

Warum jeder »HIV« und »AIDS« überleben kann

von Michael Leitner, Journalist, Buchautor, Filmemacher 28.2.1999

Die in diesem Text verwendeten Zahlen zur Verbreitung von "AIDS" und HIV" stammen fast ausnahmslos aus dem offiziellen Jahresbericht des Robert-Koch-Institutes (RKI) Heft 17/1997.

Inhalt: A. Einführung

- * **Robert Gallo** * Zitate * Vorwort * Persönliches
- * Die Kritik am Begriff "AIDS"
- * 4 unangenehme Fragen an "AIDS"-Offizielle
- * **"AIDS" in den Medien; Wie man Angst macht** und die Auflage steigert
- * Kondome und Safer Sex: Trugschlüsse und erste epidemiologische Absurditäten
- * **Wie man Statistiken bedrohlich aussehen läßt**
- * Die Wirklichkeit einer "Epidemie"- Mythos und Realität bei der Verbreitung von "AIDS" und "HIV"
- * "AIDS" in den Entwicklungsländern - Eine Sache der Definition
- * Bangui-Definition * Caracas- Definition
- * Irrationales aus der Schulmedizin: "AIDS"-Diagnosen bei negativem HIV- Test/"AIDS"- Definition des RKI

B. Die Konstruktion von "AIDS" und "HIV"

- * Ist unser Körper ein Kriegsschauplatz?
- * Das zentrale Dogma der Genetik- Die Fehlannahme, die die Erfindung von Retroviren wie HIV erst ermöglichte
- * Was man wissen muß, um das "Immunschwächesyndrom" zu verstehen
- * Warum "AIDS" zuerst bei Schwulen auftauchte
- * Die ersten "AIDS"- Patienten
- * Robert Gallo GmbH- Viren aller Art
- * Das "Retrovirus HIV" aus der Sicht der Schulmedizin
- * Wie existente Viren nachgewiesen werden
- * Kochsche Postulate
- * Warum die "HIV"- Tests nicht funktionieren
- * Die Rolle der Bluter
- * "AIDS" in den Köpfen: **Die psychologischen Auswirkungen des Todesurteils "positiv"???**

C. Erste Hilfe für Betroffene

- * "HIV = AIDS = Tod?"
- * Was tun bei einem positiven Test
- * Wie spreche ich mit meinem Arzt
- * Ich' habe Freunde sterben sehen
- * Gesundheitstips für "HIV- Positive"

D. Tödliche Therapien und der "Viral Load"

- * Die Theorie des "Viral Load" und was er mißt
- * Die Medikamente aus der Sicht der Pharmamedizin
- * AZT- Gift auf Rezept
- * Die Protease Inhibitoren
- * **Propaganda**
- * Von Langzeitpositiven lernen
- * Die Rolle der "AIDS"- Hilfen: Die Totengräber mit den roten Schleifchen
- * Schlußfolgerungen
- * Fred Cline: Gibt es eine Angst, HIV zu verlieren?
- * Referenzen/Literatur

E. Ergänzende Texte und Materialien

* David Rasnick; "Nicht infektiöses HIV verursacht Krankheiten"; Abrechnung mit Dr. David Ho

* Die Kreuzreaktionen (Falsch- Positiv- Reaktionen) des "HIV- Antikörpertests" mit 60 Referenzen

Danksagung

Ich möchte allen Menschen danken, die ich im Laufe der Beschäftigung mit diesem Thema kennengelernt habe, die ihr Wissen an mich weitergaben, deren Texte und Bücher ich gelesen habe, deren Argumentationen ich nach einer Überprüfung hier, sprachlich vereinfacht, für Nicht- Wissenschaftler verständlich gemacht, in einen Gesamtzusammenhang stelle. Im Besonderen

Dr. rer. nat. Stefan Lanka^{*1}, Biologe/Virologe (<https://lovebirth.de/hiv-aids-cancer>);

Dr. med. Heinrich Kremer, Medizinaldirektor a.D.; Prof. Alfred Hässig, langjähriger Direktor des Schweizer Blutspendewesens und Präsidenten des Weltblutspendewesens; Karl Krafeld, Gesellschaftswissenschaftler und Juliane Sacher, Ärztin. Außerdem Dr. Christian Fiala, Neville Hodgkinson, Prof. Philipp E. Johnson, Christine Johnson, Christine Maggiore, Fred Cline, Christa Muhs, und vielen anderen, ohne deren Argumentationen in diesem Buch entscheidende Lücken klaffen würden. Und den Leuten beim **Ehlers-Verlag^{*2}**, und von "Continuum- changing the way we think about AIDS."

Und einem ganz besonderen Menschen, dessen Geschichte mich dazu bewogen hat, wissenschaftliche Arbeiten allgemeinverständlich zu formulieren. Der es mir ermöglichte, Krankheit, Angst und Medizin in einen für mich neuen Zusammenhang zu setzen. Und ein sehr spezieller und damit ironischer Dank an Hoffmann- La Roche, das Bundesgesundheitsministerium, das Paul- Ehrlich- Institut, das Robert- Koch- Institut, das Dortmunder Gesundheitsamt und viele andere. Durch ihre Weigerung, Fragen zu beantworten, ihre Unfähigkeit, Fakten zu liefern gaben sie mir die Möglichkeit, die Kritik an AIDS und HIV überhaupt erst richtig ernst zu nehmen.

***1** im Jahre 2002 konnte ich Stefan Lanka persönlich kennenlernen bei seinen Seminaren & Vorträgen bei EFI-Tutzing (Eltern für Impfaufklärung):

Sehr empfehlenswert – auch für Laien, mit Interesse an der Wahrheit :-))

<https://wissenschaftplus.de/uploads/article/wurzel-3-2020-virus-interview-juli-2020.pdf>

***2** **Viren und Lebenskraft aus der Sicht des Seitai - H. Noguchi** "[Der Nutzen der Erkältung](#)"

<https://www.raum-und-zeit.com/gesundheit/naturheilkunde/>

Robert Gallo

So fing die Geschichte des ominösen HIV an: Mit einem Diebstahl:

Der Bluter-Untersuchungsausschuß des deutschen Bundestages (Dok.12/8591, Seiten 59 + 61) stellt über den angeblichen HIV- Entdecker Robert Gallo fest: »Im April 1983 behauptete Dr. Gallo vom Nationalen Krebsinstitut (Nd), Bethesda, USA, daß [von ihm vor Jahren schon entdeckte] menschliche T-Zell-Leukamieviren (HTLV) als Ursache von AIDS in Frage kommen. Die Zahl der erfolgreichen Isolierungen aus AIDS-Patienten war jedoch sehr gering.

In einer im Mai 1983 erschienenen Publikation der CDC in der MMWR wurde die Theorie, daß HTLV I oder II die Ursache von AIDS sein könnte, mit großer Vorsicht behandelt. (...)«

Gallo's erster Anlauf als Entdecker des "AIDS- Virus" war gescheitert, also bediente er sich beim Konkurrenten Luc Montagnier und dessen LAV- Virus: «(...) [Es] können Isolate aus verschiedenen Personen genetisch nicht identisch sein. Dies war aber bei LAV 1 und HTLV III der Fall, womit bewiesen war, daß das Labor Gallo das französische Isolat kultiviert und publiziert hatte. Es war ihnen Monate zuvor von Montagnier zum Zwecke der Charakterisierung und Bestätigung zugesandt worden.»

Auf Seite 63 finden wir den Beleg, daß Gallo schizoiderweise die Forschungen Montagniers, dessen Virus er später unter seinem eigenen Namen patentieren würde, zu diffamieren und diskreditieren versuchte:

"(...) in dem er die französischen Ergebnisse hart angriff und als Laborartefakte [künstlich erzeugte, virtuelle Phänomene] bezeichnete. (...) Dies verhinderte ebenfalls, daß frühzeitig aufgrund der Annahmen der französischen Virusforscher ein Testverfahren zur Erkennung der Antikörper entwickelt wurde."

Es ist also absurd, Gallo Verdienste um Prophylaxe und der Entwicklung der Antikörperstest zuzuschreiben. Der Untersuchungsbericht kommt zu dem Ergebnis, daß Gallo, wohl um die "Jagd nach dem Virus" (Titel eines seiner Bücher) nicht zu verlieren, ganz gezielt Montagniers Ergebnisse diskreditierte und o.g. Maßnahmen durch sein Verhalten verzögerte.

Seite 62: "Im Laufe des Jahres 1983 erschienen mehrere ausführliche Beiträge der französischen Wissenschaftler auf mehreren Konferenzen, z. B. in Neapel, in Cold Spring Harbour und in Tokio, in denen das neue Virus detailliert beschrieben wurde, und wo gezeigt wurde, daß es auch von Patienten mit AIDS und von Menschen der verschiedenen AIDS- Risikogruppen isoliert werden konnte (vgl. 2.2.3.2.1.8), Dr. Francis bekräftigte bei seiner Vernehmung als Sachverständiger vor dem Untersuchungsausschuß, daß die CDC 247 Proben von Patienten u. a. an das Pasteur-Institut geschickt hatte und deren Ergebnisse durch die Untersuchungen der französischen Forschergruppe bestätigt wurden. Daß diese Ergebnisse nur auf Konferenzen vorgetragen wurden und nicht als ordentliche Publikation in einer angesehenen Wissenschaftszeitschrift erschienen, lag daran, daß eine Arbeit der französischen Arbeitsgruppe von den Gutachtern der Zeitschrift "Nature" über ein Jahr zurückgehalten wurde. Dr. Donald Francis berichtete vor dem Untersuchungsausschuß, er habe über die Untersuchung der an das Pasteur-Institut und das Labor von Dr. Gallo geschickten Blutproben ein Manuskript verfaßt, gegen das Dr. Gallo förmliche Änderungswünsche im Detail erhoben habe, die dann die gesamte Publikation unmöglich machten.

Der von der US- Gesundheitsministerin Heckler 1984 als Entdecker des "AIDS- Virus" hofierte Gallo ist also ein Dieb und Wissenschaftsbetrüger. Stellt zumindest der Deutsche Bundestag fest. Doch dies ist nur die Spitze eines Eisberges, der sich "AIDS- Forschung nennt und neben zahllosen Widersprüchen nicht funktionierende Tests und tödliche Medikamente hervorbringt.

Zitate

"Als ein Wissenschaftler, der sich seit 16 Jahren mit AIDS beschäftigt, bin ich zu dem Schluß gekommen, daß AIDS wenig zu tun hat mit Wissenschaft, nicht einmal ein primär medizinisches Problem ist. **AIDS ist ein soziologisches Phänomen, geschaffen durch Angst, die eine Art medizinischen Mc Carthyismus nach sich zog, der alle Regeln der Wissenschaft durcheinanderbrachte oder zusammenbrechen ließ. Das Resultat ist ein Gemisch aus Pseudo- Wissenschaft und Glauben einer verletzbaren Öffentlichkeit.**"

Dr. David Rasnick, Entwickler von Protease Inhibitoren (Nicht der HIV-Medikamente)

"Ich kann keinen einzigen Biologen finden, der mir Belege geben kann, die zeigen, daß HIV die wahrscheinliche Ursache von AIDS ist. Bei einem so wichtigen Thema, daß so wichtig ist, sollte es irgendwo eine Sammlung von wissenschaftlichen Unterlagen geben, Forschungsarbeiten, die dies darlegen und von Leuten geschrieben wurden, die zur Verfügung stehen. Aber diese sind nicht zu bekommen. Wenn Sie einen Virologen danach fragen, bekommen Sie keine Antwort. Ihnen werden vielmehr Wutanfälle entgegengebracht."

Dr. Kary Mullis, Biochemiker, 1993 Nobelpreis für Chemie, Sunday Times, 26.4.92, Seite 12

"Elektronenmikroskopie weist Retrovirus-ähnliche Partikel in 90% der AIDS-Patienten mit vergrößerten Lymphknoten nach. Identische Partikel werden allerdings auch in 90% der Patienten gefunden, die vergrößerte Lymphknoten hatten, ohne an AIDS erkrankt zu sein, ohne mit HIV infiziert zu sein. Wenn die Partikel in den Lymphknoten von AIDS- Patienten als HIV bezeichnet werden, was sind dann die Partikel, die in HIV-negativen Menschen gefunden werden?"

Valendar F. Turner, HIV- Forscher, in einem australischen Radioprogramm von ABC, 1994

"Der einzige Weg, [beim HIV- Test] zwischen echten Reaktionen und Kreuzreaktionen [Reaktionen auf andere Krankheitserreger oder sonstige Eiweiße] zu unterscheiden, ist der Nachweis über eine HIV- Isolation. Alle Behauptungen einer HIV- Isolation beruhen jedoch auf dem Nachweis von Phänomenen in Laborkulturen, die nicht eine Isolation beinhalten oder für Retroviren spezifiziert sind. (...) Wir wissen nicht, wie viele positive Tests gemacht werden, ohne daß eine HIV- Infektion vorliegt. Der HIV- Antikörpertest verfügt nicht über die Fähigkeit, speziell eine HIV- Infektion nachzuweisen."

Bio/Technology Journal, 11:696:696-707

"Der HIV- Test ist nicht standardisiert (...) die Testergebnisse verschiedener Labors können unterschiedlich sein. Das Testergebnis muß interpretiert werden, die Kriterien für diese Interpretation variieren nicht nur von Labor zu Labor, sondern von Monat zu Monat"

New England Journal of Medicine, 317, 238-241

Vorwort

Schön, daß Sie dieses Buch aufgeschlagen haben, denn sein Titel des Buches klingt so unglaublich wie provokativ. Wieder so ein Unsinn, denken Sie jetzt wohl, wo löchrige Fakten zu einem scheinschlüssigen Gesamtbild zusammengeklebt werden. Wider so eine Verschwörungstheorie, populärwissenschaftliches aus der Ecke von Kornkreisen. Wieder so ein Spinner, der Menschen falsche Hoffnungen macht, der sie davon abhält, lebenswichtige Medikamente zu nehmen. Wenn Sie jetzt amüsiert weiterlesen wollen, um dubiose Quellen, absurde Behauptungen oder sonst etwas Belustigendes zu finden, dann muß ich Sie leider enttäuschen. Keine Geheimlabors der CIA mit biologischen Kampfstoffen werden entdeckt; keine geheimen Treffen finsterner Männer finden statt; keine konzertierten Aktionen konspirativer Geheimbünde werden benannt, die hinter unserem Rücken unser Leben beeinflussen.

In diesem Buch wird mit nachprüfbaren Fakten und offiziellen Zahlen, zumeist des deutschen Robert- Koch- Institutes, der obersten deutschen Seuchenbehörde gearbeitet. Im RKI- Jahresbericht (Heft 17/97) zu "AIDS", an Hand dessen Zahlen ich fast alle Diagramme erstellt habe, finden sich genügend Anhaltspunkte, um "HIV" als infektiöse Ursache von "AIDS", als etwas Ansteckendes, wovor man Angst haben muß, das tötet, schlicht vergessen zu können.

Das erscheint Ihnen wahrscheinlich absurd, und ich kann Sie gut verstehen: Durch die Medien, durch ihre eigene Geschichte, und vielleicht auch durch Fälle aus Ihrem Bekanntenkreis erscheinen "HIV" und "AIDS" knallharte, reale und unantastbare Fakten zu sein, und jeder, der sie anzweifelt, ist ein böser Scharlatan, der ein fieses Spiel treibt. Oder einfach nur ein Irrer. Was wäre aber, wenn "HIV" niemals wissenschaftlich seriös und korrekt nachgewiesen wurde, und "AIDS" ein Sammelsurium 29 altbekannter Krankheiten wäre? Was wäre, wenn eine ratlose Pharmamedizin im Bemühen, offensichtliche logische Risse im Konstrukt "AIDS" zu kitten, so weit ginge, "AIDS"- Diagnosen bei "HIV"- negativen Menschen zu stellen? Man könnte dann auch bei einem negativem Test trotzdem als "AIDS"- krank diagnostiziert werden!

Was wäre, wenn "AIDS" in Afrika fast ausschließlich über Symptome diagnostiziert würde, die denen der dort am häufigsten verbreiteten Armutskrankheiten gleichen? Würden Sie dann anfangen, an dieser Krankheitstheorie zu zweifeln und dieses Buch ernst zu nehmen?

Nun, ich kann Sie beunruhigen: Streichen Sie die Konjunktive aus den letzten Sätzen! Das Robert- Koch Institut kann keine Quelle benennen, wo "HIV" isoliert, fotografiert und anschließend im gleichen Versuch, aus der gleichen Probe heraus genetisch analysiert wurde, eigentlich ein einfacher virologischer Standardbeweis. "AIDS" hat tatsächlich kein eigenes Krankheitsbild, die 29 "AIDS"- definierenden Krankheiten gab es tatsächlich schon früher; es ist ohne weiteres, mit Rückendeckung des Robert- Koch- Institutes möglich, auch HIV- Negative als "AIDS"- Kranke zu stigmatisieren, und "AIDS" in Afrika ist tatsächlich etwas (dort) Alltägliches wie das gleichzeitige Auftauchen von Untergewicht, Durchfall und z.B. Herpes.

Ist das nicht reichlich absurd? Eine Krankheit ohne eigene Symptome, eine Summe namens "AIDS", bestehend aus 29 altbekannten Krankheiten mit

all ihren Symptomen, kann bei einem Test der "HIV- negativ", der eigentlich "nicht mit HIV infiziert" sagt, aufgrund von Symptomen diagnostiziert werden?

