

Swiss Aids News

4 | DEZEMBER 2011



HIV und Alter

NATIONALES PROGRAMM HIV/STI

3 Gelbe Karte fürs BAG?

MEDIZIN

4 Gute Betreuung – langes Leben

6 Teamwork – der ältere HIV-Patient in der Praxis

8 Beschleunigt HIV das Altern?

9 Wer rastet, der rostet

GESELLSCHAFT

11 «Ist es das Alter, ist es das HIV?»

12 Vom Tabu zur Hypersexualisierung – Sexualität im Alter

RECHT

14 Altersvorsorge – AHV und Pensionskasse

16 Was tun bei Beitragslücken?

Suchen Sie einen bestimmten **Artikel** aus den Swiss Aids News?

Bestellen Sie ihn per E-Mail bei uns!
san@aids.ch

Swiss Aids News abonnieren?

Ganz einfach – schreiben Sie uns oder rufen Sie uns an: E-Mail und Tel. siehe unten.

IMPRESSUM

Herausgeber

Aids-Hilfe Schweiz (AHS)
Bundesamt für Gesundheit BAG

Redaktion

lic. phil. Stéphane Praz (*sp*),
Chefredaktor
Brigitta Javurek (*bj*), Journalistin BR
Dr. iur. LL. M. Caroline Suter (*cs*)
lic. phil. Claire Comte (*cc*)
lic. iur. Dominik Bachmann (*db*)

Fachliche Beratung und Lektorat

Dr. med. René Jaccard,
Facharzt FMH Innere Medizin
HIV-Pract Zürich

Gestaltung

Ritz & Häfliger, Visuelle Kommunikation, Basel

SAN Nr. 4, Dezember 2011

© Aids-Hilfe Schweiz, Zürich
Die SAN erscheinen dreimonatlich in einer Auflage von 5500 Exemplaren mit der Unterstützung von:
Bundesamt für Gesundheit, Bern
Abbott AG
Boehringer Ingelheim (Schweiz) AG
Tibotec, a Division of Janssen-Cilag AG
ViiV Healthcare GmbH
Die industriellen Partner der Swiss Aids News nehmen keinen Einfluss auf deren Inhalt.

Für Ihre Mitteilungen

Redaktion Swiss Aids News
Aids-Hilfe Schweiz
Postfach 1118, 8031 Zürich
Tel. 044 447 11 11
Fax 044 447 11 12
stephane.praz@aids.ch
www.aids.ch

Titelbild

© ozgurdonmaz / iStockphoto.com

Die Bilder in diesem Heft dienen der Illustration. Überall, wo nicht anders klar ersichtlich, sind die gezeigten Personen Modelle.

Liebe Leserin Lieber Leser

Haben Sie gewusst, dass ältere Menschen mit HIV oft treuer sind als jüngere? Es stimmt. Zumindest was die Therapie betrifft. Das zeigen nicht nur Studien, es entspricht auch der persönlichen Erfahrung des Hausarztes und Infektiologen Markus Herold. Er berichtet über seine Arbeit mit älteren HIV-Patienten in der Praxis. Wie es mit der Treue älterer Menschen sonst noch aussieht, können wir nicht beantworten. Wir beleuchten aber viele andere Aspekte zum Sexualleben über fünfzig. Der Artikel «Vom Tabu zur Hypersexualisierung – Sexualität im Alter» zeigt, dass nicht nur prominente ältere Herren eines haben. Braucht es also spezielle HIV-Präventionsbotschaften für Senioren? Seite 3 verrät, weshalb das kaum Sinn macht. Eine Ansicht, der sich auch Bernard Hirschel, prominenter Schweizer HIV-Forscher, anschliesst.

Weshalb eigentlich eine Swiss Aids News mit dem Schwerpunkt HIV und Alter? Weil das vor einigen Jahren noch Undenkbare Realität geworden ist. Dank der immensen medizinischen Fortschritte dürfen – und sollen – Menschen mit HIV heute mit einem langen Leben rechnen. Rund ein Drittel aller HIV-Patienten in der Schweiz ist mittlerweile über fünfzig. Tendenz zunehmend.

Mit dieser erfreulichen Entwicklung gehen aber auch neue Herausforderungen einher. Denn nebst der HIV-Infektion kommen weitere – altersbedingte – Erkrankungen hinzu. Die Betreuung älterer HIV-positiver Menschen erfordert deshalb einen stärkeren interdisziplinären Austausch. Und nebst den medizinischen Aspekten spielen auch die psychosoziale Unterstützung, Lifestyle-Modifikationen und finanzielle Altersvorsorge zentrale Rollen für die Lebensqualität im Alter. Lesen Sie unsere interessanten Beiträge zu diesen Themen im vorliegenden Heft.



Stéphane Praz
Chefredaktor Swiss Aids News



Gelbe Karte fürs BAG!

Der Chefredaktor des Magazins «Générations Plus» in Lausanne zeigt in seinem Editorial der Oktober-Ausgabe dem BAG die gelbe Karte. Warum? Weil die neue Risikogruppe, die über 50-Jährigen, vernachlässigt werde, weil es keine spezifische Kampagne für sie gäbe und weil das BAG gegen das «dépistage automatique» («automatische Testen») eingestellt sei. Das BAG nimmts sportlich...

Das Editorial bezieht sich auf einen längeren Artikel im selben Heft. Dort stellt der Journalist auf der Basis von falsch interpretierten Zahlen die Behauptung auf: Eben die über 50-Jährigen seien die neueste durch HIV und STI gefährdete Gruppe. Diese Behauptung lässt er durch ein paar Statements von Fachleuten bestätigen und schliesst in der Pointe, das BAG vernachlässige seine Aufgabe, die Bevölkerung vor epidemischen Krankheiten zu schützen. Schade, dass dieses simple Strickmuster der Boulevardmedien benützt wird, um einen an sich lesenswerten Sachverhalt «aufzupeppen». Seis drum, das BAG hat sich schon länger daran gewöhnen müssen, entweder zu viel oder zu wenig, sicher aber nie genau das Richtige zu machen.

Gibt es ein HIV-Problem bei über 50-Jährigen?

Die Analyse der Meldedaten des BAG zeigt, dass bei über 50-Jährigen 2010 3,5 Meldungen pro 100 000 EinwohnerInnen gemeldet wurden – gegenüber 11 pro 100 000 bei unter 50-Jährigen. Alleine diese Zahlen belegen, dass es keinen Grund gibt, von einer neuen Risikogruppe zu sprechen. Und noch viel weniger, für diese Gruppe spezielle Massnahmen zu treffen. Im Nationalen Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 sind die über 50-Jährigen – genau wie die Jugendlichen – ein Teil der Bevölkerung und werden von den Massnahmen der Interventionsachse 1 erreicht. Die Botschaften der LOVE-LIFE-Kampagne kennen keine Altersbeschränkung, sondern richten sich an alle sexuell Aktiven in der Schweiz. Werbefachleute sind dezidiert der Meinung, dass man ältere Menschen mit der Darstellung von älteren Menschen in der Werbung nicht besser erreicht.

Alter schützt vor HIV (und STI) nicht!

Die Tatsache, dass bei den über 50-Jährigen drei bis vier HIV-Infektionen pro Jahr pro 100 000 Einwohnende gemeldet werden, belegt aber gleichzeitig auch, dass HIV (und andere STI) nicht nur für Jugendliche und junge Erwachsene ein Thema ist bzw. sein muss: HIV und andere STI verbreiten sich dort, wo Menschen ungeschützt sexuell verkehren. Das Risiko hängt dabei von der Art der sexuellen Begegnung und von der Prävalenz der Erreger in der entsprechenden Gruppe ab. Auf Deutsch: Das Risiko für die ältere Bevölkerung ist im Vergleich zu der jüngeren Bevölkerung deutlich tiefer. Weil ihr Risiko aber selten thematisiert wird,

könnten ältere Menschen durchaus das Gefühl haben, dass HIV und STI sie nicht betreffen. Das stimmt aber nicht: Alter schützt nicht vor HIV und anderen STI.

Ärztinnen und Ärzte: bitte daran denken!

