des Arbeitsumfeldes, rechtliche Lage, Gesundheitssystem, Betreuungs- und Beratungsangebote, etc.

Adhärenz ist individuell

Die Adhärenz ist bei jedem Menschen unterschiedlich und verändert sich auch individuell im Laufe des Thera-

pielebens. Hierfür reichen oft einzelne Veränderungen im Leben aus, wie z.B. eine neue Partnerschaft oder z.B. eine Nahrungsumstellung. Die Adhärenz kann daher phasenweise schlechter, aber eben auch besser werden. Wichtig ist dabei, den Adhärenzstatus immer mit zu beachten. Bei Veränderungen sollte überlegt werden, was sich geändert hat und wie die Therapie wieder einfacher in die neue Lebenssituation integriert werden kann. Auch sollte mit den behandelnden HIV-ÄrztInnen darüber gesprochen werden. Eine Therapieumstellung kann unter Umständen helfen.

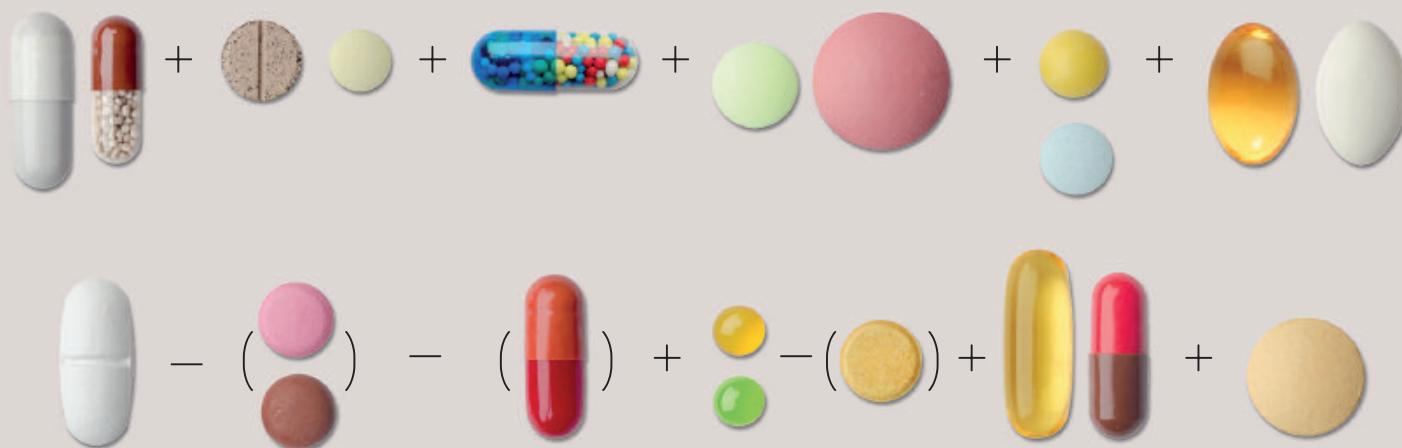
Selbständiges Beeinflussen der Adhärenz

Manche Faktoren, welche die Adhärenz beeinflussen, können nicht eigenständig verändert werden. Einige Punkte können jedoch unterstützend wirken, wie folgende Beispiele aufzeigen: z.B. die Einnahmezeitpunkte mit den ÄrztInnen passend zum Tagesrhythmus festlegen (z.B. Frühaufsteher, Nachtarbeit), Verbinden der Tabletteneinnahme mit bestehenden

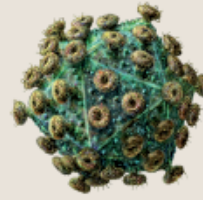
Routinen (z.B. Zähneputzen, Abendessen), Erinnerungshilfen zur Einnahme verwenden (z.B. Handy, Kalender, Merkzettel), Tabletten vorsortieren oder auch z.B. die stetige Mitnahme einer Tagesdosis, für den Fall, dass man spontan einen Tag/eine Nacht nicht daheim ist.

In wie weit welcher Punkt helfen kann, ist natürlich bei jedem Menschen unterschiedlich. Eine hohe Adhärenz ist definitiv eine kontinuierliche Herausforderung und kein Mensch ist perfekt. Wenn Schwierigkeiten bei der Adhärenz bemerkt werden, sollte dies jedenfalls möglichst offen und ehrlich mit den ÄrztInnen besprochen werden. Es geht dabei nicht um Fremdkontrolle, sondern darum, die HIV-Therapie bestmöglich in das ganz persönliche Leben integrieren zu können.

