



- S. 2 .... CROI - ein Konferenz mit Besonderheiten
- S. 2 .... Münchner AIDS und Hepatitis Werkstatt - ebenfalls ein Konferenz mit Besonderheiten
- S. 3 .... HIV-Therapie - Alternativen zur 3er Kombination?
- S. 3 .... Dolutegravir + Rilpivirin als Dualtherapie zeigt gute Ergebnisse
- S. 4 .... Dolutegravir nicht als Monotherapie empfohlen
- S. 4 .... Nachgefragt: Dolutegravir
- S. 5..... PrEP – zu wenig Labortests bei AnwenderInnen in den USA
- S. 5..... PrEP – Erfahrungen aus den USA zeigt: Zielgruppen werden nicht immer erreicht
- S. 6..... Hepatitis A Ausbrüche bei MSM – Aufruf der ECDC zur Impfung
- S. 7..... Nachgefragt: Hepatitis A

#### Veranstaltungsankündigung

- S. 8..... Gesprächsrunde in Wien „HIV/AIDS und MSM“ ..... 02. Mai 2017
- S. 8..... Info-Abend in Graz „HIV und Krebserkrankungen“ ..... 08. Mai 2017
- S. 8..... Info-Abend in Wien „HIV/AIDS – ein Überblick“ ..... 06. Juni 2017

Liebe LeserInnen,

vor genau 30 Jahren wurde im März 1987 das erste HIV-Medikament zugelassen. Seitdem hat die medizinische Forschung Meilensteine gesetzt und eine rasante Entwicklung erfahren. Leider hat sich der gesellschaftliche Umgang mit HIV nicht in gleicher Geschwindigkeit entwickelt. Weltweit stellen Diskriminierung, Stigmatisierung und Kriminalisierung von HIV-positiven Menschen große Hürden dar.

Auch in Österreich wird immer wieder von erlebter Diskriminierung berichtet. Die AIDS-Hilfen Österreichs haben es sich zur Aufgabe gemacht, diese Vorfälle zu erfassen und sich aktiv mit dem Thema zu beschäftigen. Seit einigen Jahren gibt es daher eine eigene Antidiskriminierungsstelle, welche nicht nur dokumentiert, sondern hier individuelle Beratung und Unterstützung für Menschen mit HIV/AIDS anbietet.

Den jetzt veröffentlichten Jahresbericht zur Antidiskriminierungsarbeit 2016 finden Sie unter <http://www.aids.at/tatigkeitsbericht>

mit freundlichen Grüßen,  
Mag.<sup>a</sup> Birgit Leichsenring  
Med. Info / Doku der AIDS-Hilfen Österreichs

Falls sich Ihre E-Mail -Adresse ändert oder Sie das med update nicht mehr erhalten möchten, schicken Sie bitte eine E-Mail an: [leichsenring@aids-hilfe-wien.at](mailto:leichsenring@aids-hilfe-wien.at)  
Medieninhaber: Die AIDS-Hilfen Österreichs, c/o Aids Hilfe Wien, Mariahilfer Gürtel 4, 1060 Wien  
© Die AIDS-Hilfen Österreichs, 2017  
Text: Mag.<sup>a</sup> Birgit Leichsenring



## **CROI - eine Konferenz mit Besonderheiten**

---

Mitte Februar 2017 fand im US-amerikanischen Seattle die CROI statt, die „Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections“. Die CROI ist eine jährliche wissenschaftliche Konferenz mit mehreren Tausend TeilnehmerInnen, auf welcher die neusten Ergebnisse aus Medizin und Forschung rund um das Thema HIV/AIDS präsentiert werden.

Seit der Gründung der CROI 1993, findet der Kongress ausschließlich in den USA statt (Ausnahme 2009 Montreal/Kanada), was mitunter Kritik einbringt. Auch die strikten Kriterien für eine Kongressteilnahme, oder dass z.B. die TeilnehmerInnen verpflichtet sind, über die Konferenzorganisation Hotelzimmer zu buchen, lassen den Kongress leicht eigen erscheinen.

Von diesen organisatorischen Besonderheiten abgesehen, ist die CROI unumstritten eine der wichtigsten Konferenzen im Bereich HIV/AIDS und die Ergebnisse geben nicht selten die Themen des folgenden Jahres vor.

