

Afrika: Die Hintergründe der angeblichen AIDS-Seuche

Der südafrikanische Präsident Thabo Mbeki wehrt sich zu Recht gegen den Einsatz des tödlichen Zellatmungsgiftes AZT bei seinem Volk. Von Medizinaldirektor i. R. Dr. med. Heinrich Kremer, Barcelona.

Was von der WHO und der Pharma-Industrie in den Massenmedien als „Errichtung eines Damms gegen die AIDS-Seuche“ propagiert wird, nämlich die schwarze Bevölkerung Afrikas mit „Anti-HIV-Pillen“ zu versorgen, ist in Wirklichkeit eine von der „unsichtbaren Hand des Marktes“ vorbereitete Strategie der Massenvergiftung in den Entwicklungsländern. Schon auf der ersten Welt-AIDS-Konferenz 1983 in New York wurde laut Protokoll von Virus-Krebsforschern der Einsatz eines Mittels gefordert, das in der Lage ist, die zelluläre Immunabwehr der AIDS-Patienten auszuschalten. Der Forschungszweck sollte sein, in „geplanten menschlichen Experimenten“ zu beobachten, ob durch Blockade der zellulären Immunität Krebs erzeugt würde. Dr. Montagnier, Frankreich, und Dr. Gallo, USA, hatten als AIDS-Ursache eine Infektion von Immunzellen mit einem neuen Virus („HIV“) postuliert. Gleichzeitig propagierten Therapieforscher vom Nationalen Krebsinstitut der USA die Blockade des angeblichen „HI-Virus“ mit einer immuntoxischen Substanz, um das Leben der Patienten scheinbar zu verlängern. Diese Substanz heißt AZT und hatte in Tierexperimenten seit den 60iger Jahren AIDS- und Krebs erzeugende Eigenschaften gezeigt. Der klinische Einsatz beim Menschen war deshalb untersagt worden. Seit 1986 wird AZT trotzdem eingesetzt.

Das Medikament AZT kann nicht, wie in den Massenmedien behauptet, die Lebenszeit der angeblich todgeweihten „HIV“-AIDS-Patienten verlängern. Vielmehr wird früher oder später AIDS, Krebs, Muskel- und Nervenzellendegeneration und bei langfristiger Einnahme in vielen Fällen tödliches Organversagen hervorgerufen. AZT blockiert nachweislich die Atmungsfermente in Immunzellen und Nichtimmunzellen. Nicht ir-

gendwelche ominösen Viren erzeugen Immunschwäche und Krebs, wie es die Schulmedizin bequemerweise behauptet. Sondern es sind neben bestimmten Zivilisationsfolgen und Verfahren der modernen Medizin vor allem auch die Chemogifte der Pharma-industrie, die für den Wandel der Belastbarkeit des Immunsystems auch bereits bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen verantwortlich zu machen sind. Das geht aus weltweiten Forschungsberichten seit dem Zweiten Weltkrieg hervor, deren zen-

trale Puzzlesteine Dr. Kremer als erster Wissenschaftler zu einem übersichtlichen Erkenntniskonzept zusammen gefügt hat. Dabei kam er elementaren Prozessen der Evolutions-Biologie des menschlichen Zellsystems auf die Spur und ist jetzt in der Lage, die Entstehung von AIDS und Krebs zu erklären. Als wichtigste Konsequenz aus diesen Grundlagen-Erkenntnissen ergeben sich Empfehlungen zur Vorbeugung und Behandlung durch nichttoxische biologische Ausgleichsmaßnahmen.

Bei dem nachfolgenden Text handelt es sich um einen Vorabdruck aus dem Buch Dr. Kremers „Die stille Revolution der AIDS- und Krebs-Medizin“, das Ende dieses Jahres erscheinen und gemeinsam vom Verlag für Ganzheitsmedizin (VGM), dem Zentrum zur Dokumentation für Naturheilverfahren e.V. (ZDN) und dem Ehlers Verlag herausgebracht wird. Das Buch wird schon mittelfristig eine so große Wirkung haben, dass auch die orthodoxe Medizin ihre bisherigen Therapien überdenken wird. Denn Dr. Kremer ist es erstmals gelungen, die Evolutionsbiologie mit der jüngsten NO- (Stickstoffgas-) Forschung zu verknüpfen, was ihm nicht nur ermöglichte, die Entstehung von AIDS und anderen chronischen Krankheiten umfassend zu erläutern, sondern auch anhand bisher publizierter experimenteller und klinischer Einzelstudien die Wirksamkeit der biologischen Regulationsmaßnahmen allgemein verständlich, plausibel und kritisch zu belegen. Wie immer, wenn Naturwissenschaftler echte Grundlagenforschung betreiben, erkannte auch Dr. Kremer die unglaubliche spirituelle Intelligenz und Weisheit der Natur, die sich in der Evolutionsgeschichte unserer Zellsymbiosen manifestiert.

Aus aktuellem Anlass beginnen wir mit dem Afrika-Kapitel aus Dr. Kremers Buch „Die stille Revolution der AIDS- und Krebsmedizin“. Denn in diesen



Wird unter politischen Druck gesetzt und auf Anweisung der Pharma-Konzerne in den Massenmedien diffamiert, der südafrikanische Staatspräsident Thabo Mbeki (im Bild mit Bundespräsident Johannes Rau).

Er weigert sich, große Teile seiner Bevölkerung den Zellgiften AZT auszuliefern, da diese nachweislich AIDS und Krebs erzeugen.

Monaten läuft eine, vermutlich von einer internationalen PR-Agentur gesteuerte, Kampagne in den Massenmedien, die nur ein Ziel hat, den südafrikanischen Präsidenten Thabo Mbeki und seine Gesundheitsministerin Dr. Manto Tsham-



Gesundheitsministerin Dr. Manto Tshabalala-Msimang stellte den Wissenschaftlern auf dem Welt-AIDS Kongress unangenehme Fragen, zum Beispiel nach den Wirkmechanismen von AZT.

balala-Msimang öffentlich politisch und wirtschaftlich unter Druck zu setzen, damit sie zustimmen, dass WHO und Pharma-Konzerne die Bevölkerung des Landes, vor allem aber Millionen als „HIV-positiv“-stigmatisierte Schwangere und Neugeborene flächendeckend mit AZT und anderen Zellgiften

versorgen, um sie „prophylaktisch“ zu behandeln. Beide südafrikanischen Politiker hatten am 23.2.2000 und am 6./7. 5 2000 auf öffentlichen AIDS-Konferenzen kritische Fragen zum Wirkmechanismus von AZT und zu „HIV“/AIDS gestellt.

Seit dieser Zeit wird vor allem Präsident Mbeki in den Massenmedien diffamiert, wo immer es möglich ist. Mbeki gefährdet mit seinen kritischen Fragen zum Thema „AIDS“ das Milliarden-Geschäft mit der Angst und dem Tod, das von einer skrupellosen Wissenschaftsgang mit den inzwischen zu Milliarden gewordenen Dr. Gallo und Dr.

Kleines Lexikon

Warum AZT so verheerend wirkt

AZT (Azidothymidin) wurde 1961 in Samenzellen von Heringerlingen entdeckt und ab 1964 als Anti-Leukämie-Mittel bei Nagetieren erfolglos erprobt. Da sich Lymphzellkrebs entwickelte, wurde AZT bei Krebspatienten eingesetzt. Als 1984 ein „neues Virus“ als Ursache der AIDS getauften Störung der Immunzellbalance verkündet wurde, griff man auf AZT als angeblich virushemmende Substanz zurück. Die Annahme AZT werde in der Provirus-DNA des „neuen HIV-Virus“ eingebaut, bestätigte sich in späteren Forschungen nicht. Vielmehr stellte sich heraus, dass AZT die Atmungsfermente in den Zellorganellen (Mitochondrien) hemmt. Letzte sind ehemalige Bakterien,

die 90% der Energie der Gesamtzelle bereitstellen. Sie besitzen ein eigenes Erbgut, das vielfach störanfällig gegen Zellgifte wie AZT, Chemo-Antibiotika, Chemotherapeutika etc. als die Zellkern-DNA. Zellen mit nicht mehr intakten Mitochondrien sterben vorzeitig ab, können sich zu Krebszellen transformieren oder degenerieren.

Abhängig von Dosis und Dauer der AZT-Vergiftung entwickelten die gesunden „HIV-Positiven“ und bereits symptomatischen AIDS-Patienten lebensbedrohliche Schäden der Blutzellen, der Immunzellen (AIDS), der Hirn- und Nervenzellen, der Netzhautzellen des Auges und vieler anderer Zellsysteme. Das Risiko für Lymphzellkrebs stieg 50-fach. Tödliches Organversagen trat nicht nur während der AZT-Medikation auf, sondern nach Absetzen der AZT-Chemotherapie

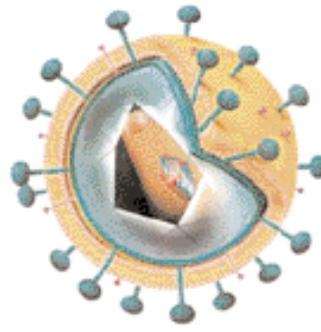
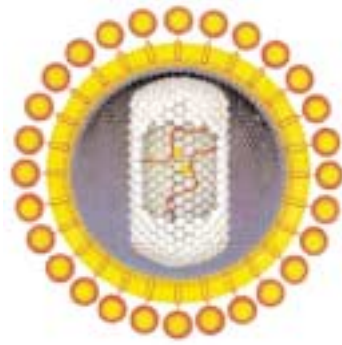
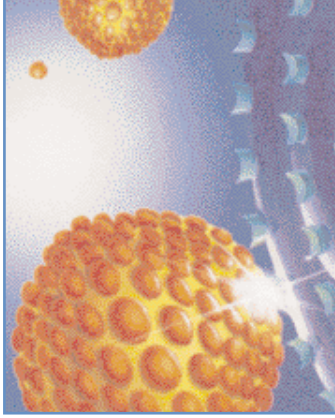
noch Jahre später, wie erst jetzt bekannt ist, da sich die irreparablen Mitochondrien-DNA-Schäden bei fortlaufender Zellteilung summieren und die degenerativen Schäden sich aufschaukeln. Diese Zeitzünder-Wirkung von AZT verstärkt sich durch die gleichzeitige Medikation des ebenso gefährlichen Bactrium etc.

Die angeblich „HIV“-hemmende AZT-Effekte werden vorgetäuscht, da die Mitochondrien-Atmung von Pilzen und Protozoen ebenfalls gehemmt wird. Überlebende Parasiten können jedoch durch gesetzmäßige Gegenregulationen analog zu Krebszellen sich anpassen und früher oder später infolge der toxischen Immunschwäche der Patienten umso ungehemmter vermehren.

■ Klage gegen AZT in Afrika

In Afrika verklagte im Juli diesen Jahres eine Witwe die

Pharma-Firma Glaxo Wellcome SA (eine Tochterfirma von Glaxo Smith Kline), die das Mittel AZT herstellt, auf 1 Million Afrikanische Rand (etwa 315.500 DM) Schadensersatz. Die Witwe erklärt, ihr Mann sei an der Einnahme von AZT gestorben. Nachdem er das Mittel einnahm, sei er sehr krank geworden, mußte sich erbrechen und litt an Durchfall, starken Kopfschmerzen, Anämie, Muskelschwäche, Krämpfen und Schmerzen sowie an immensen Gewichtsverlust. In dem Gerichtsprozeß sind auch Südafrikas Präsident Mbeki und die Gesundheitsministerin Tshabalala-Msimang geladen. Mbeki hatte sich erstmals im Oktober 1998 kritisch zu AZT geäußert, als er vor dem Parlament zu bedenken gab, dass es „eine große Anzahl von wissenschaftlichen Beweisen gibt, dass AZT gesundheitsschädlich ist“.



Modelle des so genannten HI-Virus. Da das Virus nie jemand gesehen hat, waren der Phantasie der Grafikdesigner/innen keine Grenzen gesetzt. Erstaunlich, wie viel Kreativität entwickelt wurde, um etwas darzustellen, das es nicht gibt.

Montagnier an der Spitze, vor 20 Jahren eingefädelt wurde und seitdem von willfährigen und kritiklosen Journalisten in den Massenmedien propagiert wird. Bei diesem Geschäft mit der Todesangst werden an so genannten „HIV“-Tests, die nichts über AIDS aussagen, aber dem „HIV-Positiven“ Todesangst einjagen, ebenso Milliarden verdient, wie an dem „Heilmittel“, das dem Verzweifelten als „lebensverlängernd“ verabreicht wird, in Wirklichkeit aber zum Tode führt.

Der gängige HIV-Test und die übliche Medikation nach der Diagnose AIDS entbehren jeder soliden Grundlage, da bisher kein einziges HI-Virus isoliert werden konnte, da sich vielmehr die Existenz von HI-Viren lediglich über fiktive Rückschlüsse erklärt, welche aus Zellreaktionen gezogen wurden und da weiterhin derartige Experimente oftmals unkorrekt durchgeführt wurden.

