

AIDS (1) – Die Infektion und ihre Verbreitung

Die AIDS-Epidemie

Mehr als 25 Jahre nach der Beschreibung des HI-Virus Typ 1 durch Robert Gallo und Luc Montagnier stellt die HIV/AIDS-Epidemie weiterhin ein ungelöstes Problem dar. Weltweit sind an die 33,4 Millionen Menschen mit dem Virus befallen, jedes Jahr infizieren sich weitere 2,7 Millionen, davon alleine 430.000 Kinder, und etwa zwei Millionen Menschen erliegen jährlich der AIDS-Erkrankung. Obwohl vor allem in den reicheren Ländern durch breiteren Zugang zur antiretroviralen Therapie (ART) die Lebenserwartung der HIV-Patienten glücklicherweise signifikant erhöht werden könnte, verzeichnet die Bekämpfung der Epidemie keine wesentlichen Erfolge.¹

Im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte wurden im Zusammenhang um HIV/AIDS zahlreiche Hypothesen aufgestellt und zusammen mit den erhobenen Daten eine Art Aids-Mythologie aufgebaut. Es mehren sich kritische Stimmen, die eine nüchterner Betrachtungsweise fordern und auf die lückenhafte oder widersprüchliche Datenlage, ja auch verbreitete Irrtümer im Zusammenhang mit HIV/AIDS-Epidemie und ihrer Bekämpfung hinweisen. Die judäo-christliche Tradition betrachtet Sexualität als mit der Ehe und damit mit der Praxis der Treue und Selbstbeherrschung verbunden. Wo die mit Promiskuität einhergehenden unerwünschten Folgen sexueller Aktivität rein technisch gelöst werden sollen, müssen Präventionsmaßnahmen im Rahmen der HIV-Politik scheitern. Dies zeigen jüngste statistische Erhebungen. Die Kritik an einseitiger Kondom-Prävention ist auch aus wissenschaftlicher Sicht berechtigt.

Was ist AIDS?

Der Name AIDS steht für die vollständige Krankheitsbezeichnung „Acquired Immune Deficiency Syndrome“, auf Deutsch „Erworbenes

Immunschwäche-Syndrom“. 1981 wurde erstmals ein Krankheitssyndrom beschrieben, das sich durch einen Zusammenbruch des Abwehrsystems des Körpers auszeichnete. Die Kranken starben an Infektionen durch opportunistische Keime (Infektionserreger, die bei gesunden Menschen ungefährlich sind), gegen die sich das Immunsystem nicht mehr zur Wehr setzen konnte. Kurz darauf konnte ein französischer Wissenschaftler ein Virus isolieren, das diese Krankheit verursachte. Die ersten Fälle wurden in Los Angeles beschrieben, schließlich wurde eine Spur über haitianische Gastarbeiter bis nach Kongo (Zaire) zurückverfolgt. In Europa fand sich die Infektion primär unter Homosexuellen, Drogenabhängigen und Hämophiliepatienten bzw. Patienten, die Bluttransfusionen erhalten hatten. Jene Viren (HIV: Human Immunodeficiency Virus) kommen in höherer Konzentration in Körperflüssigkeiten wie Blut, Sperma, Scheidensekret, Tränenflüssigkeit und auch im Speichel vor. Die Übertragung erfolgt deshalb vornehmlich über Blut-Blut und Sperma-Blut bzw. Sperma-Schleimhaut-Kontakte. (z. B. Transfusion von infiziertem Blut oder Blutkomponenten, Geschlechtsverkehr, Spritzenaustausch bei Drogensüchtigen, Mutter auf ungeborenes Kind, usw.) Die Infektiosität der HI-Viren ist dabei mehrfach geringer als die der Hepatitis B- und C-Viren. Bei einmaligem Kontakt (Wunde bzw. Schleimhäute) mit einem HIV-Träger kommt es in ca. 0,5% der Fälle zu einer Ansteckung, während im Vergleich dazu bei Hepatitis C 15% veranschlagt werden. Nach der Infektion kommt es bei 10% – 20% der Fälle zu einer kurzen Krankheit mit grippeähnlichen Symptomen, im Anschluss daran herrscht Beschwerdefreiheit (Stadium A). Diese dauert durchschnittlich 7 – 10 Jahre bis erste Krankheitszeichen wie chronische Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, Leistungsknick und

