

Über die wissenschaftliche AIDS-Kritik

Dr. med. H. Kremer: Erworbene zelluläre Immunschwäche

[Startseite](#) : [AIDS-Kritik-Hauptseite](#) : Dr. med. H. Kremer: Erworbene zelluläre Immunschwäche

Erworbene zelluläre Immunschwäche

DR. MED. HEINRICH KREMER E-BARCELONA

„HIV IST DIE URSACHE VON AIDS“— ANATOMIE EINES BEISPIELLOSEN MEDIZINISCHEN VERSAGENS

Im Juni 1981 berichtet die US- Seuchenüberwachungsbehörde CDC über 5 Krankheitsfälle in der Universitätsklinik von Los Angeles (Kalifornien) eines akuten Pneumocystis Carinii- Pilzbefalls der Lunge (PCP). Es handelt sich um 5 homosexuelle Männer im Alter Mitte 30. Alle Patienten sind chronische Nitritgas-Konsumenten. Diese Stickstoffgase (NO₂) sind seit Beginn der sog. sexuellen Befreiung Anfang der 60er Jahre unter promiskuitiven schwulen Männern gebräuchlich als sexuelles Dopingmittel zur Entspannung der Aftermuskulatur beim analen Geschlechtsakt und zur Verlängerung der Penissteife durch Erweiterung der Penisgefäße. Nitritgase können bei hoher Dosierung und Dauerkonsum extrem immunotoxisch wirken, der erste Todesfall durch Einatmen von Nitritgasen (von homosexuellen Männern als „Poppers“ bezeichnet) ist in der medizinischen Literatur bereits Mitte der 60er Jahre dokumentiert worden.

Die Elitemediziner der Uniklinik Los Angeles erheben folgende Befunde: 2 der 5 Patienten sind intravenöse Heroinfixer, alle Patienten sind Hepatitis B-positiv, der immunologische Befund ergibt eine starke Verminderung einer Untergruppe von im Thymus gereiften Immunzellen (T4- oder CD4-Helferzellen genannt), deren Aufgabe es nach damaligem Wissen ist, mikrobielle Erreger innerhalb von Körperzellen (wie Pilzerreger, Protozoen, Mykobakterien) abzuwehren und die Antikörper produzierenden Immunzellen, die im Knochenmark reifen, zu aktivieren, wenn die T4-Immunzellen entsprechende Alarmsignale von anderen Zellen im Immunzell-Netzwerk erhalten.

Die behandelnden Unikliniker, anstatt die eindeutige Diagnose „Lungenentzündung durch Pneumocystis Carinii-Pilzerreger infolge toxisch bedingten Immunzellversagens“ zu stellen, erklären die Krankheitsursachen für rätselhaft und behaupten, die schwulen Patienten, die miteinander keinen Kontakt hatten, seien bis zum plötzlichen Auftreten der PCP-Erkrankung „vollkommen gesund gewesen“!

Eine zusätzliche Antibiotika-Anamnese der 5 PCP-Patienten wird nicht erhoben. Zahlreiche klinische Berichte in den 70er Jahre hatten eindeutig dokumentiert, dass homosexuelle Männer in den westlichen Metropolen (im Vergleich zu ihren heterosexuellen Altersgenossen) die bei weitem höchste Infektionsbelastung und exzessiven Antibiotika- Missbrauch (auch vor allem prophylaktisch!) aufweisen. Gleichzeitig jedoch hatten US-Infektionsmediziner Ende der 70er Jahre verkündet, dank der von der Pharmaindustrie bereitgestellten modernen Antibiotika seien die klassischen Infektionskrankheiten nahezu ausgerottet.

Die toxisch zellulär immungeschwächten PCP-Patienten werden routinemäßig mit Bactrim behandelt. Diese Doppelsubstanz (Trimethoprim und Sulfamethoxazole) ist 1969 eingeführt worden und gilt bis 1995 als das erfolgreichste Chemo-Antibiotikum, bis nach einer nicht mehr zu leugnenden Todesserie in Großbritannien und USA die Verordnung nur noch für lediglich 5 seltene

bakterielle Infektionskrankheiten empfohlen wird (in Deutschland gilt für Bactrim und eine Reihe identischer Präparate unter anderen Bezeichnungen bis heute kein Limit). Bereits 1970 dokumentieren klinische Forscher in England, dass das in Bactrim enthaltene Trimethoprim die gleiche massive immunsuppressive Potenz aufweist wie Azathioprin, die Standardsubstanz, die organtransplantierten Patienten als Immunsuppressivum verordnet wird, um die Abstoßung des überpflanzten Organs zu verhindern.

Die für medizinische Laien nicht nachvollziehbaren medizinischen Kunstfehler, offensichtlich durch toxisch bedingtes Immunzellversagen hervorgerufene PCP-Lungenentzündungen ursächlich für rätselhaft zu erklären und die betroffenen schwerst immungeschwächten Patienten mit höchst immunotoxischen Bactrim-Tröpfchen zu behandeln (was zum sofortigen Tod von 2 der 5 homosexuellen Männer führt), sind zum historischen Auslöser geworden für die fabulöse Erfindung einer angeblich „neuen, sexuell übertragbaren, tödlichen Massen- Viruseuche“ (ab 1982 als AIDS bezeichnet, engl. acquired immunodeficiency syndrome).

Wenige Wochen nach Erstbericht der CDC über PCP-Krankheitsfälle von Homosexuellen in den USA, gibt dieselbe Behörde das Ergebnis einer landesweiten Fahndung nach weiteren auffälligen Erkrankungen schwuler Männer in den US-Staaten bekannt. Rückwirkend ab 1978 wird über 28 Kaposi-Krebsfälle ausschließlich bei Homosexuellen berichtet. Beim Kaposi-Sarkom (KS) handelt es sich um krebsartige Wucherungen der Innenwandzellen der feinen Blutgefäße. KS war ebenfalls bei Nieren-transplantierten Patienten seit den 60er Jahren nach Verordnung von Azathioprin zur zellulären Immunsuppression aufgetreten. Diese Tatsache ist den US-Medizinern, die der CDC die KS-Fälle bei homosexuellen Männern nach Aufforderung mitteilen, wohlbekannt.

Die völlig naheliegende Schlussfolgerung wird nicht diskutiert, dass nämlich aufgrund der identischen toxischen Potenz von Azathioprin und Trimethoprim die gleiche toxische Ursache für die KS-Erkrankungen sowohl der Nieren-Transplantierten als auch der Homosexuellen, den bekanntermaßen Hauptkonsumenten von Bactrim (Trimethoprim), vorliegen könnte. Dieser dringende Verdacht ist um so mehr gegeben, da 1981 hinreichend bekannt ist, dass chronische Inhalation von Stickstoffgasen ebenfalls die Innenwandzellen der kapillaren Blutgefäße (Endothel-Zellen genannt) angreift und die ungewöhnliche toxische Kombination von „Poppers“ und Bactrim eine massive toxische Stressbelastung sowohl von T4-Immunzellen als auch von Endothel-Zellen verursache müsste, die bei entsprechender individueller Prädisposition klinisch zu T4-Zellschwund und Kaposi-Sarkom führen konnte. Im selben Jahr 1981 wird von klinischen Forschern nachgewiesen und publiziert, dass allein schon die Einnahme von Bactrim in üblicher Dosierung bereits nach 7 Tagen Defekte der DNA im Zellkern verursacht.

