Donnerstag, 15. März 2018, 10:42 Uhr
~23 Minuten Lesezeit

Tödlicher Ernst

Warum mit dem medizinischen Forschungsstand zu HIV und AIDS nicht zu spaßen ist.

von Klaus-Dieter Kolenda
Foto: Burak Karademir/Shutterstock.com

Bereits drei Mal hat Rubikon das Thema HIV/AIDS aufgegriffen, darunter einmal sehr kontrovers. In einem ersten Beitrag (a) hatte Klaus-Dieter Kolenda berichtet, dass die HIV- Infektion AIDS verursache und

hatte dabei die Situation in Deutschland mit der in Subsahara-Afrika verglichen. In einem zweiten Beitrag (b) hatten Torsten Engelbrecht und Claus Köhnlein angemerkt, dass aus Ihrer Sicht gute Gründe vorlägen, daran zu zweifeln, dass wirklich das HI-Virus AIDS verursache. In einer Replik hierauf (c) konterte der 1994 HIV-positiv getestete Autor Matthias Gerschwitz diese These und kritisierte das aus seiner Sicht verantwortungslose Handeln seiner beiden Vorredner. Im heutigen Beitrag erwidert Klaus-Dieter Kolenda selbst, stellt den medizinischen Forschungsstand dar und wendet sich zugleich gegen „diskriminierende Assoziationen, die für eine sachliche Debatte nicht förderlich sind“.

Wenn es sich nur um gegensätzliche Thesen eines wissenschaftlichen Disputes handelte, könnte man sich beruhigt zurücklehnen und darauf warten, bis neue Erkenntnisse vielleicht eine Klärung der Streitfragen bringen. So ist es aber nicht. Den Disput mag es vielleicht in den 1980er-Jahren gegeben haben, es gibt ihn aber schon lange nicht mehr unter Ärzten und Wissenschaftlern, die die eindeutigen Forschungsergebnisse der letzten 25 Jahre über HIV/AIDS zur Kenntnis nehmen.

Behauptungen – wie die oben angeführten – können aber die von einer HIV-Erkrankung Betroffenen bei ihren Therapieentscheidungen verunsichern, wenn sie unwidersprochen bleiben. Und sie können alle präventiven Bemühungen zur Eindämmung von HIV/AIDS in Frage stellen, wie es in der Regierungszeit von Tabor Mbeki, dem Nachfolger von Nelson Mandela in Südafrika, leider der Fall war. Das habe ich in meinem

oben genannten Artikel dargestellt und deshalb diesen Nachtrag geschrieben.

Im Folgenden werde ich daher meine bisherigen Ausführungen um einen kurzen Abriss der Geschichte der HIV-Erkrankung und deren Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten ergänzen. Dabei stütze ich mich vor allem auf das Buch „HIV 2016/2017“, das Christian Hoffmann und Jürgen K. Rockstroh alle 2 Jahre in aktualisierter Form herausgeben. An der **letzten Ausgabe** (https://hivbuch.de/) haben 39 ausgewiesene HIV-Spezialisten aus Deutschland und anderen Ländern mitgeschrieben. Das Werk gilt als wichtiges Fachbuch auf diesem Gebiet, ist in mehrere Sprachen übersetzt worden, gut lesbar und kann kostenfrei im Internet angesehen und herunter geladen werden. Mit Christian Hoffmann, einem der Herausgeber, habe ich mehrere Jahre lang zusammengearbeitet.

Zum anderen stützt sich mein Text auf meine persönlichen ärztlichen Erfahrungen im Umgang mit etwa 1200 Patienten mit einer HIV-Erkrankung in den Jahren 1990 bis 2006 in einer Rehabilitationsklinik (siehe auch Literaturangaben 1-5). Darunter befanden sich etwa 500 AIDS-Patienten.

Und schließlich verweise ich bei einigen Argumenten auf das wichtige Buch von Seth Kalichman mit dem Titel „Denying AIDS“ aus dem Jahre 2009, das leider nur in englischer Sprache veröffentlicht wurde (6). Der englische Titel hat wohl eine gewollte doppelte Bedeutung: Einerseits bedeutet er „AIDS leugnen“ und andererseits „Hilfsmittel verweigern“.

Seit der Entdeckung vor 34 Jahren haben das HI-Virus und die HIV-Erkrankung der Wissenschaft zahlreiche Rätsel aufgegeben. Viele davon konnten jedoch in den vergangenen Jahrzehnten gelöst werden. Dazu gehören die Fragen: Woher kam das HI-Virus? Und: Wie konnte es die schlimmste Pandemie unserer Zeit auslösen?

Ein Dokumentarfilm bringt Aufklärung

Wissenschaftler aus Belgien, den USA und dem Kongo haben gute Argumente dafür, dass das HI-Virus in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts im Herzen Afrikas (Kamerun) seinen Ursprung genommen hat. Dort ist HIV beim Übergang des Simian Immunodefiency Virus (SIV) vom Schimpansen auf den Menschen entstanden. Die älteste bekannte HIV-positive Probe stammt aus dem Jahr 1959 aus Kinshasa im Kongo, so Hoffmann und Rockstroh. Über mehrere Jahrzehnte konnte sich das HI-Virus bei den Menschen in Zentral- und Ostafrika und von dort weiter ins südliche Afrika unerkannt ausbreiten, bis die Erstbeschreibung von HIV/AIDS Anfang der 1980er Jahre in den USA erfolgt ist.

Das zeigt Carl Gierstorfer in dem sehenswerten Dokumentarfilm „**AIDS: Erbe der Kolonialzeit** (https://www.youtube.com/watch?v=K6yNpp23iH0)“, der 2014 entstanden ist und aus Anlass des Welt-AIDS-Tages am 2. Dezember 2017 auf ARTE ausgestrahlt wurde.

