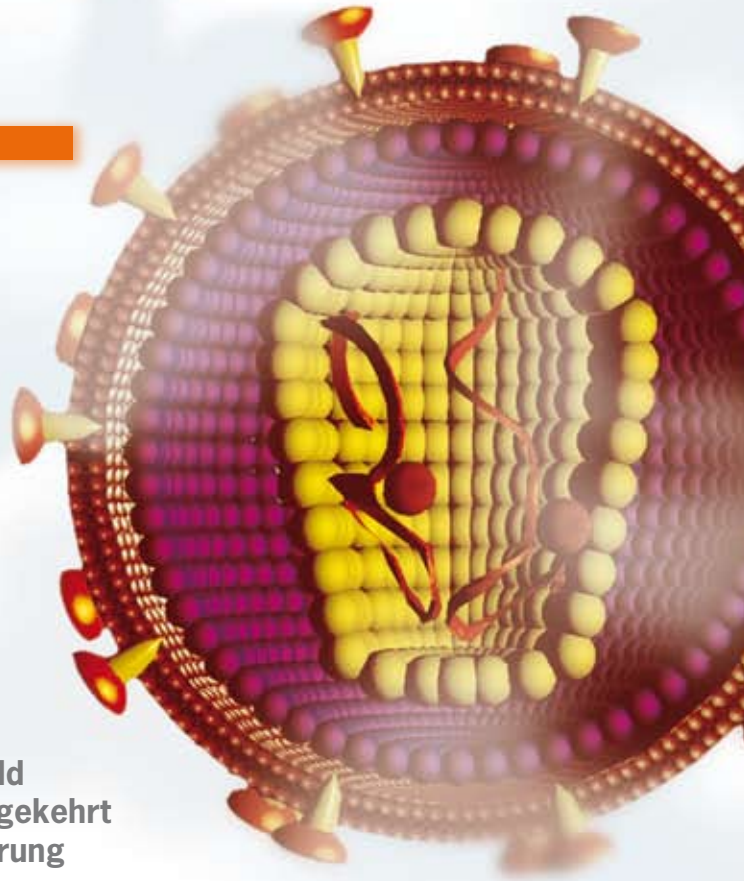
AIDS – Chronologie der Irrtümer



Von Allgemeinärztin Juliane Sacher, Frankfurt.

Trotz unermüdlicher Aufklärungsarbeit hält der AIDS-Mythos sich hartnäckig und weiterhin wird auf glamourösen AIDS-Galas Geld für die Pharma-Industrie gesammelt. Die Ärztin Juliane Sacher schildert hier die Ergebnisse ihrer Studien, die die offizielle Theorie als Trugbild entlarven und deren Ergebnisse unter den Tisch gekehrt werden, obwohl die Studien von der Bundesregierung angeregt und finanziert wurden.

Zum ersten Mal las ich 1983 von AIDS = Aquired Immun Deficiency Syndrom in einer der vielen medizinischen Zeitschriften. Die Krankheit war gerade umgetauft worden von GRID = Gay Related Immun Deficiency-Syndrom.

Es sollte eine neue Erkrankung geben, die sich unter homosexuellen Männern ausbreitet und die sehr schnell zum Tode führt. Es wurde die Suche nach einem neuen Virus erwähnt. Man behauptete, sich die Erkrankungen nicht anders erklären zu können.

Es wunderte mich, dass sich die ersten fünf AIDS-Patienten in den USA, an denen die Krankheit formuliert wurde, untereinander nicht kannten. Es gab also erstmal gar keinen Anhaltspunkt für eine sexuell ansteckende Erkrankung, vielmehr kam für mich die Frage nach dem Lebensstil auf.

Was gab es Gemeinsames bei Homosexuellen, das für Krankheitsprozesse verantwortlich sein könnte?

Auffällige Blutwerte

Da ich seit 1975 auch bei der Deutschen Lufthansa beim Arbeitsmedizinischen Dienst arbeitete, hatte ich einen Überblick über eine große Anzahl von Blutuntersuchungsergebnissen bei Homosexuellen. (Tatsächlich waren eine Reihe der ersten AIDS-Patienten in Deutschland bei der Lufthansa tätig). Mir war schon in den 70er Jahren aufgefallen, dass unter dem männlichen fliegenden Personal überaus häufig eine deutlich niedrige Anzahl an Gesamtleukozyten vorkam. Ich machte dafür den beruflichen Stress und die häufigen Zeitverschiebungen verantwortlich. Später hörte ich, dass schon in den 70er Jahren bekannt war, dass häufiger passiver Analverkehr immunsuppressive Auswirkungen hat. Man war der Auffassung, dass das Immunsystem des rezeptiven Partners sich jedes Mal mit dem Sperma als Fremdeiweiß auseinandersetzen muss, was zu einer Verminderung der Leukozyten führen kann. (Weiterführende immunologische Untersuchungen der Leukozyten beziehungsweise der Lymphozytendifferenzierung wurden erst später in den 80er Jahren durchgeführt: Nachdem die monoklonalen Antikörper entdeckt wurden, war es erst möglich, Untergruppen der Lymphozyten, zum Beispiel verschiedene T-Zellen, quantativ zu messen.)

Außerdem war bekannt, dass es unter Homosexuellen eine höhere Durchseuchung mit bekannten, sexuell ansteckenden Krankheiten wie Syphilis und Herpeserkrankungen gab. Von den Herpesviren spielte vor allem Cytomegalie (CMV) eine große Rolle. Darüber wurde in den 70er Jahren viel berichtet. Vor allem vermutete man die Cytomegalie als Ursache für das Kaposi-Sarkom (bösartiger Gefäßtumor unter der Haut).

Dann hörte ich von so genannten promiskuen Homosexuellen mit vielen verschiedenen Partnern pro Abend, wobei mir schnell klar war, dass ein Mann ohne sexuell stimulierende Drogen nicht die genannte Anzahl an Sexualkontakten durchführen kann.

Gallos Virus-Mythos

Am 23.4.1983 wurde von Dr. Robert Gallo auf einer Pressekonferenz bekannt gegeben, dass er das neue Virus – HTLVIII, später HIV genannt – entdeckt hätte, welches die T4-Zellen zerstören würde und damit für die Krankheit AIDS verantwortlich wä-

re. Noch nie hat es in der Medizingeschichte davor den Fall gegeben, dass ein Forscher öffentlich seine Ergebnisse bekannt gab, bevor er seine Arbeit darüber in einer Wissenschaftszeitung veröffentlicht hatte.
Noch am selben Tag – wie sich später herausstellte – hatte Gallo beim Patentamt alles für die zukünftigen HIV-Tests eingereicht. Ein kontinuierlicher T4-Zell-Abfall war bei AIDS-Patienten aufgefallen.
Man definierte die Krankheit AIDS seit der Testmöglichkeit: Entweder eine PCP = Pneumocystis Carinii Pneumonie – eine spezielle Lungenentzündung oder das bereits oben erwähnte Kaposi-Sarkom (KS) – ein spezieller Tumor der Haut, oder beides zusammen plus einen positiven HIV-Test.

Unlogische Zusammenhänge

Zu der Risikogruppe der Homosexuellen wurde anhand des Testes ziemlich schnell die Gruppe der Drogenabhängigen und der Bluterpatienten hinzugefügt. Über Bluterpatienten, welche ja durch ihre Erkrankung eine gut dokumentierte Gruppe darstellten, gab es damals eine Veröffentlichung, dass die Patienten zu über 80 Prozent betroffen waren, während die Untersuchung der Blutspender zeigte, dass diese nur zu 0,01 Prozent betroffen waren. Mir fiel sofort die Diskrepanz der prozentualen Verteilung auf.
Alle mir damals bekannten Fakten zusammengenommen reichten mir als Erklärung für die einzelnen Fälle an AIDS aus. Ich brauchte kein neues Virus, um mir die Erkrankungen zu erklären. Ich konnte aus den offiziellen Zahlen auch keine seuchenartige Ausbreitung von AIDS erkennen.
Allerdings musste ich natürlich auch glauben, dass man ein neues Virus entdeckt hatte. Denn ich konnte ja nicht einfach sagen, das stimmt nicht. Ich hatte zu dem Zeitpunkt zu wenig Ahnung, wie man ein neues Virus erkennt und wie es isoliert wird. Darüber habe ich erst Ende der 80er, Anfang der 90er mehr erfahren. Aber darüber später – wie ging es chronologisch weiter?
In der Frankfurter Uniklinik formierte sich Mitte der 80er Jahre ein kleiner Arbeitskreis von sehr wenigen Ärzten, die an der Erkrankung AIDS interessiert waren. Der Arbeitskreis wurde von Prof. Eilke Helm geleitet. In den ersten zwei Jahren beteiligten sich zwischen vier und fünf niedergelasse Ärzten. Eine für mich entscheidende Frage konnte mir damals niemand beantworten.
Man behauptete, dass das neue Virus die T4-Helferzellen zerstört. Ich hatte bei allen meinen Patienten umfangreiche Laboruntersuchungen machen lassen, wobei mir auffiel, dass AIDS-Patienten in der Elektrophorese (eine in der inneren Medizin übliche Eiweißuntersuchung) eine sehr hohe, teilweise extreme Anzahl von Gamma-Globulinen (auch Immunglobuline oder Immun-Antikörper genannt) hatten.
Nun erinnerte ich mich noch an das bisschen, was ich über Immunologie bis zum Staatsexamen 1972 gelernt hatte. Damals wusste man ja noch sehr wenig über das Immunsystem. Allerdings hatte ich in Erinnerung, dass die T4-Zellen deswegen Helferzellen heißen, weil sie den B-Zellen helfen, Plasmazellen zu werden und diese Plasmazellen dann die Gamma-Globuline (Immunglobuline beziehungsweise Antikörper) produzieren. Wie also kann es sein, dass ausgerechnet die Patienten, die einen Verlust an T4-Helferzellen haben (und ich hatte Patienten mit Null T4-Zellen, die voll arbeitsfähig waren!) solch extrem hohe Gamma-Globuline haben, wie ich es noch nie bei irgendeiner Erkrankung gesehen hatte, nämlich über 35-40, sogar 45 Prozent statt normal bis 18 Prozent.
Damals hätte man eigentlich schon darauf kommen müssen, was sich viele Jahre später in Experimenten zeigte: dass die T4-Zellen nicht zerstört wurden, sondern, dass sie aus dem Blut hinauswandern und deswegen im Blut nicht mehr messbar sind.