Eine objektiv begründete, offiziell publizierte Diagnose: „Pharmakotoxisch bedingte Krankheits- und Todesursachen“ aber hätte bedeutet, einen Pharmaskandal zu riskieren und in das Kapital-geschmierte Räderwerk von Medizinern und Pharmakonzernen, Politik und Medien einzugreifen.

Dieses Risiko war dem Team der US-Seuchenbehörde wohlbewusst: die über die „rätselhaften“ Krankheitsfälle berichtenden Mitarbeiter der Abteilung für Infektionskrankheiten sind, wie in USA üblich, neu bestellt worden, als der neugewählte Präsident Reagan und sein Vize Bush sen. Anfang 1981 ihr Amt antreten. Reagan hatte zuvor als Gouverneur von Kalifornien die „puritanische Revolution“ propagiert und den schwulen Lebensstil im Wahlkampf instrumentalisiert; Bush sen. war ehemals CIA-Chef bis 1976, dann Direktor beim Pharmakonzern Lilly. Die Konstellation ist eindeutig: der ehemalige Hollywood- Schauspieler Reagan kann mit der massenpsychologischen Inszenierung einer angeblich auf jedermann übertragbaren sexuellen Viruseuche die puritanische Klientel bedienen, der „Pate“ der Pharmaindustrie Bush sen. kann die bis heute größte Kapitalinvestition der Medizingeschichte in Gang setzen (allein für die Erforschung des bis heute von niemand tatsächlich isolierten „AIDS-Erregers“, des seit 1987-nomen est omen – als „Humanes Immunschwäche-Virus“ („HIV“) bezeichneten Phantom-Retrovirus, das nur als theoretisch konstruiertes Computer-Design existiert, sind bis heute mehr als 400 Mrd. US-Dollar investiert worden).

Das CDC-Team streut also das Gerücht von dem plötzlich aufgetauchten „unheilbar zum Tode führenden Sex-Virus“, der drohenden Gefahr für die gesamte Menschheit, dass das konfabulierte „Todesvirus“ von den schwulen Männern über Bisexuelle auf die weiblichen Sexualpartner und von diesen auf ihre Kinder übertragen werden könnte. Die Medien in den USA, sehr bald auch in Europa und aller Welt, beschwören die „neue Schwulenpest“ und liefern über 2 Jahrzehnte immer neue brutalstmögliche Horrorgeschichten, scheinbar gestützt durch wissenschaftliche Fakten der medizinischen Spezialisten. So verbreiten beispielsweise Professoren der Virologie vom deutschen Bundesgesundheitsamt 1984 offizielle statistische Trick-Schaubilder, aus denen sich ableiten lässt, dass bis 1996 alle Bundesbürger „HIV-positiv“ sein würden und bis 1998 alle Bundesbürger an AIDS verstorben sein würden. Solche völlig absurden Horrorprognosen werden von medialen Meinungsführern wie „Spiegel“ und „Bild der Wissenschaft“ den geschockten Bürgern als gesicherte medizinische Expertise verkauft.

Das nüchterne offizielle Fazit nach 20 Jahren gnadenloser Seuchenhatz: In den europäischen Ländern sind bis Ende 2004 insgesamt 0,1-0,5% der Gesamtbevölkerung als „HIV-positiv“ stigmatisiert worden, wobei die Zahlen noch unsicher sind wegen der häufigen anonymisierten Mehrfachmeldungen der untersuchenden „HIV“-Labors. In der Bundesrepublik sind bis Ende 2004 insgesamt etwas mehr als 13000 AIDS-Todesfälle gemeldet worden (Quelle: Ärztliche Allgemeine. Ein Themenheft der Ärzte-Zeitung. August 2005). Die letztere Zahl entspricht weniger als 0,1% aller Todesfälle in der Gesamtbevölkerung im gleichen 20-Jahreszeitraum. Es handelt sich nach wie vor überwiegend um Homosexuelle und Heroinfixer, mehrheitlich im Versorgungsbereich spezialisierter Universitätskliniken in 6 deutschen Großstädten. Aufschlussreich ist der Vergleich der AIDS-Todesfälle zwischen West- und Ostberlin: In Westberlin sind im Zeitraum 1984 bis Ende 2004 insgesamt 2921 AIDS-Todesfälle gemeldet worden, in Ostberlin im gleichen Zeitraum 161.

Das Phantom-Virus „HIV“ scheint auch 15 Jahre nach der Wiedervereinigung streng an Stadtbezirksgrenzen Halt zu machen. Aber auch die Zahl der AIDS-Todesfälle der als „HIV-positiv“ stigmatisierten Bluterkranken liegt in Westberlin doppelt so hoch wie in der übrigen Bundesrepublik, obwohl alle Bluterkranken überall mit den gleichen angeblich „HIV-infizierten“ Gerinnungseiweißpräparaten gegen ihre erblich bedingten Gerinnungsstörungen behandelt wurden. Die Wahrheit ist, dass dort, wo die Pharmakonzerne, in Zusammenarbeit mit den spezialisierten Unikliniken (wie in Westberlin), klinische Studien zur Behandlung des Phantom-Virus „HIV“ mit immer neuen Kombinationen einer Batterie von mittlerweile mehr als zwei Dutzend nachweislich höchst toxischen Zellgiften (euphemistisch „Cocktail-Therapie“ genannt) durchführen lassen, und dort, wo die betroffenen Immunschwäche-Patienten glauben, am besten behandelt zu werden, die Gefahr am größten ist, infolge der toxischen Behandlung zu Tode zu kommen.

Das wirkliche Ausmaß der Manipulationen, die zur objektiv falschen Krankheitstheorie „HIV ist die Ursache für AIDS“ geführt haben, ist noch wesentlich umfassender. Bereits 1982 wird von einigen klinischen Forschern publiziert, dass die Patienten, die immunologisch einen Schwund der T4-Helferzellen im strömenden Blut zeigen, im Gegensatz dazu eine normale oder sogar erhöhte Antikörper-Synthese, folglich keine bakteriellen Infektionen außerhalb von Körperzellen entwickeln. Also konnte etwas mit der neuen Krankheitstheorie nicht stimmen: denn die T4-Helferzellen werden so genannt, weil sie die im Knochenmark reifenden, Antikörper produzierenden B-Immunkzellen nach Empfang entsprechender Antigen-Signale unterstützen, was sie nicht können, wenn sie durch das „neue Virus“ zerstört sein sollen. Dieser fundamentale Widerspruch wird einfach ignoriert.

Zum Zeitpunkt der ersten internationalen AIDS-Konferenz 1983 in New York sind ca. 1200 AIDS-Krankheitsdiagnosen weltweit gestellt worden, „nicht gerade viele“, wie selbst die Herausgeber des Kongressberichtes anmerken. Die AIDS-Patienten leiden an altbekannten intrazellulären Infektionen, eine Minderheit ist am Kaposi-Sarkom erkrankt. Auf dem New Yorker Kongress dominieren nicht etwa die Infektionsmediziner, sondern eine kleine, aber einflussreiche Gruppe von sog. Retrovirus-Krebsforschern. Es sind die Profiteure eines anderen politisch motivierten Medizinforschungsprojektes, des von Reagan's Vorgänger Nixon 1971 vor seinem unrühmlichen

Abgang ausgerufenen „Krieg gegen den Krebs“. Innerhalb eines Jahrzehnts sollte der Krebs besiegt sein auf der Grundlage der Theorie, dass Krebs durch Retroviren ausgelöst werde.