Es brauchte Jahrzehnte interdisziplinärer Forschung, in denen Virologen, Biologen und Historiker die Spuren des AIDS-Virus bis zu seinen Anfängen zurückverfolgt haben. Diese liegen lange vor dem Beginn der 1980er Jahre, als HIV/AIDS in der Homosexuellenszene an der Westküste der USA Angst und Schrecken verbreitete.

Mehrere Jahre folgte der Filmemacher Gierstorfer Wissenschaftlern auf ihrer Suche nach dem Ursprung von HIV. In Krankenhäusern und Laboren in der Demokratischen Republik Kongo, dem früheren Belgisch-Kongo, stießen die Forscher auf ein Archiv von Gewebeproben aus der Kolonialzeit. Deren Analyse ergab, dass in Zentralafrika bereits Anfang der 1960er Jahre eine HIV-Epidemie grassierte.

Lange zuvor muss also das Virus vom Schimpansen auf den

Menschen übergesprungen sein; ein Vorgang, der aber nicht zwangsläufig eine Pandemie auslösen muss. Haben die Kolonialherren mit ihrer rücksichtslosen Ausbeutung von Mensch und Natur die Ausbreitung des HI-Virus erst ermöglicht? Diese Frage wird in dem Film bejaht und mit erschreckenden Filmdokumenten aus der Kolonialzeit belegt. Dazu gehören in Zentralafrika mit unsterilen Spritzen durchgeführte Impfungen größerer Bevölkerungsgruppen gegen die Schlafkrankheit, wodurch die Geimpften möglicherweise massenhaft mit dem HI-Virus infiziert wurden. Nach Meinung des Autors bereiteten die damaligen Kolonialmächte, vor allem Frankreich und Belgien, von Zentralafrika ausgehend der AIDS-Pandemie den Weg.

Gierstorfers Film eröffnet eine neue Perspektive auf die AIDS-Pandemie: teils als wissenschaftliche Reportage in von kolonialer Ausbeutung, Kriegen und Korruption zerrütteten Ländern Afrikas, teils als historische Analyse. Die Pandemie hat bislang wahrscheinlich circa 40 Millionen Menschen das Leben gekostet. Weltweit wird die derzeitige Zahl der mit HIV Infizierten auf 36,9 Millionen geschätzt, davon leben 26,8 Millionen in Subsahara-Afrika. Mehr als die Hälfte davon sind Frauen.

Der Dokumentarfilm von Carl Gierstorfer ist aber auch deshalb sehenswert, weil er veranschaulicht, was fast 150 Jahre koloniale und neokoloniale Ausbeutung für die Bevölkerung des Kongo, eines rohstoffreichen Landes, bis heute bedeuten: Öffentliche Einrichtungen wie Krankenhäuser, die in dem Film gezeigt werden, sind nach wie vor in einem äußerst beklagenswerten Zustand, weil der Reichtum außer Landes geschafft oder privatisiert wird, die Eliten korrupt sind und diejenigen, die dagegen aufbegehren wie Patrice Lumumba, der erste Premierminister nach der Kolonialzeit, von den Kolonialmächten und einheimischen Helfern ermordet wurden.

Das HI-Virus und die HIV-Erkrankung

Obwohl erst seit 1983 bekannt ist das HI-Virus heute wahrscheinlich der Krankheitserreger, über den die medizinische Wissenschaft am besten unterrichtet ist. Das hängt damit zusammen, dass das HI-Virus Anfang der 1980er Jahre als ein besonders für junge Menschen in den Industrieländern tödlicher Krankheitserreger für Aufmerksamkeit sorgte, von dessen erfolgreicher Behandlung sich die Pharma-Industrie große Gewinne versprach. Trotz erheblicher Geldmittel, die in die HIV-Forschung flossen, dauerte es aber 13 Jahre lang – bis 1996 – bis zu einer effektiven Therapie der HIV-Infizierten und AIDS-Kranken. Eine wirksame Impfung gegen HIV gibt es bis heute nicht und ist auch nicht in Sicht.

Unser Wissen über das HI-Virus und die HIV-Erkrankung beruht auf vielen Zehntausenden Arbeiten, die Wissenschaftler in den letzten Jahrzehnten weltweit zu allen Aspekten der HIV-Erkrankung durchgeführt und veröffentlicht haben.

HIV ist ein Retrovirus und gehört zur Gruppe der **Lentiviren** (http://members.tripod.com/hiv_aids/koch.htm). Infektionen mit diesem Virustyp verlaufen chronisch und die klinische Latenzphase (Zeit von der Infektion bis zum Ausbruch der Krankheit) ist relativ lang. Des Weiteren typisch ist eine anhaltende Virämie (Vorhandensein von Viren im Blut) und eine Beteiligung des zentralen Nervensystems. HIV-1 wurde 1983 erstmals beschrieben, HIV-2 drei Jahre später.

Beide Viren sehen zwar im elektronischen-mikroskopischen Bild nahezu identisch aus, unterscheiden sich aber zum Beispiel molekulargenetisch und pathophysiologisch deutlich. Da HIV-2 nur in wenigen Regionen Westafrikas vorkommt und weltweit nur circa 1 Prozent aller HIV-Infektionen ausmacht, konzentriert sich die HIV-Forschung auf HIV-1. Das umfangreiche und detaillierte

Wissen, über das wir heute zum Beispiel über die Morphologie, das virale Genom (Erbgut des Virus), den Eintritt von HIV in die Zielzelle, die Wirkungen von HIV auf das Immunsystem und speziell auf die CD4-positiven T-Zellen (Helferzellen), verfügen, kann im Buch „HIV 2016/2017“ von Hoffman und Rockstroh ausführlich nachgelesen werden.

