

In den letzten Jahren haben sich eine kleine Gruppe von Kritikern formiert, die die Virus-AIDS-Theorie in Frage stellt. Sie vertreten die Auffassung, daß die bisherigen Ergebnisse zur Beweisführung der Virus-AIDS-These jeglicher Grundlage entbehren. Unbestritten ist die Tatsache, daß zum Thema AIDS noch viele Fragen nicht nur wissenschaftliche - ungeklärt sind und AIDS auch die Wissenschaft noch lange beschäftigen wird. Professor Duesberg hat sich die Wissenslücken zu Nutze gemacht, um den allgemein bestätigten Erkenntnissen zur Entstehung der Immunschwächekrankheit AIDS zu widersprechen. Er hält die Argumentation der Virus-AIDS-Theorie für nicht beweiskräftig. In zahlreichen Veröffentlichungen und Veranstaltungen wirft er Medizinern, Wissenschaftlern und MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfen vor, daß sie ein völlig harmloses Virus für AIDS verantwortlich machen und unnötige Ängste schüren. Gegenwärtig hat sich dagegen allgemein die Auffassung verfestigt, daß das Vorkommen von HIV die Erkrankung an AIDS bedingt. Bei 99% der AIDS-Kranken wurde das Virus im Körper nachgewiesen. Interessant ist daher nicht mehr die Frage ob HIV das Vollbild von AIDS verursacht, sondern wie?! In der Kontroverse zwischen den Klassikern der HIV-Theorie und den Zweiflern ist dies ein wesentlicher Punkt. Leider wird in der Debatte verkannt, daß es keines Zweifels bedarf, ob HIV AIDS verursacht, viel wichtiger ist die Theorieentwicklung, wie das Virus die Abwehr schwächt. Die Konzentration der Untersuchungen auf die Kofaktoren, die den unterschiedlichen Verlauf erklären könnten, hat bis heute zu keinen gesicherten Aussagen geführt. Wie bei anderen Erkrankungen kann man von der Annahme ausgehen, daß eine Stärkung des Immunsystems durch verschiedene Maßnahmen, wie gesunde Ernährung, psychische Ausgewogenheit, sportliche Betätigung u.s.w. möglich ist. Weiterhin sind verschiedene therapeutische Interventionen und Methoden zu einer Verzögerung Krankheitsausbruchs und Linderung des Symptomenverlaufs eine Heilung stehen jedoch nicht in Aussicht. Nun ist es jedoch nicht ungewöhnlich, daß trotz vieler ungeklärter Fragen Therapiemethoden eingesetzt werden, die nur eine Linderung der Krankheitssymptome, aber keine Heilung ermöglichen. Da wir mit unserem heutigen Wissen über HIV und AIDS nicht umgehen müssen, daß diese Infektionskrankheit tatsächlich durch Körperflüssigkeiten (Blut, Sperma, Vaginalsekret) übertragen wird, sind Verhaltensweisen, die eine Übertragung vorbeugen, zu bejahen. Eine Folge dieses Wissens war, daß die zunächst am häufigsten von AIDS betroffene Gruppe (Schwule) aus einem Gefühl der Verantwortung für ihre Freunde be- und begannen neben der Unterstützung der gemeinsamen Aufklärungsarbeit auch eine zielen- und beginnend neben der Unterstützung der gemeinsamen Aufklärungsarbeit

tet hat. Wer hier von Panikmache spricht, kann nur Vorbeugung durch heraus, daß FreundInnen, Angehörige von Menschen mit HIV und AIDS nicht in den Medien und Publikation "AIDS-Diskussion" entstanden sind, diese Lücken mit gewissenhafter Verdrängung der Realität von AIDS wendig, den Thesen des Professor Duesberg. Dokumentationsangaben erfolgen Fragen leisten wollen. Der 55-jährige an Retroviren im Rahmen einer wissenschaftler, was die Molekularbiologie viren beschrieben, zu denen auch "Kampf dem Krebs" - einem mit Maßnahme Duesbergs in die National Academy auf der Entdeckung und Beschreibung AIDS kann sie nur als eine der Vorbereitungen am "Kampf dem Krebs" dem Körpergewebe von AIDS-Patienten erhalten hatte, gelang die entbrannten Streites um die Patente wurde auch festgelegt, daß 80% der Forschung fließen sollten. Duesberg beiseitig virusfixierte Denkweise in der Frage und führt verschiedene Thesenismen der Krankheitsentstehung (kausalen Zusammenhang zwischen Duesberg begründet seine Thesen worden sei, es in Zellkulturen nicht

oder sexuell übertragbare Krankheit. Die im Test bestätigten Antikörper würden zur Immunisierung gegen AIDS führen. Das HI-Virus könnte nicht erst Jahre nach seiner biologischen Aktivität krankheitsauslösend sein. Weiterhin könnte es sich nicht hauptsächlich innerhalb sog. "Risikogruppen" konzentrieren, sondern müßte gleichmäßig in der Bevölkerung verteilt vorkommen. Duesberg schlußfolgert daraus, daß die monokausale Virus-AIDS-Theorie unhaltbar sei und Immunschwäche eher auf verschiedenen Kofaktoren beruhe. Er benennt massiven Drogenkonsum, verbunden mit ausschweifende Sexualpraktiken und Promiskuität. Auch die Behandlung mit dem Medikament AZT und die übermäßige Einnahme von Antibiotika seien Gründe. Die hohen Zahlen über AIDS in Afrika erklärt er mit Mangelernährung und Armut. 4. Wie diskutiert wurde seine These in der frühen Phase seiner Kritik an der Virus-AIDS-Theorie stellte Duesberg im Rahmen einer Sitzung der National Academy of Science seine auf Literaturrecherchen basierenden Fragestellungen vor. Wie üblich wurden die Thesen diskutiert und durch die Anwesende kritisch begutachtet, vor allem Kliniker und Epidemiologen widersprachen es das Deutlichste. In der internationalen Fachwelt wurden diese Thesen nicht aufgenommen, weil man sie als kleinliche Kommentare eines realitätsfernen Grundlagenforschers ansah. Duesberg führte eine entschiedene Auseinandersetzung mit ungeklärten Zusammenhängen. Nachdem seine Behauptungen in jeder Richtung widerlegt wurden, war die Mehrzahl der von ihm zunehmend auch persönlich angegriffenen AIDS-Forscher nicht mehr bereit, sich mit ihm in der Öffentlichkeit zu befassen. Duesberg hat keinen praktisch-forschenden oder wissenschaftlichen Hintergrund in vielen der Bereiche, aus denen er seine Thesen ableitet. Dies gilt für das menschliche Immunsystem, Viruserkrankungen des Menschen, den Bereich der klinischen Behandlung und Diagnose und die Epidemiologie. Seine Kenntnisse bezieht er aus dem Studium medizinischer Literatur zahlloser Forschungsberichte und Studienergebnissen. Zweifellos ist dies eine beachtliche Fleißarbeit, aber das bedeutet auch, daß er seine wissenschaftlichen Publikationen zum Thema AIDS nur aus Zweiter Hand von anderen Autoren bezieht und keine eigenen Studien vorzuweisen hat. Seine Außenseiterrolle in der Wissenschaft geht dabei auch von der Verfahrensweise seines "Forschens an AIDS" aus, weil er gefahr läuft, sich nur der Meinungen anzunehmen, die seine Hypothese unterstützen und sich nicht aus unterschiedlichen Richtungen der Problematik zu nähern. Seine Veröffentlichungen enthalten eine ungeheure Menge von Informationen und Entwicklungen, die bedeutende Erfahrungswerte beinhalten, andere aber einfach ignorieren. Viele Wissenschaftsjournale akzeptieren derartige Veröffentlichungen aus Grundbesorgnis, weil sie die Gefahr der dogmatischen Theorienbildung befördern. Er hat inzwischen in der Kontroverse die wissenschaftliche Ebene verlassen und ist in der Fachwelt als nicht mehr diskussionswürdig angesehen. Das National Institute of Health der USA, das ihm ein siebenjähriges Forschungsstipendium bewilligte, will sich nicht mehr zu ihm äußern. Selbst einige Forscherkollegen aus Duesbergs 50köpfiger Arbeitsgruppe, die die HIV-AIDS-Hypothese neu bewerten will, teilen nicht seine Meinung, daß HIV gar nichts mit AIDS zu tun habe. 5. Warum ist Duesberg gerade jetzt aktuell? Seit den 80er Jahren taucht das Thema AIDS

Alles Lüge?



Argumente zur Aids-Kritik

Duesbergs Person Seite 5	1. Wer ist Peter Duesberg?	5
	2. Was verbindet Duesberg mit AIDS?	5
	3. Was sind Duesbergs Kernaussagen?	5
	4. Wie diskutiert Duesberg seine Thesen?	6
	5. Warum ist Duesberg gerade jetzt aktuell?	6
	6. Wer sind die „AIDS-Rebellen“?	7
AIDS-Kritik Seite 9	1. Was ist AIDS?	9
	2. Was ist AIDS ohne HIV?	10
	3. Ist das HI-Virus nachweisbar?	10
	4. Warum wird das Virus nicht direkt nachgewiesen?	11
	5. Wo im Körper kann man HIV finden?	12
	6. Liegt das Übertragungsrisiko bei 1:1000?	12
	7. Welche spezifischen Eigenschaften hat das Virus?	13
	8. Wie tötet HIV Zellen?	14
	9. Latenzzeit – unendlich?	14
	10. Ist HIV nicht einfach nur ein harmloses Retrovirus?	16
	11. Sind die Antikörper virusneutralisierend?	17
	12. Wieso kann man trotz Antikörpern AIDS bekommen?	17
	13. Sollte man sich testen lassen?	17
Drogen/AIDS Seite 19	1. Heroin	19
	2. Poppers	20
AIDS geht uns alle an? Seite 21	1. Heterosexuelle Männer und Frauen außerhalb sog. Risikogruppen	21
	2. Immundefekt bei Blutern	22
	3. Die Situation in der „III. Welt“	22
AZT = Tod? Seite 24	1. Wie wirkt AZT auf Zellen?	24
	2. Welche Studien geben Erkenntnisse über AZT?	24
	3. Kann mit AZT überhaupt Lebenszeit gewonnen werden?	25
	4. Kann man von AZT AIDS bekommen?	25
Alternative Therapien Seite 26	1. Sport	26
	2. Ernährung	26
	3. Meditative- und Körpertherapien	26
	4. Psychotherapie	26
	5. Homöopathie	26
	6. Blutbehandelnde Methoden	27
	7. Akupunktur und chinesische Medizin	27
	8. Misteltherapie	27
Autoren-Meinung Seite 28		

Einleitung

In den letzten Jahren hat sich eine kleine Gruppe von Kritikern formiert, die die Richtigkeit der Annahme, daß HIV (humanes Immunschwäche Virus) das Krankheitsbild von AIDS verursacht, anzweifelt. Unter Berufung auf den Virologen Professor Peter Duesberg vertreten sie die Auffassung, daß die bisherigen Ergebnisse zur Beweisführung der Virus-AIDS-These jeglicher Grundlage entbehren.

Unbestritten ist die Tatsache, daß zum Thema AIDS noch Fragen - nicht nur wissenschaftliche - ungeklärt sind und AIDS auch die Wissenschaft noch lange beschäftigen wird.

Professor Duesberg nutzt diese Wissenslücken, um der "etablierten" Meinung zur Entstehung der Immunschwächekrankheit AIDS zu widersprechen.

Er hält die Argumentation der Virus-AIDS-Theorie für nicht beweiskräftig. In zahlreichen Veröffentlichungen und Veranstaltungen wirft er Medizinern, Wissenschaftlern und MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfen vor, daß sie ein völlig harmloses Virus für AIDS verantwortlich machen und unnötige Ängste schüren. Gegenwärtig hat sich dagegen allgemein die Auffassung verfestigt, daß das Vorkommen von HIV die Erkrankung an AIDS bedingt. Bei 99% der AIDS-Kranken wurde das Virus im Körper nachgewiesen. Interessant ist daher nicht mehr die Frage, ob HIV das Vollbild von AIDS verursacht, sondern wie?! In der Kontroverse zwischen den Vertretern der HIV-Theorie und den Zweiflern ist das ein wesentlicher Punkt. Leider wird in der Debatte verkannt, daß es keines Zweifels bedarf, ob HIV AIDS verursacht, viel wichtiger ist die Theorieentwicklung, wie das Virus die Abwehr schwächt, da sich so Wege zu einer angemessenen und sinnvollen Therapie entwickeln lassen.

Die Konzentration der Untersuchungen auf die Kofaktoren, die den unterschiedlichen Verlauf erklären könnten, hat bis heute jedoch nicht zu gesicherten Aussagen geführt. Es gelang aber immerhin einige Kofaktoren als unbedeutend einzustufen. Wie bei anderen Erkrankungen kann man von der Annahme ausgehen, daß eine Stärkung des Immunsystems durch verschiedene Maßnahmen, wie gesunde Ernährung, psychische Ausgewogenheit, sportliche Betätigung u.s.w. möglich ist. Weiterhin haben verschiedene therapeutische Behandlungsmethoden zu einer Verzögerung des Krankheitsausbruchs und Linderung der Symptome geführt. Eine Heilung steht jedoch bisher nicht in Aussicht.

Weder in der sogenannten Schulmedizin noch in der alternativen Therapie ist es ungewöhnlich, daß trotz vieler ungeklärter Fragen Therapiemethoden eingesetzt werden, die nur eine Linderung der Krankheitssymptome, aber keine Heilung ermöglichen.

Da wir mit unserem heutigen Wissen über HIV und AIDS davon ausgehen müssen, daß diese Infektionskrankheit tatsächlich durch Körperflüssigkeiten (Blut, Sperma, Vaginalsekret) übertragen wird, sind Verhaltensweisen, die eine Übertragung vorbeugen, zu bejahen.

Eine Folge dieses Wissens war, daß die zunächst am häufigsten von AIDS betroffene Gruppe (Schwule) aus einem Gefühl der Verantwortung für ihre Freunde begann, über AIDS aufzuklären. Staatliche Gesundheitsorgane erkannten den Stellenwert der Vorbeugung und begannen neben der Unterstützung der Selbsthilfegruppen mit einer auf die Allgemeinbevölkerung zielenden Aufklärungsarbeit. **Nur der gemeinsamen Aufklärungsarbeit ist es zu verdanken, daß sich diese Epidemie nicht (allen Voraussagen zum Trotz) noch mehr ausgebreitet hat.** Wer hier von Panikmache spricht, verkennt die Realität.

Solange wir keine anderen Mittel zur Verfügung haben wie z.B. einen Impfstoff, kann nur Vorbeugung durch Safer Sex und Safer Use vor der Infektion mit HIV schützen.

Die AIDS-Hilfen leisten aus der Betroffenheit heraus, daß FreundInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen an AIDS erkrankt sind, eine Arbeit, die sich ernsthaft mit den Ängsten und Nöten von Menschen mit HIV und AIDS auseinandersetzt.

Diese Broschüre soll der steten Verunsicherung, die durch unwissenschaftliche Information in den Medien und Publikationen verbreitet wird, Abhilfe schaffen. In ihr werden die am häufigsten gestellten Fragen, die zur "kritischen AIDS-Diskussion" entstanden sind, aufgegriffen und beantwortet. Unbestritten hat unser Wissen um AIDS noch große Lücken, aber es gilt, diese Lücken mit gewissenhafter Genauigkeit zu füllen.

Ein Glaubenskrieg auf Kosten der Menschen mit HIV und AIDS dient höchstens der Verdrängung der Realität von AIDS.

Nicht nur um der Wahrheit willen, sondern um den möglichen Folgen zu wehren, halten wir es für notwendig, den Thesen des Professor Duesberg entgegenzutreten. Es würde den Rahmen sprengen, wenn an dieser Stelle eine lange Liste der Dokumentationsangaben erfolgen würde, da wir hier keine Fachdiskussion austragen, sondern eine Hilfestellung zur Beantwortung vieler Fragen leisten wollen.

Weitere Fragen beantwortet auf Anfrage gern das Referat Medizin und Gesundheitspolitik der Deutschen AIDS-Hilfe.