So, wie ältere Menschen sich selbst nicht gefährdet bzw. betroffen wahrnehmen, so fehlt es wahrscheinlich auch an der Wahrnehmung der Ärzteschaft: Bei älteren Menschen denkt «man» nicht (mehr) an Sex, obwohl alle Studien zeigen, dass die sexuelle Aktivität nicht in einem bestimmten Alter einfach aufhört (z. B. Klaiberg et al. 2001; Bruhin et al. 2002). ❶ ❷ In der Arztpraxis akzentuiert sich daher bei den über 50-Jährigen ein empirisch belegtes Dilemma: Die Patienten erwarten vom Arzt, dass er im Gespräch das Sexualleben thematisiert, und die Ärzteschaft erwartet, dass die Patientinnen von sich aus darauf zu sprechen kommen (Meystre-Agustoni et al. 2006). ❸

Unser Fazit: Ja, auch mit über 50-Jährigen über HIV und STI sprechen. Auch sie ermutigen, Beratungsstellen (siehe isis-info.ch) aufzusuchen. Und sie und ihre Ärztinnen und Ärzte motivieren, auch an HIV und STI zu denken, wenn es juckt, brennt oder fliesst. Und ausserhalb einer monogamen, HIV- und STI-freien Beziehung die Safer Sex-Regeln anwenden, egal wie alt Mann oder Frau schon ist. Und im konkreten Fall hätte sich das Schweizer Fernsehen (SF) besser als Prügelknabe für «Générations Plus» geeignet als das BAG – ist es doch das SF, welches unsere Spots den über 50-Jährigen nicht zumuten will.

Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Übertragbare Krankheiten, Programmleitung Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten

Anmerkungen

❶ Klaiberg A, Brähler E, Schumacher J. Determinanten der Zufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte. In: Berberich E, Brähler E, eds. Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte. Giessen: Psychosozial-Verlag, 2001: 105–127.

❷ Bruhin E, Werner M, Abel T, Müller F. Age and gender in the management of HIV-relevant sexual risks: theoretical background and first results of a population survey in the German-speaking part of Switzerland. *Soz Präventivmed* 2002; 47: 388–398. www.springerlink.com/content/k4expp511a7wwu7/

❸ Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F. Talking about sexuality and HIV prevention in medical offices: the situation in Switzerland. *Sexual and Relationship Therapy* 2006; 21: 289–301.

www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a749196544

Gute Betreuung – langes Leben

HIV-positive Menschen werden immer älter. Ab fünfzig treten aus medizinischer Sicht altersbedingte Aspekte in den Vordergrund, HIV ist nicht mehr das alleinig dominierende Gesundheitsthema. Mit umfassender Betreuung lassen sich die neuen Herausforderungen jedoch gut meistern.

«Mittlerweile ist jeder dritte HIV-Patient über fünfzig.»

Die grauen Haare werden immer mehr, die Haut war auch schon straffer, der Hintern knackiger. Ein Blick in den Spiegel bestätigt die frohe Botschaft: Man wird langsam älter. Frohe Botschaft? Für viele HIV-positive Menschen auf jeden Fall. Zum Zeitpunkt ihrer Diagnose durften sie nicht damit rechnen, erste Anzeichen des Alterns noch zu erleben. Und jetzt? Dank der antiretroviralen Medikamente ist ihre Lebenserwartung praktisch gleich hoch wie jene der Allgemeinbevölkerung. Das hat die Altersstruktur der HIV-positiven Bevölkerung in kurzer Zeit grundlegend verändert. «In den Anfangsjahren der Epidemie waren unsere Patienten fast ausnahmslos sehr jung. Mittlerweile ist jeder dritte über fünfzig», so Barbara Hasse, Infektiologin am Universitätsspital Zürich, «und dieser Anteil wird in Zukunft stetig grösser werden.» Die meisten der Patienten über fünfzig sind seit längerer Zeit mit HIV infiziert. Natürlich gibt es in diesem Alter auch frische Infektionen, sie machen jedoch einen geringen Teil aus.

Der Fokus verschiebt sich

Ab fünfzig treten aus medizinischer Sicht altersbedingte Aspekte in den Vordergrund. Barbara Hasse hat deshalb zusammen mit anderen Forschern der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie die gesundheitliche Situation dieser Patientengruppe analysiert. Ihre kürzlich publizierten Erkenntnisse bestätigen zunächst erfreuliche Beobachtungen aus anderen westlichen Ländern: «Der Gesundheitszustand der meisten Patienten ist gut, die CD4-Werte sind im Schnitt normal und die Viruslast ist in mehr als 80% der Fälle nicht nachweisbar.» Sie bringen aber auch die Schattenseiten des Alters zu Tage. HIV-Patienten über fünfzig leiden nebst HIV häufiger an weiteren Krankheiten als jüngere Patienten. Insbesondere Herz-Kreislauf-Störungen, Osteoporose, Diabetes und verschiedene Krebsarten treten bei den älteren vermehrt auf. Es zeigt sich also das selbe Bild wie bei der Allgemeinbevölkerung.

«Sowohl für Patienten wie Ärzte bedeutet das eine Verschiebung der Aufmerksamkeit», sagt Barbara Hasse, «HIV ist nicht mehr das alleinig dominierende Gesundheitsthema.»

Handlungsspielraum

Mehrere Studien zeigen, dass über 50-jährige HIV-Patienten nicht nur gegenüber jüngeren mehr altersbedingte Erkrankungen aufweisen, sondern auch gegenüber gleichaltrigen HIV-Negativen. Einige Forscher sind der Ansicht, dass hierfür die HIV-Infektion und die HIV-Therapie verantwortlich sind, weil sie den Alterungsprozess beschleunigen, andere widersprechen dem (vgl. Artikel auf Seite 8). Von zentraler Bedeutung sind aber auf jeden Fall die klassischen Risikofaktoren, die bei vielen der beobachteten Krankheiten für HIV-Positive und -Negative dieselben sind. Die Ausprägung der Risikofaktoren ist jedoch bei den beiden Gruppen unterschiedlich: So ist beispielsweise der Raucheranteil in der Schweizerischen HIV-Kohorte deutlich höher als in der Schweizer Allgemeinbevölkerung. Für Barbara Hasse liegt es auf der Hand, dass hier angesetzt werden sollte: «Es ist wichtig, Risikofaktoren wie den Bluthochdruck, das hohe Cholesterin und den Nikotinkonsum zu vermeiden oder zu behandeln.»

Mehr Pillen, kein Problem

Mehr Krankheiten bedeuten mehr Medikamente – nebst der HIV-Therapie. Dabei stellt sich das Problem der Wechselwirkungen: Gewisse Medikamente können zur Folge haben, dass die Wirkstoffe der HIV-Therapie nicht mehr im notwendigen Mass wirken oder umgekehrt. Eine ebenfalls kürzlich veröffentlichte Studie der Schweizerischen HIV-Kohorte bestätigt, dass ältere HIV-Patienten neben den HIV-Medikamenten oft noch weitere – meist ärztlich verschriebene – Präparate zu sich nehmen. Obwohl sich daraus viele potenzielle Wechselwirkungen ergeben, fanden die Forscher keine negativen Auswirkungen

Anmerkungen

1 Hasse et al. (2011): Morbidity and Aging in HIV-Infected Persons: The Swiss HIV Cohort Study. Clin Infect Dis 2011(53)



© Bernd Vogel / Corbis / Specter

auf die Wirksamkeit der HIV-Therapie oder andere negative Effekte. ❷ Dass dem so ist, dürfte in erster Linie der Professionalität der Spezialisten der HIV-Kohorte zu verdanken sein. Denn die überwiegende Mehrheit der potenziellen Wechselwirkungen ist gut handhabbar, wenn andere Medikationen richtig mit der HIV-Therapie abgestimmt werden.

HIV-Therapie bleibt wirksam

Bei Patienten, die bereits unter wirksamer HIV-Therapie stehen und deren Immunsystem stabilisiert ist, bleibt die HIV-Therapie bis ins ganz hohe Alter voll wirksam. Einige Studien stellen sogar bessere CD-4-Werte fest bei älteren Patienten. Dies wird vor allem auf die Therapietreue zurückgeführt. Mit ihr verhält es sich bei vielen Patienten wie mit einem guten Wein: Sie wird mit dem Alter besser. Weniger erfreulich hingegen ist, dass das Risiko für Nebenwirkungen und Komplikationen steigt. ❸ Mit einer guten medizinischen Betreuung kann man diesen heute glücklicherweise meist sehr effektiv entgegenwirken.

Ein besonderes Problem stellen ältere Patienten dar, bei denen die HIV-Infektion erst in einem fortgeschrittenen Stadium mit stark geschwächtem Immunsystem entdeckt wird.