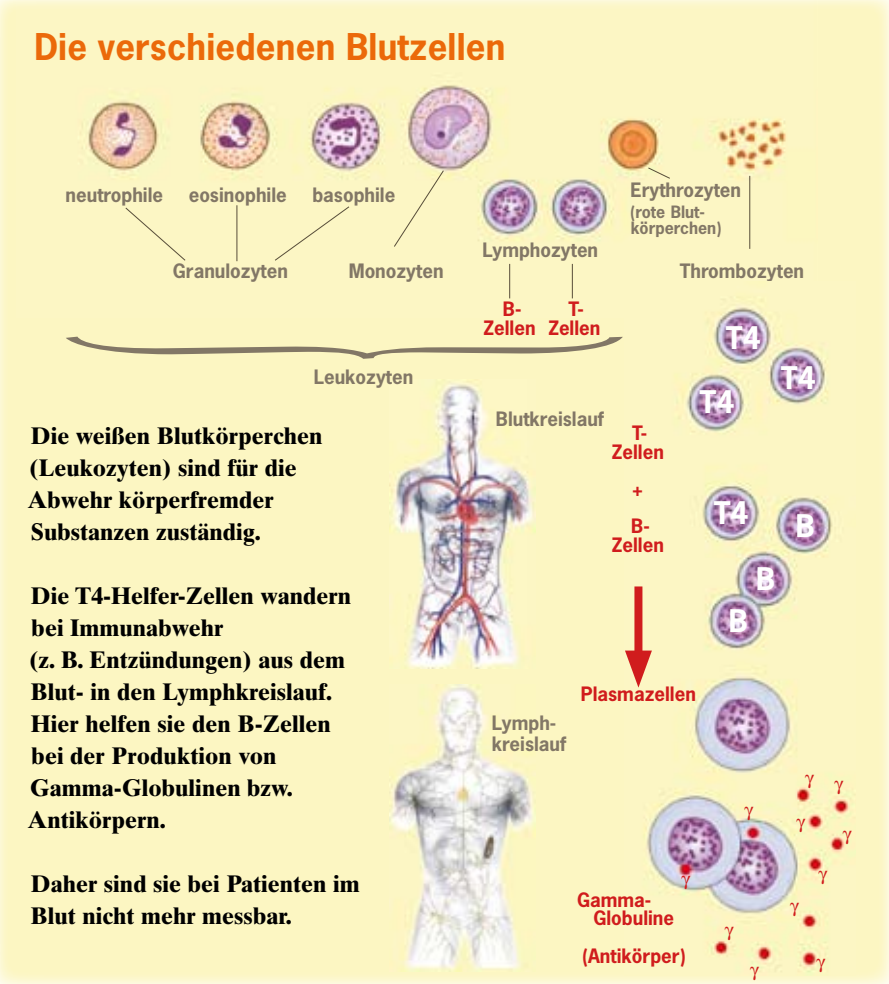
Neue Erklärungen

Hierüber wurden die ersten Forschungen aber erst Ende der 80er Jahre durchgeführt und Anfang der 90er veröffentlicht. Man fand heraus, dass es nicht nur eine Sorte T4-Zellen gibt, sondern zwei Sorten, die Th1- und die Th2-Zellen. Man fand auch heraus, dass HIV/AIDS-Patienten eine Verschiebung der Balance Th1/Th2 haben, nämlich in Richtung Th2, das heißt, dass sie einen Mangel an Th1 haben und Th2 sogar vermehrt. Diese Th2-zellen aber wandern aus dem Blut dorthin, wo sie ihre Aufgaben vollbringen können, nämlich in die Lymphbahnen und in die Lymphknoten zur Hilfestellung für die B-Zellen bei der Produktion der Gamma-Globuline.
Mit diesem Wissen löste sich das Rätsel auf. Man brauchte also gar kein neues Virus, um die T4-Zell-Verminderung zu erklären. Sie wurden auch nicht zerstört, wie man nun bemerkte, sondern wanderten nur aus dem Blut in die Lymphgewebe aus. Dies erklärte denn auch die bei HIV/AIDS-Patienten typischen Lymphknotenschwellungen. Hier laufen chronische, schwer zu stoppende Entzündungen ab.
Nun wurde auch verständlich, warum die offizielle „Kombi-Therapie“ (die eine zytostatische Wirkung hat), oft (nicht immer) dazu führt, dass die T4-Zellen sich im Blut erhöhen und die Lymphknotenschwellungen zurückgehen. Die Kombi-Therapie unterdrückt die Entzündungsprozesse in der Peripherie, die T4-Zellen wandern wieder ins Blut zurück und werden wieder messbar.
Neueste Arbeiten der letzten Jahre beweisen auch, dass es sich bei den T4-Zellen im Blut keineswegs um neu produzierte T4-Zellen handelt. Der Beweis, dass es sich um alte T4-Zellen handelt, die also vorher nicht zerstört worden sein können, ist in den letzten Jahren veröffentlicht worden.
Warum also bleibt man trotzdem an der Virus-These haften? Bis heute konnte denn auch niemand zeigen, wie denn HIV die T4-Zellen zerstört.

Warum Afrika?

In allen Medien war schon Anfang bis Mitte der 80er zu lesen, dass AIDS ziemlich sicher aus Afrika käme. Mich wunderte das, denn ich hörte immer nur von Fällen aus den USA und den langsam zunehmenden, wenigen Fällen aus Deutschland und Europa. Nur von Afrika hatte ich noch keinen Fall gehört.
1985 gingen Forscher dann nach Afrika, um dort die Betroffenen zu suchen. Sehr schnell gab es dann ein Problem, die Patienten zu finden, denn
1. konnte man keine Patienten mit der PCP – Lungenentzündung finden
2. gab es Kaposi schon seit Jahrhunderten endemisch und die afrikanischen Ärzte wollten sich da nicht auf eine neue Krankheit einlassen und
3. gab es kein Geld, um in Afrika die HIV-Tests durchzuführen.
Die Ärzte in Afrika baten darum, eine Möglichkeit zu finden, mit denen sie die vermeintlichen AIDS-Patienten erkennen können. Daraufhin wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Afrika 1986 eine neue AIDS-Definition festgelegt, die im Übrigen für alle Entwicklungsländer gilt:

Man kann ohne Test, nur nach Augenschein sagen, jemand hat AIDS, wenn zwei Hauptkriterien und ein Nebenkriterium vorliegen. Ausdrücklich soll die Diagnose AIDS nicht gestellt werden bei Krebs, schwerer Mangelernährung, Kaposi-Sarkom oder Cryptokokken Meningitis. (Zitiert aus: Quinn et al., AIDS in Africa: An epidemiological paradigm, Science, 21.11.1986)
Für Erwachsene:
Hauptkriterien: über 10 Prozent Gewichtsverlust, mehr als 1 Monat Durchfall, mehr als 1 Monat Fieber
Nebenkriterien: Husten mehr als 1 Monat, generalisierte Juckreiz, Pilzinfektion Mund oder Hals, generalisierter chronischer. Herpes, generalisierter Lymphknotenschwellung
Für Kinder:
Hauptkriterien: über 10 Prozent Gewichtsverlust oder langsames Wachstum, mehr als 1 Monat Durchfall, mehr als 1 Monat Fieber
Nebenkriterien: generalisierte Lymphknotenschwellung, wiederholte gewöhnliche Infektionen, Pilz in Mund und Rachen, anhaltender Husten, generalisierte Dermatitis, gesicherte HIV-Infektion der Mutter.
Man kann sich unschwer vorstellen, welche Personen nun anhand dieser Kriterien – ohne Bluttest – als AIDS-Patienten bezeichnet wurden.



Aus alt mach' neu

1993 fand ein „Alternativer Welt-AIDS-Kongress" in Amsterdam statt. Dort erzählten mir Ärzte aus Afrika, dass sie wohl wüssten, dass es sich bei AIDS-Patienten in Afrika um die alten Erkrankungen, vor allem Malaria und Tuberkulose handelt. Da man aber von der WHO mehr Geld für einen AIDS-Patienten als für Malaria- oder Tuberkulose-Patienten bekommt, ist man eher dazu geneigt, die Patienten als AIDS-Patienten zu benennen…
Die Arbeitsgruppe Prof. Eleni Papadopulos-Eleopulos und Prof. Val Turner aus Perth/Australien beschäftigte sich seit den 80er Jahren mit dem HIV-Test. Sie konnten zeigen, dass der HIV-Test bei den genannten Erkrankungen und noch in vielen anderen Fällen positiv ausfällt.[1]
1993 schrieb Christine Johnson in der englischen AIDS-kritischen Zeitschrift Continuum über zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten, in denen über 60 verschiedene Krankheitszustände und Faktoren berichtet wird, bei denen der HIV-Test positiv reagiert.
Allein sechs Arbeiten über ein positives Testergebnis nach Grippeimpfung, eine Arbeit nach Tetanusimpfung, sechs Arbeiten in Zusammenhang mit akuten viralen Infektionen, fünf Arbeiten in Zusammenhang mit Syphilis, fünf Arbeiten nach Nierentransplantationen, acht Arbeiten über Zusammenhang mit Alkohol-Hepatitis, fünf Arbeiten in Zusammenhang mit Mehrfachschwangerschaften etc.

Deutsche Studie passt nicht

Um sich ein Bild von der Ansteckung des vermeintlichen Virus zu machen, beschloss die deutsche Bundesregierung, eine Studie in den Gefängnissen durchzuführen.
Man wusste, dass täglich über 20 000 Drogenabhängige einsitzen, die oft HIV-positiv sind, dass im Gefängnis Spritzenaustausch und Geschlechtsverkehr stattfindet und man dachte, so ein Maß für die Ansteckungsgefahr zu bekommen. Die Studie sollte über zehn Jahre laufen.
1987 wurde sie begonnen – alle Gefängnisinsassen wurden getestet, alle die hineinkamen, und alle, die entlassen wurden. Nach zweieinhalb Jahren wurde die Studie abgebrochen, da niemand – keine einzige Person – sich angesteckt hatte. Eigenartigerweise wurde dies nicht an die große Glocke gehängt – es passte nicht ins Konzept.
Im selben Jahr 1987 wurde auch in Kalifornien mit dem gleichen Ziel eine Studie begonnen. Dort wurden 442 so genannte diskordante Paare (Eine/r HIV-positiv und Eine/r HIV-negativ) über zehn Jahre begleitet. Die Partner hatten sowohl geschützten wie ungeschützten Geschlechtsverkehr.
Im American Journal of Epidemiologie wurden 1997 die Ergebnisse der 10-Jahres-Studie veröffentlicht: Es war zu keiner Übertragung gekommen (Nancy S. Padian, Stephen C. Shiboslei u.a.. In: Am. J. of Epid., Universitiy of California, San Francisco 1997, Nr. 146, S. 350–357)
Hier will ich gleich noch zwei weitere Arbeiten erwähnen:
Ein Diskussionsbeitrag von dem österreichischen Gynäkologen Dr. Christian Fiala, geschrieben für die nicht-öffentliche Internetdiskussion zwischen den Mitgliedern der vom südafrikanischen Präsidenten Thabo Mbeki eingesetzten AIDS-Beraterkommision vor dem AIDS-Kongress in Südafrika: „Epidemiologische Beweise gegen die heterosexuelle

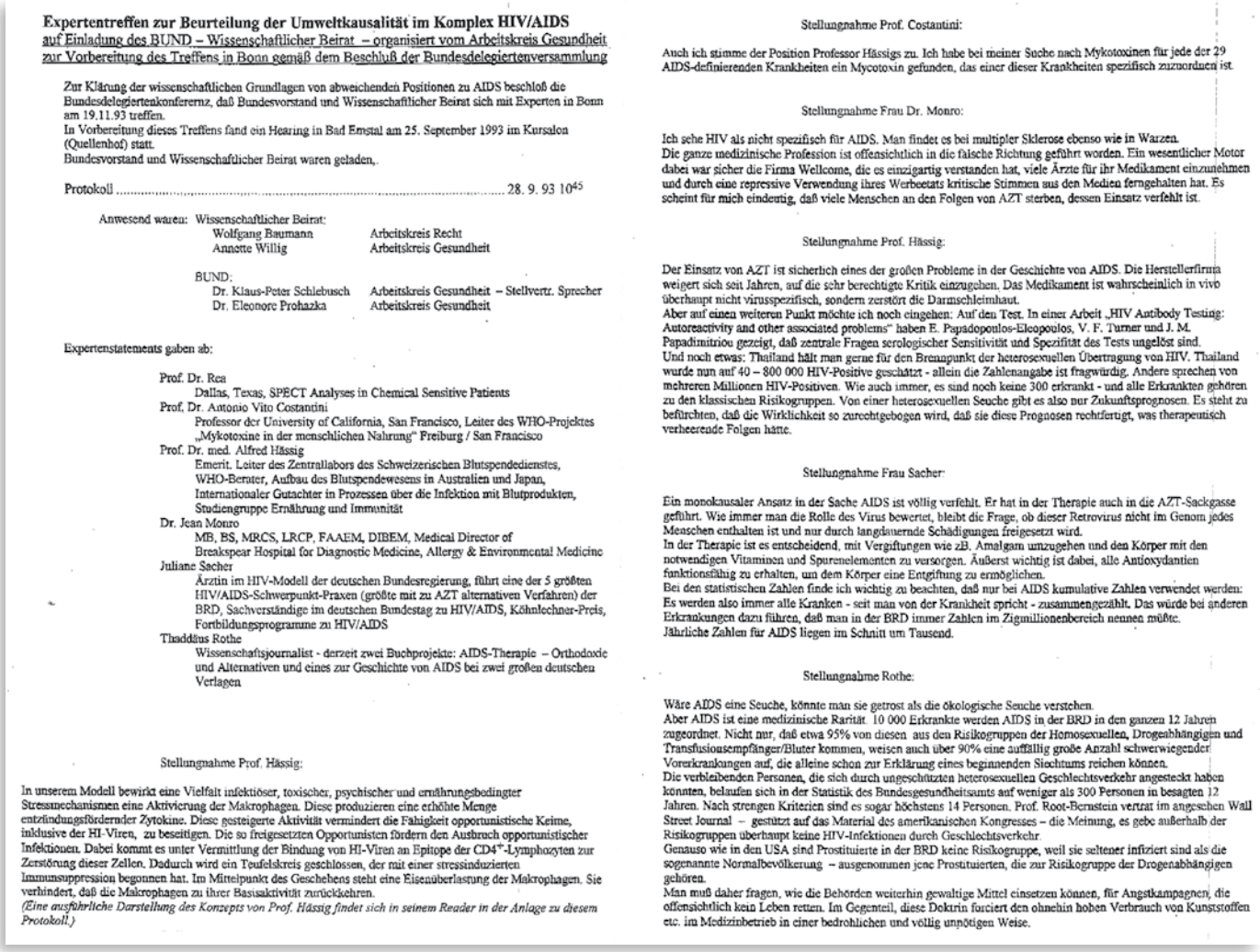
Übertragung von HIV und gegen Verhütungskampagnen“.
Auch aus der 2002 veröffentlichten Arbeit von David Gisselquist PhD, Richard Rothenberg MD, MPH, John Potterat BA and Ernest Drucker PhD mit dem Titel „HIV infections in sub-Saharan Africa not explained by sexual or vertical transmission”, geht eindeutig hervor, dass es keine Zeichen einer sexuell ansteckenden Erkrankung gibt.