Der Aspekte-Folder Nr. 49 (Informationsbroschüre der AIDS-Hilfen Österreichs) zum Thema „Adhärenz“ steht unter www.aidshilfen.at zum kostenfreien Download zur Verfügung.



Die Resistenzbarriere



Kleine Veränderung mit großer Auswirkung Von Mag^a. Birgit Leichsenring*

■ Eine der Problematiken in der HIV-Therapie ist die Entstehung von HI-Viren, die gegen HIV-Medikamente resistent sind. Resistente Viren entstehen, wenn es zu einer Veränderung (Mutation) der HIV-Erbinformation kommt, was wiederum zu einer Veränderung einzelner Virusbestandteile (Proteine) führt. Durch so eine kleine Umwandlung kann ein Medikament dann nicht mehr optimal „angreifen“ und verliert (entweder zum Teil oder möglicherweise ganz) seine Wirkung. Diese kleinen Veränderungen nennt man „Resistenzmutationen“.

Solche Resistenzmutationen entstehen vor allem dann, wenn sich HIV in Anwesenheit eines Medikaments vermehren kann. Denn jedes Mal, wenn die Viren einen Vermehrungszyklus durchlaufen, entstehen Mutationen und die Viren verändern sich. Sind sie dabei gleichzeitig einem Medikament ausgesetzt, können sich Viren mit einer zufällig neu entstandenen Resistenzmutation gegen besagtes Medikament besser vermehren, die Viren ohne diese Mutation hingegen kaum oder gar nicht. Die veränderten Viren „überwachsen“ dann quasi die nicht-mutierten Virusvarianten.

Aus diesem Grund spielt es bei der HIV-Therapie eine essentielle Rolle, dass die HIV-Medikamente konstant in ausreichender Konzentration im Körper vorhanden sind. Somit haben die Viren keine Chance, sich zu vermehren und können sich damit auch nicht verändern.

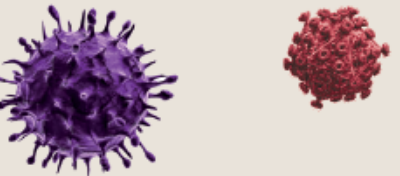
Nicht immer reicht eine einzige Mutation aus, damit HI-Viren eine komplette Resistenz gegen ein Medikament aufbauen können. Häufig sind mehrere Mutationen notwendig. Hier kommt nun das Wort „Resistenzbarriere“

ins Spiel: sie beschreibt, wie groß die Auswirkung einer einzelnen Mutation auf die Entstehung einer Resistenz ist. Bei manchen Substanzen, wie den NNRTIs (Nukleosidische Reverse Transkriptase Inhibitoren, z.B. Efavirenz), ist eine einzige bestimmte Mutation ausreichend, um die Wirkung des Medikaments zu verlieren. Man spricht hier von einer „niedrigen Resistenzbarriere“. Bei anderen Wirkstoffen, wie den PIs (Protease Inhibitoren, z.B. Lopinavir), sind mehrere Mutationen notwendig damit eine Resistenz entsteht. Dementsprechend spricht man in diesem Fall von einer „hohen Resistenzbarriere“.

Auch innerhalb einer Substanzklasse von HIV-Medikamenten gibt es Unterschiede in der Resistenzbarriere. Ein Symposium auf der Münchner AIDS und Hepatitis Werkstatt 2015 veranschaulichte dies am Beispiel der Integrase-Inhibitoren. Diese Wirkstoffe lagern sich in der menschlichen infizierten Zelle an ein Protein der HI-Viren, die sogenannte Integrase, an. Durch diese Bindung kann die Integrase nicht länger ihre Aufgabe erfüllen und die HIV-Erbinformation nicht mehr in die menschliche Erbinformation einbauen. Damit ist die Vermehrung der Viren gestoppt. Je