Die rasche und sichere serologische Diagnose (Diagnose aus Blutbefunden) der HIV-Infektion ermöglicht den Patienten den Zugang zur antiretroviralen Therapie und hilft gleichzeitig, Ansteckungen, zum Beispiel von Sexualpartnern und Neugeborenen oder durch Blut und Blutprodukte zu verhindern, so die beiden genannten Autoren. Das Ergebnis von korrekt durchgeführten HIV-Tests ist eindeutig: Die Probanden sind entweder „HIV-positiv“ oder „HIV-negativ“. Trotz der flächendeckenden Testangebote in Deutschland wird die HIV-Infektion oft erst zu einem späten Zeitpunkt diagnostiziert. In einem Drittel der Fälle besteht laut Robert-Koch-Institut zum Zeitpunkt der Erstdiagnose eine fortgeschrittene HIV-Erkrankung mit einem ausgeprägten Immundefekt oder AIDS.

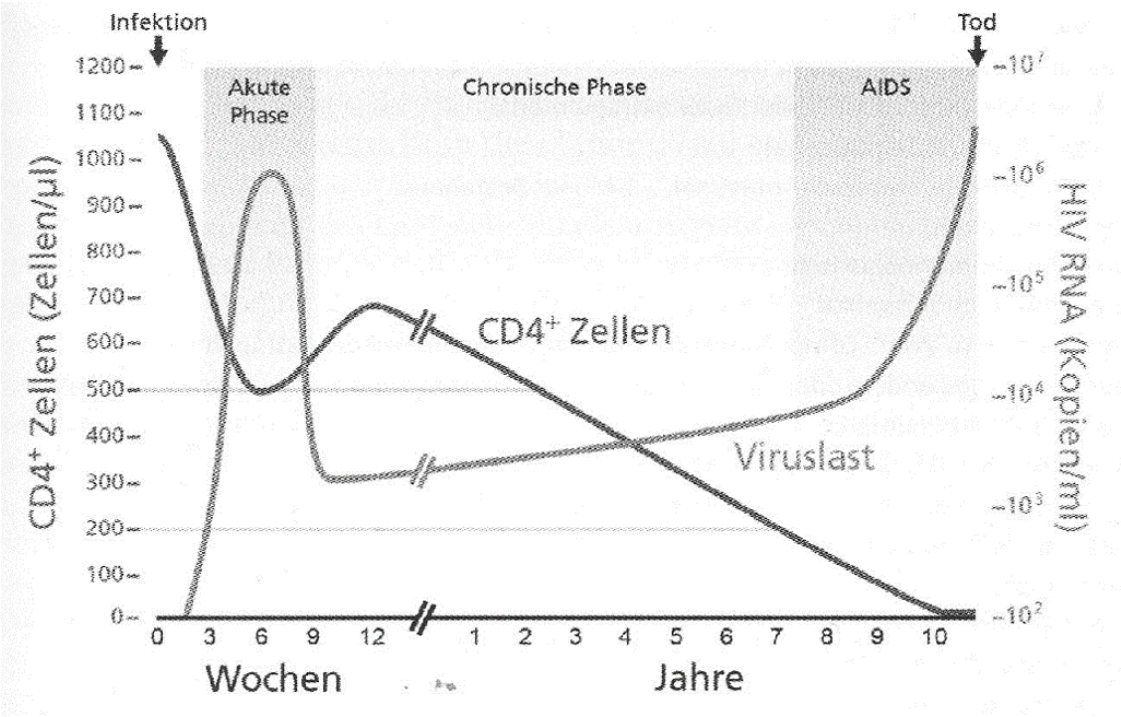
Neben den serologischen Testsystemen gibt es auch Verfahren zum Nachweis von HIV-RNA (Ribonukleinsäure = RNA ist ein Bestandteil des Erbmaterials). Der quantitative Nachweis von HIV-RNA-Partikeln wird auch „Bestimmung der Viruslast“ genannt und ist heute ein wesentlicher Bestandteil der Überwachung einer HIV-Infektion.

1981 wurde die erworbene Immunschwäche AIDS (**A**cquired **I**mmune **D**eficiency **S**yndrome) erstmals als klinisches Krankheitsbild beschrieben. Die ersten Berichte gingen auf die ungewöhnliche Häufung bis dahin seltener Erkrankungen wie Kaposi-Sarkom (KS) und Pneumocystis Pneumonien (PCP) zurück. Bis zu dieser Zeit waren gesunde junge Menschen noch nie an einer dieser Indikatorkrankheiten für einen schweren Immundefekt (Schwäche

der Immunabwehr) erkrankt.

Zunächst wurde die Ursache in spezifischen risikoträchtigen Lebensstilen vermutet, wie sie zum Beispiel in der Gay-Community verbreitet sind. Schließlich konnte 1983 das Humane Immunschwäche-Virus (HIV) als wahrscheinliche Ursache von AIDS identifiziert werden. Im Jahr 2008 erhielt die Forschergruppe um Luc Montagnier für diese Arbeiten den Nobelpreis.

Der natürliche Verlauf der HIV-Infektion



In Abbildung 1 ist der natürliche Verlauf der HIV-Infektion (ohne antiretrovirale Therapie) dargestellt (10). Kurze Zeit nach der Erstinfektion wird bei einigen Patienten ein akutes retrovirales Syndrom beobachtet, das mit Lymphknotenschwellungen, Fieber, Muskelschmerzen und einem vorübergehenden fleckförmigem Hautausschlag einhergehen und 2 bis 4 Wochen anhalten kann. Anschließend folgt eine Periode von mehreren Jahren, in denen die meisten Patienten klinisch unauffällig sind.

Danach können Beschwerden und Erkrankungen auftreten, die nach der CDC-Klassifikation der klinischen Kategorie B zugeordnet werden. Dazu gehören Soor-(Pilz)-Infektionen der Mundschleimhaut und Herpes Zoster-Infektionen. Diese Erkrankungen sind zwar nicht AIDS-definierend, aber ursächlich auf die HIV-Infektion zurückzuführen und weisen auf eine Störung der zellulären Abwehr hin.