Alternative Theorien

Sie werden nun fragen, ja, was ist es denn dann? Diese Frage können Sie selbst beantworten, wenn Sie das Buch von Dr. Heinrich Kremer lesen. Er hat akribisch die gesamte Literatur der medizinischen, biologischen, biochemischen, molekularbiologischen und evolutionsbiologischen Forschung durchforstet und hat die Fakten und seine Erkenntnisse in dem Buch „Die stille Revolution der Krebs und AIDS-Medizin“ zusammengefasst. Das Wunderbare ist, dass aus diesen Erkenntnissen auch die Entstehung von Krebserkrankungen verstanden werden kann und sich daraus neue, ermutigende Behandlungen ergeben.[2] Jeder Mediziner sollte dieses Buch lesen, aber auch jeder Laie, der sich effektiv und möglichst unschädlich behandeln lassen will.
Nun, was passierte Ende der 80er Jahre: 1987 begann das HIV-Modell der Bundesregierung, welches im Georg-Speyer-Haus in Frankfurt durchgeführt wurde. Leiterin des Georg-Speyer-Hauses war damals Prof. Helga Rübsamen-Waigmann, die angeblich als erste in Deutschland das Virus isoliert hat. (Hierüber näheres im Buch „Mythos HIV“). Leiter des HIV-Modells war Prof. Hans Brede.
Das HIV-Modell eignete sich zur Erfassung der Patienten und zur Überprüfung der Effektivität der neuen Therapie mit Azidothymidin (AZT = Retrovir). Der Frankfurter Raum wurde ausgewählt, da hier die meisten AIDS-Patienten neben Berlin lebten.
95 Prozent der mit ihren Patienten teilnehmenden Ärzte behandelten ihre Patienten mit AZT, welches 1986 in USA und ab 1987 in Deutschland eingeführt wurde.

Südafrikas Präsident Thabo Mbeki engagiert sich im Kampf gegen HIV.

Ich hatte damals die zweitgrößte oder größte Praxis (Berliner Ärzte und ich haben uns nie exakt verglichen) mit HIV/AIDS-Patienten in Deutschland. Alle meine Patienten wurden im HIV-Modell aufgenommen.
Ein Jahr nach Beginn der Studie wurden in einer Vorveröffentlichung die Ergebnisse bekannt gegeben. Es wurde anhand des T4-Zell-Abfalls pro Jahr beurteilt. Der T4-Zell-Abfall wurde als Maß für die Schwere beziehungsweise das Fortgeschrittensein der Erkrankung gedeutet. In den USA gilt auch noch heute, neben vielen anderen Kriterien, ein T4-Zell-Abfall unter den Wert 200 absolut als Kriterium für die Benennung AIDS.



Expertentreffen zur Beurteilung der Umweltkausalität im Komplex HIV/AIDS
auf Einladung des BUND – Wissenschaftlicher Beirat – organisiert vom Arbeitskreis Gesundheit zur Vorbereitung des Treffens in Bonn gemäß dem Beschluß der Bundesdelegiertenversammlung

Zur Klärung der wissenschaftlichen Grundlagen von abweichenden Positionen zu AIDS beschloß die Bundesdelegiertenkonferenz, daß Bundesvorstand und Wissenschaftlicher Beirat sich mit Experten in Bonn am 19.11.93 treffen.
In Vorbereitung dieses Treffens fand ein Hearing in Bad Emstal am 25. September 1993 im Kursalon (Quellenhof) statt.
Bundesvorstand und Wissenschaftlicher Beirat waren geladen.

Protokoll ..... 28. 9. 93 10^{45}

Anwesend waren: Wissenschaftlicher Beirat:
Wolfgang Baumann — Arbeitskreis Recht
Annette Willig — Arbeitskreis Gesundheit

BUND:
Dr. Klaus-Peter Schlebusch — Arbeitskreis Gesundheit – Stellvertr. Sprecher
Dr. Eleonore Prohazka — Arbeitskreis Gesundheit

Expertenstatements gaben ab:

Prof. Dr. Rea
Dallas, Texas, SPECT Analyses in Chemical Sensitive Patients
Prof. Dr. Antonio Vito Costantini
Professor der University of California, San Francisco, Leiter des WHO-Projektes „Mykotoxine in der menschlichen Nahrung“ Freiburg / San Francisco
Prof. Dr. med. Alfred Hässig
Emerit. Leiter des Zentrallabors des Schweizerischen Blutspendedienstes, WHO-Berater, Aufbau des Blutspendewesens in Australien und Japan, Internationaler Gutachter in Prozessen über die Infektion mit Blutprodukten, Studiengruppe Ernährung und Immunität
Dr. Jean Monro
MB, BS, MRCS, LRCP, FAAEM, DIBEM, Medical Director of Breakspear Hospital for Diagnostic Medicine, Allergy & Environmental Medicine
Juliane Sacher
Ärztin im HIV-Modell der deutschen Bundesregierung, führt eine der 5 größten HIV/AIDS-Schwerpunkt-Praxen (größte mit zu AZT alternativen Verfahren) der BRD, Sachverständige im deutschen Bundestag zu HIV/AIDS, Köhnlechner-Preis, Fortbildungsprogramme zu HIV/AIDS
Thaddäus Rothe
Wissenschaftsjournalist - derzeit zwei Buchprojekte: AIDS-Therapie – Orthodoxie und Alternativen und eines zur Geschichte von AIDS bei zwei großen deutschen Verlagen

Stellungnahme Prof. Hässig:

In unserem Modell bewirkt eine Vielfalt infektiöser, toxischer, psychischer und ernährungsbedingter Stressmechanismen eine Aktivierung der Makrophagen. Diese produzieren eine erhöhte Menge entzündungsfördernder Zytokine. Diese gesteigerte Aktivität vermindert die Fähigkeit opportunistische Keime, inklusive der HI-Viren, zu beseitigen. Die so freigesetzten Opportunisten fördern den Ausbruch opportunistischer Infektionen. Dabei kommt es unter Vermittlung der Bindung von HI-Viren an Epitope der $CD4^{+}$-Lymphozyten zur Zerstörung dieser Zellen. Dadurch wird ein Teufelskreis geschlossen, der mit einer stressinduzierten Immunsuppression begonnen hat. Im Mittelpunkt des Geschehens steht eine Eisenüberlastung der Makrophagen. Sie verhindert, daß die Makrophagen zu ihrer Basisaktivität zurückkehren.
(Eine ausführliche Darstellung des Konzepts von Prof. Hässig findet sich in seinem Reader in der Anlage zu diesem Protokoll.)

Stellungnahme Prof. Costantini:

Auch ich stimme der Position Professor Hässigs zu. Ich habe bei meiner Suche nach Mykotoxinen für jede der 29 AIDS-definierenden Krankheiten ein Mycotoxin gefunden, das einer dieser Krankheiten spezifisch zuzuordnen ist.

Stellungnahme Frau Dr. Monro:

Ich sehe HIV als nicht spezifisch für AIDS. Man findet es bei multipler Sklerose ebenso wie in Warzen.
Die ganze medizinische Profession ist offensichtlich in die falsche Richtung geführt worden. Ein wesentlicher Motor dabei war sicher die Firma Wellcome, die es einzigartig verstanden hat, viele Ärzte für ihr Medikament einzunehmen und durch eine repressive Verwendung ihres Werbeetats kritische Stimmen aus den Medien ferngehalten hat. Es scheint für mich eindeutig, daß viele Menschen an den Folgen von AZT sterben, dessen Einsatz verfehlt ist.

Stellungnahme Prof. Hässig:

Der Einsatz von AZT ist sicherlich eines der großen Probleme in der Geschichte von AIDS. Die Herstellerfirma weigert sich seit Jahren, auf die sehr berechtigte Kritik einzugehen. Das Medikament ist wahrscheinlich in vivo überhaupt nicht virusspezifisch, sondern zerstört die Darmschleimhaut.
Aber auf einen weiteren Punkt möchte ich noch eingehen: Auf den Test. In einer Arbeit „HIV Antibody Testing: Autoreactivity and other associated problems“ haben E. Papadopoulos-Eleopoulos, V. F. Turner und J. M. Papadimitriou gezeigt, daß zentrale Fragen serologischer Sensitivität und Spezifität des Tests ungelöst sind.
Und noch etwas: Thailand hält man gerne für den Brennpunkt der heterosexuellen Übertragung von HIV. Thailand wurde nun auf 40 – 800 000 HIV-Positive geschätzt - allein die Zahlenangabe ist fragwürdig. Andere sprechen von mehreren Millionen HIV-Positiven. Wie auch immer, es sind noch keine 300 erkrankt - und alle Erkrankten gehören zu den klassischen Risikogruppen. Von einer heterosexuellen Seuche gibt es also nur Zukunftsprognosen. Es steht zu befürchten, daß die Wirklichkeit so zurechtgebogen wird, daß sie diese Prognosen rechtfertigt, was therapeutisch verheerende Folgen hätte.

Stellungnahme Frau Sacher:

Ein monokausaler Ansatz in der Sache AIDS ist völlig verfehlt. Er hat in der Therapie auch in die AZT-Sackgasse geführt. Wie immer man die Rolle des Virus bewertet, bleibt die Frage, ob dieser Retrovirus nicht im Genom jedes Menschen enthalten ist und nur durch langdauernde Schädigungen freigesetzt wird.
In der Therapie ist es entscheidend, mit Vergiftungen wie zB. Amalgam umzugehen und den Körper mit den notwendigen Vitaminen und Spurenelementen zu versorgen. Äußerst wichtig ist dabei, alle Antioxydantien funktionsfähig zu erhalten, um dem Körper eine Entgiftung zu ermöglichen.
Bei den statistischen Zahlen finde ich wichtig zu beachten, daß nur bei AIDS kumulative Zahlen verwendet werden: Es werden also immer alle Kranken - seit man von der Krankheit spricht - zusammengezählt. Das würde bei anderen Erkrankungen dazu führen, daß man in der BRD immer Zahlen im Zigmillionenbereich nennen müßte.
Jährliche Zahlen für AIDS liegen im Schnitt um Tausend.

Stellungnahme Rothe:

Wäre AIDS eine Seuche, könnte man sie getrost als die ökologische Seuche verstehen.
Aber AIDS ist eine medizinische Rarität. 10 000 Erkrankte werden AIDS in der BRD in den ganzen 12 Jahren zugeordnet. Nicht nur, daß etwa 95% von diesen aus den Risikogruppen der Homosexuellen, Drogenabhängigen und Transfusionsempfänger/Bluter kommen, weisen auch über 90% eine auffällig große Anzahl schwerwiegender Vorerkrankungen auf, die alleine schon zur Erklärung eines beginnenden Siechtums reichen können.
Die verbleibenden Personen, die sich durch ungeschützten heterosexuellen Geschlechtsverkehr angesteckt haben könnten, belaufen sich in der Statistik des Bundesgesundheitsamts auf weniger als 300 Personen in besagten 12 Jahren. Nach strengen Kriterien sind es sogar höchstens 14 Personen. Prof. Root-Bernstein vertrat im angesehen Wall Street Journal – gestützt auf das Material des amerikanischen Kongresses – die Meinung, es gebe außerhalb der Risikogruppen überhaupt keine HIV-Infektionen durch Geschlechtsverkehr.
Genauso wie in den USA sind Prostituierte in der BRD keine Risikogruppe, weil sie seltener infiziert sind als die sogenannte Normalbevölkerung – ausgenommen jene Prostituierten, die zur Risikogruppe der Drogenabhängigen gehören.
Man muß daher fragen, wie die Behörden weiterhin gewaltige Mittel einsetzen können, für Angstkampagnen, die offensichtlich kein Leben retten. Im Gegenteil, diese Doktrin forciert den ohnehin hohen Verbrauch von Kunststoffen etc. im Medizinbetrieb in einer bedrohlichen und völlig unnötigen Weise.

