



## Die andere Wahrheit über Aids

**Aids ist eine tödliche Krankheit. Aber auch ein Riesengeschäft der Pharmakonzerne, kein Todesurteil für Afrika, und die Ansteckungsgefahr ist gering.**

**EXKLUSIV: Hypo Alpe-Adria**  
Warum verschenkte Haider 1,4 Milliarden?

**EXKLUSIV: Spürnach Wien**  
Das Geheimnis des kasachischen Bankiers

**Eurofighter-Projekt**  
Das EADS-Netz in Österreich

€2,60  
9 405 378 079 508



# Die Wahrheit über Aids

Medizin. Aids ist eine tödliche Krankheit. Aber auch ein Riesengeschäft für die Pharmaindustrie, kein Todesurteil für Afrika – und die Ansteckungsgefahr ist gering. Von Bert Ehgartner

**D**ie eindrucksvollen Reden von der größten Seuche der Menschheit werden die Fakten wieder verhüllen. Ob beim dieswöchigen Besuch des Ex-US-Präsidenten Bill Clinton in Wien oder beim Auftritt der Hollywood-Schauspielerin Sharon Stone anlässlich der Eröffnung des Life Balls am Samstag vor dem Wiener Rathaus – die politische Correctness wird wie üblich über die Wahrheit siegen. Bis zu einem gewissen Grad ist das Überzeichen der Realität legitim, wenn man Spendengelder für die Forschung oder den Kampf gegen eine tödliche Krankheit sammeln will. Aber dass die wahren Zahlen gleich um Millionen verbogen und aufgebauscht werden, das hat es sonst kaum gegeben.

Bei Aids ist es so. Das sagt kein Geringerer als der frühere leitende Epidemiologe des globalen Aids-Programms der Weltgesundheitsorganisation in Genf, James Chin, Professor für Klinische Epidemiologie an der renommierten

University of California in Berkeley. Chin hat ein aufsehenerregendes Buch mit dem Titel „The Aids Pandemic – The Collision of Epidemiology with Political Correctness“ („Die Aids-Pandemie – Die Kollision von Epidemiologie und Political Correctness“) veröffentlicht. Darin bezieht er die Aids-Hilfe der Vereinten Nationen der Panikmache mit falschen Zahlen. Im Fall einzelner afrikanischer oder asiatischer Länder seien die von der UNO angegebenen Daten bis zum Dreifachen überhöht. Die zuständigen Beamten wüssten gar nicht, wie diese Zahlen eigentlich zustande kommen. Auf diese Weise hätten sie sich wie ein Perpetuum mobile der Hilfsbereitschaft immer wieder die verlangten Gelder verschafft, so Chin.

Im profil-Interview auf Seite 124 sagt der Wissenschaftler, in den USA habe sich schon Ende der achtziger Jahre abgezeichnet, dass das befürchtete breite Übergreifen der Seuche auf die heterosexuelle Bevölkerung ausbleiben werde. „Bis heute wird dieser Mythos immer wieder hervorgeholt, obwohl es keinerlei Fakten

ten gibt, die das belegen“, sagt Chin gegenüber profil. Das Ausmaß der Bedrohung sei „ausnahmslos übertrieben“ worden. Ja, mehr noch: Im Lauf der Zeit habe sich „eine regelrechte Kultur des Zahlenfrisierens“ etabliert.

Uganda. Am Beispiel Ugandas lässt sich eindrucksvoll darstellen, wie sehr die – auch von europäischen Qualitätszeitschriften übernommenen – Horrarszenarien von der Realität abweichen. Im Jahr 1990 titelte beispielsweise die Hamburger Tageszeitung „Die Welt“: „Ein Drittel der Einwohner Ugandas ist HIV-positiv.“ Die meisten der Infizierten würden innerhalb von zehn Jahren sterben, prognostizierten Experten. Heute zeigt sich, dass Uganda über all die vergangenen Jahre ein gleich bleibendes Bevölkerungswachstum von 3,4 Prozent aufwies (siehe Kasten auf Seite 125).

Aber hatten Zahlenfrisiererei und Horrarszenarien nicht auch einen realen Nutzen? In der Tat. Die Frage ist nur: für wen?

Die UNO meldet deutliche Erfolge: Demnach wurden im vergangenen Dezember erstmals gleich viele Menschen in den Ländern der Dritten Welt mit antiviralen Medikamenten behandelt wie in den Industrieländern – nämlich zwei Millionen. Während die Patientenzahlen im wohlhabenden Westen stagnieren, ist die Zahl der Behandelten in den ärmeren Ländern binnen eines einzigen Jahres um 54 Prozent angestiegen. Die wachsende Masse ▶

**Red Ribbon**  
(zusammengesetzt aus Aids-Texten des Internetlexikons Wikipedia)

KENIA

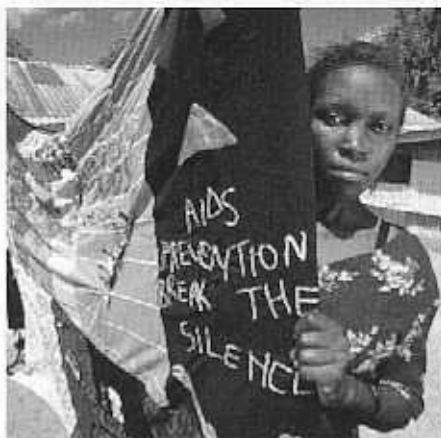
## Kein Zurück mehr

Jeder Patient in den Aids-Programmen Afrikas benötigt bis ans Lebensende Betreuung. Die Therapie-Entscheidungen erfolgen oft auf gut Glück.