Nachtschweiß auftreten können. Das Stadium B ist durch genau definierte (CDC 1993) bestimmte Erkrankungen und Krankheitssymptome gekennzeichnet. Diese umfassen etwa generalisierte und rezidivierende Pilzinfektionen, Herpes Zoster rezidivierend, bestimmte In-situ-Karzinome usw. Die Ursache liegt in der fortschreitenden Schwäche des Immunsystems durch die von den HI-Viren ständig vernichteten CD4-Zellen des Immunsystems. Erst das Stadium C bedeutet AIDS. Hier treten eine Vielzahl von opportunistischen Infektionen auf: Es kommt zu Lungenentzündungen, Infektionen des Nervensystems, Malignomen, ausgedehntem Pilzbefall, Durchfallneigung, Auszehrung (genannt „Wasting-Syndrom“) und Tuberkulose. In dieser Phase der Erkrankung stehen die Therapie der Infektionen und die Verbesserung der Immunitätslage des Patienten im Vordergrund. Unter günstigen Umständen können diese Patienten auch wieder in ihren normalen Alltag bzw. in ihren Beruf eingegliedert werden. Durch die Einführung der HAART im Jahr 1997 (= Highly Active Antiretroviral Therapy) hat sich die Prognose, die Lebensqualität und die Mortalität der Patienten entscheidend verbessert.

AIDS in der österreichischen Gesetzgebung

Der österreichische Gesetzgeber stellte fest, dass das geltende Regime des Epidemierechtes auf AIDS keine Anwendung findet. Juristisch ist der Umgang mit HIV/AIDS-Patienten im sog. AIDS-Gesetz BGBl. Nr. 728/1993 und Nr. 177/1999 festgehalten. Rechtlich gesehen beschränkt man sich auf „zwanglose“ Vorbeugungs- und Informationsmaßnahmen. Das heißt, es gibt keine behördlichen Zwangsmaßnahmen wie Untersuchungspflichten (ausgenommen gewerbliche Prostituierte) oder Meldepflicht für Personen, die HIV-positiv sind. Die Schwerpunkte liegen bei Aufklärung, Information und Forschung. Hier wird eine ausdrückliche Beratungs- und Aufklärungspflicht für bestimmte Risikogruppen (Prostituierte und Drogenabhängige) und bereits HIV-Positive verlangt. Meldepflicht für Ärzte besteht nur im Falle einer manifesten AIDS-Erkrankung (Vorliegen einer Indikatorerkrankung, Stadium C) und bei Todesfällen. HIV-Positive, deren Krankheit noch

nicht zum Ausbruch kam, die aber die wichtigsten Infektionsüberträger sind, sollten ausdrückliche Verhaltensanordnungen erhalten und beachten. Für sie besteht aber keine Meldepflicht. Ausgenommen davon sind, wie bereits dargelegt, lediglich angemeldete Prostituierte, denen bei Nachweis einer HIV-Infektion unter Androhung einer Geldstrafe Berufsverbot erteilt wird. Die Durchführung eines HIV-Tests bedarf immer einer gesonderten Zustimmung der betreffenden Person, falls die Austestung nicht vom Behandlungsvertrag gedeckt ist.