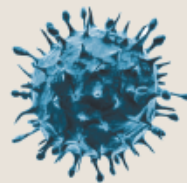
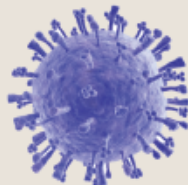
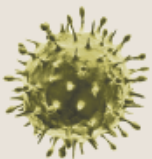
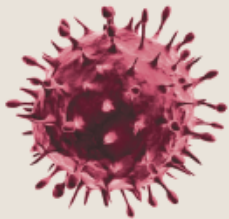
stärker und länger das Medikament sich an die Integrase binden kann, desto schwieriger ist es für HIV, sein eigenes Protein durch einzelne Mutationen so zu verändern, dass diese Bindung nicht mehr zustande kommt. Die Bindungsstärke und Bindungsdauer ist wiederum abhängig von der chemischen Struktur des Medikaments. Eine auf dem Symposium präsentierte 3D-Animation zeigte, dass feinste Unterschiede im chemischen Aufbau der Integrase-Inhibitoren entscheidenden Einfluss auf die Bindungseigenschaften und damit auch auf die Resistenzbarriere haben.

Auch wenn die drei bislang verfügbaren Integrase-Inhibitoren die jüngste Substanzklasse in der HIV-Therapie sind (Zulassungen erfolgten: Raltegravir = 2007, Elvitegravir = 2013, Dolutegravir = 2014), zeigt doch dieser Vergleich der „Bindungseigenschaften“ die konkrete Weiterentwicklung der Substanzen.



Eine kleine chemische Strukturänderung klingt möglicherweise auf den ersten Blick lapidar. Sie hat aber für PatientInnen durchaus Auswirkungen im realen Leben mit der Therapie. Denn je höher die Resistenzbarriere ist, desto geringer ist die Gefahr einer entstehenden Resistenz und desto länger behalten HIV-Medikamente ihre Wirkung. In Anbetracht der Tatsache, dass die HIV-Therapie lebenslang eingenommen wird, ist dies für HIV-positive Menschen ein essentieller Aspekt.

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





Resistenzen – eine Zahlenbuchstabenkombination mit System

Auf den ersten Blick erscheinen die Namen von HIV-Resistenzmutationen etwas verwirrend, da sie aus diversen Buchstaben und Zahlen bestehen. Sie folgen aber einem einheitlichen und einfachen Prinzip.

Ein Protein besteht aus einer Kette von sogenannten Aminosäuren. Durch die Reihenfolge dieser Aminosäuren werden die Form und die Funktion des Proteins definiert. Die Information für die Aminosäure-Reihenfolge aller Proteine ist in den jeweiligen Genen in der Erbinformation verankert.

Jeweils drei aufeinanderfolgende Nukleotide (= Einzelbausteine der Gene) stehen für eine Aminosäure. Diese „Dreierkombinationen“ werden Codons genannt.

Kommt es nun zu einer Mutation (Veränderung) in so einem Codon, kann es passieren, dass die neu entstandene Dreierkombination jetzt für eine andere Aminosäure steht. Dadurch wird beim Aufbau des Proteins auch diese neue Aminosäure verwendet, was im Endeffekt Form oder Funktion des entsprechenden Proteins verändern kann. Auftretende Resistenzen werden nun genau nach diesen veränderten Codons

in der HIV-Erbinformation benannt. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

Bei HI-Viren, die die Resistenzmutation M184V besitzen, verlieren Medikamente, welche den Vorgang der Reversen Transkription hemmen, an Wirkung. M184V bedeutet nun, dass das 184. Codon im Gen für die Reverse Transkriptase mutiert ist. Durch diese Mutation kommt es zu einem Austausch der Aminosäure Methionin (daher das M zu Beginn) zur Aminosäure Valin (daher das V am Ende). M184V gibt also an, wo die Mutation liegt und welche Aminosäuren dadurch gegeneinander ausgetauscht wurden.

Die Chancen der Vor-Ort-Testung

Von Willi Maier*

■ Die Präventionsarbeit der österreichischen AIDS-Hilfen fußt immer schon auf zwei Säulen: Vermeidung von HIV-Infektionen und die Solidarisierung mit von HIV betroffenen Menschen. In den letzten Jahren wurde dem präventiven Charakter der Testung auf HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten immer mehr Bedeutung zugesprochen. Das bezieht sich sowohl auf die Primär¹⁾ – als auch auf die Sekundärprävention²⁾. Das frühzeitige Erkennen einer HIV-Infektion ist, aufgrund der immer besseren Medikamente, immer mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Zum einen, weil vieles dafür spricht, dass jene Menschen mit HIV, die nicht über ihre Infektion Bescheid wissen, einen verhältnismäßig hohen Anteil an der Weitergabe des Virus haben; Schätzungen zufolge ist die Übertragungsrate dreieinhalb Mal so hoch wie bei HIV-positiven, die ihren Serostatus kennen. Das heißt, eine HIV-Diagnose ist in der Regel mit einem höheren Schutzverhalten verbunden. Zum anderen liegt die Infektiosität von Menschen, die über ihre Erkrankung Bescheid wissen im Durchschnitt niedriger, da das Wissen um die Infektion die Grundlage für den Start der Therapie bildet³⁾.