Die meisten, die zum freiwilligen HIV-Test kommen, sind halbwegs gesund“, sagt Vitanis Dinoth, die Leiterin der Aids-Beratungsstelle an der Mary Immaculate Clinic in Nairobi, Kenia. Einige wollen getestet werden, weil der Partner es vor der Heirat verlangt, andere, weil Angehörige gestorben sind. Die meisten jedoch, weil sie sich Sorgen machen wegen hartnäckiger Schmerzen in der Brust, Husten oder Durchfall. Zwei HIV-Schnelltests werden gleichzeitig durchgeführt. „Wenn ein Test positiv und der andere negativ ist, so machen wir noch einen dritten, der dann entscheidet.“ Im Schnitt, so Dinoth, sind die Tests bei elf Prozent der rund 250 Personen, die pro Monat hierherkommen, positiv. Das heißt, dass ihr Blut Antikörper gegen HIV enthält. Eine niederschmetternde Diagnose. Über der Zukunft dieser Menschen hängt nunmehr das Damoklesschwert der Krankheit Aids, die mit dem schrittweisen Zusammenbruch der Abwehrkräfte zu einer Unzahl von Sekundärinfektionen und schließlich zum Tod führt. Dinoth's Aufgabe ist es, den Getesteten die Ergebnisse mitzuteilen. „Viele erleiden einen richtigen Schock“, erzählt sie, „sie beginnen zu zittern, manche schimpfen und laufen bei der Türe raus.“ Meist kommen sie dann allerdings einige Tage später zurück, um zu fragen, was nun zu tun ist.

Noch vor wenigen Jahren war die hochaktive antiretrovirale Therapie (Haart) hier nur vom Hörensagen bekannt. Seit letztem Jahr jedoch werden die Medikamente von der Regierung gratis abgegeben. „Wir behandeln die sekundären Infektionen und überweisen die Patienten dann ins Aids-Programm“, sagt Kristina Kutná, eine 26-jährige Ärztin aus der Slowakei, die sich für ein Jahr in Nairobi verpflichtet hat. „Denn wenn wir mit Haart beginnen müssen, sollen die Organe wegen der starken Nebenwirkungen möglichst gesund sein.“

Ab dem Start der antiviralen Therapie gibt es kein Zurück mehr. Die Tabletten müssen nun – nach einem genauen Einnahmeschema – bis zum Lebensende geschluckt werden. Oft gelingt es jedoch nicht, dies den Patienten zu vermitteln. „Manche teilen die Pillen mit anderen kranken Verwandten oder verkaufen sie im



Aids-Aktivistin (o.), gestilltes Kind in Kenia In Afrika gelten andere Maßstäbe als in Europa

Slum als Pillen gegen Kopfweh“, erzählt Kutná.

Therapiepausen, wie sie auf Wunsch der von Nebenwirkungen geplagten Patienten in westlichen Ländern manchmal durchgeführt werden, sind in den Entwicklungsländern nicht vorgesehen. „Um das zu managen, bräuchte es aufwändige Diagnostik – etwa zur Bestimmung der Virenlast im Blut“, sagt Florian Breitenacker, der in der HIV-Ambulanz des Wiener AKH arbeitet und mehrjährige Auslandseinsätze für Ärzte ohne Grenzen in Thailand und Afrika absolviert hat. „Das ist in den meisten Ländern der Dritten Welt utopisch.“ Bestenfalls gibt es einen Apparat zur Messung der Helferzellen, oft muss die Therapie aber gänzlich „aus dem Bauch“ koordiniert werden. Ob die Medikamente überhaupt greifen, ist für die Ärzte dann gar nicht mehr überprüfbar. „Die Patienten orientieren sich an ihrem subjektiven Empfinden“, sagt Breitenacker. „Solange sie eine Verbesserung spüren, glauben sie daran, dass die Therapie das Einzige ist, was ihr Leben erhalten wird. Erst wenn die Nebenwirkungen zu stark sind, hören sie auf.“

Spätestens jetzt wäre der Zeitpunkt, auf modernere Wirkstoffe umzusteigen. Hier sind allerdings noch recht wenige Generika am Markt, die Preise für Entwicklungsländer daher manchmal astronomisch.

der Patienten sorgt für rapid steigende Umsätze mit HIV/Aids-Präparaten. Im Jahr 2005 betrug der weltweite Umsatz mit Medikamenten gegen die Immunschwächekrankheit HIV 7,1 Milliarden US-Dollar. Bis 2015, so der unabhängige Wirtschaftsdienst Datamonitor, wird der jährliche Umsatz bereits jenseits der 10-Milliarden-Dollar-Marke liegen.

Das bisher eklatanteste Beispiel für die Abschöpfung der Hilfsgelder lieferte das von US-Präsident George W. Bush initiierte „Notprogramm des Präsidenten zur Aids-Hilfe“ (Pepfar). Mit einer Förderungssumme von 15 Milliarden US-Dollar, „die unmittelbar den zwölf von Aids am stärksten betroffenen Ländern Afrikas sowie Haiti, Vietnam und Guyana zugutekommt“, hatte Bush alle Kritiker seiner Entwicklungshilfepolitik überrascht. Bereits ein Jahr nach dem Start des Programms im Jahr 2003 wurde jedoch klar, wohin der Hase läuft. Randall Tobias, Bushs Koordinator der internationalen Aids-Hilfe und vormaliger Direktor des US-Pharmakonzerns Eli Lilly, erklärte, dass die Medikamente, die unter Aufsicht der WHO eingekauft und hergestellt werden sollten, die notwendigen Qualitäten für eine sinnvolle Kombinationstherapie nicht erfüllen.

**Lobbying.** Fingekauft wurden deshalb in der Folge nur von der US-Arzneimittelbehörde FDA zugelassene Produkte. Damit blieb der Großteil des Geldes bei der heimischen Pharmaindustrie. Dass dieses Vorgehen von Beginn an geplant war, legt eine Äußerung von Senator Bill Frist nahe, der in einem Interview stolz erklärte, dass er selbst es war, der Präsident Bush „bei einem Flug in der Airforce One“ zur Aids-Kampagne motiviert hatte. Bill Frist, selbst Arzt und Führer der Republikaner im Senat, ist einer der bestbezahlten Lobbyisten der USA. Im Dienste der Pharmaindustrie bekämpfte er seit seinem Einzug in den Senat alles, was seinen Geldgebern Probleme bereiten könnte. Im Gegenzug revanchierte sich die Industrie als einer der größten Sponsoren von Bushs Wahlkampf zur Wiederwahl gegen John Kerry.