Im Mittel 8 bis10 Jahre nach der Erstinfektion treten dann AIDS-definierende Erkrankungen der Kategorie C auf. Es handelt sich dabei um eine Liste von schwerwiegenden Erkrankungen, zu denen neben dem schon erwähnten Kaposi-Syndrom (KS) und der Pneumocystis-Pneumonie (PCP) weitere schwere Infektionen durch Pilze, Viren und Bakterien und verschiedene Krebserkrankungen gehören. Diese führen in unterschiedlich langer Zeit ohne antiretroviale Therapie schließlich zum Tode. Zwischen den ersten AIDS-Komplikationen und dem Tod vergingen in der Ära vor der antiretroviralen Therapie 2 bis 4 Jahre. Ohne Therapie sterben vermutlich mehr als 90 Prozent aller HIV-Patienten an AIDS. Mit der antiretroviralen Therapie lässt sich heute jedoch ein Voranschreiten der Erkrankung bis hin zum AIDS-Stadium aufhalten beziehungsweise verhindern.

Die Abbildung 1 zeigt weiter, dass sich das Fortschreiten der HIV-Erkrankung in zwei gegenläufigen Parametern spiegelt, die heute regelmäßig im Blut bestimmt werden können: der HI-Viruslast (Anzahl der Viruspartikel) und der Anzahl der CD4-positiven T-Helferzellen (Zellen der Immunabwehr). Kurz nach der Primärinfektion kann die Viruslast einen extrem hohen Wert erreichen, den man als initialen Setpoint bezeichnet. Zugleich mit dem Auftreten von Antikörpern sinkt dieser wieder stark ab und bleibt dann relativ lange stabil. Die Höhe des viralen Setpoints bestimmt die Geschwindigkeit des Krankheitsprozesses sowie Schnelligkeit und Ausmaß des Abfalls der T-Helferzellen. Diese betragen anfangs um 1000 Zellen pro Mikroliter Blut und können

dann im weiteren Krankheitsprozess langsam bis auf sehr niedrige Werte bis nahe Null absinken. Dieser starke Abfall der Helferzellzahl ist ein spezifisches Kennzeichen für die zunehmende Zerstörung der zellulären Immunität und die Voraussetzung für das Auftreten von AIDS-definierenden Erkrankungen.

Die antiretrovirale Therapie – Fehlschläge und Erfolge

Wohl kaum ein Gebiet der Medizin hat in den letzten Jahrzehnten eine ähnlich stürmische Entwicklung genommen wie die antiretrovirale Therapie. Nach der Ohnmacht der Anfangszeit und nach vorsichtigen Hoffnungen mit Monotherapien wie mit AZT (Azidothymidin) und weiteren Nukleosid-Analoga (DDC, DDI und D4T) stürzte spätestens die Concorde-Studie 1994 Patienten und Behandler in eine mehrjährige Resignation. 1996 ließen jedoch zwei Studien aufhorchen: die DELTA-Studie aus Europa und die ACTG 175 aus den USA. In beiden konnte gezeigt werden, dass die Kombination von zwei Nukleosid-Analoga bei der Verhinderung der Virus-Vermehrung wirksamer war als die Einzelsubstanzen.

Der erste therapeutische Durchbruch erfolgte noch im selben Jahr, als eine neue Wirkstoffklasse, die Proteinase-Inhibitoren, in die Therapie eingeführt wurde. Bei der Welt-AIDS-Konferenz 1996 in Vancouver trat das volle Potential der neuen Kombinationstherapie zutage: Dort wurden Studien vorgestellt, in denen unter Einbeziehung von Präparaten der neuen Wirkstoffklasse die Todes- und AIDS-Raten deutlich gesenkt werden konnten. Diese galten als sensationell im Vergleich zu allem, was vorher veröffentlicht worden war.

Anfang 1997 titelte der Spiegel „Sieg über die Seuche?“ Mit dem neuen nicht-nukleosidalen Reverse-Transkriptase-Inhibitor

(NNRTI) Nevirapin stand eine dritte Wirkstoffklasse zur Therapie zur Verfügung. Jetzt hatten Ärzte eine Auswahl bei der Kombinationstherapie, die zunächst von den meisten Patienten gut vertragen wurde, auch wenn die Tablettenanzahl häufig sehr hoch war und bei 20 oder mehr Tabletten am Tag lag. Aber es half und die AIDS-Zahlen brachen innerhalb von nur vier Jahren, von 1994 bis 1998, um mehr als das Zehnfache ein, von 30,7 auf 2,5 pro 100 Patientenjahre, wie die europäische SIDA-Studie eindrucksvoll zeigte (7).

Aber dann kam ein Rückschlag, weil sich die alte Mediziner-Weisheit bewahrheitete: Kein Medikament, das wirkt, bleibt ohne Nebenwirkungen. Die Behandelten entwickelten immer häufiger eine sogenannte „Lipodystrophie“ mit unangenehmen Nebenwirkungen wie Büffelnacken, Storchenbeinen, schmalen Gesichtern und einem dicken Bauch mit der Neigung, einen Diabetes zu entwickeln. Dies wurde vor allem auf die Proteinase-Inhibitoren zurückgeführt.

Zum Glück haben sich die Zeiten dann jedoch wieder geändert. Moderne Therapien sind in den letzten Jahren mit neuen Arzneisubstanzen und mit einer optimierten Pharmakokinetik viel besser verträglich geworden. So sind auch Single-Tablet-Regimes auf dem Vormarsch und Dreimonats-Spritzen in Sichtweite.

Mittlerweile ist Realität geworden, was noch vor wenigen Jahren utopisch schien: HIV-Infizierte haben eine normale Lebenserwartung trotz HIV-Infektion. Das bedeutet aber auch, dass die Patienten über viele Jahrzehnte Medikamente einnehmen müssen, was eine enorme Herausforderung an die Langzeitverträglichkeit der Therapie bedeutet.