Der Retrovirus-Krebsforscher Dr. Gallo vom Nationalen Krebs Institut der USA behauptet auf der Konferenz, er habe 2 verschiedene Retroviren in 2 seltenen menschlichen Leukämie- Zelltypen gefunden, die er jetzt auch in T4-Helferzellen aus Blutseren von klinisch manifest AIDS-kranken homosexuellen Patienten aus New York entdeckt habe (ab 1985 ist bei Dr. Gallo und Kollegen von diesen 2 Retroviren nicht mehr die Rede). Eine analoge Behauptung hatte Dr. Gallo bereits 1975 als Erstentdeckung von menschlichen Retroviren in Leukämie- Zelltypen publiziert. Da er aber keine tatsächliche Isolation eines Retrovirus nachgewiesen hatte, also mindestens elektronenmikroskopische Aufnahmen (EM-Aufnahmen) von Partikeln, die aus der Zellmembran herausreifen (engl. „budding“) und Viruspartikel sein könnten. Diese Partikel müssen für eine tatsächliche Isolation separiert werden von jeglichem anderen Zellmaterial mittels eines bestimmten Reinigungsverfahrens (Purifikation) mit Hochgeschwindigkeits-Zentrifugation in einer Zuckerlösung, um dann elektronenmikroskopisch zweifelsfrei die homogene Anwesenheit von Retroviren dokumentieren zu können. Da Dr. Gallo solche EM-Aufnahmen nicht dokumentieren konnte, hielten ihm die Fachkollegen Wissenschaftsfälschung vor. Dr. Gallo musste seine angebliche Entdeckung als „Irrtum“ widerrufen.

Auch diesmal beruht die angebliche Entdeckung der Retroviren in den T4-Immunzellen der schwulen AIDS-Patienten lediglich auf dem „budding“ von unspezifischen virusähnlichen Partikeln aus der Zellmembran. Solche Partikel können ebenso gut Exportpartikel aus der Zelle unter oxidativem Stress in der Zellkultur sein. Deswegen wurde 1972 das Purifikationsverfahren vereinbart, um Fehldeutungen von „virusähnlichen“ Partikeln mit echten Viren zu vermeiden.

Tatsächlich jedoch publiziert niemand, weder Dr. Gallo selbst noch Retrovirologinnen oder Retrovirologen aus anderen Labors, bis 1997 (!) EM-Aufnahmen der „budding“-Partikel in T4-Immunzellen von „HIV-Positiven“ oder AIDS-Patienten nach Durchführung der festgelegten Purifikations Schritte: Das objektive Ergebnis der EM-Aufnahmen ist für die „HIV“/AIDS Medizin ein absolutes Desaster. In der selben Ausgabe der führenden Fachzeitschrift „Virology“ vom März 1997 erscheinen die EM-Aufnahmen eines deutsch-französischen und eines amerikanischen Forschungsteams nach Purifikation von „budding“-Partikeln aus T4- Immunzellen von „HIV-Positiven“. Die EM-Bilder zeigen lauter Zellmüll. Von „HIV“ keine Spur, die Forscher bezeichnen die vielgestaltigen Strukturen in ihren EM-Bildern auch nur noch als „HIV-ähnliche“ Partikel.

Die übrige Fachwelt schweigt vielsagend, nur der Retrovirus-Krebsforscher Dr. Montagnier, Gallo's Konkurrent vom Pasteur-Institut in Paris, der behauptet, er habe „HIV“ 1983 vor seinem Kollegen Gallo entdeckt, antwortet 1997 in einem Interview mit einem französischem Fachjournalisten auf die Frage nach den EM-Purifikationsbildern: „Ich weiß nicht. Es gibt irgendwo welche. Aber das ist von keinem Interesse, wirklich von keinerlei Interesse.“ Dr. Montagnier war 1972 an der Festlegung der Standardregeln für die objektivierende Isolation von Retroviren in menschlichen Zellen maßgeblich beteiligt. Offenbar leidet Dr. Montagnier seit seiner angeblichen „Entdeckung“ von „HIV“ im Jahre 1983 an wissenschaftlichem „Gedächtnisschwund“.

Er ist Präsident der Welt-AIDS-Stiftung, welcher 98% der Lizenzgebühren für den sog. Anti-„HIV“-Antikörpertest zufließen. 1% der Lizenzgebühren für jeden dieser bis heute weltweit angewendeten Tests erhalten jeweils Dr. Gallo und Dr. Montagnier, konsequenterweise als „Erfinder“. Beide sind dadurch Millionäre geworden. Seit 1977 können wissenschaftliche Entdeckungen im medizinischen Labor von den Forschern zum Patent angemeldet werden. Die Labormediziner Dr. Gallo und Dr. Montagnier sind die Protagonisten der auf diese Weise korrumpierten „modernen“ Medizin. Jeder Insider weiß, warum beide auch nach 22 Jahren der angeblichen „Entdeckung“ des „HIV-Menschheitsfeindes Nr. 1“ (Originalton Reagan) noch nicht den Nobelpreis für Medizin erhalten haben. Die betroffenen Patienten und die Therapeuten sollten es auch wissen, bevor sie weiterhin zu Opfern bzw. aktiven oder passiven Mittätern im „größten Medizinskandal des 20. Jahrhunderts“ (US-Nobelpreisträger Mullis 1997) werden.

Diese Aussage wird gestützt durch das publizierte Protokoll der ersten Internationalen AIDS-Konferenz 1983 in New York. Dr. Gallo's Kollege, der Retrovirus-Krebsforscher Prof. Thomas, Kanzler des größten US-Krebsforschungsinstituts, des Memorial Sloan-Kettering Cancer Research Center, greift dankbar Dr. Gallo's Pseudonachweis von Retroviren in den T4-Immunzellen der homosexuellen AIDS-Patienten auf und fordert kategorisch im Hinblick auf die manifest klinisch AIDS-kranken schwulen Männer: „Was jetzt vonnöten ist, ist eine Serie von Versuchen am Menschen (!), um zu beobachten, ob sich Krebs entwickelt oder bereits vorhandene Krebszellen sich weiter entwickeln, wenn man die zelluläre Immunität unterdrückt.“ Damit ist das Programm von den Retrovirus-Krebsforschern vorgegeben, das mit unerbittlicher Konsequenz bis heute exekutiert wird: Versuche an bereits zellulär immungeschwächten Menschen (engl. human experiments) mit Zellgiften für die Erkenntniszwecke der Retrovirus-Krebsforscher.

Dr. Gallo und Prof. Thomas haben das allergrößte Interesse, die inszenierte massenpsychologische Angst vor dem „neuen tödlichen Sex-Virus“ für ihre Zwecke auszubeuten, da wegen Erfolglosigkeit in der Retrovirus-Krebsforschung der US-Kongress den Milliarden- Dollar-Strom nach dem Ablauf der 10-jährigen Projektzeit des "Krieg gegen den Krebs" zu stoppen droht. Also mutieren sie zu Retrovirus-AIDS-Krebsforschern. Die „Brücke“ ist das Kaposi-Sarkom: Prof. Thomas behauptet jetzt, dass Krebs nicht direkt durch Retroviren ausgelöst wird, sondern durch das „neu entdeckte Retrovirus“ die Immunzellüberwachung der „immer vorhandenen Krebszellklone“ ausgeschaltet werde. Den simplen logischen Einwand, dass „Krebszellklone“ sich erst einmal aus ganz anderer Ursache entwickelt haben müssten, um durch die zelluläre Immunität erkannt und überwacht werden zu können, bringt niemand.