Verschiedene Studien zeigten, dass sich ihre CD-4-Werte wesentlich langsamer erholen als jene jüngerer Patienten in derselben Situation. Es ist deshalb bei älteren Menschen umso wichtiger, rechtzeitig die HIV-Diagnose zu stellen und mit der Therapie zu beginnen, da sie dann ebenso gut auf die HIV-Therapie ansprechen. ❹

Lebensqualität erhalten

Eine weitere zentrale Herausforderung in der medizinischen Betreuung älterer HIV-Patienten sind Depressionen. In einer grossen Studie aus den USA zeigten mehr als die Hälfte aller über 50-jährigen HIV-Patienten depressive Symptome. ❺ Diese können nicht nur das Management der HIV-Infektion negativ beeinflussen, sondern schränken die Lebensqualität in allen Bereichen stark ein. Umso wichtiger ist es, in die ärztliche Versorgung älterer HIV-Patienten praktisch alle medizinischen Bereiche einzuschliessen, nicht zuletzt auch psychiatrische. Damit wird gewährleistet, dass HIV-positive Menschen Unterstützung auch in psychosozialen Fragen und in jenen des Lebensstils in Anspruch nehmen können und so bei bestmöglicher Gesundheit und Lebensqualität älter werden. *sp*

❷ Marzolini et al. (2011): Ageing with HIV: medication use and risk for potential drug-drug interactions, *J Antimicrob Chemother.* 2011 (9)

❸ Orlando et al. (2006): Antiretroviral treatment and age-related co-morbidities in a cohort of older HIV-infected patients, *HIV Med* 2006 (7)

❹ Cuzin et al. (2007): Immunologic and Clinical Responses to Highly Active Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection Aged > 50 Years, *CID* 2007 (45)

❺ Applebaum A und Brennan M (2009): Mental Health and Depression, in: Brennan et al. (2009): Older Adults with HIV

Teamwork – der ältere HIV-Patient in der Praxis

Dr. med. Markus Herold berichtet über seine Erfahrungen in der Behandlung älterer HIV-positiver Patienten und Patientinnen. Ein Einblick in die Praxis.



Dr. med. Markus Herold arbeitet heute als Hausarzt und Infektiologe in einer privaten Praxis in Luzern. Von 2004 bis 2007 war er Oberarzt der Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD) an einer Poliklinik in Zürich und von 2007 bis 2009 Infektiologe am Universitätsspital Zürich. Unter vielen anderen Patienten betreut er auch HIV-Patienten.

Mein ältester HIV-Patient ist fast achtzig Jahre alt. Er ist schon sehr lange infiziert – wie die meisten älteren HIV-positiven Menschen in meiner Praxis. Sie haben sich früh angesteckt und sind dank der neuen Behandlungsmethoden alt geworden. Ihr Leben hat sich verändert – wie bei allen Menschen, die alt werden. Auch für mich verändert sich dabei einiges. Im Mittelpunkt der Behandlung steht nicht mehr unbedingt die HIV-Infektion, sondern Diabetes, Herzkrankheiten, psychische Krankheiten, Nieren- oder Knochenprobleme. Die Betreuung wird dadurch vielseitiger und vielschichtiger und die benötigten Medikamente müssen gut mit den HIV-Medikamenten abgestimmt werden.

Zum Teil stellen sich bei älteren HIV-Patienten Probleme, die weder für den Patienten noch für mich als Arzt einfach sind. Gerade dann staune ich aber oft über die Gelassenheit vieler Patienten. Besonders durch potentielle Nebenwirkungen von Medikamenten sind viele langjährig Infizierte nicht mehr aus der Ruhe zu bringen. Sie haben schon viel Schlimmeres erlebt und sie vergleichen die heutigen Belastungen mit früheren. Ein Patient hat eine ausgeprägte Lipoatrophie, ist also im Gesicht sehr eingefallen. Wir haben über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten diskutiert; es war spürbar, dass er darunter leidet. Aber irgendwann sagte er: «Wissen Sie, was wir hier jetzt diskutieren, ist im Vergleich zu dem, was vorher war, gar nichts. Mir wurde das Leben geschenkt und ich bin extrem dankbar dafür. Mich stört das mit dem Gesicht schon ein bisschen, aber unter dem Strich bin ich zufrieden, dass ich überhaupt noch da bin.»

Erfahrung hilft

Mein Eindruck ist, dass ältere Menschen ihre Medikamente korrekter und regelmässiger einnehmen als jüngere. Das ist zwar eine persönliche Erfahrung und ich würde das nicht verallgemeinern wollen. Einige meiner Pati-

enten – das sind vor allem Männer – haben die Zeit erlebt, als man an Aids noch gestorben ist. Sie sind komplexe Medikamentenkombinationen von früher gewohnt und nehmen HIV-Medikamente auf die Minute genau ein. Die meisten gehen sehr diszipliniert damit um. Ältere Patienten muss ich in der Regel auch nicht mehr vom Nutzen der Therapie überzeugen – sie haben ihn seit Jahren selbst erfahren. Ein Patient beispielsweise ist seit den frühen 80er-Jahren HIV-positiv. Sein Interesse an den Medikamenten ist sehr gross. Er lässt sich zwar von mir beraten, welche er nehmen muss. Aber die innere Überzeugung, dass er die Medikamente einnehmen muss, kommt von ihm, nicht von aussen, nicht von mir. Das erleichtert die Behandlung ungemein. Wenn solche Menschen altersbedingt erkranken, haben sie einen gewissen Vorteil vor anderen HIV-Positiven, die noch nicht so lange infiziert sind.

Kontakt mit medizinischem Personal ist wichtig

Die meisten meiner älteren HIV-PatientInnen sind sozial integriert und leben im eigenen Haushalt, allein oder in einer Partnerschaft. Es kann mit zunehmendem Alter auch psychische Komorbidität geben – Menschen, die zusätzlich zu HIV psychisch erkranken oder Langzeitfolgen von Drogenkonsum zeigen. Wenn dann noch altersbedingte somatische Erkrankungen dazukommen, wird die Pflege schwieriger. Manchmal rufen mich Pflegende oder auch Ärzte aus Spitälern an, die sich den Umgang mit HIV-Positiven nicht gewohnt sind. Sie sind verunsichert und haben Bedenken wegen der Infektionsgefahr. Dann ist es wichtig, dass sie den Kontakt zum behandelnden Arzt herstellen. Man muss ihnen die Möglichkeit geben, ihre Unsicherheit auszudrücken und nachzufragen. Häufig geht es um Ansteckung, banale Dinge, die man eigentlich von den Präventionsbotschaften her weiss. Aber jemand, der noch nie einen HIV-Positiven gesehen und berührt hat, ist dann halt doch verunsichert.

Schwierige Themen

Immer wieder bin ich auch mit frischen Infektionen bei älteren Menschen konfrontiert, Leute von 50, 60 oder sogar 70 Jahren. Diese Gruppe ist zwar zahlenmässig klein, aber man muss sich einfach bewusst sein, dass man sich das ganze Leben hindurch infizieren kann. Viele ältere Menschen denken aber: «Ich gehöre keiner Risikogruppe an, ich laufe keine Gefahr, mich anzustecken.» Das ist natürlich falsch.

«Man könnte sogar sagen, dass HIV-Positive – bei uns in der westlichen Welt – medizinisch besser versorgt sind als die Allgemeinbevölkerung.»

Zum Beispiel ältere Frauen, die nicht mehr an Schwangerschaftsverhütung denken müssen, vergessen oft den Schutz vor HIV. Eine verwitwete Frau lernte auf einer Reise nach Afrika jemanden kennen und begann eine neue Beziehung. Als ihr Freund – er lebte im Ausland – einige Jahre später krank wurde, fand sie heraus, dass er HIV-positiv war. Sie machte daraufhin den Test, und der war positiv. Das war für sie natürlich ein Schock. Ihre CD-4-Werte sind schnell abgefallen und sie musste früh mit einer antiretroviralen Therapie beginnen. Den Kontakt mit ihrem Freund hat sie nicht abgebrochen, sie besucht ihn weiterhin. Die Infektion hat sie in ihrem sozialen Umkreis in der Schweiz aber geheim gehalten. Das ist ihr Geheimnis, sagt sie. Das macht ihr Leben natürlich nicht einfacher.

Das zeigt, wie wichtig es ist, auch mit älteren und alten Menschen über Prävention, über Sexualität und Sexualpraktiken zu reden. Vielen PatientInnen ist das peinlich – und manchmal auch Ärzten und Ärztinnen, die nicht täglich darüber Gespräche führen. Das erging mir anfangs nicht anders. Wenn ich das Thema ganz natürlich und sachlich anschneide, dann sind aber die meisten – für mich am Anfang ganz erstaunlicherweise – sehr offen. Das hilft einerseits, frische Infektionen zu verhindern, aber auch, bestehende rechtzeitig zu entdecken. Denn tendenziell geht es bei älteren Menschen viel länger, bis die Diagnose HIV gestellt wird, weil viele nicht auf die Idee kommen, einen HIV-Test zu machen. HIV ist für sie einfach kein Thema. Die Jungen denken dran, die Älteren nicht.