Das Dilemma der späten Diagnosen

In Österreich, wie auch in anderen mitteleuropäischen Ländern, werden viele Infektionen erst viel später als möglich und nötig festgestellt. In Österreich werden nur 20 Prozent aller HIV-Infizierten innerhalb weniger Monate nach der Primärinfektion diagnostiziert, 60 Prozent erst ein oder mehrere Jahre nach der Infektion. Bei jedem fünften Infizierten erfolge die Diagnose sogar mehr als zehn

Jahre nach der Ansteckung: Dann, wenn sich das HI-Virus im Körper der Betroffenen ungehindert ausgebreitet hat und lebensbedrohliche Erkrankungen aufgrund eines geschwächten Immunsystems auftreten. Jeder zweite Patient, mit der Tendenz steigend, ist inzwischen ein sogenannter „late presenter“.

In Westeuropa wissen geschätzte 30 Prozent der HIV-Infizierten, in Osteuropa sogar bis zu 70 Prozent nicht von ihrer Immunschwäche – und geben das Virus unter Umständen weiter. Dieses Nichtwissen und die damit einher gehende Dunkelziffer bei HIV sind ein zentrales Problem der Prävention. Je früher die Krankheit erkannt wird, desto besser der Therapie-Erfolg und die Lebensqualität, da HIV heutzutage sehr gut behandelbar ist. Die Betroffenen können mit Hilfe der wirksamen Kombinationstherapien, die auch ganz individuell abgestimmt werden können, praktisch ein ganz normales Leben führen und einer regelmäßigen beruflichen Tätigkeit nachgehen und mit der Erkrankung bis ins hohe Alter leben. Neben der Früherkennung gilt aber auch die Therapietreue als einer der wichtigsten Faktoren, um langfristig die gewollte Wirkung zu erhalten. Man sollte nie vergessen, dass schon ein kurzfristiges Aussetzen den Erfolg der Therapie gefährden kann, weil es dem Virus ermöglicht Resistenzen aufzubauen.

Je früher das Risiko einer Ansteckung erkannt wird, desto besser: Wer sich binnen 48 Stunden nach einem Risikokontakt (ungeschütztem Geschlechtsverkehr, Stich- und Schnittverletzungen im Umfeld von Risikogruppen) in

einer Ambulanz meldet, kann nach der Evaluierung der Infektions-Wahrscheinlichkeit eine so genannte Post-expositionsprophylaxe verordnet bekommen. Dabei handelt es sich um die vorbeugende Einnahme antiretroviraler Medikamenten über vier Wochen, womit das Risiko für eine Etablierung der Infektion stark sinkt. Das Problem ist die Früherkennung an sich, denn die HIV-Infektion beginnt meist als ein unspezifischer viraler Infekt, ähnlich einer Grippe, der auch als solcher behandelt wird. Typisch für eine HIV-Primärinfektion sind Fieber, Lymphknotenschwellung, Halsschmerzen und Hautausschläge. Bei solchen Symptomen sollte bei einer entsprechenden Risikoanamnese immer auch – das betrifft sowohl den Betroffenen als auch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin – HIV als mögliche Ursache in Betracht gezogen werden. Gewöhnlich folgt der Primärinfektion eine auch jahrelange symptomfreie Phase, in der das Virus unwissentlich weitergegeben werden kann.

Testen, wo es sich bezahlt macht

Der Weg in eine Beratungsstelle stellt für viele Menschen eine große Hürde da. Dies gilt insbesondere für Menschen, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, sich mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten zu infizieren, weshalb aufsuchende Arbeit vor Ort gerade im Bereich der Gesundheitsprävention für diese Zielgruppe besonders effektiv ist. Bei den MigrantInnen beispielsweise war unser Ziel, Netzwerke mit verschiedenen Institutionen aufzubauen, um uns und unser Angebot erst einmal vorstellen zu können. Danach verteilten wir Informationen über die

* Willi Maier ist seit 2009
Redakteur der
Aidshilfe Salzburg.



medizinische Versorgung in Österreich und über Beratungs- und Testangebote, da viele nicht über kostenlose und leicht zugängliche Test- und Behandlungsmöglichkeiten Bescheid wissen. Danach wurde der Versuch gestartet, die MigrantInnen über einen so genannten Gesundheitstag über allgemeine Gesundheitsfragen, aber auch über sexuell übertragbare Krankheiten (STDs) und HIV/AIDS zu informieren. Im letzten Schritt kam es dann zur Durchführung von klassischen Workshops sowie Testungen und Testberatungen vor Ort.