Dass die Todesangst immer wieder aufs Neue geschürt wird, dafür sorgen melodramatische Storys vom Sterben der afrikanischen AIDS-Kranken in den Massenmedien und die ständig Trauer tragenden AIDS Hilfen, die sich dafür von der Pharmaindustrie aushalten lassen. Das Geschäft hatte in den letzten Jahren

in Europa und Amerika nachgelassen. Deshalb erfand man jetzt „das große Sterben in Afrika“. Die „Süddeutsche Zeitung“ hat sogar schon „Die Ankunft des schwarzen Reiters“ in Afrika ausgemacht. Dass im gleichen Zeitraum, in dem die Menschen in Afrika angeblich wie die Fliegen sterben, die Bevölkerung Afrikas laut WHO um 100 Millionen zugenommen hat, stört die meisten Journalisten nicht, da sie nicht selbst recherchieren, sondern sich von PR-Agenturen mit „Material“ versorgen lassen, das sie ungeprüft verbreiten. Leider scheint diese Art von Journalisten in den letzten Jahren tausendfach geklont worden zu sein. Denn egal welche Zeitung oder Zeitschrift man liest oder welchen TV-Sender man einschaltet, überall ist die Rede von der „Durchseuchung“ des afrikanischen Kontinents und den Menschen, die tragischerweise an AIDS elend zugrunde gehen müssen. Diese Journalisten dienen dabei den Pharmakonzernen als Werkzeuge, denn sie setzen die wichtigste Marketingstrategie der Konzerne in die Tat um: Das ständige Schüren von Todesangst.

■ Dr. Kremers Erkenntnisse

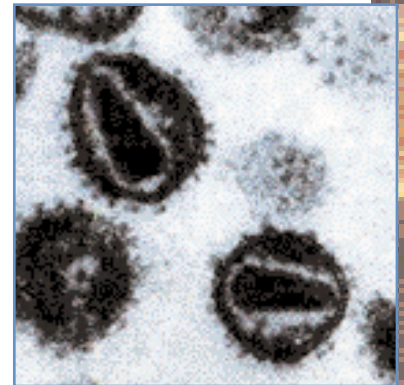
In seinem Buch schreibt Dr. Kremer im Kapitel IX mit der

Überschrift „Der Amoklauf der HIV/AIDS-Medizin“:

„Am 3. April 2000 hatte der südafrikanische Staatspräsident Mbeki – vor Beginn des Welt-AIDS-Kongresses – in einem offenen Brief an den UNO-Generalsekretär Kofi Annan, US-Präsident Clinton und andere westliche Regierungschefs die Einberufung einer Spezialistenkonferenz zum offenen Diskurs über die toxischen Effekte von AZT und therapeutischer Alternativen zur Behandlung von AIDS angekündigt. Zuvor hatte die südafrikanische Gesundheitsministerin an so genannte AIDS-Dissidenten (Wissenschaftler, die der staatlich verordneten „HIV verursacht AIDS“-These seit Jahren argumentativ widersprechen) die präzise schriftliche Frage gerichtet: „Wird AZT in die DNA inkorporiert? Kann es die Replikation der so genannten HI-Viren stoppen?“ (Tsambalala-Msimang 2000).

Hintergrund war das in Kooperation mit der Weltgesundheitsorganisation (geleitet von der norwegischen Ärztin und ehemaligen Ministerpräsidentin Brundlandt) von fünf Pharmakonzernen in Aussicht gestellte scheinbar humanitäre Angebot, die Preise für AZT und andere

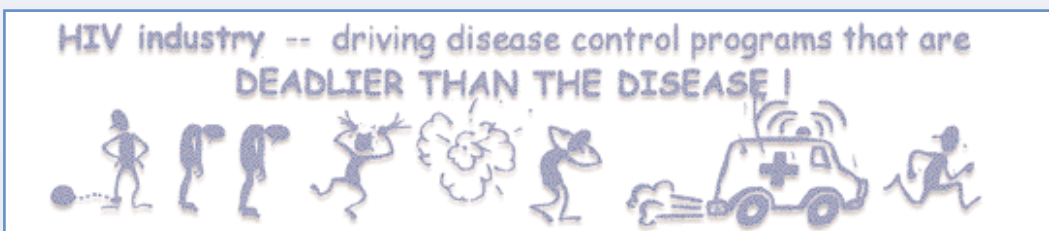
nukleosidanaloge (einem DNA-Molekül im Zellkern ähnliche) Substanzen zu senken. Damit sollte in afrikanischen und anderen Ländern die Versorgung von schwangeren und Neugeborenen mit AZT und anderen nukleosidanalogen Substanzen zur Prophylaxe und Behandlung der „HIV-Infektion“ und AIDS-Indikatorkrankheiten ermöglicht werden. Die von den so genannten AIDS-Dissidenten vorgelegten Forschungsdaten der orthodoxen medizinischen Forschung hatten einen tiefgreifenden Schock bei den südafrikanischen Verantwortlichen ausgelöst. Deshalb forderten sie, über die offenen Fragen zu HIV,



Das sind keine Kaffeebohnen, sondern Zellpartikel aus einer Kultur, die einer staunenden Fachwelt als HIV-Partikel verkauft werden.



Besonders dreist ist dieses Foto: Es soll einen T-Lymphozyten darstellen, das HIV-infiziert ist. Auch hier werden Zelltrümmer (grün eingefärbt) als Viruspartikel bezeichnet, „die sich gerade abschnüren“. Mit derartigen Machwerken wird der Fachöffentlichkeit suggeriert, es gäbe ein Virus, das Immunzellen vernichtet.



Grafik entnommen aus: „HIV/AIDS“ Industry. Agenda behind the epidemic.

Katastrophe im Süden Afrikas (I): Ein Albtraum, der nicht endet

Die Ankunft des schwarzen Reiters

Abrechnet hat die Epidemie mehr Opfer gefordert als die Sklaverei in einem Jahrhundert – jetzt bedroht sie den Organismus ganzer Nationen



Insgesamt vier mal schlug die Süddeutsche Zeitung zu, um das Bild des verseuchten, sterbenden, in Lethargie verfallenden, hoffnungslosen Afrika mit groben Pinselstrichen zu malen. Diese Medienkampagnen helfen mit, das Milliarden-geschäft mit der Todesangst weiter zu etablieren. Aus der Sicht der HIV/AIDS Industrie sind die Journalisten nützliche Werkzeuge. Man lädt sie ein, führt sie herum, versorgt sie mit „wissenschaftlichem“ Material und schon verbreiten sie jede gewünschte Propaganda, und zwar stets so unheilschwanger, dass es kaum noch erträglich ist. Das hat Bild-Zeitungs-Niveau.

AIDS und AZT einen öffentlichen wissenschaftlichen Diskurs durchführen zu lassen. Die Initiative des Staatspräsidenten Mbeki löste in der Massenpresse ein – von der Pharmaindustrie gesteuertes – so negatives Echo aus (sie

erklärte Mbeki entweder für kriminell oder für verrückt), dass Mbeki sich in einem Brief an den UNO-Generalsekretär Kofi Annan und die politischen Verantwortlichen der westlichen Länder wandte. In dem Schreiben heißt es u.a.:

■ Mbekis Vorwürfe

„Einige Elemente dieser abgestimmten Verdammungskampagne stimmen mich sehr traurig. Man hat zum Beispiel vorgebracht, dass es einige Wissenschaftler gibt, die „gefährlich und verrufen“ sind, mit denen niemand, einschließlich wir selbst, kommunizieren oder interagieren sollte. In einer früheren Periode der menschlichen Geschichte wären diese Leute Irrgläubige gewesen, die man auf dem Scheiterhaufen verbrannt hätte! Nicht lange zuvor, in unserem eigenen Land, wurden Menschen getötet, gefoltert, eingesperrt und gehindert, sich privat und öffentlich zu äußern, da das Machtestablishment der Auf-

fassung war, dass deren Ansichten gefährlich und verrufen seien. Wir werden nun aufgefordert, präzise das selbe zu tun, wie das rassistische Apartheid-Regime, das wir bekämpft haben, es getan hat, da, wie man sagt, eine wissenschaftliche Sichtweise existiert, die unterstützt wird von der Mehrheit, gegen die eine abweichende Auffassung untersagt ist.

Unter den Wissenschaftlern, die wir unter wissenschaftliche Quarantäne stellen sollen, befinden sich Nobelpreisträger, Mitglieder von Akademien der Wissenschaft und emeritierte Professoren von verschiedenen Disziplinen der Medizin. Wissenschaftler, im Namen der Wissenschaft, fordern, dass wir mit ihnen kooperieren, um den wissenschaftlichen Diskurs über HIV/AIDS auf dem spezifischen Stand einzufrieren, den dieser Diskurs im Westen 1984 erreicht hatte. Leute, die andererseits sehr hart kämpfen würden, um das Recht von entscheidender Bedeutung auf Ge-

danken- und Redefreiheit zu verteidigen, besetzen hinsichtlich des HIV/AIDS-Problems die Frontlinie in der Kampagne zur intellektuellen Einschüchterung und des Terrorismus, mit dem Argument, dass die einzige Freiheit, die wir haben, in Übereinstimmung mit dem ist, was sie als die etablierten Wahrheiten verordnen. Einige agitieren mit diesen außerordentlichen Vorschlägen mit einem religiösen Eifer, geboren aus einem Maß an Fanatismus, das wirklich erschreckend ist. Der Tag mag nicht weit entfernt sein, an dem wir, wieder einmal, Bücher brennen sehen und ihre Autoren dem Feuer geopfert werden von denen, die glauben, dass sie eine Pflicht haben, einen heiligen Kreuzzug gegen die Ungläubigen zu führen. Es ist sehr befremdlich, dass jeder von uns bereit zu sein scheint, der Sache der Fanatiker zu dienen, indem wir uns entscheiden, still zu halten und abzuwarten“ (Mbeki 2000). (siehe www.virusmyth.com/aids/news/lettermbeki.htm)

Die internationale Spezialistenkonferenz, die am 6./7. Mai 2000 in Pretoria stattfand, wurde unter dem Druck der US-Regierung zu zwei Dritteln mit Wissenschaftlern und Medizinern besetzt, die keinerlei Zweifel an der Krankheitstheorie „HIV verursacht AIDS“ äußerten und die Auffassung vertraten, die toxischen Wirkungen von AZT und anderen Substanzen müssten in Kauf genommen werden, um die Menschheit vor der „tödlichen HIV-Infektion“ zu schützen. Als Antwort auf die Mbeki-Initiative erklärte US-Präsident Clinton die Bekämpfung von HIV/AIDS zum nationalen Sicherheitsprojekt. Die Sponsoren des US-Präsidentschafts-Wahlkampfes verlangten „business as usual“. Aber viele Menschen, aufmerksam geworden durch die Mbeki-Initiative, nahmen – mit zunehmender Verwirrung – via Internet zur Kenntnis, dass zur Bekämpfung von AIDS und Krebs weltweit „Medikamente“ eingesetzt werden, die nachweislich AIDS und Krebs verursachen.

Im Rahmen der Spezialistenkonferenz wurden von Wissenschaftlern und Ärzten zusammenfassend experimentelle, klinische und epidemiologische Daten, Fakten und Beweise gegen die vorherrschende Krankheitstheorie „HIV ist die Ursache von AIDS“, gegen die Testpraxis mit dem so genannten HIV-Test und gegen die hochtoxische, mit dem Leben nicht zu vereinbarende Behandlung von so genannten HIV-positiven Patienten mit so genannten antiretroviralen Chemotherapeutika vorgelegt (Fiala 2000, Papadopoulos-Eleopoulos 2000 c, Duesberg 2000). Diese Expertisen habe ich in einem Schreiben an den südafrikanischen Präsidenten und die südafrikanische Gesundheitsministerin in einigen entscheidenden Fragestellungen ergänzt und präzisiert:

Die von Mbeki gestellten Fragen zum Problemkreis HIV / AIDS:

1. Welche Belege gibt es für die Annahme, dass HIV die Ursache von AIDS ist und welche Konsequenzen würden sich für

Scheinkritik in der Wochenzeitung „Die Woche“. Mit bewährten „Pro&Contra“ wird der Leser verwirrt, man selbst gibt sich aber kritisch.

die Entstehung der Symptome und deren Diagnose ergeben? In dieser Fragestellung ist enthalten:

- Was ist die Ursache der Immunschwäche, welche zu AIDS und schließlich zum Tod führt?
 - Welches sind die effizientesten Möglichkeiten um auf diese Ursachen zu reagieren?
 - Warum wird HIV/AIDS in Schwarzafrika (südlich der Sahara) heterosexuell übertragen, während es in den Industrieländern angeblich homosexuell übertragen werden soll?
2. Welche Rolle kann eine Behandlung in Entwicklungsländern spielen?