Statt dessen berichten die Medien, als sei die „Retrovirus-AIDS-Hypothese“ bereits als richtig bewiesen, da die Retrovirus-Krebsforscher über das „neue tödliche Sex-Virus“ in New York verhandelt haben, als sei dessen Existenz eine biologisch gesicherte Tatsache. Es ist die „Kopfgeburt“ der Konstruktion von Wirklichkeit über kollektive Emotionen, wobei die Adressaten die ausbeuterischen Zwecke der Urheber nicht wahrnehmen können. Die Urheber werden jedoch auch zudem automatisch zu Obergutachtern in eigener Sache, da es für die neue Erfindung keine anderen Experten gibt, und sie damit den weiteren Prozess beliebig steuern können.

Der oben zitierte Nobelpreisträger Mullis, der keinen Zweifel an der Krankheitstheorie „HIV ist die Ursache von AIDS“ hatte, wird um einen Beitrag über „HIV“/AIDS gebeten. Er sucht nach der Originalarbeit, in der bewiesen wurde, dass „HIV die Ursache von AIDS“ ist, da er glaubt, dass die Verfasser dieser Arbeit den Nobelpreis verdient hätten. Niemand kann ihm die gewünschte Auskunft geben, auch Dr. Gallo und Dr. Montagnier nicht. Ein Experte sagt zu Mullis, die Originalarbeit brauche er doch gar nicht, jeder wisse doch, dass „HIV“ die AIDS-Ursache sei. Nach jahrelangen vergeblichen Recherchen zieht Mullis die oben zitierte Schlussfolgerung des „größten Medizin-Skandals des 20. Jahrhunderts“. Er hat als einer der ganz wenigen Wissenschaftler klar erkannt, dass die „HIV“/AIDS-Theorie auf einer „kollektiven Suggestion“ beruht, allerdings mit entsetzlichen Folgen.

Im April 1984 tritt die US-Gesundheitsministerin mit Dr. Gallo in einer internationalen Pressekonferenz auf und verkündet, Dr. Gallo habe „wahrscheinlich“ den „AIDS-Erreger“ gefunden und in Kürze werde er einen Antikörpertest zum Nachweis des „neuen Retrovirus“ entwickelt haben. Die internationalen Medienvertreter ignorieren das Wörtchen „wahrscheinlich“, das auch Dr. Gallo in seinen Statements nicht gebraucht, und feiern Dr. Gallo als Retter der Menschheit vor dem „tödlichen Sex-Virus“.

In den nachfolgenden Publikationen in der führenden Wissenschaftszeitschrift „Science“ liefert Dr. Gallo wieder keine EM-Aufnahmen gemäß den Standardnachweisverfahren für die tatsächliche Isolation eines menschlichen Retrovirus. Er bedient sich derselben Labortricks wie 1975. Diesmal schweigen die Kollegen aus der Retrovirologenzunft, da Dr. Gallo für alle den großen Geldhahn über die Reagan/Bush sen.-Administration öffnet. Aus den Publikationen des Gallo-Teams geht hervor, dass man T4-Immunzellen von homosexuellen Immunschwäche-Patienten wochenlang mit

stark oxidierenden Substanzen bebrütet hat, die T4-Immunezellen also unter oxidativen Stress gesetzt hat. Diese Manipulation musste mit Sicherheit zum Export von Stresseiweiß-Partikeln aus den oxidierten Zellen führen. Für den biochemischen Nachweis von „HIV“ führt Dr. Gallo nur „indirekte Marker“ an. Jeder dieser Marker ist keineswegs spezifisch für Retroviren, „aber in der Zusammenschau“, wie Dr. Montagnier später absichtsvoll irreführend beteuert. Die Marker sind jedoch spezifisch für Zellen, die überdauernd oxidativ gestresst werden, dabei entweder sofort absterben oder Stresseiweiße infolge Gegenregulationen der Zellen produzieren. Dieselben Marker konnten später in allen möglichen intakten Zellsystemen bei gleicher oxidativer Manipulation nachgewiesen werden, ohne dass die Forscher die Anwesenheit von Retroviren behaupteten! Diese biochemischen Tatsachen interessieren die allermeisten Ärzte in aller Welt nicht, da sie von Retroviren mangels derer klinischen Relevanz nichts gehört haben und sie das retrovirologische Laborkauderwelsch nicht verstehen.

Aus den Gallo-Publikationen ergibt sich auch, dass er die T4-Helferzellen der AIDS-Patienten mit HUT 78-Zellen „kokultiviert“ hat, also T4-Immunezellen und HUT 78-Zellen in einer Zellkultur gemeinsam bebrütet hat. Warum das erforderlich war, lässt er im Dunkeln, behauptet aber, die Retroviren seien von den T4-Immunezellen der AIDS-Patienten in der Zellkultur auf die HUT 78-Zellen „übergesprungen“. Die entscheidende Tatsache verschweigt Dr. Gallo wohlweislich: Die HUT 78-Zellen sind nämlich Leukämie-Krebszellen. Da die T4-Immunezellen nur kurzlebig sind (1-2 Tage mittlere Lebensdauer) sind sie nicht geeignet, um genügend Eiweißmaterial (Antigene) für einen Massentest zu gewinnen, mit dem man angebliche Antikörper im Blutserum von Probanden gegen das angebliche „Sex-Retrovirus“ nachweisen könnte. Die potentiell unsterblichen Leukämie-Krebszellen waren jedoch für diesen Zweck bestens geeignet, da sie beliebig lange in einem entsprechenden Kulturmedium gezüchtet werden konnten und unter oxidativem Stress jede Menge Stresseiweiße produzieren konnten. Wenn man diese Fremd-Stresseiweiße (Antigene) als Testsubstrat mit Blutseren von Probanden in Kontakt bringt, werden sie als körperfremde Eiweiße von im Serum vorhandenen Antikörpern erkannt. Es kommt zu einer sog. Antigen-Antikörper-Reaktion, in diesem Fall zu einer angeblichen „Anti-HIV-Eiweiß“-Antikörper-Reaktion, in Wirklichkeit also einer Anti-Leukämie-Krebszell-Stresseiweiß-Antikörper-Reaktion.

Die Eiweiß-Antigene für den angeblichen „Anti-HIV“-Antikörpertest mussten also Stresseiweiße sein, auf welche dann Antikörper im Serum von stark immunbelasteten Probanden, die ja nachweislich erhöhte Antikörpermengen produzieren, quantitativ und qualitativ stärker reagieren, als Antikörper im Serum von immungesunden Probanden. So erklärt es sich, dass wir etwa 70 Symptomzustände kennen, auf die der angebliche „Anti-HIV“-Antikörpertest positiv reagiert, da diese Patienten ebenfalls immunstressbelastet sind oder irgendwann in ihrem Leben eine starke Immunstress-Phase durchgemacht haben und die entsprechenden Antikörper sehr lange im Blutserum zirkulieren können. Klinisch werden diese Patienten dann nach der subjektiven Einschätzung der Behandler dann als „HIV-positiv“ oder als „HIV-falsch positiv“ diagnostiziert. Dasselbe gilt beispielsweise für afrikanische Probanden, die in ihrer Kindheit Kontakt mit Tbc-Erregern, Malaria- oder anderen Protozoen sowie Pilzmikroben hatten und entsprechend hohe Antikörperspiegel gebildet haben, die ein Leben lang im Serum kreisen können. Auch bei diesen Probanden reagiert der angebliche „Anti-HIV“-Antikörpertest, wie selbst orthodoxe „HIV“-Forscher von der Harvard-Universität in USA publiziert haben, ebenfalls „HIV-positiv“.