Protokoll der Vorbereitung zum Treffen des Bundesvorstandes und des Wissenschaftlichen Beirates mit Experten.

Dienstag, 6./7. Oktober 1989 / Nr. 189 MEDIZIN Ärzte Zeitung 15

Frankfurter HIV-Modell / Behandlung von HIV-Infizierten

In der Frühphase alternative Therapien statt AZT?

Frankfurt (ses). Vor der Anwendung von AZT in der Frühphase der HIV-Infektion hat jetzt Dr. Helga Rübsamen Waigmann vom Georg-Speyer-Haus in Frankfurt bei der Eröffnung des neuen Hochsicherheitslabors in diesem AIDS-Forschunginstitut gewarnt.

Bei der vergleichenden Beobachtung kleiner Gruppen von HIV-Infizierten hat sich nach Aussagen von Professor Dr. Hans Dieter Brede, dem Leiter der Laborleitstelle des Georg-Speyer-Hauses, der Trend ergeben, daß alternative Therapiemethoden während des kurzen Beobachtungszeitraumes von einem Jahr der Behandlung mit AZT überlegen gewesen seien. So habe die Datenanalyse ergeben, daß bei den etwa 50 Patienten, die mit sehr heterogenen alternativen Monotherapien wie zum Beispiel Immunglobulin, Echinacin®, Padma 28, Hypericin oder Wobenzym® behandelt worden waren, die Erkrankung im Beobachtungsjahr weniger oft progredient war, als in der Gruppe der 56 Patienten, die über sechs oder zehn Monate mit AZT behandelt worden seien.

Insbesondere die Wirksamkeit der Immunglobuline, mit denen sechs Patienten behandelt worden waren, bezeichnete Brede als gut.

Weiterhin erhöhe sich die Resistenzentwicklung auf AZT im ersten Jahr der Therapie um den Faktor zehn und im zweiten Jahr um den Faktor 100, ergänzte Rübsamen Waigmann. Werde AZT also schon bei asymptomatischen HIV-Trägern eingesetzt, bleibe dann wohlmöglich kein wirksames Medikament mehr für das Vollbild AIDS.

Dem „Frankfurter HIV-Modell" haben sich seit November 1987 fast 800 seropositive, asymptomatische HIV-Träger angeschlossen, berichtete Brede. Das gesamte Antikörperspektrum gegen HIV, die T4 und T18-Zellen sowie das Blutbild dieser Patienten, die vornehmlich von niedergelassenen Kollegen zugewiesen würden, werde in den meisten Fällen viermal pro Jahr kontrolliert. Zudem würde der wahrscheinliche Infektionsweg, das Erkrankungsstadium und die vom niedergelassenen Arzt angewandte Therapie dokumentiert.

Ärzte-Zeitung
6./7. Oktober 1989

Mit AZT behandelte Patienten hatten einen 70 prozentigen Abfall. Die „alternativ" Behandelten, welche zu 80-90 Prozent meine Patienten waren, hatten einen nur 7,5 prozentigen Abfall! Außer mir hat nur ein einziger Arzt in Frankfurt einige Patienten alternativ behandelt, und zwar sehr erfolgreich mit Homöopathie.
Hier muss gesagt werden, dass es eine kleine Gruppe von Patienten gab, die HIV-positiv waren, aber kaum veränderte Blutwerte und keinerlei Beschwerden hatten, während die meisten anderen Patienten im Vollbild AIDS waren, also die definierten Symptome aufwiesen.
Dem Modell war von 1987 ab für drei Jahre eine Finanzierung zugesagt worden, welche 1990 von der Bundesregierung für sechs weitere Jahre bis 1996 zugesichert wurde, wie mir Prof. Brede stolz und glücklich 1990 berichtete. In der ersten Januarwoche 1994 erfuhren die Teilnehmer des HIV-Modells ohne nähere Begründung von der Beendigung des Modellprojektes am 31.12.93.
Es wurden keine weiteren Ergebnisse darüber veröffentlicht, und wie sich später herausstellte, sind sämtliche Daten verschwunden. Wenn man heute nachfragt, kennt niemand mehr diese von der Bundesregierung beauftragte und finanzierte Studie. Auch will man weder im Bundestag noch im Bundesgesundheitsamt etwas darüber wissen, dass es außer AZT noch andere Behandlungsansätze gibt, obwohl die erfolgreiche Behandlung meiner Patienten gegenüber den mit AZT behandelten ganz klar nachgewiesen wurde. Auf Nachfrage und Erwähnung meiner Behandlungsstrategie wurde mitgeteilt, man kenne Frau Sacher nicht. Auch Dr. Ulrich Marcus behauptet, mich nicht zu kennen, obwohl ich ihn persönlich kenne. Er hat 1993 in der Humboldt-Universität in Berlin bei der Uraufführung des Films „AIDS-Rebellen" auf dem Podium neben mir gesessen. Dieser Dokumentarfilm wurde unter anderem von fünf deutschen Bundesländern mitfinanziert und bekam damals das Prädikat „besonders wertvoll". Das man mich im Bundestag nicht kennen will, ist schon erstaunlich, denn ich war im Oktober 1987 als Sachverständige im Bundestag beim Koordinationstreffen AIDS geladen (hierüber liegen die umfangreichen Protokolle vor) und hatte dort meine Auffassung von einer anderen Therapie erwähnt. Im darauf folgenden Januar 1988 fragte der Präsident per Post bei mir an, ob ich mein Therapieschema schicken könne. In einem über 20-seitigen Brief habe ich meine Auffassung von der Erkrankung und mein Therapieschema mit einer Rechnung für meinen Zeitaufwand dorthin geschickt. Es gab keine weitere Korrespondenz mit dem Präsidenten außer, dass er sich in einem Brief darüber beschwert hat, dass ich für meine Arbeit eine Rechnung geschrieben habe. ■

Im 2. Teil beschreibt Juliane Sacher ihre Therapie.

Die Autorin

Juliane Sacher wurde am 19.12.1945 in Dortmund geboren. Sie erhielt 1974 ihre Approbation als Ärztin in Münster und ist seit 1983 in eigener Praxis niedergelassen. Von 1987–1993 fungierte sie als Ärztin des HIV-Modells der Bundesregierung. 1988 wurde sie als Sachverständige der HIV/AIDS-Kommission des Bundestages geladen. 1990 erhielt sie zusammen mit Dr. Kief den 100000 DM-Preis der Manfred Köhnlechner-Stiftung für biologische Therapie bei HIV/AIDS-Patienten mit wissenschaftlicher Auswertung. 1990 gründete Juliane Sacher in Hamburg die DAGNÄ – Deutsche AG niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter – und 1991 in Frankfurt die HAGNÄ – Hessische AG niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter – der sie seitdem vorsitzt.
Von 1975–1993 war sie Vertragsärztin bei der Deutschen Lufthansa. Von 2000–2002 arbeitete die Ärztin in einer Teil-Assistentenstelle an der mathematischen Fakultät der Uni Wuppertal im Bereich Medizinstatistik bei HIV/AIDS.
Seit über 25 Jahren bildet sich die Ärztin im Bereich Naturheilverfahren und biologischer Medizin weiter. Seit Anfang der 80er Jahre beschäftigt sie sich mit den molekularbiologischen, evolutionsbiologischen und biochemischen Zusammenhängen der immunologischen, hormonellen und zellulären Störungen von chronischen Erkrankungen der heutigen Zeit.

Literatur

Kremer, Heinrich: „Die stille Revolution von Krebs- und AIDS-Medizin ", Ehlers Verlag, Wolfratshausen 2005
Leitner, Michael: „Mythos HIV", videel, Niebüll, 2001

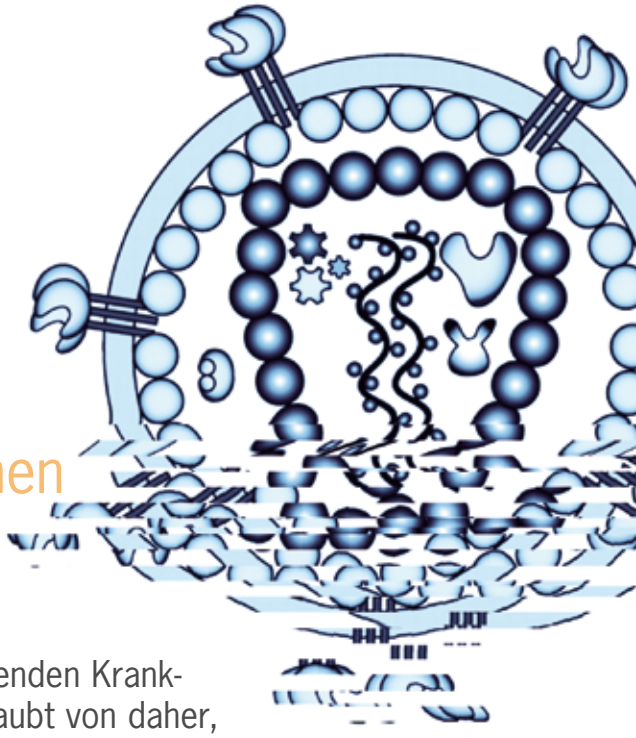
Fußnoten

1 Papadopulos-Eleopulos E.: „Reappraisal of AIDS – Is the oxydation induced by risk factors the primary cause?", Med. Hypo., 1988, Nr. 25, S. 151 und **Papadopulos-Eleopulos E., Turner V, and Papadimitrou J.:** „Is a positive Western blot proof of HIV-Infection?", Bio Technology, 1993, Nr. 11, S. 696–707.
2 siehe auch „Vorsicht AIDS-Medizin: Lebensgefahr!", raum&zeit Nr. 79; „AIDS – ein von Ärzten forciertes Todes-Syndrom ?", raum&zeit Nr. 86; „Krebs – des Rätsels Lösung?", raum&zeit Nr. 94; „Wird manipuliertes Eiweiß-Gemisch als AIDS-Test" verkauft"?", raum&zeit Nr. 95; „Darwins Irrtum und die Krebsmedizin", raum&zeit Nr. 99; „Afrika: Die Hintergründe der angeblichen AIDS-Seuche", raum&zeit Nr. 113; „Die tödlichen Irrtümer der Krebs-/AIDS-Therapeuten", raum&zeit Nr. 114; „Die Natur der Krebszelle und die Logik der natürlichen Krebsheilung", raum&zeit Nr. 116; „Die Perversionen der AIDS-Medizin", raum&zeit Nr. 121

AIDS –

Das Virus, das es nicht gibt

Teil 2: Die wahren biologischen Hintergründe des Mythos



Von Allgemeinärztin Juliane Sacher, Frankfurt.

AIDS zählt zu den unvermeidbar tödlich verlaufenden Krankheiten. Wer einen positiven AIDS-Test erhält, glaubt von daher, sein Todesurteil zu lesen. Die Ärztin Juliane Sacher erklärt in diesem Artikel, warum der HIV-Test nichts über eine Virus-Erkrankung namens AIDS aussagt.

In der letzten Ausgabe der raum&zeit habe ich mich mit dem Beginn der HIV/AIDS-Geschichte befasst („AIDS – Chronologie der Irrtümer“, raum&zeit Nr. 141). Von Anfang an gab es eindeutige Hinweise, dass die offizielle Theorie, wonach es sich um ein neues Virus handele, das die T4-Zellen zerstört, nicht stimmen kann. In dem von der Bundesregierung finanzierten „HIV-Modell“ konnte bereits nach einem Jahr gezeigt werden, dass die von mir durchgeführten naturheilkundlichen Therapien weitaus effektiver waren als die durchgeführte offizielle antiretrovirale Therapie.
In diesem Teil werde ich über die molekularbiologischen Zusammenhänge berichten. Dabei ist es wichtig, die Funktionsweisen unseres Immunsystems zu verstehen.