Und wie sieht es mit der Heilung der HIV-Infektion aus? Bis heute bedeutet eine effektive antiretrovirale Therapie nur „bedingte“ Gesundheit, da die Wirkung der Behandlung nur so lange anhält, wie

der Infizierte die Medikamente weiter einnimmt. Noch immer ist es nicht möglich, das latente Reservoir an HI-Viren in den Geweben des Körpers, mit dem das trickreiche HI-Virus überlebt, richtig zu messen, geschweige denn zu leeren oder „auszuwaschen“. Ob das eines Tages möglich sein wird, ist heute nicht abzusehen.

Peter Duesberg über AIDS

Trotz der geschilderten wissenschaftlichen Fakten gibt es die sogenannten „AIDS-Dissidenten“, die die Behauptungen vertreten, die HIV-Infektion sei nicht die Ursache von AIDS und es gebe keine effektive medikamentöse Behandlung dieser Erkrankung. Einer der wenigen Wissenschaftler von Rang, auf den sich diese Gruppe berufen kann, ist der 1936 in Deutschland geborene US-Amerikaner Peter Duesberg. Dieser war seit 1964 an der kalifornischen Universität Berkeley als Professor für Molekulare und Zellbiologie tätig.

Wie Kalichman S. in Denying AIDS schreibt, gründet sich Duesberg's frühes wissenschaftliches Renommee auf die Erforschung der genetischen Basis von Krebs. Als einem der ersten gelang ihm in den 1970er Jahren die Isolierung von Onkogenen, das heißt krebserzeugenden Genen, und von Retroviren, die mit Krebs in Beziehung stehen und Onkogene in die Zellen einschleusen können. Als Anerkennung für diese Forschungen wurde er 1986 in die Nationale Akademie der Wissenschaften der USA berufen.

Mitte der 1980er Jahre vollzog er in seinen wissenschaftlichen Ansichten über die Bedeutung der Retroviren jedoch eine radikale Kehrtwende und erklärte, dass diese harmlos seien und keinen Krebs oder andere Krankheiten erzeugen könnten.

Als Robert Gallo, ein ebenfalls renommierter Virologe, der über

Retroviren forschte, 1983 fast zeitgleich mit der französischen Arbeitsgruppe um den Virusforscher Luc Montagnier den Erreger von AIDS entdeckte, der später als HIV-1 bezeichnet wurde, kam es zwischen Gallo und Duesberg zu jahrelangen wissenschaftlichen und persönlichen Auseinandersetzungen.

Dabei vertrat Duesberg die folgende Hypothese über die Entstehung von AIDS: HIV ist ein harmloses Virus; die Schädigung des Immunsystem, die letztlich zu AIDS führt, kommt durch verschiedene Einwirkungen zustande, zum Beispiel bei homosexuellen Männern durch Missbrauch von Drogen wie Poppers, bei Nicht-Drogennutzern durch die Einnahme von antiretroviralen Medikamenten wie AZT, bei Hämophilen durch die Transfusion von eiweißhaltigen Blutprodukten und bei armen Afrikanern durch Unterernährung, verschmutztes Wasser und weitere Umwelttoxine, während bei reichen Afrikanern wiederum die Einnahme von antiretroviralen Medikamenten dafür ursächlich angeschuldigt wurde.

Diese Hypothesen verbreitete Duesberg in einer Reihe von Veröffentlichungen, ohne dass er für diese Thesen je überzeugende wissenschaftliche Belege anführte. Bis heute nehmen die AIDS-Dissidenten die große Zahl an wissenschaftlichen Befunden über das HI-Virus, die HIV-Erkrankung und deren Therapie, die oben dargestellt worden sind, nicht zur Kenntnis. So konnte zum wiederholten Male nachgewiesen werden, dass Drogen wie Poppers keine Immunschwäche wie bei AIDS hervorrufen, während HIV das mit Sicherheit tut (8). Auch ignorieren sie weiterhin die Tatsache, dass der Einsatz von antiretroviralen Medikamenten seit 1996 die AIDS-Todesfälle bei jungen US-Bürgern im Alter von 25 bis 45 Jahren deutlich vermindert hat und die Zahl der HIV-infizierten Babys im Staat New York in der Zeit von 1997 bis 2006 auf ein Zehntel der ursprünglichen Anzahl zurückging.

Armut, AIDS und Afrika

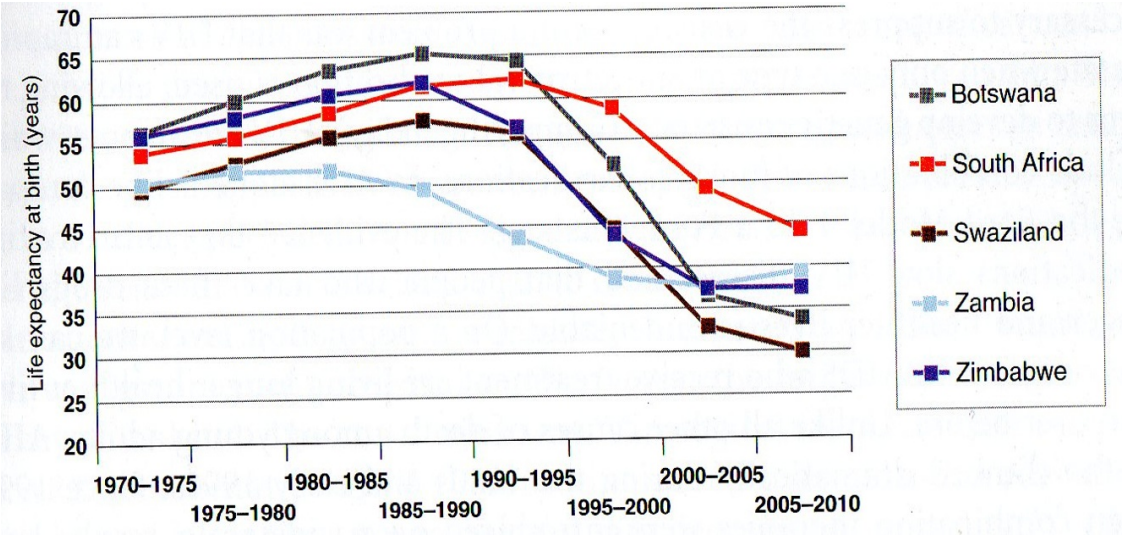
Auf Afrika, und damit ist speziell Subsahara-Afrika gemeint, wo es die meisten HIV-Infizierten und AIDS-Kranken gibt, muss in diesem Zusammenhang gesondert eingegangen werden. Kann die Armut in Afrika für die vielen AIDS-Fälle dort verantwortlich sein, wie es die AIDS-Dissidenten meinen?