Das heißt, man ist **an einem Virus erkrankt, das gar nicht im Körper ist!** Ich hoffe jedenfalls, ein bißchen neugierig gemacht zu haben und möchte jeden einladen, sich hier und jetzt seine eigenen Gedanken zu machen und Schlüsse zu ziehen, wenn mit einem wissenschaftlichen Irrtum, einer medizinischen Falsch- Theorie und individuellen Betrügereien, wie denen von Robert Gallo (75) aufgeräumt wird. Die Beweislage ist nur allzu offensichtlich ist und müßte den "AIDS- Offiziellen" eigentlich bekannt sein.

Ebenso, wie die toxisch- tödlichen Wirkungen der "AIDS- Medikamente", insbesondere von AZT. **"AIDS" geht uns tatsächlich alle an:** Man präsentierte uns ein mysteriöses Virus, welches uns Angst machte, nebst einer angeblich tödlich verlaufenen Erkrankung. Als Beweise zeigte man uns siechende Menschen. Diese Angst hat nicht nur unsere Sexualität, sondern auch unser gesamtes Bewußtsein unterwandert. Die Kranken sahen auch wirklich schrecklich aus. Sie siechten dahin, und irgendwas mußte doch die Ursache dafür sein. Man sprach schon von einem Killervirus, Jahre bevor man dann den Mann präsentieren konnte, der es angeblich entdeckt hatte. Man zeigte uns Bilder dieses Virus, und hier war es Gewißheit geworden: "AIDS" ist eine durch das "HI- Virus" (menschliches Immunschwächevirus) erzeugte Infektionskrankheit.

Der Entdecker des Virus entwickelte einen Test, man sagte uns:

„Der "AIDS-Test" gibt eine Antwort'. Aber was war die Frage?

Das der HIV- Test kein "Immunschwäche- Virus" nachweist, wird in diesem Buch ausführlich nachgewiesen.

Vorab eine kleine Bitte: Wenn Sie ein Urvertrauen zu Ärzten, Politikern, Wissenschaftlern, Pharmakonzernen und Journalisten haben, versuchen Sie bitte für ein paar Stunden, es durchaus denkbar zu finden,

- * daß es korrupte Wissenschaftler gibt, denen es nicht um die Suche nach Erkenntnissen, sondern um Ruhm und Profit geht,
- * daß Politiker zu wenig Detailwissen haben, um eine Sache zu beurteilen,
- * daß es manchem Politiker egal ist, welche Gesundheitspolitik aufgrund welcher wissenschaftlichen Erkenntnisse gemacht wird, Hauptsache, man wird wiedergewählt und die Parteispenden (auch) der Pharmaindustrie fließen,
- * daß auch Ärzte daß glauben, was im "SPIEGEL" und in ihren Fachzeitschriften steht, die unkritisch befolgen, was offizielle Lehrmeinung ist, die einfach nicht in der Lage sind, Widersprüche zu sehen, weil die Existenz von "HIV" nun mal offizielle Lehrmeinung ist, und, nicht nur dann, wenn sie in exponierter Position sitzen, sie auf Kongressen, auf luxuriösen "Fortbildungsveranstaltungen" allzusehr sehr von der Pharmaindustrie hofiert werden,
- * daß man keinen Studien über Medikamente trauen sollte, die von dem jeweiligen Hersteller finanziert wurden,
- * daß Journalisten, besonders meine Kollegen vom Fernsehen, viel zu oberflächlich recherchieren, um sich komplexen Themen widmen zu können; statt dessen willig das verfilmen, was in "Spiegel" und "Focus" schon aus den Wissenschaftsmagazinen wiedergekaut wurde,

- * und daß es sich KEIN Medienkonzern, kein Verlag leisten kann, den größten multinationalen Konzernen, zu denen halt die größeren Pharmaunternehmen gehören, ernsthaft das Geschäft zu verderben.
- * Und letztens, daß die "AIDS"- Hilfen von der Pharmaindustrie unterstützt werden, die auch Internet- Angebote wie das "HIV-NET" fast im Alleingang finanziert.

Persönliches

Als ich das erste Mal von der "AIDS"- Kritik hörte, hielt ich sie, gelinde gesagt, für Schwachsinn, für gefährlichen Schwachsinn. "AIDS" und "HIV" erschienen mir, wie Ihnen wohl auch, plausible, harte Fakten zu sein. Aber ich hakte nach und stieß dabei bei staatlichen Stellen, Medizinern, Instituten und Pharmakonzernen auf eisernes Schweigen, auf Unfähigkeit oder Unwillen, sich mit den Widersprüchen der offiziellen HIV- Hypothese auseinanderzusetzen:

- * Forscher können ein Virus nach 15 Jahren trotz eines gigantischen Aufwandes immer noch nicht isolieren, was, virologisch gesehen, eigentlich zwingend vorgeschrieben ist, wenn man ein neuen Virus entdeckt zu haben glaubt. "HIV-Photos" enthalten keine genetisch analysierten, nur rein optisch virusähnliche Partikel.(28)

- * Langzeitpositive verweigern zu fast 100% die Medikamente, die gegen dieses Virus entwickelt wurden, überleben einen positiven "HIV"- Test also gerade durch Vermeiden der gegen das "HIV" entwickelten Medikamente.(40-47)

- * Abgebrochene, manipulierte US- Zulassungsstudien, wie 1987 die Fischl-Studie über AZT, gelten hierzulande immer noch als alleinige Grundlage für Zulassung und Verabreichen dieser Medikamente.

- * Zwingend vorgeschriebene Arzneimittelüberwachungsverfahren für nebenwirkungsreiche oder unter Zeitdruck zugelassene Medikamente, der Gefahrenplan nach §63 AMG (Arzneimittelgesetz), werden nur bei AIDS-Medikamenten ignoriert, - Welt- AIDS- Kongresse wie Genf 1998 werden fast ausschließlich von der Pharmaindustrie gesponsort. Ärzte agieren wie Feldherren, traktieren Menschen mit hochgiftigen Substanzen. Institute wie die US- Behörde CDC (Center for Disease Control) und Robert Koch geben Definitionen aus, die AIDS- Diagnosen auch bei negativem Antikörpertest ermöglichen.

- * Mangelhafte HIV- Tests werden aus dem Verkehr gezogen, ohne die Öffentlichkeit zu unterrichten. (Im Kapitel über die Tests sind einige aufgezählt)

Die größten Widersprüche der orthodoxen AIDS- Medizin aufzulisten, eine logische, nachvollziehbare Erklärung für das Phänomen "AIDS" und seiner Entstehung zu geben, die Konstruktion des Mythos "HIV" transparent zu machen, das soll durch dieses Buch geleistet werden. Für Nachfragen stehe ich jederzeit zur Verfügung. Wer den Text liest, so hoffe ich, wird sehen, daß man kein nicht isolierbares und damit nicht nachgewiesenes Virus namens "HIV" braucht, um die Krankheit "AIDS" zu verstehen.

Die ersten "AIDS"- Patienten tauchten 1981 in Los Angeles auf. Seitdem wird HIV mit einer Intensität erforscht, die in puncto Dauer und finanziellem Aufwand ohne Beispiel ist. Dabei hat HIV die allererste Bedingung der Virologie nicht erfüllt: **Man darf erst von einem neuen Virus reden, wenn dieses isoliert wurde**^{*3}. Isolation bedeutet, das Virus wird aus der Zelle extrahiert und fotografiert 28. ^{*3}<https://wissenschaftplus.de/uploads/article/wissenschaftplus-fehldeutung-virus-teil-2.pdf>

Zwingend vorgeschrieben ist außerdem, die Eiweiße und Gene als virale Substanzen zu identifizieren, im Kontrollversuch zu beweisen, daß dieses Virus in nicht- erkrankten Patienten nicht nachzuweisen ist. Sämtliche o.g. Bedingungen erfüllen die "HIV"- Nachweise nicht. Bis heute habe ich kein Gesundheitsamt, kein Ministerium, keinen Testhersteller gefunden, der schriftlich versichern möchte, daß der "HIV- Antikörpertest" tatsächlich Antikörper gegen "HIV" nachweisen kann. Fragt man nach, so wird man an andere Stellen verwiesen, die wiederum an andere Stellen verweisen werden. Eine Antwort, Beweise für "HIV", wie sie für alle existenten Viren vorliegen, bekommt man nicht.

Stichwort **Medien**: Meine Erfahrungen mit meinen Medien- Kollegen (auch außerhalb von "Spiegel" und "BILD") waren nicht viel besser, als die mit den "HIV- Offiziellen": Berichterstattung über Ungereimtheiten findet nicht statt. Einzige Ausnahme: "Die Woche", 1993: mit dem Titel "Glücksspiel AIDS- Test". Man hat offenbar Angst, Werbekunden zu verlieren, man ist zu bequem oder oberflächlich, sich ausführlich mit einem Thema auseinanderzusetzen.

Ich sah das anfangs auch nicht anders: Ich hörte mit der HIV- Recherche auf, als ich feststellte, daß kein Sender diese Geschichte kaufen wollte. Ich fing dann aber wieder an, mich zu engagieren, als ich viele Male auf Vorträgen und Seminaren mit Schicksalen von "positiv" getesteten Männern und Frauen konfrontiert wurde; als ich feststellte, wie tief die Angst in Ihnen sitzt. Ich begann zu begreifen, daß diese Angst von öffentlichen Stellen, der Pharmaindustrie, Mediziner und Wissenschaftlern ohne eine ernstzunehmende wissenschaftliche Grundlage verbreitet wird, daß **jahrelange Angst schon allein einen Menschen töten** oder zur Selbstaufgabe bringen kann, und zumindest extrem fahrlässig ist, Medikamente mit extremsten Nebenwirkungen gegen ein nicht nachgewiesenes Virus zu verabreichen. Das alles zu verdeutlichen und zu beweisen, Zusammenhänge faßbar zu machen, soll Ziel und Zweck dieses Textes sein.

Besonders schwierig ist es, mit Schwulen über dieses Thema zu sprechen, denn hier war die **Gehirnwäsche** am gründlichsten. Das liegt einerseits daran, daß viele Schwule jemanden kennen, der von "AIDS" betroffen ist, so etwas ist ein intuitiver Beweis, andererseits an der schwulen Presse. Nicht nur die Pharmaindustrie verdient an "AIDS" sondern auch die Schwulenzeitschriften, mit den vielen Anzeigen für die "AIDS"- Medikamente. Diese machen einen Großteil der Gesamtwerbung aus! Werbung für Medikamente, die es auf Rezept gibt. Werbung für Medikamente, die, schaut man sich deren Wirkung an, auch gesunde Menschen krank machen, den Ausbruch "AIDS"- definierender Krankheiten erst ermöglichen.

Slogan:

"Crixivan - positiv länger leben"

Die Kritik am Begriff "AIDS"

Die Kritik am Begriff "AIDS" verneint eine infektiöse Ursache der Krankheit, analysiert biologisch- medizinische Zusammenhänge zwischen immunbelastenden Verhaltensweisen, Chemo- Antibiotika (z.B. Bactrim), nitrihaltigen Schnüffeldrogen (Poppers), anderen Drogen (Kokain., XTC), "antiviralen" Medikamenten", bestehenden Immunproblemen (Allergien, Rheuma etc.), den psychologischen Auswirkungen des Todesurteils "HIV", und den AIDS-definierenden Haupterkrankungen. Die möglichen "Vollbilder AIDS", sind nicht durch ein ominöses, nie isoliertes Virus, sondern allein durch die o.g. Faktoren erklärbar. Dieser Text, auch wenn er primär das Stigma "positiv", das Todesurteil "HIV = AIDS =TOD", den Lebenswandel, Medikamenten- und Drogengebrauch, insbesondere das vor allem bei Schwulen gebräuchliche "Poppers", sowie die Ernährung der Betroffenen zur Ursache von AIDS erklärt, ist keinesfalls schwulenfeindlich: Dieser Text ist von einem Schwulen geschrieben und zusammengestellt. Es geht mir, bei aller Rücksicht und allem Verständnis für die besonderen Empfindlichkeiten und die spezielle Sensibilität von Betroffenen, nicht darum, ihnen die Schuld für die Krankheit zu geben. Ich will versuchen, einen rationalen, nachvollziehbaren, und logischen Erklärungsansatz für "Positivität" und für das Auftreten von "AIDS" zu geben.

Und da muß man manchmal etwas direkt und schonungslos sein. Hier einen engagierten Arzt etwas verletzen, dort einem Betroffenen ein paar unbequeme Dinge sagen, und den vielen in "HIV" und "AIDS" engagierten Menschen ganz offen sagen, daß sie Unrecht haben und kontraproduktiv tätig sind. Es mag für einige ein Schock sein, wenn sie erkennen, mißbraucht worden zu sein, daß mit Angst gespielt wurde, daß wir einer offiziell verbreiteten Lüge aufgesessen sind, daß man Jahre damit verschwendet hat, nur noch mittelfristig zu planen, daß man um die beste Zeit seines Lebens betrogen wurde.

"AIDS" hat die Welt verändert: **Angst mischt sich in Erotik, Sex, Begierde und Zärtlichkeit. Angst vor der Lust, Furcht vor Berührung:** Für Sex wurde man früher, nach Lesart der kath. Kirche, erst im Jenseits bestraft, heute, schon auf dieser Welt. Ich kann es niemandem ersparen, der das Laborkonstrukt "HIV" verstehen oder einfach nur überleben will, rational zu denken, selbständig zu handeln, in dem er die hier dargestellten Fakten und Argumente überprüft, in dem er sich umfassend selbst informiert.

Die offizielle "AIDS"- Propaganda hat es geschafft, jenseits der naturwissenschaftlichen Spielregeln, in dem man unsere Gefühle und Ängste anspricht, auf unser Unterbewußtsein einzuwirken, mit unseren Ängsten zu spielen. Und dem kann man nur mit Wissen und Verstand begegnen. Zur Einstimmung, damit Sie vorbereitet sind, möchte ich einen Ausschnitt aus einem Text des Diplompolitologen Marc Rackelmann setzen. Dieser Ausschnitt veranschaulicht auf einfache wie nachdrückliche Weise, **wie leicht Menschen durch Angst kontrolliert werden können**, aber auch, wie leicht man die dahintersteckenden Mechanismen durchschauen kann, und die Angst dabei loswerden kann:

DER "ZAUBERER VON AIDS"

Ich gebe zu, ich traue in Sachen "AIDS" häufiger meinen eigenen Augen und meinem eigenen Verstand nicht, und ich wäre nur zu dankbar, wenn mir ein Experte den Berg an Absurditäten, den die AIDS-Forschung produziert hat, befriedigend erklären könnte. Die Möglichkeit, daß wir in dieser Größenordnung hinters Licht geführt werden, ist auch für jemanden, der in unserer Gesellschaft vieles für möglich hält, sehr beunruhigend. Das wichtigste Hindernis, das uns am Erkennen des faulen Zaubers "AIDS" hindert, ist unsere Angst vor dem "Zauberer von AIDS".

Kennen Sie das Musical "Der Zauberer von Oz" ("The Wizard of Oz") mit Judy Garland? Erinnern Sie sich an die Szene gegen Ende des Filmes, wo Dorothy und ihre Mitstreiter in den Thronsaal des Zauberers vorgelassen werden? Sie werden von einem riesigen grünen Kopf empfangen, der am Ende des Raumes schwebt und sie mit donnernder Stimme einschüchtert: "Was wollt ihr?" Da entdecken Sie zufällig hinter einem Vorhang ein altes kleines Männlein, daß Hebel bewegt, Knöpfe drückt und in ein Mikrophon spricht. Das Männlein ist es, das hinter dem ganzen Zauber steckt. Als es bemerkt, daß es entdeckt wurde, läßt das Männlein den großen grünen Kopf sagen: "Achtet nicht auf den Mann hinter dem Vorhang!" Ebenso donnert der Zauberer von AIDS: **"Es ist alles in Ordnung! Wir haben alles unter Kontrolle! Wagt nicht, uns in Frage zu stellen!"**

Überwinden wir also unsere Angst; trauen wir uns, hinter den Vorhang zu blicken! Lassen wir uns beunruhigen und trauen wir unseren Augen!"

von Marc Rackelmann, Berlin

Die 4 unangenehmen Fragen an "AIDS"-Offizielle

Halten Sie die AIDS- Kritik für Unsinn, die Existenz von "HIV" für definitiv nachgewiesen? Oder Sie wollen versuchen, Fakten von offiziellen Stellen zu bekommen?

Fragen Sie doch mal ihr Gesundheitsamt, Ihren Arzt, das Robert- Koch- Institut oder den Gesundheitsminister nach Beweisen, und stellen Sie fest, daß es diese **Beweise nicht gibt!** Formulieren Sie doch schriftlich, per Einschreiben/Rückschein, folgende Fragen, und stellen Sie dabei fest, daß die Damen und Herren diese einfachen Fragen nicht beantworten können:

1. Wo ist das isolierte HI- Virus? Können Sie eine einzige Studie benennen, die eine behauptete Virusisolation durch das Foto eines isolierten HI- Virus beweist? Gibt es eine Arbeit, in der das Virus abgebildet wurde und sowohl die viralen Eiweiße als auch das Erbgut des Virus in jeweils einem Gel dargestellt worden sind? (einfacher Standard- Nachweis)
2. Können Sie mir versichern, daß die von Ihnen verwendeten Tests definitiv HIV- Antikörper nachweisen; aussagefähig sind im Hinblick auf eine HIV- Infektion? Können Sie mir versichern, daß es auch nach den Kontrolltests keine falsch- positiven Ergebnisse gibt? Wo wurde publiziert, daß der HIV-Test geeicht wurde (Gold-Standard-Verfahren)?
3. Wo gibt es eine Veröffentlichung, in der zweifelsfrei nachgewiesen wurde, daß und wie das HI-Virus das Immunsystem zerstört?