Infektionsrisiko und Status quo in Österreich

In Österreich sind bisher 2.786 Personen an AIDS erkrankt, 1.520 Menschen daran verstorben, aktuell werden 1.266 AIDS-Patienten registriert (Stand: 2010).² Die Sterberaten gingen in den letzten Jahren zurück und liegen dzt. bei etwa 20 AIDS-Toten im Jahr. Laut Statistik werden 9.000 Personen als HIV-infiziert angegeben. Davon werden ca. 5.000 auch medizinisch betreut, 3.000 davon stehen unter HIV-Therapie. Im Jahr 2009 kam es zu 507 Neuinfektionen, das entspricht immerhin einer Neuinfektionsrate von 1 – 2 pro Tag. Der größte Teil dieser Neuinfektionen ist auf heterosexuelle Kontakte (42%) zurückzuführen, weitere 28,6% auf homosexuelle Kontakte und 20,5% auf intravenösen Drogenkonsum. Das Durchschnittsalter der Erstdiagnose liegt zwischen dem 30. und 35. Lebensjahr, das Durchschnittsalter eines HIV-Kranken in Österreich beträgt 43,7 Jahre. Insgesamt sind 2/3 der HIV-Infizierten Männer, 1/3 der AIDS-Kranken sind in der Gruppe der Homosexuellen. Obwohl in Österreich jährlich rund 1 Million HIV-Test veranlasst werden (davon ca. 500.000 im Spendenwesen) kennen 30% der Infizierten nicht ihren eigenen HIV-Status!³

Der Umgang mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken ist häufig von Angst vor Ansteckung geprägt. Diese beruht allem voran auf einem Informationsdefizit. Die Ansteckung – sieht man von einigen äußerst seltenen Fällen ab – ist auf Sexual- und Blut-Schleimhaut- bzw. Blut-Blut-Kontakte beschränkt. Immer wieder wurde die Frage aufgeworfen, wie man mit HIV-positiven Patienten im Krankenhaus oder in der Ordination umgehen soll. Wie gefährdet ist das Krankenhauspersonal tatsächlich? Vorab ist

eines klar: HIV-positiven Menschen ist mit ebensoviel Respekt, Takt und Nächstenliebe zu begegnen, wie es bei jedem anderen Menschen selbstverständlich sein muss. Eine christlich-karitative Haltung ist dabei hilfreich, wenn es um die Wahrung der Menschenwürde geht. Vollerorts wird ein obligatorischer HIV-Test für alle Patienten bei Krankenhausaufnahme verlangt. In den meisten Häusern wird er auch routinemäßig vor geplanten operativen Eingriffen durchgeführt. Für das Krankenhauspersonal gilt, dass die üblichen hygienischen Verhaltensnormen ausreichen, um sich wirksam vor einer Ansteckung zu schützen

Verbreitung von AIDS

Aus epidemiologischer Sicht lässt sich sagen, dass die rasche Ausbreitung von AIDS vor allem durch breite Migrationsbewegungen, die zunehmend hohe Promiskuitätsrate, die Ausübung der Homosexualität ohne jeglichen Schutz, den Sex-Tourismus und den zunehmenden Drogenkonsum möglich war. Global gesehen weisen die verschiedenen Kontinente, was die Infektionswege betrifft, jedoch große Unterschiede auf. Die besorgniserregenden HIV-Übertragungsraten in Afrika südlich der Sahara (67% der weltweit Infizierten) erfolgen mehrheitlich durch heterosexuelle Kontakte (in Swaziland bis 94%), etwa 20% der Infektionen (Schwankungen zwischen 16% – 30%) sind auf vertikale Übertragungen im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt oder Stillen zurückzuführen. In den westlichen Ländern sind durchaus regionale Schwankungen zu verzeichnen, insgesamt entfallen 29% – 53% der Neuinfizierten auf heterosexuelle Kontakte, 39% auf homo- bzw. bisexuelle Kontakte und 8% – 13% auf intravenösen Drogenkonsum. Der vertikale Übertragungsweg von der Mutter auf ihr Kind fällt in den westlichen Ländern mit unter 1% dagegen kaum ins Gewicht. Ein zunehmendes Problem stellen die osteuropäischen Länder dar, wo in den letzten Jahren eine enorme HIV-Zuwachs-Rate im Zusammenhang mit Drogenkonsum verzeichnet wurde. In manchen ehemaligen Sowjetrepubliken ist auf diesen Weg bis zu 66% der Neuinfizierten zurückzuführen, als Extrembeispiel dient Usbekistan, wo die Neuin-

fektionen innerhalb von vier Jahren von 28 auf 1836 Fälle stiegen.