Mit Hilfe der Elektrophorese werden Antikörper (Eiweiße) gemessen. Auch beim HIV-Test wird so verfahren.

Das Immunsystem arbeitet über zwei völlig verschiedene Richtungen:
Immunsystem Nr. 1: Mikroben werden mit einem zellzerstörenden Gas, Stickstoff- (NO-) Gas, direkt abgetötet.
Immunsystem Nr. 2: Keime und Fremdstoffe werden durch Antikörper (Eiweiße) gebunden und vernichtet.

Die beiden Immunsysteme des Menschen

Die Arbeitsweise des Immunsystems Nr. 2 kennen wir in der Medizin schon seit über 50 Jahren. Wir können die Gesamtmenge der Antikörper, auch Immunglobuline oder Gammaglobuline, in einem Organismus durch eine spezielle Untersuchung, genannt Elektrophorese, messen. Hier werden die verschiedenen körpereigenen Eiweiße, zu denen die Antikörper gehören, fraktioniert und prozentual gemessen. Zu den Immunglobulinen gehören auch alle Antikörper, die bei üblichen Virus-Antikörper-Tests gemessen werden. Wenn wir testen, ob ein Mensch eine bestimmte Viruskrankheit hat oder gerade durchmacht, sehen wir das im Blut an der Höhe und der Art der Antikörper. Um solch einen Antikörpernachweis handelt es sich auch beim HIV-Test.
Die Arbeitsweise des Immunsystems Nr. 1 kennen wir erst seit wenigen Jahren, obwohl dieses Immunsystem das viel ältere in der Evolution ist. Schon Einzeller produzieren NO-Gas, um sich vor fremden Keimen zu schützen. Erst 50 Millionen Jahre später, auf der Ebene der Knochenfische, trat dann das zweite Immunsystem in Erscheinung. Man kann sich die Notwendigkeit eines neuen Immunsystems so vorstellen: Wenn ein großer Fisch beispielsweise einen Wurm gefressen hat und dieser dann weiterlebte und den Darm des Fisches irritierte, dann hätte der Fisch zum Töten des Wurmes so viel NO-Gas produzieren müssen, dass er sich selbst schwer geschädigt oder sogar getötet hätte.
Deswegen war es für höhere Lebewesen dringend notwendig, eine neue Art Immunsystem zu entwickeln, und dies war die Produktion von Eiweißen, die eine Antikörperfunktion hatten, die Immunglobuline. Diese Antikörper binden sich an die Keime und Fremdkörper, um sie dann zu vernichten, ohne den Organismus selbst zu schädigen.
Jeder Medizinstudent lernt, dass dieses Antikörpersystem sich erst auf der Ebene der Knochenfische entwickelt hat. Komischerweise fragt keiner nach, wie denn die Lebewesen sich vorher geschützt haben. Ich habe mir früher auch nie Gedanken darüber gemacht, bis der Medizinalrat Dr. Heinrich Kremer es mir erklärt hat. (Siehe Literatur)
Beide Immunsysteme sind miteinander verknüpft und zwar durch die T4-Zellen, die als T-Helferzellen durch AIDS bekannt gewordenen Immun-

Längst zerfällt die Theorie vom HI-Virus.

zellen. Vor 15 Jahren wurde zum ersten Mal veröffentlicht, dass es zwei Sorten T4-Zellen gibt, nämlich die Th1- und die Th2-Zellen. Die Th1-Zellen sind die Immunzellen, die das NO-Gas produzieren und die Th2-Zellen sind die Zellen, die den B-Zellen (Zellen, die Antikörper produzieren) helfen, Antikörper zu bilden. Diese beiden Zellen stehen in einer Balance miteinander.

Wenn ein Organismus von einem Virus befallen wird, reagieren beide Immunsysteme. Zur Feststellung, ob jemand von einer Virus-Infektion betroffen ist, wird ein Virus-Antikörpertest durchgeführt. Hiermit prüft man, ob der Organismus Antikörper auf ein bestimmtes Virus gebildet hat. Für einen HIV-Test braucht man das ganze Virus oder dessen einzelne Chromosomenabschnitte (man nennt das Virus oder seine Teile dann Antigen), damit die Antikörper aus dem Blut des Patienten sich damit verbinden können.

Wenn man Antikörper auf das Virus nachweisen kann, geht man davon aus, dass der Organismus sie gebildet hat, weil er mit dem Virus in Berührung kam.

Wie HIV-Tests funktionieren

Um auf HIV zu testen, benötigt man zwei verschiedene Tests. Es gibt den so genannten Elisa-Test und den HIV-Western-Blot (WB).

Für den Elisa-Test müsste man das gesamte Virus verwenden und beim Western-Blot müsste das „Virus“ auf acht einzelne Antigene aufgesplittet werden. Man nimmt acht verschiedene Teile des Virus (zum Beispiel Virus-Hülle oder Virus-Kern etc.) und trägt diese als so genannte Banden getrennt auf einen Streifen auf. Wenn man dann Patientenblut hinzufügt, kann man sehen, an welche der acht Antigene sich das Blut des Patienten gebunden hat. Wenn sich dann an das Test-Antigen die Antikörper aus dem Blut des Patienten binden, spricht man von einem positiven Test.

Das Hauptproblem ist, dass bekanntermaßen eine ganze Reihe verschiedener Antikörper im Blut, die bei Entzündungen oder rheumatischen Erkrankungen entstehen, sich auch an das so genannte HIV-Antigen im Elisa-Test binden, also auch auf diesen Test reagieren. Man nennt das Kreuzreaktion. Deswegen darf man einen HIV-positiven Elisa-Test niemals ohne einen Bestätigungstest, den WB, an den Patienten weitergeben.

Leider passiert es immer noch, dass Ärzte sträflicherweise darauf nicht achten und die Patienten werden grundlos in massive Ängste gestürzt. Das habe ich in der letzten Woche wieder erlebt: Eine junge Frau bekam von ihrer Frauenärztin einen HIV-positiven Elisa-Test in die Hand gedrückt mit der Aussage, dass sie HIV-positiv sei und dass sie sich sofort in die HIV-Abteilung der Uniklinik zur Behandlung begeben soll. Durch einen Zufall kam sie zu mir. Auf dem Testergebnis stand: *„WB-Ergebnis fehlt! Dieser Befund ist nicht gültig“*, wobei das „nicht“ mit schwarzem Textmarker ausgestrichen war. Vier weitere Zeilen waren auch unkenntlich gemacht worden.

Ich habe daraufhin das Labor angerufen und nach dem WB gefragt. Ich erfuhr, dass die Patientin als negativ gilt, weil nur eine einzige Bande schwach positiv reagiert hat und das so genannte P24-Antigen, was als Kernantigen von HIV gilt, negativ war.

Virus-Test ohne Virus

Wie oben dargestellt, benötigt man für einen Virus-Antikörpertest das Virus selbst.

Was also wird in dem HIV-Test getestet, wenn doch nie ein HI-Virus isoliert beziehungsweise rein dargestellt wurde? Was versteht man überhaupt unter einer Virus-Reindarstellung?

Wenn man annimmt, dass ein neues Virus für eine bestimmte Erkrankung zuständig ist, dann muss man das Blut oder Gewebe daraufhin untersuchen.

Als AIDS Anfang der 80er Jahre aufkam, fingen einige Forscher sofort an, fieberhaft nach einem Virus zu suchen, unter anderem Robert Gallo in USA und Luc Montagnier in Frankreich. Beide versuchten elektronenmikroskopische Bilder von dem Virus zu machen.

Robert Gallo

Luc Montagnier

Viren werden grundsätzlich in Zellen vermehrt und dann von der Zelle nach außen abgegeben. Auf Bildern sehen sie wie kleine Bällchen aus. Aber auch der bei Stoffwechselvorgängen produzierte Zellmüll wird von der Zelle in Form von solchen kleinen Bällchen (Vesikeln) herausbefördert. Anfang der 80er Jahre war schon längst bekannt, dass man ein neues Virus elektronenmikroskopisch nicht von den mit Zellmüll gefüllten Bällchen unterscheiden kann. Die damals führenden Virologen (hierunter auch Montagnier) einigten sich darauf, dass eine weitere Untersuchung notwendig sei, um den Virus vom Zellmüll zu trennen. Man füllt also diese Bällchen-Mischung in ein mit einem Gel gefülltes Reagenzglas und muss es dann mit Hochgeschwindigkeit zentrifugieren. Hierbei trennen sich die einzelnen Bällchen je nach Gewicht.

Die Patienten werden grundlos in massive Ängste gestürzt.

Ein und dasselbe Virus hat immer ein und dasselbe Gewicht im Unterschied zu Zellmüll, der unregelmäßig ausgeschleust wird. Alle Teile mit demselben Gewicht sammeln sich an ein und derselben Stelle im Reagenzglas. Das sieht dann aus wie ein Band oder Streifen, die so genannte Bande. Das Foto dieser Bande nennt man dann eine Virusreindarstellung, den Goldstandard.

Dieses Foto existiert jedoch nicht!

Tatsächlich wurde diese so genannte Reindarstellung erst 13 Jahre nach der vermeintlichen Entdeckung des HI-Virus zum ersten Mal von einer deutsch-französischen Gruppe veröffentlicht. Allerdings steht unter dem in der Arbeit gezeigten Foto nicht HIV, sondern: „HIV-like partikels“, also nur HIV-ähnliche Teilchen. Woher will man das wissen, wenn doch HIV nie isoliert wurde?

Stress statt AIDS

Für eine Virusreindarstellung benötigt man das isolierte Virus, um daraus das Genmaterial des Virus zu isolieren. Dann kann man auch die einzelnen Gen-Abschnitte abtrennen und diese zum Beispiel für Tests (WB und PCR) zur Eichung heranziehen. Man kann dann auch dieses Erbmaterial für eine eventuelle Impfung benutzen.

Doch, wenn man ein Virus nicht rein dargestellt hat, dann kann man das alles nicht machen.

Was also haben die Forscher, Mediziner und Pharmakonzerne für ihre Untersuchungen und Test-Herstellungen als Ausgangsmaterial benutzt? Sie haben Blut von AIDS-Patienten für Kulturen genommen und mit verschiedenen Substanzen und Medikamenten (Hydrocortison und Botenstoffe von Zellen (Interleukine und Interferone)) traktiert. Durch diesen Eingriff werden die im Blut befindlichen Zellen stimuliert und setzen Stresseiweiße in Form der oben genannten kleinen Bällchen frei. Das heißt, dass für die Tests und sonstigen Forschungen und Untersuchungen auch nur Genmaterial der Stresseiweiße zur Verfügung steht. Mit anderen Worten: Durch den HIV-Test werden solche Personen herausgefiltert, deren Organismus durch irgendetwas gestresst wird – entweder durch leichten oder mittleren Stress über einen längeren Zeitraum oder über ein schweres akutes Ereignis im Leben.

In meiner Praxis habe ich zahlreiche AIDS-Patienten, die mir dadurch aufgefallen sind, dass sie ein tragisches Ereignis in ihrer Vorgeschichte hatten. Nie in meiner sonstigen Praxis habe ich solche Fälle erlebt – schon gar nicht in der Häufung wie bei AIDS-Patienten.

AIDS-Patienten in Deutschland

In Deutschland und den Industrieländern sind auch nach 25 Jahren noch über 95 Prozent der HIV/AIDS-Patienten

1. Homosexuelle Männer,
2. Drogenabhängige und
3. Bluterpatienten.

Warum?

Zu 1. Von den AIDS-Patienten sind zwar 85 Prozent homosexuell, aber von den Homosexuellen haben nach Schätzungen nur 1 Prozent AIDS. Es sind die, die aus verschiedenen Gründen besonders gestresst sind – durch sexuell aktive Drogen (zum Beispiel Poppers – siehe Kasten unten), andere übliche Drogen oder durch gehäufte Infektionen mit den bekannten üblichen sexuell ansteckenden Erkrankungen.

Zu 2. Drogenpatienten schädigen ihren Organismus durch die Droge selbst. Der so genannte Spritzenaustausch, der üblicherweise dafür verantwortlich gemacht wird, weil angeblich HIV dadurch übertragen wird, ist nicht so entscheidend. Allerdings können hierbei vermehrt übliche Keime von einem zum anderen übertragen werden, sodass das Immunsystem durch die Häufung mehr als üblich gestresst wird.

