

## AIDS (2) – Prävention und Therapie

### AIDS – zwischen Mythos und Wissenschaft

Seit Jahren mehren sich die kritischen Stimmen, die auf statistische, wissenschaftliche sowie ideologische Fehlinterpretationen in Zusammenhang mit AIDS hinweisen und eine Kurskorrektur verlangen. Einerseits ist zwar die Zahl der HIV-Neuinfizierten in manchen Regionen zurückgegangen (um bis zu 25 Prozent): Dank des um das Zehnfache in den letzten fünf Jahren (derzeit 4,7 Millionen Personen) gestiegenen Zugangs zur HIV-Therapie konnte eine Senkung der Mortalitätsrate erreicht werden. Andererseits fallen auf zwei behandelte Patienten nach wie vor fünf Neuinfizierte, täglich infizieren sich 7.400 Personen (!) mit HIV, also rund 2,7 Millionen Menschen pro Jahr.

Der mehrfach eingeworfene Einwand, dass die AIDS-Politik deshalb nicht effizient ist, weil es an finanziellen Mitteln fehle, lässt sich anhand der Zahlen nicht nachvollziehen. In AIDS-Programme wurde unverhältnismäßig mehr investiert als in die Bekämpfung andere Infektionskrankheiten. Laut eines im Lancet publizierten Berichts des Institute for Health Metrics and Evaluation/University of Washington erhielten im Jahr 2007 HIV/AIDS-Bekämpfungsprogramme satte 23 Prozent der 14,5 Milliarden Dollar Finanzhilfen (5,1 Milliarden Dollar).<sup>1</sup> Zum Vergleich: Für die Bekämpfung von Malaria (243 Millionen Erkrankte, mindestens 863.000 Todesfälle jährlich) standen nur 0,8 Milliarden zur Verfügung, von Tuberkulose 0,7 Milliarden Dollar. Was die weltweite Erhebung der statistischen Daten der HIV-Infizierten betrifft, wurde „Zahlenfrisieren“ nach oben mit dem Hinblick auf Gewinn zusätzlicher finanzieller Mittel kritisiert, tatsächlich mussten die offiziellen Statistiken in den letzten Jahren Fehler eingestehen und die Zahlen zurückdrehen.<sup>2</sup>

Das Argument einer HIV-Pandemie zur Hebung finanzieller Unterstützung ist nicht halt-

bar. Tatsächlich muss die HIV-Epidemie nämlich regional äußerst differenziert betrachtet werden. Einerseits gibt es hohe Prävalenzgebiete wie Afrika oder Asien, die hauptsächlich auf Heterosexuellenpromiskuität sowie vertikale Übertragung zurückgehen, andererseits eher marginale Ausbreitung in den Industrienationen, mit hohem Anteil von homosexuellen oder drogensüchtigen Infizierten (Osteuropa). Afrika stellt weltweit nicht den Normal-, sondern einen Spezialfall dar.

Die Annahme, dass hier Prostitution und Armut die eigentliche epidemische Ursache darstellt, lässt sich anhand der statistischen Erhebungen nicht nachvollziehen. Erstens weisen auch reichere afrikanische Länder, wie z. B. Republik Südafrika eine sehr hohe HIV-Prävalenz auf, zweitens ist bei etwa einem Viertel der afrikanischen Bevölkerung durchaus eine sehr hohe Promiskuitätsrate anzutreffen, wobei Prostitution hier nur zu einem geringen Teil beteiligt ist. Auch die Annahme, dass Kondome eine HIV-Epidemie verhindern können und einen universellen Lösungsansatz bieten, lässt sich anhand der jüngsten Entwicklung nicht bestätigen. Hier scheint es sich eher um eine gute Marketingstrategie zu handeln. Obwohl keiner der Frage nachgehen kann, wie sich die HIV-Epidemie ohne Kondomprogramme in die eine oder andere Richtung entwickeln hätte, weiß man heute, dass die Kondomprogramme kaum zur maßgebenden Eindämmung beigetragen haben. Die Kondompolitik scheint Promiskuität und unverantwortlichen Umgang mit der Sexualität eher zu fördern und die sexuelle Hemmschwelle zu senken. Epidemiologisch handelt es sich also dabei – in Kombination mit der Fehlanwendung sowie Methodenfehler – um ein mittelmäßig sicheres Mittel und keinesfalls um eine effiziente Präventionsmaßnahme.<sup>3</sup>