4. In welcher Veröffentlichung erfolgte der zweifelsfreie Beweis, daß es sich bei AIDS um eine unheilbare Infektionskrankheit handelt?

Ich brenne darauf, ein Amt zu finden, daß diese Fragen beantwortet, Kopien evtl. Antworten an: M. Leitner, Löttringhauser Straße 225, 44229 Dortmund

"AIDS" IN DEN MEDIEN

WIE MAN ANGST MACHT, UND DABEI DIE AUFLAGE STEIGERT

"AIDS" und die Angst davor sind ein Resultat von medial verbreiteter Angst: Eine Massenseuche wird behauptet, dabei ist "AIDS", ein gesundheitliches Problem sehr weniger Menschen. An sensationsheischenden Titelbildern [s.o.] wird trotzdem nicht gespart. Warum wird "AIDS" immer wieder, klammern wir den Sonderfall "Afrika" hier mal vorübergehend aus, als Seuche bezeichnet, die grassiert und auch in den Industrieländern zahllose Opfer fordert? Woher kommen Titelbilder wie oben, wo ist denn "AIDS" eine große Seuche, die mit Pest, Cholera, Syphilis und Pocken verglichen werden kann? Was bringt den "Spiegel" dazu, das Erkranken des letzten Deutschen an "AIDS" für das Jahr 1994 anzukündigen, und seinen Tod 2 Jahre später vorauszusagen? Warum werden solche Prognosen nicht zurückgenommen, wenn die Wirklichkeit Lichtjahre entfernt ist: 10.000 "AIDS"- Tote in Deutschland von den Anfängen bis heute, daß sind durchschnittlich, seit den Anfängen von "AIDS", **625 pro Jahr!**

1996 beispielsweise verstarben in Deutschland nach Zahlen des Statistischen Bundesamtes 883.000 Menschen. Laut Robert- Koch-Institut wurden gerade mal 800 neue "AIDS"- Fälle registriert. Ca. 1600 Menschen verstarben an "AIDS". Das sind natürlich 1600 zuviel, aber es sind nur 0,22 Promille der gesamten Todesfälle. Soll das eine Seuche sein, mit der "Der Spiegel" fast 20 Titelbilder füllte? Die Pest beispielsweise ist eine schwere Infektionskrankheit. Zwischen 1347 und 1352 forderte sie in Europa 25 Millionen Tote. In nur 5 Jahren! Hätte es den "Spiegel" schon damals gegeben, dann hätte er seine 20 Titelbilder mit der Pest bringen können. Bei "AIDS" hingegen kann ich eine Berechtigung für eine solche Überbewertung beim besten Willen nicht erkennen.

Weiter aus den Zahlen des statistischen Bundesamtes: In jeder Stunde wird in Deutschland bei 48 Menschen der Tod durch eine Erkrankung des Herz/Kreislaufsystems ausgelöst, an akutem Herzinfarkt sterben 10 Menschen pro Stunde. 1,5 kommen bei einem Selbstmord ums Leben, das sind 13.140 pro Jahr! Sieben mal so viele, wie 1996, einem Jahr mit relativ viel "AIDS"- Toten, an der angeblichen Immunschwäche starben. Hat schon mal jemand einen Zeitungsartikel gelesen, der in großen Aufmachern warnte, Deutschland würde entvölkert, weil wir uns alle umbrächten?

An nicht natürlichen Todesursachen, darunter versteht das Statistische Bundesamt Unfälle aller Art, verstarben 1996 36.7000 Menschen. Halten wir also fest, die Gefahr an einem Unfall zu sterben ist ungefähr 18 mal so groß, wie die, an "AIDS" zu sterben. Betrachten wir "HIV" also mal realistisch und sehen wir die Gefahr, die von "AIDS" ausgehen soll, mit deutlicher Gelassenheit. Es ist keine Seuche, die uns oder unser Land bedroht, wir

brauchen keine Angst zu haben, auch wenn uns die "AIDS"- Aufklärung glauben machen wollte, "AIDS" könne uns alle treffen.

Kondome und Safer Sex

Trugschlüsse und erste epidemiologische Absurditäten

Offizielle, bis heute nicht widerrufen Prognosen der Bundesregierung sagten voraus, daß bis Ende 1996 mehr Einwohner der Bundesrepublik Deutschland an "AIDS" erkrankt sein würden, als die Bundesrepublik Einwohner hat. Mindestens jeder zweite Einwohner sollte bis Ende 1996 an "AIDS" verstorben sein, wenn vorher keine Impfstoffe oder Heilmittel gegen die "absolut" tödliche Seuche verfügbar seien.(1). Es kam dann etwas anders: mehr als 99,9% der Deutschen wurden von "HIV" und "AIDS" verschont! Und das, ohne ein Heilmittel gefunden zu haben!

Bleibe die Frage, warum die "Massenseuche" ausgeblieben ist. Es wird behauptet, dies liege an Safer Sex, dem Gebrauch von Kondomen. Ein Märchen wird hier aufgetischt, betrachtet man die Verkaufsstatistiken der Latex-Industrie: Die Anzahl verkaufter Kondome hat sich durch "AIDS" kaum verändert: Der Durchschnittsbürger kaufte zu den "Hoch- Zeiten" von "AIDS" gerade ein halbes Kondom pro Jahr mehr als zur Zeit vor "AIDS".
(Quelle: Deutsche Latex Forschung, Düsseldorf)

Auch der angebliche "Erfolg" der Präventions-kampagnen wird vom Robert-Koch- Institut persönlich ad absurdum geführt. Man rechnete den Zeitpunkt der wahrscheinlichen Infek-tion der "positiven" Menschen in Deutschland nach ihrem "HIV"- Test zurück, und trug diese Werte in eine Kurve ein. Was kam dabei heraus? Ein sicherer Hinweis darauf, daß die Präventionskampagnen nichts gebracht haben, denn die "Neuinfektionen" waren schon auf einem Tiefstand, als man gerade mit den "safer sex"- Kampagnen begann.

Was soll also, wenn es kaum merklich zusätzlich Kondome verkauft wurden, wenn die Präventionskampagnen nichts änderten, wenn die Menschen immer noch Sex machen, und gerade die Heteros nichts von "safer sex" halten, die große, tödliche Seuche verhindert haben? Daß Menschen nach wie vor ungeschützt miteinander schlafen, daß die "Angst vor AIDS" langsam verpufft, stellen "Ärztezeitung und RKI gemeinsam fest. Im folgenden sind Zitate kursiv,

Kommentare hingegen normal abgedruckt:

"Ärzte Zeitung", 11.3.1998, Schlagzeile:

"Trügerische Sicherheit, da HIV-Epidemie ausgeblieben ist? Geschlechtskrankheiten nehmen wieder zu."

[Das Auftreten] von klassischen Geschlechtskrankheiten wie Gonorrhoe und Syphilis geht hierzulande nicht mehr zurück, wie es seit den 80er bis in die 90er Jahre der Fall gewesen ist. Im Gegenteil: Heute besteht wieder eine leicht ansteigende Tendenz.."

Interessant. Das RKI wird nicht müde zu betonen, daß ein Ausbreiten von "HIV" und "AIDS" durch Safer Sex verhindert wurde. Und dann sagt diese Institution,

andere Geschlechtskrankheiten würden jetzt wieder gehäuft auftreten. Was ja nur auf einen Verzicht auf Safer Sex erklärbar wäre! Ist das logisch???

"Eine Ursache für diese Entwicklung ist die teilweise dramatische Zunahme der Zahl dieser Krankheiten in von Deutschen bevorzugten Reisegebieten, wie Dr. Ulrich Marcus vom Robert-Koch-Institut in Berlin auf einer Pressekonferenz zur Internationalen Tourismus Börse in Berlin gesagt hat. In Urlaubsgebieten wie Südostasien, der Karibik und Ostafrika seien Maßnahmen gegen Geschlechtskrankheiten oft unzureichend, so Marcus."

Und dort holen sich die Deutschen bei ungeschütztem Verkehr zwar immer weniger "HIV", aber immer mehr Syphilis. Obwohl sich in diesen Ländern angeblich "AIDS" ganz enorm ausbreitet!

"Besonders dramatisch sei die Situation in den ehemaligen GUS-Staaten, in denen die Inzidenz [das Vorkommen] von Syphilis zwischen 1988 und 1995 um den Faktor 30 bis 40 angestiegen ist."

Während sich also die Russen massenhaft mit Syphilis infizieren, weil sie keinen "Safer Sex" praktizieren, holen sie sich allerdings so gut wie niemals eine "HIV"- Infektion. Obwohl sie keinen Safer Sex praktizieren. Der WHO-Bericht von '98 zu "AIDS" schätzt in der Russischen Föderation die Zahl der "HIV"- Infizierten auf 40000, denen eine sensationell niedrige Anzahl von AIDS-Kranken gegenübersteht: Es sind ganze 240. Abgesehen davon, daß niemand weiß, wie diese Zahlen hochgerechnet werden, erscheint es mir unwahrscheinlich, daß es bei einer besorgniserregenden Ausbreitung anderer Geschlechtskrankheiten die Russische Föderation auf ganze 240 "AIDS"- Fälle bringen soll. Und warum, bei der katastrophalen Ernährungslage und Medizinversorgung, führen so relativ viele "HIV"- Infektionen zu so wenig "AIDS"- Diagnosen?

"Nach Ansicht von Marcus ist die subjektive Wahrnehmung von Risiken bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr bei Deutschen zum Teil noch geprägt von einem nachlassenden Bedrohungsgefühl, da die in den 80er Jahren prognostizierte Ausbreitung der HIV-Epidemie ausgeblieben sei. Auch werde oft außer acht gelassen, daß ungeschützte sexuelle Kontakte im Ausland ein deutlich höheres Infektionsrisiko haben können."

Offenbar ist ungeschützter Geschlechtsverkehr nur bei anderen Geschlechtskrankheiten gefährlich, nicht aber bei "HIV". Denn sonst mußten ja die Neuinfektionen in Deutschland steigen!

"Dies gelte nicht nur für Fernreisen. Die HIV-Infektionsrate sei etwa in Spanien, in Italien und in Frankreich um den Faktor vier bis zehn höher als in der Bundesrepublik. Eine dänische Studie habe ergeben, daß schon die Hälfte aller durch heterosexuelle Kontakte übertragenen HIV-Infektionen im Ausland erworben wurden."

Wir blättern weiter:

Ärzte Zeitung, 10.2.1998

"Viele informieren Partner nicht über HIV-Infektion

Providence (ple). Nicht jeder, der mit HIV infiziert ist, informiert auch seinen Sexualpartner darüber. In den USA haben sogar mehr als ein Drittel der Befragten in einer Studie zugegeben, innerhalb der letzten sechs Monate vor

der Befragung Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, ohne ihren Sexualpartnern von der Infektion zu erzählen. AIDS-Experten in Deutschland schätzen, daß dieser Anteil hierzulande etwa ebenso groß ist. Allerdings gibt es derzeit noch keine Untersuchung dazu. An der US-Studie von AIDS-Experten der Brown University School of Medicine in Providence im US-Staat Rhode Island nahmen 203 HIV-Infizierte teil, von denen 129 in den vergangenen sechs Monaten vor der Befragung Geschlechtsverkehr hatten und deshalb in die Auswertung einbezogen wurden (Arch Intern Med 158, 1998, 253). Von den 40 Prozent derjenigen HIV-Infizierten, die ihre Sexualpartner über die Infektion im unklaren ließen, gaben mehr als die Hälfte an, mindestens einmal ungeschützten Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Und: Selbst von jenen HIV-Infizierten, die einen einzigen Geschlechtspartner hatten, informierten viele ihre Partner nicht. Von den 129 HIV-Infizierten sind 46 Prozent Schwarze, 27 Prozent Weiße, und 23 Prozent gehören zur Gruppe der Latinos. 69 Prozent der Befragten sind Männer, ein Fünftel von ihnen ist homo- oder bisexuell. 41 Prozent aller Befragten gebrauchen Drogen intravenös."

Also ist in zweierlei Hinsicht nichts mit Safer Sex: Die "HIV- Negativen" kümmern sich wenig um die Gefahr einer Infektion (siehe erster Artikel), und auch die "Positiven" nehmen das Infektionsrisiko nicht als allzu groß wahr. Wohl aus einem anderen Grund: intravenös (i.v.) Drogensüchtige finanzieren ihre Sucht zumeist über Prostitution. Also kann man sagen, daß ein noch näher zu bestimmender Teil der infizierten Drogensüchtigen gegen Geld ungeschützten Geschlechtsverkehr praktiziert. Weil es von den Freiern gewünscht wird, weil es mehr Geld einbringt.

Die Zahl der i.v. Drogensüchtigen, die ungeschützten GV praktizieren, kann man natürlich nur schätzen. Aufgrund der Notwendigkeit, möglichst viel Geld für Drogen heranzuschaffen, der Abneigung von Freiern gegen Latex kann man aber getrost davon ausgehen, daß die Anzahl ungeschützter GV's zwischen Infizierten Drogensüchtigen und Freiern hoch ist. Warum nur führt dieser offene Verstoß gegen Safer Sex einer der beiden Hauptrisikogruppen nicht zu einem Ansteigen der Neuinfektionen auf Seiten der Normalbevölkerung, also der Freier, zumeist "biedere" Familienväter zwischen 40 und 50, nebst ihrer Frauen, an die sie die Infektion leicht weitergeben würden, weil die Vagina sich zwar gegen andere Erreger schützen kann, aber nicht gegen ein absolut tödliches Virus? Warum ist "HIV" in dieser Altersgruppe, bei nicht offen homo- oder bisexuell Lebenden, bei nicht Drogensüchtigen eine ausgesprochene Rarität. Im vergangenen Jahrzehnt sind in Gesamtdeutschland jährlich sehr konstant maximal 2- 3000 Menschen als "HIV-positiv" diagnostiziert worden. Ca. 85% davon werden den "Hochrisikogruppen" der "homosexuellen Männer und intravenös Drogenabhängigen" zugeordnet. Maximal 2000 "HIV-Positive" erkranken jährlich neu an "AIDS", jährlich verstarben in den letzten 10 Jahren etwa 1300 Patienten jährlich an "AIDS" Die Zahlen der "HIV- Positiven" in Deutschland ist wegen der kaum kontrollierbaren Mehrfachmeldungen nur sehr schwer zu schätzen. Das RKI spricht von ca. 60.000 Davon sind amtlicherseits bis zum 1.1.1997 etwa 50000 noch als lebend gemeldet. Von allen registrierten "AIDS-Patienten" haben (laut RKI) 54% als Wohnanschrift eine von 6 Großstädten angegeben, in denen 10% der deutschen Bürger wohnen. Dagegen entfallen auf 90% der übrigen deutschen Einwohner lediglich 44% der registrierten "AIDS-Fälle" Beispielsweise ist die Erkrankungsrate und Sterberate

der "HIV-positiven" Bluterkranken mit Wohnanschrift in einer dieser Großstädte doppelt so hoch wie bei "HIV-positiven" Bluterkranken, die mit Wohnanschrift außerhalb dieser Großstädte wohnhaft gemeldet sind. Ist das nicht merkwürdig: Lebt man in einer Kleinstadt oder beispielsweise im Ruhrgebiet, ist die Gefahr, als positiver Bluter an "AIDS" zu erkranken und zu sterben nur halb so groß, als wenn man bzw. in Berlin wohnt!

In den genannten 6 Großstädten (Berlin, Hamburg, Köln, Düsseldorf, Frankfurt und München) werden in den dortigen Universitätskliniken die höchsten "AIDS"- Erkrankungs- und Sterberaten an das AIDS-Zentrum gemeldet. Da die "Planstellen der Mitarbeiter in den HIV-Ambulanzen" und "AIDS-Stationen" dieser Universitätskliniken überwiegend aus Drittmitteln der Pharmaindustrie finanziert werden, ist der Zusammenhang zwischen Medizin und Markt ("AIDS-Test", "AIDS-Medikamente") offensichtlich. Offenbar sterben umso mehr Menschen an "AIDS", umso qualifizierter und umso umfassender die Möglichkeiten sind, an einer auf "AIDS" und "HIV" spezialisierten medizinischen Versorgung teilzuhaben. Man könnte also sagen, "AIDS"- Patienten sterben da am meisten, wo sich die größten Ressourcen mit den qualifiziertesten Ärzten befinden. Auf dem Territorium der Ex- DDR leben mehr als 16 Millionen Menschen, trotz massiver Wanderungsbewegungen nach Fortfall der Berliner Mauer wurden im Zeitraum bis 1.1.1997 insgesamt lediglich 252 "AIDS-Fälle" gemeldet.

Dabei gab es schon lange vor der Mauer einen Schwulen Cruising- Tourismus von Ost nach West. Cruising, das ist das Treffen von paarungswilligen schwulen Männern unter freiem Himmel. Im "Spartacus Gay Guide", einem umfassenden Verzeichnis, den fast jeder Schwule auf Reisen dabei hat, weil dort alle für Schwulen interessanten Institutionen, Kneipen, Restaurants, Café, Sauen, Beratungsstellen und auch Cruising- Plätze genannt werden, waren die Treffs und Lokale in Ost- Berlin verzeichnet. Es gab einen schwulen Sex-Tourismus von West nach Ost. Für den extrem promiskuen Wessi war Ost- Berlin ein zusätzliches "Jagdrevier", die Ost- Jungs galten als sportlicher und natürlicher. West- Berlin hatte schon immer unter den deutschen Städten die höchsten "HIV" und "AIDS"- Raten. Das "HI- Virus" allerdings schien von der Stasi nicht in die Republik gelassen worden zu sein. Bis 1989 gab es in der DDR kaum HIV- Positive: Es waren ein knappes Dutzend, und die waren Empfänger von Blutgerinnungspräparaten.