„Wir töteten eine ganze Generation von AIDS-Patienten mit AZT“

(Dr. med. Claus Köhnlein, Facharzt für Innere Medizin in Kiel, Mitglied des AIDS Advisory Panel von Südafrikas Präsident Mbeki; während der Spezialistenkonferenz am 6./7. Mai 2000 in Pretoria (siehe auch raum & zeit Nr. 111 „Virale Seuchen, die es gar nicht gibt“)

Dabei sollen die folgenden Fragen berücksichtigt werden: Welche Behandlungsmöglichkeiten sind für Entwicklungsländer angepasst:

- für AIDS-Kranke
- für HIV-Positive
- für die Prävention der Mutter-Kind-Übertragung
- in der Prävention von HIV-Infektionen bei berufsbedingten Verletzungen



– in der Prävention von HIV-Infektionen nach Vergewaltigung

Antwort Dr. Kremers auf Mbekis Fragen

1987 wurde von Furchgott und Ignarro (Nobelpreis 1998) erstmalig der Beweis gesichert, dass Zellsysteme des menschlichen Organismus durch Stickstoffmonoxid-Gas (nitric oxide, NO) geregelt werden. In den folgenden Jahren wurde demonstriert, dass Immunzellen mikrobielle Krankheitserreger innerhalb von Zellen durch Produktion von NO-Gas eliminieren. Es wurde erkannt, dass es zwei Arten von Immunzellen gibt: solche, die NO-Gas und seine Derivate produzieren und solche, die kein NO-Gas produzieren und stattdessen die Bildung von Antikörpern zur Hemmung von mikrobiellen Krankheitserregern außerhalb von Körperzellen anregen.

Diese revolutionierenden Erkenntnisse haben die Revision vieler bis dahin für richtig gehaltener Krankheitstheorien zur Folge gehabt. Auch immunologische Krankheitsphänomene, die bisher auf der Grundlage der geltenden Immuntheorien als ursächliche Folgen von so genannten HI-Viren interpretiert wurden, können durch die bahnbrechenden neuen Forschungsdaten widerspruchsfrei ohne die Annahme einer so genannten HIV-Infektion erklärt wer-

den. Diese neuen Erkenntnisse rechtfertigen völlig die kritischen Fragen von Präsident Mbeki zu HIV/AIDS und haben weitreichende medizinische, soziale, politische, ökonomische und gesellschaftliche Konsequenzen.

Die Balance zwischen NO-Gas produzierenden und nicht produzierenden Zellen

Zwischen den NO-Gas produzierenden Immunzellen und den Nicht-NO-Gas produzierenden Immunzellen muss eine ausgeglichene Balance gegeben sein. Dieses Gleichgewicht der zellulären und sogenannten humoralen Antikörper-Immunität kann durch nicht-infektiöse und/oder durch infektiöse Faktoren gestört werden, die zu einer erworbenen zellulären Immunschwäche (AIDS) führen können. Die zu starke oder lang andauernde Überstimulation der NO-Gasproduktion der Immunzellen führt zur Hemmung der NO-Gasproduktion der Immunzellen und zur gesteigerten Aktivierung von Antikörperproduzierenden Zellen. Die Folge ist, dass sich intrazelluläre Mikroben, wie Pilze, Parasiten, Mykobakterien und Viren (opportunistische Krankheitserreger) innerhalb von Körperzellen ungehemmt vermehren können, die normalerweise durch NO-

Abwehrgas symptomlos eliminiert werden. Dieser klinische Krankheitsbefund wird als AIDS definiert. Durch Überstimulation der NO-Gasproduktion kann gleichzeitig durch bestimmte zellbiologische Gegenregulationen die Sauerstoffatmung bestimmter Zellsysteme blockiert werden. Diese Zellen können auf eine sauerstoffunabhängige Energieproduktion umschalten, was zur Tumorbildung führen kann.

Dieser Vorgang wurde bereits 1924 erkannt (Warburg-Phänomen). Er kann aber erst durch die Erkenntnisse der NO-Forschung erklärt werden. Durch Störung der Sauerstoffatmung aufgrund der gleichen Ursache können zusätzlich Nerven- und Muskelzellen degenerativ geschädigt werden. AIDS im definierten Sinne ist in den westlichen Ländern eine seltene Krankheitsform, die jährliche Inzidenz beträgt 0,001 - 0,002 % der Gesamtbevölkerung.

■ Die Risikogruppen

Die zahlenmäßig größte Gruppe der so genannten AIDS-Patienten betrifft eine Minderheit analrezeptiver Homosexueller. Die Ursachen der NO-Überstimulation in dieser Risikogruppe sind: Inhalation von organischen Stickstoffgasen (Poppers) als sexuelles Dopingmittel, der Missbrauch von Chemo-Antibiotika, die zu NO und Nitrosamin verstoffwechselt werden; Aufnahme von Fremdeiweißen in Folge ungeschützten Analverkehrs, die zur NO-Überstimulation analog zur NO-Überstimulation durch mikrobielle Antigen-Eiweiße und -Toxine bei Multiinfektiosität führen kann, wenn die Zellentgiftung gestört ist. Die zweitgrößte Risikogruppe sind intravenös Drogenabhängige, deren zelluläre Immunbalance gestört wird durch die Drogenintoxikation selbst, durch häufige mikrobielle Infektionen infolge der Kontamination von gebrauchten Spritzen, toxischen Beimengungen zu den Drogen, Mangel- und Fehlernährung, verbunden mit körperlicher Auszehrung infolge des drogenabhängigen Lebensstils. Potentiell betroffen sind in

dieser Risikogruppe circa 5 % der Gesamtpopulation der intravenösen Drogenkonsumenten. In relativ seltenen Fällen sind die Kinder drogenabhängiger Mütter betroffen – infolge der chro-

Drang selbst bis in esoterische Kreise vor: Die Frage nach der Richtigkeit der HIV/AIDS-These (esotera 6/2000).

raum&zeit stellte diese These seit 1986 in Frage.

Das raum&zeit special 4 „AIDS – Dichtung und Wahrheit“ galt jahrelang als die umfassendste Dokumentation zur Widerlegung der HIV/AIDS-Theorie.

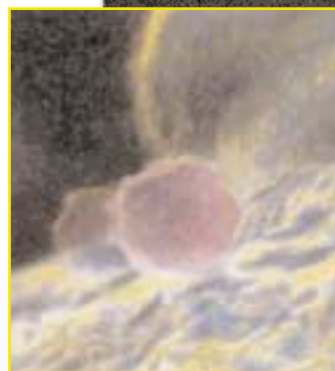
nischen Intoxikation der Mütter und der damit verbundenen Störung der Zellatmung in Immunzellen und Nicht-Immunzellen kommt es bei diesen Neugeborenen zu Reifungsschäden der zellulären Immunität.

Eine weitere Risikogruppe sind die Bluterkranken, die langjährig kommerziell gewonnene, hochkontaminierte Gerinnungseiweiße injiziert haben, die eine überdauernde NO-Überstimulation zur Folge hatten (wie Tierexperimente gezeigt haben).

Eine weitere, zahlenmäßig kleine Risikogruppe sind Multitransfusions-Empfänger mit einer schwerwiegenden Grundkrankheit, die durchschnittlich 35 Blutkonserven mit Fremdblut empfangen haben. In einer mehrere tausend Patienten umfassenden, klinischen 10-Jahres-Studie in Kanada ist bereits 1986 publiziert worden, dass mehr als 30 % von chirurgischen Patienten Immunanomalien aufwiesen, die heute als Störung der NO-Gas produzierenden Immunzellen und als ein Überwiegen der nicht NO-Gas produzierenden Immunzellen angesehen werden. Bereits in den sechziger

Jahren ist erkannt worden, dass organtransplantierte Patienten nach Behandlung mit immuntoxischen Pharmaka völlig identische Krankheiten entwickelten, wie sie ab Ende der siebziger

gleichförmig bei Patienten mit Blutzellen-Krebs, die mit Pharmasubstanzen behandelt wurden aus der Substanzklasse, zu der auch das AIDS-Medikament AZT und verwandte



Zelltrümmer u.a. von oxidierten Stresseiweißen, die aus der Zelle transportiert wurden, geben die „HIV“/AIDS Ideologen als „Marker“ für die Existenz von „HI-Viren“ aus. Ein solches Virus ist jedoch nie gesichtet worden.

Jahre bei Homosexuellen auftrafen und ab 1982 als AIDS klassifiziert wurden.

Dieselben AIDS-Indikatorkrankheiten, Hemmung der NO-Gasproduktion in Immunzellen und überwiegende Reifung von nicht NO-Gas produzierenden Immunzellen, sowie opportunistische Infektionen (AIDS), entwickelten sich

Substanzen gehören. Immunzellen antworten gleichförmig mit NO-Gasproduktion und im Falle der Überstimulation mit Hemmung der NO-Gasproduktion auf völlig verschiedenartige Auslöser. Diese können toxische und pharmatoxische Substanzen, Mangel- und Fehlernährung, Fremdeiweißzufuhr, Infektionen und Entzündungen, Hormonfehlregulation, emotionaler Stress, Umweltfaktoren und viele andere sein.

■ Die Krankheiten der Armen

In den Entwicklungsländern spielen chronische infektiöse und inflammatorische (entzündliche) Prozesse, Mangel- und Fehlernährung sowie kontaminiertes Trinkwasser die wichtigste Rolle für Krankheiten. Die Gründe dafür liegen in den allgemeinen Lebensbedingungen, an

denen die westlichen Länder eine historische Mitschuld tragen. Unter den gegebenen Bedingungen werden in den Entwicklungsländern Ungeborene im Mutterleib, Neugeborene, Kinder, Frauen und Männer weit aus häufiger von mikrobiellen Krankheitserregern bedroht als dies in den Industrieländern der Fall ist. Mikroben werden außerhalb der Körperzellen durch Antikörper und andere körpereigene Mechanismen sowie eine Vielzahl von Zellen des Immunzellnetzwerks gehemmt oder eliminiert. Gelangen sie in das Innere von Körperzellen, können sie effektiv nach neueren Erkenntnissen nur durch eine funktionierende NO-Gasabwehr gehemmt oder eliminiert werden. Dies gilt insbesondere für Pilze, Parasiten, Mykobakterien und eine Anzahl von Viren. Reicht die NO-Gasabwehr nicht oder nicht mehr aus, entwickeln sich chronische Infektionen. Diese bedeuten eine ständige Irritation der NO-Gasstimulation. Die Zellen müssen geschützt werden vor der möglichen Schädigung und dem beschleunigten Absterben durch die eigene Gasproduktion. Diese Aufgabe erfüllen schwefelhaltige Moleküle, Vitamine und Enzyme (Antioxidantien). Diese müssen aus Nahrungskomponenten aufgenommen oder synthetisiert werden. Die Antioxidantien heißen so, weil sie Stickoxide (NO und seine Derivate) und Sauerstoffoxide (reaktive Sauerstoff-Spezies, ROS) ständig neutralisieren müssen. Erschöpfen sich die Antioxidantien, weil die Nahrungszufuhr von fertigen Antioxidantien und/oder von Bausteinen für die Synthese von Antioxidantien mangelhaft oder zu einseitig ist und/oder chronische Infektionen und inflammatorische Prozesse einen zu hohen Verbrauch an Antioxidanten bedingen, kann die NO-Gasproduktion und Bildung von reaktiven Sauerstoffmolekülen nicht mehr ausreichend neutralisiert werden. Es kommt zum erhöhten Zellzerfall und/oder zu zellbiologischen Gegenreaktionen in Immunzellen und Nichtimmunzellen, die zur sekundären Hemmung der NO-Gasproduktion

führen. Es können sich jetzt opportunistische Folgeinfektionen entwickeln. Dieser Teufelskreis einer hohen Anfälligkeit für sich chronifizierende Infektionen und Inflammationen, antioxidative Mangel- und Fehlernährung sowie einer erworbenen Disposition für opportunistische Infektionen ist in den Entwicklungsländern als nutritional AIDS wohl bekannt (Beisel W.R. (1992) J Nutr. 122: 591-96, Beisel W.R. (1996), J Nutr. 126: 2611S-2615S). Die primären Ursachen dieser AIDS-Form in den Entwicklungsländern betreffen unabhängig vom Geschlecht Ungeborene im Mutterleib, Neugeborene, Kinder, Frauen und Männer. Diese primären Ursachen unterscheiden sich in der Regel grundlegend von den primären Ursachen der meisten AIDS-Indikatorkrankheiten in den Risikogruppen der westlichen Länder.

■ Einen AIDS-Erreger gibt es nicht

AIDS in Afrika ist ebenso wenig wie in den westlichen Ländern Folge der sexuellen Übertragung eines so genannten AIDS-Erregers. Einen solchen AIDS-Erreger gibt es nicht, er wäre auch weder hinreichend noch notwendig zum Verständnis der Krankheitsprozesse. Die Annahme eines solchen AIDS-Erregers stammt aus einer nicht allzu fernen Zeit, als man die fundamentalen Vorgänge in Immunzellen und Nichtimmunzellen noch nicht verstanden hatte. Selbst in AIDS-Fällen, wo primäre infektiöse Prozesse eine mitentscheidende Ursache für das Versagen der NO-Gasabwehr der Immunzellen sind, spielen sexuell übertragbare Infektionen keine exklusive Rolle. Der sexuelle Kanal ist nur einer unter den möglichen Zugangswegen für Infektionen. Die meisten chronifizierenden Infektionen werden nicht sexuell übertragen, wie beispielsweise Lungentuberkulose, Miliar-Tuberkulose, Malaria, Wurminfektionen und zahlreiche weitere Tropeninfektionen. Ebenso gilt dies für die sekundären opportunistischen Erreger, meist Pilze,

Parasiten, Mykobakterien und Cytomegaloviren sowie andere Herpesviren, wie es das Beispiel der häufigsten AIDS-Indikatorkrankheit demonstriert, der PC-Lungenentzündung, die durch einen Pilzerreger ausgelöst wird, der auf dem Luftweg übertragen wird.