Zu 3. Bluterpatienten sind eine gut dokumentierte Gruppe von Erkrankten, da sie durch ihre Grunderkrankung erfasst und regelmäßig kontrolliert werden. Sie benötigen wegen ihrer Erkrankung regelmäßig, manchmal täglich Substanzen, die aus Blut von anderen Menschen isoliert werden. Hierdurch kommen sie automatisch auch mit vielen Fremdeiweißen und Keimen von anderen Menschen in Kontakt, wodurch ihr Organismus extrem gestresst wird. Deswegen ist auch ein extrem hoher Prozentsatz von Bluterpatienten betroffen, nämlich über 80 Prozent! Es ist die am höchsten durchseuchte Gruppe, aber die absolute Zahl ist nur gering. Im Übrigen ist auch hier sehr auffällig, dass die Ehefrauen der Bluter-Patienten (es handelt sich ja fast ausschließlich um Männer) trotz ungeschütztem Sex äußerst selten HIV-positiv waren.

Es kommt in der Praxis immer wieder vor, dass ein Patient genau verfolgen kann, mit welchen Personen er Sex hatte. Zum Beispiel jener junge Mann, der völlig verstört in meine Praxis kam. Er war frisch HIV-positiv getestet und erschien mit seinem Freund, der HIV-negativ war. Seine beiden einzigen anderen Sexualpartner ließen sich auf seine Bitte hin testen und waren negativ. Bei Nachfragen erfuhr ich, dass er ein massiver Poppers-Konsument war. Leider ist es in solchen Fällen therapeutisch nicht ausreichend, auf Poppers zu verzichten. Wenn es also durch Poppers zu Zellstress und zu dem „Th1-Th2-Switch“ in Richtung Th2 kommt und dadurch mehr Antikörper produziert werden und diese Antikörper den HIV-Test positiv ausfallen lassen, ist die Schädigung des Organismus schon so manifest, dass es eine jahrelange Behandlung braucht, um den Organismus wieder in eine gesunde Lage zu bringen. Tatsächlich wissen wir bis heute nicht, ob es überhaupt möglich ist, diesen Switch wieder rückgängig zu machen.

Was wir aber machen können, ist, durch eine Reihe von Substanzen und Behandlungen den Organismus stabil zu halten, damit keine schwerwiegenden Krankheiten auftreten und so ein langes Überleben möglich ist.

Therapie

Was also können wir tun? Ich habe das Glück, Dr. Heinrich Kremer seit 20 Jahren zu kennen und profitiere von dem Gedankenaustausch über seine Forschungsergebnisse. Seine Erkenntnisse bilden ein wichtiges Fundament meiner Therapie-Ansätze. Hauptziel meiner Behandlung ist die Wiederherstellung der Balance von Th1/Th2. Dabei arbeite ich vor allem auf zwei

Poppers

Bei dieser Substanz handelt es sich um Amylnitrit oder Butylnitrit. Poppers liefert Stickstoff- (NO-) Gas und führt dadurch zu einer besseren Durchblutung und damit zu einer manchmal stundenlangen Penissteife. Gleichzeitig führt es zu einer Erschlaffung der Analmuskulatur. Es schien also (und scheint für viele Homosexuelle leider immer noch) die ideale Substanz für regelmäßigen und häufigen Sex zu sein. Durch Poppers wird aber extrem viel NO-Gas im Körper freigesetzt. NO-Gas wird von der einen Sorte T4-Zellen, den Th1-Zellen, produziert. Wenn nun von außen regelmäßig NO-Gas geliefert wird, welches in großen Mengen auch zellzerstörend ist, versucht der Körper die Balance herzustellen, indem er quasi in die Th2-Richtung „switcht“, das heißt mehr Th2-Zellen als Th1-Zellen produziert. Dies ist immunologisch genau der Zustand, den wir bei HIV/AIDS-Patienten vorfinden (siehe Teil 1).

Offizielle Behandlungskriterien

Der Ansatz der offiziellen Behandlung ist das angebliche HI-Virus. Deswegen setzt man „antivirale Mittel“ ein. Das hört sich für den Laien logisch und richtig an.
Hierzu muss man aber wissen, dass es kein antivirales Mittel auf dem Markt gibt, welches Viren allein abtötet, ohne die Zelle, in der das Virus lebt, selbst auch zu vernichten. Das heißt antivirale Mittel sind zellzerstörende Mittel. Indem sie die Zelle zerstören, zerstören sie auch vermeintliche und auch tatsächlich existierende Viren, die in den Zellen leben, da Viren ohne Zelle nicht vermehrungsfähig sind.
Für die Beurteilung der Effektivität bei HIV/AIDS werden dann als Hauptkriterien genommen:

1. die T4-Zellzahl

Über die Anzahl der T4-Zellen habe ich im 1.Teil ausführlich berichtet. Dort habe ich auch erklärt, dass ihre Verminderung im Blut nichts mit einer Zerstörung durch ein Virus zu tun hat. Somit hat auch ihr Wiederanstieg im Blut nach Einsatz der antiviralen Mittel nichts mit dem angeblichen Abtöten eines Virus zu tun. Durch die „antiviralen“ Mittel kommt es zu einer Suppression der chronisch entzündlichen Prozesse im Organismus, sodass die T4-Zellen im Blut wieder messbar werden.

2. die PCR

Wenn die Werte fallen, will man damit beweisen, dass die vorher nachgewiesenen massenhaften Viruskopien sich vermindert haben. Da es sich aber nicht um nachgewiesene Viruskopien handeln kann, weil man ja weltweit kein Original von dem Virus hat, kann man mit dem Abfall der PCR auch nicht beweisen, dass man die Viren abgetötet hat. Mit dem Abfall der PCR kann ich also auch nur nachweisen, dass weniger chronisch entzündliche Prozesse stattfinden und deswegen weniger Stresseiweiße freigesetzt wurden.

Ebenen: der Ernährung und der sportlichen Betätigung.

Die Ernährung

Bei der Ernährungstherapie beachte ich individuelle Faktoren zum Auffüllen der Eiweiße, beziehungsweise Aminosäuren, die nachweislich bei Patienten mit AIDS-Diagnose vermindert sind. Letzten Endes gehört hierzu auch die Orthomolekulare Therapie. Dr. Kremer spricht hier von Ausgleichstherapie.
Als allgemeiner Ernährungsratschlag wird eine möglichst frische, gemüsereiche Ernährung, eher mit Fisch als mit Fleisch und mit möglichst wenig Zucker und viel stillem Wasser empfohlen.
Im Bereich der isolierten Nahrungsstoffe kommen Proteine (Eiweiße), Aminosäuren (Bausteine für Eiweiße), Mineralien, Spurenelemente, Vitamine und spezielle Fette (Omega 3) zum Einsatz:
Glutathion: Dies ist ein Tripeptid, ein Eiweiß, bestehend aus den drei Aminosäuren Cystein, Glutamin, Glycin.
Glutathion ist das wichtigste Entgiftungsmolekül des Organismus. Wie wir inzwischen wissen, regelt es auch die Balance zwischen den zwei verschiedenen T4-Zellen, zwischen Th1 und Th2. Wenn nämlich ein Glutathionmangel vorhanden ist, verschiebt sich die Balance zugunsten von Th2. In Studien wurde eindeutig der bei HIV-Positiven bestehende Glutathionmangel nachgewiesen und die positiven Effekte nach Einnahme bestätigt.
Glutathion kommt natürlicherweise vor allem in Eigelb vor. Glutathion wird als SAG (S-Acethyl-Glutathion) eingesetzt: täglich 200–1 000 mg.
Cystein: Man kann auch versuchen, den Glutathionspiegel durch Einnahme seines Inhaltstoffes Cystein zu erhöhen. Über die Therapie mit Cystein wurden schon Anfang der 90er Jahre erfolgreiche Studien durchgeführt.
Cystein – als Acethylcystein in 600 mg-Kapseln – setze ich in einer Dosierung von 2–3 g pro Tag ein. Ich nehme ungern das in allen Apotheken erhältliche Acethylcystein als Brausetabletten, da sie Süßstoffe enthalten, die ich dann, vor allem bei der hohen Dosierung für den Körper für zu toxisch halte.

MAP (Master Aminoacid Pattern): Ein hochwertiges, rein pflanzliches Eiweiß. Für die Verwertbarkeit von Eiweißpräparaten ist der so genannte Stickstoffnutzungsgrad entscheidend. Dieser bestimmt, wieviel vom Körper genutzt werden kann und welcher Anteil für ihn nutzlos ist. Vom tierischen Eiweiß – Fleisch, Milch und Milchprodukte – kann unser Körper nur 25 bis 30 Prozent nutzen. Somit ist ein Anteil tierischen Eiweißes von 70 bis 75 Prozent völlig wertlos, also Müll und muss dazu noch aufwändig vom Organismus entsorgt werden. Dies ist auch der Grund, warum eine Ernährung mit viel Fleisch so ungesund ist. Von Eiern können wir 48 bis 50 Prozent nutzen, so dass nur 50 Prozent wertlos ist.
Von den Präparaten, die MAP enthalten, ist der Stickstoffnutzungsgrad 99 Prozent. Dabei wird das pflanzliche Eiweiß aus Linsen und Bohnen gewonnen. Dies ist hervorragend zum Eiweiß- und Muskelaufbau ohne dass der Organismus mit der Müllentsorgung überanstrengt wird.
Alpha-Liponsäure verbessert unter anderem das Glutathionrecycling, das heißt, wenn im Körper Glutathion verbraucht – sprich oxydiert – wird, dann wird durch dieses Präparat das oxidierte Glutathion wieder regeneriert, also reduziert. Außerdem verbessert es die NO-Gas-Produktion.
Die große Gruppe der pflanzlichen Stoffe aus Algen, Wurzel- und Kräuterextrakten sind sinnvoll, wenn durch Stress und daraus resultierende chronische Entzündungen der Körper geschädigt worden ist. Eine Hauptschädigung kommt durch die Oxidation von körpereigenen Stoffen zustande. Ein bekannter Oxidationsprozess ist, wenn durch Sauerstoff aus Eisen Rost entsteht. Dann kann das Eisen nicht mehr als Eisen benutzt werden. Ebenso werden körpereigene Stoffe unwirksam und wertlos gemacht. Der Organismus ist also bestrebt, die durch Oxidation veränderten Stoffe wieder in ihren funktionstüchtigen Zustand zurückzuführen. Dies geschieht durch eine Anti-oxidation. Deswegen nennen wir die Stoffe eben antioxidative Stoffe. Hierzu zählen vor allem Pflanzenstoffe, zum Beispiel Polyphenole.
Dr. Kremer hat sich gefragt, warum der tierische Organismus im Laufe der Evolution nie wie die Pflanzen gelernt hat, den Benzolring, der die Basis für die Polyphenole bildet, selbst zu produzieren, obwohl er doch solch einen großen Bedarf daran hat. Die Antwort ist, dass die Lebewesen im Verlauf der Evolution immer genügend davon hatten, denn sie haben mit dem Wasser ununterbrochen Polyphenolhaltige Algen aufgenommen.
Nur der Mensch, vor allem in den Industrieländern, bekommt seit 100 Jah-

Insbesondere die Ballaststoffe, die aus vielen Lebensmitteln entfernt werden, enthalten die für uns wichtigen Phenole.

ren das Wasser durch die Wasserleitungen. Hier befinden sich keine Algen mehr. Deswegen nehmen wir heutzutage sehr viel weniger an Polyphenolen auf als es die Menschen in früheren Zeiten getan haben, vor allem, wenn wir wenig „Grünzeug“ essen. Denn insbesondere die Ballaststoffe, die aus vielen Lebensmitteln entfernt werden, um sie feiner zu machen (zum Beispiel bei Getreideprodukten), bestehen hauptsächlich aus diesen Phenolen.

Vitamine, Mineralien und Spurenelemente sind im Organismus für vielfältige Aufgaben im Stoffwechsel zuständig. Ich setze sie jedoch nur ein, wenn ich einen Mangel in einem Bluttest nachgewiesen habe.

Durch die schon mehrfach erwähnte B-Zellstimulation im Th2-Status kommt es zu hohen Eiweiß- und Antikörperspiegeln. Eiweiße und Antikörper sind große Moleküle, sodass hierdurch die Durchblutung massiv gestört wird. Hier macht es Sinn, durchblutungsfördernde Mittel (Ginkgo etc.) einzusetzen. Auch eiweißabbauende Enzyme können Hervorragendes bewirken.