Die kommende CROI, welche gleichzeitig das 25. Jubiläum der Konferenz feiert, wird von 04. – 17. März 2018 in Boston stattfinden.

<http://www.croiconference.org/>



## **Münchener AIDS- und Hepatitis Werkstatt - ebenfalls eine Konferenz mit Besonderheiten**

---

Im März 2017 gab es bereits zum 7. Mal die Münchener AIDS- und Hepatitis Werkstatt. Die Werkstatt findet seit langem alternierend mit den Münchener AIDS- und Hepatitis Tagen statt und liegt terminlich immer kurz nach der oben genannten CROI. Sie ist somit inhaltlich eng mit der CROI verbunden und ermöglicht den TeilnehmerInnen aus dem deutschsprachigen Raum, aus erster Hand wichtige und neuste Ergebnisse der CROI zu erfahren.

Neben diesem und vielen anderen inhaltlichen Schwerpunkten, zeichnet sich die Werkstatt aber insbesondere durch ihre Arbeit in Kleingruppen aus. Hier werden in Form von Workshops und sogenannten Corner Stone Labs einzelne Themen, Projekte und Kampagnen präsentiert und sehr interaktiv diskutiert. Sie tragen essentiell zur Besonderheit dieser Münchener Konferenz bei, denn durch Konzept, Aufbau und Größe bietet sich eine wirklich stimmige Atmosphäre und damit ein reger Austausch.

### **Save the Date:**

Die kommenden 17. Münchener AIDS- und Hepatitis Tage  
finden vom 23. – 25. März 2018 statt  
und sind (wie bereits von 10 Jahren) zu Gast in Berlin!

## HIV-Therapie - Alternativen zur 3er Kombination?

---

Unumstritten ist die Kombinationstherapie die beste heutzutage verfügbare Therapie einer HIV-Infektion. Dementsprechend empfehlen auch alle Behandlungsrichtlinien im Regelfall eine Kombination aus drei unterschiedlichen HIV-Medikamenten.

Die unterschiedlichen HIV-Therapien inkludieren dabei einerseits ein sogenanntes „Backbone“ und andererseits ein „Core-Agent“. Das Backbone besteht zwei Substanzen aus der Gruppe der NRTIs (nukleosidische Reverse Transkriptase Inhibitoren). Diese wird mit einer dritten Substanz als Core-Agent kombiniert, entweder mit einem NNRTI (nicht nukleosidischer Reverse Transkriptase Inhibitor), einem PI (Protease Inhibitor) oder einem INI (Integrase Inhibitor).

Auch wenn mit dieser Kombinationstherapie der wirklich bahnbrechende Erfolg für HIV-positive Menschen erreicht werden konnte, liegt es auf der Hand, dass vereinfachte Therapieregime mit weniger Medikamenten aus unterschiedlichsten Gründen Vorteile haben könnten. Argumente hierfür inkludieren Aspekte wie Unverträglichkeiten und Resistenzen, über die Minimierung von Langzeitnebenwirkungen, bis hin zu finanziellen Punkten. Eine mögliche Vereinfachung der HIV-Therapie durch Reduktion der HIV-Medikamente auf zwei (Dualtherapie) oder unter Umständen sogar ein einzelnes Medikament (Monotherapie) zur langfristigen Kontrolle der Virusreplikation, wird demnach in unterschiedlichsten Settings angedacht.

In diesem Zusammenhang hört/liest man auch die Begriffe „Erhaltungs-Therapie“ oder „maintenance-therapy“. Gemeint ist damit das Konzept, nach Einsatz einer üblichen Kombinationstherapie die Anzahl der Medikamente zu reduzieren, sofern diese effektiv und nachhaltig die Viruslast unter der Nachweisgrenze und damit das Immunsystem stabil halten. Auch der Begriff „Therapie-Deeskalation“ wird in diesem Zusammenhang verwendet.

## Dolutegravir + Rilpivirin als Dualtherapie zeigt gute Ergebnisse

---

Die Kombination der beiden antiretroviralen Substanzen Dolutegravir (Integrase Inhibitor) und Rilpivirin (nicht nukleosidischer Reverse Transkriptase Inhibitor) als Dualtherapie, zeigte gute Ergebnisse, wie auf der Münchner AIDS- und Hepatitis Werkstatt angesprochen wurde.