Noch aufschlußreicher ist das Einbeziehen der Daten (von 1982) bis 1997 im Blick auf Ost- Berlin und West- Berlin: 20% aller deutschen "AIDS-Fälle" wohnen/wohnten in West- Berlin, das mit 2,2 Millionen nur 3% der Einwohner Deutschland ausmachte. Im gleichen Zeitraum, also inklusive 7 Jahren Wiedervereinigung mit dem "durchseuchten" West-Berlin, inklusive 8 Jahren Reisefreiheit wurden auf dem Gebiet von Ost- Berlin (1,3 Mio. Einwohner, etwa 1,6% der deutschen Einwohner) ganze 152 "AIDS-Fälle" registriert, das sind etwa 1 % aller deutschen "AIDS-Fälle". Eigentlich müßten doch jetzt im Osten massenhaft "AIDS"- Fälle, bedingt durch den freien Reiseverkehr, auftreten. Ist aber einfach nicht der Fall. Was hat, und was hält "AIDS" und "HIV" davon ab, auch nach dem Fall der Mauer auf dem Gebiet der Ex-DDR einer signifikanten Anzahl Menge aufzutreten?

Diese modellhafte Datenlage(2) widerlegt die zentrale These(3) des 1984 gefeierten Robert Gallo, "epidemiologische Daten beweisen, daß AIDS

verursacht wird durch einen infektiösen Erreger". Doch solche Widersprüche haben 18 Jahre lang niemanden gestört. Sind die Widersprüche nicht offensichtlich genug?

Wie man Statistiken bedrohlich aussehen läßt

Die Kurve der "Neuerkrankungen", also die veröffentlichte Anzahl der Menschen, bei denen die Krankheit "AIDS" ausbricht, ist hoch, und sie steigt stetig von Jahr zu Jahr. Kein Wunder: Als "AIDS- Fälle in Deutschland für das Jahr X" wird bei der jeweiligen Jahreszahl immer die Gesamtzahl aller jemals irgendwann als "AIDS"- Fälle diagnostizierten Menschen + der neuen, tatsächlich in diesem Jahr erkrankten Personen publiziert.

Das ist **ungefähr so, als** würde man unter "Tote 1996 im Straßenverkehr", alle dazu rechnen, die seit der Erfindung des Rades im Straßenverkehr umgekommen sind. Eine DPA- Grafik, die eigentlich einen Rückgang der "AIDS"- Fälle ab 1990 zeigen müßte, sieht in dieser nicht nachvollziehbaren Logik so aus:

Die AIDS- Fälle werden also, einmalig bei "Infektionskrankheiten", "kumuliert", jeder AIDS- Fall der Vergangenheit wird jedes Jahr neu gezählt, immer wieder. Tot oder lebendig: Jeder Fall taucht in jedem Jahr neu auf, am jedem ersten Januar um 0 Uhr 1 eines jeden Jahres gibt es zahllose "neue" "AIDS"- Fälle. Ein Anwachsen der "AIDS- Fälle" ist somit garantiert, kommt auch nur ein einziger neuer Fall hinzu.

Ich weiß nicht, warum immer wieder diese Statistiken gezeigt werden, die überhaupt nichts über Neuerkrankungen" aussagen. Setzt man die dpa- Werte in eine andere Grafik, und nimmt die tatsächlichen, ebenfalls vom RKI (Robert-Koch-Institut) veröffentlichten Zahlen über die tatsächlichen Fälle dazu, so offenbart sich das **Mißverhältnis zwischen Realität und Panikmache**, vergleichen Sie die Wirkung dieser beiden Grafiken:

Aber es wird nicht nur an den Zahlen im Großen, sondern auch im Detail herummanipuliert, um "AIDS" als wachsende Bedrohung darzustellen: Christine Maggiore hat in ihrem Buch "Whatever you thought you knew about AIDS was wrong?" (Hrsg: Heal, Los Angeles) weitere Beispiele erwähnt, wo mit vorhandenem Zahlenmaterial so lange herumgespielt wird, bis man pflichtgemäß ein (nicht vorhandenes) Anwachsen der "AIDS"- Fälle präsentieren kann.

"Beispielsweise fiel die Anzahl neuer AIDS- Fälle [in den USA] 1995 in allen Risikogruppen. Neue Fälle verminderten sich gegenüber dem Vorjahr bei Frauen um 2%, bei Schwarzen um 7%, bei Heterosexuellen um 5%, bei Babys um 22%, und bei jungen Erwachsenen um 3 %⁽⁴⁾. Doch in den Medien wurde ein alarmierendes Ansteigen der AIDS- Fälle propagiert, bei besonderer Betonung eines Ansteigens neuer Fälle unter Frauen! Wie war dies möglich? Die Zahl neuer Fälle war hier schließlich von 14.801 (1994) auf 13.764 (1995) gefallen! Dies ist eine Verminderung um mehr als 1000! Und das war der Trick: diese 13.764 Fälle des Jahres 1995 hatten einen Anteil von 18 % an der absoluten Zahl der AIDS- Fälle (73.380). Die größere Zahl von AIDS- Fällen bei Frauen im Jahr 1994 (14.801) war gleich eines kleineren prozentualen Anteils

(17%) an der Gesamtzahl von 78.863. Macht also, in der Logik von CDC und der meisten Medien, einen Anstieg der Fälle zwischen 1994 und 1995 um ein Prozent. Indem man die absoluten Zahlen ignorierte, konnte man ein zweiprozentiges Absinken der absoluten Zahl der Neuerkrankungen von Frauen als einprozentiges "Anwachsen" der AIDS- Fälle unter Frauen behaupten. Dieses statistische Geschick, diese Manipulationen, beschränken sich nicht auf Medien oder AIDS- Organisationen in den USA. In Kanada, einem Land mit sehr wenig AIDS- Fällen, betreiben die AIDS- Gruppen und Reporter ihr eigenes Spiel mit der geringen Zahl der Betroffenen: Nehmen wir die 1.369 Fälle des Jahres 1995. Davon waren 111, bzw. 8% Frauen. Ein Jahr später, 1996, fiel die Gesamtzahl neuer Fälle um 50% auf 712. Medien, wie auch AIDS- Organisationen ignorierten diese positiven Neuigkeiten nicht nur, sie stellten sie als schlechte Entwicklung dar: 67 der 712 Fälle waren Frauen, 44 weniger als im Vorjahr. Die geringere Anzahl von Frauen wurde hier mit der geringeren Gesamtfallzahl verrechnet. Ergebnis: Ein Absinken von insgesamt 44 Fällen wurde als Anwachsen von 1,4% verkauft.(5)" Dieses Beispiel scheint auf den ersten Blick etwas mager zu sein, von den Zahlen her. So groß sind die Unterschiede nicht, mag man da denken. Es kommt aber nicht nur auf die Größe der Zahlen an, wichtig ist, dahinterzukommen, warum bei einem Absinken der absoluten Zahlen plötzlich so gezählt wird, daß "AIDS" trotzdem mehr wird. Ich erinnere an die kumulierte Zählweise: Offenbar gibt es ein Interesse, "AIDS" als so groß, so böse und so gefährlich wie möglich darzustellen.

Ich versuche als Journalist immer, wenn ich einen Standpunkt höre, wenn ich Vorgehensweisen analysiere, hinter das Motiv des Anderen zu kommen: Ist sein Verhalten koscher? Ist er offen, authentisch und ehrlich? Oder verfolgt er einen Ziel, hat er Interessen? Geht es ihm um persönliche Vorteile, oder sonstige Vorteile. Steckt er in Strukturen fest, muß er so handeln? Ich möchte hier nicht mutmaßen, warum sich die Regierungsbehörden, die CDC in den USA und das RKI in Deutschland sich die Zählweise aussuchen, die am besten geeignet ist, um eine "Seuche" künstlich zu maximieren und die dabei Statistiken verbiegen. Das wird später noch beleuchtet werden. Doch was für Motive können die obersten Designer und Verwalter von "AIDS" haben, wenn sie in einer Situation, in der die nackten und wahren Zahlen auf ein Abebben von "AIDS" hindeuten, plötzlich anders zählen, von konkreten Zahlen nichts mehr wissen zu wollen und auf prozentuale Anteile ausweichen. Einfach zugeben, daß an "AIDS" zwischen 1982 und 1996 in der BRD im jährlichen Durchschnitt 625 Menschen an "AIDS" starben, daß kann sich nur jemand nicht leisten, dessen erklärtes Ziel es ist, "AIDS" als globale Gefahr mit allen Mitteln am Leben zu erhalten: Die CDC in den USA und das RKI in Berlin haben offenbar das Ziel oder die Aufgabe, Zahlen zu veröffentlichen, die die Angst vor "AIDS" künstlich am Leben halten. Es wird so gezählt, daß am Schluß möglichst viel "AIDS" herauskommt. Die "große Seuche" schleicht langsam auf leisen Sohlen davon und was passiert? Statt uns allen ein bißchen Entwarnung zu geben, wiez.B. "es ist doch nicht so infektiös, die BRD wird nicht durch "AIDS" entvölkert," dem Publizieren der positiven Tendenz, die schon vor Einführung der angeblich lebensverlängernden "Cocktails", anfang, wird etwas Betrieben, was ehemalige und ewige Kanzler Helmut Kohl wohl als "Miesmacherei"

bezeichnet hätte. Denn diese große Seuche ist offenbar, um in der Terminologie zu bleiben, hausgemacht.

Insbesondere das heterosexuelle "AIDS" ist ein zu durchschaubarer und offensichtlich unglaubwürdiger Mythos, die Zahlen sprechen hier eine deutliche Sprache, als das man noch von einer Seuche sprechen kann, die alle bedroht. Nachzuweisen, das "AIDS" immer hauptsächlich ein Problem von homo oder bisexuellen Männern, sowie intravenös Drogenabhängigen war, alle anderen so gut wie nicht gefährdet waren, als "AIDS"- Fall definiert zu werden, möchte ich im folgenden erklären. Wer erfahren möchte, warum es diese Gruppen traf, wird noch ein paar Kapitel warten müssen. Dazu muß erst die epidemiologische Situation, also die Verbreitung der "Krankheit" abgehandelt werden. Und es muß der eine oder andere Zusammenhang aus der Biologie oder Chemie erklärt werden.

Aber keine Angst, auch ich als Boulevard- Journalist habe diese Sachen kapiert, und ich denke, ich werde sie auch korrekt erklären können.

Die Wirklichkeit einer "Seuche"

Die epidemiologische Realität von "HIV" und "AIDS" in Deutschland

"AIDS" bei Männern ist fast ausschließlich ein Problem von Schwulen und Drogensüchtigen. Wer als Mann weder schwulen Verkehr hat, noch intravenös drogensüchtig ist, läuft offenbar kaum Gefahr, von "AIDS" betroffen zu werden. Warum ist "AIDS" bei Männern kein ernsthaftes Problem der drogenfreien Heteros geworden? Gibt es keine Bisexuellen, keine Ehemänner, die nachts in Parks herumstreifen und auf Autobahnparkplätzen und in Saunen ihren Spaß haben? Wer soll den die Präservative hergestellt haben, um hier eine Seuche zu verhindern.

Die Deutsche Latexindustrie war es nicht, insgesamt 2,1 Kondome pro Nase konnten es doch nicht sein, ein Ausbreiten der "Seuche" zu verhindern, und so "safe" ist auch die Schwulenszene nicht geworden, als daß es für HIV keine Schlupflöcher mehr gäbe. Und über die Bisexuellen müßte dieses Virus dann langsam in alle Bevölkerungsschichten vordringen. Und dort müßte es dann genauso häufig vorkommen, wie bei den schwulen Männern. Die Vagina hat, im Unterschied zum Enddarm, keine "Schutzwand", bei ihr muß keine Verletzung erfolgen, damit eine Infektion erfolgen kann.

Ein ungeschützter Verkehr mit Ejakulation reicht theoretisch aus. Außerdem haben doch auch Frauen mit Männern Analverkehr. Aber offenbar, ohne HIV zu begegnen! Warum nur dringt dieses Virus nicht, wie alle anderen, in die allgemeine Bevölkerung vor? Jedes Virus verläßt seine anfängliche Risikogruppe.

Nimmt man zu den Zahlen aus dem obigen Diagramm ("AIDS bei Männern; Infektionsrisiko") mal die der Frauen hinzu, so stellt man fest, daß auch sie nur bei Drogenabhängigkeit und bei einem bisexuellen Partner als "AIDS"- Fall diagnostiziert werden können. In den sonstigen Übertragungswegen sind hier alle möglichen Faktoren enthalten, heterosexueller Verkehr spielt keine Rolle, wie Studien in angesehenen Fachzeitschriften unterstreichen, wie die von Padian, die eindeutig die heterosexuelle Übertragung von HIV als selten und bedeutungslos bezeichnen(72)?

Hetero- AIDS" in Abwesenheit intravenöser Drogenabhängigkeit ist also eine medizinische Rarität. Wie rar "HIV- Positivität" bei Frauen und Kindern ist, zeigt das zweite Diagramm rechts. Frauen haben rein körperlich ein größeres Risiko, sich zu infizieren, aber sie sind extrem selten betroffen. Hetero- Frauen hochgradig gefährdet durch ein existentes, infektiöses Virus, das durch GV übertragen wird. Aber offensichtlich nicht durch HIV, das kommt bei Frauen zumeist unter Drogensüchtigen vor.

Offenbar ist dies Virus in den Industrieländern schwul oder drogensüchtig, in den USA beispielsweise kommt "AIDS" zu 95% bei Männern vor. 82% aller "HIV"- Infektionen in Deutschland entfallen auf Männer.

Anders in Afrika, wo das Verhältnis betroffener Männer und Frauen in etwa gleich ist, und wo angeblich Millionen von Kindern betroffen sind.

Von der amerikanischen Armee wurden seit 1985 über eine Million männlicher und weiblicher Rekruten im Alter zwischen 17 und 19 auf "HIV-Antikörper" untersucht.(71) Bei beiden Geschlechtern waren konstant jeweils 0,03 % antikörperpositiv. Bei den "AIDS"-Fällen der 17 - 24jährigen in den USA jedoch gibt es zehnmal mehr Männer - dies ist mit der "HIV/AIDS"- Theorie nicht vereinbar. Warum sind junge Männer wie Frauen von "Positivität" gleichermaßen, von "AIDS" aber fundamental unterschiedlich betroffen? Die erste "AIDS"- Definition enthielt außer dem Kaposi- Sarkom nur wenige, seltene Krankheiten; ein Drittel der "Positiv"- Fälle der ersten Jahre wurde durch eine "Kaposi- Sarkom Diagnose", einem Epitelkrebs, als "AIDS"- krank definiert. Vom 1.1.1982 - 1.1.1997 wurden in Deutschland vom "AIDS-Zentrum" insgesamt 2736 Kaposi- Sarkom- Fälle erfaßt. Davon entfielen 2505 KS-Fälle auf die Kategorie „Homosexuelle". Die übrigen KS-Fälle entfielen auf "heterosexuelle Risikogruppen" und die Kategorie "Keine Angaben zur Risikogruppe". Da lesbische Frauen nicht zu den Risikogruppen gehören, "AIDS" bei Ihnen nicht in der Literatur erwähnt wird, können die o.g. Kaposi- Fälle fast ausschließlich Männern zugeordnet werden. Das heißt, daß Kaposi bei "AIDS"- kranken Frauen so gut wie nie auftaucht. Und das bedeutet, daß unter den ersten "AIDS"- Fällen, wenig Frauen sein konnten. Das änderte sich erst später, mit der Erweiterung der "AIDS"- Definition. Leider zählt das RKI hier nicht ordentlich, sonst hätte ich genaue Zahlen. Bei Frauen nämlich verzichtet man darauf, die "opportunistischen Erkrankungen", die zum Tode führen, einzeln aufzulisten. Sonst könnten ja ich und jeder andere nachrechnen , wie viele

"AIDS"- Fälle bei Frauen heute auf Kosten der obskuren neuen Definition von "AIDS" zustande kommen. Mit der Neudefinition wuchs die Gefahr für Frauen rapide, zum "AIDS"- Fall gemacht zu werden. Beispielsweise wurde die Diagnose "Krebs des Muttermundes", die gar nichts mit HIV zu tun hat, sondern eigentlich nur die Dummheit und Zynismus der "AIDS- Offiziellen" optimal auf den Punkt bringt, als "AIDS"- definierende Krankheit eingeführt. Interessant dabei, wie unterschiedlich die Fall- Zuwächse in den verschiedenen Ländern ausfielen. Besonders plakativ sehen die Daten für die USA aus; denn dort ging man 1993 noch einen Schritt weiter. Nicht nur neue "AIDS- definierende" Krankheiten kamen hinzu, auch "Positive", die symptomfrei waren, wurden als "AIDS- Kranke" definiert, wenn Sie ein einziges Mal einen T4- Wert unter 200 hatten. T- Zellen sind Helferzellen des Immunsystems, die Spannweite "normaler" bei Menschen gemessener T4- Werte variiert für die Schulmedizin übrigens zwischen 250 und 2500! Symptomlos, und doch erkrankt: Die CDC in den USA macht's möglich. Diese Definitionsänderung war dann in Deutschland selbst dem RKI zu viel, die ja sonst immer fleißig alles aus den USA übernehmen. In Deutschland und, soweit ich weiß, sämtlichen anderen Industrienationen, übernahm man dies nicht.