Nun hat Dr. Gallo aber das Problem, wie er mit seinem Massentest diejenigen als „HIV-infiziert“ heraus selektieren könnte, die noch keine klinischen Symptome einer zellulären Immunschwäche zeigen. Er muss also eine Messschwelle seines Tests festlegen, unterhalb der Messschwelle „HIV-negativ“ und oberhalb der Messschwelle „HIV-positiv“. Also legt Dr. Gallo erst einmal für seine Testkonstruktion eine frei gewählte, relativ niedrige Messschwelle fest: Er testet dann die Seren von manifest AIDS-kranken schwulen Männern aus New York und alle Seren sind „HIV-positiv“. Dann testet Dr. Gallo Kontrollseren von gesunden Blutspendern aus New York als repräsentativen Querschnitt der erwachsenen Gesamtbevölkerung und, siehe da, 20% der Seren dieser gesunden Probanden sind ebenfalls „HIV-positiv“. Das ergibt hochgerechnet auf die erwachsene

Gesamtbevölkerung etwa 20% „HIV-Infizierte“. Das ist ein bisschen zu viel des „Guten“. Also setzt Dr. Gallo schrittweise die Test-Messschwelle herauf, bis alle Blutspende-Seren wieder „HIV-negativ“ sind, also nicht mehr „HIV-infiziert“ sind. Bei dieser Messschwelle sind plötzlich aber auch wieder 20% der Seren der AIDS-Patienten „HIV-negativ“, also sind diese Patienten trotz klinisch manifestem AIDS nicht mehr „HIV-infiziert“. Diese 20% AIDS-Patienten müssen also nach der Pseudologik von Dr. Gallo aus anderen Gründen als einer angeblichen „HIV-Infektion“ eine zelluläre Immunschwäche entwickelt haben.

Die von Dr. Gallo 1984 verklausuliert veröffentlichten Daten beweisen also eindeutig, was „HIV-positiv“ wirklich bedeutet: Die individuelle Disposition des Probanden, überdurchschnittlich erhöhte Antikörpermengen zu bilden im Falle einer hochakuten oder überdauernden Immunstressbelastung. Diese individuelle Reaktionsbereitschaft ist bei Kontakt mit einem Testsubstrat, das Fremd-Stresseiweiße enthält, so stark ausgeprägt, dass eine Reaktivität oberhalb der von Dr. Gallo festgelegten Messschwelle gemessen wird. Es kann also die Test-Messschwelle labortechnisch so niedrig gesetzt werden, dass praktisch beliebige Seren „HIV-positiv“ sind. Oder umgekehrt kann die Test-Messschwelle so hoch gesetzt werden, dass überhaupt keine Blutseren mehr „HIV-positiv“ sind. „HIV“ existiert also nur als selektiv festgelegter labortechnischer Messwert, als Selektionsinstrument für menschliche Versuchsmodelle mit erhöhter Immunzellbelastung zum Zwecke der 1983 von Retrovirus-Krebsforschern vorgeschlagenen menschlichen Experimente mit immunotoxischen Substanzen zur Krebszell-Provokation.

Die Konsequenz dieser Labormanipulation lässt sich darstellen am Beispiel von 2 schwulen Männern, die jahrelang ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten, der eine von ihnen eines Tages „HIV-positiv“ getestet wird, und der andere „HIV-negativ“ bleibt. Das Problem lässt sich leicht beantworten: keiner von beiden ist „HIV-infiziert“ aber der Test-positive ist disponiert für erhöhte Antikörperbildung unter Immunzell-Stressbelastung. Nun sind aber erhöhte Antikörpermengen kein Indikator für eine aktuelle Immunzellschwäche, wie das Beispiel der oben zitierten afrikanischen Probanden zeigt. Zur Diagnosesicherung einer tatsächlichen aktuell gegebenen zellulären Immunschwäche müssen ganz andere Laborwerte gemessen werden.

Für die heutigen sog. „Anti-HIV“-Antikörpertests gibt es keinen internationalen Standard. Das Testergebnis „HIV-positiv“ oder „HIV-negativ“, also Testwerte oberhalb oder unterhalb der festgelegten Messschwellen, kann bei derselben Person von Kontinent zu Kontinent, von Land zu Land, von Stadt zu Stadt oder von Labor zu Labor verschieden ausfallen. Unter anderem hängt das Testergebnis davon ab, wie viele unterschiedliche Testeiweiße sich im Testsubstrat befinden. In den afrikanischen „HIV“-Antikörpertests befinden sich beispielsweise aus Kostengründen oft nur 2 verschiedene Testeiweiße. „HIV-positiv“ Personen aus Afrika sind bei Nachtests in Europa oft „HIV-negativ“, also plötzlich nicht mehr „HIV-infiziert“. Welche Art von Testeiweißen sich in den heutigen Testsubstraten befinden, lässt sich nicht mehr feststellen, da die Herstellerfirmen und die staatlichen Überwachungsbehörden jede Auskunft verweigern unter Hinweis auf das Betriebsgeheimnis.

Dr. Gallo meldet seine „Anti-HIV“-Antikörper-Testkonstruktion zum US-Patent an, noch vor Publikation seines Pseudo-Retrovirusnachweises in „Science“. Das Patent wird erteilt und die US-Arzneimittelüberwachungsbehörde genehmigt den „Anti-HIV“-Antikörpertest ohne weitere Prüfaufgaben. Ab Mitte 1984 bereits wird der Test experimentell eingesetzt, ab März 1985 weltweit von 5 Pharmakonzernen vertrieben, welche die Lizenz erworben haben (zufällig ist auch US-Vizepräsident Bush sen. Aktionär bei diesen 5 Pharmakonzernen).

Die Experimente der Retrovirus-Krebsforscher können starten: Der manipulierte „Anti-HIV“-Antikörpertest ist als Beweismittel für die biologische Existenz des Laborkonstrukts „HIV“ als Ursache von AIDS, von den Medien oft verfälschend als „AIDS-Test“ bezeichnet, im Weltmarkt etabliert. Widerspruch von seiten der internationalen Ärzteschaft regt sich nicht. Ärzte und Laien pflegen seitdem auf kritische Einwände zu antworten: „Aber so viele Ärzte können sich doch nicht irren“. Die allermeisten Ärzte haben niemals die Behauptungen und Publikationen von Dr. Gallo,

Dr. Montagnier und Kollegen auf Stichhaltigkeit überprüft. Sie befinden sich nicht im Irrtum, da sie sich gar keine eigenständige, begründete Meinung bilden, sondern sie sind fremdbestimmte, willige Vollstrecker der Vorgaben der Speziallabors und Pharmakonzerne. Aus diesem Grunde müssen zwangsläufig alle medizinischen Kontrollinstitutionen versagen, wenn Laborbefunde um eines Patenten willen manipuliert werden und die Akzeptanz solcher Labormanipulationen in einem von Politik und Medien erzeugten massenpsychologischem Klima der Seuchenangst bereits vorgegeben ist.