Offizielle AIDS-Stellen verlangen weiters nach breiten HIV-Screening, sowie neuen Therapien. Neben der bereits aufgeworfenen Frage der HIV-Virulenz wird die Monokausalität zwischen HIV/AIDS und Mortalität von manchen Wissenschaftlern in Frage gestellt.<sup>4</sup> Obwohl die Behauptung, dass ein HIV immer harmlos war, und dass kein Zusammenhang zur erworbenen Immunschwäche besteht, nur von einer Minorität vertreten wird, muss tatsächlich hinterfragt werden, inwieweit eine flächendeckende antiretrovirale Therapie (ART) insbesondere in manchen afrikanischen Regionen zielführend und sinnvoll ist, bzw. inwiefern die eigentliche Komorbiditäten überhaupt eine zentrale Rolle spielen.

Dass wir über HIV doch noch wenig wissen, zeigte auch unlängst die Veröffentlichung, wonach in vitro gegen Pocken immunisiertes Blut fünffach seltener durch HIV befallen wird.<sup>5</sup> Es steht außer Diskussion, dass ein breiterer Zugang zur HIV-Therapie insbesondere in den Krisenherden zu fördern ist und einen wichtigen Bestandteil vor einer vertikalen Übertragung vorstellt. In Anbetracht der vorhandenen medizinischen Infrastruktur, ökonomisch-politischen Gegebenheiten sowie vorhandener Compliance ist es jedoch utopisch, sich davon eine ausschlaggebende Wende in der HIV-Bekämpfung zu erwarten. Die zentrale Kritik an der offiziellen AIDS-Politik lautet: Bisher wurden Begleitmaßnahmen im Rahmen der Eindämmungsstrategie betrieben anstatt einer wirksamer Prävention.

### **AIDS-Aufklärungskampagnen und ihre Wirksamkeit**

Die AIDS-Aufklärungskampagnen in Mitteleuropa zielen vornehmlich auf die Verteilung von Präservativen und die Propaganda für den „geschützten“ Geschlechtsverkehr (Safer Sex) ab. Wie effektiv schützen nun Kondome vor einer HIV-Übertragung? lautet die Frage, die in wissenschaftlichen Studien mit diskordanten Paaren (1 HIV-positiv, 1 HIV-negativ) analysiert und beleuchtet wurde. Trotz methodischer Mängel, die die Aussagekraft einzelner Studien in Frage stellen, zeigte sich, dass die HIV-Übertragungsrate bei Kondomverwendung im Vergleich zum ungeschützten Geschlechtsverkehr zwar fünfmal geringer, aber keinesfalls ganz ausgeschlossen werden konnte, weil sie