Die CDC in den USA aber wollte offenbar "mehr AIDS". Und das bekam man: So verdoppelte man die Anzahl der Menschen, an denen man die "antiviralen Medikamente" ausprobieren konnte, denn "AIDS"- Kranke haben in den USA, im Unterschied zu den "HIV- Positiven" unentgeltlichen Zugang zu den Medikamenten.

Neue Versuchsmenschen, an denen man Pharmagifte ausprobieren konnte, nach dem Zufallsprinzip bestimmt. Wer da in den USA plötzlich "AIDS" hatte, brauchte nur mit dem Flieger nach Deutschland zu kommen, und schon war er wieder "gesund".

Wie kann man von e i n e r Krankheit sprechen, die weltweit so unterschiedlich interpretiert wird? Wie kann jemand, der mit dem Flugzeug einen Interkontinentalflug macht, gestern noch in den USA als "AIDS- krank" und heute in Deutschland als "nur" "positiv", aber gesund diagnostiziert werden? Auch wenn man in Deutschland nicht so zynisch und so dreist war, gleich eine Verdoppelung der "AIDS"- Fälle am grünen Tisch zu beschließen, so übernahm man doch aus den USA stammende Tricks.

Nehmen wir noch einmal die Anzahl der Frauen, die angeblich an "AIDS" erkrankt sind. Schaut man sich die absoluten Zahlen jährlicher neuer Fälle an, müßte eigentlich Entwarnung gegeben werden: Es ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Davon war in den Medien wie in den Presstexten des RKI nichts zu hören: Es hieß (und heißt immer noch) "AIDS" würde jetzt besonders häufig bei Frauen auftreten:

Das ist Unsinn, wie das Diagramm zeigt: Die absoluten Zahlen sinken kontinuierlich, doch der prozentuale Anteil z.B. der Frauen an allen neuen Fällen geht nicht zurück, wächst relativ, seit 1993, seit der Erweiterung der "AIDS"- definierenden Krankheiten. Seit dadurch die Anzahl "AIDS"- kranker Frauen langsamer sinkt, als die der Männer. "AIDS" wird seltener + "AIDS" bei Frauen wird auch, aber nicht ganz so schnell seltener = "AIDS" bei Frauen

steigt rapide. Ein Rückgang wird als Zuwachs verkauft, und der kam nur zustande, weil man die Definition auf das Absurdeste änderte, dadurch der prozentuale Anteil der Frauen an der Zahl der Gesamtfälle leicht anstieg, und man im Gegensatz zu früheren Jahren statt der ehrlichen absoluten Zahlen plötzlich prozentuale Anteile veröffentlichte. **Aber "AIDS" ist ja eine Seuche, die nur auf Papier existiert.**

Beim männlichen Teil der Bevölkerung, in großer Mehrzahl bei Schwulen und Drogensüchtigen, ist HIV übrigens hauptsächlich lt. RKI ein Problem der über 30jährigen. Offenbar sind für "Positivität" und "AIDS" andere Gründe ausschlaggebend, als eine Infektion mit "HIV". Offenbar hat ein junger Mann ein verschwindend geringes "AIDS"- Risiko, im Vergleich zu einem in den "mittleren Jahren". Offensichtlich benötigt es andere Faktoren, um einen "positiven" Test zu bekommen! Grafik: "AIDS" bei Männern in Deutschland nach Altersgruppen; Quelle: RKI Heft 17/97

"Aids" in den Entwicklungsländern:

Eine Sache der Definition

In den Industrieländern ist "AIDS" zu 85- 95 % ein Problem von Schwulen und Drogensüchtigen. In Afrika hingegen ist es überwiegend ein heterosexuelles Problem. Warum, weiß keiner der "AIDS"- Offiziellen. Schaut man sich die für Afrika gültigen "AIDS"- Definitionen an, (siehe nächste Graphik) so ahnt man allerdings schnell, was sich hinter dem Phänomen "AIDS in Afrika" verbirgt: AIDS ist in Afrika, jeder Kontinent hat eine eigene AIDS- Definition, sehr leicht diagnostizierbar: In Afrika sind es gleich 3 verschiedene AIDS- Definitionen. Zwei Definitionen verlangen einen Elisa- Test, der aus Geldmangel nur sehr selten durchgeführt wird. Die gebräuchlichste ist die Bangui- Definition: Es reicht aus, z.B. 10% Körpergewicht verloren zu haben, 1 Monate unter Durchfall zu leiden und zu husten, (Verdacht auf TBC) Und schon hat man AIDS, natürlich ohne HIV- Antikörpertest. Die Symptome, die AIDS in Afrika diagnostizierbar machen, tauchen bei **sehr vielen Armutskrankheiten** auf: Folglich grassiert "HIV" in Afrika besonders in den ärmsten Gegenden, wo ein Gesundheitssystem gänzlich fehlt, wo es kaum sauberes Trinkwasser gibt. In Afrika werden Krankheitsbilder einfach umdefiniert: Früher war es Cholera, Typhus, Malaria, jetzt ist es AIDS.

In den meisten afrikanischen Ländern wird durch die WHO mehr Geld für die Bekämpfung von "AIDS" zur Verfügung gestellt, als einige Staaten für das Gesundheitssystem insgesamt auszugeben in der Lage sind. AIDS- Tests werden nur stichprobenartig durchgeführt. Sie sind zu teuer. Diese Ergebnisse werden hochgerechnet. Dabei ist der Elisa- Test anfällig gegen Kreuzreaktionen: Eine Untersuchung ergab, daß der Elisa- Test ("Such- Test")

bei 65% der getesteten Lepra- Kranken positiv reagierte; der Western- Blot, "Bestätigungstest", gar zu 77%. Tuberkulose- Erreger sind Lepra- Erregern sehr ähnlich, auch hier sind falsch- positive Reaktionen wahrscheinlich. Auch bei Malaria sind solche Reaktionen nachgewiesen.

Der österreichische Arzt Dr. Fiala hat sich ausführlich mit "AIDS" in Afrika beschäftigt. Hier ein kleiner Ausschnitt aus seinem Buch. "Das rassistische Virus 'traditionelle Promiskuität und Prostitution'", berichtet die Korrespondentin der österreichischen Qualitätszeitung ,Die Presse', ,sind verantwortlich für den ,Massentod auf dem schwarzen Kontinent'. Gemeint ist nicht homosexuelle Promiskuität, sondern die angebliche Promiskuität des durchschnittlichen Schwarzafrikaners. Sie steht im Zentrum der afrikanischen Aids-Apokalypse: Die Zahl von angeblichen 19 Millionen Aids-Infizierten wird damit begründet, daß sich das Aids-Virus in Afrika über den heterosexuellen Geschlechtsverkehr ausbreite. Und die angebliche heterosexuelle Ausbreitung wird damit begründet, daß die 19 Millionen HIV-Infizierten anders nicht zustande kommen könnten. Da die Anzahl der angeblich HIV-Positiven auf völlig absurde Weise "ermittelt" wurde und die Feststellung einer angeblich ausgebrochenen Aids-Erkrankung auf ähnlich absurde Weise zustande kommt, ist einer völlig beliebigen Interpretation des sogenannten Zahlenmaterials Tür und Tor geöffnet.

Wie Studien aussehen, die versuchen, genauer zu sein, möchte ich an Hand des folgenden Beispiels demonstrieren. In Ruanda wurde die Häufigkeit von Todesfällen unter 460 HIV-positiven und 942 HIV-negativen Frauen während zweier Jahre untersucht. In diesem Zeitraum starben 42 Frauen, von denen 39 HIV-positiv und drei HIV- negativ waren. Die Autoren kommen deshalb zu der erschreckenden Schlußfolgerung: "HIV ist nunmehr für 90 Prozent aller Todesfälle bei Frauen im gebärfähigen Alter verantwortlich. "Nun war bei 14 dieser 39 Frauen nicht Aids, sondern eine andere Krankheit Ursache ihres Todes. Zugleich gab es im selben Zeitraum noch weitere 50 HIV-positive Frauen, die als Aids-krank diagnostiziert wurden, von denen sich aber 25 in einem solchen Ausmaß erholten, daß sie nicht weiter unter die Aids-Fälle gezählt wurden. Die andere Hälfte lebte am Ende der Studie mit Aids-Symptomen weiter. Schließlich wurde in der selben Studie bei weiteren 30 Frauen Aids nach WHO-Definition diagnostiziert. Nachträglich stellte sich heraus, daß alle diese Frauen negative HIV-Tests hatten und daß auch alle Wiederholungstests negativ blieben. Zusammenfassend ließ sich im konkreten Fall sagen, daß von den insgesamt angeblich 105 Aids-kranken Frauen die Hälfte wieder gesund wurde und nicht mehr in der Aids- Statistik erscheint und daß ein weiteres Viertel mit ihren Beschwerden weiterlebt oder an anderen Krankheiten verstarb. Ein Viertel der angeblichen Aids-Fälle verstarb innerhalb des Beobachtungszeitraumes von zwei Jahren tatsächlich an Aids. Im übrigen sollte man sich mehr an Karl Popper halten, der postulierte, daß in den Naturwissenschaften ein Experiment, daß eine Hypothese widerlegt, ungleich wertvoller sei, als ein Dutzend anderer, die es bestätigen.

Zumindest ein solches Experiment ist aus Afrika bekannt: In einem ländlichen Teil des früheren Zaire, in dem die Bevölkerung wenig Zugang zur westlichen

Medizin - zu Injektionsspritzen - hat, wurden die Bewohner im Abstand von zehn Jahren auf HIV untersucht. In diesem Zeitraum blieb die HIV-Infektion konstant bei 0,8 Prozent. Das HIV-Virus hat sich in der Bevölkerung also innerhalb voller zehn Jahre überhaupt nicht ausgebreitet - das ist mit der Annahme einer heterosexuellen Übertragung nicht vereinbar. Wenn wir nicht annehmen, daß der in Afrika auftretende Aids-Virus sich grundsätzlich anders benimmt als der, den wir in Europa finden oder daß afrikanische Männer und Frauen sich ihm auf grundsätzlich andere Weise ausliefern, dann können wir, was die heterosexuelle Ausbreitung betrifft, nur jene Studien heranziehen, die einigermaßen seriös in Europa oder in den USA durchgeführt wurden. Und die besagen, daß Aids auf heterosexuellem Wege nur in minimalem Ausmaß übertragbar ist. Jede Theorie, die für Afrika das Gegenteil annimmt, halte ich für unbewußt rassistisch." (aus: Dr. Christian Fiala, "Lieben wir gefährlich", Deuticke Verlagsgesellschaft, Wien, ISBN: 3-216-30293-8)

Dr. Fiala geht von der Existenz des "HIV" aus, trotzdem ist sein Buch sehr lesenswert. Er hält einen unbewußten Penisneid des weißen auf den afrikanischen Mann psychologisch für einen Grund dieser "AIDS in Afrika Theorien".

Am besten brachte dies übrigens "Der Spiegel" höchstselbst auf den Punkt: "Die Furcht vor der Epidemie müßte die schwarze Sexualität bremsen, müßte sie domestizieren und eindämmen, um die Seuche unter Kontrolle zu bekommen." Hier sei mal etwas schlüpfrig nachgefragt, ob es denn Aktphotos "schwarzer Giganten" waren, die den Spiegel- Autor so sehr beeindruckten, daß ihn die Größe ihrer primären Geschlechtsmerkmale dazu brachte, ihre Sexualität "domestizieren und bremsen" zu wollen.

Auch der "AIDS"- Kritiker Neville Hudgkinson findet Widersprüche beim Phänomen "AIDS in Afrika": "Die Angst vor AIDS hat fast eine ebenso große Wirkung wie AIDS selbst. Die Leute haben Angst, zum Arzt zu gehen, weil sie befürchten, dann als AIDS-Fall diagnostiziert und zum Tode verurteilt zu werden. Es ist in Uganda zu einem Witz geworden, daß es Dir nicht erlaubt ist, an etwas anderem als AIDS zu sterben", sagte Bialy. "Eine beliebte Geschichte ist die, daß ein Freund gerade vom Auto überfahren worden ist; die Ärzte betrachten es als AIDS-bezogenen Selbstmord." - Ich hörte folgendes vom Portier unseres Hotels in Kampala. Lachend sagte er "AIDS werde als sexuell übertragen hingestellt, und trotzdem seien in den fünf Jahren, die er dort sei, die Prostituierten, die an die Bar kamen, genau dieselben geblieben, keine von ihnen sei krank geworden. (...) Bialy, wissenschaftlicher Herausgeber von "Bio/Technology", einer Schwesterzeitschrift von "Nature", hat Afrika seit 1975 immer wieder besucht und dort acht Jahre lang gelebt.

"Das einzige völlig neue Phänomen, das ich dort beobachtet habe, liegt in den Drogen konsumierenden Prostituierten in Abidjan an der Elfenbeinküste", sagt er. Diese Mädchen kommen aus Ghana, aus Prostituierten-Familien, die in Busladungen hergebracht werden. Sie tun dies seit Generationen und sind bis heute nie krank geworden." Das Neue ist die Abhängigkeit dieser Mädchen von schlimm verunreinigtem Heroin und Kokain, das sie rauchen. Es zerstört sie vollkommen. Sie sehen genauso aus, wie die Crack- Süchtigen Prostituierten in den Innenstädten der USA. Ansonsten habe ich Malaria, Tuberkulose und

Durchfallerkrankungen gesehen, die, wie sich begründen läßt, ernsthafter geworden sind; aber gemäß allen Regeln wissenschaftlicher Beweisführung ist dies bedingt durch den allgemeinen wirtschaftlichen Verfall, den Niedergang des Gesundheitswesens und die Entwicklung resistenter Erregerstämme. All diese Dinge können genau erklären, was abläuft, und zwar viel wirksamer und überzeugender und sehr viel mehr zum Wohle der Volksgesundheit, als zu behaupten, diese Krankheiten seien durch HIV verschlimmert worden." [...]

Die meisten AIDS-Diagnosen in Afrika schließen keinen HIV-Test ein, sondern stützen sich auf eine WHO-Definition, welche auf klinischen Anzeigen gründet, einschließlich Gewichtsverlust, chronischem Durchfall und anhaltendem Fieber. Eine kürzlich in "The Lancet" veröffentlichte Studie eines in Ghana arbeitenden japanischen Arztes berichtet, daß aus einer Gruppe von 227 als AIDS-Fälle diagnostizierter Patienten, die alle drei dieser Anzeichen aufwiesen, wie auch andere "AIDS-bezogene Zustände", bei 59 Prozent keine Spur von HIV im Blut nachgewiesen werden konnte.

Eine durch das Mißverhältnis zwischen den apokalyptischen Warnungen vor der Verbreitung von AIDS in Afrika und ihren eigenen Beobachtungen verwirrte britische Expertin ist Prof. Beverly Griffin, Direktor für Virologie an der "Royal Postgraduate Medical School" des Hammersmith-Hospital im Westen Londons. In einem Zeitraum von sieben Jahren hat sie Hunderten von Kindern in Malawi Blutproben entnommen. Der Anteil der HIV-Positiven unter ihnen blieb über diesen Zeitraum unverändert bei 1 - 2 Prozent.

Dies wirft nach ihrem Gefühl Zweifel auf anderweitige Feststellungen, nach denen sich Malawi im Griff einer HIV-Epidemie mit einer Infektionsrate von rund einem Fünftel der Bevölkerung befindet. Solche Behauptungen mögen auf eine kleine Gruppe von Menschen in städtischer Umgebung zutreffen, doch meine Zahlen legen nahe, daß man hieraus nicht das hochrechnen sollte, was im Land insgesamt existiert.") (aus: THE SUNDAY TIMES, 21. März 1993) AIDS in Afrika: Gewichtsverlust, Durchfall, und etwas Herpes: schon gibt es einen neuen AIDS- Fall: eine Krankheit ohne eigene Symptome, eine Summe aus 30 möglichen anderen Krankheiten, aber wird (bis heute) ausgerechnet über ihre "Symptome" diagnostiziert:

In Afrika, südlich der Sahara, betrug der "Bevölkerungsüberschuß" etwa 100 Millionen Bewohner pro Jahr während des letzten Jahrzehnts! Und das trotz der verheerenden Verbreitung von AIDS, die scheinbar als passives (?) Instrument der Bevölkerungspolitik gesehen wird. Denn der WHO- Weltbevölkerungsbericht konstatiert, daß nach Ansicht vieler Bevölkerungsexperten "AIDS" "die Geburtenplanung in den Drittweltländern mehr gefördert hat als alle früheren Programme."(6) Wie sicher ist die Richtigkeit von WHO- Zahlen bzgl. der Fälle von "HIV+" und "AIDS" in den meisten Staaten südlich der Sahara, wenn dort die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung für die Gesundheitsversorgung 6 US \$ betragen? Ein einziger kompletter "HIV- Test", (2 x ELISA-Test, 1 x Westernblot) kostet bei weitem mehr als 6 Dollar und wird deshalb nicht flächendeckend eingesetzt. Statt dessen werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Gesundheitsbürokratien der einzelnen Länder bestimmte Mittel für die "AIDS- Aufklärung" zugewiesen.