Engmaschige Betreuung dank HIV

HIV-Positive in Behandlung sind nur schon durch die dreimonatliche Kontrolle sehr gut betreut. Man könnte sogar sagen, dass HIV-Positive – bei uns in der westlichen Welt – medizinisch besser versorgt sind als die Allgemeinbevölkerung. Es gibt durch ihr Älterwerden zwar immer mehr und neue medizinische Probleme – mehr altersbedingte Krankheiten, mehr Wechselwirkungen bei Medikamenten – und HIV-Positive haben ein erhöhtes Risiko, an bestimmten Leiden zu erkranken. Aber in der Regel werden solche neuen Krankheiten in der Praxis schneller diagnostiziert als bei HIV-negativen Menschen, weil HIV-Positive so engmaschig betreut werden. Diese intensive Zusammenarbeit ist auch für mich als Arzt sehr spannend. Aufgrund ihrer oft nicht einfachen Lebensgeschichte verfügen viele ältere HIV-Patienten über viel Lebenserfahrung.

Aufgezeichnet von Shelley Berlowitz



© Jim Naughton / Corbis / Specter

Beschleunigt HIV das Altern?

Es gibt Hinweise, dass HIV oder gewisse antiretrovirale Wirkstoffe den Alterungsprozess des Körpers beschleunigen können. Diese Effekte werden vor allem bei HIV-Patienten festgestellt, die in der Vergangenheit bereits von opportunistischen Infektionen betroffen waren, spät mit der Therapie begannen oder aus anderen Gründen in schlechter körperlicher Verfassung sind. Andererseits zeigen neuere Erhebungen, dass viele HIV-Infizierte unter moderner Therapie eine praktisch normale Lebenserwartung haben können.

Der erfolgreiche Therapieeinsatz hat zur Folge dass sogenannte aidsdefinierende Erkrankungen bei unterdrückter Viruslast und erhöhten CD4-Werten weniger häufig auftreten. Die verbesserte Lebenserwartung führt aber dazu, dass sowohl HIV-spezifische wie auch mit HIV nicht assoziierte Alterungskomplikationen häufiger beobachtet werden.

Verschiedene Studien zeigen, dass HIV oder bestimmte antiretrovirale Wirkstoffe zu vorzeitigen Alterserscheinungen führen können. Eine amerikanische Studie zeigte, dass ältere antiretrovirale Medikamente DNA-Mutationen der Mitochondrien beschleunigen. ❶ Dieser Prozess ist ein Hinweis auf eine schnellere Alterung. Die Autoren der Studie weisen auch darauf hin, dass durch AZT, d4T und ddI verursachte Mitochondrienschäden durch normale Zellmechanismen nicht repariert werden können. Italienische Forscher beobachteten in einer Studie, dass bei Menschen mit HIV Altersbeschwerden 10 bis 15 Jahre früher auftreten als normal. ❷

Die beunruhigenden Daten beider Studien werden jedoch relativiert, wenn man einen genaueren Blick auf die Studienpopulationen wirft. In der amerikanischen Studie waren viele Patienten eingeschlossen, bei welchen bereits Aids diagnostiziert worden war und die zum Teil mehrere opportunistische Infektionen durchgemacht hatten. In der italienischen Studie wiesen dreiviertel der Patienten eine Lipodystrophie auf. Dies deutet auf einen späten Therapiebeginn und möglicherweise auch den Einsatz von Medikamenten mit ungünstigem Nebenwirkungsprofil hin. Man kann also davon ausgehen, dass ein grosser Teil der Patienten beider Studien grundsätzlich schon länger in einer schlechten körperlichen Verfassung war. Rauchen, schlechte Ernährung und Drogengebrauch könnten weiter zu den schlechten Resultaten beitragen.

Einige der Altersgebrechen, die man bei Menschen mit HIV beobachtet, sind bedingt durch die Lebensweise oder stark assoziiert mit einer Immunschwäche (v. a. Krebsarten sowie Herz-Kreislauf-Beschwerden). Viele Wissenschaftler sind der Überzeugung, dass diese Alterserscheinungen die Folge lange andauernder mitochondrialer Toxizität sind. Diese Erklärung wird aber nicht von allen Wissenschaftlern akzeptiert. Die Kritiker weisen auf die Vielzahl von Faktoren hin, welche kumuliert Zell- und Gewebeschädigungen verursachen können.

Und in der Schweiz?

Bei älteren, HIV-infizierten früheren Drogengebranchern wird Ähnliches beobachtet, bei anderen Patientengruppen eher nicht. Diesen geht es vielmehr je länger je besser. Eine eben publizierte Studie der Schweizerischen HIV-Kohorte weist in diese Richtung. ❸ Chronische, nicht HIV-bedingte Erkrankungen nehmen im Alter zu. Nicht unterdrückte Viruslast, Rauchen, Drogengebrauch und die Dauer der HIV-Infektion erhöhen das Risiko von Komplikationen. In diesem Zusammenhang ist die Obel-Studie aus Dänemark interessant. ❹ Sie zeigt, dass ein erhöhtes Todesfallrisiko bei Menschen mit HIV Risikofaktoren zugeordnet werden kann, die bereits beim Therapiestart bekannt sind (bestehende aidsdefinierende Erkrankungen, Komorbiditäten, problematischer Alkohol- und Drogengebrauch). Patienten ohne Risikofaktoren haben bei erfolgreicher Therapie eine praktisch identische Lebenserwartung wie die Normalbevölkerung. Zudem ist das Nebenwirkungsprofil der modernen antiretroviralen Therapie kaum mehr vergleichbar mit jenem der älteren Wirkstoffe. Ein generelles ausgeprägtes vorzeitiges Altern bei allen HIV-Infizierten ist deshalb nicht zu erwarten. Optimismus ist angebracht. (*)

David H.-U. Haerry

Anmerkungen

❶ Payne BAI et al. (2011): Mitochondrial aging is accelerated by anti-retroviral therapy through the clonal expansion of mtDNA mutations. Nature Genetics, advance online publication

❷ Guaraldi G et al. (2011): Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. Clin Infect Dis, online edition

❸ Hasse et al. (2011): Morbidity and Aging in HIV-Infected Persons: The Swiss HIV Cohort Study. Clin Infect Dis 2011(53)

❹ Obel et al. (2011) Impact of Non-HIV and HIV Risk Factors on Survival in HIV-Infected Patients on HAART: A Population-Based Nationwide Cohort Study. PLoS ONE 6(7)

(*) Der Autor dankt Prof. Hj. Furrer vom Inselspital Bern für die Durchsicht des Manuskripts. Eine ausführlichere Version dieses Artikels ist auf www.positivrat.ch zu lesen.

Wer rastet, der rostet

Diese Binsenweisheit gilt für alle, auch für HIV-positive Menschen. Viele der frühzeitigen Altersbeschwerden lassen sich jedoch mit einfachen Mitteln bekämpfen.

«Früher war ich zwei bis drei Mal pro Jahr im Krankenhaus. Seitdem ich mit Jogging und Muskeltraining angefangen habe, sind die meisten Symptome weg», berichtet der HIV-positive Josef N. Er blickt auf ein Jahr Lauftraining und einen erfolgreichen Halbmarathon zurück. Ausdauer und Muskeltraining: Die positiven Erfahrungen von Josef N. decken sich mit den Ergebnissen einer kürzlich erschienenen Studie der University of Washington zu HIV im Alter und Sport. ❶

Dehnen, Laufen, Ausdauer

Ziel der Studie war es, wissenschaftlich fundierte Trainingsempfehlungen für HIV-positive Menschen über 50 zu entwickeln. Das Resultat: Wer HIV-positiv ist, über 50 Jahre alt ist und seine Chancen auf einen beschwerdefreien Lebensabend optimieren will, betreibt am besten

drei Mal pro Woche während 20 bis 40 Minuten Ausdauersport, gefolgt von einem moderaten Muskelaufbautraining, mindestens 6 Wochen lang. Beim Ausdauertraining darf die Pulsfrequenz zwischen 50 und 90% der Maximalfrequenz liegen. Dehnübungen vor und nach dem Sport sind laut Studie ebenfalls ratsam, um Verletzungen vorzubeugen.