Die wissentliche Verkürzung des Denkens auf die homosexuelle oder heterosexuelle Übertragung eines so genannten AIDS-Erregers hat die tatsächlichen Ursachen der Entwicklung von opportunistischen Infektionen verschleiert, die sämtlich durch die Hemmung der NO-Gasproduktion in Immunzellen und Nichtimmunzellen sowie durch die Blockade der Sauerstoffatmung bestimmter Zellen bedingt sind. Die HIV/AIDS-Medizin hat bis heute die Tatsache nicht erklären können, warum sich die identischen Krankheiten des pharmakotoxischen AIDS und des nutritional AIDS völlig unabhängig von irgendeinem so genannten HIV-Erreger entwickeln, während bei anderen Menschen trotz analoger exzessiver toxischer, pharmatoxischer, infektiöser und nutritiver Immunstressoren oder massiver Administration von immunotoxischen Fremdeiweißen sich die identischen AIDS-Indikatorkrankheiten nur dann entwickeln sollen, wenn zuvor ein so genannter AIDS-Erreger sexuell oder auf dem Blutwege übertragen worden sein soll.

In zahlreichen experimentellen und klinischen Studien wurde nachgewiesen, dass bei so genannten HIV-Positiven bereits zum frühesten Zeitpunkt der so genannten HIV-Serokon-Version, wenn der so genannte HIV-Test erstmalig ein positives Ergebnis anzeigt, die antioxidativen, schwefelhaltigen Entgiftungsmoleküle in den Immunzellen stark vermindert sind und die Immunzellen überwiegen, die kein NO-Gas mehr produzieren, wobei aber die Antikörperproduktion gesteigert ist. Diese Tatsache beweist, dass die Immunzellen bei diesen Patienten nicht durch einen so genannten AIDS-Erreger gestört sein können, wie die HIV/AIDS-

Theorie behauptet, sondern dass die Immunzellen infolge der Erschöpfung und/oder des Mangels an antioxidativen Entgiftungsmolekülen die NO-Gasproduktion gehemmt haben und sich vorwiegend außerhalb der Blutbahn dort aufhalten, wo sie die Aufgabe zur Antikörperstimulation wahrnehmen können.

Die verminderte Anzahl der Immunzellen als angeblicher Beweis für die Zerstörung durch so genannte HI-Viren wird jedoch nur im strömenden Blut gemessen. In den USA gilt sogar diese AIDS-Definition auch dann, wenn keinerlei klinische Symptome vorliegen, sondern nur die Anzahl der T4-Immunzellen im Blutstrom unter einen bestimmten Messwert abgesunken ist und der so genannte HIV-Test eine positive Reaktion anzeigt. Dieses obscure Diagnoseverfahren, AIDS ohne klinisches Syndrom (AID ohne S), hat die offiziell registrierte Zahl der „AIDS-Fälle“ in den USA seit dem 1.1.1993 um mehr als 100 % erhöht. In Europa ist diese AIDS-Definition nicht übernommen worden und die AIDS-Fallzahlen sind dementsprechend rückläufig.

■ Obskure Diagnose - Verfahren und größte Schätzungen werden als Seuche verkauft

Ebenso fragwürdig wie diese Definitionen ist die Diagnose von AIDS-Erkrankungen in Afrika. Die Bangui-AIDS-Definition von 1985, die bis heute mit Variationen im Gebrauch ist, ermöglicht die AIDS-Diagnose aufgrund unspezifischer Symptome wie Husten, Fieber, Durchfall etc., wenn sie länger als einen Monat andauern, nach Augenschein. Solche Symptome sind in Entwicklungsländern bei chronischen inflammatorischen und infektiösen Prozessen häufig. Diese ohne Diagnose-Standards erfassten AIDS-Fälle werden der Weltgesundheitsorganisation in Genf gemeldet, die aufgrund der summarischen Schätzung der angenommenen „Ausbreitungsdynamik von HIV in Afrika“ die



AIDS-kranke Kinder, ein Appell an die Gefühle. Ein Beitrag der „ZEIT“.

Dass die Kinder so elend aussehen, weil man sie gerade mit Zytostatika vergiftet hat und so lange vergiftet wird, bis sie sterben, erfährt der Leser leider nicht.

HIV/AIDS-Fälle hochrechnet und die so gewonnen Daten der Weltpresse als aktuellen Stand der „HIV/AIDS-Pandemie“ in Afrika anbietet. Die internationalen Massenmedien malen anhand dieser völlig obskuren HIV/AIDS-Daten das Bild vom „sterbenden Kontinent Afrika“ ohne einen Hinweis auf die Unseriosität der Datenerfassung. Diese Praktiken haben zu der manipulierten Weltmeinung geführt, in Afrika ereigneten sich 90 % aller HIV/AIDS-Infektionen. Es gibt also in den USA, in Europa und in Afrika unterschiedliche Tatbestände, die in der veröffentlichten Meinung als HIV/AIDS gehandelt werden. Insofern macht es nur dann Sinn, die Fragen nach Ursachen, Therapie und Prävention von AIDS zu stellen, gerade unter dem Gesichtspunkt der „begrenzten Infrastruktur in Entwicklungsländern“, wenn der reale biologisch-medizinische Kern des Problems sauber getrennt wird von den propagandistischen Ma-

nipulationen der HIV/AIDS-Medizin und ihrer Profiteure.

Für die HIV/AIDS These gibt es keinen Beweis

Für die Frage nach den „Konsequenzen für die Entstehung der Symptome und deren Diagnose“ bedeutet die Kenntnis der realen Hintergrundtatsachen in Afrika, dass die tatsächlichen Krankheitsursachen der Patienten gar nicht oder falsch diagnostiziert werden und dass die Patienten und ihre Angehörigen völlig unnötig in Todesangst versetzt, ausgegrenzt und der Hoffnungslosigkeit preisgegeben werden. Für die Krankheitstheorie „HIV verursacht AIDS“ gibt es keinen Beweis, aber es gibt eine erdrückende Fülle von Gegenbeweisen. Niemand hat tatsächlich so genannte HI-Viren isoliert. Auf die Existenz solcher HI-Viren wurde rückgeschlossen, nachdem man Immunzellen aus dem Blut von Homosexuellen manipuliert hatte, so dass unspezifische molekulare Marker aus-

zumachen waren. Unter Markern sind hier biologische Substanzen zu verstehen, anhand derer man glaubt, den Nachweis eines Krankheitszustandes erbringen zu können. Diese Immunzellen wurden mit stark oxidierenden Substanzen stimuliert, die, wie man heute weiß, eine reaktive NO-Gasproduktion auslösen. Da die Zellen stark an schwefelhaltigen Entgif-



Verwechelte Lungenentzündung durch pharmatoxische Störung der Immunzellenbalance mit Immunschwäche durch einen hypothetischen „neuen Erreger“ und wird seither gefeiert. Der Arzt Michael Gottlieb in Los Angeles mit einem weiteren Designer-Modell eines HI-Virus.

tungsmolekülen verarmt waren, ging ein Teil der Zellen zugrunde. Dieses Phänomen wurde dann als Zerstörung durch die hypothetischen HI-Viren interpretiert. Ein anderer Teil der Zellen reagierte mit zellbiologischen Gegenregulationen. Dazu gehört die Bildung von Reparatureiweißen und der Export von oxidierten Streß-Eiweißen aus der Zelle. Beide molekularen Marker wurden als exklusiver Beweis für die Anwesenheit von so genannten HI-Viren angesehen, obwohl die gleichen molekularen Marker unter gleichen Laborbedingungen in zahlreichen anderen Zellen provoziert werden können.

Die Labor-Manipulationen des Dr. Gallo

Alle Zelleexperimente, welche angeblich die Isolation von so genannten HI-Viren nachgewiesen haben, beruhen auf dem Nachweis solcher unspezifischer Marker nach Stimulation mit solchen stark oxidierenden Substanzen in Zellkulturen. Niemand hat im Blutserum von so genannten HIV-Positiven oder AIDS-Patienten ohne solche biochemischen Manipulationen zellfreie so genannte HI-Viren demonstrieren können, obwohl sie sich nach der seit 1995 geltenden HIV/AIDS-Theorie täglich milliardenfach vermehren sollen. Nach den Erkenntnissen der NO-Forschung haben die HIV-Forscher Ursache und Wirkung verwechselt. Diese Erkenntnis wird gestützt durch die Tatsache, dass Dr. Gallo, der Erfinder des patentierten so genannten HIV-Tests 1984 die Zellkulturen von AIDS-Patienten mit Hydrocortison manipuliert hat. Das Hormon Hydrocortison blockiert die Zellteilung einschließlich der Vermehrung von eventuell vorhandenen Viren, die sich nur synchron mit der Wirtszelle vermehren können. Hydrocortison hemmt ebenfalls die NO-Gasproduktion, fördert aber die Bildung von Reparatureiweißen. 1987 publizierten zwei externe Mitarbeiter, die an den Zell-Experimenten von Gallo mitgearbeitet hatten, dass die gesuchten so genannten HI-Viren aus den Immunzellen von AIDS-Patienten anhand der molekularen Marker (Reparatureiweiß, Export von Stress-Eiweißen aus der Zelle in Form von genannter Virus-ähnlicher Zellpartikel) besonders gut nachweisbar gewesen seien nach Zugabe von Hydrocortison zur Zellkultur. Diese Angaben bezogen sich auf die Experimente im Labor von Dr. Gallo im Jahre 1984 zur Konstruktion des so genannten HIV-Tests. Dr. Gallo, der diesen Hydrocortison-Effekt in seinen Publikationen wohlweislich verschwiegen hatte, aber die gegebene Tatsache auf Vorhalt in der Pressekonferenz des internationalen Welt-AIDS-Kongresses 1998 in Genf einräumen musste,

hat bis heute nicht erklären können, warum die Teilung der Wirtszellen nach Zugabe von Hydrocortison blockiert ist, wie jeder Arzt aus der klinischen Anwendung von Hydrocortison weiß, aber die so genannten HI-Viren sich besonders gut unter Hydrocortison vermehrt haben sollen. Diese Erklärung gibt die NO-Forschung: Die unspezifischen molekularen Marker, angeblich Beweis für die Existenz so genannter HI-Viren, sind nichts anderes als Reparatureiweiße und Zellmüll, der aus den oxidativ unter Stress gesetzten Zellen in so genannten Virus-ähnlichen Zellpartikeln als Folgeprodukt der zellbiologischen Gegenregulation exportiert wird. Diese Marker haben also nichts mit so genannten HI-Viren zu tun.

Die nach oxidierender Stimulation aus den Immunzellen von AIDS-Patienten freigesetzten Eiweiße, die mit menschlichen Leukämiezellen kokulti- viert wurden, hat Dr. Gallo als so genannte HI-Viruseiweiße fehlinterpretiert. Mit diesen menschlichen Zelleiweißen hat Dr. Gallo das Testsubstrat für seinen patentierten so genannten HIV-Antikörper-Test bestückt. Dieses Testsubstrat, das in seiner Empfindlichkeit auf besonders hohe Antikörpermengen eingestellt worden ist, reagiert mit Antikörpern im Blutserum von Menschen, deren Immunzellen besonders viele Antikörper bilden. Dies ist vor allem bei Menschen der Fall, deren Immunzellen kein NO-Abwehr- gas mehr produzieren, sondern stattdessen vermehrt die Synthese von Antikörpern stimulieren. Ein so genanntes HIV-positives Testergebnis bedeutet also nichts anderes, als dass die Testperson besonders hohe Antikörpermengen im Blut hat und diese entsprechend mit den fremden menschlichen Testeiweißen reagieren.

Da es keine Antikörper im menschlichen Blut gibt, die ausschließlich mit denjenigen Eiweiß-Antigenen reagieren, gegen die sie ursprünglich gebildet wurden, reagiert der so genannte HIV-Test nachweislich mit vie-

len verschiedenen Antikörpern. In Afrika reagieren im so genannten HIV-Test Antikörper im Blutserum von Testprobanden positiv, die ursprünglich gegen Antigen-Eiweiße von Tuberkulose-, Malaria-, PCP-Pilz-erregern und vielen anderen Erregern gebildet wurden.

■ Das Märchen von der HIV-Mutter-Kind-Übertragung

Es gibt also keine so genannte HIV-Infektion, weder durch sexuelle Übertragung noch auf dem Blutwege. So genannte Mutter-Kind-Übertragungen sind Übertragungen von mütterlichen Antikörpern auf das Kind und/oder toxische Schädigungen der unreifen Immunzellbildung des Kindes im Mutterleib und/oder Immunzellenanomalien nach der Geburt durch toxische medikamentöse Behandlung. Sie können auch Folge einer chronischen Infektion der Mutter sein, die auf das Kind übertragen wurde. So genannte berufsbedingte HIV-Übertragungen oder Übertragungen durch Vergewaltigung sind anekdotische Berichte, für die es in der gesamten HIV/AIDS-Literatur keinen gesicherten Beweisfall gibt. Diese Horrorgeschichten beruhen auf der Scheinlogik der HIV/AIDS-Theorie und dienen der angeblichen Bestätigung der so genannten HIV-Infektion beim allgemeinen Publikum. Es gibt folglich auch keine Behandlung und keine Prävention gegen vermeintlich real existierende so genannte HI-Viren als angebliche Ursache von AIDS.