Je mehr "AIDS" dort vorkommt, umso mehr Geld gibt es. Als Gegenleistung werden von den betroffenen Ländern die von der WHO geschätzten Zahlen

über die Verbreitung von "HIV-Infektionen" und "AIDS- Fällen" akzeptiert. Wie da in den labilen Demokratien, Diktaturen und Vetternwirtschaften die Gelder weiterfließen, würde mich schon stark interessieren. In den auf den WHO-Zahlen beruhenden Meldungen in den Medien werden in der Regel die spekulativen "HIV-Infektionen" und "AIDS-Erkrankungen" pauschal und verfälscht als "AIDS-Fälle" in Afrika gemeldet. So kommen dann die manipulierten Zahlen über bis zu 20 Mio. "AIDS-Fälle" in Afrika, etwa 90% der weltweit gemeldeten "AIDS-Fälle" zustande, ohne irgendeine substantielle Erkenntnisgrundlage(7).

Die Darstellung von "AIDS" als in Afrika "völkermordenden Seuche" im unseren westlichen Massenmedien wiederum verstärken "AIDS" in unserem Bewußtsein, und wirkt sich verkaufssteigernd auf den Umsatz der "AIDS-Tests" und "Anti-HIV-Medikamente" hierzulande aus. So wird das "arme Afrika" passiverweise als Umsatzmotor für den „reichen Westen" benutzt. Als Dank verkauft z.B. GlaxoWellcome AZT in Afrika zum halben Preis. Die "WHO" und "UNAIDS" sind im übrigen wenigstens so korrekt, auf ihre veröffentlichten "Statistiken" das Wort "geschätzte AIDS- Fälle" ("estimated AIDS- cases") zu schreiben.

Die Caracas- Definition

Aber nicht nur Afrika ist ein Spielball der Interessen. In Südamerika gibt es auch einige Absurditäten, und natürlich ist hier die CDC, die US- Pentagon-Behörde, wieder mit im Spiel. Es passiert weltweit kaum etwas in Sachen "AIDS", wo die CDC nicht ihre Finger im Spiel hätte. So auch bei einer "AIDS"-Definition speziell für Südamerika:

Die "Caracas Definition" für Südamerika, die der "Bangui"- Definition sehr ähnelt, ist allerdings noch etwas absurder: Hier braucht man den Patienten nicht einmal mehr zu wiegen, um per "Gewichtsverlust" eine "AIDS"- Diagnose stellen zu können: es reicht der Augenschein. Verfasser: CDC, Panamerikanische Gesundheitsbehörde und Universität Rio de Janeiro. Zitat:

"Es gab den allgemeinen Wunsch, auf den bisherigen Erfahrungswerten aufbauend, eine neue Definition einzuführen, da die WHO- Definition unbefriedigende Ergebnisse liefert, und wegen der geforderten Symptome außerhalb von Afrika möglicherweise nicht anwendbar ist (...). Obwohl AIDS-Patienten in Brasilien sehr häufig Fieber haben, konnten Durchfall und Gewichtsverlust, welche einen willkürlichen Wert übersteigen, nicht oft genug beobachtet werden, um die Kriterien der WHO zu erfüllen. (...) Um der Schwierigkeit aus dem Weg zu gehen, das Normalgewicht feststellen zu müssen, oder viele Patienten zu wiegen, erlaubt die Caracas- Definition Untergewicht klinisch zu diagnostizieren, ohne dabei den Patienten wiegen zu müssen"(8)

Es soll überprüft werden, ob ein Mensch an einer tödlichen Krankheit leidet. Angesichts einer so folgenschweren Untersuchung ist das Wiegen eines Menschen, welches Sekunden dauert, offensichtlich ein unzumutbarer Zeitaufwand. Was für ein Menschenbild, was für ein Gewissen, was für eine

Ethik haben Menschen, die so etwas schreiben. Abgesehen davon ist die Sprache des Ausschnittes sehr aufschlußreich:

1. "allgemeiner Wunsch (...) unbefriedigende Ergebnisse": Wer wünscht sich hier eine Neudefinition? Offenbar die Ärzte und Wissenschaftler! Und warum und für wen sind wenige "AIDS"- Fälle "unbefriedigend"? Für die Menschen wohl eher nicht, nur für Immunologen, Virologen und andere, die mehr UNO-Gelder für die "Bekämpfung von AIDS" haben wollten!

2. "WHO- Definition (...) außerhalb von Afrika nicht anwendbar":

Deutlicher geht es kaum! Hier geben die Herren offen zu, was auch ich glaube: Die "AIDS"- Definition für die 3. Welt (Bangui) mit Schwerpunkt Afrika ist darauf zugeschnitten, afrikanische Besonderheiten (Seuchen, extreme Armut) zu "AIDS" umzudefinieren. Wendet man diese Definition in Ländern an, die nicht ganz so arm sind, dann sind die Ergebnisse unbefriedigend, weil unterm Strich zu wenig "AIDS" dabei herauskommt. Es heißt dann, die Definition, sie sei "nicht anwendbar", man wolle eine neue Definition. Offensichtlich gibt es in Südamerika zu wenig Seuchen, ist die Armut nicht groß genug, gibt es zu viel sauberes Trinkwasser, als daß man mit der "Bangui"- Definition "zufrieden" sein könnte, ausreichend viel "AIDS" herbeidefiniert werden könnte. Die Macher der "Caracas- Definition" geben dies ganz offen zu, in dem sie davon sprechen, daß "Durchfall und Gewichtsverlust (...) nicht oft genug beobachtet werden konnten". Was ist denn für die Beteiligten "oft genug"? Wie viele "AIDS"- Kranke sind denn genug? Aber die Herren wußten selbst Abhilfe zu schaffen, und haben einfach neu definiert.

Wo der Wunsch nach "AIDS"- Fällen so groß ist, da wird wahrscheinlich so mancher Patient wegen Untergewicht zum "AIDS"- Fall, der sich eigentlich gar nicht untergewichtig findet.

Theoretisch verlangt die "Caracas- Definition" übrigens einen HIV-Antikörpertest. Aber ob der in Costa Rica, Haiti und in anderen ärmeren Ländern tatsächlich gemacht wird, kann ich nicht beurteilen. Und ob die Ärzte in den Favelas von Rio, wenn sie schon keine Waage benutzen müssen, einen zeitraubenden und teuren "HIV- Antikörpertest" machen wollen, oder machen können, halte ich gelinde gesagt für unwahrscheinlich.

Irrationales aus der Welt der Schulmedizin: "AIDS" bei negativen "HIV"- Tests

Es scheint schwierig, die bisherigen Absurditäten der "AIDS"- Hypothese noch zu überbieten. Doch es kommt noch besser. Bislang haben wir nur epidemiologische Widersprüche, verbogene Statistiken über eine willkürlich und frei definierte Krankheit vorgefunden. Ein erster echter Höhepunkt auf unserer Reise, man vergebe mir den Spott, besonders "positive" Leser mögen sich jetzt denken ,so kann nur einer reden, der "es" nicht hat', aber es ist wirklich zu absurd:

Es gibt "AIDS" ohne "HIV"!

Also, wir erinnern uns mal an die "AIDS"- Präventions-Spots im Fernsehen. Da hieß es doch immer: "Der AIDS- Test gibt eine Antwort". Doch was für eine Antwort gibt er uns? Offenbar eine nicht sehr zuverlässige: Auch in Deutschland

können "HIV- negative" Menschen, also Patienten mit negativem HIV- Test, einem "Viral Load" von 0, gleich direkt als AIDS- krank diagnostiziert und damit zum Tode zu verurteilt werden. Ein angeblicher spezifischer Test (HIV- Antikörpertest) wird hier von den Propagierern des Virus, der Schulmedizin selbst ad absurdum geführt: Es gibt AIDS in Abwesenheit von HIV!!! Schwer zu glauben, aber wahr: Ein Mann kommt zum Arzt, hat eine PCP, eine Pilzinfektion der Lunge(76,77), die häufig fälschlicherweise als Protozoen- Befall interpretiert wird, hat wenig Immunzellen vom Typ T4. Der Arzt macht einen "HIV- Test". Der ist negativ. Der Arzt mißt den "Viral Load", die Anzahl der "HI- Viren", die sich angeblich im Blut des Patienten befinden. Der Viral Load liegt bei "Null". Trotzdem ist der Patient, folgt der Arzt den Empfehlungen von CDC und RKI, jetzt plötzlich gleich "AIDS"- krank. Gleiches gilt nicht nur für PCP, auch Herpes bei niedrigen T4- Werten führt zu einer "AIDS"- Diagnose. (Grafik aus: dt. Ärzteblatt 90, Heft 34/35, August 1993)

Zu den Krankheiten aus Abschnitt 2b siehe auch folgende RKI Tabelle. Erweiterte AIDS-Falldefinition für die epidemiologische Überwachung in Europa zum 1. Juli 1993

Von mir überarbeitete Fassung. Ich habe lediglich verquaste Formulierung und Fremdwörter übersetzt, Anmerkungen in Zahlen nach der Tabelle. Zahlen verweisen auf Kommentare am Ende der Tabelle

Krankheitsbilder, die nach der Falldefinition für die epidemiologische Überwachung in Europa bei Jugendlichen (>12 Jahre) und Erwachsenen zur

Diagnose AIDS führen

Die Diagnose AIDS wird gestellt:

wenn diese Erkrankung auf histopathologische oder mikro-biologische Weise diagnostiziert wird (eine HIV- Infektion muß nicht nachgewiesen sein) bei klinischen Verdacht auf eine der folgenden Erkrankungen und einer nachgewiesenen HIV- Infektion

Pilzerkrankung der Luftröhre, Bronchien, Lunge

ja

HIV- bedingte, nicht- entzündliche Hirnveränderung²

ja

Herpes simplex-Virus¹ bedingte chronische Geschwüre (1 Monat)

ja

Herpes simplex-Virus¹ bedingte Bronchitis, Pneumonie, Ösophagitis

ja

durch histoplasma capsula-tum³ hervorgerufener Pilzbefall innerer Organe

ja

Befall v. Isospora- Parasiten

ja

Kaposi-Sarkom

ja

Pilzbefall durch *Coccidioides immitis* der inneren Organe

ja

Hefepilzbefall außerhalb der Lunge

ja

Chronischer Hefepilzbefall (*Cryptococcoideae*) des Darmes

ja

Lymphknotenschwellungen (Lymphome), meist mit Sarkom(Tumor)

ja

Lymphome des Gehirns

ja

durch Mycobakterien (*Mycobacterium avium* complex) hervorgerufene Erkrankungen in- oder außerhalb der Lunge

ja

Tuberkulose

ja

Mykobakterien, andere und nicht klassifizierte Typen, in oder außerhalb der Lunge

ja

Pneumocystis carinii Lungenentzündung durch Pilzbefall der Lunge

ja

Mehr als eine Lungenentzündung in den letzten 12 Monaten

ja

Progressive multifokale Leukenzephalopathie (eine Hirnerkrankung)

ja

Salmonellen-Septikämie, wiederholt

ja

Befall von Toxoplasmose- Erregern des Gehirns

ja

Wasting-Syndrom (HIV-Kachexie): Abmagerung in folge massiver Organfunktionsstörungen

ja

Eindringender Krebs am äußeren Muttermund

ja

Zytomegalie-Virus (CMV)-Erkrankung
(anderer Organe als Leber, Milz oder Lymphknoten)

ja

Zytomegalie-Virus- Infektion (CMV) der Netzhaut

ja

Persönliche Anmerkungen zu dieser Tabelle:

Die Übersetzung der Fachbegriffe erfolgte mit dem LaRoche Medizin Lexikon auf CD-ROM, Version 3.5. Ich mußte Vereinfachungen vornehmen, ansonsten bräuchte ich ca. 3 Seiten, um die erwähnten Krankheiten ausführlich zu beschreiben.

5. Herpes als "AIDS"- definierende Erkrankung: Das La Roche Medizin- Lexikon schreibt zu Herpes Simplex:

"Herpes-simplex-Virus (...) allgemein verbreitetes (= ubiquitäres), sämtliche Gewebe befallendes (pantropes), fakultativ aber Haut-, Nervengewebe bevorzugendes (ektodermo- bzw. neurotropes) Virus der Gruppe der Herpesviren."

Ich finde es einfach nur merkwürdig, daß ein "allgemein verbreitetes Virus" ein Indikator für eine sehr seltene und tödliche Krankheit wie "AIDS" sein soll. Verlangen Sie hier bitte keine Erklärung von mir, sondern fragen Sie bitte das RKI!

6. Als solche Degenerationen gelten Demenzen, bei denen keine andere Ursache gefunden wird, und deshalb bei jungen Menschen auf HIV als einzig möglichen Ursache angenommen wird. Jetzt mal ganz langsam:

a. Ein Patient hat körperlich bedingte Demenz, ist ansonsten symptomfrei.

b. Der Arzt macht HIV- Tests und mißt den Viral Load, beide sind negativ, bzw. liegen bei Null.

b. Der Arzt findet keine andere Ursache für die Demenz

c. Der Arzt erklärt den Patienten für an "AIDS"- erkrankt.

HIV sorgt bei persönlicher Abwesenheit und bei der Abwesenheit anderer Krankheitsursachen offensichtlich zwangsläufig für eine "AIDS"- Diagnose. Ist kein HIV im Körper, kann man die Symptome nicht anders erklären, dann ist es eben das böse HIV --- Verlangen Sie hier bitte keine Erklärung von mir, sondern fragen Sie bitte das RKI!

7. Histoplasma capsulatum kommt nicht nur bei Menschen, sondern auch bei Haustieren sehr häufig vor. Hat mein Hund nun "AIDS", wenn er noch nie Analverkehr mit einem anderen Rüden hatte, wenn er aber von diesen Pilzen befallen ist?

8. Diese Erkrankung kommt lt. dem La Roche- Lexikon in Amerika vor. Offensichtlich vergaß das RKI beim Abschreiben der CDC- Fallerweiterung, diese US- spezifische Erkrankung aus der Fallerweiterung für Europa/Deutschland herauszustreichen 5. Im La Roche- Lexikon steht zur PCP: "Lungenparasit bei Ratten, Mäusen, Hunden u.a. Haus- u. Wildtieren; an AIDS Erkrankten" Diese Pneumonie ist die häufigste Todesursache bei "AIDS"-Kranken. Schätzungsweise 95% der Todesfälle gehen auf ihr Konto. Die PCP gilt irrtümlicherweise immer noch als Protozoenbefall, wie RKI und das La Roche Lexikon zeigen, obwohl nachgewiesen wurde, daß es Mikropilze sind, die sich in der Lunge ansiedeln(76,77). Ein fundamentaler Irrtum der "AIDS"-Medizin, dessen Bedeutung später klar werden wird.

Um das alles zu verarbeiten, gehen Sie doch mal kurz davon aus, daß die Schulmedizin Recht hat, wenn sie sagt, daß HIV ein infektiöses Virus ist, welches durch Testverfahren eindeutig nachzuweisen ist, und welches früher oder später "AIDS" verursacht. Nehmen wir dann das Phänomen "AIDS" in Abwesenheit von "HIV". Dieses Phänomen ist aus zweierlei Gründen nicht mit der "HIV"- Theorie vereinbar, weil, wenn beide Aussagen richtig sind, dies bedeutet, daß

* entweder "HIV- Nachweise" nicht funktionieren. Warum sonst wären all diese in der Tabelle genannten Erkrankungen ein Anzeichen von "AIDS" bei negativen "HIV"- Tests? Das hieße, beim "HIV"- Test würden "HIV -Positive" durchs Sieb fallen, "HIV"- Infektionen blieben durch die Tests unentdeckt, und deshalb müßte man durch andere Indikationsverfahren "nachbessern", um die Fälle zu erwischen, die von "HIV"- Test nicht erkannt werden, oder aber:

* "HIV" nicht automatisch "AIDS" verursacht, "AIDS" auch ohne "HIV" zustande kommen kann, "AIDS" also ein Phänomen ist, welches auch ohne "HIV" auftritt. Dann wäre "HIV" aber nicht die Ursache von "AIDS", zumindest nicht die alleinige. Und was wäre "HIV", wenn es nicht mehr die (alleinige) Ursache von "AIDS" wäre? Ein kleines, harmloses Virus, oder bestenfalls einer von vielen Faktoren, die zusammen "AIDS" verursachen können.

Halten wir also fest: Das RKI, die oberste deutsche Seucheninstanz, und damit die Schulmedizin als Ganzes weiß es auch nicht so genau, aber irgendwie sind anscheinend die Tests nicht so zuverlässig wie alle denken, oder "HIV" ist nicht, oder nicht die alleinige Ursache von "AIDS". Suchen Sie sich einstweilen die Interpretation aus, die Ihnen zusagt, werfen Sie eine Münze in die Luft, so sehr legt das RKI sich da anscheinend auch nicht fest. Wenn Sie aber unbedingt wissen wollen woran Sie nun zu glauben haben, dann schreiben Sie an: RKI, AIDS- Zentrum, Nordufer 20,13353 Berlin Bevor es gleich an die Irrtümer oder Betrügereien geht, die zur Entwicklung der Retroviren führten,

möchte ich aber auf der nächsten Seite etwas Grundsätzliches über die Schulmedizin loswerden.

B. Die Konstruktion von "AIDS" und "HIV"

Ist unser Körper ein Kriegsschauplatz?