«Seit ich jogge, sind die meisten Symptome weg.»

Sport ist nicht nur gut fürs Herz, sondern auch für den Blutzuckerspiegel und das Immunsystem, allesamt neuralgische Aspekte für HIV-Patienten. Die Autoren der Studie warnen aber auch vor sportlichem Übereifer. So können mehr als 90 Minuten Ausdauertraining am

Ernährung

Zum Thema HIV und Ernährung hat Aidsmap, eine HIV-Experten-Organisationen, ihre Broschüre «HIV and Nutrition» überarbeitet (www.aidsmap.com → Resources → Booklets → Nutrition). Sie besagt zusammenfassend Folgendes:

■ **Aus dem Vollen schöpfen:** Der Hauptteil der Nahrung sollte aus pflanzlichen Lebensmitteln wie Obst, Gemüse, Vollkornprodukten und Hülsenfrüchten bestehen. Milch und Milchprodukte stärken die Knochen, Fisch liefert wertvolle Proteine und «gutes» Fett. Mit allen anderen tierischen Produkten sowie Zucker sollte zurückhaltend umgegangen werden. Für Flüssigkeiten lautet das Motto: viel ungesüsste Getränke, Mass halten beim Alkoholkonsum.

■ **Vitamine und Mineralstoffe:** Die meisten HIV-Positiven brauchen keine Vitaminpräparate, wenn sie sich ausgewogen ernähren. Trotzdem kommen oft im Zusammenhang mit HIV Zink- und Vitamin-D-Mangel vor. Die Messung von Vitamin D gehört deshalb zur Standarduntersuchung beim Arzt.

Besonders gefährlich für HIV-Patienten sind Überdosierungen von Vitamin A, C, E, Zink und

Vitamin B6. Sie können zum Beispiel die Wirksamkeit der HIV-Medikamente herabsetzen.

■ **Mahlzeiten und Therapie:** Die Einnahmebedingungen der Medikamente hängen oft mit den Mahlzeiten zusammen – mal muss eine Pille vor der Mahlzeit, mal danach genommen werden. Es ist wichtig, diese Vorschriften einzuhalten, damit die Therapie optimal wirkt.

■ **Naturheilmittel:** Achtung auch bei Naturheilmitteln. Johanniskraut zum Beispiel ist zwar genauso wirksam gegen leichte bis mittelschwere Depressionen wie Antidepressiva. Nur entstehen bei Johanniskrautkonsum schwere Wechselwirkungen mit gewissen HIV-Medikamenten. Dasselbe gilt für Knoblauch-Pillen und eine Reihe weiterer Naturheilmittel. HIV-Positive sollten deshalb alle Präparate, die sie zusätzlich zur HIV-Therapie einnehmen, im Vorfeld mit ihrem Arzt besprechen.

Anmerkung

❶ Anella Yahiaoui BS, Ellen L. McGough PT, PhD, Joachim G. Voss PhD, RN, ACRN: Development of Evidence-Based Exercise Recommendations for Older HIV-Infected Patients. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care



© daniel.schoenen / photocase.com

Stück negative Auswirkungen bei älteren HIV-Positiven haben. Überanstrengung schwächt den Organismus und macht anfälliger für Infektionen.

Kennt man das nicht von irgendwoher?

Wem diese Empfehlungen bekannt vorkommen, hat sich nicht verlesen. Die Bewegungstipps für Menschen mit HIV weichen nicht substanziell von den allgemeinen Empfehlungen für die Vermeidung von Übergewicht, Diabetes oder einem Herzinfarkt ab. Der Unterschied liegt hier nicht so sehr im Was als im Ob: Das Sportmuffeln hat bei HIV-Positiven gewichtigere Konsequenzen als bei HIV-Negativen. Was ein HIV-positiver Mensch tut oder lässt, fällt schwerer in die Waagschale.

Ein grosses Thema, was Altern und Lebensführung betrifft, ist das Rauchen, denn überdurchschnittlich viele Menschen mit HIV sind Raucher. HIV-Spezialisten raten ihren Patienten deshalb oft zu einem Rauchstopp. «Rauchen ist einer der grossen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten», sagt Jan Fehr, Oberarzt an der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des Universitätsspitals Zürich.

Unser täglich Vollkornbrot

Nicht nur die zurückgelegten Meilen und gestemten Kilos tragen zum Erhalt der Gesundheit bei, auch was wir täglich in uns aufnehmen. So spielt Ernährung eine gewichtige Rolle bei der Entstehung oder Vermeidung von Alters- und Zivilisationskrankheiten, bei Übergewicht, Altersdiabetes oder Herz-Kreislauf-Krankheiten. Eine gute Ernährung ist auch fundamental, damit das Immunsystem optimal arbeiten kann (siehe Kasten Seite 9). *cc*

Absatz ...

«Alt werden», sprach unlängst ein Mensch, «ist nichts für Feiglinge». Wie wahr, wenn man bedenkt, woran täglich gedacht werden muss. Das gilt unbarmherzig für alle, die die Fünf und die Null überschritten haben. Achten muss man auf seine Gesundheit, besser noch Gesundheit. Gesund bleiben ist einzig im Plural zu haben. Da ist die umfassende Gesundheit, dann folgt die psychische Gesundheit, die sexuelle Gesundheit, die reproduktive Gesundheit, die Gesundheit als Mann, als Frau. Fast so wichtig wie die Gesundheit sind die genetischen Anlagen, die umwelt-

bedingten Parameter, das Persönlichkeitsprofil, der Status. Und die Risikofaktoren, die Eigenverantwortung, die Prävention. Und wehe den Rauchern, den Nichtbewegerinnen, den Fleischessern, den Weinliebhaberinnen. Multiplikatoren sonderst an der Zahl.

Alles hat seinen Preis, ausser? Seelennahrung. Leider wird sie weder propagiert noch subventioniert, dabei hält sie jung und frisch und hat keine Nebenwirkungen. Fragen Sie nicht Ihren Arzt oder Apotheker.

«Ist es das Alter, ist es das HIV?»

Hedwig B., 73 Jahre alt, ist eine mutige Frau. Jahrelang war sie eine der wenigen, die als HIV-Positive öffentlich auftraten und ihre Geschichte erzählten. Jetzt will sie leiser treten, denn das Älterwerden ist nicht immer einfach, doch unterkriegen lässt sie sich nicht.

Mut haben heisst hinstehen, auch wenn es nicht allen gefällt. Wenn die Sache unangenehm, die Geschichte erstaunlich ist. Die Geschichte von Hedwig B. ist so eine Geschichte. Aufgewachsen in der Stadt Zürich, Ausbildung zur kaufmännischen Angestellten, dann Heirat, Mutter von zwei Kindern. Später Wiedereinstieg ins Berufsleben. Alles geht seinen Gang, bis der Mann von Hedwig B. stirbt. Der Anfang einer schwierigen Zeit. Abends fällt ihr fast die Decke auf den Kopf, Frau B. fährt Taxi, auch nachts. Während eines Sprachaufenthalts in England lernt sie einen Mann kennen. Der Beginn einer Freundschaft. Später besucht sie ihn im Kongo, hat sexuellen Kontakt.

Der Hammer: positiv!

Zu Beginn des Jahres 1996, Hedwig B. ist 57 Jahre alt, erhält sie die Diagnose: HIV-positiv. Sie kann es nicht fassen. «Ich dachte, einzig Homosexuelle und Drogensüchtige können Aids haben; sicher nicht ich.» Nach der Diagnose steht sie buchstäblich alleine auf weiter Flur. Sie hat Angst davor, zu sterben, weiss nicht, wie sie mit der Situation umgehen soll, mit wem sie darüber sprechen kann. Das Tram fährt ein, sie überlegt sich, ob... Doch sie denkt an ihre Kinder, die bereits Halbweisen sind, und geht nach Hause. Hedwig B. informiert sich und lässt sich auf der Zürcher Aids-Hilfe beraten. Dort glaubt man, das Resultat sei ein Versehen und testet sie erneut. Das Resultat: positiv. Sie wird ans Uni-Spital überwiesen und nochmals getestet. Frau B. ist und bleibt positiv und ihre CD-4-Werte sind miserabel. Niemand will wissen, wie es ihr mit der Diagnose geht, ob sie Hilfe braucht.