Heftig ins Gerede kam Bushs Aids-Hilfe aber auch wegen einer Klausel, die ein Drittel der für die Aids-Vorsorge reservierten Hilfsgelder zur Propagierung sexueller Abstinenz vor der Ehe vorschreibt. In übermäßigem Sex und ausufernder Promiskuität haben die in Afrika aktiven Missionare des „Bible-Belt“, der sich über den stockkonservativen mittleren Westen der USA zieht, schon seit Langem das Hauptproblem der Ausbreitung von Aids identi-



**Aids-Patient, Ehefrau in Südafrika Versorgung mit Medikamenten gegen das HI-Virus und gegen Tuberkulose durch ein staatliches Programm**

### Fokus fast nur auf Aids

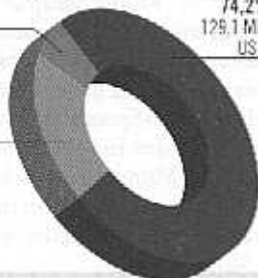
Internationale und nationale Widmung der Gesundheitsausgaben in Kenia

#### GLOBALER FONDS

HIV/Aids 74,2%  
129,1 Mio. US-\$

Tuberkulose 6,4%  
11,2 Mio. US-\$

Malaria 19,4%  
33,6 Mio. US-\$

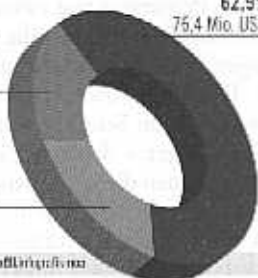


#### KENIA-EIGENMITTEL

HIV/Aids 62,9%  
75,4 Mio. US-\$

Tuberkulose 18,1%  
22 Mio. US-\$

Malaria 19,0%  
23,1 Mio. US-\$



Quelle: UN [profil.un.org/kenia](http://profil.un.org/kenia)

fiziert. Hunderte kleine und kleinste christliche Hilfsorganisationen sind nun mit Geld aus dem von Bush initiierten Hilfsprogramm in Afrika unterwegs und leisten – meist zum ersten Mal – medizinische Entwicklungshilfe. Neben der Abgabe der Aids-Pillen versorgen sie die Bevölkerung mit Botschaften wie „Treue ist die erste Waffe gegen Aids“ oder „Sexuelle Enthaltbarkeit ist kein Todesurteil – Aids schon“.

In einem kürzlich veröffentlichten, 314 Seiten starken Report des Institute of Medicine der amerikanischen Akademie der Wissenschaften zu den bisherigen Leistungen des Pefar-Programms kritisierten die Wissenschaftler denn auch speziell die Enthaltensamkeitsdoktrin: „Das Komitee fand keine Belege für die Zweckmäßigkeit der Investition eines Drittels der Präventionsausgaben in solche Aktivitäten.“ Ebenso wichtige Punkte, wie die Vermeidung von Alkoholmissbrauch und Gewalt gegen Frauen, fehlten hingegen. Dennoch plädierte der Bericht dafür, dass das im nächsten Jahr auslaufende 15-Milliarden-Dollar-Programm vom Kongress erneuert wird.

Insgesamt spiegelt die Aufschlüsselung der staatlichen Aids-Hilfe, für die sogar ein eigenes Gesetz erlassen wurde, mitlin-

recht gut die Prioritäten Bushs: Mit 55 Prozent ist der Löwenanteil für Einkauf und Verteilung der antiretroviralen Medikamente reserviert. Die Vorsorge mit der Propagierung von Abstinenz, Treue und Kondomen ist mit 20 Prozent doppelt so gut dotiert wie die Hilfe für die zwei Millionen Aids-Waisen Afrikas. Lediglich 15 Prozent stehen schließlich für die „sonstige medizinische Betreuung der Aids-Kranken“ zur Verfügung – also für die Behandlung der durch die Immunschwäche ausgelösten Sekundärinfektionen bis hin zur Linderung der zahlreichen möglichen Nebenwirkungen der Therapie.

Denn die sind mitunter gravierend. Während die Behandlung anfangs rasch Erfolge bringt und die Beschwerden zurückgehen, kommen bei längerer Einnahme der Medikamente auch die Probleme. Die Beipackzettel der Aids-Medikamente lesen sich wie Streifzüge durch die schlimmsten Krankheiten der Medizin. Allerdings sind dort nicht extrem seltene Nebenwirkungen der Therapie angeführt, sondern auch solche mit einer Auftrittswahrscheinlichkeit von zehn und zwanzig Prozent.

Von teils erheblichen Nebenwirkungen war schon das erste Aids-Medikament Retrovir begleitet, dessen Wirkstoff in den ▶



Aids-Hospiz in Thailand Eine Patientin erhält Medikamente zur Behandlung der Immunschwäche

## INFEKTION

# Ansteckungs-Risiko

Wie hoch ist das Risiko, sich bei Sexualkontakt mit einer infizierten Person anzustecken?

Das Risiko einer Ansteckung mit dem HIV-Virus ist um mehrere hundert Mal kleiner als bei anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. Die Wahrscheinlichkeit, sich mit HIV zu infizieren, wurde aus Studien berechnet, wo ein Partner HIV-positiv, der andere -negativ war. In den verschiedenen Arbeiten aus Europa und den USA lag das Infektionsrisiko pro Sexualakt zwischen 1:700 und 1:10.000. Das Risiko, dass ein infizierter Mann die Partnerin ansteckt, liegt bei etwa 1:1000 pro ungeschütztem koitalem Akt, dass eine infizierte Frau den Mann ansteckt, bei 1:8000. Zum Übertragungsrisiko bei analem Geschlechtsverkehr (heterosexuell oder homosexuell) gibt es keine wissenschaftlichen Studien, die das Risiko pro Einzelakt errechnen haben. Analer Verkehr stellt jedoch ein höheres Risiko dar, weil es dabei leichter zu Gewebsverletzungen kommen kann. Verglichen mit anderen Geschlechtskrankheiten liegt das Risiko einer Infektion dennoch um das 20- bis 40-Fache niedriger.

sechziger Jahren als Chemotherapeutikum gegen Krebs getestet, aber als „zu toxisch“ eingestuft wurde. Bis heute ist Retrovir fixer Bestandteil der Standard-Aids-Therapie. Auch so genannte Proteasehemmer, eine weitere Wirkstoffklasse, sind von häufigen Nebenwirkungen begleitet, allen voran einer Störung des Fettstoffwechsels im Organismus, die bei Langzeitpatienten zu den typischen „Skelettgesechtern“ führt.