Die körperliche Ebene

In meiner Praxis berate ich meine Patienten auch zu Fragen der sportlichen Betätigung, Entspannungstechniken, Magnetfeldtherapie. Dies alles führt zur verminderten Produktion und zum Abbau von Stresseiweißen. Auch Gesprächstherapien bei psychischen Krisen beziehungsweise Spannungssituationen gehören hierzu.

Ich empfehle jedem HIV/AIDS-Patienten, sanften Sport zu treiben. Es darf nicht zu viel sein, sondern die sportliche Betätigung muss immer im so genannten aeroben Bereich liegen. Das heißt, die Pulsfrequenz soll eine bestimmte Höhe nicht überschreiten, weil der Körper sonst im anaeroben Bereich arbeitet. In diesem Bereich arbeitet er im Sauerstoffmangel und produziert seine Energie über Zuckerverbrennung. Hier entstehen ungünstige Abfallprodukte wie zum Beispiel Milchsäure, die jeder von den Schmerzen beim Muskelkater kennt. Im aeroben Bereich dagegen nutzt der Körper den Sauerstoff zur Energieherstellung in der Zelle. Erstens fällt dabei kein Abfall an und diese Energieproduktion ist 20fach effektiver als die anaerobe.

Bei der sportlichen Betätigung werden auch eine Reihe – durch Stress gebildeter – negativer Substanzen abgebaut. Jeder, der Sport gemacht hat, weiß, dass Ärger und Stressgefühl danach oft wie weggeblasen sind.

Wir wissen auch, dass die Mitochondrien (Hunderte bis Tausende kleiner Körperchen in jeder Zelle, die für 90 Prozent der Energieproduktion in unseren Zellen verantwortlich sind) durch Sport im aeroben Bereich besser arbeiten und sich sogar vermehren.

Es gibt zahlreiche empfehlenswerte Entspannungstechniken: Atemübungen, Yoga, Reiki, Tai Chi, Qigong, Biofeedback. Jeder Mensch sollte eine für ihn angenehme Technik erlernen, um die negativen Stresseinflüsse zu mildern oder zu eliminieren.

Nach langem Suchen habe ich eine effektive Magnetfeldtherapie gefunden. Seit ich sie bei meinen Patienten anwende, bemerke ich, dass eine Reihe Symptome und Beschwerden schneller verschwinden. Im Laufe des letzten Jahren sind über dieses System Studien bekannt geworden, die zeigen, dass sowohl die Gesamtdurchblutung massiv gebessert, als auch das Glutathion im Organismus vermehrt produziert wird. Außerdem wird fast 20 Prozent mehr ATP gebildet. Allein diese drei nachgewiesenen Verbesserungen rechtfertigen schon die Anschaffung solch einer Magnetfeldmatte.

Die beschriebene Therapie zeigt mein Basisbehandlungsschema, das ich bei jedem Patienten anwende, egal, ob er HIV-positiv ist oder eine zur Definiti-

Jeder Mensch sollte eine Entspannungstechnik wie zum Beispiel Yoga anwenden.

PCR-Test

Im Laufe der 80er Jahre bemerkte man immer wieder, dass die Anzahl der T4-Zellen im Blut nicht, wie man erwartete, mit dem klinischen Krankheitszustand der Patienten korrelierte. Das war auch anderen Schwerpunktärzten (Ärzte, die sich schwerpunktmäßig mit HIV/AIDS befassen) aufgefallen, sodass man ein Kriterium brauchte, an dem man den Zustand des Patienten besser beurteilen konnte. Hier kam eine neue Erfindung zu Hilfe, die PCR – so genannte Polymerase-Chain-Reaction – Polymerase-Ketten-Reaktion. Erfinder war Prof. Karry B. Mullis, der 1993 den Nobelpreis hierfür bekam.

Was kann man hiermit machen?

Diese Methode ist geeignet, Erbsubstanz, DNA, in kleinsten Mengen nachzuweisen. Wenn man zum Beispiel ein Stückchen DNA in einem Reagenzglas hat, welches man normalerweise weder sehen noch auf andere Art nachweisen kann, dann gibt man ein so genanntes Startermolekül dazu, welches sich an das DNA-Stück anhängt und dieses dann kopiert und kopiert und kopiert. Jetzt liegen große Mengen identische DNA-Kopien vor, die man durch eine Lichtreaktion nachweisen kann. Das heißt, wenn ich nun Licht durch das Reagenzglas schicke, kommt an der anderen Seite nicht mehr so viel Licht an wie vorher, weil die gehäufte Menge von DNA im Reagenzglas das Licht verdunkelt. Sie können sich sicher vorstellen, dass diese Methode sehr ungenau ist, um Viruskopien exakt zu zählen.

Mullis sagt selbst, man kann mit seiner Methode nur qualitativ nachweisen,

Literatur

Dr. Heinrich Kremer: „Vorsicht AIDS-Medizin: Lebensgefahr!“, raum&zeit Nr. 79; „AIDS – ein von Ärzten forciertes Todes-Syndrom?“, raum&zeit Nr. 86; „Krebs – des Rätsels Lösung?“, raum&zeit Nr. 94; „Wird manipuliertes Eiweiß-Gemisch als AIDS-Test" verkauft"?“, raum&zeit Nr. 95; „Darwins Irrtum und die Krebsmedizin“, raum&zeit Nr. 99; „Afrika: Die Hintergründe der angeblichen AIDS-Seuche“, raum&zeit Nr. 113; „Die tödlichen Irrtümer der Krebs-/AIDS-Therapeuten“, raum&zeit Nr. 114; „Die Natur der Krebszelle und die Logik der natürlichen Krebsheilung“, raum&zeit Nr. 116; „Die Perversionen der AIDS-Medizin“, raum&zeit Nr. 121

dass ein bestimmtes Virus vorhanden ist, aber nicht quantitativ.
Die PCR ist auch ungeeignet, ein unbekanntes Virus zu finden. Man kann ein Virus nur nachweisen, wenn man es schon kennt, denn die „Startersequenz“, die man zum Untersuchungsgut hinzufügt, muss bekannt sein. Das heißt, dass man mindestens einmal das Virus isoliert haben muss, um diese Startersequenz dann zu entnehmen. Mullis unterstreicht, dass seine Methode für den Nachweis eines neuen Virus ungeeignet ist. Hinzu kommt, dass man nur DNA-Viren damit nachweisen kann und keine RNA-Viren. HIV soll aber ein Retrovirus sein und Retroviren sind RNA-Viren. Hier ist nun natürlich die Frage, was wird denn für die offiziellen PCR-Untersuchungen genommen, wenn das HIV bis zum heutigen Tage nicht ein einziges Mal so isoliert wurde, dass man daraus die Gensequenz hätte entnehmen können? Tatsächlich handelt es sich um kleinste körpereigene Protein- und Nukleinsäurepartikel, die bei oxidativem Stress aus den Zellen freigesetzt werden. Als mir das klar war, dachte ich mir, dass man vielleicht solche „Partikel“ auch im Blut von nicht HIV-Positiven eventuell finden kann, deren Organismus sich in einer chronischen „Stresssituation“ befindet.
Ich wollte dies Mitte der 90er in dem Labor der Uni Frankfurt untersuchen lassen. Dies war damals das einzige Labor, in das ich das Blut meiner Patienten für diese Untersuchung schicken konnte. Partner meiner schwulen Patienten, die auch eine Reihe Krankheiten und Beschwerden haben, aber nicht HIV-positiv sind, sollten mit den HIV-Positiven verglichen werden.
Um das genau herauszufinden, wollte ich das Blut meiner Patienten ins Labor schicken, ohne mitzuteilen, wer positiv oder negativ ist. Ich argumentierte, dass das doch eine wunderbare Möglichkeit wäre, um herauszufinden, wie aussagekräftig diese Untersuchung ist. Leider wollte man solch eine „Studie“ dort nicht durchführen, wie mir eine Ärztin damals bei einem anfragenden Telefonat mitteilte. Sie meinte, sie würden nur Blut von HIV-Positiven untersuchen. Ihr Kommentar sinngemäß: Wenn nämlich „zufällig“ von einem Positiven „ein kleiner Spritzer“ in das Blut von Negativen käme und die PCR dann positiv ausfällt, würde ich dann behaupten, dass diese Person HIV-positiv ist.
Da dieses Experiment nicht zustande kam, schickte ich mein Blut unter dem Namen eines HIV-Positiven Patienten von mir ins Labor zur PCR-Untersuchung. Von derselben Blutentnahme schickte ich gleichzeitig ein Röhrchen unter meinem Namen zum HIV-Test. Ich habe eine rheumatische Erkrankung und seit 20 Jahren eine deutliche bis massiv erhöhte Blutsenkung, die auf chronische Entzündungsprozesse hinweist und zum Zeitpunkt der Blutentnahme sehr hoch war. Tatsächlich wurden in meinem Blut 1800 „HIV-Viruskopien“ gefunden, während der HIV-Test negativ war. Natürlich ist ein Mensch gesünder, wenn die so genannte HIV-PCR negativ ist, aber ein erhöhter Wert hat nichts mit einer hohen Virusbelastung zu tun, sondern mit chronisch entzündlichen Prozessen im Organismus und es bedeutet nicht automatisch, dass jemand todkrank ist.

on AIDS gehörende Erkrankung hat oder hatte.
Es gibt noch eine Menge anderer Substanzen und Therapien, die einen positiven Einfluss auf die Erkrankung haben, die ich allerdings sehr individuell einsetze. ■

In der nächsten Folge beantwortet Juliane Sacher Fragen zu ihrer Auffassung und Therapie in der Praxis.

Die Autorin

Juliane Sacher wurde 1945 in Dortmund geboren. Sie erhielt 1974 ihre Approbation als Ärztin. Von 1987–1993 fungierte sie als Ärztin des HIV-Modells der Bundesregierung. 1988 wurde sie als Sachverständige der HIV/AIDS-Kommission des Bundestages geladen. Seit über 25 Jahren bildet sich die Ärztin im Bereich Naturheilverfahren und biologischer Medizin weiter. Seit Anfang der 80er Jahre beschäftigt sie sich mit den molekularbiologischen, evolutionsbiologischen und biochemischen Zusammenhängen der immunologischen, hormonellen und zellulären Störungen von chronischen Erkrankungen der heutigen Zeit.

Krebstherapie

Revolution
in der Krebs-/ AIDS-Medizin

Das Buch „Die stille Revolution der Krebs- und AIDS-Medizin“ des international renommierten Krebs- und AIDS-Forschers, Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Heinrich Kremer, erklärt weltweit erstmals, wie und warum eine Zelle zur Krebszelle transformiert und wie man diesen natürlichen Prozess auf-halten und wieder rückgängig machen kann. Man erfährt aus dem Buch ferner erstmals, warum AIDS nicht von einem mysteriösen Virus verursacht wird, den bis heute niemand nachweisen konnte, sondern von einer (meistens durch Lebensumstände verursachten) energetischen Erschöpfung der Immunzellen. Auch diesen natürlichen Prozess kann man aufhalten und wieder rückgängig machen. Dieses Buch ist für Krebs- und AIDS-Patienten (über-)lebenswichtig! Für jeden Therapeuten, der Krebs- oder AIDS-Patienten behandelt, gehört es zur Pflichtlektüre, wenn er die lebensgefährlichen Therapiefehler der orthodoxen Medizin vermeiden will.

Dr. med. Heinrich Kremer:
„Die stille Revolution der Krebs- und AIDS-Medizin“, 535 Seiten mit 17 Übersichtstafeln, Hardcover mit Leinen-Struktur, Best.-Nr.: 737 / Preis 49,- € +P+V 4,80 € (Ausland 7,30 €).
Zu bestellen bei: ehlers verlag gmbh, Geltinger Str. 14e, 82515 Wolfratshausen, Tel. 08171/41 84-60, Fax: 08171/41 84-66, e-mail: vertrieb@ehlersverlag.de, www.raum-und-zeit.com.
Änderungen vorbehalten.

„AIDS“–

Wie alternative Therapien helfen können

Auch wenn AIDS keine Virus-Erkrankung ist, leiden die Betroffenen unter den Symptomen. Doch sie müssen sich nicht zwangsläufig in die Chemie-Maschinerie der Schulmedizin begeben. Es gibt sanftere und zugleich effektivere Möglichkeiten, die Immunschwäche in den Griff zu bekommen.