Fragen zu Duesbergs Person

Der 55jährige, deutsch-amerikanische Wissenschaftler Peter H. Duesberg forscht als Molekularbiologe seit über 20 Jahren an Retroviren im Rahmen eines Instituts der Universität von Kalifornien in Berkeley. In den 70er Jahren galt er als anerkannter Wissenschaftler, was die Molekularbiologie oder Zusammenhänge biochemischer Vorgänge betrifft. Er wird als der Entdecker der Gruppe der Retroviren beschrieben, zu denen auch HIV gehört. Diese Entdeckung gelang Duesberg im Rahmen des von US-Präsident Nixon ausgerufenen „Kampf dem Krebs“ – einem mit Milliarden US-Dollar ausgestatteten Forschungsprogramm. Der Entdeckung der Retroviren folgte die Aufnahme Duesbergs in die National Academy of Science der USA.

Duesbergs anerkanntes Wissen basiert auf der Entdeckung und Beschreibung der Retroviren in den 70er Jahren. Diese Entdeckung war mit Sicherheit nicht unbedeutend, aber für AIDS kann sie nur als eine der Vorbedingungen zur Entdeckung von HIV gesehen werden.

Robert C. Gallo, der in demselben Zeitraum wie Duesberg am „Kampf dem Krebs“ Programm teilhatte, gelang es 1984 als erstem Amerikaner, ein Retrovirus in Kultur zu züchten, das aus dem Körpergewebe von AIDS-Patienten stammte. Im Wettstreit mit Luc Montagnier (Institut Pasteur, Paris), aus dessen Labor Gallo das Virusmaterial erhalten hatte, gelang die Identifikation des Virus und die Entwicklung eines Kultur- und Nachweisverfahrens. In Beilegung eines entbrannten Streites um die Patente an diesem Verfahren erhielt HTLV III oder auch LAV den Namen HIV (Humanes Immundefizienz Virus). Es wurde auch festgelegt, daß 80 % aus den Lizenzgebühren des HIV Antikörpertests in die gemeinsame französisch/amerikanische Virusforschung fließen sollten.

Duesberg beschreibt die Entdeckung von HIV und den Vertrag über die Rechte daran als den Grundstein für eine einseitig virusfixierte Denkweise in der Wissenschaft. In zahlreichen Vorträgen und Veranstaltungen stellt er seit 1987 HIV als Ursache für AIDS in Frage und führt verschiedene Thesen auf, die alle HIV nicht als die Ursache von AIDS sehen. Er fragt nach den genauen biologischen Mechanismen der Krankheitsentstehung des Immunschwächesyndroms, von dem er behauptet, daß es nur aus Willkür AIDS genannt wird. Einen kausalen Zusammenhang zwischen AIDS – das es nicht gibt – und HIV – das harmlos ist – will er nicht erkennen können. Er beklagt, daß inzwischen eine Milliarde US\$ Forschungsgelder für die Bestärkung der Virus-AIDS-Theorie ausgegeben wurden.

Duesberg begründet seine Thesen mit einem Katalog von Argumenten, wonach das Virus bei Menschen mit AIDS nicht nachgewiesen worden sei, es in Zellkulturen nicht angezüchtet werden könne und im Tierversuch nicht bestätigt würde. AIDS sei damit keine ansteckende oder sexuell übertragbare Krankheit. Die im Test bestätigten Antikörper würden zur Immunisierung gegen AIDS führen. Das HI-Virus könnte nicht erst Jahre nach seiner biologischen Aktivität krankheitsauslösend sein. Weiterhin könnte es sich nicht hauptsächlich innerhalb sog. „Risikogruppen“ konzentrieren, sondern müßte gleichmäßig in der Bevölkerung verteilt vorkommen.

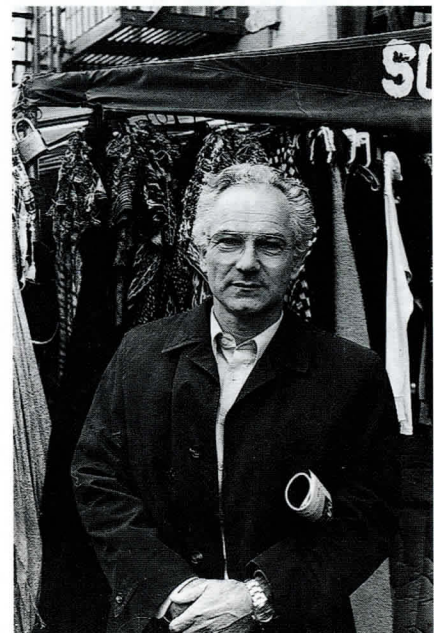
Duesberg schlußfolgert daraus, daß die monokausale Virus-AIDS-Theorie unhaltbar sei und Immunschwäche eher auf verschiedenen Kofaktoren beruhe. Er benennt massiven Drogenkonsum, verbunden mit ausschweifenden Sexualpraktiken und Promiskuität. Auch die Behandlung mit dem Medikament AZT und

1.

Wer ist Peter Duesberg?

2.

Was verbindet Duesberg mit AIDS?



3.

Was sind Duesbergs Kernaussagen?

4.

Wie diskutiert Duesberg seine Thesen?

die übermäßige Einnahme von Antibiotika seien für die Krankheit verantwortlich. Die erdrückenden Zahlen über AIDS in Afrika erklärt er mit Mangelernährung und Armut.

In der frühen Phase seiner Kritik an der Virus-AIDS-Theorie stellte Duesberg im Rahmen einer Sitzung der National Academy of Science seine auf Literaturrecherchen basierenden Fragestellungen vor. Wie üblich wurden die Thesen diskutiert und durch die Anwesenden kritisch begutachtet. Vor allem Kliniker und Epidemiologen widersprachen auf das deutlichste. In der internationalen Fachwelt wurden seine Thesen zunächst mit Unmut aufgenommen, weil man sie als Kommentare eines nur bedingt fachkompetenten Grundlagenforschers abtat. Später folgte durchaus eine entschiedene Auseinandersetzung mit ungeklärten Zusammenhängen. **Nachdem seine Behauptungen in jeder Richtung widerlegt wurden, war die Mehrzahl der von ihm zunehmend auch persönlich angegriffenen AIDS-Forscher nicht mehr bereit, sich mit ihm in der Öffentlichkeit zu befassen.** Duesberg hat keinen praktisch-forschenden oder wissenschaftlichen Hintergrund in vielen der Bereiche, aus denen er seine Thesen ableitet. Dies gilt für das menschliche Immunsystem, Viruserkrankungen des Menschen, den Bereich der klinischen Behandlung und Diagnose und die Epidemiologie. Seine Kenntnisse bezieht er aus dem Studium medizinischer Literatur zahlloser Forschungsberichte und Studienergebnissen. Zweifellos ist dies eine beachtliche Fleißarbeit, aber das bedeutet auch, daß er seine wissenschaftlichen Publikationen zum Thema AIDS nur aus Zweiter Hand von anderen Autoren bezieht und keine eigenen Studien vorzuweisen hat.

Seine Außenseiterrolle in der Wissenschaft geht dabei auch von der Verfahrensweise seines „Forschens an AIDS“ aus, weil er gefahr läuft, sich nur der Meinungen anzunehmen, die seine Hypothese unterstützen und sich nicht aus unterschiedlichen Richtungen der Problematik zu nähern. Seine Veröffentlichungen enthalten eine ungeheure Menge von Informationen und Entwicklungen, die bedeutende Erfahrungswerte beinhalten, andere aber einfach ignorieren. Viele Wissenschaftsjournale akzeptieren derartige Veröffentlichungen aus Grundsatz nicht, weil sie die Gefahr der dogmatischen Theorienbildung befördern.

Er hat inzwischen in der Kontroverse die wissenschaftliche Ebene verlassen. Er wird in der Fachwelt als nicht mehr diskussionswürdig angesehen. Das National Institute of Health der USA, das ihm ein siebenjähriges Forschungsstipendium bewilligte, will sich nicht mehr zu ihm äußern. Selbst einige Forscherkollegen aus Duesbergs 50köpfiger Arbeitsgruppe, die die HIV-AIDS-Hypothese neu bewerten will, teilen nicht seine Meinung, daß HIV garnichts mit AIDS zu tun habe.

5.

Warum ist Duesberg gerade jetzt aktuell?

Seit den 80iger Jahren taucht das Thema AIDS immer wieder in den Medien auf, weil es an Betroffenheit und Aussichtslosigkeit nichts an Schrecken verloren hat. Mit spektakulären Schlagzeilen werden die Empfänger der Botschaften mit Information überflutet, die meist mit erdrückenden Zahlen gespickt ist und hoffnungslose Perspektiven zur Krankheit AIDS signalisiert. Als prominenter Querdenker, der im Alleingang gegen die etablierte Meinung zur Virus-AIDS-Theorie antritt, findet Duesberg leicht Zugang zu den Medien. Gern nimmt sich die Presse der provokanten Fragestellung an, ob sich die Wissenschaft womöglich seit Jahren auf dem Irrweg in der AIDS-Forschung befindet. Dabei werden jedoch bei genauem Hinsehen seit Jahren alte Daten zu seiner wissenschaftlichen Diskussion neu aufbereitet.

Diese mediale Aufbereitung folgt einem einfachen Kreislauf: um eine gute Story zu erhalten, wird die Kontroverse in den Medien aufgenommen, daraufhin folgen andere nach, um diese Behauptungen zu wiederholen oder Reaktionen zu veröffentlichen. In der Publizistik wird dieser Vorgang ein „Pseudo-Ereignis“ genannt, ein künstlich hervorgebrachtes Ereignis, das wie ein tatsächlich stattgefundenes in der Öffentlichkeit für Aufmerksamkeit sorgt.

Duesberg trifft mit seinen Thesen in eine Zeit, die von Konformität, Mißtrauen gegen die Pharmaindustrie und Ärzte, sowie von Überdruß an Aufklärungskampagnen geprägt ist. Während die Schulmedizin keine Heilung in Aussicht stellen kann, ermöglichen scheinbar die alternativen Therapieformen wenigstens ein aktives Handeln, wobei Betroffene sich jedoch allzuoft auch nur an die Hoffnung klammern, überhaupt etwas tun zu können.

Mit der Zusicherung, die Krankheit würde sich nur in bestimmten Personenkreisen tummeln, kann sich der „Otto-Normal-Hetero“ getrost zurücklehnen und sich der Last der Schuldgefühle und Verantwortung entledigen. Gern nimmt man sich auch der Auffassung an, daß die krankmachenden Umweltbedingungen und denaturierten Nahrungsmittel schuld an dem Immunschwächesyndrom seien.

Duesberg kommt auch der allgemeinen Tendenz der Schuldzuweisung entgegen, indem erkrankte Personen, die einen ungesunden Lebenswandel führten, ihre Krankheit selbst zu verantworten hätten. Er benutzt dabei zur Entlastung des Schuldgefühls Mittel der Realitätseingrenzung, die typischerweise in dogmatisch geschlossenen Systemen zu finden sind. Die Realitätseingrenzung ist sowohl aus Sekten als auch aus stalinistischen oder faschistischen Weltanschauungen bekannt. Ihr Motto ist, daß nicht sein kann, was nicht sein darf.

Auch für Menschen mit HIV bietet Duesberg persönliche Entlastung. Endlich wird Entwarnung für ein positives Testergebnis gegeben. Der Betroffene muß nur seinen Lebenswandel ändern und gesund leben, um noch einmal „davon“ zu kommen. Hierbei öffnet Duesberg allen möglichen Reinheitskulten und Reinigungsriten die Türe. Von selbstbestimmter Lebensgestaltung ist in keiner seiner Veröffentlichungen die Rede.

Duesberg trägt seine Thesen an eine breite Öffentlichkeit, der AIDS keine faßbare Realität ist. **Seit nunmehr fünf Jahren führen Duesberg und eine kleine Schar von Anhängern, die von wachsendem Eifer erfüllt ist, einen Kampf gegen die „AIDS-Dogmatiker“.** Die „Duesbergianer“ lassen sich dabei wie eine Glaubensgemeinschaft in „Apostel“, die dem „Herrn“ persönlich begegnet sind, und die „Gemeinde“ aufteilen. Auffallend ist bei der näheren Betrachtung der „Apostel“ im Gegensatz zur „Gemeinde“ die Überidentifikation mit Duesberg. Sie selbst sind in allen Fällen ohne jeden naturwissenschaftlichen oder medizinischen Hintergrund sind (es handelt sich bei den „Aposteln“ um Religionspädagogen, Journalisten, Kleinverleger etc.) und begreifen sich als „gescheitert an den Dogmen der Gesellschaft“. Hinzu kommt, daß sie fast alle Menschen außerhalb der Betroffenenengruppen sind. So nehmen sie am Leidensweg Duesbergs teil. Bemerkenswert ist bei den „Aposteln“ daneben der einheitliche Sprachgebrauch und der ausschließliche Bezug auf Duesberg. Dieser Bezug wird auch dann wieder konstruiert, wenn in der Begegnung mit anderen Weltanschauungen eine Synthese geformt wird, die Duesbergs eigenem Anspruch auf naturwissenschaftliches Denken entgegengesetzt ist. Immer kom-



6. Wer sind die „AIDS-Rebellen“?

plexere Theoriebildungen sichern den „Aposteln“ ihren Vorsprung vor der „Gemeinde“. Die Anziehungskraft der Duesbergianer auf Menschen mit „alternativem“ Weltbild wird durch diese Fähigkeit zur eklektizistischen Theoriebildung erklärbar.

Sichtbarstes Beispiel dieser Entwicklung ist eine Arbeit von Fritz Poppenberg. Sein populärwissenschaftlicher Film „Die AIDS-Rebellen“ belegt anschaulich die Denkweisen und Vorgehensweisen der Duesbergianer. Mit willkürlich interpretierten Statistiken, sinnentstellten Interviews und unkommentierten Behauptungen wird ein leichtgläubiges Publikum zu beeindrucken versucht.

Neben sektenähnlich anmutenden „Initiativen für eine unabhängige AIDS-Aufklärung“ verbreiten auch selbsternannte AIDS-Aufklärer im Offenen Kanal (einem Berliner Kabel-TV-Kanal) ihre Botschaften. Sie gehen in ihrem Zwang zur komplexen Theoriebildung sogar soweit, das Ozonloch als Lüge abzutun. Hier muß die Frage erlaubt sein, ob es sich um eine gezielte paradoxe Intervention handelt, über die sich ihre Urheber insgeheim besonders amüsieren.

Mit geschickten Maßnahmen versuchen „Duesbergianer“, sich ins rechte Licht zu rücken und den Eindruck zu erwecken, eine anerkannte etablierte Organisation zu sein. Hierzu werden Werbezettel zu Veranstaltungen mit Namen „geschmückt“, die der etablierten AIDS-Szene entlehnt sind. Auf Werbezetteln ihres „AIDS-Symposiums“ (1992 in Berlin) werden u.a. Vertreter des AIDS-Zentrums und der D.A.H. aufgeführt, die erst durch die Veröffentlichung von der Veranstaltung erfuhren und ein Erscheinen niemals zugesagt hatten.

Die Bekanntheit scheint aber für die „AIDS-Rebellen“ dann zum Nachteil zu reichen, wenn Geldgeber erfahren, wer die „Duesbergianer“ eigentlich sind und welche Ziele sie verfolgen. Der Film „Die AIDS-Rebellen“ war von vier Bundesländern mit insgesamt über einer halben Million DM gefördert worden. Inzwischen haben sich einige Verantwortliche von dem Film distanziert, drei niedersächsische Ministerien warnen sogar davor, ihn als Unterrichtsmedium einzusetzen, u. a. hätte er gefährliche Ausgrenzungstendenzen.

**HIV ist gut für Dich,
Kondome sind gefährlich!**

„AIDS“: KONDOM = TOD

Aids ist eine Lüge, das „AIDS-Virus“ ist eine Lüge und Safer Sex als Schutz davor ist auch eine Lüge. Das Milliardengrab „AIDS“-Forschung ist das Feigenblatt der Gentechnologie. Eine tödliche Irreführung der Bevölkerung von Amts wegen! Die wirklichen Ursachen für in „AIDS“ oder „Immunschwäche“ unbenannte Krankheiten sind meist Vergiftungen durch Antibiotika. Andere „Medikamente“ oder Schnüffeldrogen beim krankhaften Suchter-Doping.