unter anderem auch von der Compliance des jeweiligen Paares und der richtigen Anwendung abhängt. Große Aufregung unter den Verfechtern der „reproduktiven Rechte“ haben zeitlang die Programme zur AIDS-Prävention hervorgehoben, die von den USA stark unterstützt wurden: Mit den Schlagworten A (abstinence), B (be faithful) und C (condoms) wurde für eine geänderte Verhaltensweise plädiert. Außerdem wurde den klassischen Seuchenmaßnahmen („Contact Tracing“ und „Partner Notification“) ein erheblich größeres Gewicht beigemessen. Dies muss wohl als Reaktion auf die offensichtlich ungenügende Wirksamkeit früherer Präventivprogramme gewertet werden, die exklusiv in der ausreichenden Verfügbarkeit von Kondomen die Lösung für eine Eindämmung der Epidemie sahen. Dass das Kondom die einzige Präventivmaßnahme im Sexualleben eines Paares darstellt, wenn einer bereits HIV-positiv ist, darf nicht vergessen lassen, dass Kondome kein absolut sicherer Schutz gegen die HIV-Übertragung sind. Trotz intensiver Aufklärungskampagnen und großzügiger Bereitstellung von Präservativen konnte die rasante Ausbreitung der Epidemie nicht gestoppt werden. Wer sich mit diesen Tatsachen konfrontiert, muss in Rechnung stellen, dass die Ansteckung mit dem HI-Virus in überwiegender Zahl kausal mit dem Lebensstil zusammenhängt. Bei der Mehrheit hat ein bestimmtes sexuelles Verhalten zu dieser Erkrankung geführt, dessen Risiko vielerorts bekannt sein müsste. Natürlich kann man niemandem vorschreiben, was er zu tun oder zu unterlassen hat, man sollte aber bestehende Zusammenhänge nicht negieren oder unter den Tisch fallen lassen. Es müsste deutlich ausgesprochen werden, was bei Kenntnis der Problematik gefolgert werden kann: Sicheren Schutz vor einer HIV-Infektion bietet nur eine kluge und sorgfältige Partnerwahl einerseits und die Treue in der Ehe andererseits.

### **Therapie der HIV-Infektion**

Seit 1997 kommen hochpotente Proteaseinhibitoren (Nichtnukleosidische und nukleosidische Reverse Transkriptase-Inhibitoren) im Rahmen von Dreifachtherapien (HAART, Highly Active Anti-Retroviral Therapy) zur Anwendung. Diese Therapie führt zu einer deutlichen

Verlängerung des Überlebens von HIV-Infizierten bzw. AIDS-Kranken. Statistisch ausgedrückt erhalten weltweit etwa 4 Millionen Zugang zur HIV-Therapie, allerdings würden lt. offiziellen Stellen weitere 9 Millionen Zugang zur antiretroviralen Therapie bedürfen.

Behandelte Patienten sind mit einer niedrigen Viruslast auch weniger infektiös. Im Idealfall haben sie eine nicht nachweisbare Viruslast und normal hohe CD4-positive T-Zellen. Somit kann auch die vertikale Übertragung von Mutter auf Kind fast auf Null reduziert werden. Dennoch gibt es eine Reihe von Problemen, die noch nicht gelöst sind. Beispielsweise hängt viel davon ab, den optimalen Zeitpunkt für den Therapiebeginn zu erkennen. Laut aktuellen deutsch-österreichischen Leitlinien sollte bereits bei einem Verlust von CD4-Zellen  $< 350/\text{mm}^3$  mit Therapie begonnen werden, also wesentlich früher als noch einige Jahre zuvor empfohlen wurde.<sup>6</sup> Gegen das AIDS-Risiko muss jedoch die Langzeittoxizität und die mögliche Ausbildung viraler Resistenzen abgewogen werden. Eine mögliche Eradikation des Virus (was mit einer Heilung gleich zu setzen wäre) ist, trotz anfänglicher euphorischer Hochrechnungen und Prognosen, nicht in Sicht. Auch die Einführung der neuen Fusion- (T20), Entry- (Maraviroc) sowie Integrase-Inhibitoren (Raltegravir) nach der Jahrtausendwende konnte das Problem der Resistenzentwicklung der HI-Viren nicht beseitigen. Eine weitere Schwierigkeit stellt die Compliance der Patienten dar. Eine Dauertherapie mit einer beträchtlichen Anzahl von Tabletten wurde zwar durch Fixkombinationen erleichtert, nach wie vor stoßen die zum Teil belastende unerwünschte Wirkungen bei vielen Patienten auf wenig Bereitschaft zur Mitarbeit. Realistischer als eine Eradikation ist die Aussicht, dass die HIV-Infektion, ähnlich zum Beispiel dem Diabetes mellitus, eine lebenslang zu behandelnde, chronische Erkrankung bleibt. Dies bedeutet, dass über viele Jahre hindurch Arzneimittel eingenommen werden müssen. Ein Umstand, der enorme Anforderungen an die Disziplin der Patienten stellt. Was allerdings bei der Lebenserwartung der HIV-Patienten bisher kaum einberechnet wurde, sind die Co-Morbiditäten, wie z. B. kardio-vaskuläre Erkrankungen, die offensichtlich auf Störung der