Das weit verbreitete Präparat Zerit greift vor allem die Nerven an, kann zu schweren Lähmungserscheinungen und schließlich zur Bewegungsunfähigkeit führen. Auch bei Fuzeon, dem ersten Medikament der neuen Wirkstoffgruppe der Fusionshemmer, tritt diese Störung laut dem deutschen Arzneimittel-Informationssystem „Gelbe Liste“ „sehr häufig“ auf. Neben Gewichtsabnahme, Durchfall und Übelkeit.

**Leberschäden.** Das Aids-Medikament Vira-mune des deutschen Herstellers Boehringer Ingelheim (Wirkstoff Nevirapin) wiederum zeigte in diversen Studien bei mehr als einem Zehntel der Patienten „Hautausschläge, die ein ungewöhnliches Ausmaß annehmen konnten und im Extremem sogar zum Tode führten“. In der Patientinneninformation ist von schwer wiegen-

den Leberschäden und Beeinträchtigung der Leberfunktion die Rede. Außerdem haben mehrere Studien gezeigt, dass Viramune rasch zu Resistenzen führt. Die WHO empfiehlt deshalb die Kombination mit anderen wirksamen antiretroviralen Mitteln.

Nur sind diese in den Entwicklungsländern selten verfügbar. Deshalb wird das von Boehringer Ingelheim in Entwicklungsländern gratis abgegebene Präparat zumeist in Monotherapie verabreicht. „Bislang wurden Medikamente für die Behandlung von 988.000 Mutter-Kind-Paaren zur Verfügung gestellt“, teilt Boehringer Ingelheim-Sprecherin Inge Homolka dazu mit. In den Industrieländern ist Viramune zur Monotherapie hingegen gar nicht zugelassen. Trotzdem lag der Vorjahresumsatz von Viramune bei immerhin 276 Millionen Euro.

Noch weit höhere Umsätze lassen sich mit den Präparaten der zweiten und dritten Generation erzielen, die derzeit noch weniger stark von Resistenzen betroffen sind. Die Preise dieser neuen Wirkstoffklasse liegen im Schnitt beim Zehnfachen der Vorgänger – dementsprechend eifersüchtig wachen die Unternehmen über ihre Patente. Während eine 100-Stück-Packung des Pioniermittels Retrovir in heimischen Apotheken rund 220 Euro kos-

ter, muss der Patient oder seine Krankenversicherung für eine Monatsration des neuen Fusionshemmers Fuzeon des Schweizer Roche-Konzerns mehr als 2000 Euro zahlen. Allein in dieser Wirkstoffklasse stehen neun Präparate in diversen Testphasen beziehungsweise Zulassungsverfahren. Die Branche rechnet mit ähnlich hohen Marktpreisen wie bei Fuzeon.

Wohl aufgrund dieser für Entwicklungsländer unerschwinglichen Medikamentenpreise brechen immer mehr Länder den Patentschutz der großen Pharmafirmen und ahmen deren Rezeptur in Eigenentwicklungen nach. Zu Jahresbeginn kam Thailand mit gleich drei nachgeahmten Aids-Präparaten auf den Markt, Anfang Mai kündigte die brasilianische Regierung an, sie werde diesem Beispiel folgen. Dabei bezieht sich Brasilien auf einen Beschluss der Welthandelsagentur aus dem Jahr 2001, der Ländern dieses Vorgehen im Fall einer nationalen Gesundheitskrise erlaubt. „Und was wäre Aids denn sonst“, fragt Brasiliens linksliberaler Präsident Lula da Silva. Die US-Regierung wiederum, die sich freilich schützend vor ihre Industrie stellt, hat bereits drastische Handelssanktionen gegen Thailand und Brasilien angekündigt.

Außerhalb der Entwicklungsländer wirft sich hingegen der ehemalige US-Präsident Bill Clinton in den Ring. Mit seiner Clinton Foundation kämpft er für leistbare Medikamentenpreise. Vor zwei Wochen erst erzielte er mit indischen Generikaherstellern eine Einigung über eine Großlieferung von Medikamenten der zweiten Generation, bei einem 50-prozentigen Preisnachlass. Außerdem kündigte er an, dass bald eine Pille gegen HIV/Aids zur Verfügung stehen werde, die mit einer Einmaldosis alle anderen Präparate ersetzt und nur noch einen Dollar pro Stück kosten soll.

**Zweifelhaft.** Doch die wissenschaftlichen Erfolgsmeldungen zum Thema Aids sind nach wie vor rar. Alle Anläufe zu einer Impfung gegen Aids sind bisher im Sand verlaufen. Eine Heilung scheint fast so weit weg wie vor 25 Jahren – trotz unzähliger Forschungsmilliarden. Mit jedem verfügbaren neuen Medikament wird zudem das Management der Krankheit schwieriger. Die Wirkstoffe beeinflussen einander gegenseitig, verstärken oder behindern sich und führen, je nach Einnahmeregime, zu anderen Nebenwirkungen. Untersuchungen zeigten, dass etwa die Hälfte der Patienten schlicht daran scheitert, die Medikamente ordnungsgemäß einzunehmen.