Unterernährung verschlechtert ganz sicher den Gesundheitszustand und unterernährte Menschen können auf Grund von Hunger und Flüssigkeitsmangel sterben. Duesberg kann jedoch nicht erklären, warum AIDS in Subsahara-Afrika so schnell angewachsen ist, und das ganz besonders in Südafrika, einem der Länder mit mittleren Einkommen, wo sich der durchschnittliche Lebensstandard in den letzten 20 Jahren deutlich verbessert hat.

Wirtschaftswissenschaftler der Universität Kapstadt konnten zeigen, dass afrikanische Länder in Bezug auf AIDS eine 18-fach größere Krankheitslast zu tragen haben als andere Länder mit vergleichbarer oder noch stärkerer Armut. Wenn man in den 10 ärmsten Ländern der Welt den Grad der Armut, gemessen am Prozentsatz der Bevölkerung, die von weniger als 2 Dollar Einkommen am Tag leben muss, in Beziehung setzt zu der Anzahl der an AIDS Gestorbenen, dann ergibt sich kein konsistentes Bild. So ist Bangladesh das ärmste Land der Welt und dennoch sterben dort nur sehr wenige Menschen an AIDS. Wenn Armut, Unterernährung und unsauberes Wasser AIDS verursacht, warum hat Laos so wenig AIDS-Fälle und Südafrika so viele?

Dieser inkonsistente Zusammenhang gilt auch für den Vergleich von afrikanischen Ländern unter einander. Länder wie Burkina Faso, Gambia und Mali gehören zu den ärmsten Ländern Afrikas und haben die geringsten AIDS-Raten. Wenn an AIDS-erkrankte Arbeitsmigranten aus den Nachbarländern ihren Wohnsitz nach

Südafrika verlegen, dann verschwindet ihre AIDS-Erkrankung nicht, weil sie plötzlich sauberes Wasser und mehr Nahrung erhalten.



In den Ländern im südlichen Afrika, deren Bevölkerungen am stärksten unter AIDS leiden, geht die durchschnittliche Lebenserwartung sehr deutlich zurück (Abbildung 2) (Quelle: Kalichman, siehe unter 6, Seite 77). So ist die Lebenserwartung in den ersten beiden postkolonialen Lebensjahrzehnten zunächst gestiegen, sank dann aber wieder in den 1980er und 1990er Jahren und lag nach 2000 auf einem niedrigeren Wert als in den 1950er Jahren, dem letzten Jahrzehnt des Kolonialismus. Wenn Duesberg diese Entwicklung bestreitet, wenn er mit dem trotzdem erfolgten positiven Bevölkerungswachstum in diesen Ländern argumentiert, dann lässt sich dieser scheinbare Widerspruch durch die hohe Geburtenrate leicht erklären.

Ein unvoreingenommener Blick auf die Beziehung zwischen Armut und AIDS zeigt, dass es lächerlich ist zu behaupten, die Armut in Afrika könnte für sich allein diese Erkrankung hervorrufen. Es gibt keinen Beweis für Duesberg's Behauptung, dass Unterernährung und kontaminiertes Trinkwasser AIDS hervorrufen. Sogar schwerste Formen der Unterernährung rufen keinen Kollaps des Immunsystems hervor, wie das bei AIDS der Fall ist. Die entscheidende Ursache für AIDS auch in Subsahara-Afrika ist die HIV-Infektion, die sich dort wahrscheinlich seit Anfang des letzten

Jahrhunderts von Zentralafrika ausgehend ausgebreitet hat.

Die Durban-Erklärung

Bei der Welt-AIDS-Konferenz im südafrikanischen Durban im Jahr 2000 kam es zu einem Eklat. Nachdem der südafrikanische Präsident Thabo Mbeki bei seiner Begrüßungsansprache Sympathien für die Thesen der AIDS-Dissidenten um Peter Duesberg hatte erkennen lassen, erklärten über 5.000 Wissenschaftler und Ärzte aus mehr als 50 Ländern, unter ihnen ein Dutzend Nobelpreisträger: HIV sei eindeutig die Ursache von AIDS. Auch Mbekis Vorgänger, Nelson Mandela, stellte sich in seiner Schlussrede unmissverständlich auf die Seite dieser Wissenschaftler. Hier die wesentlichen Aussagen der Durban-Erklärung (Übersetzung durch den Autor):

„Der Beweis, dass AIDS durch HIV-1 oder HIV-2 verursacht wird, ist klar, erschöpfend und eindeutig und genügt den höchsten Standards der Wissenschaft. Die vorliegenden Daten erfüllen genau die gleichen Kriterien wie jene, die für andere Viruserkrankungen wie Polio, Masern und Windpocken gelten. Patienten mit AIDS, unabhängig davon, wo sie leben, sind mit HIV infiziert. Wenn sie nicht behandelt werden, entwickeln die meisten Menschen mit einer HIV-Infektion im Laufe von 5 bis 10 Jahren Zeichen von AIDS. Die HIV-Infektion wird nachgewiesen durch Antikörper, Gen-Sequenzen oder die Isolation des Virus. Personen, die mit HIV-kontaminiertes Blut oder Blutprodukte erhalten, entwickeln AIDS, während diejenigen, die nicht belastetes oder gescreentes Blut erhalten, das nicht tun. Die meisten Kinder, die AIDS entwickeln, sind von Müttern geboren worden, die HIV-infiziert sind. Je höher die Viruslast der Mutter war, desto größer ist das Risiko für die Kinder, sich zu infizieren.
Im Labor infiziert HIV einen bestimmten Typ von weißen Blutzellen (die CD4- Lymphozyten), die bei Personen mit AIDS vermindert sind.