Die Moral kennt kein Virus

Die meisten AIDS-Missionare sagen nach quälend langen Einleitungen („der Penis muß trocken sein, weil das Kondom sonst abrutschen kann“ usw., so ein Missionarblättchen der „Deutschen Aids-Hilfe e.V.“), worum es wirklich geht: Die Treue, noch mehr der sexuelle Verzicht seien der wahre Schutz. Zur Vernebelung der Präferie-Kampagne „AIDS“ lassen sich promiske Vorzeigeschule benutzen, die einen verstecken die Moral, die anderen das Drogen-Sexdoping hinter ihren Kondomebetten.

Entwarnung: Es gibt kein „AIDS-Virus“!

Die Bundes-Schuloffiziere der AIDS-Hilfe behaupten, die Kritik der AIDS-Theorie sei widerlegt worden (z. B. in „Nature“ (362, 1993, 104); s. dpa-Desinformation vom 11. 3. 1993). Interessant, daß 99% der Medien über diese unwiderlegte Kritik bis heute nicht berichten mochten. Laut Geständnis von taz und zitty handelt es sich um eine bewußte Totschweige-Verschwörung. Die Meldung über eine angebliche Widerlegung des Verschwiegene kommt dagegen prompt auf dem Tisch. Wie der Milliardenfluß der „Forschungsgelder“!

Stopp die Kondomschamanen!

Keine Steuergelder für Blödsinn!

Wenn man die Menschen zusammenzählt, die selbst dann kein „Schutz“ bräuchten, wenn es tatsächlich ein „AIDS-Virus“ gäbe, Mehrheit zusammen: monogame, gemäßigt promiske, lesbische, assexuelle Mitmenschen. Die flächendeckende Kondompsychose ist also in jeder Hinsicht eine bizarre Heimsuchung des Steuerzahlers! Außerdem ist die Desinformation es gäbe ein „AIDS-Virus“, das größte Psycho-Verbrechen. Erfunden von der Medizin und seine Politik, der sonst nichts einfällt, und vollstreckt von unseren Massenmedien.

Deutschland: 70 Millionen AIDS-Täter und -Opfer

Als wäre der Wahnsinn nicht längst perfekt, findet im Juni in Berlin planmäßig auch noch der jährliche Tanz ums goldene Virus statt, der „Internationale AIDS Kongreß“. Eine Schande für Deutschland und Berlin! Der Leiter des Kongresses, Prof. Habermehl, hat internationale Anfragen wegen Bombendrohungen von Neonazis als gegenstandslos zurückgewiesen. Möge er da mal recht haben. Dabei ist sein Kongreß selbst mindestens genauso gegenstandslos. Aber das sagte er nicht.

AIDS ALL OVER NOW

Auszug aus: Stiftung Freie Nachrichten - Presseerklärung v. 19. März 1993

**Wieviele Schwule haben
eigentlich Gebärmutterhalskrebs?**

Nach einigen Lungen-, Krebs- und Verpilzungskrankheiten hat die Medizin nun auch den Gebärmutterhalskrebs bei speziellen Zielpersonen in „AIDS“ umbenannt.

Nicht wir haben die Schwulen in „AIDS-Hauptrisikogruppe“ und den Gebärmutterhalskrebs in „AIDS“ umbenannt, sondern die Lügenbarone der „AIDS-Forschung“.

Man will nach vielen Fehlstarts versuchen, einen Frauen-„AIDS-Epidemie zusammenzulügen.

Alles wäre halb so schlimm, wenn die Massenmedien nicht zu 99% mitlügen würden. noch immer lügen sie fast täglich. - es gebe ein „AIDS-Virus“/„HIV“.

„HIV“ sei ein Schutz vor „AIDS“.

„Safer Sex“ sei ein Schutz vor „AIDS“.

Wir hingegen geben Entwarnung in Sachen „AIDS-Virus“ und sagen den Menschen, was wirklich los ist:

- es gibt kein „AIDS-Virus“!
- „HIV“ ist ein harmloses latentes, konventionelles Retrovirus, das sich nicht verbreitet; nur der Test verbreitet sich, und nur deshalb steigen die Zahlen.

Auszug aus: Stiftung Freie Nachrichten - Presseerklärung v. 3. März 1993

Argumente zur AIDS-Kritik

AIDS ist ein willkürlich gewählter Begriff. Da er nicht wie bei anderen Syndromen einen Symptomenkomplex abkürzt (z. B. LAS=Lymphadenopathiesyndrom, ITP=idiopathische thrombozytopenische Purpura) oder nach seinem Entdecker benannt ist (z. B. Kaposi-Sarkom, Hodgkin-Lymphom), sondern eine klinische Beobachtung zusammenfaßt (das Auftreten einer erworbenen Immunschwäche), unterliegt er in seiner Interpretation einer zeitlichen Entwicklung.

Historisch betrachtet entstanden um diese beobachtete Immunschwäche zunächst eine Vielzahl von Erklärungsmodellen. Dafür steht auch die Tatsache, daß ein Gegenvorschlag zum Begriff AIDS der Begriff GRID (*Gay Related Immune Deficiency*) war.

1983 waren dann genügend Fälle von AIDS gesehen und beschrieben worden, um eine genauere Definition der Krankheit zu wagen. Hier wurden all diejenigen Krankheitsbilder zusammengefaßt, die nur im Zusammenhang mit einer Immunschwäche auftraten, und die bei den beobachteten Personen in der Regel tödlich verliefen.

Parallel zu der Suche nach einem verbindenden Element, wie bei den an ICL (*idiopathic chronic T-cell lymphocytopenia, sog. AIDS ohne HIV*) Erkrankten zu beobachten ist, verfolgten die Forscher der Centers for Disease Control unterschiedliche Hypothesen zur Krankheitsursache von AIDS.

Sehr schnell wurden die Parallelen zur Hepatitis B offensichtlich, die sich dieselben Personengruppen vermeintlich „ausgesucht“ hatte. Sehr bald – noch vor dem Nachweis des Virus wurde erkennbar, daß die an AIDS Erkrankenden durch Geschlechtsverkehr, gemeinsamen Spritzengebrauch und den Erhalt von Blutprodukten miteinander verbunden werden konnten. Von den Homosexuellen erkrankten nur die, die auch Sex mit einem anderen an AIDS Erkrankten gehabt hatten. Gleiches galt für das Needle-Sharing bei Fixern. Bluter erkrankten nur, wenn sie Blut von einem AIDS Erkrankten erhalten hatten. Die geringen Fallzahlen zu Beginn des Jahrzehnts erleichterten dabei die Infektionsquellenforschung. Ebenso führten die geringen Zahlen der Menschen mit AIDS aber auch dazu, daß zunächst der Verlauf des Krankheitsbildes nur auf dieser unzureichenden Basis geschätzt werden konnte. Hätte man damals die Definition nicht gewählt und den weiteren Verlauf der Entwicklung abgewartet, hätte es nicht schon vor der wirklichen Entdeckung des Virus und der Entwicklung des HIV-Antikörpertests zur Einführung effektiver Präventionsmaßnahmen kommen können. Durch die Ähnlichkeit mit der Hepatitis B wurde darauf geschlossen, daß Maßnahmen, die vor einer Hepatitis B schützen, auch vor AIDS schützen (nur deshalb konnten bereits 1983/84 in der Bundesrepublik erste AIDS-Hilfen mit der Aufklärung beginnen). Inzwischen wissen wir, daß HIV schwerer übertragbar ist, als Hepatitis B, weshalb einige der zunächst propagierten Präventionsbotschaften (Verzicht auf penetrierende Sexualität) abgeschwächt oder verlassen werden konnten.

Die Entdeckung des Virus und seine Isolierung aus den Körpern von an AIDS gestorbenen Menschen ließen dann die Vermutung aufkommen, daß HIV allgemein tödlich sei. Erst die Entwicklung des HIV-Antikörpertests erlaubte es, an eingefrorenen Blutproben im Nachhinein zu beobachten, daß es offenbar Menschen gibt, die über längere Zeit asymptomatisch HIV-infiziert sind. Die Tatsache, daß wir heute einen Zeitraum bis 1980 zurückverfol-

1.

Was ist AIDS?

Aids - Fängt
Aids i Erste jetzt das
e Sterben an?

Aid Gärtner
wol sich
verbrennen

„AIDS
SCHLIMMER
ALS DIE
PEST“
tot

Toter steckt 6 Menschen
mit AIDS an.

2.

Was ist AIDS ohne HIV?

gen können, ist auf den Zufall zurückzuführen, daß zu dieser Zeit in mehreren Städten der USA und Kanadas Impfstudien zur Hepatitis B bei Schwulen durchgeführt wurden, in deren Rahmen auch Blutproben eingefroren wurden.

Auf der 8. Internationalen AIDS-Konferenz im Mai 1992 in Amsterdam wurde erstmalig von 26 Patienten ohne HIV berichtet, bei denen eine erniedrigte Zahl der T-Helferzellen mit **Immunschwächeerkrankung ohne HIV** beobachtet wurde. Diese Aussage erregte großes Aufsehen und löste Spekulationen darüber aus, ob es sich dabei um Teile einer Variante des Virus oder gar um einen bisher unbekanntem Erreger handeln könnte.

Auch die Möglichkeit einer erbten Immunschwäche, die aufgrund verstärkter Immununtersuchungen neu entdeckt wurde, fand Beachtung.

Zur Zeit reichen die Spekulationen um dieses Krankheitsbild sehr weit. Die bekannten Fakten sind, daß die bislang erkrankten Menschen in keinem Zusammenhang miteinander oder mit Menschen mit HIV steht. Da somit die Wahrscheinlichkeit einer ursächlichen Verknüpfung beider Krankheiten sehr unwahrscheinlich ist, lag es nahe, der Erkrankung einen neuen Namen zu geben. Das Absinken der T-Helferzellen auf Werte unter 200/ul, das Verbleiben des Wertes auf unter 200 über mindestens sechs Monate und das Auftreten von Erkrankungen durch diese Immunschwäche wird als **idiopathische chronische T-Zellarmut** (*idiopathic chronic T-Lymphocytopenia, ICL*) bezeichnet.

3.

Ist das HI-Virus nachweisbar?

Der Nachweis von Krankheitserregern ist grundsätzlich durch drei unterschiedliche Methoden möglich:

1. mikroskopischer Nachweis des Erregers

Da HIV zu den lichtmikroskopisch nicht sichtbaren Erregern gehört (aus der Gruppe der Viren ist allein das Pockenvirus, sog. Variolavirus, lichtmikroskopisch sichtbar), müssen Gewebestücke, in denen ein Virus vermutet wird, zunächst chemisch aufbereitet werden. Dies geschieht durch eine Verhärtung des Gewebes, das dann in nur Mikrometer dicke Scheiben zerschnitten oder zerbrochen wird. In diesen Gewebeproben kann dann in 50.000facher Vergrößerung das HI-Virus dargestellt werden. Aus diesen Untersuchungen leitete Gelderblom 1986 die inzwischen bekannte dreidimensionale Struktur des Virus ab.

2. die Erregeranzucht

Viren sind zu ihrer Vermehrung auf lebende Zellen angewiesen, die sie sozusagen als Wirte benutzen können. Jedes Virus ist auf eine bestimmte Wirtszelle spezialisiert. Virus und Wirtszelle erkennen sich gegenseitig an Oberflächenstrukturen, die für beide spezifisch sind. Neben der oberflächlichen Erkennung muß auch der Stoffwechsel des Wirtes und des Virus übereinstimmen.

Manche Viren lassen sich durch die Übertragung auf ein Versuchstier schneller und billiger nachweisen, als durch andere Methoden. Dies trifft wegen der hohen Wirtsspezifität auf HIV nicht zu. HIV kann nur auf Makaken und Schimpansen übertragen werden. Beide Versuchstiere sind selten, vom Aussterben bedroht und sollten nur im unausweichlich notwendigen Fall für Versuche mit HIV verwendet werden.

Zur Anzucht von HIV aus Gewebeproben müssen zwei grundsätzliche Bedingungen erfüllt sein: erstens muß das Virus in vermehrungsfähiger Form aus dem Gewebe in die Kultur eingebracht werden. Eine Zellkultur, in der HIV heranzüchtbar ist, muß aus be-

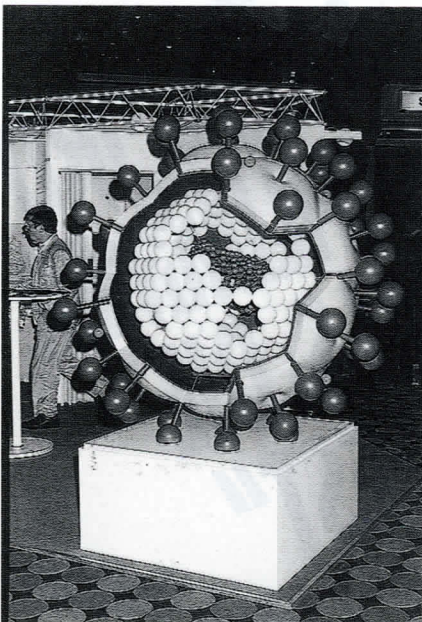


Foto: Johannes Aevermann

stimmten Zellen hergestellt sein. Deshalb muß zweitens eine geeignete Zellkultur entwickelt werden. Der Nachweis von HIV über die Zellkultur ist heutzutage prinzipiell in 100 % der Fälle möglich.

Folgende Bedingungen schränken diese Aussage ein: sind bei einem Menschen nur Viren vorhanden, die im Erbmaterial „schlummern“, so müssen aktivierte, infizierte Zellen in eine Kultur eingebracht werden. Nicht jedes Gewebe im menschlichen Körper ist mit der aktiven Form des HIV infiziert. Deshalb müssen zusätzlich Zellen z. B. aus Lymphknoten untersucht werden.

Bei Blutentnahmen oder von Gewebeproben aus Lymphknoten kann man mittlerweile durch Zwischenschaltung eines Aktivierungsschrittes das Virus anzüchten.

3. Laborverfahren

Obwohl die Erbsubstanz von Organismen aus nur wenigen unterschiedlichen Bausteinen (den Nukleinsäuren) aufgebaut ist, gibt es Segmente des Erbmaterials, die für einen Organismus typisch sind. Diese können durch Verfahren, die in den letzten fünf Jahren entwickelt wurden (die Polymerase-Kettenreaktion) nachgewiesen werden. Hiermit ist der genaueste Nachweis von HIV-Erbsubstanz in Geweben möglich geworden (selbst eine einzelne Kopie der Erbsubstanz in einer Zelle ist nachweisbar). Diese Methode war 1987, als Duesberg seine Thesen erstmalig verbreitete, noch nicht für HIV anwendbar. Heutzutage gelingt mit ihr der Nachweis einer HIV-Infektion auch dann, wenn keine Antikörper vorhanden sind. Diese Methode wird zum Beispiel in der Diagnose einer HIV-Infektion bei Neugeborenen verwendet, da die Antikörper des Kindes während der ersten sechs Monate mütterliche Antikörper sind.

Kennt man die Oberflächenstruktur eines Erregers, so lassen sich Verfahren zum Nachweis des Erregers durch radiologische oder biologische (immunhistochemische) Methoden entwickeln. Mit diesen Verfahren (wie z. B. Western-Blot) können die Antikörper gegen HIV aus dem Blut nachgewiesen werden. Diese Verfahren sind so sensibel, daß man erst bei dem Nachweis von Antikörpern gegen mehrere Bestandteile von HIV von einer tatsächlich vorliegenden Infektion ausgeht. Der Western-Blot wird zur Bestätigung eines positiven Antikörpertests, des ELISA, eingesetzt. Der ELISA ist ein Verfahren, bei dem Antikörper gegen HIV aufgrund eines „Farbtests“ nachgewiesen werden. Er hat eine höhere Rate an falsch positiven Ergebnissen, weshalb er als Suchtest zwar geeignet ist, aber ein positiver Befund in jedem Fall durch den Western-Blot bestätigt werden muß.

Der Nachweis einer Virusinfektion kann entweder durch den direkten Virusnachweis geschehen oder durch den Nachweis einer Reaktion des Immunsystems auf den Eindringling. Kann sich ein Virus, wie z. B. HIV, aber auch Herpes simplex, in den Wirtszellen verstecken und dort in einer Art „Schlafzustand“ verharren, ist der Nachweis der stattgefundenen Infektion sogar ausschließlich über den Nachweis der Immunreaktion möglich. Diese Immunreaktion besteht in der Ausbildung einer durch Antikörper vermittelten Immunantwort oder durch die Bildung von Freßzellen gegen das Virus. Im Sinne einer Kosten/Nutzen-Kalkulation wird von diesen Verfahren und den genannten Verfahren zum direkten Nachweis des Erregers das günstigste ausgewählt. Im Falle von HIV ist dies der einfache und relativ zuverlässige (Sicherheit in der Regel oberhalb 97 %) ELISA-Test.