Es gibt aber effektive Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten für Pre-AIDS und AIDS. Die Patienten benötigen, neben dem Ausgleich von Mangel- und Fehlernährung sowie der gezielten Behandlung von infektiösen und nicht-infektiösen Krankheitsursachen und der Vermeidung von spezifischen Risiken, eine angemessen dosierte antioxidative Ausgleichstherapie durch schwefelhaltige und andere Proteine und Aminosäuren (Glutathion, Cystein, Homocystein, Arginin u. a.), Vitamine, Mineralien, Spurenelemente,

pflanzliche Polyphenole, natürliche Proteasehemmer wie Polianionen aus Meeresalgen und Knorpelpräparaten, Prostaglandin-Modulatoren aus Fischölen (Omega-3-Fettsäuren) oder in schwierigen Fällen selektive Cyclooxygenase-2-Hemmer, gegebenenfalls Difluoromethylornithin als Poliamin-Hemmer und Gamma-Globuline (Hässig et al. (1998) Medical Hypothesis 51: 59-63) bei opportunistischen Infektionen.

Die nicht-toxische Heilkunde kennt viele Möglichkeiten, eine Störung der zellulären Immunbalance auszugleichen, ohne die Zellatmung durch AZT und verwandte Substanzen zu blockieren. Auch die orthodoxe HIV/AIDS-Medizin hat im vergangenen Jahrzehnt begonnen, die Möglichkeiten eines konsequenten Antioxidantien-Schutzes und Leberschutzes für Patienten mit erworbenen zellulären Immunschwächen wieder zu entdecken. Entwicklungsländer haben in diesem Bereich potentiell reichhaltige Möglichkeiten durch Nutzung von Meeresprodukten als Nahrungsergänzungsmittel, Aufbau einer lizenzfreien Plantagenwirtschaft für Phytotherapeutika und Rückbesinnung auf den ethnomedizinischen Erfahrungsschatz.

■ Irrationale Sex- und Todesphantasien

Es hat in den westlichen Ländern seit 1984 auf der Grundlage der objektiv falschen Krankheitstheorie „HIV verursacht AIDS“ im Rahmen der größten Kapitalinvestition der Medizingeschichte eine ungemaine Ressourcenvernichtung gegeben. Armutsländer dürften sich kaum den Luxus leisten können, wegen irrationaler Sex- und Todesphantasien den Überlebenswillen ihrer Bewohner zu lähmen, statt ihre knappen Ressourcen in die Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen zu investieren. Dazu gehört auch die umfassende Fortbildung des medizinischen Personals auf den Erkenntnisstand des Jahres 2000 statt auf den Stand des Jahres 1984. Die Geschichte der westlichen Medizin hat bewiesen, dass

die Prävalenz chronischer inflammatorischer und infektiöser Prozesse drastisch und kontinuierlich gesenkt werden konnte bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts, vor dem Zeitpunkt der Einführung von Chemotherapeutika und Antibiotika und Massenimpfungen (L.A. Sagan: The Health of Nations. True Causes of Sickness and Well-being. Basic Books New York 1987).

Die fundamentalen Erkenntnisse der NO-Forschung, Zellsymbiose-Forschung und anderer Forschungsgebiete der westlichen Medizin haben inzwischen außerhalb der offiziellen HIV/AIDS-Medizin in anderen wichtigen Bereichen der präventiven und therapeutischen Medizin große Bedeutung gewonnen. Früher oder später werden sich diese Erkenntnisse auch durchsetzen in der Prävention und Therapie von AIDS im weitesten Sinne. Die Wissenschaftler, Mediziner und andere Beteiligte vor allem aus den Medien, die 16 Jahre von den riesigen Kapitalflüssen zur Erforschung und Bekämpfung von so genanntem HIV/AIDS profitiert haben und sich über die kritischen Fragen der südafrikanischen Regierung zur Ursache, Behandlung und Prävention von AIDS empören, tun dies aus Nichtwissen oder Nichtwissenwollen.

Ärzte und Wissenschaftler dagegen, die nichts anderes tun als pflichtgemäß nach bestem Wissen und Gewissen rationale Schlussfolgerungen aus gesicherten Forschungsbefunden der Medizin zu ziehen, als AIDS-Dissidenten zu ziehen, als AIDS-Diskriminieren, ist eine inakzeptable Verletzung allgemeiner Menschenrechte, insbesondere für die betroffenen Patienten. Würde die südafrikanische Regierung die wissenschaftlich inzwischen obsolete Krankheitstheorie „HIV verursacht AIDS“ aufrechterhalten und die empfohlene Massenvergiftung mit AZT und verwandten toxischen Pharmaka billigen, würde tatsächlich die Katastrophe ausgelöst, die den Afrikanern von einschlägig interessierten Medizinern und



Das historische Dokument von 1983 entlarvt die „HIV“/AIDS-Industrie. Bereits damals wurde ein Mittel gefordert, das das Immunsystem des Menschen ausschaltet. Man fand es mit AZT.

Massenmedien, Politikern und Pharmakonzernen sowie dem großen Heer von Profiteuren so lange suggeriert werden wird, als die Kapitalflüsse zur Ausbeutung der selbst inszenierten archaischen Seuchenängste fließen werden.

Es wird die historische Mission der südafrikanischen Regierung sein müssen, nach Überwindung des Rassenwahns der Apartheid dem HIV-Seuchenwahn zu widerstehen und einen eigenen

afrikanischen Weg zur Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen und Präventions- und Therapiestandards zu entwickeln.

Nach gültigen AIDS-Statistiken wären die Deutschen seit 2000 ausgestorben

In den westlichen Ländern haben nachweislich solche so genannten HIV-Positiven überlebt, die mental der kollektiven

Angsthysterie widerstanden haben, die Erkrankungsrisiken erkannt und das breite Angebot an natürlichen Nahrungsergänzungsmitteln und antioxidativen Heilmitteln genutzt haben, während diejenigen „HIV“-Positiven, die auf die hoch toxischen so genannten antiviralen Pharmasubstanzen und Chemotherapeutika vertraut haben, der HIV/AIDS-Medizin zum Opfer gefallen sind. Gemäß der regierungsamtlichen publizierten Statistiken beispielsweise der deutschen Gesundheitsbehörde von 1985 müsste bis 1995 jeder Deutsche mit so genannten HI-Viren infiziert gewesen und bis zum Jahre 2000 jeder Deutsche an AIDS verstorben sein. Diese nach der statistischen Weibull-Methode halblogarithmisch hochgerechneten Zahlen sind niemals korrigiert worden. Vielmehr haben die führenden Medien des Landes diese und viele andere absurde Behauptungen als medizinische Tatsachen verkauft.

Für das Jahr 1999 wurde von den selben Gesundheitsbehörden offiziell mitgeteilt, dass 0,0015 % der Bevölkerung neu als so genannte HIV/AIDS-Fälle registriert worden seien und es sich gleich bleibend um Personen aus den gleichen Risikogruppen handelt. Über dieses Ergebnis „der auf jedermann übertragba-

ren tödlichen Sex-Seuche“ berichten die selben führenden Medien nicht, stattdessen berichten sie pünktlich zum Welt-AIDS-Kongress ab 9. Juli 2000 in Südafrika, dass dort „mit 20 Jahren fast die Hälfte aller jungen Frauen HIV-positiv sind und mit 25 Jahren 58 Prozent von ihnen. Bei den Männern erreichte die Durchseuchungsrate mit 32 Jahren ihren Höhepunkt; da hatten 45 Prozent das tödliche Virus im Blut“ (DER SPIEGEL 3.7.2000).

Dieselben Zahlenspiele, dieselben Horrorgeschichten über Seuche, Sex und Sensationen wie sie in den USA und Europa in den vergangenen beiden Jahrzehnten verbreitet wurden, werden zurzeit auf Südafrika projiziert, das als Brückenkopf für die Strategien der Pharmakonzerne in alle anderen Entwicklungsländern dienen soll.

Als einzige prüfbar Quelle der Behauptung über die angebliche Epidemiologie von HIV/AIDS in Südafrika wird der Direktor des Seucheninstituts von Johannesburg, Dr. Williams zitiert: „Die plötzliche Zunahme von Tuberkulosefällen bei Goldminen-Arbeitern machte den Epidemiologen Williams auf Castletonville aufmerksam. Binnen zehn Jahren hatte sich die Zahl der Schwindsüchtigen (Tuberkulosekranken) fast vervierfacht; die

Keine unnötige Angst mehr vor AIDS und Krebs

AIDS- und Krebs-Seminare mit Dr. Kremer Sowohl für Betroffene als auch für Therapeuten

Die Biologie der Krebszelle, wie und warum sie entsteht, wie man einen bereits begonnen Krebsprozess wieder umkehren kann, welche Ursachen die Immunschwäche „AIDS“ wirklich hat und wie man sie heilen kann, das sind u.a. die Inhalte von insgesamt vier Zweitägiges-Seminaren, die Dr. Kremer ab 25. November im Wolfratshäuser Ausbildungszentrum für Lebensenergie und Biophysikalische Medizin hält. Dabei werden die weltweit neuesten Forschungsergebnisse auf den Gebieten „AIDS“ und Krebs ebenso vermittelt wie deren Nutzenwendung in der Praxis, denn Dr. Kremer war lange Zeit als Arzt und Kliniker tätig und kennt daher

sowohl die Probleme der Patienten und ihrer Angehörigen als auch die der Ärzte. Das erste Seminar findet am 25./26. November statt, ist für Betroffene und deren Angehörigen gedacht und befasst sich mit dem Thema „Krebs - weder bösartig noch zwangsläufig tödlich, sondern eine komplexe, aber heilbare, evolutionsbedingte Reaktion unserer Zellsymbiose.“ Für Therapeuten findet das Seminar zum gleichen Thema am 27./28. Januar 2002 statt, und zwar mit dem Zusatztitel „Endlich hat die Hilflosigkeit ein Ende“. Das erste Seminar zum Thema „AIDS“ für Betroffene und deren Angehörige findet

am 27./28. November statt und trägt den Titel „AIDS – weder ansteckend noch tödlich, sondern eine komplexe, aber heilbare, evolutionsbedingte Reaktion unserer Immunzellbalance.“

Für Therapeuten findet das Seminar zum gleichen Thema am 29./30. Januar 2002 statt, und zwar mit dem Zusatz „Warum AZT (Retrovir) einzeln oder als „Cocktailtherapie“ (AZT + Nevirapine etc.) oder „Kombitherapie“ (AZT + Nevirapine etc. + Proteasehemmer) und/oder Bactrim etc. - Dauerprophylaxe auf keinen Fall verordnet werden dürfen.“

Dr. Kremer ist es als erstem Wissenschaftler gelungen, Erkenntnisse der Evolutionsbiologie, die uns Menschen ein doppeltes Erbgut und eine vernetzte Immunantwort beschert hat, mit den neuesten Ergebnissen

TB-Häufigkeit war hundertmal größer als in westlichen Industrienationen. Der Forscher wusste: Die Lungenerkrankung kommt oft im Gefolge einer HIV-Infektion. Tests bestätigten seinen Verdacht, jeder 3. Minenarbeiter war bereits HIV-infiziert, dazu 37 Prozent aller erwachsenen Frauen (DER SPIEGEL, Fluch der Jungen, 3.7.2000).

Was Europas größtes Nachrichtenmagazin mit dem Werbeslogan „SPIEGEL-Leser wissen mehr“, seinen Lesern vorsätzlich verschwiegen, war die Tatsache, dass orthodoxe HIV/AIDS-Forscher der amerikanischen Harvard Universität 1994 in einer umfassenden Untersuchung festgestellt hatten:

„Ergebnisse mit dem Anti-HIV-Antikörpertest ELISA und WB sollten mit Vorsicht interpretiert werden bei Reihenuntersuchungen mit Menschen, die mit Tuberkulose-Erregern oder anderen mykobakteriellen Spezies in Kontakt gekommen sind. ELISA und WB können nicht als ausreichend angesehen werden für eine HIV-Diagnose in AIDS-endemischen Gebieten in Afrika, wo die Prävalenz von mykobakteriellen Krankheiten sehr hoch ist. Es gibt eine sehr hohe Rate von falsch positiven ELISA und WB-Resultaten in HIV-Tests“ (Kashala et al (1994) in J Infect. Dis. 169: 296-304).