Kurz nach Etablierung des „HIV“-Antikörpertests am Weltmarkt publizieren Dr. Gallo und Kollegen vom Nationalen Krebsinstitut die Entdeckung einer „HIV“-hemmenden Substanz. Eine in aller Welt bewunderte wissenschaftliche Leistung: In kurzer Folge erst die Entdeckung des „tödlichen AIDS-Erregers HIV“, dann die Entwicklung eines Selektionstests für „HIV-Infizierte“, dann die Präsentation eines „Heilmittels“! Es handelt sich um Azidothymidin, abgekürzt AZT, biochemisch auch Zidovudin genannt, Handelsname „Retrovir“. Die Vorgeschichte dieser Substanz wird natürlich verschwiegen: AZT wurde 1961 in Heringssperma entdeckt, 1964 synthetisch hergestellt, 1965 an Leukämie-kranken Ratten erprobt, die daraufhin zusätzlich Lymphzell-Krebs entwickelten, was zum Verbot der klinischen Erprobung dieses krebserzeugenden Rattengiftes in der menschlichen Krebstherapie führte. AZT ist biochemisch ein abgewandelter natürlicher DNA-Baustein, wobei die Azido-Gruppe der Aza-Gruppe des bereits oben zitierten Azathioprin entspricht, der immunsuppressiven Substanz, die bei organtransplantierten Patienten bereits in den 60er Jahren Kaposi-Sarkom-Krebs ausgelöst hatte.

Dr. Gallo und Kollegen wählen also als „HIV-Heilmittel“ genau die richtige Substanz aus für Krebsforschungsexperimente an bereits zellulär immungeschwächten Menschen: eine Substanz, von der die Retrovirus-Krebsforscher wissen, dass diese immunotoxisch und krebserzeugend wirkt. Sie wissen aber auch, dass eben aus diesem Grund diese Substanz für den klinisch-therapeutischen Gebrauch am Menschen verboten ist, was aber außer den Spezialisten vom Nationalen Krebsinstitut niemand zu wissen scheint (und auch niemand wissen will). Außerdem vergibt das Nationale Krebsinstitut das Patent für die bis dahin patentfreie Substanz AZT an den Azathioprin-Hersteller Wellcome Burroughs (jetzt: Glaxo Smith Kline).

1986 werden die ersten klinischen AZT-Experimente mit AIDS-Patienten durchgeführt, welche aus „ethischen Gründen“ nach 17 Wochen (!) abgebrochen werden. Man teilt mit, man habe die Sterberate der AZT-behandelten Patienten dramatisch senken können im Vergleich zu AIDS-Patienten, die nur ein Placebo erhalten hätten. Die Tatsache, dass man die AZT-behandelten AIDS-Patienten, die innerhalb der 17-wöchigen Studienzeit in einen kritischen Zustand gerieten, massiv mit Bluttransfusionen substituierte, und die Placebobehandelten AIDS-Patienten nicht, diese aber statt dessen symptomatisch mit den hoch immunotoxischen Bactrim-Tröpfen etc. behandelte (siehe oben), verschweigt man in den medizinischen Publikationen. Diese Tatsachen werden erst Jahre später nach der rechtlich erzwungenen Herausgabe der Studienunterlagen gemäß dem US-Freedom of Information Act bekannt.

Aufgrund der AZT-Studienergebnisse wird von der US-Arzneimittelzulassungsbehörde FDA in Rekordzeit Anfang 1987 AZT zur Behandlung von AIDS-Patienten und bald darauf zur Behandlung von symptomlosen (!) „HIV-Positiven“ zugelassen. Die europäischen Länder vollziehen die AZT-Zulassung Ende 1987 für AIDS-Patienten und 1988 für symptomlose „HIV-Positive“. Bereits 1990 berichten klinische Forscher, dass die Lymphzell-Krebsrate bei AZT-behandelten Patienten um das 50-fache (!) angestiegen sei. Es erscheinen die ersten Publikationen über DNA-Defekte in den Mitochondrien, den sog. Atmungsorganellen der menschlichen Körperzellen, in Herz- und Skelettmuskelzellen (Myopathien) sowie in zentralen und peripheren Nervenzellen (Enzephalopathien, Neuropathien), mit oft tödlichem Ausgang bei AZT-behandelten „HIV“-stigmatisierten Patienten. Als Generalalibi für die Todesfälle dient natürlich das „tödliche HIV“.

1993 werden die Ergebnisse der AZT-Behandlung von zellulär immungeschwächten Patienten in mehreren europäischen Ländern, der sog. Concorde-Studie, publiziert. Man wollte erforschen, ob

die „HIV-Infizierten“ länger überlebten, wenn man „früh“ bei relativ höherem T4-Immunzellen-Spiegel im strömenden Blut mit AZT gegen „HIV“ behandelt, oder „spät“ bei relativ niedrigerem T4-Immunzellen-Spiegel mit AZT gegen „HIV“ behandelt. Die Ergebnisse sind eindeutig: ab dem Zeitpunkt des Beginns der AZT-Behandlung sterben die „früh“ behandelten Patienten genauso schnell wie die „spät“ behandelten Patienten, beschleunigt sterben die Patienten aber, wenn man gleichzeitig die Behandlung mit Bactrim etc. kombiniert. Zu diesem Zeitpunkt treten in allen Ländern auch vermehrt, vor der AZT-Behandlung nicht beobachtete, massive bakterielle Infektionen mit tödlichem Ausgang auf, die durch die modernsten Antibiotika nicht mehr beherrschbar sind. Die medizinischen Zellgift-Spezialisten haben mit AZT, Bactrim etc. auch die Reifung der Antikörper synthetisierenden Immunzellen im Knochenmark unterdrückt. Die „HIV-infizierten“ Patienten sind jetzt auch wehrlos gegen bakterielle Infektionen.

Es ist also bis 1993 in medizinischen Publikationen in führenden Fachzeitschriften objektiv belegt, dass offensichtlich die Hochdosistherapie mit AZT, Bactrim etc, die aktuelle immunotoxische und mitochondrientoxische Sterbeursache der „HIV-positiven“ Patienten ist. Natürlich wird diese Schlussfolgerung von den „HIV“-Forschern nicht publiziert, da kollektive medizinische Kunstfehler mit Todesfolge üblicherweise nicht offen eingestanden werden. Die Retrovirus-AIDS-Krebsforscher sind jedoch gezwungen, ihre Strategie zu ändern. Da die toxische Hochdosis-Therapie zu rasch die nicht mehr teilungsaktiven Muskel- und Nervenzellen, die sich nicht zu Krebszellen transformieren können, schädigt und zusätzlich die Suppression der Knochenmarkszellen die Sterberate durch bakterielle Infektionen beschleunigt, kann das Forschungsziel von 1983, die Entwicklung von Krebs unter immunotoxischer Behandlung zu studieren, nicht erreicht werden. Man senkt jetzt die AZT-Dosis und kombiniert verschiedene relativ weniger toxische AZT-analoga und nicht AZT-analoga Substanzen sowie ab 1995 sog. Protease-Hemmer. Proteasen sind Eiweißspaltende Enzyme, die eine wichtige Rolle spielen in allen Körperzellen, aber auch in Mikrobenzellen. Durch Protease-Hemmer, die ursprünglich nicht zur „HIV-Bekämpfung“ entwickelt wurden, werden die bei zellulärer Immunschwäche auftretenden Mikroben ebenso wie Körperzellen gehemmt. Diese Effekte treten auf infolge der auf niedrigerem Niveau fortgesetzten Intoxikation der „HIV“-Patienten durch die „Combi-Therapie“, welche die bereits zuvor bestehende zelluläre Immunschwäche der Patienten verschärft. Natürlich spricht man nur von „HIV“-Hemmung, nicht von Hemmung der opportunistischen intrazellulären Erreger.