Krankheit ist kein Krieg zwischen Gut und Böse - grundlegende Fehler im schulmedizinischen Denken und ihre 140 Jahre alten Ursachen

Immer mehr Krankheitsdiagnosen werden heutzutage aufgrund von Laborwerten vorgenommen: Der Arzt schickt eine Probe, z.B. Blut oder Urin, an ein Labor, das mißt die angeforderten Werte, der Arzt liest ab, was von der Norm abweicht, schaut in seinem Gedächtnis oder in einer Tabelle nach, nimmt daraufhin eine Diagnose vor, und greift zum Rezeptblock. Zumeist, ohne sich ausführlich mit der Krankengeschichte beschäftigt zu haben. Nackte Zahlen wie die Werte einer Laboranalyse sind schließlich objektiv, erlauben (scheinbar) einen objektiven Blick in den Körper des Patienten und die dort ablaufenden Prozesse. Und man braucht sich keine stundenlangen Krankengeschichten mit unklaren Symptomen anzuhören, für die die Zeit zumeist fehlt: Zeit ist Geld, eine Praxis zu eröffnen und zu unterhalten ist teuer. Freie, niedergelassene Ärzte stehen besonders häufig am Anfang ihrer Karriere unter einem großen Kostendruck: Kredite sind zurückzuzahlen, Angestellte zu entlohnen.

Verschrieben werden zumeist chemische Produkte der Pharmaindustrie; selbst wenn der Arzt will, kann er alternative, natürliche Produkte selten auf Kassenkosten verschreiben; wenn ein Krebspatient keine chemischen Keulen verschrieben haben möchte, sondern naturheilkundliche Medikamente nehmen möchte, so muß er, weil Krankenkassen dieses Produkt nicht auf ihrer Liste der "schulmedizinisch wirksamen" Medikamente haben, dem Patienten ein Privatrezept ausstellen, der Patient muß das Medikament selbst bezahlen. Die teuren "AIDS-Cocktails" (2- 3.000 DM/Monat) werden von den Kassen getragen, billigere alternative Medikamente, bzw. Padma 28 (ca. 100 DM/Monat), wie sie z.B. die Ärztin Juliane Sacher aus Frankfurt verschreibt, muß der Patient aus eigener Tasche bezahlen. Für den Patienten eine Kostenfrage: da greift mancher lieber zu den Pharma- Präparaten, weil er sich ein paar hundert Mark pro Monat nicht leisten kann. Ein Medikament für die Verwendung am Markt und bei den Krankenkassen zugelassen zu bekommen dauert Jahre, kostet einige hundert Millionen Dollar. Für Zulassungsstudien, für Anzeigen in den Fachmagazinen. Alternative Produkte kleiner Hersteller können da nicht mithalten. Die Produkte der Pharmaindustrie, die heute vom Durchschnittsmediziner verabreichten Pillen und Tropfen, sind Monosubstanzen, d.h. sie enthalten meist nur einen einzigen synthetisch hergestellten, in der Natur meistens nicht vorkommenden Wirkstoff. Sie wurden entwickelt, um hier etwas abzutöten oder zu blockieren, dort ein Symptom zu lindern, und anderswo die Bildung eines Hormons, eines Enzyms oder eines anderen Stoffes zu hemmen, oder gar, um gezielt Organfunktionen zu unterdrücken, was langfristig ernstzunehmende Organschäden hervorruft. Man kann nicht ein Glied einer komplizierten Reaktionskette manipulieren, ohne die gesamte Reaktionskette

durcheinanderzubringen. Pharmaprodukte sind in der Regel chemische, nicht in der Natur vorkommende Substanzen, die die biochemischen Vorgänge im Körper durcheinanderbringen, häufig für Nebenwirkungen sorgen. Weil medizinische Studien häufig über zu kurze Zeiträume verlaufen, weil solche Studien nicht selten aus der Portokasse des Herstellers des zu untersuchenden Medikamentes gemacht werden, weil das in Deutschland gültige und an sich hervorragende Arzneimittelgesetz viel zu zögerlich angewandt wird, und auch, weil die Forschungsinstitute, besonders die "Freien", existenziell von der Pharmaindustrie und ihren Aufträgen abhängig sind, deshalb zu Gefälligkeitsgutachten neigen, wird Kritik an Pharmaprodukten nur selten geübt. Oft lassen sich schwere Nebenwirkungen erst nach Jahren oder Jahrzehnten feststellen, wie dies z.B. bei dem jahrzehntelang rezeptfreiem "Novalgin" der Fall war. Die von dieser Industrie entwickelten und hergestellten Monosubstanzen, die in der Natur nicht, oder nur in verschwindend geringer Menge vorkommen, wurden bei der Entstehung der uns bekannten Welt von der Evolution "bewußt" nicht, oder zumindest nicht in größerer Menge zur Verfügung gestellt. Sie greifen massiv in den Stoffwechsel ein, bauen z.B. falsche Bausteine in lebenswichtige Moleküle ein, z.B. um diese unbrauchbar zumachen, bringen so den gesamten Stoffwechsel durcheinander, häufig um den Preis von schnell auftretenden massiven Nebenwirkungen, die umso eher in Kauf genommen werden, desto schwerwiegender die Krankheit ist. Gegen diese Nebenwirkungen werden weitere Medikamente verschrieben, die ebenfalls tief in die Biochemie unseres Organismus eingreifen. Der natürliche Stoffwechsel gerät immer mehr aus den Fugen, neue Krankheitssymptome tauchen als Nebenwirkungen auf. Für viele Patienten der Anfang einer langen Karriere als Dauerpatient. Für mich eine plausible Erklärung für das komplette Versagen der Pharmamedizin bei fast allen chronischen Erkrankungen, wenn Medikamente über Jahre hinweg genommen werden, aber eine Heilung nicht erfolgt, nur eine Linderung oder Unterdrückung der Symptome, wie z.B. bei Allergien. Um den Preis eines den gesamten Organismus belastenden permanenten chemischen Trommelfeuers, um schon mal einen Begriff aus einer Terminologie zu benutzen, auf die ich gleich kommen will. Die in unserer Umwelt zunehmende Anwesenheit von künstlichen, chemisch hergestellten Stoffen, und dazu gehören auch die meisten Medikamente, hat langfristige Folgen. Sie bewirkt, daß wir alle, vom Fötus bis zum Greis, ständig mehr Gifte in uns aufnehmen, die Schäden an unseren Organen, unserer Immunität und unserer Vitalität verursachen. Durch das alltägliche Giftbombardement, dem wir in der Umwelt, bei der Nahrungsaufnahme, beim Atmen, beim Trinken und beim Einnehmen von Medikamenten ausgesetzt sind, wird erst das Terrain für ein immer häufigeres Auftreten schwerer chronischer Krankheiten wie z.B. Krebs bereitet: Jeder dritte Mensch in den Industrieländern wird (nach z. Zt. vorliegenden Zahlen) statistisch gesehen im Laufe seines Lebens an Krebs erkranken, am Anfang des Jahrhunderts lag diese Quote noch bei 10%. Und von diesem Anteil ging ein Großteil auf Kosten von Krebserkrankungen der Verdauungsorgane, wie dem Magen, die aller Wahrscheinlichkeit nach zum Großteil auf das Konservieren von Nahrungsmitteln mit Hilfe von Nitriten (z.B. beim Pökeln) zurückzuführen ist. Demzufolge nahm in den 50er Jahren die Magenkrebsrate mit Einführung des flächendeckenden Einsatzes von Kühlschränken und dem

Verbot von Nitriten als Nahrungszusatz rapide ab. Bei Naturvölkern ist Krebs im übrigen eine ausgesprochene Rarität. Und die Zunahme der Krebserkrankungen in den Industrieländern ist nicht allein auf die höhere Lebenserwartung zurückzuführen: Krebs bei Kindern nimmt in der westlichen Welt jährlich um ca. 1% zu. Es ist also unwahr, daß die ständig steigenden Krebszahlen allein eine Folge der Zunahme des "Alterskrebses" infolge ständig steigender Lebenserwartung wäre. Und was lernt die Medizin daraus? Offenbar nichts, sie entwickelte für Krebserkrankungen Zellgift- und Radioaktivitätstherapien, die die Patienten schneller umbringen, als es die eigentlich bekämpfte Krankheit vermocht hätte, sehen wir mal vom Sonderfall Leukämie ab, die heute tatsächlich zu 80% heilbar ist, während sie früher eine zu 100% tödlich verlaufende Krankheit war. Ansätze zweier Forscher, Prof. U. Abel, vormals beim dt. Krebsforschungsinstitut und Prof. H. B. Jones von der Universität Berkeley fanden heraus, daß die Chemotherapie zumindest bei stabilen Tumoren keineswegs lebensverlängernd wirkt: Unbehandelte Krebspatienten leben deutlich länger als behandelte Krebspatienten. Ich möchte jetzt nicht mutmaßen, warum solche Fakten ignoriert werden, warum man trotzdem mit tödlichen Therapien weitermacht. Und warum niemand untersucht, ob die Chemotherapie auch bei jungen Tumoren langfristig hilft, und die Menschen nicht nach 2 bis 3 Jahren an der Therapie sterben oder aufgrund der Therapie und der Schwächung und Vergiftung des Körpers neue Tumore bekommen! Gibt es eine Untersuchung, inwiefern eine Metastasenbildung durch Chemo- und Strahlentherapie gefördert wird? Natürlich nicht, soweit ich weiß! Vielleicht ist es für einen Mediziner so, daß er nach Operation, Chemotherapie und Bestrahlung zufrieden feststellen kann, daß (vorübergehend) kein Krebs festzustellen ist. Er und der Patient haben gesiegt, der Feind im Innern des Patienten hat kapituliert. Und wenn dieser Feind 2 Jahre ohne neues Geschwür bleibt, dann hat die Medizin und damit er gewonnen. Kommt der Krebs wieder, dann ist daran nicht die Therapie schuld, sondern die Krankheit, die nicht besiegt wurde. Bloß keine Selbstkritik, nur nicht die eigenen Handlungen, das eigene Wissen, den eigenen Berufstand hinterfragen. Krebs gilt als etwas Vererbtes, in den Genen Verankertes, weniger als Resultat von Umweltgiften, und schon gar nicht als Folge von Medikamenten und Therapien. Ich frage mich hier allerdings, was von der Krebsmedizin, was von ihrer Theorie der Krankheitsentstehung zu halten ist, wenn die darauf basierenden Therapien für den Patienten lebensverkürzende Auswirkungen haben, und nebenbei die Lebensqualität aufgrund der massiven Nebenwirkungen unter den Nullpunkt sinkt. Was bringt eine solche Wissenschaft außerdem dazu, jahrelang zu behaupten, die Chemotherapie wirke zielgerichtet auf die entarteten Zellen, sie an ihren Patienten aber gleichzeitig umfangreiche Nebenwirkungen feststellen können, von denen der Ausfall der Körperbehaarung sicherlich keine Gravierende, aber eine ziemlich Offensichtliche ist? Lassen wir hier mal die Vermutungen, finanzielle Interessen stünden hinter der Durchführung solcher vernichtenden, aber teuren Therapien, außen vor. Sehen wir dies einmal als Folge einer Medizin, die im Körper Feinde wie Bakterien und Viren, oder aber entartete und damit zu vernichtende Veränderungen wie Geschwüre entdeckt. So etwas kann man doch nur mit chemischen Bombenangriffen und Vergeltungsschlägen traktieren! Diese Behandlungen, basierend auf dieser Sichtweise des

Krankheitsgeschehens; dieser Glaube, Gesundheit durch angeblich zielgenaue Vernichtung, die aber in Wirklichkeit innerhalb des Organismus weitreichende Auswirkungen hat, herbeiführen zu können, ist die logische Konsequenz einer Medizinphilosophie, die sich als Kopf einer von zwei Kriegsparteien begreift. Auf der einen Seite steht der böse Eindringling, der Feind im Inneren des Patienten, auf der anderen steht man selbst, als oberster Feldherr der Verteidigungsmächte, zu denen hauptsächlich die Immunfunktionen und andere Schutzmechanismen des Körpers gezählt werden. Leider wird hier schon im Ansatz vergessen, daß der auf die Diagnose folgende Krieg den Körper des Patienten zum Kriegsschauplatz macht. Und was mit solchen Schauplätzen, um mal im Bild zu bleiben passiert, haben unzählige Kriege gezeigt: Das, was eigentlich verteidigt werden soll, wird verwüstet oder zerstört. Und am Schluß ist der Sieger eigentlich ein Besiegter. Eine der Ursachen für diese Sichtweise sind sicherlich die verwendeten medizinischen Metaphern, sie sind Ausdruck des Selbstverständnisses der heutigen westlichen Medizin, und gleichzeitig prägen oder bestärken sie das Bild, das sich angehende oder praktizierende Mediziner und auch Patienten vom Krankheitsgeschehen machen. Und sie prägen natürlich auch das Bild, daß sich der ganz normale Durchschnittsmensch von Krankheit und ihren Ursachen macht. Realität, unsere Lebensumstände, schaffen sich eine Sprache, die darauf zugeschnitten ist, diese Realität zu beschreiben und zu verstehen, und gleichzeitig verstärkt diese geschaffene Sprache das, was wir für uns real ist: Für Dinge außerhalb dieser Realität fehlen uns einfach die Worte. Sprache, ein Fachjargon, schafft Realität, bestimmt wie Wirklichkeit wahrgenommen wird und ist gleichzeitig nur ein symptomatisches Abbild unserer Gesellschaft. Ein Prozeß gegenseitiger Bestätigung und Verstärkung. Existiert also ein Weltbild, das auf "Freund- Feind" Schemata basiert, in dem Konflikte und Ungleichgewichte durch Kriege gelöst werden, wo man von "Eindringlingen" bedroht wird, wie dies ohne Zweifel in den Anfängen der Pharmamedizin im 19. Jahrhundert der Fall gewesen ist, so bedingt dieses globale Weltbild, wie diese Forschung ihre Ergebnisse interpretieren wird, welche Modelle sie konstruieren wird, welche Maßnahmen sie ergreifen wird. Ist die Welt durch Kriegsgeschehen dominiert, so ist Krieg tief im Denken und Weltbild der Menschen verankert. Entdeckt die Medizinforschung plötzlich in frisch entwickelten, stark vergrößerten Mikrokopen kleine Wesen mit Fühlern, Widerhaken und Tentakeln, die in Zellen eindringen, so wird sie intuitiv diese Wesen für schädliche Eindringlinge halten, die feindlich gesinnt sind. Der Verteidigungsfall setzt ein, diese Wesen sind die Ursache einer Krankheit. Sie wird dann zur Beschreibung dieser Wesen Begriffe verwenden, die aus der Kriegssprache entliehen sind, die "Kriegsphilosophie" auf ihre Entdeckung übertragen, nachdenken, wie man diesen Krieg gewinnen kann. Die Verwendung von Begriffen wie "Barrikaden, Invasoren, Abwehrgentgen, Killerzellen und Todesvirus", wie sie z.B. eine Sonderausgabe des Time- Life-Magazines von 1994, "Das Immunsystem" vornimmt, versucht das Krankheitsgeschehen so zu vereinfachen, es so einzuordnen, daß nicht nur Ärzte und Medizinstudenten sofort damit etwas anfangen können, sondern es sogar der "BILD" oder auch "SPIEGEL"- lesende Mensch auf Anhieb verstehen kann und die verschiedenen Begriffe intuitiv einordnet. Dies entspringt dem Wunsch nach Transparenz auch komplizierter Vorgänge, nach Ordnung, nach

Übersicht, Erklär- und Verstehbarkeit. Solche Vereinfachungen führen allerdings zu einer verzerrten Wahrnehmung der Realität "Krankheit". Wird der Körper zum Kriegsschauplatz, dann gibt es nur noch Freund und Feind, eine sehr vergrößernde Sichtweise. Die meisten der unten angeführten, aus dem Militärischen entliehenen Begriffe, standen in obigem Artikel, einige wenige habe ich hinzugefügt. Eine solche Wortwahl findet sich aber nicht nur in der reißerischen Erzählweise dieses Autors. Ähnliches habe ich auch schon in der deutschen "Ärzte Zeitung" gelesen. Auch sie benutzt zuweilen heftige, nicht gerade wissenschaftliche, vergrößernde und vereinfachende Begriffe und bringt "BILD"-hafte Schlagzeilen wie: "Zigarettenqualm schädigt Frauenherz stärker als Männerpumpe", "Raucher hustet seit 14 Tagen ständig - ab zum Röntgen", "Neuer Wirkstoff gegen HIV - einmal täglich genügt" und, am 8.12.1997 "Wenn Du HI-Viren fangen willst, dann setze Tollwut-Viren auf sie an." Ganz nebenbei: die "Ärzte-Zeitung", eine "Tageszeitung für Mediziner", ist das meistgelesene Blatt unter deutschen Ärzten! Für ihre "kompetente Berichterstattung im Falle HIV", so vermeldete sie höchstselbst am 3. 12. 1997 stolz, erhielt sie sogar den Jürgen-Poppinger-Preis. Wenn ich daran denke, daß sie trotz, oder gerade wegen ihres Boulevard- Stils erste Informationsquelle für Ärzte ist, so wünsche ich mir, daß mein nächster Arztbesuch nicht allzubald fällig wird! Und ich würde mir, als Arzt durch solche boulevardesken Schlagzeilen verhöhnt vorkommen. Zurück zur Kriegssprache des "Time- Life-Magazines" und anderer: Unsere Immunität, unser "Immunsystem" wird zur Streitmacht des Körpers. Sie besteht aus einer Vielzahl unterschiedlicher Waffengattungen: Einige dieser Abwehrexperthen (Killerzellen) greifen alles und jedes an, während andere auf besondere Angriffsziele (z.B. ein bestimmtes Virus) spezialisiert sind. Ein Heer von Inspektoren, Erkennungsdienstlern, Kurieren und anderen, die sich alle einer einzigen Aufgabe verschrieben haben, kämpfen für die Verteidigung des Territoriums - all jenen Komponenten innerhalb eines Menschen, die vom "Immunsystem" als körpereigen erkannt werden. Diese Ausdrucksweisen erinnern stark an die eines Kriegsministers, dessen Land von einer Invasion bedroht ist oder sich mitten im Krieg befindet und die Wirkungsweise der militärischen Abwehr-mechanismen seines Landes beschreibt: Außer Kundschaftern und Soldaten gehören zur Streitmacht des Körpers auch Offiziere der Reserve, deren Aufgabe es ist, sich an ehemalige Schlachten (mit Krankheitserregern) zu erinnern; somit können sie schnell reaktiviert werden, sollte ein alter Feind zurückkehren. Der Körper ist von einem Geheimdienst überwacht, der Freund oder Feind signalisiert und dadurch entscheiden kann, was vernichtet werden muß, und was nicht. Als erste Verteidigungslinie werden die Barrieren, z.B. die Haut als Schutzhülle, gesehen. Sie verhindert, daß potentielle Invasoren und Fremdmaterial nicht in den Körper eindringen können: Die Haut wird zum eigentlichen Panzer des menschlichen Körpers, die eine unüberwindliche Grenze für zahlreiche Arten von Invasionen darstellt. Aus Phagozyten, eine Untergruppe der weißen Blutkörperchen, werden gefräßige Leibwächter, sie greifen Invasoren an, vernichten sie, und eliminieren die Überreste. Die Thymusdrüse (Hirnanhangdrüse, Bries) wird als Ausbildungscamp verstanden, reife T-(Helfer-) Zellen werden bis zur Reife einem harten Drill unterzogen, um ihrer Aufgabe der Verteidigung gerecht zu werden. Sie werden für die Verteidigung von T-Zellen geschult, um als eine der zentralen Waffen des Immunsystems