Endothelfunktion bei HIV-Patienten zurückgehen und ein vermehrtes Problem darstellen. Gleichwohl hat das Wissen um die Risiken antiretroviraler Therapien und die Erfahrungen der letzten Jahre die Therapiementalität vieler Behandler verändert. Die Therapie der Anfangsjahre war aus heutiger Sicht eindeutig zu hoch dosiert und bewegte sich oft in einem toxischen Bereich. Die Fälle, bei denen es zum Auftreten von schweren, nicht erwünschten Nebenwirkungen, wie beispielsweise der Lipodystrophie oder der Laktatazidose gekommen ist, haben große Vorsicht eingemahnt. Eine individualisierte Therapie ist nötig. Eine mangelnde Compliance ist auch oft ein Problem des behandelnden Arztes. In Anbetracht dessen, dass die bisherige HIV/AIDS-Therapie vor allem für den Patient hohe disziplinäre Anforderungen darstellt, bleibt nach wie vor die Frage offen, inwieweit sie zum breiten Einsatz in Krisenherden geeignet ist.

### **AIDS fordert einen globalen Strategiewechsel**

Eine Propaganda, die sich nur auf die Verteilung von Kondomen konzentriert, ist unzureichend und kann sogar als unverantwortlich angesehen werden, weil sie indirekt die Promiskuität fördert und diese wiederum eine der Hauptfaktoren für die rasche Verbreitung der HIV-Infektionen darstellt. Eheliche Treue und Enthaltsamkeit sind die wichtigsten Maßnahmen, um sich selbst vor einer Ansteckung zu schützen. Es gibt einige Moraltheologen, die trotz ihrer vollen Zustimmung zu *Humanae Vitae* der Meinung sind, dass dies nicht im Widerspruch zur moralischen Zulässigkeit der Verwendung eines Kondoms in manchen konkreten Fällen steht, wenn sich beispielsweise in der Ehe ein Partner infiziert hat und nicht vorrangig die Empfängnisverhütung bezweckt werden soll. Trifft man mit AIDS-Kranken zusammen, sind diese mit besonderer Zuwendung und Liebe zu behandeln. Aufgabe aller Menschen guten Willens ist es ja, jedem Kranken oder Behinderten in einer Haltung bedingungsloser Liebe entgegenzutreten.

Dass die Kirche keine Berührungsängste mit Aids-Kranken hat, zeigen die Zahlen: Weltweit gibt es derzeit rund 33,4 Millionen mit dem HI-Virus infizierte Menschen, davon allein 22,4 Millionen in Afrika südlich der Sahara.

Rund ein Viertel der Hilfe für HIV/AIDS-Kranke und deren Angehörige werden von katholischen Einrichtungen und Initiativen getragen. In manchen armen Ländern, besonders in Regionen des südlichen Afrika, beträgt der Anteil der Kirche an der Aids-Hilfe bis zu 50 Prozent.<sup>7</sup> Diese Hilfe umfasst medizinische Versorgung, Krankenpflege, Beratung, HIV-Tests, Sorge um Aids-Waisen, psychologische und spirituelle Betreuung sowie Prävention.