Schlussendlich konnte mit dem Integrationshaus Salzburg, dem Verein Menschen Leben, dem Clearing Haus und mit den Flüchtlingsheimen in Salzburg und Puch eine längerfristige Zusammenarbeit beschlossen werden. Künftig sollen auch muslimische Vereine und andere Religionsgemeinschaften in der Stadt Salzburg von diesem Projekt überzeugt werden.

Im vergangenen Jahr fanden 50 Testberatungen statt, wobei alle Männer auf Hepatitis C, HIV und Syphilis getestet wurden, während bei Frauen nur eine HIV-Testung durchgeführt wurde. Die MigrantInnen, die erreicht werden konnten, stammen aus Pakistan, Afghanistan, Tschetschenien, dem Kongo, Somalia, Russland, Aserbaidschan und Kenia.

Im MSM-Bereich (Männer, die Sex mit Männern haben) gibt es schon

eine längere Kooperation mit der Homosexuellen Initiative (HOSI) Salzburg, welche seit Herbst 2011 besteht und die dieses Jahr von unseren Präventionsmitarbeitern noch weiter ausgebaut worden ist. Die sogenannten Gesundheits-Testabende starteten das erste Mal im Rahmen des Welt-AIDS-Tages. An einem Abend im Monat stellte die HOSI ihre Räumlichkeiten zur Verfügung, um dort vor Ort kostenlose, anonyme Beratungen und Tests auf HIV, Hepatitis B/C und Syphilis sowie Impfungen gegen Hepatitis A und B durchzuführen.

Somit konnten MSM sowie lesbische und bisexuelle Frauen erreicht werden, die in der Prävention oft vernachlässigt werden, da sie zwar kaum Risiken für HIV eingehen, sich jedoch beim lesbischen Sex mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (Hepatitis B, bakterielle Infektionskrankheiten) anstecken können. Darüber hinaus ist die Aidshilfe Salzburg mit einem Infotisch bei jedem HOSI-Fest, von denen im Jahr vier stattfinden, vertreten. Seit 2015 werden bei dieser Veranstaltung, die nicht nur von Homosexuellen, sondern auch von der breiten Bevölkerung besucht wird, Testberatungen angeboten. Allerdings werden bei HOSI-Festen keine Schnelltests angeboten, da wir nicht verantworten können, ein reaktives Ergebnis eines Schnelltests

bei einem Fest mitzuteilen. Das vorhandene Setting kann nicht garantieren, dass eine längere Testberatung störungsfrei bleibt, Druck entsteht bzw. ein Nutzer vor anderen Gästen bloßgestellt wird. Mit circa 400 Kontakten und durchschnittlich 13 Testungen pro Fest erweist sich diese Kooperation mit der HOSI als wertvoll für die Szenearbeit in Salzburg.

1) Als Primärprävention bezeichnet man die Gesamtheit aller Maßnahmen, die den Erhalt der Gesundheit von einzelnen Individuen, Personengruppen oder einer Population zum Ziel haben.

2) Als sekundäre Prävention bezeichnet man die Gesamtheit aller Maßnahmen, die der Früherkennung und damit der Möglichkeit einer rechtzeitigen Behandlung von Erkrankungen dienen. Sie wendet sich gezielt an Personen, bei denen Risikofaktoren vorliegen

3) Vgl.: Sadlowski, N., Drewes, J. & Kleiber, D. (2011): Aufsuchende HIV-Test- und Beratungsangebote für MSM in Deutschland. Ergebnisse einer qualitativen Expertenbefragung (Schriftenreihe des Instituts für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung Nr. 05/P11). Berlin: Freie Universität Berlin. Der Bericht steht auch als kostenloser Download zur Verfügung: <http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/publikationen/forschung/Schriftenreihe/index.html>

HIV und Recht

Ärztliche Schweigepflicht



■ Menschen mit HIV und AIDS sind auch heute noch – trotz einer deutlichen Verbesserung der Gesamtsituation – Einschränkungen und Diskriminierungen ausgesetzt. Daher ist es von besonderer Bedeutung, dass sich Patienten/Patientinnen mit HIV/AIDS vertrauensvoll an Ärzte/Ärztinnen wenden und dabei sicher sein können, dass diese die jeweilige Diagnose korrekt als Berufsgeheimnis behandeln und ihr Wissen nicht unbefugt an Dritte weitergeben.