In zwei Studien (SWORD 1&2) waren über 1.000 Personen inkludiert, die eine HIV-Therapie aus 3 oder 4 Medikamenten einnahmen, seit mindestens 12 Monaten eine Viruslast unter der Nachweisgrenze (50 Kopien/ml) aufwiesen und kein vorheriges virologisches Versagen hatten. Eine Studiengruppe wechselte auf die Dualtherapie aus Dolutegravir und Rilpivirin, die zweite Gruppe nahm weiterhin die bisherige Therapie ein. Die Auswertung nach 48 Wochen zeigte, dass die Wirksamkeit der beiden Therapievarianten vergleichbar war.

Hier könnte sich also eine Alternative zur klassischen 3-er Kombination in Form einer 2-er Kombination als Erhaltungstherapie entwickeln. Natürlich sind weitere Daten abzuwarten.

*Münchner AIDS- und Hepatitis Werkstatt*

*CROI <http://www.croi-conference.org/sessions/phase-iii-sword-12-switch-dtgrpv-maintains-virologic-suppression-through-48-wks>*

## **Dolutegravir nicht als Monotherapie empfohlen**

---

Aktuell veröffentlichte und auf der Münchner AIDS- und Hepatitis Werkstatt diskutierten Daten, kommen zu dem klaren Schluss, dass Dolutegravir nicht als Monotherapie eingesetzt werden sollte.

Eine Studie aus den Niederlanden hatte Dolutegravir als Monotherapie mit einer Kombinationstherapie verglichen. Alle TeilnehmerInnen nahmen bereits eine effektive Kombinationstherapie ein. Bei allen lag die Viruslast seit mindestens 6 Monaten unter der Nachweisgrenze, es gab weder Resistenzen, noch ein vorheriges virologisches Versagen. Während bei der ersten Auswertung nach 24 Wochen die Monotherapie noch vergleichbar mit der Kombinationstherapie war, zeigte sich in einer weiteren Auswertung nach 48 Wochen ein Unterschied. Es trat bei acht der 77 TeilnehmerInnen unter Monotherapie ein virologisches Versagen auf und in drei Fällen konnten Resistenzen nachgewiesen werden. Auf Grund dieser Auswertung wurde die Studie vorzeitig abgebrochen. Alle TeilnehmerInnen wurden daraufhin auf eine Kombinationstherapie umgestellt, womit innerhalb von 12 Wochen bei allen die Viruslast wieder unter die Nachweisgrenze gesenkt wurde.

Das Fazit der AutorInnen: die genetische Barriere von Dolutegravir gegenüber einer Resistenzentwicklung ist nicht ausreichend, um eine Monotherapie zu ermöglichen.

Eine weitere, auch auf der CROI präsentierte, Auswertung zeigte ebenfalls Therapieversagen unter Dolutegravir-Monotherapie auf. Aus drei Kliniken in Barcelona, München und Montreal wurden die Daten von 122 Personen ausgewertet, die eine solche Monotherapie einnahmen. Bei 11 Personen (ca. 9%) kam es zu einem Therapieversagen und zur Entwicklung von Resistenzen. Auch hier ziehen die StudienautorInnen den Schluss, dass eine Monotherapie mit Dolutegravir mit diesen Daten nicht zu rechtfertigen ist.

*Münchner AIDS- und Hepatitis Werkstatt*

*CROI 2017 <http://www.croiconference.org/sessions/dolutegravir-maintenance-monotherapy-hiv-1-randomized-clinical-trial>  
CROI 2017 <http://www.croiconference.org/sessions/pathways-resistance-subjects-failing-dolutegravir-monotherapy>*

## **Nachgefragt: Dolutegravir**

---

Dolutegravir ist ein antiretroviraler Wirkstoff aus der Klasse der sogenannten Integrase-Inhibitoren (INIs). Hier wird übrigens auch die Abkürzung INSTI verwendet, welcher die Substanzgruppe noch konkreter beschreibt = (engl.) „Integrase strandtransfer inhibitors“.

