

# Die „Aids-Maschine“ und die Folgen

„Der Fortschritt ist der Sohn des Zweifels.“

Alain



*DDr. Christian Fiala, Epidemiologe und Ärztlicher Leiter der Gynmed*

Wenn im großen Stil Geld für die Behandlung Kranker gesammelt wird, in allen Medien für Prävention und gegen die Diskriminierung Infizierter geworben wird, dann ist das grundsätzlich zu loben. Beim Thema Aids sind allerdings zentrale Fragen bis heute offen, und eine Zahl medizinischer Probleme ist bereits offensichtlich.

## Kondome für alle?

Für den Schutz in der Sexualität ist bei jungen Menschen die Kenntnis realer Gefahren und ihrer Relevanz ohne Zweifel notwendig. Doch ein Drittel der

Frauen, die zu einem Schwangerschaftsabbruch kommen, haben sich fälschlich auf das Kondom als Kontrazeptivum verlassen, ca. 12.000 Patientinnen! Viele von ihnen fühlen sich seither von den Kondom-Kampagnen in die Irre geführt. Die Frauen haben nämlich nicht erfahren, dass das Kondom mit einem Pearl-Index von etwa 15 nur Verhütung mit mittelmäßiger Sicherheit bietet.

Die Inzidenz der STDs ist bei uns sehr gering, Gonorrhoe und Syphilis sieht man sehr selten. In der heterosexuellen Bevölkerung ist HIV ein nicht nachweisbares Risiko. Auf der anderen Seite

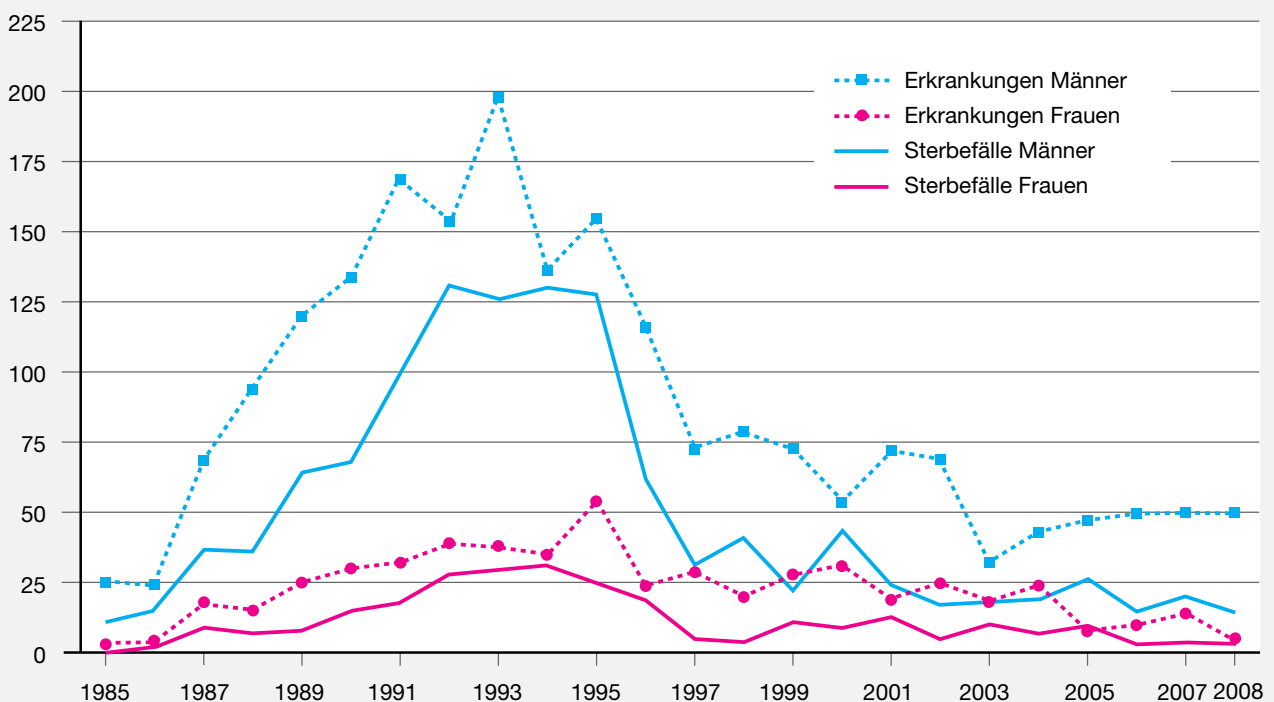
findet sich Österreich mit ca. 36.000 Fällen unter den Ländern mit den meisten Schwangerschaftsabbrüchen in Europa. Die Schweiz hat weniger als halb so viele Abbrüche, weil dort die Verhütung besser vermittelt wird.

## Keine Pandemie

Nach 27 Jahren HIV zeigen die objektiveren Studien, dass sich die Infektion in der heterosexuellen Bevölkerung nicht ausbreitet. Der Autor dieser Zeilen hat selbst Studien mit Präsenzdiagnosen in Österreich ausgewertet. Auch deutsche Analysen bei Blutspendern

## Aids-Erkrankung und Sterbefälle seit 1985

Bundesministerium für Gesundheit, Österreichische AIDS-Statistik (Stand 31.07. 2009).



und nach der Geburt am Nabelschnurblut bestätigen – es gibt keine Ausbreitung. Der Hintergrund ist wahrscheinlich der, dass HIV so gut wie nicht heterosexuell übertragen wird. Padian 1997 hat in den USA über 440 heterosexuelle Paare mit jeweils einem infizierten Partner über zehn Jahre beobachtet – in keinem einzigen Fall wurde der/die Gesunde von den beiden angesteckt.