HIV-Exotin

Es folgt die Überweisung an einen HIV-Spezialisten. Er rät ihr, sich zusätzlich Hilfe zu suchen, sie müsse über ihre Krankheit sprechen können. Und regt an, mit der antiretroviralen Therapie zu beginnen. Hedwig B. aber braucht Zeit, will überlegen. Sie beginnt die Therapie, das strenge Regime ist sehr ermüdend, Albträume

plagen sie. Sie setzt die Therapie zwischenzeitig eigenmächtig ab. Dann aber schöpft sie wieder Mut, sie schafft es, ihren Kindern von der Krankheit zu erzählen. Später erzählt sie es auch ihren Freundinnen. «Mit Krebs versteckt man sich ja auch nicht. Und ich hätte umgekehrt meinen Freundinnen ja auch vertraut.» Sie erfährt Mitgefühl und Verständnis.

«Mit Krebs versteckt man sich ja auch nicht.»

Längst hat Hedwig B. gelernt, mit ihrer Krankheit umzugehen. Obwohl ihr immer wieder der HIV-Exoten-Stempel aufgedrückt wurde, bezog sie mutig Stellung in der Öffentlichkeit, in Zeitungsartikeln, in Talkshows, bei Schulbesuchen.

Ein neues Kapitel schlägt sie vor einem Jahr mit dem Einzug in eine Alterswohnung auf. Kein einfaches. Sie fällt in ein schwarzes Loch, geht nicht mehr aus dem Haus, bleibt im Bett. «In den ersten Tagen stand ich auf dem Balkon im sechsten Stock und dachte: Spring!» Als ihr ihre Freundinnen klar machen, dass sie unbedingt zum Arzt muss, geht sie. Er diagnostiziert eine Altersdepression und verschreibt ihr Medikamente. Mit diesen kehren die Lebensgeister langsam zurück. Trotzdem ist das Altwerden mit HIV nicht einfach. «Oft weiss ich nicht, warum ich dies oder das habe. Ist es das Alter oder ist es das HIV? Oder beides? Ich muss einfach damit leben und es wird nicht besser.»

Doch Frau B. lässt sich nicht unterkriegen. Sie ist einer Sterbehilfeorganisation beigetreten, besucht weiterhin Vorträge zum Thema HIV, macht ein Gedächtnistraining, liest die Swiss Aids News. Mit einer Freundin gärtner sie im Schrebergarten, schwimmt sommers im Zürichsee – und sie möchte wieder ein Büsi.

bj



© frau.li / photocase.com

Vom Tabu zur Hypersexualisierung – Sexualität im Alter

Ob im dritten oder vierten Lebensalter – eine erfüllte Sexualität wird heute akzeptiert, fast eingefordert. Relativ gesehen, denn der Alterungsprozess bringt körperliche wie auch gesellschaftliche Einschränkungen mit sich. HIV ist für Senioren und Seniorinnen kein grosses Thema. Das Sexualleben in Altersheimen wirft hingegen komplexe Fragen auf.

Eine zufällig ausgesuchte Wochenzeitschrift zeigt: Frauen und Männer im Alter zwischen 55 und 65 Jahren bilden die grösste Gruppe auf der Suche nach Beziehungen, nach Romantik. Sie preisen ihre persönlichen Qualitäten an, zählen mögliche Gemeinsamkeiten auf und möchten «gerne auch mehr, wenn es sich ergibt». Von über 70-jährigen finden sich hingegen bloss zwei Anzeigen. Trotzdem gilt: Sexualität im Alter ist mit weit weniger Scham verbunden als auch schon.

Für Thomas Bucher, Psychologe und Leiter einer Studie der Universität Zürich über Sexualität in der zweiten Lebenshälfte ¹, hat sich in den letzten zehn bis zwanzig Jahren ein Paradigmenwechsel vollzogen. Vom starken Tabu hin zur extremen Medialisierung, nicht zuletzt bedingt durch das Aufkommen der ersten Pille gegen Erektionsstörungen 1998. Ohne den Nutzen dieser Medikamente schmälern zu wollen, sieht Bucher aber auch ungünstige Entwicklungen: «Die Werbung der Pharmaindustrie hat eine neue Norm geschaffen, wonach jede Beziehung zwingend auch eine sexuelle sein muss. Seitdem sind die Senioren (sexualisiert). Auch wenn diese Vorstellung nicht zwingend mit der Realität übereinstimmt.»

Ähnlich äussert sich Thomas Münzer, Leiter des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter an der Geriatriischen Klinik St. Gallen: «Sexualität wird von der Pharmawerbung mit Erektion gleichgesetzt. Dadurch entsteht ein verzerrtes Bild, denn eine Erektion befriedigt längst nicht alle Bedürfnisse. Sexualität beinhaltet viel mehr, von Zärtlichkeit über Streicheln bis hin zum Geschlechtsverkehr.»

Die Studie unter der Leitung von Thomas Bucher ergab, dass die Mehrheit der Seniorinnen und Senioren mit ihrem Sexualleben durchaus zufrieden ist – entgegen der in Werbekampagnen für die blaue Pille oft vermittelten Botschaft. «Das fortschreitende Alter bringt hier keine wesentliche Veränderung,

obwohl die Zufriedenheit bei den Männern mit den Jahren tendenziell abnimmt», meinen die Forscher. Das sexuelle Interesse nimmt ab, bleibt aber lebendig. Entscheidender sind biografische Eckwerte. Spielte die Sexualität in jungen Jahren eine wichtige Rolle, ist das sexuelle Interesse auch später grösser.

Völliger Verzicht

Nicht erstaunt waren die Autoren darüber, dass das Interesse an der Sexualität bei den Frauen geringer ist als bei den Männern: «Ab einem gewissen Alter ziehen viele Männer jüngere Gefährtinnen vor. Für (ältere) Frauen wird es somit schwieriger, einen neuen Partner zu finden. Sie passen sich dieser Situation an. Das mag als defensive Haltung erscheinen, erweist sich aber für das eigene Wohlbefinden als bessere Strategie.» Einige Personen verzichten ganz auf jegliche Form der Sexualität.

«Eine 60-jährige Frau, die eine neue Beziehung eingeht, hat meist ein lebendigeres Sexualleben als ein 30-jähriger, alleinstehender Mann.»

Zudem sollte man «Interesse» nicht mit «Zufriedenheit» gleichsetzen. Hinsichtlich der Zufriedenheit spielt das Alter erstaunlicherweise keine wesentliche Rolle. «Der Einfluss von Alter und Gesundheitszustand auf die Sexualität wird überschätzt», erklärt Thomas Bucher. «Die Senioren selbst sehen darin keinen Hinderungsgrund. Eine 60-jährige Frau, die eine neue Beziehung eingeht, hat meist ein lebendigeres Sexualleben als ein 30-jähriger, alleinstehender Mann.»

Ganz anders verhält sich die Situation in Pflegeheimen. Oft sind über 90% der Bewohner Frauen im Alter von 75 bis 80 Jahren – so auch in der Einrichtung, die Thomas Münzer leitet. «Sexualität – und erst recht Homosexualität – wird in Heimen sowohl von den Bewohnern

Anmerkung

¹ Bucher, et al. (2003). Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Zeitschrift für Sexualforschung, 16, 249–270. Befragt wurden 641 Männer und 857 Frauen aus der deutschsprachigen Schweiz im Alter zwischen 45 und 91 Jahren.

als auch vom Pflegepersonal nach wie vor stark tabuisiert. Einige Patientinnen lassen sich besonders gern von männlichen Mitarbeitern betreuen, wobei schwer zu sagen ist, ob dies sexuelle Hintergründe hat oder nicht. Die Frauen haben vor allem ein Bedürfnis nach Zärtlichkeit. Bei männlichen Patienten hingegen kann der Sexualdrang zu Übergriffen gegen das weibliche Personal führen. Derartige Aggressionen kommen jedoch sehr selten vor.»

Privatleben im Pflegeheim

Einige Pflegeeinrichtungen bieten Liebesräume für Paare an. Münzer hat Erfahrung mit einem solchen Angebot: «Mitarbeitende, die Vorurteile haben, tun sich damit häufig schwer. Auch die Kinder und übrigen Angehörigen empfinden dies häufig als peinlich.» Doch mit der neuen Senioren generation hat die Sexualität im Alter die Tabuzone endgültig verlassen. «Die als Babyboomer bekannte 68er-Generation hat die sexuelle Revolution erlebt. Die Frauen sind emanzipiert und bringen andere Erwartungen an das Sexualleben mit», schätzt Thomas Bucher. «Entsprechend gross werden die Herausforderungen an die Betreuungseinrichtungen sein.» Ariane Gigon



© Randy Farris / Corbis / Specter

«Spezifische Präventionskampagnen für Senioren würden keinen Sinn machen.»