Diese Medikamente hemmen den Einbau der HIV-Erbinformation in das Erbgut der infizierten Zelle und verhindern somit die weitere Vermehrung der Viren. Bislang sind drei Substanzen dieser Wirkstoffgruppe zugelassen: Raltegravir, Elvitegravir und Dolutegravir.

Die Zulassung von Dolutegravir erfolgte 2014 und auf Grund der hohen Wirksamkeit und guten Verträglichkeit hat sich der Wirkstoff (unter dem Handelsnamen Tivicay®, bzw. im Kombinationspräparat Triumeq® enthalten) innerhalb kürzester Zeit in der HIV-Therapie etabliert.



## PrEP – zu wenig Labortests bei AnwenderInnen in den USA

---

In den USA ist die PrEP (Pre-Expositionsprophylaxe) in Form von Truvada® bereits seit mehreren Jahren zugelassen und hat sich durchaus etabliert. Die biomedizinische Effektivität dieser PrEP ist mittlerweile anerkannt. Ebenso unumstritten ist jedoch, dass für die richtige Anwendung der PrEP essentielle und kontinuierliche Kontrolltests notwendig sind.

Die US-amerikanischen Richtlinien der CDC (Centers of disease control and prevention) geben hier folgende Tests an:

Vor Start der PrEP sind Tests auf HIV, Hepatitis B und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI), sowie die Abklärung der Nierenfunktion vorgesehen. Nach Beginn einer PrEP, soll die Kontrolle der Nierenfunktion nach 3 Monaten (und dann folgend alle 6 Monate) wiederholt werden. Zusätzlich soll alle 6 Monate ein HIV-Test, sowie ein Screening auf andere STIs durchgeführt werden.

Eine Studie, die auf der CROI und auf der Münchner AIDS- und Hepatitis Werkstatt vorgestellt wurde, zeigt deutlich, dass Empfehlungen und Realität weit auseinander liegen.

Hier wurden Daten von insgesamt über 2.100 PrEP-Anwendern ausgewertet. Obwohl die Rate der notwendigen Kontrolltest im Laufe der Zeit (und mit zunehmender Implementierung der PrEP in den USA) zunahm, ist das Ergebnis eher ernüchternd: Vor Start der PrEP waren 53% der Personen auf HIV getestet, 32% auf Hepatitis B und bei 28% wurden die Nierenwerte kontrolliert. Von den Personen, die eine PrEP für mehr als drei Monate einnahmen, waren nach 6 Monaten nur 46% auf Syphilis und 35% auf Chlamydien und Gonorrhö (Tripper) untersucht.

*Münchner AIDS- und Hepatitis Werkstatt*

*CROI 2017 <http://www.croiconference.org/sessions/laboratory-testing-us-cohort-privately-insured-users-hiv-prep-2011>*



## PrEP – Erfahrungen aus den USA zeigt: Zielgruppen werden nicht immer erreicht

---

Den Unterschied zwischen Theorie und Realität in Bezug auf die PrEP, zeigen auch andere Daten aus den USA, welche z.B. auf dem letzten „HIV Drug Therapy Congress“ im November (kurz Glasgow 2016 genannt) präsentiert wurden.

So entfielen 44% der HIV-Neudiagnosen in den USA im Jahr 2014 auf die afroamerikanische Bevölkerungsgruppe. Allerdings waren nur 10% der Personen, die 2015 eine PrEP einnahmen, AfroamerikanerInnen. Während 27% der Neuinfektionen in der weißen Bevölkerung gestellt wurden, stellen sie mit 74% die mit Abstand größte Gruppe unter den PrEP-AnwenderInnen dar. Auch in Hinsicht auf die Altersverteilung sind Diskrepanzen zu verzeichnen. Bei den registrierten HIV-Neuinfektionen sind 39,8% der Personen jünger als 30 Jahre. Das Durchschnittsalter der PrEP-AnwenderInnen in den USA liegt bei 40,9 Jahren. Ein besonders starkes Ungleichgewicht sieht man in Bezug auf das Geschlecht: Nach Schätzungen der CDC (Centers of disease control and prevention) wären für 468.000 Frauen und 492.000 Männer eine PrEP indiziert. Jedoch machen Frauen bei den tatsächlichen PrEP-AnwenderInnen nur knappe 9% aus.