Ist der Arzt/die Ärztin zur Verschwiegenheit verpflichtet?

Ja, nach § 54 des Ärztegesetzes ist der Arzt bzw. die Ärztin „zur Wahrung der ihm [ihr] in Ausübung seines [ihres] Berufes anvertrauten und bekannt gewordenen Geheimnisse“ verpflichtet.

Was umfasst das Arztgeheimnis?

Die Verschwiegenheitspflicht des Arztes/der Ärztin erstreckt sich auf sämtliche Tatsachen, die nur dem

Patienten/der Patientin selbst oder einem beschränkten Personenkreis bekannt sind und an denen ein Interesse besteht, dass sie Außenstehenden nicht bekannt werden. Selbstverständlich erstreckt sich die Verschwiegenheitspflicht auch auf das Ergebnis eines HIV-Tests.

Kann ein Arzt bzw. eine Ärztin belangt werden, wenn er/sie die Schweigepflicht verletzt?

Ja. Gemäß §121 StGB macht sich derjenige/diejenige strafbar, der/die ein Berufsgeheimnis verletzt, von dem er/sie bei der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit erfahren hat. Ausnahmen bedürfen einer rechtlichen Grundlage.

Hinweis:

Weisen Sie am Beginn einer Behandlung durch einen für Sie neuen Arzt bzw. neue Ärztin darauf hin, dass Sie auf die strikte Einhaltung der gesetzlich verankerten Schweigepflicht allergrößten Wert legen.

Gilt die Verschwiegenheitspflicht auch für Sprechstundenhilfen, Reinigungspersonal u. a.?

Ja, die Verschwiegenheitspflicht gilt auch für sogenannte Hilfskräfte, also für jene Personen, die in der Administration tätig sind, oder auch für den Ehepartner/die Ehepartnerin, der/die in der Praxis des Arztes/der Ärztin als Sprechstundenhilfe tätig ist.

Auch im Krankenanstaltengesetz wird die Schweigepflicht ausdrücklich erwähnt. Sie betrifft alle Personen, die in öffentlichen oder privaten Krankenanstalten tätig sind, Verwaltungspersonal ebenso wie selbstverständlich Ärzte und Ärztinnen.

Darf der Arzt/die Ärztin dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin die Diagnose mitteilen?

Nein. Die Verschwiegenheitspflicht gilt auch gegenüber dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin – Krankheitsbestätigung: ja, Diagnose darüberhinaus: nein.

DÖAK 2015 und die Heilung der Gesellschaft

Von Willi Maier*

■ Mehr als 1.000 ExpertInnen aus den Bereichen Medizin, Sozialwissenschaften, Prävention und Selbsthilfe haben sich beim diesjährigen Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongress (DÖAK) in Düsseldorf eingefunden, um sich bezüglich des aktuellen Wissensstands, aber auch über die Zukunft von HIV/AIDS auszutauschen. „WISSENSchaftZUKUNFT – Gemeinsam auf dem Weg zur Heilung“ lautete das Motto des 7. DÖAK und obwohl einige vielversprechende Heilungsansätze vorgestellt wurden, darf an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass HIV/AIDS in vielen Ländern der Erde weiterhin dramatische Auswüchse annimmt.

Der DÖAK wird gemeinsam von der Deutschen AIDS-Gesellschaft und der Österreichischen AIDS-Gesellschaft ausgerichtet und hat sich mittlerweile als größter und wichtigster deutschsprachiger Fachkongress etabliert, bei dem die neuesten Erfahrungen, Erkenntnisse und Trends vorgestellt werden. Dieses Mal standen, neben grundlagenorientierten Beiträgen und Referaten aus der Community, neue Ansätze in der Therapie im Fokus. „Heilung bedeutet auch, den Graben zwischen medizinischem Fortschritt und gesellschaftlichem Miteinander endlich zu überbrücken“, erklärte Michèle Meyer vom Community-Board in ihrer Rede. „Solange nicht alle Zugang zur Therapie haben und wir stigmatisiert werden, kann von Heilung nicht die Rede sein. Lasst uns die Zukunft schaffen auf dem Weg zur Heilung, vor allem als Gesellschaft!“ Daneben spielten auch die neuesten Behandlungsmöglichkeiten bei der HCV-Infektion und HIV/HCV-Koinfektion eine wichtige Rolle.