Fragen an Bernard Hirschel, Leiter der Abteilung HIV/Aids des Universitätsspitals Genf.

Wie schätzen Sie die Präventions- und Therapieverdrossenheit bei älteren HIV-Positiven ein, die seit Jahren in Behandlung sind?

Im Durchschnitt ist ihre Therapietreue besser als bei jüngeren Menschen. Ausserdem scheint sich mit den Jahren eine Abnahme des Risikoverhaltens einzustellen. Bekanntlich nimmt die sexuelle Aktivität mit zunehmendem Alter ab. Andererseits geht die Akzeptanz des Präservativs zurück. Hier gibt es somit keine Gewissheit.

Führen die üblichen Gesundheitsprobleme älterer Menschen zu Kom-

plikationen bei der Anwendung der Therapie?

Bei älteren Menschen steigt in der Regel der Konsum von Medikamenten an. Einige davon führen zu unerwünschten Wechselwirkungen mit der HIV-Therapie. Mittlerweile sind diese Interaktionen weitgehend bekannt, sodass die Ärzte und Ärztinnen die Dosierung anpassen oder ein Arzneimittel durch ein anderes ersetzen können. Man vermutet zudem, dass Anti-HIV-Medikamente und auch die HIV-Infektion selbst das Risiko bestimmter altersbedingter Krankheiten wie zum Beispiel Osteoporose erhöhen. Ferner rauchen HIV-positive Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überdurchschnittlich viel, und zwar besonders im fortgeschrittenen Alter.

Amerikanische Studien berichten über HIV-infizierte Senioren, die überzeugt waren, Aids könne sie keinesfalls betreffen und deshalb sämtliche diagnostischen

Möglichkeiten so lange nicht nutzen, bis sich das Vollbild Aids entwickelt hatte.

Sind ältere Menschen ausreichend über die HIV-Risiken informiert?

Die meisten Neuinfektionen treten bei Homosexuellen auf, wobei die Inzidenz zwischen 30 und 40 Jahren am höchsten ist. Spezielle Präventionsmassnahmen für jede einzelne Bevölkerungsgruppe wären unverhältnismässig und nicht kosteneffizient. Es stimmt allerdings, dass ein Informationsdefizit besteht. Die Ärzteschaft spricht das Thema Sexualität mit älteren Menschen zu selten an. Für Geriater, die sich mit degenerativen Krankheiten bei über 80-Jährigen befassen, spielt die Aids-Frage eine untergeordnete Rolle. Tragische Fälle, bei denen ein Arzt angesichts diffuser Symptome viel zu lange brauchte, bis er auf die Idee kam, einen HIV-Test anzunordnen, ereigneten sich tatsächlich. Dabei handelte es sich jedoch um seltene Einzelfälle.

Altersvorsorge – AHV und Pensionskasse

Der Schritt in die dritte Lebensphase – für die einen eine Wohltat, für die anderen eine Belastung. Einschneidend ist diese Phase auf alle Fälle. Und mit ihr tauchen ganz neue Fragen auf, auch im rechtlichen Bereich. Nachfolgend werden diese kurz vorgestellt.

Es ist wichtig, sich frühzeitig mit der Pensionierung zu befassen. So bieten einige Pensionskassen die Möglichkeit an, bereits ab 58 in den Ruhestand zu treten. Auch wer eine Kapitalauszahlung des Pensionskassenguthabens wünscht, muss diese frühzeitig ankündigen.

1. Säule: die staatliche Vorsorge (AHV-Rente)

> Zeitpunkt des Anspruchs Am ersten Tag des Monats, der demjenigen des 65. (Männer) bzw. 64. (Frauen) Geburtstags folgt, entsteht der Anspruch auf eine AHV-Rente. Diese Rente wird nicht automatisch ausgelöst. Sie sollten einige Monate im Voraus Ihre Ausgleichskasse (siehe AHV-Ausweis) kontaktieren und sich dort mittels eines Formulars für den Rentenbezug anmelden.

Merke: Wenn Sie Ihre Stelle auf das Pensionierungsalter hin aufgeben wollen, müssen Sie den Arbeitsvertrag kündigen und die geltende Kündigungsfrist einhalten.

Wer seine Altersrente um ein oder zwei Jahre vor dem ordentlichen Rentenalter bezieht, erhält für die Dauer des gesamten Rentenbezugs eine gekürzte Rente. Wer die Rente um ein bis maximal fünf Jahre aufschiebt, erhält für die Dauer des gesamten Rentenbezugs eine erhöhte Rente. Ein Rentenvorbezug befreit Sie nicht von der Beitragspflicht. Wenn Sie über das ordentliche Rentenalter hinaus erwerbstätig sind, müssen Sie nur für denjenigen Teil Beiträge bezahlen, der CHF 1400.- pro Monat und Arbeitsverhältnis übersteigt.

> Rentenhöhe Wer immer in der Schweiz gelebt oder gearbeitet hat, erhält eine AHV-Rente. Diese bewegt sich zwischen mindestens CHF 1160.- und maximal CHF 2320.-, wenn Sie die AHV/IV-Beiträge lückenlos einbezahlt haben. Haben Sie Lücken, macht sich dies in der Rentenhöhe bemerkbar. Auch Ihr Verdienst hat auf die Rentenhöhe einen Einfluss. Wie hoch Ihre Rente sein wird, können Sie auf der Webseite des Bundesamts für Sozialversicherung nachsehen www.bsv.admin.ch (unter Praxis-Vollzug→AHV→Grundlagen AHV→Weisungen

Renten). Die Rente wird in der Regel alle zwei Jahre an die Lohn- und Preisentwicklung angepasst.

> Eingetragene Paare und Ehepaare Bei eingetragenen, verheirateten, verwitweten oder geschiedenen Personen werden die Einkommen, die beide Partner während der eingetragenen Jahre bzw. Ehejahre erzielt haben, aufgeteilt und je zur Hälfte beiden Partnern gutgeschrieben. Diese Teilung wird Splitting genannt. Ein Splitting wird vorgenommen, sobald beide Partner Anspruch auf eine Altersrente haben, wenn die Ehe bzw. eingetragene Partnerschaft aufgelöst wird oder wenn ein/e PartnerIn stirbt und der/die andere bereits eine Rente bezieht. Die Summe der beiden Einzelrenten eines Paares darf maximal 150% der Maximalrente betragen. Wird dieser Betrag überschritten, müssen die Einzelrenten entsprechend gekürzt werden.

> Auszahlung ins Ausland AHV-Renten werden auch ins Ausland ausbezahlt, wenn Sie SchweizerIn oder EU/EFTA-BürgerIn sind. Sind Sie dies nicht, sollten Sie abklären, ob die Schweiz mit Ihrem Heimatstaat ein Abkommen geschlossen hat (www.ahv-iv.info/international). Falls keine solche Vereinbarung besteht, wird Ihnen die Rente nicht ausbezahlt. Sie können aber verlangen, dass Ihnen die einbezahlten AHV-Beiträge ausbezahlt werden.

> Personen mit laufender Invalidenrente Wenn Sie zum Zeitpunkt des Übertritts ins Pensionierungsalter eine Invalidenrente beziehen, wird diese durch die Altersrente abgelöst.

2. Säule: die berufliche Vorsorge (Pensionskassenrente)

Die Pensionskassenrente ergänzt die Leistungen der AHV und sorgt dafür, dass die Pensionierten ihren bisherigen Lebensstandard auch im Alter beibehalten können. Sie ist in der Regel unterteilt in einen obligatorischen und einen überobligatorischen Teil. Für den überobligatorischen Teil muss das Reglement der jeweiligen Pensionskasse konsultiert werden, da die Regelungen sehr unterschiedlich

Rechtsberatung

der Aids-Hilfe Schweiz

Wir beantworten kostenlos Rechtsfragen im Zusammenhang mit HIV in folgenden Gebieten:

- Sozialversicherungsrecht
- Sozialhilferecht
- Privatversicherungen
- Arbeitsrecht
- Datenschutzrecht
- Patientenrecht
- Einreise- und Aufenthaltsrecht

Öffnungszeiten

Di und Do 9–12, 14–16 Uhr

Tel. 044 447 11 11, recht@aids.ch

sein können. Aus diesem Grund beziehen sich die nachfolgenden Informationen auf den obligatorischen Teil der Pensionskassenrente, falls nicht anders erwähnt.