Der Preis der „Combi-Therapie“ ist allerdings gleichzeitig die Störung von Stoffwechselfunktionen vieler intakter Zellsysteme der Patienten. In Publikationen der „HIV“-Mediziner wird berichtet von Fettstoffwechselstörungen, Herzinfarkten, Leberversagen, Diabetes und vielen anderen Folgesymptomen. Im Jahre 2000 publizieren schließlich klinische AIDS-Forscher die Prognose, dass 10 Jahre später eine erhebliche Steigerung der Krebsraten bei den mit der „Combi-Therapie“ behandelten Patienten zu erwarten sei. Zusammen mit der publizierten Aussage im Jahre 1999 von klinischen AIDS-Forschern, dass die „Eradikation“ (Ausmerzungen) von „HIV“ unter ständiger „Combi-Therapie“ 10 bis 60 (!) Jahre benötigen werde, ist die zitierte Krebsprognose nicht unwahrscheinlich, da auch ohne „Combi-Therapie“ jeder 3. Mitbürger im Laufe seines Lebens an Krebs erkrankt.

Im August 2005 berichtet die Ärzte-Zeitung (Ausgabe vom 3. 8. 2005), dass die „Sterberate bei HIV-Infizierten um über 90% gesunken ist“ seit Einführung der „Dreifach-Combi-Therapie“. In der „Erfolgsgeschichte“ (Ärzte-Zeitung), die von den ärztlichen Lesern sicherlich als sehr beeindruckend wahrgenommen wird, wird allerdings vergessen zu erwähnen, dass die Sterberate der „HIV-Infizierten“ verglichen wird mit derjenigen Sterberate, die vor 1996 in denselben Universitätskliniken induziert wurde infolge der akut toxischen Hochdosis-AZT-Therapie und der Hochdosis-Behandlung mit anderen immunotoxischen und mitochondrientoxischen Substanzen.

Eine tatsächlich gegebene zelluläre Immunschwäche hat immer schwerwiegende Primärursachen vielfältiger Natur und ist immer mit der Gefahr verbunden der Entwicklung sog. opportunistischer Infektionen, wenn keine natürliche biologische Ausgleichstherapie zur Wiederherstellung der erforderlichen Balance des Immunzell-Netzwerks durchgeführt wird und künftig die Einwirkung

erkannter Immunzellstressoren von den Patienten vermieden wird. Opportunistische Infektionen, welche sich entwickeln, wenn eine nachhaltige erworbene Fehlfunktion der Immunzellbalance nicht angemessen behandelt wird, waren jedoch lange vor dem angeblichen Auftauchen von „HIV“ klinisch umfassend dokumentiert. Ebenso bekannt war das Kaposi-Sarkom, beispielsweise seit Jahrhunderten in Afrika, und seit 1876 in Wien von dem Hautarzt Kaposi beschrieben. Man bezeichnete allerdings das Auftreten solcher Erkrankungen vor 1982 nicht als „AIDS“, wobei das Kaposi-Sarkom in westlichen Ländern als AIDS-Indikatorkrankheit fast ausschließlich nur bei schwulen Männern diagnostiziert wurde.

Die Senkung der Sterberate von zellulär immungeschwächten Patienten infolge Minderung der ärztlich induzierten toxischen Belastung, aber gleichzeitiger ärztlicher Induktion von toxischen Zell- und Organschäden, kann schon deshalb nicht als „Erfolgsgeschichte“ angesehen werden, da die wirkliche Ursache und die wirksame nicht-toxische Behandlung zellulärer Immunschwächen längst aufgeklärt worden sind. 1997 publiziert eine klinische Forschungsgruppe der Stanford-Universität in USA die Ergebnisse einer klinischen Langzeitstudie zur Behandlung von „HIV-Infizierten“ mit der natürlichen schwefelhaltigen Aminosäure Cystein. Es werden mehr als 200 Patienten mit einer Cystein-Dosis von 3-8gr täglich behandelt. Alle Patienten haben einen T4-Immunzellspiegel unterhalb des Wertes, der als AIDS-Indikator gilt. Eine gleich große Gruppe von „HIV-Infizierten“ wird mit der üblichen toxischen Standardtherapie behandelt, auch diese Patienten weisen T4-Immunzell- Werte auf vergleichbar mit der Cystein-Behandlungsgruppe. Die Laborwerte werden bei allen Patienten regelmäßig kontrolliert. Die Cystein-Behandlung erstreckt sich auf 6-8 Monate, die klinische Beobachtung wird jedoch auf 2-3 Jahre ausgedehnt. Die Behandlungsergebnisse sind völlig eindeutig: Die Erkrankungs- und Sterberaten der Cystein-behandelten „HIV-Infizierten“ sind „dramatisch“ gesenkt worden, so wörtlich der Bericht der Stanford-Kliniker in einer international renommierten medizinischen Fachzeitschrift. Im Vergleich zur Cystein- Behandlungsgruppe haben sich in der Kontrollgruppe der lediglich mit der „Combi-Therapie“ behandelten „HIV-Infizierten“ die Erkrankungs- und Sterberaten nicht vermindert und die T4- Immunzell-Werte nicht verbessert. Über die Ergebnisse dieser klinischen Studie an der Stanford-Universität berichten andere Fachmedien und die Massenmedien nicht, ein Spiegelbild der Welt, in der wir wirklich leben: Die Stanford-Ergebnisse enthüllen die manipulativen Strategien des „HIV“-AIDS-Kartells.

Cystein ist der Baustein von Glutathion (ein Tripeptid aus 3 Aminosäuren: Glutaminsäure- Cystein- Glycin). Glutathion ist das wichtigste Antioxidans in allen Körperzellen. Seit 1989 sind die auffallend niedrigen Cystein- und Glutathion-Spiegel bei „HIV-positiven“, symptomlosen Menschen und manifest AIDS-kranken Patienten bekannt. Da Cystein und Glutathion als natürliche Substanzen nicht patentierbar sind, die Pharmakonzerne aber nach offiziellen Angaben 90% der klinischen Forschung finanzieren und diese Forschungskosten über die übersteuerten, synthetischen Medikamente (Patentlaufzeit 30 Jahre) refinanzieren, setzen die allermeisten Mediziner die patentierten synthetischen Zellgifte ein und nicht das natürliche Cystein und Glutathion sowie andere biologische Ausgleichssubstanzen zur Behandlung von zellulär Immungeschwächten.