Welche Vorteile diese komplizierte ▶

REPORTAGE

## „Wir ignorieren Aids“

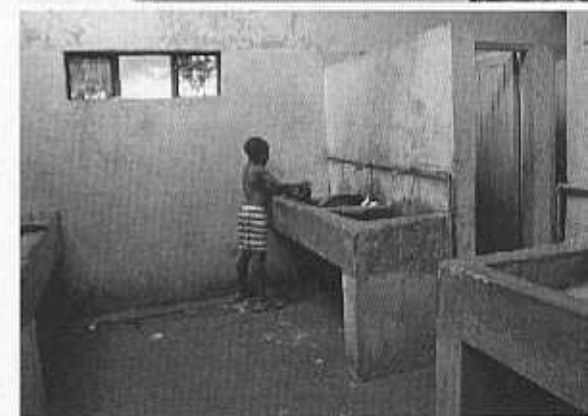
Der Leiter eines Straßenkinder-Projekts im kenianischen Nyeri pfeift auf Aids-Tests und Medikamente. Und fährt damit bislang nicht schlecht.

**A**us europäischer Sicht sind die Zustände im St.-Mary's-Schulprojekt in der Stadt Nyeri, zwei Autostunden nördlich von Nairobi, katastrophal. 80 Buben sitzen in der Volksschule in einer Klasse zusammen. Bei Verstößen gegen die Regeln setzt es Dienst in der Latrine oder der Küche. In den Schlafräumen stehen 100 Stockbetten dicht an dicht. Das private Gut der insgesamt knapp 800 Schüler, die hier das ganze Jahr über wohnen, passt in eine kleine Blechkiste. Wer das Schulgeld von 28.000 kenianischen Schilling pro Jahr nicht aufbringen kann, muss auch noch die Hälfte der Ferien dableiben, um es abzurufen.

Doch die meisten bleiben sogar die gesamten Ferien. Freiwillig. „Denn ein Zuhause gibt es für viele gar nicht“, sagt Brother Dominic Jordan, ein New Yorker Ordensbruder, der seit 1990 die Schule leitet. 150 der Kinder wurden auf der Straße aufgelesen. Von Polizisten, Freunden oder von Brother Dominic selber. Sie haben sich jahrelang selbst durchgebracht: bettelnd, stehend und leimschnüffelnd. Viele waren schwer krank, als sie hierherkamen. Einige haben noch nie zuvor in einem Bett geschlafen. Und manche sind auch wieder weggelaufen. Zurück in den Slum.

Unter jenen, die blieben, sind viele HIV-positiv. Brother Dominic weiß das und sorgt dafür, dass sie zum normalen Essen – meist Bohnen mit Kohl, am Sonntag zusätzlich ein Würstchen – noch Extraportionen Obst bekommen, wenn etwas da ist. „Für Aids-Medikamente und solche Sachen haben wir aber kein Geld“, sagt er kategorisch, „das würde unsere Ressourcen komplett überfordern.“ Außerdem sei es höchst problematisch, den HIV-Status eines Kindes öffentlich zu machen. Die Betroffenen würden dadurch enorm stigmatisiert, und jene, die noch Kontakt zu ihren Eltern haben, liefen Gefahr, dass sie auch verstossen werden. „Aids“, sagt Brother Dominic, „ignorieren wir deshalb bewusst.“

Bislang ist er mit dieser Taktik nicht schlecht gefahren. Die HIV-positiven Kinder sind ganz normale Schüler in St. Mary's. Nur ganz selten ist bei einem Kind die Immunschwäche ausgebrochen. Dann sorgte er für medizinische Betreuung. „Die meisten“, sagt der Schulleiter, „sind aber erstaunlich gesund.“



St.-Mary's-Schulprojekt, Wasserkauf in Nairobi (u.)  
Die Menschen haben andere Probleme als Aids

# AIDS



Ex-US-Präsident Clinton Unermüdlicher Kämpfer für billigere Aids-Medikamente für arme Länder

Therapie bringt, ist zudem weniger abgesichert, als öffentlich vermittelt wird. Zwar heißt es, dass Patienten seit Einführung der Kombinationstherapie mit antiviralen Medikamenten eine weitgehend normale Lebenserwartung haben, eine jüngst durchgeführte Auswertung des US-Patientenregisters durch Epidemiologen der Columbia-Universität in New York kam jedoch zu anderen Ergebnissen: Zwar stimmt es, dass die durch Aids verursachten Todesfälle von etwa 80 Prozent innerhalb der ersten acht Jahre auf 25 Prozent zurückgegangen sind, im gleichen Ausmaß haben aber die Sterbefälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs zugenommen. Ähnliche Ergebnisse brachte eine Analyse des Schweizer Aids-Registers und eine große Untersuchung der Universität Bristol. Trotz eindeutiger Nachweise, dass die virale Belastung im Blut durch moderne Medikamente immer weiter reduziert wurde, hatten Patienten, die im Jahr 1995 eine Therapie begannen, nach einem Jahr sogar bessere Überlebenschancen als jene, die 2003 damit starteten. Und das unter westlichen Verhältnissen, bei optimaler Therapieüberwachung.

Auf welch wackeligen Beinen das Gerüst der HIV-Therapie immer noch steht, zeigte auch eine im vergangenen Herbst im Journal der Amerikanischen Ärztesellschaft („JAMA“) publizierte Studie. Benigno Rodriguez vom Aids-Forschungszentrum der Universität von Cleveland, Ohio, wollte mit seinem Team die Frage klären, ob der Abbau der Helferzellen des Immunsystems rascher fortschreitet, je höher die Virenlast im Blut der Patienten ist. An sich eine logische These.

Um diese zu verifizieren, verglich Rodriguez die Messwerte von mehr als 2800 HIV-Positiven, die zwischen 1984 und ▶

PROGNOSEN

## Ugandas Genesung

Wie die einst von Experten prognostizierte Aids-Katastrophe wieder verschwand.

Wasserloch in Uganda  
Kein Augenmerk auf Hygiene



**N**och vor 15 Jahren schien es in der öffentlichen Wahrnehmung, als würde Uganda aussterben. Nun gilt es als Vorzeigeland der Aids-Prävention.

„Ein Drittel der Einwohner Ugandas HIV-positiv“, meldete die deutsche Tageszeitung „Die Welt“ im Jänner 1990. „Aids droht Afrika zu entvölkern“, warnte die „Süddeutsche Zeitung“ zwei Jahre später. Die meisten dieser HIV-Positiven, so die Prognose der Experten, würden binnen zehn Jahren an Aids erkranken und in der Folge rasch sterben.