Der Spiegel berichtet wider besseres Wissen

Der SPIEGEL wie auch alle anderen Sensations- und Massenmedien sind in den vergangenen Jahren mehrmals schriftlich unter Vorlage der wissenschaftlichen Publikation über die Unhaltbarkeit der Behauptungen zu HIV/AIDS in Afrika unterrichtet worden. Geändert hat sich an ihrer vorsätzlich falschen Berichterstattung nichts. Der ELISA-Test ist bereits 1985 von den westlichen Ländern wegen „der 90-prozentigen falsch positiven HIV-Ergebnisse“ lediglich als so genannter HIV-Suchtest zugelassen worden. Nach westlichen Testregeln muss ein zweimaliges positives ELISA-Testergebnis durch ein positives Testergebnis im so genannten WB-Test bestätigt werden. In Afrika wird, wenn überhaupt, in der Regel aus Kostengründen lediglich der ELISA-Test durchgeführt und zwar unter Verwendung von zwei Test-Antigeneiweißen. Solche HIV-positiven Testergebnisse gelten in westlichen Ländern nicht als bestätigte positive Ergebnisse. Der WB-Bestätigungstest wiederum ist beispielsweise seit 1992 in Großbritannien nicht mehr als so genannter HIV-Bestätigungstest zugelassen, da dieser als zu unzuverlässig gilt. Verbindliche internationale

Standards für die so genannten HIV-Tests gibt es nicht. Die biologisch- medizinische Wahrheit ist jedoch, dass jeder so genannte HIV-Test falsch positiv ist und keiner dieser Tests die Antikörperbildung gegen so genannte HI-Viren anzeigen kann, da niemand den Beweis erbracht hat, dass das Testsubstrat des so genannten HIV-Tests so genannte HI-Viruseiweiße enthält. Andererseits kennt jeder informierte Mensch die konkreten Ursachen für Tuberkulose und andere Infektionen bei Wanderarbeitern unter den Arbeitsbedingungen in afrikanischen Goldminen und den Lebensbedingungen in den Wohncamps dieser Arbeiter. Zum Verständnis dieser Erkrankungen bedarf es keiner so genannten HIV-Infektion und die so genannten HIV-positiven Testergebnisse bei Menschen in Afrika, die mit dem endemischen Tuberkulose-Erreger in Kontakt gekommen sind, hat die neuere Medizinforschung hinreichend geklärt. Will die südafrikanische Regierung tatsächlich die Bevölkerung den obskuren Praktiken der internationalen Seuchenspekulanten und der „branchentypischen Brutalität der Pharmakonzerne“ (DER SPIEGEL 26.6.2000) ausliefern? Die langjährige Erfahrung in westlichen Ländern hat gelehrt,

dass ohne grundlegende Vermittlung des Erkenntniswandels der Medizinforschung des vergangenen Jahrzehnts präventive und therapeutische Empfehlungen nicht verstanden werden und nicht zielgruppengerecht umgesetzt werden können. Medizin und Gesundheitspolitik sind immer auch Teil eines stillschweigenden Herrschaftswissens, dass durch Transparenz gelenkt werden muss. Die Gegenkontrolle durch die institutionalisierte Medizin und meinungsführenden medizinischen Fachzeitschriften hat im Falle der HIV/AIDS-Medizin in den vergangenen zwei Jahrzehnten jedoch versagt, da die selbst ernannten „Retrovirus-HIV“-Forscher Urheber der Seuchenhysterie und gleichzeitig Obergutachter für die Vergabe der riesigen Forschungsgelder sowie der Publikationen über HIV/AIDS in den Fachmedien gewesen sind (Lang: Challenges, Springer New York, 1998 pp. 361-741). Die südafrikanische Regierung wird auf die lebensfeindliche Herausforderung des Welt-AIDS-Kongresses im eigenen Land, der bekanntlich von den internationalen Pharmakonzernen gesponsert wird, eine mehr als rhetorische Antwort finden müssen. Denn das Maß der skrupellosen Mischung von

der NO-Gas-Forschung zu verknüpfen und dabei den durch einen bioenergetischen Gasmix gesteuerten Wechselrhythmus unserer Zellatmung und der davon abhängigen Balance der Immunantwort zu erkennen. Dabei handelt es sich um sensible kreisförmige (nicht lineare) Prozesse, die untersteuert oder übersteuert sein können. Bei Krebs oder Nerven- oder Muskelzelledegeneration ist die Gassynthese untersteuert und die betroffenen Zellen schalten allmählich um auf die in der Evolution älteren Erbgutanteile. Bei AIDS ist die Produktion des NO-Abwehrgases gegen bestimmte Mikroben blockiert und die Immunantwort schaltet einseitig um auf die in der Evolution jüngere Antikörperabwehr. Ist der Gasmix übersteuert, entwickeln sich entzündliche und Autoimmun-Krankheiten. Diese Prozesse

sind jedoch umkehrbar und keinesfalls zwangsläufig tödlich.

Diese Vorbemerkung zu den Seminaren ist deshalb notwendig, damit verstanden wird, dass hier nicht Einzel-Aktionen (Mistel hilft, Selen hilft etc.) und -Medikationen vermittelt werden, sondern ein wirklich ganzheitliches Verständnis unserer ebenso komplexen wie intelligenten und weisen Zellbiologie, wie es bisher von niemandem dargestellt werden konnte. Die größte Gefahr für dieses System ist der Mensch selbst. „denn unsere evolutionsbiologisch uralten Zellsymbiosen und die polare Balance der evolutionsgeschichtlich unterschiedlich alten Anteile unseres Immunzell-Netzwerkes sind so effizient und dadurch leider auch empfindlich gegen Zivilisationsgifte, dass es nur auf den Geist

des Menschen und seine Einsicht und Vernunft hoffen kann“ schreibt Dr. Kremer in seinem bahnbrechenden Buch „Die stille Revolution der AIDS- und Krebsmedizin“. Wer das begriffen hat, lernt nicht nur die Ursachen von AIDS und Krebs und die entsprechenden Therapien kennen, sondern findet auch die Ursachen von Krankheiten, bei denen Nerven-, Hirn- und Herzmuskelzellen eine Rolle spielen.

Die Seminargebühr beträgt jeweils 450,- DM;

Weitere Infos und Anmeldung bei: Markt-Kommunikation GmbH & Co., Ausbildungszentrum KG, Geltinger Straße 14e, 82515 Wolfratshausen Tel. 08171/4187-67, Fax 08171/4187-66, e-mail: ausbildung@markt-kommunikation.de, Internet www.lebens-energie.de

vorsätzlicher medizinischer Falschaussage, Verzerrung wissenschaftlich begründeter Gegen-Analysen, hämischer persönlicher Diskriminierung und Diskreditierung von Mitgliedern einer souveränen Regierung dürfte im Dienste der „branchenüblichen Brutalität“ ökonomischer Interessen kaum zu steigern sein.

Im „Spiegel“ lesen wir:

„Kurz vor der 13. Welt-AIDS-Konferenz, die vom 9. bis 14. Juli in der Hafenstadt Durban stattfinden wird, stiftete Staatschef Thabo Mbeki auch noch Unmut und Verwirrung. Er suchte das Gespräch mit Wissenschaftlern, welche die längst entkräftete These verfechten, AIDS sei nicht die Folge einer HIV-Infektion, sondern die Konsequenz von Drogen- und Alkoholmissbrauch, Armut und Unterentwicklung. Als das Rassistenregime der Buren 1994 abdanken musste, hätte das Land noch eine Chance gehabt, die Epidemie einzudämmen. Doch ein nationaler AIDS-Plan scheiterte an Kompetenzgerangel, Misstrauen gegenüber weißen Experten und Mangel an politischem Führungswillen. In seiner fünfjährigen Amtszeit widmete Mandela, der weltweit respektierte erste schwarze Präsident des Landes, dem Thema AIDS weniger Zeit in der südafrikanischen Öffentlichkeit als PR-Treffen mit den Spice-Girls, Naomi Campbell und Michael Jackson. Zwar hatten prominente Schwarzenführer schon 1990 gewarnt, AIDS könne „die Verwirklichung unserer Träume ruinieren“; zwar hatte ein noch im Exil verfasstes Gesundheitspapier des Afrikanischen Nationalkongresses (ANC) eingeräumt, dass beinahe 60000 Freiheitskämpfer infiziert sein könnten, trotzdem wurde keiner der Rückkehrer getestet. Und nur einmal, Ende 1998, machte Mandela AIDS zum Gegenstand einer ausführlichen Rede auf einem Wirtschaftsforum in der Schweiz. Da war bereits jede fünfte Wöchnerin Südafrikas HIV-positiv.

Inzwischen sind landesweit 22,4 Prozent aller Gebärenden infiziert, bei den unter 30-jährigen Frauen liegt die Durchseuchungsrate gar fast bei 26 %.

Dennoch wurde in keinem Jahr seit der Machtübernahme des ANC das staatliche AIDS-Budget auch nur ausgeschöpft. Gleichzeitig verweigerte die Gesundheitsministerin „aus Kostengründen“ das Mittel AZT, das die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung auf das Neugeborene um die Hälfte reduziert“ (DER SPIEGEL, 3.7.2000).

Was der „Spiegel“ unterschlägt

Die Redaktion des SPIEGEL, die sich rühmt, den seriösesten journalistischen Ruf zu besitzen, unterschlägt, obwohl bestens unterrichtet, bei ihren Berichten folgende gravierende Tatsachen: Das hochtoxische AZT blockiert die Neureifung von Antikörperproduzierenden Immunzellen im Knochenmark (Rosenthal, G.J., Kowolenko, M.: Immunotoxicological Manifestations of AIDS Therapeutics. In: Dean, J.H. et al.: Immunotoxicology and Immunopharmacology. Second Edition. New York, Raven Press, 1994, pp. 249-365).

Das Neugeborene wird in den ersten Lebensmonaten durch die von der Mutter übertragenen Antikörper gegen extrazelluläre Krankheitserreger geschützt. Die beim „HIV“-Test gemessenen Antikörper des Neugeborenen sind also Antikörper der Mutter.

In den westlichen Ländern reagierten circa 12 % der Neugeborenen von so genannten HIV-positiven Müttern im „HIV“-Test positiv. Dieser Befund bedeutet im Sinne der HIV/AIDS-Theorie, dass 88% der Neugeborenen im Mutterleib über den gemeinsamen Kreislauf mit der Mutter keine Antikörper aufgenommen haben sollen, obwohl täglich milliardenfach die „HI-Viren“ der Mutter sich vermehren sollen und die Antikörper der Mütter gegen „HI-Viren“ langjährig im Blutserum überdauern müssten. 12 % der Neugeborenen sollen dagegen so genannte HIV-Antikörper der Mutter aufgenommen haben und reagieren im „HIV“-Test positiv.

Diese Annahme bedeutet einen unauflösbaren Widerspruch im

Sinne der HIV/AIDS-Theorie, da jedes Neugeborene von der Mutter Antikörper aufnimmt und logischerweise gemäß der HIV/AIDS-Theorie auch die angeblich milliardenfach im Blutserum der so genannten HIV-positiven Mutter vorhandenen „HI-Viren“ aufnehmen müsste. In dieser logischen Not behandelt man alle „HIV“-positiven Schwangeren mit AZT, obwohl man weiß, dass in Afrika Schwangere auch im Sinne der HIV/AIDS-Theorie eine „sehr hohe Rate von falschpositiven Resultaten im ELISA- und WB-HIV-Test“ (Kashala et al. 1994) aufweisen können. Ist das Neugeborene nach der Geburt im „HIV“-Test negativ, behauptet man, die so genannte „HIV“-Infektion sei durch AZT verhindert worden. Ist das Neugeborene dagegen im „HIV“-Test positiv, wird das Neugeborene weiterhin mit AZT behandelt.

In Wirklichkeit weiß niemand, mit welchen Antikörpern der Mütter und des Neugeborenen der Test positiv reagiert hat. Da die Empfindlichkeitsschwelle des „HIV“-Tests auf eine bestimmte Antikörpermenge eingestellt ist, bedeutet der positive „HIV“-Test lediglich, dass die Mutter und das Neugeborene eine genügend hohe Antikörpermenge aufweisen, die mit den Testeiweißen des „HIV“-Tests positiv reagieren. Ein negativer „HIV“-Test eines Neugeborenen einer „HIV“-positiven Mutter sagt lediglich aus, dass das Neugeborene eine nicht genügend hohe Antikörpermenge von der Mutter aufgenommen oder bereits selbst gebildet hat, als es für ein positives Ergebnis im „HIV“-Test notwendig wäre. Es könnten trotzdem „HI-Viren“ von der Mutter auf das Neugeborene übertragen worden sein, wenn man annimmt, dass „HI-Viren“ im Blutstrom der Mutter existieren, nachgewiesen durch den „HIV“-Test, der mit allen möglichen Antikörpern reagieren kann.

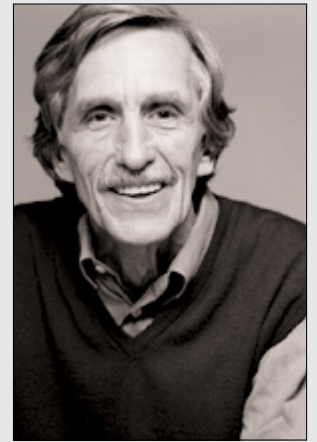
Da AZT aufgrund seiner biochemischen Eigenschaften die Neureifung von Antikörper produzierenden Immunzellen bei den AZT-behandelten Schwangeren

unterdrückt, nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass das Neugeborene weniger Antikörper aufnimmt, als für ein positives Ergebnis im „HIV“-Test erforderlich wäre. Auf diesem Effekt beruht die Behauptung, dass „das Mittel AZT die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung auf das Neugeborene um die Hälfte reduziert“ (DER SPIEGEL 3.7.2000).