Auf zwei sozialetische Problembereiche sollte besonderes Augenmerk gelenkt werden: Die vertikale Übertragung von HIV von der Mutter auf ihr Kind ist speziell in Afrika dramatisch, weil die in den Familien und in der Gemeinschaft verursachte Not sehr groß ist. Das Elend der AIDS-Waisen verschärft diese traurige Situation vieler Kinder, die nicht einfach tatenlos hingenommen werden kann. Eine weitere Problematik betrifft den Zugang zu medizinischer Betreuung und anti-retroviralen Therapien. Es ist nur sattem bekannt, dass der Preis für die entsprechenden Medikamente in Anbetracht der finanziellen Möglichkeiten vieler Menschen maßlos zu hoch ist. Wiederholt hat die Kirche darauf hingewiesen und gebeten, dass „die reichen Länder mit allen verfügbaren Mitteln auf die Bedürfnisse der AIDS-Kranken in den armen Ländern reagieren, damit diese im Körper und in der Seele geprüften Männer und Frauen Zugang zu den Medikamenten haben können, die sie zu ihrer Behandlung benötigen.“<sup>8</sup>

### Schlussfolgerung

Angesichts der aktuellen HIV-Zahlen sind wir von einer baldigen Eindämmung weit entfernt, in manchen Ländern ist weiterhin eine wachsende Tendenz zu verzeichnen. Ein Fortführen der bisherigen AIDS-Politik, die zum Teil auf falschen Annahmen sowie auf einem fragwürdigen Begriff sexueller Freiheit basiert, kann ohne Kurskorrektur nicht zielführend werden. Außerdem wäre es unverantwortlich, weitere öffentliche Mittel blind aufzuwenden, ohne die Fehler in bisherige Bekämpfungsstrategie einzugestehen. Ohne Verhaltensänderung, die zur Erneuerung und Humanisierung der Einstellung zur Sexualität führt, wie Papst Benedikt XVI bei seiner letzten Afrika-Reise betonte, ist eine baldige Bewältigung der Epidemie kaum in Sicht. Politische

Korrektheit und ideologische Konformität, zu der auch zahlreiche AIDS-Mythen beigetragen haben, ist passé. Es ist höchste Zeit, die Probleme richtig zu benennen und Lösungen im Dienste der Betroffenen zu finden. Eine Erfolgsstrategie wird sich daran messen, ob sie endlich ein ganzheitliches Präventionskonzept liefert, die an die Ursachen der Epidemie geht und sich nicht bloß auf Begleitmaßnahmen beschränkt.

<sup>1</sup> Shelton J. D., *Ten myths and one truth about generalised HIV epidemics*, Lancet (2007); 370: 1809-1811

<sup>2</sup> *AIDS systemisch aufgebaut*, Die Weltwoche, 1. August 2007

<sup>3</sup> *AIDS: Zwischen Mythos, Wahrheit und Fakten*, Imago Hominis (2010); 17: 94-98

<sup>4</sup> Interview von Brent W. Leung mit Luc Montagnier, [www.houseofnumbers.com](http://www.houseofnumbers.com)

<sup>5</sup> Weinstein R. S. et al, *Significantly reduced CCR-tropic HIV-1 replication in vitro in cells from subject with previously immunized with Vaccinia Virus*, BMC Immunology (2010); 11: 23

<sup>6</sup> *HIV/AIDS-Update: antiretrovirale Therapie mit Lipidvorteil*, Interview mit Univ.-Prof. Dr. Robert Zangerle, [www.akh-consilium.at](http://www.akh-consilium.at)

<sup>7</sup> „Kirche leistet ein Viertel der AIDS-Hilfe weltweit“, <http://www.caritas.at/aktuell/news>: 14. 06. 2010

<sup>8</sup> Ansprache von Papst Johannes Paul II am 21. Juni 2001

#### 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](mailto:postbox@imabe.org)  
Web: <http://www.imabe.org/>

Alle bis jetzt erschienenen IMABE-Infos sind auf [www.imabe.org](http://www.imabe.org) kostenlos abrufbar.