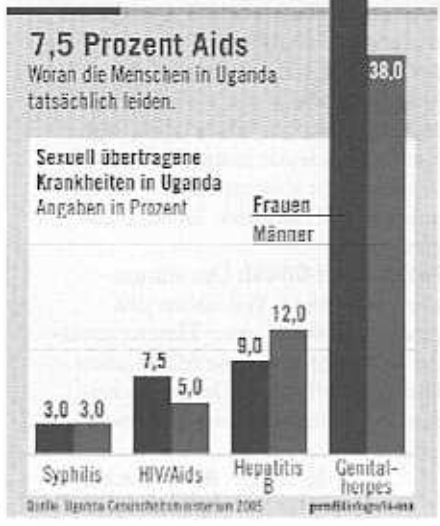
Heute jedoch liegen die Epizentren der Epidemie anderswo. Die Vorhersagen für Uganda haben sich als falsch erwiesen. Über all die Jahre zeigte Uganda ein gleich bleibendes Bevölkerungswachstum von durchschnittlich 3,4 Prozent pro Jahr.

Antivirale Medikamente gab es während dieser Jahre in Afrika noch nicht. Und am durchschlagenden Erfolg der Kondomwerbung konnte es ebenfalls nicht illegen. In einer Haushaltsbefragung der Gesundheitsbehörden im vergangenen November gaben gerade mal 1,7 Prozent der Paare an, dass sie Kondome verwenden. Die Pille verwendeten demgegenüber immerhin 2,9 Prozent der Frauen. Aber die schützt ja auch nicht vor Aids.

Was also hat die Epidemie abgewendet? „Die wahrscheinlichste Erklärung ist jene, dass die Horrorszenarien von Anfang an falsch waren“, erklärt der Wiener Gynäkologe Christian Fiala, der in mehreren Ländern Afrikas als ärztlicher Helfer in Kliniken tätig war. So hätten etwa die verwendeten Aids-Tests ein enormes Fehlerpotenzial. „Besonders in Afrika haben die Menschen viele Antikörper gegen Krankheitserreger oder Fremdeiweiß nach unsauberen Injektionen“, sagt Fiala. „Und einige dieser Antikörper lösen relativ rasch ein positives Testergebnis aus, auch wenn die Menschen in Wahrheit gar nicht mit HIV infiziert waren.“

Gesund sind sie deshalb aber noch lange nicht. Zehn Prozent der Bevölkerung leiden an Hepatitis B, jeder zweite Erwachsene an genitalem Herpes, der am weitesten verbreiteten Geschlechtskrankheit. Patienten mit Malaria und Tuberkulose füllen die Wartesäle der Krankenhäuser. Noch immer haben 50 Prozent der Bevölkerung keinen Zugang zu sauberem Wasser. Doch anstatt in die Sanierung der Wasserversorgung und in Hygiene zu investieren, ist der Großteil der medizinischen Hilfe nach wie vor für die Bekämpfung von Aids reserviert. Als Fiala 2002 in einem Krankenhaus von Kyotera im armen Norden Ugandas Dienst tat, eröffneten US-amerikanische Wissenschaftler gerade ein brandneues Forschungsgebäude, das eigens für eine neue Aids-Studie gebaut worden war. Hier sollte die Frage beantwortet werden, ob die in den USA weit verbreitete Praktik der männlichen Beschneidung Auswirkungen auf die HIV-Übertragung hat. Unweit der mit Millionenaufwand initiierten Studie holten die Einwohner von Kyotera ihr Trinkwasser aus einem ungeschützten, auch von Weidetieren genutzten Loch im Boden. Inzwischen hat die US-Studie ergeben, dass die Entfernung der Vorhaut tatsächlich vor HIV schützt. Nun wird in internationalen Expertenzirkeln heftig debattiert, was man mit diesem Ergebnis anfangen soll: alle Afrikaner beschneiden?

Das Wasserlochs hat sich hingegen noch keiner angenommen.





# „Keine Epidemie in Industrieländern“

Die Wiener Virologin und Aids-Expertin Elisabeth Puchhammer-Stöckl über die Situation der Epidemie in Österreich und in den Entwicklungsländern.

## Elisabeth Puchhammer-Stöckl, 44,

ist Professorin am Institut für Virologie der Wiener Medizinuniversität und Vizepräsidentin der Österreichischen Aids-Gesellschaft.



PHOTO: ANDRÁS TILIB PROFI

**profil:** Stimmt es, dass Aids in den Industrieländern keine große Bedrohung mehr darstellt?

**Puchhammer-Stöckl:** Bei uns ist die Epidemie ein Bruchteil dessen, was wir in den Entwicklungsländern sehen. Dennoch haben wir in Österreich jedes Jahr zwischen 400 und 500 Neuinfektionen und insgesamt etwa 6000 bis 10.000 HIV-Positive, die der Behandlung und Betreuung bedürfen.

**profil:** Aber von der anfangs befürchteten großen Epidemie kann wohl keine Rede sein?

**Puchhammer-Stöckl:** Nicht in den Industrieländern. Früher war die HIV-Infektion ja ein Todesurteil. Es gab anfangs keine Behandlung, später nur ein oder zwei Medikamente, die als Monotherapie verabreicht wurden.

**profil:** Anfangs gab es nur Retrovir?

**Puchhammer-Stöckl:** Genau, das hat die Symptome für ein paar Monate beseitigt, aber dann ist die Erkrankung weiter fortgeschritten. Retrovir gehört zu den nach wie vor gerne gegebenen Medikamenten.

**profil:** Als Monotherapie ist es im Westen nicht zugelassen.

**Puchhammer-Stöckl:** In den Industrieländern wird die Monotherapie schon länger nicht mehr appliziert, weil man weiß, dass nur die Kombinationstherapie eine Wirkung gegen HIV hat. Man muss dieses Virus von allen Seiten angreifen, dann hat es eine Wirkung.