> Zeitpunkt des Anspruchs Der Anspruch auf die Altersrente der beruflichen Vorsorge beginnt mit der Vollendung des 65. (Männer) resp. des 62. (Frauen) Altersjahres, vgl. Art. 13 BVG.

Je nach Pensionskasse (siehe Reglement) ist es möglich, Leistungen ein paar Jahre früher zu beziehen. In der Regel fallen aber die entsprechenden Beträge lebenslang kleiner aus. Bei einer Pensionierung rund fünf Jahre vor dem ordentlichen AHV-Rentenalter dürfte die Rente in der Regel um ein Drittel tiefer sein.

> Rentenhöhe Die Höhe der Pensionskassenrente hängt davon ab, wie viel Geld während der Erwerbstätigkeit in die 2. Säule einbezahlt worden ist. Dazu gehören die monatlichen Einzahlungen von Ihnen und Ihren Arbeitgebern, eventuelle Einkaufssummen und Zinsen. Die Berechnung erfolgt nach dem sogenannten Umwandlungssatz: Die Altersrente wird prozentual berechnet zu dem im Zeitpunkt der Pensionierung vorhandenen Altersguthaben. Dieser Mindestumwandlungssatz beträgt momentan 6,95% bei Männern und 6,9% bei Frauen. Der Umwandlungssatz bleibt für BezügerInnen einer Rente immer gleich, wird also nicht reduziert.

Beispiel:		
Alterskapital	CHF 100 000.-	
Umwandlungssatz	6,9%	6,95%
Rente pro Jahr	CHF 6900.-	CHF 6950.-

Im Gegensatz zur AHV-Rente sind Sie bei der Pensionskassenrente bezüglich Teuerungsanpassung auf das Ermessen Ihrer Pensionskasse angewiesen. Das Gesetz hält nur fest, dass BVG-Altersrenten «entsprechend den finanziellen Möglichkeiten» der Vorsorgeeinrichtung angepasst werden müssen.

Sie haben die Möglichkeit, mindestens ein Viertel (vgl. Art. 37 Abs. 2 BVG) des Altersguthabens der Pensionskasse statt als Rente in Kapitalform zu beziehen – wenn Sie nicht BezügerIn einer Invalidenrente sind (siehe unten).

> Eingetragene Paare und Ehepaare Wer verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft lebt und sich für eine Kapitalauszah-

lung statt für eine Rente entscheidet, benötigt hierfür die Unterschrift seines Partners bzw. seiner Partnerin.

Die Pensionskasse bezahlt beim Tod Ihres eingetragenen Partners, Ihrer eingetragenen Partnerin, Ihres Ehemannes, Ihrer Ehefrau eine Witwen-/Witwerrente aus, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Im Zeitpunkt des Todes Ihres Partners/Ihrer Partnerin kommen Sie für den Unterhalt mindestens eines Kindes auf, oder
- Sie sind älter als 45 und Ihre Ehe bzw. eingetragene Partnerschaft hat mindestens fünf Jahre gedauert.

Sind keine dieser Voraussetzungen erfüllt, haben Sie beim Tod Ihres Partners bzw. Ihrer Partnerin eine einmalige Abfindung in der Höhe von drei Jahresrenten zugut. Witwen und Witwer erhalten 60% der vollen Invalidenrente, auf welche die verstorbene Person Anspruch gehabt hätte.

> Auszahlungen ins Ausland Oft überweisen Pensionskassen Renten nur auf Konten in der Schweiz. In diesem Fall müssen Sie selbst für den Transfer ins Ausland besorgt sein.

> Personen mit laufender Invalidenrente der Pensionskasse Wenn Sie zum Zeitpunkt des Übertritts ins Pensionierungsalter eine Invalidenrente der Pensionskasse beziehen, läuft diese im obligatorischen Teil einfach weiter. Es findet also im Gegensatz zur ersten Säule keine Ablösung statt. Die Invalidenrente der Pensionskasse wird lebenslanglich ausbezahlt. Im Gegensatz zu den anderen Versicherten haben Sie nicht die Möglichkeit, das Altersguthaben der Pensionskasse bar auszahlen zu lassen. Einzelne Pensionskassen sehen eine Umwandlung einer Invalidenrente in eine Altersrente vor. Beim überobligatorischen Teil entscheidet das Reglement: Je nach Pensionskasse findet für diesen Teil eine Umwandlung in eine Altersrente statt und/oder Sie haben die Möglichkeit, eine Kapitalzahlung zu verlangen. cs

Sie fragen – wir antworten



© Viola Heller

Anfrage von Frau B. S

Was tun bei Beitragslücken?

Ich werde in einem halben Jahr pensioniert und habe mich bei der Ausgleichskasse für den Rentenbezug angemeldet. Diese teilte mir nun schriftlich mit, dass ich eine Beitragslücke habe, die sich negativ auf die Höhe meiner Rente auswirken wird. Ich habe aber immer gearbeitet, war lediglich vor drei Jahren nach meiner frischen HIV-Diagnose aus gesundheitlichen Gründen längere Zeit krankgeschrieben. Mein Arbeitsverhältnis hat in dieser Zeit aber fortbestanden. Kann es sein, dass mein Arbeitgeber vergessen hat, gewisse Sozialversicherungsbeiträge einzuzahlen? Muss ich diese Lücken und eine tiefere Rente in Kauf nehmen?

Antwort von Dr. iur. Caroline Suter

Die jährliche AHV/IV/EO-Beitragspflicht ist erfüllt, wenn Sie im betreffenden Kalenderjahr mindestens neun Monate oder zu mindestens 50 Prozent der üblichen Arbeitszeit tätig waren und wenn Sie so viel verdient haben, dass Ihr Beitrag an die AHV (zusammen mit demjenigen des Arbeitgebers) mindestens CHF 475.- (Stand 2011/2012) beträgt. Dies ist dann der Fall, wenn Sie im Jahr ab CHF 4612.- brutto verdienen. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, entsteht keine Lücke.

Sie schreiben, dass Sie längere Zeit arbeitsunfähig waren, während dieser Dauer aber in einem Arbeitsverhältnis standen. Wenn Ihr Lohn in dieser Zeit durch eine Krankentaggeldversicherung weiterbezahlt wurde (in der Regel 80% des Lohns während maximal 730 Tagen), wurden hierfür zu Recht keine Sozialversicherungsabzüge gemacht, da es sich bei diesen Versicherungsleistungen nicht um AHV-pflichtigen Lohn handelt. Dadurch könnte eine Lücke entstanden sein (siehe unten). Anders, wenn der Arbeitgeber Ihren Lohn im Rahmen der gesetzlichen Lohnfortzahlungspflicht gemäss Obligationenrecht weiterbezahlt hat. Hierbei handelt es sich um AHV-pflichtigen Lohn.

Gelegentlich kommt es vor, dass ein Arbeitgeber keine oder zu wenig AHV-Beiträge abrechnet. Kann ihm dies nachgewiesen werden, haftet er grundsätzlich für die gesamten Sozialversicherungsbeiträge, d. h., er muss sowohl die Arbeitgeber-, als auch die Arbeitnehmerbeiträge aus seinen Mitteln nachzahlen.

Wenn man schon vor dem 21. Lebensjahr AHV-Beiträge einbezahlt hat, schliesst die Ausgleichskasse mit diesen Beiträgen Lücken, die länger als fünf Jahre zurückliegen. Lücken, die weniger als fünf Jahre zurückliegen, kann jede/jeder Versicherte mittels einer entsprechenden Nachzahlung auffüllen. Ist also die Lücke während Ihrer Arbeitsunfähigkeit vor drei Jahren entstanden, können Sie diese füllen und müssen keine reduzierte Rente befürchten.

Gut zu wissen

Sind Sie während eines Kalenderjahres mehr als drei Monate arbeitsunfähig, sollten Sie sich mit der AHV-Zweigstelle Ihres Wohnsitzes in Verbindung setzen. Eventuell müssen Sie dann Beiträge als Nichterwerbstätige/-r bezahlen, damit keine Lücke entsteht.

Überprüfen Sie regelmässig, ob Ihr Arbeitgeber korrekt abrechnet. Verlangen Sie bei Ihrer Ausgleichskasse einen Kontoauszug.

Verdienen Sie weniger als CHF 2300.- pro Arbeitgeber und Kalenderjahr, sollten Sie von Ihrem jeweiligen Arbeitgeber verlangen, dass er für diesen Verdienst die AHV/IV/EO-Beiträge abrechnet. Die Beiträge werden nämlich auf Löhne bis CHF 2300.- nur noch auf Verlangen der versicherten Person erhoben.