Die Risikogruppen für HIV sind Menschen, die i.v. drogenabhängig sind und die Nadel tauschen sowie ein Teil der Homosexuellen, und zwar diejenigen, die einen sehr ungesunden Lebensstil praktizieren. Das Diagramm mit den österreichischen Langzeitdaten aus den Spitälern zeigt daher seit Jahren nur wenige Aidskranke und pro Jahr oft weniger Sterbefälle als die, die durch Badeunfälle verursacht werden.

Homosexuelle verdienen nach Jahrhunderten grausamster Verfolgung unsere Solidarität und moralische Unterstützung, was aber keine Panikmache bei Heteros legitimiert.

### Gesundheitsstörungen durch Angst

Wir sollten den Schutz in der Sexualität auf reale Risiken fokussieren und von den medialen Hypes und virtuellen Gefahren wegkommen. Wir merken das bei der Sexualaufklärung von Jugendlichen. Sie haben weitgehend falsche Vorstellungen, fürchten sich vor etwas, das so real gar nicht existiert – und übersehen die Gefahr einer ungewollten Schwangerschaft. Das ist auch ein ethisches Problem, dass wir als Erwachsene den Jugendlichen eine falsche Botschaft erzählen.

Es hat lange gebraucht, bis wir in Europa die christliche Sexualmoral überwunden haben, die sexuelle Begegnungen mit Angst und Schuldgefühlen besetzt hat. Durch die Entdeckung moderner Kontrazeptiva ging ein Menschheitstraum in Erfüllung. Jetzt verdirbt die Angst vor Aids bei Heterosexuellen unbegründet die Freude an einem genussvollen Sexualleben.

### Unklare Tests

Wahrscheinlich ist die Definition des Krankheitsbildes „Aids“ verbesserungsfähig. Zur Zeit wird eine Liste von 29 Erkrankungen (die es schon

immer gab), damit zusammengefasst, wenn gleichzeitig ein HIV-Test positiv ist. Für Gynäkologen beispielsweise relevant ist dabei das Cervixkarzinom; wenn die Patientin auch einen positiven HIV-Test hat, gilt sie als aidskrank und wird mit Aidsmedikamenten behandelt. Als Kliniker will ich jedoch ein Cervixkarzinom, so ich es noch kann, operieren oder Früherkennung mit regelmäßigen Pap-Abstrichen betreiben. Ein Labortest, der zu einer anderen Diagnose führt, hilft weder der Patientin noch dem behandelnden Arzt, zumal unklar ist, ob eine steigende Viruslast den Krankheitsverlauf des Cervixkarzinoms beeinflusst.

Zum Antikörpertest schreibt der Hersteller Abbott, dass es „keinen etablierten Standard gibt, um das Vorhandensein oder die Abwesenheit von HIV-Antikörpern nachzuweisen.“ Der Cut off wird willkürlich gesetzt; ein und derselbe Patient kann in einem Land negativ und in einem andern positiv getestet werden. Beim HIV-Test und der Viruslast besteht das Problem, dass damit Gensequenzen nachgewiesen werden, aber man nicht weiß, was diese repräsentieren. Es ist so wie, wenn wir auf einem Trümmerfeld lauter Ziegeln sehen und uns fragen: war das ein Schloss? Der Erfinder der PCR Kary Mullis, selbst mit dem Nobelpreis ausgezeichnet, bezeichnet sie für die HIV-Diagnostik als unbrauchbar, weil es zur Überprüfung dieser Gensequenzen noch keinen Goldstandard gibt. Auch gibt es bis heute kein einzige Foto eines HIV direkt aus dem Blut eines Patienten mit hoher Viruslast.

In Afrika werden übrigens Rapid-Tests verwendet, die innerhalb von zwei Minuten ein Ergebnis liefern, allerdings mit fraglichem Wert.

Bei solchen wissenschaftlichen Problemen sehe ich es als meine Pflicht als Kliniker, HIV-Tests nur mit Vorsicht

anzubieten bzw. die Hintergründe zu erklären.

### Wer hilft Afrika?

Ein Problem der HIV-Aids-Theorie liegt darin, dass Aids in Afrika ganz anders definiert wird als in Europa oder den USA. Patienten mit unspezifischen Symptomen wie Fieber, Juckreiz, Gewichtsverlust und Durchfall gelten als aidskrank. Diese Symptome treten jedoch auch bei armutsbedingten Krankheiten wie Tuberkulose auf. Weil etwa die Hälfte der Afrikaner keinen Zugang zu sauberem Wasser hat, sind chronische Durchfälle an der Tagesordnung. Man hat also bestehende, armutsbedingte Erkrankungen umbenannt in „Aids“. Das erklärt das Paradoxon, dass es heute in Afrika sehr viele Aidstote und Aidskranke gibt, aber die Gesamtmorbidität und -mortalität eher zurück gegangen ist.

Uganda galt Ende der 80er-Jahre als Epizentrum, 15% der Bevölkerung waren angeblich HIV-infiziert. Aber im Gegensatz zu den Vorhersagen hat die Sterblichkeit (ohne Aidstherapeutika) tatsächlich abgenommen, Uganda ist heute eines der am schnellsten wachsenden Länder der Welt.

### Literatur beim Verfasser

*DDr. Christian Fiala  
Ärztliche Leiter der  
Gynmed-Ambulanz  
Mariahilfer Gürtel 37, A-1150 Wien  
[christian.fiala@aon.at](mailto:christian.fiala@aon.at)  
[www.gynmed.at](http://www.gynmed.at)*