Gleiche Überlegungen kommen auch bei anderen Erkrankungen zum Tragen, bei denen das typische Krankheitsbild noch nicht ausgebrochen ist oder die Symptome vieldeutig sind. So wird bei



Foto: Andreas Huwe

4.

Warum wird das Virus nicht direkt nachgewiesen? (ausgetestet?)

Hepatitis B Virus mit Antikörpernachweis verbunden, bei Gonorrhoe wird der lichtmikroskopische Befund, wenn positiv, grundsätzlich durch eine Kultur ergänzt und bei Syphilis kommen oft alle drei möglichen Verfahren zur Anwendung.

Im Rahmen von klinischen Studien oder besonderen Forschungsvorhaben wird auch der HIV-Nachweis durch Kulturanzucht durchgeführt. Er bleibt jedoch das aufwendigste (Gewebsentnahme aus unterschiedlichen Organen) und teuerste (weil nicht maschinell durchführbar) Verfahren.

5.

Wo im Körper kann man HIV finden?

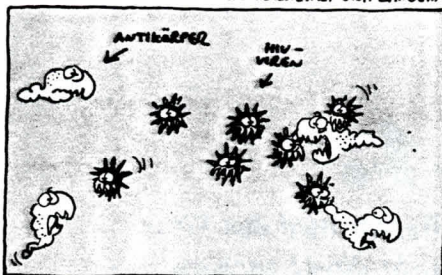
Ein Krankheitserreger muß nicht notwendigerweise den ganzen Körper befallen, um eine lebensgefährliche Erkrankung auszulösen. Die zentrale Frage im Zusammenhang mit HIV ist der Befall des Immunsystems und des zentralen Nervensystems. In beiden Systemen kann HIV zu unterschiedlichen Schädigungen führen, kann völlig harmlos vorhanden sein, oder ist in Ausnahmefällen auch nur vorübergehend vorhanden.

Der Befall des Immunsystems durch HIV ist am stärksten in den Lymphozyten der Lymphknoten sichtbar. Diese Zellen sind im Gegensatz zu den im Blut zirkulierenden (bei einer Blutentnahme meßbaren) Zellen sehr langlebig und somit auch ein Reservoir der HIV-Infektion im menschlichen Körper.

HIV wird vermutlich durch Immunzellen in das Gehirn getragen. Interessanterweise sind es dort auch wiederum Immunzellen, die vorrangig infiziert sind. Diese sogenannten Mikrogliazellen spielen auch eine große Rolle bei der „Ernährung“ von Hirnzellen, weshalb durch eine Funktionsschädigung dieser Zellen eine Stoffwechselstörung von Hirnzellen verursacht werden kann. Dies ist ein Beispiel dafür, wie durch die Schädigung der Funktion einer Zellgruppe (und nicht unbedingt durch ihre Zerstörung) andere Zellen in Mitleidenschaft gezogen werden.

Im Immunsystem außerhalb des Gehirns treten zusätzliche, als „Autoimmunphänomene“ beschriebene Wechselwirkungen von Immunzellen auf, bei denen das Immunsystem beginnt, sich selber zu zerstören.

IM BLUT WERDEN ZWAR ANTIKÖRPER GEGEN DAS VIRUS GEBILDET, ABER DIE KÖNNEN DEN VIRUS NICHTS ANHABEN. DAS VIRUS VERMEHRT SICH LANGSAM



Grundsätzlich gilt für HIV, wie für alle anderen Viren, daß nur solche Zellen infizierbar sind, die dem Virus durch einen Oberflächenrezeptor die Anlagerung ermöglichen. Vermutlich können auch Mechanismen, bei denen Zellen aktiv Feststoffe aufnehmen („Freßzellen“) zu einer Infektion führen. In den vergangenen Jahren wurde entdeckt, daß HIV in der Lage ist, mehrere unterschiedliche Rezeptoren zu nutzen. Der häufigste Mechanismus ist jedoch wahrscheinlich die Anlagerung an einen CD4-Rezeptor, wie er typischerweise auf der Oberfläche der T-Helferzellen vorhanden ist. CD4 ist auch auf anderen Zellen zu finden (z. B. den Langerhans'schen Zellen in der Haut).

6.

Liegt das Übertragungsrisiko bei 1:1000?

Die Ausbreitungsgeschwindigkeit von Infektionskrankheiten ist nicht nur von den Eigenschaften des Erregers abhängig. Dies ist insbesondere bei Erregern auffällig, die zur Übertragung bestimmten Einflüssen unterliegen, die vom Wirt abhängig sind. Bei geschlechtlich übertragenen Erregern ist diese Wirtsaktivität eine Form des Geschlechtsverkehrs.

Generell wurde festgestellt, daß HIV in unterschiedlicher Konzentration in fast allen Körperflüssigkeiten enthalten ist. Die höchste Konzentration von Virus findet sich in Blut, Samenflüssigkeit und

Vaginalflüssigkeit. Als weniger gefährlich werden Speichel und Tränen eingeschätzt, da hier eine geringe Viruskonzentration vorliegt. Daraus lassen sich Übertragungswege in eine Rangfolge der Übertragungswahrscheinlichkeit bringen. Direkter Blutkontakt, Hautrisse und Schleimhautverletzungen fördern die Übertragung. Kommt es beim Geschlechtsverkehr zu Verletzungen, tragen auch Samen- und Scheidenflüssigkeit eine hohe Wahrscheinlichkeit der Übertragung. Dabei erhöht sich das Übertragungsrisiko mit dem Schweregrad der Erkrankung der an AIDS-erkrankten Person. Da es vor allem beim Analverkehr zu leichten Verletzungen der Darmschleimhaut kommt, schreibt man von allen Formen des Geschlechtsverkehrs dem ungeschützten Analverkehr das größte Risiko zu. Durch Verletzung der Darmschleimhaut oder kleinster Blutgefäße wird hier eine Eintrittspforte für das Virus geschaffen, ähnlich wie sie beim vaginalen Verkehr während der Menstruation besteht.

Das gleichzeitige Vorhandensein von geschwürbildenden Geschlechtskrankheiten, die in ihrem Wundsekret eine hohe Viruskonzentration haben können und eine hohe Verletzbarkeit aufweisen (Blutungsneigung), wird als befördernder Faktor der Übertragung von HIV beschrieben.

Je nachdem, welche dieser Faktoren bei den Geschlechtspartnern vorliegen, kann das Risiko zwischen 1:1 und 1: unendlich (z. B. beim Petting) liegen. Ein statistisches Mittel von 1:1 000 ist deshalb sehr irreführend. Häufig werden Beispiele von Personen genannt, die sich nachgewiesenermaßen bereits nach einem einzigen Beischlaf infiziert haben; ein anderes Beispiel ist der Freund des an AIDS erkrankten und inzwischen verstorbenen Filmstars Rock Hudson, der angibt, nach ca. 100 Liebesnächten mit dem infizierten Schauspieler gesund zu sein.

Auch wenn sich die Übertragungsgefahr in exakten, d. h. auf den Einzelfall anzuwendenden, Zahlen nur schwer erfassen läßt, ist von einem „Russischen Roulette“ dringend abzuraten.

Es wird behauptet, daß die Aktivität des Virus biochemisch gering sei, nur eine von zehntausend T-Zellen befallen würde und HIV auch selten Zellen direkt tötet. Wie kann es dann überhaupt zu einer Ausbildung einer Immunschwächekrankheit und zum Abfall der T-Zell-Zahl kommen?

Zwei Prinzipien erklären (neben einer unbekanntem Zahl anderer) den Verlust der Funktion des Immunsystems und damit die Krankheitsentstehung: 1. Steter Tropfen höhlt den Stein 2. Ein fauler Hering verdirbt das ganze Faß

Zu 1.:

Es gibt zwei Varianten von HIV, die sich in ihrer Aktivität unterscheiden. Neben den „langsamen“ Typen, die in der Regel bei asymptomatisch HIV-Infizierten nachweisbar sind, gibt es die stark zellschädigenden (zytopathischen) Virusstämme. Letztere lassen sich bei Menschen mit sehr schnellem Krankheitsverlauf (von der Infektion bis zum Ausbruch der Immunschwäche liegen 1-2 Jahre) und regelmäßig bei allen Menschen mit AIDS nachweisen.

Theoretisch wird formuliert, daß die „Umschaltung“ von langsam auf schnell durch die spontane Mutation des Virus mit anschließender natürlicher Auswahl der hochaktiven, schnellen Typen geschieht.

Die peripher (d. h. im Blut) meßbaren Helferzellen sind nicht sehr langlebig. Aber selbst wenn eine große Zahl von gesunden T-Zellen nachproduziert wird, bleiben genügend produktive HIV-infizierte



Foto: Jan Kornstaedt

7.

Welche spezifischen Eigenschaften hat das Virus?

Zellen übrig, um ein Überleben des Virus zu sichern. Zellen (sog. Freßzellen), die den Abbau von T-Zellen betreiben, können während des Abbauproganges selber infiziert werden. Diese Zellen werden dadurch zu weiteren Reservoirs des Virus. Sie sind z. B. auch in der Lage, das Virus dann wieder direkt auf Helferzellen zu übertragen.

Nach einer Phase hoher Aktivierung des Immunsystems erscheinen die Reserven der Zellneubildung schließlich wie „ausgebrannt“. Neben dem T-Zellsystem werden dann häufig auch Funktionsstörungen in anderen Bereichen des Immunsystems beobachtet (sogenannter „kombinierter Immundefekt“).

Zu 2.:

Die Zellen des menschlichen Körpers verständigen sich untereinander durch die Übermittlung sog. Botenstoffe. Der erste dieser Botenstoffe, der beim Menschen identifiziert und in Zusammenhang mit dem Immunsystem beobachtet wurde, war das Interferon. HIV-infizierte T-Zellen und andere HIV-infizierte Zellen des Immunsystems produzieren nach der Infektion ein breites Spektrum an Botenstoffen, die eine hemmende oder aktivierende Wirkung auf andere Zellen des Immunsystems haben. Je mehr Zellen infiziert sind, desto deutlicher überwiegen die negativen Eigenschaften der „Boten“. Einer dieser Botenstoffe ist z. B. TGF-beta, das von HIV-infizierten T-Zellen freigesetzt wird. TGF-beta hat einen hemmenden Effekt auf die Differenzierung und Aktivität von T-Zellen. Also einen Effekt, der auch nicht-infizierte Zellen in ihrer Funktion und Anzahl stark einschränkt.

Neuere Untersuchungen konnten auch zeigen, daß allein schon der massenhaft im Blut vorkommende Virushüllbestandteil gp120 in der Lage ist, den Zellstoffwechsel anderer Zellen zu verlangsamen.



Wie tötet HIV Zellen?

Im Gegensatz zu vielen anderen Viren gelingt es HIV äußerst selten, eine Zelle, die es befällt, durch eine Überproduktion von Virus zum „Zerplatzen“ zu bringen. Seine pathogene (wörtlich: krankmachende) Wirkung wird durch die Zerstörung HIV-infizierter Zellen mittels „programmiertem Zelltod“ erreicht. Dies ist ein Vorgang, bei dem durch HIV in Kombination mit einem „Superantigen“ (wie z. B. Mykoplasmenantigen) der „natürliche“ Zelltod ausgelöst, d. h. der Alterungsprozeß der Zelle beschleunigt wird. Daneben existieren sog. Antiidiotypen. Sie besagen, daß das Immunsystem beginnt, sich durch die Bildung von Antikörpern selber zu zerstören.

Es muß aber ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß die Tötung von Zellen wohl nicht der entscheidende Schritt der Zerstörung des Immunsystems ist.



Wieso kann das Virus 2-12 Jahre „schlummern“, bevor es zum Ausbruch von Krankheitsbildern kommt?

Das Immunsystem des Menschen ist in der Lage, das Auftreten von Krankheiten zu unterdrücken oder zu verzögern. Bekannt ist dies von der langen Erfahrung mit Tuberkulose. Die Tuberkulose tritt innerhalb von Familien nicht bei allen Familienmitgliedern mit gleicher Wahrscheinlichkeit auch als Erkrankung zu Tage. Die Durchführung der Reihenuntersuchung mit Schirmbildwagen während der fünfziger bis achtziger Jahre konnte sehr gut zeigen, daß viele Menschen bereits eine Tuberkulose durchgemacht haben, weil Vernarbungen in der Lunge dies sichtbar machten. Die Zahl der tatsächlich Erkrankten war viel geringer.

Robert Koch sagte, von seinen Untersuchungen zur Tuberkulose ausgehend: „Der Erreger ist nichts, das Milieu ist alles.“ So kann man also davon ausgehen, daß für die Entwicklung einer Krankheit

neben dem Kontakt mit einem Erreger, andere im Menschen oder seiner Umwelt zu suchende Faktoren eine Rolle spielen. Der Fachausdruck für diesen Umstand ist die „natürliche Immunitätslage des Wirtes“.

Einige Krankheitserreger können über längere Zeit im menschlichen Körper inaktiv sein. Entweder entziehen sie sich durch das „Verstecken in Zellen“ dem Zugriff durch das Immunsystem, oder das Immunsystem selber bildet eine „Kapsel“ um eine Gruppe von Erregern. Beim Herpes (aber auch bei Windpocken z. B.) ist der Erreger in Nervenzellen verborgen und wird z. B. durch UV-Bestrahlung oder Kälte, aber auch durch so komplexe Vorgänge wie eine körperliche Stressreaktion oder Hormonschwankungen aktiviert. Die Erreger der Toxoplasmose hingegen werden vom Immunsystem abgekapselt und nehmen eine Dauerform an, die erst dann wieder aktiviert wird, wenn die Umkapselung durch einen Immundefekt gelockert wird.

Von der Hepatitis sind mehrere Formen bekannt, die durch unterschiedliche Erreger verursacht werden oder beim selben Erreger zu unterschiedlichen Verläufen führen. Von der akuten Leberentzündung bis zum Leberkrebs nach vielen Jahren der Infektion sind viele Zwischenformen bekannt. Einige Menschen erkranken dagegen überhaupt nicht und sind trotzdem ansteckend. Diese Erkenntnis konnte erst gewonnen werden, nachdem durch Testverfahren der Nachweis einer Hepatitisvireninfektion unabhängig von der Leberentzündung möglich war.

Die Immunschwächekrankheit AIDS konnte zunächst nur in Abgrenzung von anderen Immunschwächen anhand der Krankengeschichte nachgewiesen werden. Konnten andere Formen der medikamentösen oder erbten bzw. strahlenbedingten Immunschwäche ausgeschlossen werden, wurde das Auftreten bestimmter Krankheitsbilder als AIDS bezeichnet. Daraus folgert, daß in den Jahren vor der Möglichkeit eines HIV-Nachweises der Krankheitsverlauf erst ab dem Auftreten einer schweren Immunschwäche gesehen wurde. Die Schlußfolgerung war, daß Menschen, die an AIDS erkrankten, eine Überlebenszeit von durchschnittlich sechs Monaten hatten. Mit der Möglichkeit des Nachweises einer HIV-Infektion auch vor dem Krankheitsausbruch durch den Antikörpertest, konnten dann zunehmend Aussagen darüber gemacht werden, wieviel Zeit durchschnittlich zwischen der Infektion mit HIV und dem Ausbruch von AIDS liegt.

Darüber hinaus wurde auch beobachtet, daß einige Menschen in der Lage sind, auch das Auftreten einer schweren Immunschwäche längere Zeit zu überleben. Diese sogenannten „Langzeitüberlebenden“ sind heute Ziel umfangreicher Studien, um nach der Ursache dieses untypischen Krankheitsverlaufes zu suchen.