**profil:** Aber in den Entwicklungsländern besteht oft gar nicht die Möglichkeit einer Kombinationstherapie.

**Puchhammer-Stöckl:** Das ist sicher ein heikler Punkt, weil man durch die Therapie mit einem Einzelmedikament Resistenzen züchtet, sodass diese Therapie dem Patienten nichts nützt.

**profil:** Nun gibt es neue, viel teurere Medikamente, die sich die Entwicklungsländer gar nicht leisten können.

**Puchhammer-Stöckl:** Zum Beispiel die so genannten Fusionshemmer, die das Virus am Eintreten in die Zelle hindern. Wir haben lange auf so ein Medikament gewartet.

**profil:** Ihre Erwartungen sind erfüllt?

**Puchhammer-Stöckl:** Nicht ganz. Man nimmt das Mittel nun vor allem als Ergänzung zu anderen funktionierenden Therapien.

**profil:** Aber in unseren Breiten ist Aids keine tödliche Krankheit mehr?

**Puchhammer-Stöckl:** Als es die Kombinationstherapie noch nicht gab, starben innerhalb der ersten acht Jahre nach der Diagnose 80 Prozent der Patienten. Heute sind es 25 Prozent, vor allem die, die spät als HIV-positiv erkannt wurden.

**profil:** Stimmt es, dass ein Mann statistisch hunderte Sexualkontakte mit einer infizierten Person haben muss, um sich anzustecken?

**Puchhammer-Stöckl:** Aufgrund der vielen Variablen lässt sich das in Zahlen nicht fassen. Wir haben etliche Patienten, die sich beim ersten Kontakt angesteckt haben.

**profil:** Der Ex-Epidemiologe des Aids-Programms der Weltgesundheitsorganisation, James Chin, sagt, dass die Epidemie in den Industrieländern nicht wesentlich über die homosexuelle Population hinausgegangen ist.

**Puchhammer-Stöckl:** Das stimmt überhaupt nicht. Wir haben den größten Zuwachs unter Heterosexuellen und nicht mehr wie früher unter Homosexuellen und Drogenabhängigen, die mehr Problembewusstsein haben.

Interview: Robert Buchacher

2004 gesammelt worden waren. Die Messung der Virenlast gehört ebenso zum Standardrepertoire der HIV-Therapie wie die Bestimmung der CD4-Helferzellen im Blut. Finden sich pro Millionstetter Blut weniger als 200 Helferzellen, so gilt das in den USA als Startsignal für den Beginn einer Medikamententherapie. Der Patient ist fortan nicht mehr bloß HIV-positiv, sondern per Definition ein Aids-Patient. Auch wenn er sonst keine weiteren Symptome hat.

**Aufgelöst.** Rodriguez staunte nicht schlecht, als sich der Zusammenhang zwischen Virenlast und Zellabbau regelrecht in Luft auflöste. Ganze fünf Prozent der Immunschwächung konnten mit dem Gehalt an HI-Viren im Blut erklärt werden. Die restlichen 95 Prozent mussten andere Ursachen haben. Welche genau, kann Rodriguez derzeit nicht sagen. „Wir hoffen, dass unsere Studie dazu beiträgt, die konkreten Mechanismen aufzuklären, wie HIV das Immunsystem schädigt“, erklärte er. Zumindest weiß man nun, dass diese komplizierter sind als bisher angenommen.

In den vergangenen Monaten offenbarte sich nun ein weiterer Irrtum der Aids-Strategen. Seit dem Jahr 2000 gilt die offizielle WHO-Richtlinie, dass HIV-positive Mütter nicht stillen sollen, um ihre Babys nicht dem dadurch erhöhten Risiko einer HIV-Übertragung auszusetzen. Nun musste die WHO diese Doktrin für die Verhältnisse in Afrika revidieren (für die Industrieländer gilt sie weiterhin). Gleich drei große in Afrika durchgeführte Studien hatten nämlich gezeigt, dass diese These möglicherweise im Labor gilt, in der Praxis aber für HIV-positive Babys dieselben Regeln herrschen wie für andere Babys auch: Stillen ist gesund.

Die umfangreichste dieser Arbeiten wurde Ende März im Journal „Lancet“ veröffentlicht. Sie zeigte, dass Babys, die Ersatznahrung erhielten, bis zum dritten Lebensmonat ein doppelt so hohes Sterberisiko hatten als Babys, die ausschließlich Muttermilch bekamen. Zudem hatten gestillte Kinder – im Gegensatz zur Annahme der HIV/Aids-Wissenschaft – kein höheres, sondern ein vielfach niedrigeres Risiko, dass in ihrem Blut HI-Viren gefunden wurden. ■

# „Das HIV-Risiko ist verschwindend gering“

Der Epidemiologe und ehemalige Chef des WHO-Aids-Programms, James Chin, bezichtigt die Vereinten Nationen der Panikmache mit falschen Zahlen.

**profil:** Wie haben Sie denn als zuständiger Experte der WHO die Entwicklung der Aids-Epidemie in den achtziger Jahren eingeschätzt?

**Chin:** Damals warteten wir alle auf den großen Aids-Sturm, der die Welt überrollen würde. In den USA hat sich aber bereits Ende der achtziger Jahre klar gezeigt, dass das Übergreifen der Epidemie auf die Heterosexuellen nicht kommen würde. Bis heute wird dieser Mythos immer wieder hervorgeholt, obwohl es keinerlei Fakten gibt, die das belegen.

**profil:** Wie zuverlässig sind die Angaben zur tatsächlichen Verbreitung von HIV und Aids?

**Chin:** In vielen Ländern wird der Anteil der Infizierten grob überschätzt, und seit 2001 müssen die genannten hohen Zahlen fast in allen Ländern revidiert werden. Auch im südlichen Afrika wurden Infektionsraten von durchschnittlich neun Prozent nach genaueren bevölkerungsbasierten Studien auf sechs bis sieben Prozent reduziert. In Kenia lagen die Schätzungen bei nahezu 2,5 Millionen HIV-Infizierten. Realistisch sind wir

jetzt bei 1,2 Millionen HIV-Infizierten.