Ende der 80er Jahre wird von Forschern außerhalb der „HIV“-AIDS-Medizin entdeckt, dass es zwei Untergruppen der T4-Immunzellen gibt: Die inflammatorischen T4-Immunzellen vom Typ 1, TH1-Immunzellen genannt, und die T4-Helferimmunzellen, als TH2-Immunzellen bezeichnet, welche Aktivierungssignale an die Antikörper produzierenden Immunzellen senden, wenn sie selbst aktiviert werden. TH1- und TH2-Immunzellen unterscheiden sich durch die Synthese von Eiweiß-Botenstoffen, sog. Cytokine, Typ1-Cytokine und Typ2- Cytokine, welche die Funktion der T4-Immunzellen selbst und die Interaktion mit den anderen Zellen des Immunzell-Netzwerks sowie mit vielen anderen Nicht-Immunzellsystemen steuern. Die Synthese der Cytokin-Muster ist abhängig von den dendritischen Immunzellen, welche überall im Körper patrouillieren und beispielsweise sich Mikroben einverleiben und Fragmente von diesen an ihrer Zelloberfläche als Signale an die T4-Immunzellen darbieten.

Entscheidend ist nun, dass die dendritischen Immunzellen abhängig von ihrem Glutathion- Gehalt

die Cytokin-Muster in den Vorläuferzellen der T4-Immunezellen stimulieren: bei hohem Glutathion-Spiegel die TH1-Cytokine (die in TH1-Immunezellen synthetisiert werden), bei niedrigem Glutathion-Spiegel die Typ2-Cytokine (die in den TH2-Immunezellen synthetisiert werden). Typ1-Cytokine wiederum aktivieren bei Einwirken von mikrobiellen, toxischen oder anderen Immunstressoren ein zelltoxisches Stickstoffgas, nämlich Stickstoffmonoxid (engl. nitric oxide, NO). Dieses NO-Gas ist unentbehrlich für die Elimination von intrazellulären Erregern. Typ2-Cytokine andererseits hemmen die Synthese des zelltoxischen NO-Gases und mobilisieren die verstärkte Synthese von Antikörpern. Bei überdauernder Erschöpfung des Glutathion-Gehaltes der dendritischen Immunezellen infolge chronischer Immunezellbelastung schalten die Cytokin-Muster auf Typ2-Cytokine um (engl. switch), so dass nun zu wenig zelltoxisches NO-Gas, für die Vernichtung der intrazellulär angesiedelten Erreger, von den TH1-Immunezellen mit der verminderten Typ1-Cytokin-Synthese gebildet wird.

Genau das ist das Krankheitsproblem der zellulär immungeschwächten Menschen, nämlich noch symptomlose „HIV-Infizierte“, die bereits einen im Labor nachgewiesenen Cytokin- Typ2-switch aufweisen, was die „HIV“-Mediziner in aller Regel nicht kontrollieren, und klinisch manifeste AIDS-Patienten: sie alle leiden an Glutathion-Mangel infolge vielfältiger, lang dauernder Stressbelastung, Fehlernährung, toxischer Medikamente, toxisch stimulierender Substanzen und anderer Ursachen. Die T4-Immunezellen dieser immungeschwächten Betroffenen produzieren also zu wenig zelltoxisches NO-Gas und es entwickeln sich früher oder später die genannten opportunistischen Infektionen, die seit 1982 pauschal als AIDS bezeichnet werden.

Jede Art von toxischer Therapie verschlimmert das Grundübel des Cystein- und Glutathion-Mangels, da auch die toxischen Medikamente durch Glutathion entgiftet werden müssen. Die toxische „Combi-Therapie“ kann also für eine gewisse Zeit die Symptome unterdrücken, indem physisch auch opportunistische Erreger gehemmt werden (keineswegs aber das Phantom-Virus „HIV“), bis sich eines Tages resistente Mikroben entwickeln, die dann nicht mehr therapeutisch beherrschbar sind. Über solche Resistenzen als Folge der „Combi- Therapie“ wird entgegen den euphorischen Erfolgsmeldungen auch von „HIV“-Medizinern zunehmend berichtet.

Auch die für die Einstellung der „Combi-Therapie“ benutzte sog. Messung der „Virus-Last“ im Serum mit der Polymerase Chain Reaction (PCR) beruht auf Labormanipulationen. Der Erfinder dieser Labormethode, der bereits zitierte US-Nobelpreisträger Mullis, hat mehrfach energisch zum Ausdruck gebracht, dass die PCR nicht geeignet ist, um eine „HIV-Viruslast“ zu messen. Mit der PCR kann man winzigste DNA-Sequenzen beliebig vermehren und anreichern. Um diese DNA-Sequenzen einem bestimmten Virus zuordnen zu können, muss man allerdings das Virus tatsächlich isoliert haben, was bei „HIV“ nicht der Fall ist. Man muss vor allem die kurze Startsequenz kennen (den sog. Primer). Kennt man letztere nicht, dann ist nach Aussage von Mullis eine exakte Zuordnung von DNA-Sequenzen nicht möglich, da der „Nachteil“ der PCR darin besteht, dass sie ohne bekannten Primer jede Art von DNA höchst sensitiv, aber nicht spezifisch, vermehrt. Außerdem liegt das Erbgut von Retroviren in Form von RNA vor und nicht in Form von DNA. Die bei der Messung der „HIV-Viruslast“ angewandten Umrechnungsverfahren von RNA in DNA haben Mathematiker als nicht valide bezeichnet.

„HIV“-Mediziner werten die relative Abnahme von DNA-Sequenzen im Serum der Patienten, welche sie „HIV“ zuschreiben, als positiven Effekt der „Combi-Therapie“ und bestimmen nach diesen obskuren Zahlenwerten auf dem Laborzettel die Kombination und Dosierung der Zellgifte. In Wirklichkeit ist anzunehmen, dass die infolge der „Combi-Therapie“ geschädigten Zellen DNA-Sequenzen aus dem Serum für den Versuch aufnehmen, zelleigene toxisch geschädigte DNA-Stränge wieder zu reparieren. Gelingt das nicht mehr, sprechen die „HIV“- Mediziner von „HIV-Resistenzen“ gegen die „Combi-Therapie“. Auch bei dieser sog. „HIVViruslast“- Messung, von deren Laborwerten sich die Mediziner und die betroffenen Patienten blindgläubig beeindrucken lassen, wird der Kern des gesamten „HIV“/AIDS-Problems sichtbar: Statt die erkannten Defizite der Immunezell-Balance mit naturgegebenen Mitteln auszugleichen und künftige Notsituationen der Immunezellen zu vermeiden, werden einem fiktiven Virus Eigenschaften zugeschrieben, wie sie von

keinem anderen natürlichen Virus bekannt sind. Es ist der „Fluch der bösen Tat“ (Shakespeare), der immer neue medizinische Kunstfehler und Labortricks erzeugen muss.

Empfohlene Literatur:

Kremer H.: Die stille Revolution der Krebs- und AIDS-Medizin. Neue fundamentale Erkenntnisse über die tatsächlichen Krankheits- und Todesursachen bestätigen die Wirksamkeit der biologischen Ausgleichstherapie

Ehlers Verlag, Wolfratshausen. 4. Aufl. 2004 ISBN 3-934196-14-6

Therapieempfehlungen für „HIV-Positive“ und AIDS-Patienten:

<http://www.ummafrapp.de/>

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Heinrich Kremer

Carited 6

E-08004 Barcelona

Tel./Fax: ++34 (0)933 / 24 80 46