Medikamente, die die HIV-Vermehrung im Teströhrchen blockieren, verzögern das Fortschreiten von AIDS. Wo sie verfügbar sind, haben sie die Sterblichkeit von AIDS um 80 Prozent vermindert. Affen, die mit geklonter SIV-DNA (Erbmaterial von Immun-Defizient-Viren von Schimpansen) geimpft wurden, werden infiziert und entwickeln AIDS.“

HIV erfüllt die Koch-Postulate

Abschließend soll noch kurz auf die HIV-Erkrankung vor dem Hintergrund der **Koch-Postulate** (http://members.tripod.com/hiv_aids/koch.htm) eingegangen werden. Diese wurden von dem Nobelpreisträger Robert Koch und dem Anatomen Friedrich G. Henle Ende des 19. Jahrhundert aufgestellt. Erfüllt ein Erreger alle vier Forderungen, wird er als Krankheitsursache angesehen.

1. Der Erreger muss in allen Krankheitsfällen nachweisbar sein.
2. Der Erreger muss sich aus dem erkrankten Organismus isolieren und in Reinkultur züchten lassen.
3. Dieser isolierte und in Reinkultur gezüchtete Erreger muss das gleiche Krankheitsbild erzeugen (Tierversuch).
4. Dieser isolierte und in Reinkultur gezüchtete Erreger muss bei den durch ihn infizierten Organismen nachweisbar sein (Tierversuch).

Duesberg behauptete 1987, HIV erfülle diese Postulate nicht. Dieses Argument wird von den AIDS-Dissidenten auch heute immer noch gerne vorgetragen.

In der Folgezeit hat die HIV/AIDS-Forschung allerdings längst bewiesen, dass HIV alle Koch-Postulate erfüllt. Die Ergebnisse der entsprechenden wissenschaftlichen Arbeiten aus den 1990er Jahren sind **hier** (http://members.tripod.com/hiv_aids/koch.htm)

aufzurufen.

Schlussbetrachtungen

Spätestens seit der Erklärung von Durban im Jahr 2000 ist man sich in der medizinische Wissenschaft weltweit darin einig, dass die entscheidende Ursache für die HIV-Erkrankung und AIDS eine Infektion mit dem HI-Virus ist, die mit einer antiretroviralen Behandlung erfolgreich therapiert werden kann.

Die Wenigen, die diese Zusammenhänge ablehnen, bezeichnen sich selbst als AIDS-Dissidenten. Sie werden von dem Sozialpsychologen und Herausgeber der wissenschaftlichen Zeitschrift „AIDS and Behavior“, Seth Kalichman, in seinem oben angeführten Buch als „AIDS-Leugner“ bezeichnet. Darin legt er schlüssig dar, dass sich ihre Behauptungen nicht auf Erkenntnisse der modernen HIV/AIDS-Forschung gründen, sondern auf pseudowissenschaftlichen Behauptungen basieren und offenbar nur durch persönliche psychologische Gegebenheiten bei den AIDS-Dissidenten zu erklären sind.

Trotzdem bin ich der Meinung, dass der Begriff „AIDS-Leugner“ für diese Gruppe nicht angebracht ist, weil Angehörige dieser Gruppe wie Engelbrecht und Köhnlein nicht die Existenz von AIDS leugnen, sondern dessen Verursachung durch das HI-Virus. Außerdem weckt dieser Begriff diskriminierende Assoziationen, die für eine sachliche Debatte nicht förderlich sind.

Auf die katastrophalen Folgen der Nicht-Anerkennung der Virusgenese von AIDS, die von 1999 bis 2008 in Südafrika offizielle Staatspolitik war, habe ich in meinem Rubikon-Artikel bereits hingewiesen. 2008 erschien eine wissenschaftliche Untersuchung, in der geschätzt wurde, dass die Ablehnung von antiretroviralen

Medikamenten durch die südafrikanische Regierung zum Tod von 330.000 bis 343.000 Menschen an AIDS und zu 171.000 vermeidbaren HIV-Infektionen, darunter bei vielen Tausenden Neugeborener und Kleinkinder, geführt hat (9).

HIV-Infektionen und AIDS sind aber, wie Kalichman ausführt, sicher auch ein großes psychologisches Problem, insbesondere für die Betroffenen. Wer mit dieser Diagnose konfrontiert wird, will sie häufig nicht wahrhaben und neigt dazu, sie zu verdrängen und zu verleugnen. Das ist einer der Gründe, warum die Verleugnung von HIV-Infektionen und AIDS ein solides Fundament bei von dieser Erkrankung Betroffenen und ihren Angehörigen hat.

Es erscheint mir daher eher Wunschdenken zu sein, wenn die medizinische Wissenschaft meint, das Problem lasse sich durch Ignorieren überwinden. Deshalb würde ich mir wünschen, dass die AIDS-Dissidenten ernst genommen werden und sich engagierte HIV-Ärzte und Wissenschaftler weltweit in sachlicher und aufklärender Weise mit diesem Phänomen auseinandersetzen, wie ich das zu tun versuche.