Weitere Themengebiete, die auf dem diesjährigen DÖAK vertiefend behandelt wurden, waren: HIV bei Frauen, angeborene und erworbene Immunität, Diskriminierungen, Kriminalisierung und Stigma, Late Presenters, opportunistische Infektionen und bösartige Tumore, Resistenzen und Pharmakologie sowie die Diskussion der aktuellen Präventionsstrategien.

Ein Thema wurde besonders prominent und auch kontrovers behandelt. Vor dem Hintergrund der nach wie vor hohen Zahl der Neuinfektionen (jährlich in Deutschland ca. 3.000 bis 3.500 Personen und in Österreich circa 300 bis 500 Personen) halten viele die sogenannte Präexpositionsprophylaxe (PrEP) für das geeignete Mittel zur endgültigen Eindämmung von HIV. Bei dieser Methode nehmen Personen vorwiegend aus den bekannten Hochrisikogruppen, also ausschließlich HIV-negative Personen, antiretrovirale Medikamente vorbeugend ein, womit eine Ansteckung mit HIV – vor anderen sexuell übertragbaren Krankheiten schützen diese Medikamente allerdings nicht – verhindert werden kann. Im Gegensatz zu den USA ist in der EU noch kein Medikament für die PrEP zugelassen, kann jedoch im Rahmen des Off-Label-Use von ÄrztInnen auf Privatrezept verschrieben werden.

Community-Preis 2015

Die Deutsche AIDS-Gesellschaft, die Deutsche AIDS-Hilfe, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (dagnä¹) und der Pharmakonzern Janssen haben den Förderpreis beim letzten DÖAK vor zwei Jahren



ins Leben gerufen, um wegweisende gemeinnützige lokale Projekte und Netzwerke zu prämiieren, in der Öffentlichkeit bekannt zu machen und damit zur Nachahmung anzuregen. Das Preisgeld in Höhe von insgesamt 12.000 Euro wird je hälftig von dagnä und Janssen gestiftet.

Dieses Jahr wurde das Projekt „Helping Hand“ des HIVCENTER der JW Goethe-Universität Frankfurt sowie der „Kontaktladen Vision e.V.“ des JES Bundesverbandes mit dem HIV-Community-Preis ausgezeichnet. Im Rahmen des DÖAK haben die Kongressteilnehmer per Voting ermittelt, welches der vier von der Jury vorgeschlagenen Final-Projekte den Publikumspreis erhalten soll. In Anerkennung der vorbildlichen Arbeit für Menschen mit HIV erhält AfroLeben+ Bundesweites Netzwerk HIV-positiver Migrant/innen 2.000 Euro Preisgeld für ihr Projekt „AfroLeben Voice – Unsere Stimmen gegen Diskriminierung“.

Der Preisträger des Publikumspreises, Amadu Dipp von AfroLeben+, mit den Initiatoren Silke Klumb (DAH-Geschäftsführerin), Sabine Scheppe (Janssen) und Dr. Christoph Mayr (dagnä).

* Willi Maier ist seit 2009 Redakteur der Aidshilfe Salzburg.

1) vgl. hierzu PlusMinus 2/2014, S 6f.



Rezensionen

Daggi Geiselman: *Einfach nur ICH ... und ich lebe immer noch.*
CreateSpace Independent Publishing Platform, 2015, S 131, 7,90 Euro.