In Wirklichkeit würde nach AZT-Behandlung einer „HIV“-positiven Schwangeren weder ein „HIV“-positives noch ein „HIV“-negatives Testergebnis des Neugeborenen über die Übertragung von „HI-Viren“ etwas aussagen, selbst wenn man annimmt, dass eine „HIV“-positive Schwangere tatsächlich von „HI-Viren“ infiziert wäre. Auch in diesem (fiktiven) Falle würde das „HIV“-Testergebnis nur eine Auskunft darüber liefern, dass mehr oder weniger Antikörper der Mutter auf das Kind übertragen wurden, ohne bestimmen zu können, ob es sich um Antikörper gegen (fiktive) „HI-Viren“ oder um Antikörper gegen andere Antigene handelt.

AZT verursacht die Krankheit, die es verhindern soll: Immunschwäche

Die biologische Wahrheit ist aber, dass AZT aufgrund seiner biochemischen Eigenschaften „HI-Viren“ nicht hemmen könnte, da die Substanz nicht in irgendeine DNA oder irgend eine Provirus-DNA eines „HIV-Virus“ eingebaut wird, sondern die Zellatmung von Immunzellen und Nichtimmunzellen blockiert und sekundär DNA-Schäden dieser Zellen verursacht. Die logische Konsequenz wäre also, dass wenn bei allen Schwangeren in Südafrika mit so genannten positiven HIV-Tests (angeblich 22,4 % aller Schwangeren) AZT zur Prophylaxe gegen die Übertragung von „HI-Viren“ auf das Neugeborene verordnet würde, die „HI-Viren“ nicht gehemmt werden könnten, da AZT nicht das macht, was es angeblich bewirken soll, sondern nachweisbar das macht, was die Substanz angeblich verhindern soll, nämlich eine erworbene Immun-



Dr. med. Heinrich Kremer

Jahrgang 1937. Medizinexamen 1965. Studium der Soziologie, Psychologie und Politologie 1966-70. Seit 1968 in leitenden Tätigkeiten als Sozialmediziner in Berlin und Niedersachsen.

Ab 1981 Ärztlicher Direktor der Drogenfachklinik der Länder Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. In dieser Eigenschaft ärztlich verantwortlich für die erste Hepatitis-Schutzimpfung und erste HIV-Test-Erprobung bei Drogenkranken in der Bundesrepublik.

1988 den Staatsdienst nach Konflikten in der AIDS- und Drogenpolitik aus ärztlichen Gewissensgründen verlassen. Seit 1988 grundlegende Erforschung der Ursachen, Diagnostik, Prävention und Therapie bei AIDS, Hepatitis, Krebs und anderen chronischen Erkrankungen.

Zahlreiche wissenschaftliche Publikationen, Adolf-Grimme-Fernsehpreisträger und Co-Autor des Dokumentarfilms „Die AIDS-Rebellen“ (Prädikat „Besonders wertvoll“). Dr. med. Heinrich Kremer arbeitet zurzeit in Barcelona und führt dort, sowie in Mailand und in der Bundesrepublik Aufklärungsseminare und Therapieberatung zu „HIV“/AIDS, Krebs und anderen Systemerkrankungen durch.

schwäche. AZT hat bei Neugeborenen schwerwiegende Geburtsdefekte und andere Reifungsstörungen verursacht (Kumar J. et al (1994) *Acquir. Immundef. Syndr.* 7: 1035-1039; Moye et al. (1996) *Journal Pediatrics* 128: 58-67). Die Administration von AZT ist für alle „HIV“-Positiven und AIDS-Patienten, Schwangere, Neugeborene, Kinder, Frauen und Männer strikt kontraindiziert, einschließlich der gemäß der Bangui-Definition als AIDS-Fälle diagnostizierten Patienten ohne einen so genannten positiven HIV-Testbefund. „Eine kritische Analyse der gegenwärtig verfügbaren Daten, die behaupten, AZT habe Anti-HIV-Effekte, zeigt, dass es weder einen theoretischen noch einen experimentellen Beweis gibt, der bestätigt, dass AZT allein oder in Kombination mit anderen Substanzen irgendeinen solchen Effekt hat“ (Papdopulos-Eleopulos (1998) *Curr. Med. Research and Opinion* 15 (Suppl 1): 1-45).

Der tatsächliche Wirkmechanismus von AZT ist eindeutig bekannt, AZT hemmt bestimmte Enzyme der Zellatmung von Immunzellen und Nichtimmunzellen. Die Folge ist die Entwicklung von opportunistischen Infektionen (AIDS), bestimmten Tumoren und der Degeneration von Muskel- und Nervenzellen. Sogar der Hersteller warnt:

„Retrovir (Zidovudine = AZT) kann assoziiert sein mit schwerwiegender toxischer Schädigung von Blut bildenden Zellen, einschließlich weißer Blutzellen und schwerwiegender Anämie. Degeneration von Muskelzellen ist assoziiert worden mit der Langzeitmedikation von AZT“ (Glaxo Wellcome: *Retrovir (Zidovudine)* In: Physicians Desk Reference. Medical Economic Co, Montvale N.A. 1998 pp. 1167-1175).

Die Tatsache, dass AZT auch Enzyme in Mikroben hemmt, ist fehlinterpretiert worden als Hemmung der Replikation so genannter HI-Viren. Da sich opportunistische Erreger besser an die Hemmwirkung anpassen können als die Zellsysteme von bereits immungeschwächten Patienten, wird durch AZT-Me-

dikation früher oder später die ungehemmte Entwicklung von opportunistischen Erregern (AIDS) begünstigt. AZT und Überstimulation von NO-Gas verursachen wegen ihrer Wirkgleichheit identische Effekte: Beschleunigter Zellzerfall und/oder zellbiologische Gegenregulationen. Die Fixierung auf die „HIV“-Infektion verschleiert jedoch diese Kausalzusammenhänge.

Der AZT-Hersteller räumt ein, dass „ähnliche pathologische Veränderungen wie die durch die HIV-Krankheit produzierten assoziiert worden sind mit der Langzeit-Medikation von AZT“ (Glaxo Wellcome 1998). Die Symptome der „HIV“-Krankheit (Anomalien der zellulären Immunität, positiver „HIV“-Test und opportunistische Infektionen) lassen sich jedoch widerspruchsfrei durch die Erkenntnisse der NO-Forschung erklären ohne die Annahme der Existenz von „HI-Viren“.

Die Testbefunde des Dr. Williams basieren auf falschen Voraussetzungen

Die Testbefunde von Dr. Williams, dem Direktor des Seucheninstituts in Johannesburg demonstrieren diesen kausalen Zusammenhang.

Doch Dr. Williams ignoriert die Tatsache dass „die ELISA- und WB-Testresultate mit Vorsicht interpretiert werden sollten bei Reihenuntersuchungen von Personen, die mit *Mycobakterium tuberculosis* oder anderen mykobakteriellen Spezies in Kontakt gekommen sind“

„der ELISA- und WB-HIV-Test nicht ausreichend sein können für die HIV-Diagnose in AIDS-endemischen Gebieten von Zentralafrika, wo die Prävalenz von mykobakteriellen Erkrankungen sehr hoch ist“

(Kashala et al (1994) *J. Infect. Dis.* 169: 296-304)

Die mangelnde medizinische Sachkunde hat für Südafrika und andere Entwicklungsländer verhängnisvolle Folgen. Die Prognosen der Weltgesundheitsorganisation stützen sich u. a. auf die „HIV“-Testbefunde. Dr. Williams, bei Tuberkulose-Inf-

zierten im Carletonville und anderen Orten in Südafrika: „Jeder zweite südafrikanische Jugendliche werde an AIDS sterben“, prognostizierte eine Studie der Weltgesundheitsorganisation. „Stündlich stecken sich 70 weitere Südafrikaner mit dem todbringenden Virus an.“

„Und nirgendwo, glaubt der Seuchenforscher Brian Williams, 55, sei die Lage so schlimm wie in der Bergwerksstadt Carletonville. Denn der Goldabbau bietet die ideale Brutstätte für ein Virus, das beim Sexualakt übertragen wird. 70000 einsame Männer leben in den Baracken der Minengesellschaften rund um die Kleinstadt und ihrer schwarzen Townships. Resultat einer zu Apartheitzzeiten eingeführten Arbeitskräfte-Beschaffungspolitik. Das Gold liegt in Carletonville mehrere tausend Meter tief; kaum mehr als ein Gramm werden aus jeder Tonne Geröllmasse gewonnen. Damit sich der Abbau lohnte, mussten massenweise Wanderarbeiter an die Abbaustätten verfrachtet werden. Bis heute bekommen sie ihre Familien nur alle zwei bis drei Monate zu sehen. Den Rest des Jahres leben sie zusammengepfercht zu 14 Mann auf 45 Quadratmetern“ (DER SPIEGEL 3.7.2000).

Jeder erfahrene Arbeitsmediziner weiß, dass die beschriebenen Arbeits- und Lebensbedingungen der ideale Nährboden für Tuberkulose- und andere Mikroben-Infektionen sind angesichts des niedrigen medizinischen Standards in den afrikanischen Ländern. Diese Behauptungen über die angeblichen Durchseuchungsraten in Südafrika sind mit so genannten ELISA-HIV-Suchtests diagnostiziert worden, die selbst in der orthodoxen HIV/AIDS-Medizin von vornherein als zu 90% falsch positiv gelten. Außerdem ist das Testergebnis abhängig von der Viskosität des Blutes, die bei Menschen in tropischen Ländern höher ist als in westlichen Ländern. Die Testpräparation und die Testtechnik in afrikanischen Ländern gilt in der westlichen HIV/AIDS-Medizin nicht als aussagefähig, sodass in Afrika „HIV“-positiv getestete Men-

schen bei Wiederholungstests in westlichen Ländern regelmäßig „HIV“-negative Testresultate aufweisen. Trotzdem werden diese „HIV“-positiven Testergebnisse von der Weltgesundheitsorganisation, westlichen HIV/AIDS-Medizinern und den internationalen Medien als biologische Tatsache verkauft, um politischen und ökonomischen Druck auf die Entwicklungsländer auszuüben.

Aus der Sicht einer wissenschaftlich fundierten Medizin mit einem Mindestanspruch an Seriosität ist jedoch für die Interpretation entscheidend, was diese Antikörper-Reaktionstests, wenn überhaupt, bei Reihenuntersuchungen in Afrika aussagen können:

- ob die „HIV“-Tests positiv reagieren mit Antikörpern im Blutstrom von Testprobanden, die nach sexueller Übertragung von „HI-Viren“ auf immungesunde Menschen ausschließlich gegen „HI-Viren“ gebildet worden sein sollen, oder

- ob die Testprobanden in „HIV“-Tests positiv reagieren mit Antikörpern im Blutserum der Testprobanden, die nach primärer latenter oder manifester Infektion mit Mykobakterien (*M tuberculosis*, *M Lepae*, *M avium-intracellulare*), Pilzmikroben (*Pneumocystis Carinii*, *Candida*, *Cryptococcus*, *Coccidioides*, *Histoplasma* u. a.) oder anderen Mikroben, völlig ohne eine hypothetische Infektion mit „HI-Viren“, gebildet worden sind.

Die Antwort auf diese entscheidende diagnostische Frage kann demonstriert werden durch Vergleiche der Behauptungen der HIV/AIDS-Theorie und der Daten der NO-Forschung sowie der tatsächlichen wissenschaftlich gesicherten Befunde.

Die Forschungsdaten zeigen eindeutig, dass „HIV“-Tests positiv reagieren mit Antikörpern, die gegen Mykobakterien und Pilzmikroben gebildet wurden. Die Behauptung der HIV/AIDS-Medizin, dass positive „HIV“-Testresultate in Afrika diagnostisch gleichzusetzen seien mit einer tödlichen „HI-Vi-

rusinfektion“, ist wissenschaftlich nicht haltbar. Die Behauptung von Dr. Williams, die Entwicklung einer Tuberkulose bei Afrikanern sei die Folge einer „HI-Virusinfektion“, ist medizinisch unbegründet. Die biologische Wahrheit ist vielmehr, dass eine mykobakterielle Tuberkulose-Infektion zur Bildung von Antikörpern führt, die mit den Testeweiß im so genannten HIV-Test positiv reagieren können. Die mykobakterielle Infektion geht einem positiven Testresultat im HIV-Test voraus und nicht umgekehrt. Ob ein positives Testresultat im so genannten HIV-Test tatsächlich eine noch aktive mykobakterielle oder Pilz-Infektion oder eine andere Infektion anzeigt, kann anhand eines HIV-Tests nicht entschieden werden. Für eine solche Aussage müssen spezifische diagnostische Verfahren eingesetzt werden. Es könnte sich bei den im HIV-Test reagierenden Antikörpern um überdauernde Antikörper einer früher bewältigten Infektion handeln, ohne anzuzeigen, um welche Infektion es sich handelt. Insofern ist der Einsatz eines HIV-Tests sinnlos, irreführend und im höchsten Maße unethisch.