Der Untertitel des Buches von Kalichman lautet: Conspiracy Theories, Pseudoscience und Human Tragedy, zu deutsch: Verschwörungstheorien, Pseudowissenschaft und menschliche Tragödie.

Dass es sich, wie Kalichman schreibt, bei den Argumenten derjenigen, die die HIV-Genese von AIDS nicht anerkennen wollen, vielfach um Pseudowissenschaft, auch Scheinwissenschaft genannt, handelt, kann ich gut nachvollziehen. Mit der Charakterisierung der AIDS-Leugnung als einer „Verschwörungstheorie“ habe ich jedoch meine Probleme. Dieser wohlfeile politische Kampfbegriff verunglimpft Andersdenkende und hat ja in den aktuellen politischen Auseinandersetzungen wieder Hochkonjunktur. Er wurde bekanntlich nach der Ermordung von US-Präsident Kennedy

vom amerikanischen Geheimdienst CIA gezielt in die Welt gesetzt, um diejenigen zu verleumden, die Zweifel am offiziellen Narrativ des Warren-Reports, der Einzeltäter-Theorie, äußerten. Mit einer solchen Wortwahl begibt man sich daher auf die Ebene der Schmähkritik und der abwertenden Propaganda. Aber möglicherweise waren Kalichman diese Zusammenhänge nicht bekannt, als er 2009 sein wichtiges Buch veröffentlichte.

Auch den Begriff „Tragödie“ im Zusammenhang mit HIV/AIDS in Subsahara-Afrika möchte ich in Frage stellen. Wie ich in meinen Artikeln näher ausgeführt habe, ist HIV/AIDS in Deutschland eher ein medizinisches Randproblem, während diese Erkrankung in Subsahara-Afrika für die dort lebende Bevölkerung eine Katastrophe bedeutet. Diese ist nicht auf eine „Tragödie“ zurückzuführen, sondern ist zu einem großen Teil von Menschen gemacht. Sie ist eine der verheerendsten Auswirkungen des Kolonialismus und des heutigen globalen neoliberalen Kapitalismus. Zu dieser Katastrophe haben auch die AIDS-Dissidenten und die Politik der AIDS-Leugnung in Südafrika von 1999 bis 2008 wesentlich beigetragen. Denn seit mehr als 20 Jahren gibt es eine effektive Behandlung dieser Seuche in den reichen Ländern und für Reiche in armen Ländern, aber viele Arme, vor allem in Subsahara-Afrika, müssen weiter an AIDS sterben.

Quellen und Anmerkungen:

(a) **https://www.rubikon.news/artikel/das-sterben-der-armen** (https://www.rubikon.news/artikel/das-sterben-der-armen)
(b) **https://www.rubikon.news/artikel/das-trugerische-aids-erbe-von-rock-hudson** (https://www.rubikon.news/artikel/das-trugerische-aids-erbe-von-rock-hudson)

(c) **https://www.rubikon.news/artikel/kein-aids-fur-alle** (https://www.rubikon.news/artikel/kein-aids-fur-alle)
(1) Kolenda KD, Hoffmann C. Rehabilitation, sozialmedizinische Beurteilung und Beratung bei HIV-infizierten Patienten. Die Rehabilitation 2006; 45: 102-109
(2) Carstensen K, Hoffmann C, Horst A, Kolenda KD. The impact of highly active antiviral therapy on sociomedical assessment in HIV-infected patients undergoing rehabilitation measures: a monocentric study of more than 800 patients. Oral presentation V11, 10. Deutsch-Österreicherischer AIDS-Kongress, Wien, June 1.- 4., 2005. Eur J Med Res 2005, 10 (Suppl II): 28
(3) Kolenda KD. HIV und Rehabilitation. In: Hoffmann/Jäger (Hrsg.): HIV/AIDS. Wunschwelt - Heilung. Evidenz für Fortschritt oder Stillstand. Druck: Kessler, Boblingen 2006, S. 269- 270
(4) Johnsen K, Kolenda KD. Rehabilitation bei HIV-infizierten Patienten. Schlesw Holst Ärztebl 1/2009; 62: 49-55; zugleich Schattenblick (elektronische Zeitschrift) AIDS/739
(5) Hoffmann C, Kolenda KD: HIV-Infektion und AIDS. In: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Springer Verlag Berlin-Heidelberg, 7. Auflage 2011, S. 259- 268
(6) Kalichman S. Denying AIDS. Conspiracy Theories, Pseudoscience, and Human Tragedy. Springer Science and Business Media, 2009
(7) Mocroft A, et al. AIDS across Europe, 1994- 1998: the EuroSIDA-study. Lancet 2000; 356: 291-296
(8) Chao C, et al. Recreatinal drug use and T-lymphocyte subpopulations in HIV-uninfected and infected men. Drug and Alcohol Dependence 2008, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.11.010
(9) Chigwedere P, et al. Estimating the lost benefits of antiretroviral drug use in South-Africa. Journal of Aquired Immune Deficiency Syndrom 2008; 49 (4): 410- 415

(10) **https://hivbuch.de/** (https://hivbuch.de/), Seite 7

Dieser Artikel erschien bereits auf www.rubikon.news.

Klaus-Dieter Kolenda, Jahrgang 1941, Prof. Dr. med., Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, von 1985 bis 2006 Chefarzt einer Rehabilitationsklinik und seit über 40 Jahren als medizinischer Gutachter bei den Sozialgerichten in Schleswig-Holstein tätig. Er hat zahlreiche wissenschaftliche Artikel und eine Reihe von Fach- und Sachbüchern über die Prävention chronischer Krankheiten verfasst. Zuletzt hat er sozialmedizinische, sozialpolitische und friedenspolitische Beiträge in pharma-unabhängigen medizinischen Fachzeitschriften und alternativen Online-Medien und Websites veröffentlicht.

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz** (**Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International** (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de)) lizenziert. Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen dürfen Sie es verbreiten und vervielfältigen.