*Glasgow 2016/ <https://vimeo.com/188971113>*



Das ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) veröffentlichte kürzlich den Hinweis auf ein auffallend verstärktes Auftreten von Hepatitis A Infektionen in einigen westeuropäischen Ländern. In den letzten Monaten wurden 287 Fälle in 13 Ländern registriert – darunter vor allem viele Infektionen bei MSM (Männer, die Sex mit Männern haben).

Am häufigsten traten sie in Großbritannien, Italien, Spanien, Deutschland und in den Niederlanden auf. Da kein direkter Zusammenhang mit kontaminierten Lebensmitteln oder über den Lebensmittelhandel nachgewiesen wurde, wird davon ausgegangen, dass es sich bei diesen Ausbrüchen um sexuelle bzw. direkte Person-zu-Person Übertragungen handelt.

Mittels Gen-Analyse der diagnostizierten Hepatitis A Viren, können sogenannte „Cluster“ identifiziert und damit Ausbruchsherde und Verbreitung beobachtet werden. Bislang wurden drei solcher Cluster identifiziert (VRD\_521\_2016, RIVM\_HAV16-090, V16-25801).

Ein Virustyp trat im Sommer 2016 in Großbritannien auf. Die betroffenen Männer gaben hier wechselnde Sexualpartner, den Besuch von Sex-Clubs oder das Verwenden von Dating-Apps wie z.B. Grinder an. Mittlerweile meldeten 10 weitere Länder Infektionen bei MSM mit diesem Virustyp.

Im Herbst 2016 registrierten die Niederlande eine weitere Virusvariante. Hier wurden Berichte von sexuellen Aktivitäten im Rahmen der Europride in Amsterdam dokumentiert. Bis Ende Februar 2017 wurden in 9 Ländern Infektionen mit diesem Virustyp registriert, darunter auch einzelne Fälle in Österreich.

Und ein dritter Virustyp wurde in Berlin erfasst. Eine Gemeinsamkeit einiger Männer war ebenfalls der Besuch von Sex-Clubs. Auch dieser Virustyp tritt inzwischen in mehreren Ländern auf.

Unter folgendem Link finden Sie die Publikation der ECDC. Sie beinhaltet sehr anschauliche Graphiken, welche die Verteilung der Cluster (im Verlauf der Zeit und geographisch) darstellen.

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/16-02-2017-RRA%20UPDATE%201-Hepatitis%20A-United%20Kingdom.pdf>

Da die Infektionen bei Personen auftraten, die entweder nicht oder nur unzureichend geimpft sind, ruft das ECDC nun verstärkt zu Hepatitis-Impfung, bzw. Kontrolle des Impfstatus auf.



## Nachgefragt: Hepatitis A

---

Infektionen mit Hepatitis A Viren sind weltweit die häufigste Ursache für Leberentzündungen. Schätzungen zufolge, dürften 2/3 der Weltbevölkerung bereits eine Hepatitis A durchlebt haben, wobei die Infektionsraten regional stark schwanken. In manchen Gebieten hatten 90% aller Menschen bereits vor dem 10. Lebensjahr eine Hepatitis A. In Ländern mit sehr guten hygienischen Standards tritt die Infektion selten auf. Sie ist meist ein „Mitbringsel“ und wird daher umgangssprachlich oft Reise-Hepatitis genannt.

Bemerkbar macht sich eine Hepatitis A am häufigsten durch Magen-Darm-Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und Durchfall. Auch Fieber oder allgemeine Müdigkeit können auftreten, nur in seltenen Fällen führt eine Hepatitis A zum sogenannten Ikterus (Gelbsucht), der sich durch gelbliche Verfärbung von Augen und Haut äußert.

Die Symptome treten zwei bis fünf Wochen nach der Infektion auf, es gibt aber auch symptomfreie Verläufe. Im Regelfall ist die Erkrankung harmlos (vor allem bei Kindern), der Körper heilt die Infektion selbständig aus und es kommt zu keinen langfristigen gesundheitlichen Schäden. Eine spezielle Therapie ist daher in den meisten Fällen nicht notwendig. In Einzelfällen und insbesondere bei bereits vorgeschädigter Leber oder eingeschränkter Funktion des Immunsystems, kann eine Hepatitis A jedoch schwerer verlaufen. Wurde einmal eine Hepatitis A durchlebt, baut der Körper eine lebenslange Immunität auf und es kommt zu keiner neuen Infektion.