Von Juliane Sacher, Frankfurt.

In den beiden letzten Ausgaben von raum&zeit („AIDS – Chronologie der Irrtümer“, Nr. 141 und „AIDS – Das Virus, das es nicht gibt“, Nr. 142) habe ich die Geschichte dieser Erkrankung aufgerollt und die wahren zellulären Zusammenhänge aufgezeigt. Vor diesem Hintergrund erläutere ich, welche Therapie sich daraus ergibt. Dabei handelt es sich um eine allgemeine „Basistherapie“, die jeder Patient benötigt.

Darüber hinaus gibt es noch eine Reihe anderer Therapien, die in bestimmten Situationen notwendig sind. Ich werde oft gefragt, ob es denn bei akuten Erkrankungen nichttoxische Therapien gibt, die die rein schulmedizinisch arbeitenden Ärzte nicht anwenden.

Alternative Therapien

Hier nun einige Beispiele von typischerweise immer wieder akut auftretenden Problemen bei HIV-Positiven und AIDS-Patienten, bei denen gut funktionierende, alternative, nichttoxische Therapien zur Verfügung stehen. Es ist nicht nötig, sofort die gängigen schulmedizinischen, stoffwechselblockierenden Mittel (wie Cytostatika oder Loperamid) oder sogar ein Antibiotikum zu geben.

Bei akuten Durchfällen:

Mit Kohle-Präparaten und Heilerde stehen neben einer Reihe anderer Substanzen gut wirksame Mittel zur Verfügung, die zuerst genommen werden sollten. Zusätzlich sollte der Patient Glutaminpulver einnehmen. Dies ist ein Bestandteil des Glutathions. Seit über 20 Jahren kann ich mit diesen Substanzen den Betroffenen helfen, nur in einigen wenigen hartnäckigen Fällen reicht das nicht aus.

Bei akuter Bronchitis:

Hier steht ein nichttoxisches Präparat, aus der Schulmedizin zur Verfügung, das Acethylcystein (ACC oder NAC), welches ich sowieso bei HIV/AIDS einsetze (siehe Teil 2).

Zusätzlich gebe ich Senföle und andere ätherische Öle in Kapselform, die eine antibakterielle und antivirale Wirksamkeit haben.

Wenn das nicht hilft, da der Darm aufgrund der akuten Erkrankung nichts wirklich aufnimmt, gebe ich Kurzinfusionen mit Glutathion, ACC, B-Vitaminen, Folsäure, Selen, homöopathischen Lymph- und Hustenmitteln. Auch hier kommt es meistens zu einer vollständigen Ausheilung, ohne dass ich ein Antibiotikum einsetzen muss.

Hier gilt dasselbe wie bei den Durchfällen: ich muss oft Kurzinfusionen einsetzen, die dann besser und auch schneller wirken als die orale Gabe von Mitteln. Denn auch bei der akuten Bronchitis sind immer der Darm, wie auch Mund-, Nasen- und Rachenschleimhäute beteiligt und daher nicht so aufnahmefähig.

Bei akuten Blasen- und Nierenproblemen

Hier gibt es effektive Pflanzenpräparate wie Berberis und Solidago, die hervorragend wirken, und dem Patienten dadurch die sonst übliche sofortige antibiotische Therapie ersparen.

Die zentrale Rolle des Darms

Für alle drei genannten Krankheitsbeispiele gilt, dass es sinnvoll ist, im Anschluss an die genannte Akuttherapie eine so genannte Darmsanierung durch Einnahme von Darmbakterienkulturen zu machen. Im Darm sitzen über 80 Prozent unserer Lymphozyten, zu denen auch die durch AIDS bekannt gewordenen T4-Hel-

ferzellen gehören, über die ich in den vorausgegangenen Artikeln ausführlich berichtet habe.
In der Darmschleimhaut sitzen auch massenweise kleine Mikroben und Bakterien, die in Zusammenarbeit mit den Lymphozyten, unseren Immunzellen, einen Schutzwall darstellen.
Man muss sich das vorstellen, wie einen „Keim-Rasen“, der die Darmoberfläche vor krankmachenden Keimen und toxischen Substanzen schützt. Wenn der „Rasen“ gut gepflegt wird, ist es gar kein Problem, wenn mal ein winziges Unkrautpflänzchen (sprich Pilze) dort wächst. Wenn nun aber die gesunden Rasenpflänzchen (gesunde Darmkeime) geschädigt beziehungsweise vernichtet werden (zum Beispiel durch Antibiotika, die ja benutzt werden, um Keime zu vernichten), dann kann an den freiwerdenden Stellen das Unkraut (sprich Pilze) sich ausbreiten. Man muss dann also Sanierungsmaßnahmen durchführen.
Tatsächlich kommt es nach solchen Sanierungsmaßnahmen zu einer subjektiven Verbesserung des allgemeinen Krankheitsgefühls und auch zum Stillstand der vorher gehäuften Bronchial- und Darmerkrankungen. Und auch objektiv können wir das nachweisen, indem vorher und nachher ein spezieller Stuhltest gemacht wird. Dieser Test wird leider nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Er kostet ungefähr (die Parameter variieren) 150–200,- €.

Fragen von Patienten

Im Folgenden werde ich die häufigsten Fragen meiner Patienten beantworten:

Was kann ich vorbeugend machen, damit mein Körper die Entzündungsreaktionen entwickelt, die zu dem Th1/Th2-Switch führt und damit zur HIV-Antikörper-Positivität?

Hier kommen fast alle Maßnahmen, die ich der letzten Ausgabe der raum&zeit erwähnt habe, infrage. Das ist der Vorteil der naturheilkundlich ausgerichteten biologischen Therapie: Sie sind in der Erkrankungssituation hilfreich, können aber genauso zur Vorbeugung genommen werden, vor allem die richtige Ernährung, sanfter Sport und Magnetfeldtherapie. Ein entscheidendes Mittel, welches nachweislich die Th1/Th2-Balance in Richtung Th1 beeinflusst, ist ein Nahrungsergänzungsmittel welches aus Algen, Hopfen und Gewürzen besteht. Vor wenigen Monaten wurde eine kleine Studie dazu erfolgreich abgeschlossen.

Warum setzen Sie auch die offizielle antivirale Therapie in bestimmten Fällen ein, obwohl Sie von der Nichtexistenz des Virus überzeugt sind?

Wenn ich mit all den genannten Maßnahmen nicht erfolgreich bin und der Zustand des Patienten sich immer mehr verschlechtert, sowohl subjektiv als auch objektiv, dann setze ich auch die offizielle Kombinationstherapie ein – nicht als so genanntes „antivirales“ Mittel, sondern als Zytostatikum, als zellzerstörendes Mittel. Hierfür, nämlich zur Tumorzerstörung, wurde das AIDS-Mittel AZT ja ursprünglich in den 60er Jahren hergestellt.
Ich vergleiche das immer mit der Fiebersituation bei Infektionen. Stellen Sie sich vor, jemand hat sich eine Infektion geholt. Der Körper entwickelt dann sinnvollerweise zum Abtöten der Keime Fieber. Es ist also nicht sinnvoll, wie es leider heutzutage meist geschieht, dann sofort ein fiebersenkendes Mittel einzusetzen, weil ich dann ja gegen den Körper arbeite. Wenn aber das Fieber nicht ausreicht, um die Keime abzutöten, und es stetig steigt und der Mensch an dem Fieber zu sterben droht, dann kann der Mensch durch das fiebersenkende Mittel erstmal gerettet werden, bis weitere Maßnahmen ergriffen werden. Genauso benutze ich die „antiviralen“ Therapien. Ich bremse damit erstmal alle Entzündungen, indem die nicht endenden chronischen Entzündungsprozesse gestoppt werden, weil die chronisch aktiven Zellen zytostatisch zerstört werden. Hierdurch kommt es zu einer Beruhigung im Organismus und der Körper kann sich erholen. Dann greifen auch wieder die Mittel, die ich sonst einsetze.
Nach einigen Monaten versuche ich dann die „anitviralen“ Mittel wieder abzusetzen, damit die schädigende Wirkungen sich in Grenzen hält.
Zusätzlich verabreiche ich aber noch spezielle Mittel, die sich bei den schweren Mitochondrienschäden hervorragend bewährt haben, so das Tri-O-Acethyl-Urinphosphat.

Welche Blutuntersuchungen neben T4-Zellen und PCR machen Sinn, um den Zustand des Organismus zu erkennen?

- Ein Mal pro Jahr sollte man eine Analyse der Mineralien und Spurenelemente Natrium, Kalium, Kalzium, Magnesium, Kupfer, Eisen, Zink, Selen, durchführen lassen (Kosten: zusammen 50,- €).
- Auch eine Analyse der Vitamine A, E, B6, B12, Folsäure ist hilfreich (Kosten: je 20,- €).
- Man misst die Anzahl der Th1/Th2-Zellen über die von ihnen produzierten Botenstoffe (Zytokine) im Blut.
- Differenzierte Stuhluntersuchung inklusive der gesunden und der krankmachenden Keimflora
- Untersuchung auf Nahrungsausnutzung
- Entzündungsparameter
- Ein so genanntes biodynamisches Eiweißprofil (CEIA). Bei der Blutuntersuchung werden die

Lichtblicke in die Zukunft: alternative Therapien

bisher bekannten 53 körpereigenen Eiweiße quantitativ und ihre relative Verteilung untereinander untersucht. Bei AIDS, aber auch schon bei HIV-Positiven kommt es zu einer massiven Vermehrung (Rechtsverschiebung der Kurve) der Immuneiweiße, die vor allem für die „Telekommunikation“ der Zellen untereinander zuständig sind. Obwohl ich nun seit über zehn Jahren diese Untersuchung bei den verschiedensten Krankheiten durchführe, habe ich noch nie solch eine massive Rechtsverschiebung gesehen. Somit ist diese Untersuchung ein hervorragender Parameter für den Gesamtzustand des Organismus. Wenigstens ein Mal jährlich wäre eine gute Kontrolle notwendig (Kosten 105,- €).

- Der Homocystein-Wert ist ein guter Parameter für Entzündungsprozesse und Vitamin B-Mangel.
- Messung der Makrophagenaktivierung im Blut. Es gibt im Organismus so genannte große Fresszellen (Makrophagen). Diese überwachen das Körpersystem auf vermehrt anfallende Keime, Pilze, Viren, Schadstoffe und Tumorzellen. Wenn sie eine bestimmte Menge „gefressen“ haben, geben sie in Form von Botenstoffen (TNF-alpha, ß2-Mikroglobulin, Noepterin) ein Signal an den Organismus weiter. Die Intensität dieser Makrophagenaktivierung können wir anhand der Botenstoffe messen und dadurch erkennen, dass im Körper irgendetwas nicht stimmt.

Die Autorin

Juliane Sacher wurde 1945 in Dortmund geboren. Sie erhielt 1974 ihre Approbation als Ärztin. Von 1987–1993 fungierte sie als Ärztin des HIV-Modells der Bundesregierung. 1988 wurde sie als Sachverständige der HIV/AIDS-Kommission des Bundestages geladen. Seit über 25 Jahren bildet sich die Ärztin im Bereich Naturheilverfahren und biologischer Medizin weiter. Seit Anfang der 80er Jahre beschäftigt sie sich mit den molekularbiologischen, evolutionsbiologischen und biochemischen Zusammenhängen der immunologischen, hormonellen und zellulären Störungen von chronischen Erkrankungen der heutigen Zeit.

Maßnahmen für ein angstfreies Leben

Wenn man die von mir im letzten und diesem Heft beschriebenen therapeutischen Maßnahmen durchführt, dann kann man getrost und ohne Ängste sein Leben leben. Es gibt außerdem noch eine Reihe Maßnahmen, wie Sauerstofftherapien, Magnetfeldtherapien und Aufbau-Infusionen, die man zusätzlich, wenn man mal extra was für sich tun möchte, machen kann. Es würde zu weit führen, diese alle hier zu erwähnen.

Natürlich kann es trotzdem auch mal „Einbrüche“ in Form von Akuterkrankungen geben, aber das kann bei HIV-Positiven wie -Negativen passieren. Wir sollten uns nicht gleich bei jedem Problemchen verrückt machen – und schon gar nicht machen lassen. Wir können lernen, unser Leben selbst in die Hand zu nehmen. ■

Anzeige