Perfide Schuldzuweisungen an Mbekis Adresse

Die wissentlich und vorsätzlich falschen Behauptungen über tödliche „HIV“-Infektionen in Südafrika mittels der Scheinbeweise von positiven „HIV“-Tests werden benutzt, um perfide politische Schuldzuweisungen an die südafrikanische Regierung zu konstruieren und aus politischen und ökonomischen Interessen irrationale Todesängste zu verbreiten: *„Die Hälfte der Jugend wird an der Seuche sterben, weil der Staat versäumt hat zu handeln ... Und das große Sterben hat gerade erst begonnen ... Das war Ende der achtziger Jahre, als noch die Buren herrschten. Die betrachteten die Seuche als gottgewollte Strafe für sexuelle Perversion; gesundheitspolitische Maßnahmen ergriffen sie nicht. Dann kam die Zeit des Umbruchs: ...*

Das Virus wurde vergessen. Zehn Jahre später hat es mehr als ein Zehntel der Bevölkerung befallen ... Doch noch immer reagiert die politische Führung ratlos auf die Epidemie. Zwar hatte ein noch im Exil verfasstes Gesundheitspapier des Afrikanischen Nationalkongresses (ANC) eingeräumt, dass beinahe 60000 Freiheitskämpfer infiziert sein könnten. Trotzdem wurde keiner der Rückkehrer getestet“ (DER SPIEGEL 3.7.2000).

Es wird also der Eindruck erweckt, als ob 60000 potenziell mit dem tödlichen „HI-Virus“ infizierte Freiheitskämpfer die HIV-Seuche nach Rückkehr in ihr Land eingeschleppt hätten und die ANC-Regierung tatenlos „dem Sterben der Hälfte der Jugend“ zusieht. Dasselbe Nachrichtenmagazin hat allerdings bereits 1991 Afrika zum „sterbenden Kontinent“ deklariert (DER SPIEGEL 17.6.1991). Seitdem hat die Bevölkerung in Afrika nach Angaben der Vereinten Nationen um 100 Millionen Einwohner zugenommen ...

Generalstabsmäßig fällt der Welt-AIDS-Kongreß im 2-Jahres-Turnus wie ein Heuschreckenschwarm von Kontinent zu Kontinent jeweils in ein anderes Land ein. Die Horrorstory von der Homosexuellen-Szene als Brutstätte des so genannten sexuell auf jedermann übertragbaren Todesvirus hat beim westlichen Publikum ihre Wirkung verloren. Beispielsweise sind 1999 in Deutschland nach der offiziellen Medizinstatistik insgesamt rund 800 HIV-Stigmatisierte an AIDS verstorben, alle Opfer wurden pharmatoxisch behandelt. Angesichts des Ausbleibens der langjährig vorausgesagten Massenseuche und einer wirksamen Gegenaufklärung unabhängig von den Massenmedien in den westlichen Ländern, inszenierte im Millenniumsjahr der HIV/AIDS-Wanderzirkus, aufgeführt von 11000 Statisten und Stars, die als Mediziner, Wissenschaftler, Gesundheitsbeamte, Medienvertreter und Seuchenaktivisten mit den Sponsorengeldern der Pharmakonzerne

nach Südafrika gelockt worden waren, die schaurige Seuchensaga von den 60000 ausgepowerten Buschkriegern, die nach Rückkehr in ihr Land ungetestet den Todeskeim für jeden zweiten Jugendlichen ausgesät haben sollen.

Als Gegenleistung wollen die Shareholder den Umsatz der pharmatoxischen Produkte mit „branchenüblicher Brutalität“ (DER SPIEGEL 26.6.2000) gesteigert sehen. Der Mengenumsatz in den Entwicklungsländern lohnt sich angesichts des stagnierenden Absatzes in den westlichen Ländern auch bei den von der Weltgesundheitsorganisation und den westlichen Pharmakonzernen angebotenen Dumpingpreisen. Millionen Gifftote im Seuchen-Grusical sollen den Preis zahlen. Einstiegsstrategie soll die Behandlung von „HIV“-positiven Schwangeren sein mit antiviralen AIDS-Medikamenten, welche nachweislich die Reifung von Antikörper produzierenden Knochenmarkzellen hemmen und auf diese Weise im „HIV“-Test bei Neugeborenen die Hemmung von „HI-Viren“ vortäuschen.

Südafrika, quo vadis? Werden die Freiheitskämpfer des ANC die Virusjagd stoppen? Oder wird die Seuchen-Apartheid die Rassen-Apartheid ersetzen?

Es geht heute aber nicht mehr um einen wissenschaftlichen Dissens, es geht um harte medizinische Tatsachen, die interesseabhängig unterdrückt werden. Konkret geht es um die „saubere Folter“ von Millionen von wehrlosen Menschen, die in Todesangst versetzt werden und mit nachweislich toxischen Pharmasubstanzen behandelt werden sollen, auf der diagnostischen Grundlage von Antikörper-Reaktionstests, die nachweislich alles andere anzeigen als eine Infektion mit einem tödlichen „HI-Virus“. Und es geht konkret darum, die medizinischen und sozialen Standards in den Entwicklungsländern auf den Erkenntnisstand des Jahres 2000 zu verbessern, um die tatsächlichen Ursachen von AIDS (im engeren und weiteren Sinne) präventiv und therapeu-

tisch effektiv zu verhindern. Diese Jahrhundertaufgabe wird auch ohne die Obsession der HIV/AIDS-Medizin, die in schrecklicher Weise die gegebenen Probleme vereinfacht und verschlimmert, alle Kräfte und Ressourcen in intelligenter Art erfordern.

■ Mbekis berechtigte Zweifel

Die Rede von Präsident Mbeki zur Eröffnung des 13. Welt-AIDS-Kongresses in Durban am 9.7.2000 war für alle unabhängigen Wissenschaftler das richtige Signal, wenn die zukünftige gesundheitspolitische Praxis nicht von organisierter Desinformation, sondern von nüchterner Faktenanalyse bestimmt werden soll.

„Mbeki sagte, man könne nicht alle Schuld auf ein Virus laden, vermied aber Äußerungen zum Zusammenhang von HI-Virus und AIDS. Diesen Zusammenhang hält er entgegen der überwiegenden wissenschaftlichen Meinung offenbar nicht für zwingend.

In einem Brief an den südafrikanischen Oppositionsführer Leon wiederholte Mbeki seine Zweifel an der Wirksamkeit von AIDS-Medikamenten, was Wissenschaftler wiederum beunruhigte. Auch die südafrikanische Gesundheitsministerin Dr. Manto Tshabalala-Msimang äußerte diese Zweifel, als sie am zweiten Tag des Kongresses sagte, vor dem Einsatz des Mittels Nevirapine müsse dessen Wirkung und mögliche Gefährdung gründlich in Südafrika untersucht werden.“ (Frankfurter Allgemeine Zeitung 11.7.2000).

Nevirapine ist eine nicht-nukleosidale Substanz als so genannter „HIV“-Replikations-Hemmer. Die Substanz hemmt analog wie AZT die Reifung von Antikörper produzierenden Knochenmarkzellen und kann durch die Substanzeffekte ein „HIV“-negatives Ergebnis im „HIV“-Test bei Neugeborenen bewirken. Die kritische Analyse der gegenwärtig verfügbaren Daten zeigt, dass Nevirapine ebenso wenig wie AZT Anti-„HIV“-Effekte ausüben kann. (Papadopoulos-Eleopoulos

et al. (1999): Current Med. Research and Opinion, 15 (Suppl. 1), 1-45).

Wer rational die Pseudologik der HIV/AIDS-Theorie verstanden hat, muss nicht „die Wirkung und mögliche Gefährdung des Mittels Nevirapine gründlich untersuchen“, denn für den Einsatz dieser immunotoxischen Substanz gibt es ebenso wenig wie für AZT irgendeine Indikation, sondern nur strikte Kontraindikationen.

Wer die Pseudologik der HIV/AIDS-Theorie nicht verstanden hat, muss zur Kenntnis nehmen, dass AZT, Nevirapine und andere so genannte antivirale AIDS-Medikamente auch dann nicht „HI-Viren“ hemmen könnten, wenn irgendjemand die Existenz von „HI-Viren“ nachgewiesen hätte. Auch in diesem Falle gibt es keine Indikation zur „gründlichen Untersuchung der Wirkung und möglichen Gefährdung von Nevirapine“, es gibt aber klare Kontraindikationen.

Wer die Pseudologik der HIV/AIDS-Theorie für richtig hält, weil die große Mehrheit der Mediziner vorgibt, diese aus rationalen Gründen für richtig zu halten, wird gezwungen sein, nicht nur theoretisch und experimentell „gründlich die Wirkung möglicher Gefährdung durch Nevirapine zu untersuchen“. Man wird vielmehr gezwungen sein, unter dem Druck der rational nicht nachvollziehbaren öffentlichen Behauptung, jeder zweite Jugendliche müsse an der tödlichen „HIV“-Infektion sterben, Nevirapine und andere so genannte antivirale AIDS-Medikamente durch experimentellen Einsatz in der Behandlung von Schwangeren, Neugeborenen, Kindern, Jugendlichen, Frauen und Männern gründlich zu untersuchen. Die Tragödie der HIV/AIDS-Medizin in den westlichen Ländern hat innerhalb der vergangenen 14 Jahre diese vorauszusehende Tatsache hinreichend bewiesen.

■ Das „kostenlose“ Angebot der Pharmakonzerne würde sich fünffach auszahlen

Das kostenlose Angebot zur „gründlichen Untersuchung“

von Nevirapine beispielsweise, unterbreitet in Konkurrenz zu anderen Pharmakonzernen und deren toxischen Produkten, würde sich für den Hersteller nach fünf Jahren um das Vielfache auszahlen. Die südafrikanische Regierung wäre durch dieses raffinierte Marketing dem Diktat der Pharmakonzerne und den Praktiken der HIV-Labormedizin hoffnungslos und auf Dauer ausgeliefert. Allerdings würde die manipulierte Weltöffentlichkeit die immunotoxische Massenvergiftung der eigenen Bevölkerung der südafrikanischen Regierung honorieren und den Vorwurf des „*Mangels an politischem Führungswillen*“ (DER SPIEGEL 3.7.2000) nicht mehr aufrechterhalten.

Wären die fundamentalen Erkenntnisse der NO-Gas-Forschung und anderer biologisch-medizinischer Forschungsgebiete Anfang der achtziger Jahre bereits bekannt gewesen, hätte niemand einen Erklärungsbedarf für die Entwicklung opportunistischer Infektionen (AIDS) durch „HI-Viren“ für nötig gehalten, niemand hätte einen Handlungsbedarf für die Labor-konstruktion eines „HIV“-Tests für erforderlich gehalten und niemand hätte die gründliche Untersuchung der Wirkung und möglichen Gefährdung von immunotoxischen Substanzen paradoxerweise zur Behandlung von Menschen mit erworbener Immunschwäche begründen können.

Man hätte den Antioxidantien-Status von Gefährdeten und Erkrankten festgestellt und nachgewiesen, dass die antioxidativen Defizite und die NO-Gas-Hemmung von Immunzellen lange Zeit vor dem manifesten Auftreten von opportunistischen Infektionen vorhanden sind. Man hätte die spezifischen Risiken von gefährdeten und erkrankten Immunschwäche-Patienten in den westlichen Ländern und den Entwicklungsländern erkannt und versucht, diese präventiv zu vermeiden, sowie durch eine gezielte Ausgleichstherapie des Antioxidantienmangels und

durch Hemmung der zellbiologischen Gegenregulationen die Immunbalance wiederherzustellen versucht. Es ist nicht das erste Mal in der Medizingeschichte, dass beispielsweise schwerwiegende Vitaminmangel-Krankheiten mit Virusinfektionen verwechselt wurden.

Seit 16 Jahren werden Impfstoffe gegen „HI-Viren“ in den jeweils nächsten 2 bis 10 Jahren in Aussicht gestellt, das erste Mal war dies der Fall bei der Verkündung der Staatsdoktrin „HIV ist die wahrscheinliche Ursache von AIDS“ durch die amerikanische Regierung im April 1984. (Es ist bis heute ein Mysterium geblieben, wie man gegen eine „wahrscheinliche“ Ursache einen Impfstoff entwickeln wollte.) Seitdem wird das Trickspiel mit der Verheißung eines Anti-„HIV“-Impfstoffes pünktlich vor und während eines jeden Welt-AIDS-Kongresses wiederholt. Es sind die simplen an der Börse angewandten Methoden, um die Kapitalflüsse für neue Forschungsgelder in Gang zu halten. Aber das Bedrohungsgefühl muss jedes Mal propagandistisch gesteigert werden, auf Kosten der Menschen in den Entwicklungsländern. Der Geburtsfehler der HIV/AIDS-Medizin war die Patentanmeldung der Erfinder der „HIV“-Tests vor jeder wissenschaftlichen Publikation. Die frühzeitige Kommerzialisierung hat die HIV/AIDS-Medizin von Anfang an korruptiert.

Die Erkenntnisse der NO-Forschung, der Cytokin-Forschung und der Zellsymbiose-Forschung, stehen jedermann patentfrei zur präventiven und therapeutischen Verfügung. In Seminaren im Ausbildungszentrum für Lebensenergie und Biophysikalische Medizin in Wolfratshausen werde ich außerdem Zweitägiges-Seminare sowohl für Betroffene und deren Angehörigen als auch gesondert für Therapeuten abhalten. Nähere Infos dazu siehe Kasten „Keine unnötige Angst mehr vor „AIDS“ und Krebs“ ■