Die tatsächliche Infektiosität des HI-Virus ist nach wie vor Gegenstand wissenschaftlicher Polemik. Die Fragen, inwieweit tatsächlich eine Mangelernährung oder sonstige Faktoren das Immunsystems des Individuums beeinflussen und eine chronische HIV-Infektion begünstigen, wird kontroversiell diskutiert. Manche leiten davon auch Begründung der Tatsache ab, warum in Europa eine AIDS-Epidemie im Unterschied zu Afrika ausgeblieben ist. Eine direkte Kausalität zwischen Armut, Diskriminierung und HIV-Ausbreitung ist bisher jedoch nicht gesichert und ist möglicherweise auch gar nicht vorhanden. Gerade in Afrika weisen reichere Länder eine höhere HIV-Prävalenz auf.

In erster Linie stellen die HIV-Infizierten, die noch nicht erkrankt sind, das epidemiologische und moralisch-politische Problem dar. Hohe Promiskuität und Drogenkonsum sind unumstößlich Hauptfaktoren für die Ausbreitung der Epidemie, gleichzeitig werden sie aber in einer pluralistischen Gesellschaft auch mehr oder weniger toleriert, weswegen besonders von Seiten der offiziellen Gesundheitsbehörden vorwiegend der Gebrauch von Präservativen und Einwegspritzen empfohlen wird. Unbequeme oder anspruchsvollere Ratschläge werden ungern gegeben, weil sie sich nur schwer verwirklichen lassen. Es gibt aber auch andere Präventionsprogramme, die bewusst andere Wege beschreiten – und damit mehr Erfolg hatten. Uganda beispielsweise hat in den 1990er-Jahren mit einer anderen Strategie gearbeitet. In den Aufklärungskampagnen wurde sexueller Abstinenz und ehelicher Treue der erste Stellenwert eingeräumt, zudem sensibilisierte man die Bevölkerung auch an anderen Fronten. Viele NGOs wurden aufgefordert, an der Aufklärung mitzuarbeiten, im Rahmen von Sex Educational Programmes in die Schulen, Teenager zu mehr Verantwortung zu erziehen, sodass das Alter erster Sexualkontakte nach oben korrigiert wurde, es wurden, Flugblätter und Kondome verteilt, der Faktor Treue in der Partnerschaft hervorgehoben etc. Uganda konnte mit dieser Strategie einen beeindruckenden Erfolg erreichen: Die HIV-Infektionsrate sank von rund 20% zu Beginn der 1990er-Jahre auf 6,7% (2005).⁴

Die Aufwertung des Faktors „Treue“ belegen auch jüngste europäische Beobachtungsstudien, wo bei serodifferenten Paaren, die unter HIV-Therapie stehen, keine Neuinfektionen verzeichnet wurden.⁵

¹ *AIDS epidemic update 2009*, UNAIDS, World Health Organization, Genf (2009)

² *AIDS-Statistik, Zahlen&Fakten*, Aids Hilfe Österreich (2010) vgl. <http://www.aids.at/>

³ *AIDS: Co-Morbiditäten sind ein Problem*, Österreichische Ärztezeitung (2010); 12: 52-53

⁴ *Ugass Country Progress Report Uganda*, Government of Uganda, 2008

⁵ Vernazza P. et al., *HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös*, Schweizerische Ärztezeitung (2008); 89(5): 165-169

Impressum:
Herausgeber, Verleger, Hersteller: IMABE-Institut
Redaktion: J. STEJSKAL, N. AUNER

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
Tel. +43-1-7153592, Fax: +43-1-7153592-4
E-Mail: postbox@imabe.org
Web: <http://www.imabe.org/>

Alle bis jetzt erschienenen IMABE-Infos sind auf www.imabe.org kostenlos abrufbar.