■ Daggi Geiselman wird nicht müde und hat nach ihrer ersten Autobiographie „Einfach nur ICH ... ich habe überlebt“ den zweiten Teil über ihr spektakuläres Leben veröffentlicht. In ihrem ersten Buch beschreibt Daggi schonungslos ihren Lebensweg. Sie erzählt von ihrer Familie, ihren ersten sexuellen Erfahrungen, Enttäuschungen, sie schreibt über die Liebe, aber erläutert auch offenherzig ihren Weg in die Prostitution und in die Drogenabhängigkeit. Alle, die das erste Buch gelesen haben, wissen bereits, dass sie völlig kaputt nach Kalabrien auswandert, wo sie im vierten Monat schwanger von ihrer HIV-Infektion erfährt. Wo und wie sie sich angesteckt hat, weiß sie bis heute nicht und wird es auch mit der allerhöchsten Wahrscheinlichkeit nie mehr erfahren. „Ich hatte meine Vergangenheit gerade halbwegs verarbeitet und wurde nun wieder damit konfrontiert. Wäre es das Ergebnis meines leichtfertigen Handelns mit Drogen und Männern gewesen, müsste ich mir das selbst zuschreiben. Aber dem war nicht so, denn als ich in Deutschland mit Marcella schwanger war, war der Test negativ, das weiß ich mit Sicherheit.“

Der zweite Teil behandelt nun das, was die Autorin beim ersten Buch weggelassen hat, weshalb auch beide Bücher mit der frühen bzw. frühesten Kindheit beginnen. Die beiden Bücher ähneln sich zwar sehr, aber wenn man erst mal in die Geschichte eingetaucht

ist, und der Autorin ihren eigenwilligen und amateurhaften Erzählstil, der einfach so dahinplätschert, verziehen hat, kommt man nicht umhin, sich über das Gelesene Gedanken zu machen. Ist Daggi Geiselman wirklich völlig unverschuldet in all diese Misere gestolpert? Wie hat es sie nur geschafft, nach diesen Niederschlägen wieder aufzustehen? Und wie konnte sie nur aus diesen Trümmern, die sie ihr Leben nennt, ein neues, stabiles Fundament errichten? „Heute führe ich zum Glück ein normales Leben als Hausfrau, Mutter und Autorin. Na ja, normal ist es immer noch nicht, mein Leben [...]. Aber ich habe überlebt und lebe immer noch.“

Pacem Kawonga: *Eine Zukunft für meine Kinder. Eine mutige Frau und ihr Kampf gegen AIDS.* Würzburg: Echter Verlag GmbH, 2015, S 215, 12,90 Euro.

■ Ihre erste schmerzhafteste Begegnung mit HIV/AIDS hatte Pacem Kawonga als Schülerin in Malawi als ihre Eltern daran starben. „Bis zu diesem Augenblick hatte ich nur eine vage Vorstellung, worum es sich handelte. Ich wusste, dass es eine unbekannte Krankheit und anders als alle anderen Krankheiten war, ich kannte weder ihren Charakter noch ihre Wirkung.“ Das sollte sich in den nächsten Jahren ändern.

Wer in Afrika an AIDS stirbt, hat das im Stillen zu tun und darf keine Spuren hinterlassen. Während unzählige Menschen sterben, predigen die politischen und religiösen Machthaber das „Rezept der drei A“: Abstinenz, Abstinenz, Abstinenz. Pacem Kawongas Leben wendet sich nach dem Tod ihrer Eltern



ins Tragische. Sie heiratet gegen den Willen ihrer restlichen Familie einen Mann, den sie liebt. Leider stellt sich das als die falsche Entscheidung heraus. Er trinkt, er geht fremd, er schlägt und misshandelt sie. „Er war gnadenlos und aggressiv. Ich wusste, dass die Frauen in Malawi oft von ihren Männern geschlagen wurden, aber ich hätte nie gedacht, dass es mir auch einmal so ergehen würde.“ Ihre familiäre Situation wurde immer schlimmer und erreichte ihren Höhepunkt als sie erste Anzeichen von HIV bei ihrer jüngsten Tochter feststellte. Von da an beginnt für Pacem Kawonga ein neues Leben. Sie bricht mit einem großen Tabu, indem sie offen über ihre HIV-Erkrankung spricht. Und ehe sie sich versah, war sie eine Aktivistin.

„Wenn ich diese Menschen ermutigen wollte, einen so heiklen Schritt zu unternehmen, dann lohnte es sich, mit offenen Karten zu spielen. Aus dem Schatten zu treten, und zwar mit erhobenem Haupt.“

„Eine Zukunft für meine Kinder“ beschreibt die rührende und aufwühlende Geschichte einer Frau, die aus Liebe zu ihren Kindern einen gefährlichen Weg beschreitet. In kurzen, sehr gut lesbaren Kapiteln zeigt sie, wie sie HIV/AIDS und den damit einhergehenden Diskriminierungen und Stigmatisierungen die Stirn bot und gleichzeitig vielen anderen Frauen den Mut gab, es ihr gleich zu tun.