Bislang lassen sich vier Formen des Krankheitsverlaufs unterscheiden:

1. *Nach der Infektion mit HIV kommt es innerhalb von wenigen Monaten zu einem schnellen Abfall der Helferzellen, dem Auftreten erster Symptome und innerhalb von weniger als drei Jahren zum Tod durch AIDS-Erkrankungen.*
2. *Nach der Infektion mit HIV kommt es zu einem allmählichen Abfall der Helferzellen um durchschnittlich 100 Zellen pro Jahr, gefolgt von dem Auftreten von Symptomen, der ersten AIDS-Erkrankung, von einem weiteren Abfall der Helferzellen und einer tödlichen AIDS-Erkrankung. Der Verlauf der HIV-Infektion dauert hier mehr als sieben Jahre – im statistischen Durchschnitt wohl 11 Jahre oder länger.*

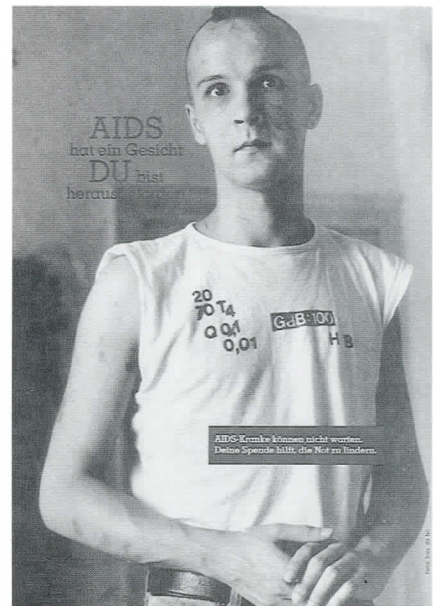


Foto: Ines de Nil

3. *Nach der HIV-Infektion kommt es zwar zu einem Abfall der Helferzellen, jedoch ist dieser nicht geradlinig (linear) sondern verläuft in Schüben (mit Plateaubildungen). Hier ist die Prognosestellung fast unmöglich.*
4. *Es werden nach elf Jahren Beobachtung des Krankheitsverlaufs ca. 10 % Menschen mit HIV beschrieben, die keinerlei Zeichen einer Schwächung des Immunsystems oder eines Abfalls der Helferzellen als Laborwert dafür aufweisen.*

Sowohl bei der Entscheidung über den Einsatz von Therapien wie bei der individuellen Lebensplanung, sind diese Erkenntnisse ausschlaggebend. Sie werden mit der Dauer der Beobachtung des sogenannten „natürlichen“ Krankheitsverlaufs immer umfangreicher und erlauben auch die Forschung nach den Ursachen des „Langzeitüberlebens“ und nach den eventuell daraus zu entwickelnden neuen Therapieansätzen und Beratungsinhalten.

Die Tatsache, daß das „Langzeitüberleben“ bislang nicht erklärbar ist, führt notwendigerweise zu Spekulationen und Hoffnungen. Möglicherweise werden hier in den nächsten Jahren Aussagen getroffen werden, die als verbindlich begriffen werden können. Alle bisherigen Spekulationen über schädigende oder förderliche Maßnahmen und Strategien sind sehr frühreif und mit entsprechender Vorsicht zu genießen.

In der Diskussion um öffentlich bekannte „Langzeitüberlebende“, wie Michael Callen wird häufig unerwähnt gelassen, daß diese nicht zur Gruppe der Menschen mit dem oben als viertem beschriebenen Verlauf der HIV-Infektion gehören. Michael Callen persönlich hat bei aller Skepsis gegen alle möglichen schulmedizinischen Prinzipien, niemals eine radikale Entscheidung gegen die Anwendung dieser Verfahren bei sich selbst getroffen. Er ist seit Jahren an einer schweren Immunschwäche erkrankt und nimmt seit dieser Zeit unterschiedliche Medikamente als Therapie und Prophylaxe (so ein Interview in MTV USA Januar 1993).

10. ***Ist HIV nicht einfach nur ein harmloses Retrovirus?***

Retroviren sind bisher bei zahlreichen tierischen erworbenen Immunschwächekrankheiten (Katzen-, Mäuse-, Affen-AIDS, Visna-Maedi) beobachtet worden. Hier ist der Zusammenhang zwischen Immunschwäche und Virus durch zahlreiche kontrollierte Tierversuche belegt. Ähnliche Versuche beim Menschen durchzuführen, verbietet die Menschlichkeit und auch die medizinische Ethik.

Langzeitbeobachtungen an Homosexuellen und Blutern haben belegen können, daß Immunschwachesyndrome wie bei AIDS nur im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion oder anderen bekannten therapeutisch bedingten Immunsuppressionen auftraten (Chemo- und Strahlentherapie). Bei 99 % der AIDS-Erkrankten wurde HIV im Blut nachgewiesen, daher ist das Virus nicht als harmlos einzuschätzen.

Der klare und nachweisbare zeitliche, räumliche und individualisierbare Zusammenhang zwischen HIV-Infektion, sowie die zunehmenden Kenntnisse über die möglichen Mechanismen der Krankheitsentstehung, verbieten eine Verharmlosung der Gefährlichkeit von HIV. Dafür wäre eine lückenlose Beweiskette zu fordern, die mehr sein müßte als nur ein paar Fragen.

Von besonderem Interesse ist, daß in diesen Langzeitbeobachtungen Drogengebrauch, Analverkehr und Blutpräparate keine Einfluß auf die Ausbildung eines Immundefektes hatten. Antikörper sind Eiweiße, die der menschliche Körper als Reaktion

auf die Erkennung eines Erregers bildet. Sie markieren den Erreger als „fremd“ und erlauben somit den Freßzellen, den Erreger zu zerstören.

Das HI-Virus kann nach der Infektion und der Bildung von Antikörpern als Immunantwort „schlummernd“ in Zellen vorhanden sein. Das Immunsystem kann an der Oberfläche dieser Zellen kein HIV erkennen und reduziert deshalb trotz Vorhandenseins des Virus die Antikörperproduktion. Beginnt nun eine zuvor „schlummernde“ Zelle mit der Virusproduktion (für diese Aktivierung gibt es bislang kein überzeugendes Erklärungsmuster), so gelingt es der Zelle vor dem erneuten Einsetzen der Antikörperproduktion (dies dauert ca. 48 Stunden), Virusmengen freizusetzen, die die Neutralisierungskapazität vorhandener Antikörper übersteigen.

Der HIV-Antikörpertest bestimmt nicht die Menge an vorhandenen Antikörpern im Verhältnis zu der Virusmenge, sondern belegt nur das Vorhandensein einer antikörpervermittelten Immunantwort. Von einer möglichen effektiven Schutzfunktion kann deshalb nicht mehr gesprochen werden. Dies gilt im übrigen auch bei der Übertragung von HIV, die ja nach Duesberg durch die Bildung von Antikörpern ausgeschlossen sein müßte.

Vor der Ausbildung des Immundefektes kommt es zu einem deutlichen Abfall der Antikörper gegen HIV-p24. Dies ist der Bestandteil des Virus, der gemessen wird, um die Freisetzung von Virus zu bestimmen. Durch direkte Übertragung des HIV von Zelle zu Zelle, durch Verzögerungen in der Antikörperproduktion und das stete und langsame Fortschreiten der Ausbreitung des Virus im Körper versagt an dieser Stelle das Immunsystem.

Antikörper stellen auch bei anderen, in Zellen „schlummernden“ Viren keinen Schutz vor Erkrankung dar. Man denke nur an die durch Herpes ausgelösten „Fieberbläschen“. Hier „schlummert“ das Virus in den Zellen von Hautnerven und wird trotz vorhandener Antikörper durch diverse Faktoren reaktiviert. Gleiches gilt für die Gürtelrose (eine reaktivierte Form der Windpocken) und die chronisch aggressive Hepatitis. Wären die antiviralen Immunantworten stets effektiv, bräuchten wir keine Impfstoffe, und Virusinfektionen wären klinisch fast ohne Bedeutung.

Ein anfänglich naiver Umgang mit der Möglichkeit des Testverfahrens hat zu massiven Problemen geführt. Der Test fand häufig leichtfertig ohne Reflexion der möglichen Konsequenzen und ohne Beratung statt. Betroffene wurden mit ihrem positiven Testergebnis allein gelassen, eine vorherige Auseinandersetzung mit der Möglichkeit „positiv“ zu sein und den daraus resultierenden Folgen für den einzelnen fand nicht statt.

Rechtliche Fragen des Datenschutzes, der zwingenden Einwilligung und der Anonymität von Testpersonen wurden zum Teil erst problematisiert, nachdem einige ihren Arbeitsplatz verloren hatten oder gesellschaftlich diskriminiert wurden.

Als es gelungen war, der häufigsten Infektionskrankheit, von der Menschen mit HIV bedroht sind, der PCP- Lungenentzündung erfolgreich vorzubeugen, gewann der Test zunehmend als diagnostisches Verfahren zur Überleitung in eine sinnvolle Vorbeugung gegen diese Erkrankung an Bedeutung. Auch früh erkannte andere opportunistische Infektionen können heute so behandelt werden, daß der Krankheitsverlauf gemildert und die symptomfreie Zeit ver-

11.

Sind die Antikörper virusneutralisierend?

12.

Wieso kann man trotz Antikörper AIDS bekommen?

13.

Sollte man sich testen lassen?

längert werden kann. Im Gegensatz zu der Situation Mitte der achtziger Jahre ist also der Test aus medizinischer Sicht für Menschen mit unklaren Symptomen einer Immunschwäche oder auch nach einem realen Infektionsrisiko sinnvoll sein.

Für diejenigen, die mit der Ungewißheit einer möglichen HIV-Infektion nicht leben mögen, kann der Test eine Hilfe sein, um sich mit quälenden Fragen auseinanderzusetzen; quasi Bilanz ihres bisherigen Lebens zu ziehen. Wer sich für einen Test entscheidet, sollte sich vorher fragen, ob tatsächlich ein Ansteckungsrisiko bestanden hat, ob die Ungewißheit mehr belastet, als ein möglicherweise positives Testergebnis. Ob man in der Lage ist, ein positives Testergebnis psychisch zu verkraften und ob Menschen da sind, die Unterstützung bieten können.

Generell gibt es kein Patentrezept, wie sich Menschen mit den Auswirkungen des Nachweisverfahrens verhalten sollen. Jede einzelne HIV-Infektion und jede einzelne AIDS-Erkrankung ist ein Stück persönlicher Lebensgeschichte. Entsprechend individuell müssen auch die Angebote auf die vielen Fragen und Probleme zugeschnitten sein. In Deutschland hat sich inzwischen ein großes Netzwerk zur Selbsthilfe und zur solidarischen Hilfe für und von Menschen mit HIV und AIDS gebildet. Für Menschen, die sich in Risikosituationen befanden, und die sich für das Leben mit dem Wissen um das Virus im Körper entschieden haben, kann Sexualität unter Menschen mit HIV befreiter erlebt werden. Die Lebensplanung kann sich an den neuen Umständen neu ausrichten. Für Menschen, die sich gegen die Gewißheit entschieden haben, kann der Weg der Verdrängung der einzig gangbare im Umgang mit AIDS sein. Für sie ist es erträglicher, sich eine Lebensperspektive als Schwerkranker gar nicht erst vorstellen zu müssen, oder sich auf eine Sonderrolle als „Positiver“ in ihrem gesellschaftlichen Umfeld nicht einzulassen.

Die Aufforderung „Laß Dich nicht testen!“, kann nicht akzeptiert werden. Ebenso wenig wie die Mahnung „Nur wer sich testen läßt, kann sich und andere schützen“ wird sie der individuellen Situation gerecht. Die Entscheidung für oder gegen den Test kann nur eine ganz persönliche Entscheidung sein, die individuell getroffen werden muß. Obwohl rechtliche und psychosoziale Aspekte nach wie vor einen kritischen Umgang mit dem HIV-Antikörpertest notwendig machen, kann eine Früherkennung der Infektion rechtzeitige medizinische Behandlungen ermöglichen.



Kann man durch Drogengebrauch AIDS bekommen?

Im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Diskussion um den Gebrauch oder Mißbrauch von Rauschdrogen ist die Unterscheidung der Drogen in unterschiedliche Gruppen als gefährlich oder ungefährlich oft nicht nachvollziehbar.

Die Diskussion um Drogen macht sich somit auch beinahe ausschließlich an „illegalen“ Drogen fest, die fast alle entweder eine medizinische Bedeutung haben oder hatten (Morphium, Opium, Kokain, Schmerzmittel oder krampflösende Mittel) und/oder wegen der Tendenz zur Erzeugung einer Sucht unter strenge staatliche Kontrolle gestellt worden sind. Wie aber das Beispiel ihrer Anwendung in der Medizin zeigt, werden diese Drogen auch weiterhin z.T. noch verwendet, oder es sind Weiterentwicklungen der Wirkstoffe auf dem Markt, die ein geringeres Suchtpotential haben. Was ist also so dramatisch an dem Gebrauch von Heroin?

Wenn man Heroin oder auch andere Opiate (so heißt die Gruppe der Medikamente, die von Opium abgeleitet werden) im Laborversuch mit Immunzellen zusammenbringt, kann nachgewiesen werden, daß sich die Aktivität der Immunzellen verringert. Kann man deshalb schlußfolgern, daß der verlängerte oder chronische Gebrauch dieser Substanzen einen schweren Immundefekt auslöst? Von Methadon, das auch zur Familie der Opiate gehört, ist bekannt, daß es bei Anwendung zur Substitution bei Menschen mit HIV und AIDS mit einem Ansteigen der T-Helferzellen einhergeht. Auch wird zunehmend der Beobachtung nachgegangen, daß Menschen mit HIV, die Opiate gebrauchen, eine verlängerte Lebenserwartung haben. **Wenn es denn „verschwiegene Wahrheiten“ über AIDS gibt, dann gehört die positive Wirkung von Opiaten dazu.**

Weniger positiv sind die Nebenwirkungen der Substanzen einzuschätzen, die während des Handels mit Heroin als Streckungsmittel beigefügt werden. Um die Konzentration des Heroins herabzusetzen und damit den erzielbaren Preis zu erhöhen, werden Stoffe wie Strychnin, aber auch Putzmittel wie ATA zugesetzt. Die Gesundheitsgefährdung durch diese Zusatzstoffe und die handelsüblichen Schwankungen in der Konzentration des Heroins ist offensichtlich (Vergiftung, Venenentzündung, Überdosierung).

Ein Beleg für den Zusammenhang von HIV und AIDS bei HeroingebraucherInnen ist wohl am ehesten die Tatsache, daß in unterschiedlichen Regionen die Zahl der an AIDS erkrankenden HeroingebraucherInnen in einem direkten Zusammenhang mit der Zahl der HIV-Positiven steht. Eine interessante Beobachtung ist auch die, daß bei DiabetikerInnen, die sich neben Insulin auch Heroin spritzen, die Zahl derer, die an AIDS erkranken, geringer ist. DiabetikerInnen haben im Unterschied zu anderen weltweit Zugang zu eigenem Spritzbesteck und zeigen auch eine geringere Rate an HIV-Infektionen. Beachtenswert ist auch die Tatsache, daß nur die HIV-positiven HeroingebraucherInnen in Haft AIDS Symptome entwickeln, obwohl im Knast sowohl die Qualität als auch die Konzentration des Heroins in der Regel über die Bezugsquelle einheitlich für alle Insassen ist, d. h. bei gleichem Gebrauch von Heroin, ist AIDS nur bei HIV-Positiven anzutreffen. Das Heroin allein ist nicht in der Lage, AIDS zu verursachen.

Die Kinder heroingebrauchender Mütter unterscheiden sich in der Häufigkeit der Erkrankung an AIDS, nicht von den Kindern HIV-positiver Mütter, die ihre Infektion von ihrem an Hämophilie er-

1. Heroin

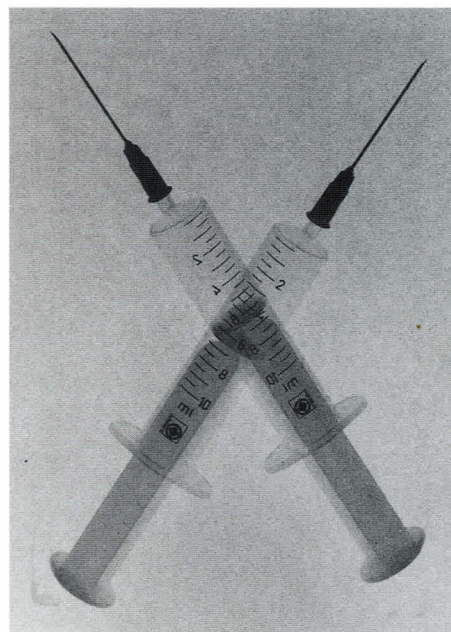


Foto: Michael Taubenheim

kranken, HIV-positiven Mann erworben haben. Auch hier ist also ein Zusammenhang zwischen AIDS und Drogen nur unter Hinzuziehung der HIV-Infektion zu erkennen.