Die Viren werden mit dem Stuhl ausgeschieden und oral wieder aufgenommen. Daher erfolgen die meisten Übertragungen über kontaminierte Nahrungsmittel oder Trinkwasser. Die Hep-A zählt außerdem zu den Kontaktinfektionen, d.h. eine Übertragung kann über engen Körperkontakt oder Oberflächen erfolgen. Diese Übertragungswege hängen dementsprechend maßgeblich mit den hygienischen Bedingungen zusammen. Vergleichsweise unüblich, aber durchaus möglich, ist eine Übertragung im sexuellen Kontext über anal-oral-Kontakte (z.B. rimming).

Den besten Schutz vor einer Hepatitis A bietet die Impfung, die meistens gleich in Kombination mit der Impfung gegen Hepatitis B verabreicht wird.

So ist etwa für die Reise in manche Länder und Regionen, eine Hepatitis A und B Impfung empfohlen. Auch unabhängig davon, sind die Impfungen für einige Bevölkerungsgruppen dezidiert empfohlen, z.B. MitarbeiterInnen im medizinischen und pflegerischen Bereich, aus Sozialberufen, in der Lebensmittelverarbeitung oder der Gastronomie. Aber auch z.B. allen Personen, die auf Grund einer möglichen sexuellen Übertragung einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

Diese und weitere konkrete Empfehlungen für Österreich, sowie die inkludierten Impfungen im nationalen Impfprogramm (und somit kostenfrei), finden Sie im aktuellen Impfplan 2017 unter folgendem Link:

<http://www.bmgf.gv.at/home/Impfplan>

(Hepatitis A = S. 13 / Hepatitis B = S. 16)



### **Gesprächsrunde in Wien**

#### **„HIV/AIDS und MSM“**

Der Abend richtet sich insbesondere an Männer, die Sex mit Männern haben und bietet in Form einer ungezwungenen Gesprächsrunde in einem Wiener Szenelokal die Möglichkeit für Informationen und Fragen rund ums Thema.

Ein Abend mit Dr. Michael Meilinger und Mag. Birgit Leichsenring

Datum **Dienstag, 02. Mai 2017**  
Zeit 19:00 – 20:30 Uhr  
Ort KISSS – Luftbadgasse , 1060 Wien

Eintritt frei – keine Anmeldung erforderlich

### **Info-Abend in Graz**

#### **„Krebserkrankungen und HIV“**

Jährlich erkranken in Österreich etwa 38.000 Menschen an Krebs. Doch wie entsteht ein Krebs und welche Arten gibt es? Welche Behandlungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung und wie kann man selbständig das Risiko minimieren? Gibt es einen Zusammenhang mit HIV und der HIV-Therapie?

In lockerer Atmosphäre möchte der Abend einen Überblick über das Thema geben und mögliche Fragen beantworten.

Als Experte steht Dr. Bernhard Haas für Fragen zur Verfügung.

Datum **Montag, 08. Mai 2017**  
Zeit 19:00 Uhr  
Ort AIDS-Hilfe Steiermark / Hans-Sachs-Gasse 3, 8010 Graz

Eintritt frei – um Anmeldung unter 0316/815050 oder [steirische@aids-hilfe.at](mailto:steirische@aids-hilfe.at) wird gebeten.  
Snacks und Getränke werden zur Verfügung gestellt

### **Info-Abend in Wien**

#### **„HIV/AIDS – ein Überblick“**

Der Info-Abende Einblick in die Thematik und inkludiert z.B. biomedizinische Grundlagen, einen Überblick über die Therapie sowie Übertragungswege und Testmöglichkeiten.

Im Anschluss an den Basisvortrag besteht die Möglichkeit für Diskussion und individuelle Fragestellungen.

Referentin: Mag. Birgit Leichsenring

Datum **Dienstag, 06. Juni 2017**  
Zeit 18:00 – 19:30 Uhr  
Ort Seminarzentrum der Aids Hilfe Wien / Mariahilfer Gürtel 4, 1060 Wien

Eintritt frei – keine Anmeldung erforderlich