**profil:** Was sind die Gründe dafür, dass die Aids-Organisationen so danebenlagen?

**Chin:** Im Lauf der Zeit hat sich eine regelrechte Kultur des Zahlenfrisierens entwickelt. Die meisten, die in diesem Bereich tätig sind, haben überhaupt keine Ahnung, wie diese Daten zustande kommen. Politiker und Medien wissen bis heute nicht, dass die Angaben von UNAids, die in den Vereinten Nationen für HIV und Aids zuständig ist, von der etablierten Faktenlage enorm abweichen. Sie haben die Verbreitung und das Ausmaß der Bedrohung ausnahmslos übertrieben. Es ist erstaunlich, dass die regio-

werken liegt. Das sind im Schnitt drei bis sechs Menschen, die während eines Jahres regelmäßig Sex haben. Wenn nun jemand HIV reinbringt, infiziert sich die ganze Gruppe.

**profil:** Eine Milliarde Dollar im Budget von Präsident Bushs „Krieg gegen Aids“-Programm ist allein für die Propagierung von sexueller Enthaltsamkeit reserviert. Das wäre demnach ja eine sinnvolle Prävention.

**Chin:** An sich wäre das schon effektiv. Bloß Abstinenz funktioniert halt nicht. Es ist dasselbe, wie wenn sie den Leuten sagen, sie sollen zu rauchen aufhören. Die meisten halten sich nicht daran.

## „In Europa sind die teuren Kampagnen zur Prävention von HIV in der Normalbevölkerung rausgeschmissenes Geld“

nalen und internationalen Behörden diese falschen Angaben bislang hingenommen haben.

**profil:** Hohe Zahlen rütteln auf, was durchaus beabsichtigte Auswirkungen auf die Budgets der Aids-Hilfe hat.

**Chin:** Klar spielt das eine große Rolle. Beobachten Sie beispielsweise jetzt die Kampagne um Indien. Hier sind die genannten Zahlen von rund sechs Millionen Betroffenen gleich um das Dreifache zu hoch. Und im selben Ausmaß fordern die UN-Programme auch gleich die Erhöhung ihres eigenen Budgets. Sie haben das Geld sogar bekommen. Und jetzt halten sie die wirklichen Zahlen zurück. Es ist so, wie wenn sie einem Kind Süßigkeiten geben, das kriegen sie auch nicht mehr zurück.

**profil:** Was sind die Gründe dafür, dass die heterosexuelle Epidemie zumindest in den Industrieländern ausgeblieben ist?

**Chin:** Wir wissen heute, dass zur Ausbreitung von HIV ein extrem hohes Level an Risikoverhalten nötig ist. Über Sexualkontakt funktioniert das nur dort, wo die Partner täglich oder zumindest wöchentlich gewechselt werden. In Asien passiert das über käuflichen Sex, in den USA oder Europa in den Schwulensauen und Treffpunkten, wo während einer Nacht gleich mehrere Partnerkontakte stattfinden. Markante heterosexuelle Ausbreitung sehen wir eigentlich nur in den afrikanischen Ländern südlich der Sahara. Und hier hat sich während des letzten Jahrzehnts klar gezeigt, dass die Ursache dafür in so genannten kleinen Sex-Netz-

**profil:** Welche Rolle spielen denn Armut und elende Lebensbedingungen bei der Ausbreitung von Aids?

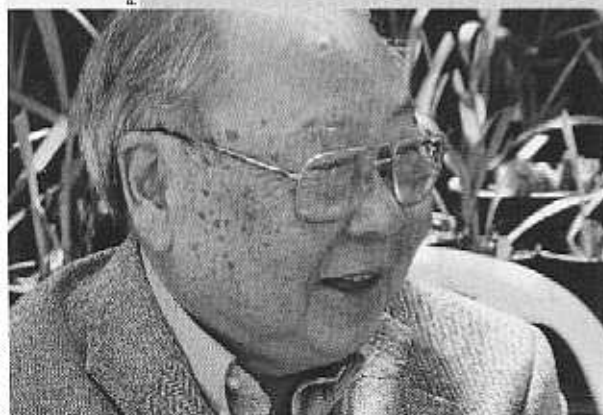
**Chin:** Eine indirekte. Zum einen werden die Menschen natürlich schneller krank, wenn sie auch noch unterernährt sind. Zum anderen führt die Armut dazu, dass viele der in die Großstadt-Slums zugezogenen Frauen Sex wie eine Ware einsetzen: zur Bezahlung der Miete oder der Lebensmittel. Das macht einen Teil der erwähnten Sex-Netzwerke aus.

**profil:** Wo wird in den westlichen Aids-Programmen Geld verpulvert, das anderswo wieder fehlt?

**Chin:** In Europa sind die teuren Kampagnen zur Prävention von HIV in der Normalbevölkerung rausgeschmissenes Geld. Sinnvoll ist das nur für Hochrisikogruppen. Bei Teenagern sollte man lieber Energien in Aktionen investieren, um ungewünschte Schwangerschaften zu vermeiden. Das wäre eine wesentlich lohnendere Aufgabe, denn das HIV-Risiko ist verschwindend gering. Wenn man, so wie in den USA, ganz stark sexuelle Abstinenz vor der Ehe propagiert, so wird man damit nicht viele HIV-Fälle verhindern. Sogar wenn sich die jungen Leute wirklich daran hielten.

**profil:** Wie hoch ist denn nun das tatsächliche Risiko für Heterosexuelle, sich mit HIV anzustecken?

**Chin:** Wer ungeschützten Verkehr mit wechselnden Partnern hat, sollte sich eher um Syphilis oder andere sexuell übertragene Krankheiten Sorgen machen, nicht um HIV.



### James Chin, 73,

ist Professor für Klinische Epidemiologie an der Universität von Kalifornien in Berkeley. Bis 1992 war er leitender Epidemiologe des globalen Aids-Programms der WHO in Genf. Im Februar erschien sein Buch „Die Aids-Pandemie – Die Kollision von Epidemiologie und Political Correctness“ im Verlag Radcliffe, Oxford.