2. Poppers

Ein besonderes Kapitel der Diskussion um den Zusammenhang AIDS und Drogen, stellen die Poppers-Substanzen dar. **Poppers ist in der Regel Amylnitrit, ein Vorläufer der heute noch bei Herzerkrankungen gebräuchlichen Nitroglyzerinabkömmlinge** (Handelsnamen z. B. Nitrolingual). Der medizinische Gebrauch von Amylnitrit wurde u.a. eingestellt, weil die Nebenwirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit (die den Gebrauch von Poppers beim Sex gerade so angenehm erscheinen lassen) bei den Weiterentwicklungen nicht mehr auftraten. Der Gebrauch von Poppers ist konsequenterweise auch nicht illegal. Tausende Menschen haben über Jahrzehnte Poppers zur Behandlung ihrer Herzanfälle regelmäßig genommen. Fälle von AIDS-Erkrankung nach Gebrauch von Poppers traten nur in Verbindung mit einem positiven HIV-Antikörpertest auf. Anfänglich führte eine erstaunliche statistische Korrelation zwischen der Häufigkeit des Gebrauchs von Poppers und dem Auftreten des Kaposi Sarkoms (dem häufigsten Tumor beim Vollbild AIDS) zu der Annahme, daß Amylnitrit ein auslösender Faktor dafür sei. Da aber Korrelation nicht Ursache heißt, ging man dieser Beobachtung weiter nach und stellte fest, daß sich die ursprüngliche Annahme als Irrtum erwies. Spätere Studien zeigten, daß Poppers und/oder der Gebrauch von Drogen keine entscheidende Rolle für das Ausmaß der Immunsuppression oder beim Entstehen des KS bei Menschen mit HIV und AIDS spielen. Wer also den Gebrauch von Poppers einzuschränken versucht, sollte dies offen mit dem Argument der Drogenfreiheit und der Einschränkung individuellen Verhaltens tun.

Zusammenfassend ist in der Drogendebatte, die Duesberg gegenwärtig besonders als Ursache für AIDS hervorhebt, festzustellen, daß er keine Erklärung für Empfänger von HIV-kontaminiertem Blut, die auch ohne Drogenkonsum AIDS entwickelt haben, gibt. Weiterhin ignoriert er die Immunschwäche bei Blutern, die bekannterweise extrem selten Drogen gebrauchen. Auch läßt er außer acht, daß sich bei HIV-positiven DrogengebraucherInnen AIDS entwickelt, die längst ihren Drogenkonsum aufgegeben haben. HIV-positive Neugeborene von infizierten Müttern, werden normalerweise nicht mit dem Vollbild AIDS zur Welt gebracht, trotzdem entwickeln sie diese Krankheit nach Jahren auch ohne Drogengebrauch. Weiterhin kann er die vielen AIDS-Toten in Afrika, die mit Sicherheit unter Ausschluß des Gebrauchs von Heroin, Poppers o. a. Drogen zu beklagen sind, nicht wegdiskutieren.

Sind „Normalos“ von der AIDS-Problematik nicht betroffen?

Die Tatsache, daß der Mensch seine Umwelt stark beeinflussen und verändern kann, führt zu dem Mythos, daß er dadurch sowohl Krankheit als auch Gesundheit gezielt erzeugen kann. Was die Zerstörung menschlichen Lebens angeht, so haben wir uns in den vergangenen Jahrzehnten unbestreitbar ein „göttliches/teuflisches“ Potential geschaffen. Der Mythos der Medizin, dies sei auch in der Schaffung von Leben und Gesundheit möglich, ist dabei nicht auf die Schulmedizin beschränkt.

Menschen werden unter vollkommen unterschiedlichen Umständen in vollkommen unterschiedliche Umwelten geboren, sie leben in unvorstellbar vielfältiger Weise und sie sterben keiner wie der andere. Manchen Menschen ist dies ein Wunder, andere versuchen, die von ihnen als negativ eingestuften Formen der menschlichen Existenz zu verhindern, noch andere wiederum verweisen auf ein glückliches Dasein nach dem Tode.

Lieschen Müller und Otto Normalverbraucher existieren nicht. Zu behaupten, „normale“ Menschen bekämen kein AIDS, ist ebenso absurd, wie es von einer einseitigen Weltanschauung zeugt.

Der Anteil an männlichen Personen, die als AIDS-Patienten angegeben werden, liegt in den industrialisierten Ländern deutlich höher als der von Frauen. In den USA wird er mit 90 % angegeben. Dieser Anteil erklärt sich aus der Tatsache, daß sich die Population, in der sich HIV ausbreitet, aus Homosexuellen, Blutern und aus Drogengebrauchern, die zu 2/3 männlich sind, zusammensetzt.

In der breiten Bevölkerung gilt HIV und AIDS immer noch als Problem der Schwulen, DrogengebraucherInnen und Prostituierten. Diese Annahme hat schwerwiegende Folgen. Mit großer Sorge meldet das Bundesgesundheitsamt (Bga), daß sich seit 1984 der Anteil der an AIDS erkrankten Frauen in der BRD mehr als verdoppelt hat und heute bei 8,7 % liegt. Bei den HIV diagnostizierten Fällen stellt er sogar einen Anteil von 20 % (Zahl unzuverlässig, da von den HIV-positiv gemeldeten Laborbefunden nur über ein viertel genauere Angaben vorliegen).

Gerade im heterosexuellen Bereich nehmen die Infektionen zu. Sie haben sich in den letzten fünf Jahren in der BRD verdreifacht (wenn auch auf noch relativ niedrigem Niveau). Auch in den USA wird diese Entwicklung beobachtet. In New York ist AIDS die Haupttodesursache bei Frauen im Alter zwischen 25 und 34 Jahren. Die WHO schätzt, daß es im Jahr 2000 weltweit mehr AIDS-kranke Frauen als Männer geben wird, da Frauen für das Virus bei heterosexuellen Kontakten empfänglicher seien als Männer. In diesem Zusammenhang ist auch die Diskussion über den Sextourismus zu sehen. Jährlich fliegen hunderttausende „braver Ehemänner“ in die Tropen, um das billige, reichliche Sexangebot in Anspruch zu nehmen. Nur wenige sind sich eines Risikos bewußt und benutzen Kondome.

Obwohl AIDS ein großes Problem in den Armutszonen aller Weltgegenden darstellt, ist es inzwischen auch nicht mehr größtenteils auf die Großstädte beschränkt. Mit besorgniserregender Geschwindigkeit hat die Krankheit weltweit auch die ländlichen Gebiete erreicht.

AIDS ist weltweit eine Krankheit sozial benachteiligter Gruppen. Dennoch kann es aufgrund seiner Verbreitung nicht mehr nur als Minderheitenproblem oder als Männerkrankheit angesehen werden.



1. Heterosexuelle Männer und Frauen außerhalb sog. Risikogruppen



Foto: Sönke Müller

2.

Immundefekt bei Blutern?

Auf die Gabe von körperfremden Eiweißen (Blut- oder Blutprodukte) reagiert der Körper mit einer Erniedrigung der Aktivität des Immunsystems. Dies kann sowohl im Labor als auch durch Messungen am Menschen bestätigt werden. In umfangreichen Studien an Gruppen von Menschen mit Hämophilie („Blutern“) wurde jedoch erkennbar, daß die typischen schweren Formen des Immundefektes und das Auftreten von AIDS-Erkrankungen nur bei Menschen mit Hämophilie zu beobachten waren, die gleichzeitig HIV-infiziert waren. Dasselbe gilt auch für die EmpfängerInnen von Bluttransfusionen.

3.

Die Situation in der „Dritten Welt“

Während die Kritiker der HIV-AIDS-These den betroffenen AIDS-Kranken in Europa und den USA Selbstverschuldung durch massiven Drogenkonsum und sexuelle Freiräume vorwerfen, bleiben sie der Entwicklung in der „Dritten Welt“ jegliche Erklärung schuldig.

Dabei zeigt sich gerade in den Armutszonen der Welt eine erschreckend schnelle Ausbreitung von HIV und eine bedrückende Zunahme der AIDS Erkrankungen. Seitdem dort 1983 der erste AIDS-Fall bekannt wurde, hat sich die Krankheit nahezu explosionsartig ausgebreitet. Von den z.Zt. geschätzten 12 Millionen Menschen mit HIV, entfallen 60% auf die „Entwicklungsländer“. Die einfache Behauptung, auch in der „Dritten Welt“ sei AIDS ein wissenschaftliches Konstrukt, steht den elementaren Interessen dieser Länder entgegen. Auch hier wird AIDS als diskriminierend und bedrohlich für das Gemeinwohl betrachtet.

AIDS hat sich hier zu einer Krankheit der Armen und Unterdrückten entwickelt. Die fast vollständige Unzugänglichkeit von Antibiotikabehandlung von Geschlechtskrankheiten, Tuberkulosetherapie oder auch nur ausreichender Ernährung sind die eindeutigen Kofaktoren der Ausbreitung von AIDS. Sind die Handlungsspielräume des Einzelnen quasi nicht-existent, ist die tradierte Gemeindebildung zerstört, sind ganze Bevölkerungsgruppen zur Flucht oder Umsiedlung gezwungen, ist eine stabilisierende Gesundheitsarbeit fast unmöglich. Insbesondere gilt dies für Frauen in der „Dritten Welt“. Ökonomische und soziale Mißstände sowie mangelnde Bildung zwingen Frauen zur Prostitution, verhindern Informationskampagnen und häufig auch medizinische Grundversorgung.

Nicht zuletzt dürfte zur Verbreitung von HIV in der Bevölkerung der Länder der „Dritten Welt“ aber auch die Medizin selbst beigetragen haben. Die Etablierung der Bluttransfusion als therapeutischem Standard (da Blut „billiger“ war als z. B. Medikamente gegen Malaria oder die Herstellung von sterilen Infusionslösungen) sowie möglicherweise auch die Reihenimpfung mit nicht desinfizierten Injektionsnadeln haben mit Schuld an der HIV-Epidemie in diesen Ländern.

Besonders Afrika ist von der AIDS-Epidemie betroffen: Simbabwe hat rund 140 mal mehr AIDS-Kranke als vor fünf Jahren. Laut nationalem AIDS-Rat ist die Zahl der registrierten Fälle von 119 in 1987 auf 16.882 Fälle nach fünf Jahren angestiegen. In Uganda sind allein im letzten Jahr 20.000 Kinder verwaist. 1/3 der Hauptstadtbevölkerung von Ruanda ist HIV-positiv. Im Jahr 2000 werden laut WHO-Prognose rund 90% aller HIV-Infektionen in „Entwicklungsländern“ zu finden sein.

Die Debatte um die regional willkürlich angepaßte Definition von AIDS kann diese katastrophalen Zustände in „Entwicklungsländern“ nicht verleugnen. Der Vorwurf, daß diese Zahlen nichts aussagen, weil AIDS in der „Dritten Welt“ einer anderen Definition unterliegt, muß zurückgewiesen werden.



Foto: Barbara Krumme

Da die Infektion mit HIV einen Immundefekt hervorruft, erklären sich die Unterschiede in den klinischen Manifestationen und daher auch die in der gewählten Definition (Zusammenfassung aller lebensgefährdenden Erkrankungen im Rahmen einer HIV-Infektion als „AIDS“) von selbst. **Geographische Faktoren, die klimatische, ernährungsbedingte und hygienische Unterschiede beinhalten, bringen auch andere Krankheitserreger und somit Erkrankungen mit sich.** So ist es nicht ungewöhnlich, wenn in Afrika häufiger „Slim disease“, Fieber und Durchfälle, sowie Tbc beobachtet werden, als in Industrieländern. Hier kommen dafür Toxoplasmose, PCP und Kaposi Sarkom häufiger vor.

Daß sie dem Symptomenkomplex von AIDS zugeordnet werden, entspricht den Umweltbedingungen bis in die lokalen Gegebenheiten und dem Vorliegen einer Immunschwächekrankheit.

Idee + Gestaltung: von Mannstein



Fragen zum Medikament AZT

1. Wie wirkt AZT auf Zellen?

AZT kann im Zellversuch in extrem hoher Dosierung zu einem Abbruch der Ableitung der DNA und somit zum Untergang der Zelle führen. Dieser Effekt tritt bei vielen in der Krebstherapie gebräuchlichen Chemotherapien auf. Durch gezielte Kombination, Intervalltherapie und Gabe von Gegenmitteln ist es über einen langen Zeitraum hinweg gelungen, diese Verfahren so anzuwenden, daß der Nutzen der Chemotherapie bei einigen Krebsarten heute eindeutig den Schaden überwiegt. Dieses Prinzip des größtmöglichen Nutzens bei einer akzeptablen Rate unerwünschter Nebenwirkungen, gilt als Standard der Medikamentenanwendung in der Medizin überhaupt (nicht nur in der Schulmedizin). AZT hat diese Kriterien in der zur Krebstherapie notwendigen Dosierung nicht erfüllt. Es war in tolerablen Dosierungen nicht in der Lage, Krebszellen abzutöten.

Schnell wachsende Zellen sind besonders empfindlich für die Wirkung von Medikamenten, die in den Zellstoffwechsel eingreifen. Deshalb wirken Antibiotika wie SMX-TMP (z. B. Bactrim, Sulfaprim) auf Bakterien und das menschliche Knochenmark (beide vermehren sich sehr schnell) wachstumshemmend. In der Regel ist eine solche Wirkung jedoch über die Dosierung des Medikamentes zu steuern und zu mindern.

1985/6 wurde entdeckt, daß AZT im Reagenzglas in der Lage war, die Funktion der reversen Transkriptase zu hemmen. Von diesem Modell ausgehend wurde eine einfache Studie durchgeführt, die die höchste vertragbare Dosis von AZT entwickelte. Diese war bei HIV-negativen gesunden Probanden 1500 mg täglich. Diese Vorgehensweise entspricht dem traditionellen Modell der Entwicklung von Chemotherapeutika.

2. Welche Studien ergaben Erkenntnisse über AZT?

Fieberhaft wurde und wird nach wie vor nach Medikamenten und Therapieformen gesucht, die in der Lage sind, die HIV-Infektion zu heilen oder zumindest ihren Verlauf zu beeinflussen. Eine Übersicht über Studien, die vor der ersten AZT Studie (die sog. Fischl-Studie) durchgeführt wurden, werfen dabei ein trostloses Licht auf die medizinische Forschung. Umso sensationeller war es, als in dieser und anderen nur wenig später begonnenen Studien u.a. auch in Deutschland beobachtet wurde, daß unter der Therapie mit AZT die T-Helferzell-Zahlen anstiegen. Der belegbare Benefit durch ein selteneres Auftreten von klinischen Ereignissen (Erkrankung oder Tod) war über einen Zeitraum von sechs Monaten erkennbar.

Nebenwirkungen machten Bluttransfusionen oder ein Absetzen von AZT erforderlich. Die zunächst vorhandene Euphorie war gebrochen. Ähnlich wie bei anderen Medikamenten (den Cortisonen in den fünfziger Jahren, Herzmedikamenten in den achtzigern) folgte eine Phase der skeptischen Betrachtung.

Die Frage war tatsächlich, ob es überhaupt einen Sinn habe AZT einzusetzen, wenn die Nebenwirkungen so schwerwiegend, die Effekte so objektiv minimal waren. Menschen mit HIV und AIDS sprachen sich für eine weitere Untersuchung des Medikamentes aus. Die verträgliche Dosis sollte gefunden, der richtige Einsatzzeitpunkt entwickelt und der zu erwartende Nutzen genauer belegt werden. Studien über Studien folgten – gar der Vorwurf, daß vor lauter AZT-Forschung nichts anderes mehr möglich sei.

Trotz der geringen objektivierbaren Ergebnisse, blieb jedoch ein Gewinn von sechs Monaten ohne Progression des Immundefektes für viele Menschen mit HIV und AIDS und ihre ÄrztInnen ein festzuhaltender und zu nutzender Gewinn. Ihnen war das wichtiger als gar nichts.

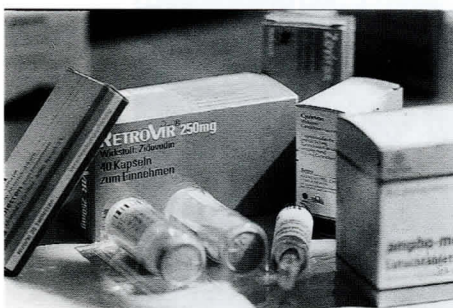


Foto: Michael Taubenheim

Diese Frage kann mit letzter Sicherheit aufgrund der heute vorliegenden Daten keiner beantworten. Mit Sicherheit läßt sich jedoch sagen, daß für über 80 % der Menschen mit HIV und AIDS, AZT in der heute üblichen Dosierung von 500-600mg täglich ein gut verträgliches Medikament sein kann und der Nutzen im Gewinn asymptomatischer oder AIDS-freier Zeit liegt. Dieser Nutzen läßt sich für den Einsatz von AZT vor dem Eintreten erster AIDS-Erkrankungen statistisch mit ca. 18 Monaten angeben, muß jedoch für den einzelnen differenziert betrachtet werden. Therapiepausen, Niedrigdosen bis 300mg täglich, Intervalltherapie und Kombinationstherapie, lassen Nebenwirkungen und Risiken beherrschbar erscheinen. Subjektive Nebenwirkungen wie Kopfschmerz, Übelkeit oder Schlaflosigkeit können jedoch eine Behandlung mit AZT erschweren oder unmöglich machen.

Das eigentliche Problem der heutigen Therapie mit AZT ist nicht mehr die Frage unkontrollierbarer Nebenwirkungen, sondern die Ausbildung von Resistenzen gegen das Medikament. Scheinbar ist HIV in der Lage, sich auch mit einer reversen Transkriptase zu vermehren, die durch Mutation AZT-resistent geworden ist. Diese Resistenzen entstehen umso schneller, je stärker sich HIV vermehrt, d. h. schneller im Vollbild. Sie entstehen aber auch beim Früheinsatz des Medikamentes ab 500 Helferzellen pro Mikroliter Blut – nur halt etwas später. Die belegten Zeiträume schwanken zwischen 18 Monaten und dreieinhalb Jahren. Damit ist eine Grenze der Therapie beschrieben, die nur durch eine Lösung des Resistenzproblems zu überwinden ist. Analysen des Erbmaterials resistenter HIV-Stämme weisen darauf hin, daß sich Resistenzen gegen unterschiedliche RT-Hemmer gegenseitig aufheben können. Erste klinische Studien belegen, daß man durch die Kombination oder den Wechsel unterschiedlicher RT-Hemmer (wie z. B. DDI oder DDC) die Entstehung von Resistenzen vermeiden oder zumindest verzögern kann.

Wenn AZT als Krebsmittel entdeckt wurde und wegen zu hoher Nebenwirkungen nicht auf den Markt kam, ist es dann nicht der eigentliche Killer, wenn es Menschen mit Immundefekt gegeben wird?

Daß man von AZT kein AIDS bekommen kann, hat eine plazebokontrollierte Langzeitstudie (die sogenannte Concorde-Studie) jetzt eindeutig belegt. Über 1700 Studienteilnehmer wurden über 3 Jahre beobachtet, wobei sich kein Hinweis dafür ergab, daß AZT gefährlicher sei als die Einnahme des Plazebos.

Was AZT letztendlich wirklich tut im menschlichen Körper und warum es in der Lage ist, Symptome zu lindern, ist nicht bis ins Detail geklärt. **Neben der Hemmung der reversen Transkriptase sind einige bislang ungeklärte Effekte zu verzeichnen.** So bewirkt AZT auch bei den Personen, die keinen Anstieg der T-Helferzellen zeigen, eine **Verbesserung der klinischen Symptomatik.** AZT vermindert das Risiko der Entwicklung einer AIDS-Demenz erheblich und kann auch zur **Behandlung der Demenz** mit einigem Erfolg eingesetzt werden. Kinder mit HIV zeigen eine **Besserung der psychomotorischen Entwicklungsstörungen.** **HIV-bedingte Durchfälle** lassen sich behandeln.

Eine nach wie vor **schwerwiegende Langzeitnebenwirkung von AZT** ist der Muskelschwund. AZT greift in den Stoffwechsel der „Batterien“ (Mitochondrien) der Skelettmuskulatur ein und kann dadurch zu einem Energiemangel der Zellen führen. Obwohl diese Nebenwirkung nicht regelmäßig beobachtet wird, rechtfertigt der Hinweis darauf, eine nähere Untersuchung und gegebenenfalls das Absetzen von AZT.

3.

Kann mit AZT denn überhaupt Lebenszeit gewonnen werden?

4.

Kann man von AZT AIDS bekommen?

Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Alternative Therapieformen

Der Übergang von der HIV-Infektion zur Erkrankung ist für alle Ansätze zur Erhaltung der Gesundheit der entscheidende zu verzögernde oder zu verhindernde Moment. Daneben wird auch für Menschen mit ersten Symptomen der Immunschwäche oder AIDS der Grad an Gesundheit erstrebenswert sein, der unter Einsatz aller möglichen Maßnahmen erreichbar ist. Sofern sich aus diesem Streben nach Gesundheit oder Gesundung, Maßnahmen ableiten lassen, die für mehr als eine Person Gültigkeit haben, ist die Deutsche AIDS-Hilfe bestrebt, Informationen dazu zu veröffentlichen und sie z. B. durch Seminare verfügbar zu machen. Einige Beispiele hierzu sind:

1. *Sport*

Neben den psychosozialen Effekten, die Sport in Gruppen hat, konnte in den vergangenen Jahren belegt werden, daß eine gezielte und planmäßige sportliche Betätigung einen positiven Einfluß auf das Immunsystem hat. Sportangebote gehören deshalb seit 1989 zum festen Programm der bundesweiten Positivtreffen und zum Seminarprogramm von Referaten der DAH und ihrer Mitgliedsorganisationen.

2. *Ernährung*

Eine ausgewogene und angemessene Ernährung kann nicht nur einen positiven Effekt auf die Leistungsfähigkeit haben, sondern auch dazu beitragen, bei einer Immunschwäche bestimmten nahrungsbedingten Erregerkrankheiten vorzubeugen. Diese Tatsache hat 1990 zur Aufnahme von Seminaren zur Ernährung in das Angebot der DAH geführt. Ein Kochbuch für Menschen mit HIV und AIDS (veröffentlicht 1992, D.A.H.) ergänzt diese Palette. Inzwischen werden bundesweit vielfach Angebote zur Ernährungsberatung und zum Kochenlernen, bzw. gemeinsamen Kochen gegeben.

3. *Meditative und Körpertherapien*

Autogenes Training, Traumreisen, Muskelrelaxation und andere mit meditativen oder entspannenden Methoden arbeitende Therapien gehören seit Jahren zu den Angeboten der DAH. Für diese Verfahren gibt es inzwischen auch theoretische Modelle („Psychoneuroimmunologie“) und erste Forschungsergebnisse, die einen positiven Effekt auf das Immunsystem belegen.

4. *Psychotherapie*

Unterschiedliche Verfahren werden immer wieder im Rahmen von Seminaren der D.A.H. zum Kennenlernen vorgestellt. Gruppentherapeutische Angebote gehören sowohl zu den Basisangeboten von AIDS-Hilfen, als auch zu den zentralen Veranstaltungen der D.A.H.. Zur Individualtherapie werden Informationen über Angebote, Bedingungen und theoretische Hintergründe vermittelt. Schwerpunkt der in AIDS-Hilfen angesiedelten Arbeit, sind die Krisenintervention und die Arbeit in angeleiteten Selbsthilfegruppen.

5. *Hömöopathie*

Als Therapieverfahren ist die Homöopathie in Deutschland seit dem letzten Jahrhundert verwurzelt. In Zusammenarbeit mit HomöopathInnen konnte frühzeitig Zugang zu diesem Verfahren vermittelt werden, wobei insbesondere die offene Einstellung von einigen Homöopathen gegenüber der Schulmedizin hilfreich war. Insbesondere zu Beginn der Arbeit in AIDS-Hilfe war die homöopathische Therapie bei Menschen mit schwerem Immundefekt ohne diese Offenheit nicht denkbar. Das Bild einer wirklich komplementären, d.h. nicht ausschließlichen Therapie, konnte dazu beitragen, daß auch heute Homöopathie von vielen Menschen mit HIV, als eine sinnvolle Ergänzung angesehen wird.

Autovakzination, Eigenblutbehandlung, Ozontherapie und andere Verfahren, die durch physikalische Behandlung von Blut und dessen anschließende Rückführung in den Körper eine Immunantwort zu erzeugen versuchten, haben in der Vergangenheit große Aufmerksamkeit erfahren. In zahlreichen Seminaren und Veröffentlichungen hat die D.A.H. auf diese Verfahren hingewiesen und Gelegenheit zur Diskussion mit den TherapeutInnen geboten. Eine weitergehende Empfehlung dieser Verfahren, konnte in der Vergangenheit nicht erfolgen, da hier dieselben Kriterien anzulegen sind wie bei anderen, das Immunsystem beeinflussenden Maßnahmen.

Grundsätzlich gibt die D.A.H. auch bei anderen Therapieverfahren keine Therapieempfehlung, da die Entscheidung für oder gegen eine Therapie zwischen Therapeut und Patient gefällt werden muß. Wir haben in der Vergangenheit ausdrücklich dort vor TherapeutInnen gewarnt, wo Preise überhöht sind, die Selbstbestimmung des Patienten gefährdet ist, oder entgegen besseren Wissens die Basisversorgung nicht gewährleistet war.

Über die Anwendung der Akkupunktur und der traditionellen chinesischen Medizin, liegen bisher nur wenige Erfahrungen vor, die eine Aussage über den allgemeinen Stellenwert erlauben würden. Als gezielte Therapie von Schmerzzuständen (z. B. nach Gürtelrose oder bei Polyneuropathie) wird die Akkupunktur im Einzelfall mit Erfolg angewendet.

Die Entwicklung der Misteltherapie in den vergangenen Jahren hat sowohl ihrer Umsetzung in der Praxis, als auch ihrer wissenschaftlichen Anerkennung Vorschub geleistet. Die Anwendung der Misteltherapie im Rahmen der HIV-Infektion wird zur Zeit intensiv vor allem während der asymptomatischen Phase untersucht. Der Pflanzenauszug aus der europäischen Mistelpflanze wurde anfang der 20er Jahre von Rudolf Steiner in der Behandlung von Tumoren eingeführt. In den letzten Jahren rückte diese Therapie zunehmend in das Interesse der Krebsforschung und -behandlung. Seit vier Jahren werden eine Reihe von Patienten mit HIV und AIDS mit Mistelpräparaten behandelt und beobachtet. Bei ihnen sei die Zahl der Helferzellen angestiegen. Weitere Ergebnisse müssen die Erfahrungen zeigen.

Veröffentlichungen der D.A.H. zu alternativen Therapien: siehe Liste der Therapieformen in der Loseblattsammlung der Referaten Medizin und Gesundheitspolitik „Therapien bei AIDS“.

6.

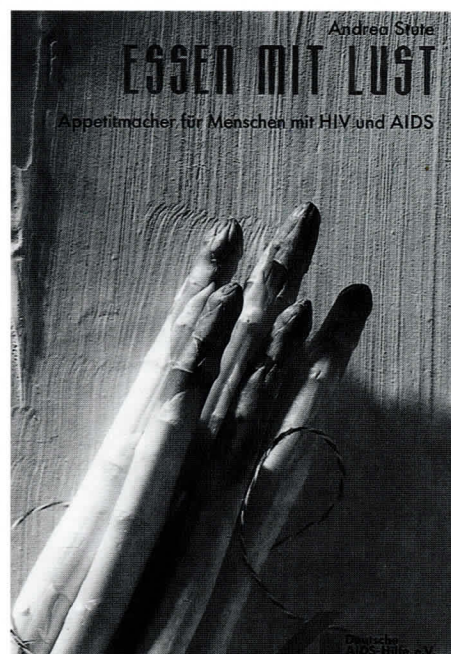
Blutbehandelnde Methoden

7.

Akkupunktur und chinesische Medizin

8.

Misteltherapie



Mögliche Motive für Duesbergs Kampagne

Erika Lüdeke

Es ist äußerst schwierig, etwas über die Motivation einer Person auszusagen, ohne dabei in Spekulationen zu verfallen.

Als Ursache für Duesbergs enorme Anstrengungen könnte man den schwelenden Konflikt zwischen ihm und seinem „Erzfeind“ Gallo annehmen, der aus derselben Forschungsgruppe kommend, zu eigenem Ruhm gelangt ist. Seitdem neuerlich die Entdeckung des HIV nobelpreisverdächtig geworden ist, und der Streit zwischen Gallo und Montagnier wieder aufgerollt und geprüft wurde, hat Duesberg wieder einen Grund, die Öffentlichkeit zu mobilisieren. Ein weiterer möglicher Grund könnte sein Ärger darüber sein, daß der reichliche Strom an Forschungsgeldern in die HIV-Forschung und deren Ursachen fließt.

Würde es sich hier um ein lustiges Thema handeln, könnte man fragen, ob er die Kondomindustrie in den Ruin treiben möchte.

Am besten wäre es jedoch anzunehmen, daß er wirklich an seine Aussagen glaubt, aber es scheint, als würde er sich eigensinnig hinter seiner eigenen Meinung verbarrikadieren, von der er nicht mehr abrücken kann. Gerade das ist schwer zu akzeptieren, da er sich doch einmal respektvoll mit der wissenschaftlichen Auseinandersetzung befaßt hat. Sein Diskurs, ob HIV wirklich AIDS verursacht, hat ihn von seinem ursprünglichen Weg der Krebsforschung abgelenkt. Seine Veröffentlichungen zu seinem Spezialgebiet, der Onkologie, haben erheblich an Substanz verloren, seitdem er sich als Märtyrer in die Virusdebatte eingebracht hat.

Sein Vorgehen hat für ihn persönliche und berufliche Konsequenzen. Kürzlich hat das National Institute of Health seine Forschungsgelder zurückgezogen, weil er unwissenschaftliche Angelegenheiten verfolge. Duesberg betrachtet dies als Strafe für seine Ansichten über HIV. Dabei ist der Grund viel einfacher, er hat nämlich damit aufgehört sich um seine eigenen Forschungsangelegenheiten zu kümmern.

Unbestritten hat Duesberg eine Menge Zeit mit dem Literaturstudium zum Thema AIDS investiert. Seine Ergebnisse resümiert er aber aus zweiter Hand. Man muß ihm die Absicht zugute halten, daß sein Mut, gegen eine weit verbreitete Ansicht anzutreten, durchaus neue Perspektiven eröffnet. Die Wissenschaft braucht den Zweifel, sonst würde die Entwicklung stagnieren. Für diesen Zweifel zahlt Duesberg einen hohen Preis. Ein Preis, der auch von Menschen mit HIV und AIDS bezahlt wird, wenn sie sich von ihm in die Irre führen lassen.

In der gegenwärtigen Situation haben Duesbergs Aktivitäten einige Spuren hinterlassen. Nachdem seine Forderungen in jeder Hinsicht erfüllt und seine Thesen widerlegt wurden, setzte eine Form der Debatte ein, die auf unwissenschaftlicher und emotionaler Ebene weitergeführt wurde. Inzwischen haben sich seine Anhänger der Virus-AIDS-Kritik angenommen und ein Feindbild geschaffen, indem es alle Personen, die von dieser Theorie nicht ablassen wollen, zu bekämpfen gilt. Ein Laienpublikum und Betroffene werden mit verschiedenen Botschaften, wie „Laß Dich nicht testen!“, „AIDS ist keine ansteckende Krankheit, das Virus gibt es nicht, Kondome sind überflüssig,“ konfrontiert.

Unweigerlich werden damit Zweifel und Verunsicherungen ausgelöst, die eine Ausbreitung der immer noch tödlich verlaufenden Krankheit AIDS nicht verhindern. Leider wird in der Debatte verkannt, daß es keines Zweifels bedarf, ob HIV AIDS verursacht, sondern wie es die Immunabwehr schwächt. Die Konzentration auf die

Kofaktoren hat sich auf beiden Seiten der Diskussion verstärkt. Dabei blieb unbemerkt, daß sie sich beide mit denselben Themen auseinandersetzen und eine Frontenbildung künstlich aufgebauscht wurde. Unglücklicherweise hat die Ausgangssituation zweier verschiedener Lager, aus denen heraus argumentiert wird, den Blick für die vorhandenen Gemeinsamkeiten verstellt. Mit der Beantwortung der hier aufgeführten Fragen soll die Diskussion wieder mit Inhalten gefüllt werden, die sachliche, objektive und solidarische Aspekte berücksichtigen.

Versuch einer abschließenden Betrachtung

Dr. med. Matthias Wienold

Die Auseinandersetzung um unterschiedliche wissenschaftliche Ansätze ist auch in der Vergangenheit oft eher zu einer weltanschaulichen oder persönlichen Diskussion geworden, als daß sie konstruktiv ausgetragen worden wäre. Nicht nur gehört der pharmazeutisch-medizinische Komplex heute zu den größten Wirtschaftsfaktoren, auch die Personen, die in diesem System eine Stellung haben, sind in vielfältige Macht- und gegensätzliche Interessenstrukturen eingebunden. Die Trennung einer wissenschaftlichen von einer interessenpolitischen Diskussion wird zudem durch komplexe Finanzierungsmodelle, die Ausbildung von „Schulen“ und die Verfestigung der Position leitender „Götter in Weiß“ erschwert.

Die Auseinandersetzung mit AIDS als einer Realität unseres Lebens war für AIDS-Hilfe stets an dem Leben mit der Krankheit orientiert. Beratung, Betreuung und konkrete Hilfe sind die pragmatischen ersten Schritte gewesen, noch bevor eine „Lehrmeinung“ zu AIDS etabliert war. Die Selbsthilfe und ihre Erweiterung in der Solidarität haben Betroffenheit in aktive Auseinandersetzung gewendet. Erfahrungsaustausch und Wissensvermittlung sind dabei die Methoden der Kommunikation über AIDS geblieben. Menschen mit HIV und AIDS haben AIDS-Hilfe zu der politischen Kraft verholpen, die ihre Interessen vertritt.

Die Auseinandersetzung mit den vielgestaltigen Formen der Diskriminierung und Stigmatisierung erfolgt aus der Kompetenz der Betroffenen heraus – hier ist auch das Potential für eine Auseinandersetzung mit der Macht des pharmazeutisch-medizinischen Komplexes angesiedelt. Dogmen, die den Zugang zu Therapien beschränken, Gesetzmäßigkeiten, die eine Beteiligung der Menschen mit HIV und AIDS an der Gestaltung ihrer Versorgung ausschließen und Normen, die von Menschen in Machtpositionen für Lebensweisen gesetzt werden, können nur aus der Betroffenenkompetenz wirksam individuell und strukturell durchbrochen werden.

AIDS als individuelle Herausforderung erlaubt ebenso viele Formen der Verarbeitung des Lebens und Sterbens, wie es Menschen mit HIV und AIDS gibt. Ein normativer Eingriff von jeder Seite in diesen Weg der Selbstbestimmung ist kritisch zu betrachten.

Impressum

Alles Lüge? – Argumente zur AIDS-Kritik
Dr. Matthias Wienold, Erika Lüdeke

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Referat Medizin und Gesundheitspolitik
Dieffenbachstraße 33
10967 Berlin
Mai 1993

Lektorat: Klaus-Dieter Beißwenger
Autoren: Matthias Wienold, Erika Lüdeke
Gestaltung, Satz und Layout: Reinhold Speckels
Druck: GAMO MEDIA
alle Berlin

Spendenkonto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Berlin
Konto 010 3500 500 (BLZ 100 906 03)
Postgiroamt Berlin
Konto 179 00-105 (BLZ 100 100 10)

Unsere z. T. staatlich geförderte Arbeit wird mehr und mehr durch drohende Finanzkürzungen gefährdet. Umso dringlicher sind wir auf Spenden und private Förderung angewiesen. Ihre Spende hilft, die auch in Zukunft notwendige Arbeit der Aufklärung fortzuführen und unterstützt die Selbsthilfe von Menschen mit HIV und AIDS.

Bitte fordern Sie auch unseren Jahresbericht an.

Die letzten Jahre hat sich eine kleine Gruppe von Kritikern formiert, die die Richtigkeit der Annahme, daß HIV das Krankheitsbild von AIDS verursacht, anzweifelt. Angeführt von dem Virologen Professor Duesberg vertreten sie die Auffassung, daß die bisherigen Ergebnisse zur Beweisführung der Virus-AIDS-These jeglicher Grundlage entbehren. Unbestritten ist die Tatsache, daß zum Thema AIDS noch viele Fragen nicht nur wissenschaftliche - ungeklärt sind und AIDS auch die Wissenschaft noch lange beschäftigen wird. Professor Duesberg hat sich diese Wissenslücken zu Nutze gemacht, um den allgemein bestätigten Erkenntnissen zur Entstehung der Immunschwächekrankheit AIDS zu widerstreben. Er hält die Argumentation der Virus-AIDS-Theorie für nicht beweiskräftig. In zahlreichen Veröffentlichungen und Veranstaltungen rüft er Medizinern, Wissenschaftlern und MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfen vor, daß sie ein völlig harmloses Virus für AIDS verantwortlich machen und unnötige Ängste schüren. Gegenwärtig hat sich dagegen allgemein die Auffassung verfestigt, daß das Vorkommen von HIV die Erkrankung an AIDS bedingt. Bei 99% der AIDS-Kranken wurde das Virus im Körper nachgewiesen. Interessant ist daher nicht mehr die Frage, ob HIV das Vollbild von AIDS verursacht, sondern wie?! In der Kontroverse zwischen den Klassikern der HIV-Theorie und den Zweiflern ist das ein wesentlicher Punkt. Leider wird in der Debatte verkannt, daß es keines Zweifels bedarf, ob HIV AIDS verursacht, viel wichtiger ist die Theorienentwicklung, wie das Virus die Abwehr schwächt. Die Konzentration der Untersuchungen auf die Kofaktoren, die den unterschiedlichen Verlauf erklären können, hat bis heute zu keinen gesicherten Aussagen geführt. Wie bei anderen Erkrankungen kann man von der Annahme ausgehen, daß eine Stärkung des Immunsystems durch verschiedene Maßnahmen, wie gesunde Ernährung, psychische Ausgewogenheit, körperliche Betätigung u.s.w. möglich ist. Weiterhin haben verschiedene therapeutische Behandlungsmethoden zu einer Verzögerung des Krankheitsausbruchs und Linderung der Symptome geführt. Eine Heilung steht jedoch bisher nicht in Aussicht. Nun ist es jedoch nicht ungewöhnlich, daß trotz vieler ungeklärter Fragen Therapiemethoden eingesetzt werden, die nur eine Linderung der Krankheitssymptome, aber keine Heilung ermöglichen. Da wir mit unserem heutigen Wissen über HIV und AIDS davon ausgehen müssen, daß diese Infektionskrankheit hauptsächlich durch Körperflüssigkeiten (Blut, Sperma, Vaginalsekret) übertragen wird, sind Verhaltensweisen, die eine Übertragung vorbeugen, zu bejahen. Eine Folge dieses Wissens war, daß die zunächst am häufigsten von AIDS betroffene Gruppe (Schwule) aus einem Gefühl der Verantwortung für ihre Freunde begann, über AIDS aufzuklären. Staatliche Gesundheitsorgane erkannten den Stellenwert der Vorbeugung und begannen neben der Unterstützung der Selbsthilfegruppen mit einer auf die Allgemeinbevölkerung zielenden Aufklärungsarbeit. Nur durch diese gemeinsamen Aufklärungsarbeit ist es zu verdanken, daß sich diese Epidemie nicht (allen Voraussagen zum Trotz) noch mehr ausgebreitet hat. Wer hier von Panikmache spricht, verkennt die Realität. Solange wir keine anderen Mittel zur Verfügung haben wie z.B. einen Impfstoff, kann nur Vorbeugung durch Safer Sex und Safer Use vor der Infektion mit HIV schützen. Die AIDS-Hilfen leisten aus der Betroffenheit heraus, daß FreundInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen an AIDS erkrankt sind, eine Arbeit, die sich ernsthaft mit den Ängsten und Nöten der Menschen mit HIV und AIDS auseinandersetzt. Diese Broschüre soll der steten Verunsicherung, die durch unwissenschaftliche Informationen in den Medien und Publikationen verbreitet wird, Abhilfe schaffen. In ihr werden die am häufigsten gestellten Fragen, die zur "kritischen AIDS-Diskussion" entstanden sind, aufgegriffen und beantwortet. Unbestritten hat unser Wissen um AIDS noch große Lücken, aber es gilt, diese Lücken mit gewissenhafter Genauigkeit zu füllen. Ein Glaubenskrieg auf Kosten der Menschen mit HIV und AIDS dient höchstens der Verdrängung der Realität von AIDS. Nicht nur um der Wahrheit willen, sondern um den möglichen Folgen zu wehren, halten wir es für notwendig, den Thesen des Professor Duesberg entgegenzutreten. Es würde den Rahmen sprengen, wenn an dieser Stelle eine lange Liste der Dokumentationsangaben erfolgen würde, da wir hier keine Fachdiskussion austragen, sondern eine Hilfestellung zur Beantwortung vieler Fragen leisten wollen. Der 55jährige, deutsch-amerikanische Wissenschaftler Peter H. Duesberg forscht als Molekularbiologe seit über 20 Jahren an Retroviren im Rahmen eines Instituts der Universität von Kalifornien in Berkeley. In den 70er Jahren erlangte er als anerkannter Wissenschaftler, was die Molekularbiologie oder Zusammenhänge biochemischer Vorgänge betrifft. Er wird als der Entdecker der Retroviren beschrieben, zu denen auch HIV gehört. Diese Entdeckung gelang Duesberg im Rahmen des von US-Präsident Nixon ausgerufenen "Kampf dem Krebs" - einem mit Milliarden US-Dollar ausgestatteten Forschungsprogramm. Der Entdeckung der Retroviren folgte die Aufnahme Duesbergs in die National Academy of Science der USA. 2. Was verbindet Duesberg mit AIDS? Duesbergs anerkanntes Wissen basiert auf der Entdeckung und Beschreibung der Retroviren in den 70iger Jahren. Diese Entdeckung war mit Sicherheit nicht unbedeutend, aber für Duesberg kann sie nur als eine der Vorbedingungen zur Entdeckung von HIV gesehen werden. Robert C. Gallo, der in demselben Zeitraum wie Duesberg am "Kampf dem Krebs" Programm teilhatte, gelang es 1984 als erstem Amerikaner, ein Retrovirus in Kultur zu züchten, das aus dem Körpergewebe von AIDS-Patienten stammte. Im Wettstreit mit Luc Montagnier (Institut Pasteur, Paris), aus dessen Labor Gallo das Virusmaterial erhalten hatte, gelang die Identifikation des Virus und die Entwicklung eines Kultur- und Nachweisverfahrens. In Beilegung eines langwierigen Streites um die Patente an diesem Verfahren erhielt HTLV III oder auch LAV den Namen HIV (Humanes Immundefizienz Virus). Es wurde auch festgelegt, daß 80% aus den Lizenzgebühren des HIV Antikörpertests in die gemeinsame französisch/amerikanische Virusforschung fließen sollten. Duesberg beschreibt die Entdeckung von HIV und den Vertrag über die Rechte daran als den Grundstein für eine einheitlich virusfixierte Denkweise in der Wissenschaft. In zahlreichen Vorträgen und Veranstaltungen stellt er seit 1987 HIV als Ursache für AIDS in Frage und führt verschiedene Thesen auf, die alle HIV nicht als die Ursache von AIDS sehen. Er fragt nach den genauen biologischen Mechanismen der Krankheitsentstehung des Immunschwächesyndroms, von dem er behauptet, daß es nur aus Willkür AIDS genannt wird. Einen Zusammenhang zwischen AIDS - das es nicht gibt - und HIV - das harmlos ist - will er nicht erkennen können. Er beklagt, daß inzwischen eine Milliarde US\$ Forschungsgelder für die Bestätigung der Virus-AIDS-Theorie ausgegeben wurden. 3. Was sind Duesbergs Kernaussagen? Duesberg begründet seine Thesen mit einem Katalog von Argumenten, wonach das Virus bei Menschen mit AIDS nicht nachgewiesen werden sei, es in Zellkulturen nicht angezchtet werden könne und im Tierversuch nicht bestätigt würde. AIDS sei damit keine ansteckende oder sexuell übertragbare Krankheit. Die im Test bestätigten Antikörper würden zur Immunisierung gegen AIDS führen. Das HI-Virus könnte nicht erst Jahre nach seiner biologischen Aktivität krankheitsauslösend sein. Weiterhin könnte es sich nicht hauptsächlich innerhalb sog. "Risikogruppen" konzentrieren, sondern müßte gleichmäßig in der Bevölkerung verteilt vorkommen. Duesberg schlußfolgert daraus, daß "die monokausale Virus-AIDS-Theorie unhaltbar sei und Immunschwäche eher auf verschiedenen Kofaktoren beruhe. Er benennt massiven Drogenkonsum, verbunden mit ausschweifenden Sexualpraktiken und Promiskuität. Auch die Behandlung mit dem Medikament AZT und die regelmäßige Einnahme von Antibiotika seien für die Krankheit verantwortlich. Die erdrückenden Zahlen über AIDS in Afrika erklärt er mit mangelnder Ernährung und Armut. 4. Wie diskutiert Duesberg seine Thesen? In der frühen Phase seiner Kritik an der Virus-AIDS-Theorie stellte Duesberg im Rahmen einer Sitzung der National Academy of Science seine auf Literaturrecherchen basierenden Fragestellungen vor. Wie üblich wurden die Thesen diskutiert und durch die Anwesenden kritisch begutachtet. Vor allem Kliniker und Epidemiologen widersprachen auf das Deutlichste. In der internationalen Fachwelt wurden seine Thesen zunächst mit Unmut aufgenommen, weil man sie als kleinliche Kommentare eines realitätsfernen Grundlagenforschers abtat. Später folgte durchaus eine entschiedene Auseinandersetzung mit ungeklärten Zusammenhängen. Nachdem seine Behauptungen in jeder Richtung widerlegt wurden, war die Mehrzahl der von ihm zunehmend auch persönlich angegriffenen AIDS-Forscher hintergrund bereit, sich mit ihm in der Öffentlichkeit zu befassen. Duesberg hat keine praktisch-formulierenden oder wissenschaftlichen Hintergrund in vielen der Bereiche, aus denen er seine Thesen ableitet. Dies gilt für das menschliche Immunsystem, Viruserkrankungen des Menschen, den Bereich der klinischen Behandlung und Diagnose und die Epidemiologie. Seine Kenntnisse bezieht er aus dem Studium medizinischer Literatur zahlloser Forschungsberichte und Studienergebnissen. Zweifellos ist dies eine beachtliche Fleißarbeit, aber das bedeutet auch, daß er seine wissenschaftlichen Publikationen zum Thema AIDS nur aus Zweiter Hand von anderen Autoren bezieht und keine eigenen Studien vorzuweisen hat. Seine Außenseiterrolle in der Wissenschaft geht dabei auch von der Verhaltensweise seines "Forschens an AIDS" aus, weil er gefahr läuft, sich nur der Meinungen anzunehmen, die seine Hypothese unterstützen und sich nicht aus unterschiedlichen Richtungen der Problematik zu nähern. Seine Veröffentlichungen enthalten eine ungeheure Menge von Informationen und Entwicklungen, die bedeutende Erfahrungswerte beinhalten, andere aber einfach ignorieren. Viele Wissenschaftsjournale akzeptieren derartige Veröffentlichungen aus Grundsatz nicht, weil sie die Gefahr der dogmatischen Theorienbildung befördern. Er hat zwischen in der Kontroverse die wissenschaftliche Ebene verlassen. Er wird in der Fachwelt als nicht mehr diskussionswürdig angesehen. Das National Institute of Health der USA, das ihm ein siebenjähriges Forschungsstipendium bewilligte, will sich nicht mehr zu ihm äußern. Selbst einige Forscherkollegen aus Duesbergs 50köpfiger Arbeitsgruppe, die die HIV-AIDS-Hypothese neu bewerten will, teilen nicht seine Meinung, daß HIV garnichts mit AIDS zu tun habe. 5. Warum ist Duesberg gerade jetzt aktuell? Seit den 80iger Jahren taucht das Thema AIDS