Angreifer vernichten zu können. Die Time Life Frontberichterstattung hat unter den knapp 3 Dutzend Kapitelüberschriften solche, wie "Alter Feind, neue Waffen", "Eine Killerzelle triumphiert", "Harter Drill für angehende Zellen", "Der Ruf zu den Waffen", "Großalarm", "Anarchisten auf der Spur", "Eine Zelle desertiert", "Helfer-Zellen als Verstärkung", "Zweigleisige Attacke", und "Verteidigung bei Luftangriffen" auf fast 100 Seiten, wie verschiedene Teile des Körpers sich gegen die Angreifer von außen wehren und welche Strategien sie dabei verwenden. Diese Kriegssprache findet sich auch in seriöseren Publikationen: Der "Atlas of Anatomy" (1994) und die "Encyclopedia of the Human Body" (1992) sprechen vom "Verteidigungsmechanismus des Körpers" und der "bakteriellen Invasion". Auch der dtv-Atlas der Physiologie (1996) spricht von einer dauernden "Bedrohung des Körpers durch infektiöse Mikroben aus der Umwelt", gegen die sich der Körper wehren muß und "immun" zu werden hat, um nicht krank zu werden. Auch hier folgen dann viele Seiten, in denen ausführlich die Abwehrstrategien des Körpers beschrieben werden. Die Sprache und Inhalt sind in allen Büchern fast identisch. In all diesen Texten geht es um das Besiegen und damit Vernichten des äußeren Feindes. Der Begriff "Besiegen" beinhaltet immer, daß eine Partei im Kampfe unterliegt, am besten vernichtet, ausgemerzt, zerstört, eliminiert wird. Und scheint der Krieg hoffnungslos zu werden, wenn ein Körper schon sehr geschwächt ist durch die Kriegsführung, der Feind auf dem Vormarsch ist, dann wird eben der totale Krieg ausgerufen. Dann werden, z.B. bei Krebs, weitere Organe entfernt, die vom Feind besetzt sind, dann werden Dosen von Chemie und Strahlung erhöht, und gegen Ende versucht man, den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben und radioaktive Plättchen in den Körper eingepflanzt, die so stark Strahlen, daß die Exkremente der Patienten als radioaktiver Sondermüll entsorgt werden müssen. Meine Erfahrung während des Zivildienstes, meine Beobachtungen, wie Menschen in Krankenhäusern behandelt werden, wie mit ihnen umgegangen wird, spiegelt das Welt-, Menschen- und das Körperbild der Medizin wider. Ein Patient, der unruhig ist, wird halt mit Beruhigungsmitteln "abgeschossen", um ihn ruhig zu stellen. Das konzeptionelle Denken der Doktoren und Professoren dahinter läuft nach dem Motto "Ich bin Arzt. In Ihrem Körper tobt ein Krieg. Aber ich kenne den Feind. Ich habe eine Strategie. Vertrauen Sie mir. Ich weiß, was ich tue. Und wir müssen zurückschlagen, mit allem, was wir haben!" Das blinde Vertrauen, welches Patienten oft zu ihren Ärzten haben, und was viele Ärzte auch von ihnen erwarten, entspricht dem Vertrauen des Soldaten zum seinem Offizier: Dieser entscheidet für ihn, hat die Strategie, er wird mit ihm, dem Patienten als einfachem Soldaten an unteren Ende der Hierarchie, diesen Krieg gewinnen. Der Arzt- Offizier wird schon die richtigen Entscheidungen treffen.

Dies spiegelt auf der Patientenseite eine gewisse Ohnmacht wider, die zu Gehorsam und Respekt führt, auf Arztseite allerdings ist sie ein Spiegelbild der Arroganz des Menschen, der immer noch meint, in der Lage zu sein, so komplexe Dinge wie Leben und Gesundheit mitsamt allen wichtigen Aspekten umfassend und hinreichend erklären zu können und in alles eingreifen zu dürfen. Und in komplexen System, wie es ein lebender Körper nun einmal ist, einen Faktor durch massive Maßnahmen verändern zu können, ohne gleichzeitig viele andere Faktoren mit zu verändern.

Auch alternative Ansätze, wie z.B. von Thorwald Detlefsen, sind gefangen in diesem Weltbild, in diesem (Sprach-) Modell Schlachtfeld: In seinem Buch "Krankheit als Weg" (Goldmann Verlag) beschreibt er z.B. die Ursachen der Allergie, eine unserer großen Volkskrankheiten, an der immer weitere Teile der Bevölkerung leiden, wie folgt:

"Allergie (...) ist eine Überreaktion auf einen als feindlich erkannten Stoff. Bezogen auf die Überlebensfähigkeit des Körpers hat das körpereigene Abwehrsystem durchaus seine Berechtigung. Das Immunsystem bildet Antikörper gegen die Allergene und entspricht damit einer - körperlich gesehen - sinnvollen Verteidigung gegen feindliche Eindringlinge. Beim Allergiker wird diese an sich sinnvolle Verteidigung maßlos überzogen. Er baut eine Hochrüstung auf und dehnt sein Feindbild auf immer mehr Bereiche aus. Immer mehr Stoffe werden zum Feind erklärt, und deshalb wird immer stärker gerüstet, um diesen vielen Feinden wirkungsvoll begegnen zu können. Doch wie im militärischen Bereich Hochrüstung immer ein Zeichen starker Aggressivität ist, so ist auch die Allergie Ausdruck starker Abwehr und Aggressivität, die in den Körper verdrängt wurde. (...) Bei der Allergie ist die Aggression aus dem Bewußtsein in den Körper gestürzt und tobt sich nun hier aus: Es wird nach Herzenslust verteidigt und angegriffen, gekämpft und gesiegt. Damit diese lustvolle Beschäftigung nicht zu schnell mangels Feinden ein Ende findet, werden harmlose Objekte zum Feind erklärt: Blütenpollen, Katzen- oder Pferdehaare, Staub (...) Ja, in dieser Tyrannei über die Umwelt findet der Allergiker ein gut getarntes Betätigungsfeld, um seine verdrängten Aggressionen unerkannt zu verwirklichen. (...) So ist auch kaum erstaunlich, daß sich die Allergie in manchen Fällen bis zu lebensbedrohlichen Autoaggressionskrankheiten steigern kann, in denen der Körper von ach so sanften Menschen wilde Schlachten liefert, bis er daran selbst zugrunde geht. Dann hat das Wehren, das Sich-Anschließen und Sich-Abkapseln eine höchste Form erreicht, die ihre Erfüllung im Sarg findet - eine echte, allergenfreie Kammer (...)"

Auch dieser Text ist keine Ausnahme, sein Inhalt ist repräsentativ für die psychosomatischen Ansätze. Hier wird das Feindbild und die Kriegssprache lediglich psychologisch begründet, in die materialistische Sichtweise der "Mund auf, Pille rein"- Pharmamedizin fließen nicht- materielle Elemente wie die der menschlichen Psyche ein. Das dahinterliegende Verständnis von Krankheit als dem Feind an sich ist unverändert. Für den Kranken schafft dieser verfeinerte Ansatz ein noch undurchsichtigeres Konstrukt, aus dem es weit mühevoller ist, den feingestrickten Schlingen zu entkommen, um seinen eigenen Weg zu finden.

Eine mögliche Erklärung für diese Zementierung von Feindbildern und Schlachtfeldsprache in der Medizin könnte eine 140 Jahre alte Episode der Medizingeschichte sein. Damals suchten zwei Franzosen nach der Ursache der Gärung, was zu der heute noch allgemein anerkannten Bakterientheorie führte. Einer der beiden war Louis Pasteur, Chemiker und Physiker. [1983 wurde übrigens in einem nach ihm benannten Institut angeblich HIV(damals: LAV) erstmals isoliert] Dieser Pasteur erkannte vor 140 Jahren, daß in der Luft befindliche Mikroorganismen, sogenannte Bakterien) Gärung verursachten, und vertrat später die Theorie, daß verschiedene Bakterien verschiedene Krankheiten verursachten. Pasteur ignorierte die Mikroorganismen innerhalb

der Zellen, die ebenfalls Gärung verursachen und darüber hinaus andere wichtige biologische Aufgaben und Funktionen erfüllen. Bakterien und ihre Nachfolger, in unsere Zellen integrierte Organellen, die noch über Teile ihrer eigenen, bakteriellen DNA verfügen, stellen beispielsweise 90% unserer Zellenergie her. Ohne Bakterien würde unsere Verdauung nicht funktionieren. Sein Kollege Bechamp hingegen vertrat die Meinung, daß sich Mikrozymasen bzw. deren evolutionäre Formen (Bakterien) bei der Zersetzung pflanzlicher oder tierischer Körper freisetzen und so in die Luft gelangen. Diese Mikrozymasen oder Zellkörnchen lösen nach Bechamp die Gärung aus und entwickeln sich ständig zu Bakterien. Bechamp wies nach, daß Bakterien auf verschiedenartigen Nährböden zu sehr unterschiedlichen Lebensformen heranwachsen können, daß sie Gestalt und Funktion ändern, um sich dem jeweiligen Nährboden anzupassen. Die Bakterien spiegeln also die Bedingungen wider, denen sie ausgesetzt sind. Ist das Gewebe gesund, integrieren sie sich in den gesunden Stoffwechsel, werden zu einem unverzichtbaren Bestandteil, fördern das Leben der Zelle wie des gesamten Organismus. Sind die Zellen jedoch geschädigt, ist der Stoffwechsel nachhaltig gestört, bringen das krankmachende Mikrozymasmen hervor, die sich dann zu krankmachenden Bakterien entwickeln können. Weil diese überleben wollen, bedienen sie sich der (für den Körper) negativen Umstände, und forcieren sie durch Verstärkung sogar.

Der große Unterschied zwischen den beiden Forschern besteht darin, daß Pasteur lehrte, daß die Bakterien die Krankheitserreger seien, während Bechamp lehrte, daß die Krankheit die Bakterien hervorbringt, daß diese Bakterien, um zu überleben, sich verändern. Pasteur hatte einen großen Einfluß und aufgrund seiner Vereinfachungen, wurde seine Theorien bereitwillig aufgenommen und verbreitet. Menschen neigten schon immer dazu, einfach Erklärungen zu verlangen, am besten solche, die keine intensive Auseinandersetzung mit sich selbst erforderlich machen, und sich eines klaren Freund/Feind- Schemas bedienen. Und da ist es natürlich bequemer, wenn man sich bei Mikrobenbefall nicht fragen muß: ‚Was habe ich getan, um ihnen den Nährboden zu bereiten‘, sondern wenn man es als Attacke von außen sehen kann, die überraschend kam und jeden treffen kann.

Pasteur war in erster Instanz Physiker und Chemiker. Als solcher hatte er sich nur wenig damit beschäftigt, was Leben bedeutet, wie Lebensprozesse ablaufen. Er übertrug seine Sicht der Dinge, die eines Chemikers und Physikers, auf die Mechanismen und gegenseitigen Abhängigkeiten zwischen Wirt und Bakterie. Seine Idee, daß die Bakterien uns angreifen und zur Vernichtung unserer Gesundheit führen prägt bis heute die Medizin. Hundert Jahre nach Pasteurs Tod erlaubte der letzte männliche Nachfahre die Freigabe von Pasteurs Notizbüchern. Nach zwanzigjährigem Studium der über 100 seiner Notizbücher wurden Pasteur im Nachhinein viele Unregelmäßigkeiten und unwissenschaftliche Methoden nachgewiesen. Pasteur verfiel dem Fehler vieler Wissenschaftler: hatte er eine Idee, die ihm zusagte, wurden alle Versuche nur auf Bestätigung ausgerichtet, eine kritische Überprüfung und Gegenversuche, fanden nicht statt, wider-sprüchliche Informationen wurden ignoriert und unter den Tisch gekehrt. Pasteur ist jedoch bei weitem nicht der einzige Wissenschaftler, der seinen Theorien widersprechende Fakten der Öffentlichkeit vorenthalten hat. Auch Mendel hat Beobachtungen von

Widersprüchen zu seinen Vererbungstheorien nicht publiziert, nur seinem geheimen Tagebuch anvertraut. Die Reaktion der "äußeren Feinde" auf die pharmamedizinische Kriegsführung zeigt, daß alle neuen Waffen wie Penizillin, Antibiotika, Malariamedikamente (u.v.a.m.) diese Feinde nicht einfach durch hochtechnisierte Kriegsführung ausmerzen können. Der biologische Feind, der "Erreger" wird werden gegen die Waffen resistent, reagiert also passiv auf die humanoide Hochrüstung. Wie die Viet Kong in Vietnam, so narren die Krankheitserreger eine hochgerüstete, hochtechnisierte Medizin. Versuche, z.B. von Fernreisenden, durch Malariaphylaxe, durch das Einnehmen von Malariamitteln in geringen Dosen zur Vorbeugung einer Infektion, also durch eine Art präventiven nuklearen Erstschlag, sorgen für ein globales Verschlimmern der Krankheit: sie ermöglichen den Erregern erst, immun zu werden. Sie werden bei der Prophylaxe mit einer niedrigeren Giftdosis konfrontiert, als bei einer Akutbehandlung, und diese niedrige Dosis ermöglicht es ihnen, zu überleben, und sich auf diese Gifte einzustellen. Folge: ständig müssen neue Malariamittel entwickelt werden, und jedesmal werden die Nebenwirkungen für den Menschen gravierender. Das früher bei einer Vielzahl von Bakterien so wirkungsvolle Penizillin hat weltweit in ca. 78 % aller Fälle die Wirkung schon verloren, die Erreger sind ebenfalls resistent gegen Penizillin. Hätte sich die Lehre von Bechamp zu seiner Zeit durchgesetzt, hätte die Wissenschaft akzeptiert, daß die Krankheiten erst die Bakterien hervorrufen und nicht umgekehrt, hätten wir eine viel größere Eigenverantwortung für unsere Gesundheit. Ähnlich wie die Bakterien nach Bechamps Verständnis, passen sich die Menschen dem Nährboden der jeweiligen Gesellschaft an, lassen sich vorgeben, ob Krankheit von innen oder außen kommt. Hätte sich Bechamp durchgesetzt, so hätte man sich 140 Jahre lang damit auseinandersetzen können, wie Krankheiten tatsächlich entstehen, wie sie durch Einflüsse wie Ernährung, die allgemeine Lebensweise, die psychische Situation begünstigt werden. Man hätte gelernt, das Auftreten von Bakterien, das Auftreten von Krankheiten weniger als schicksalhaft, als Resultat einer feindlichen Invasion, als einen Eindringling von außen zu sehen, sondern als Indikator dafür, daß im Innern eines Menschen etwas nicht stimmt, damit sich Krankheitskeime ausbreiten entwickeln. Leider kam es anders: 140 Jahre Erforschung haben sich damit beschäftigt, Krankheit als etwas von außen kommendes, als etwas entartetes, als das Resultat von in unseren Genen verankerten Programmen oder Defekten zu sehen. Dies hat dazu geführt, daß wir bei Krankheit die Ursache im Äußeren Erreger sehen, und nicht darin, wie wir ihm den Boden bereitet, ja, im Falle der medikamentösen Bekämpfung von "AIDS" sogar regelrecht den Tisch decken für an sich harmlose Pilze, die für ca. 90% der "AIDS"- Todesfälle verantwortlich sind. Und die heutige Wissenschaft hat nahtlos dort weitergemacht, wo Pasteur und Mendel bei der Entwicklung ihrer Theorien auch schon waren: Man verliebt sich in eine Theorie, will diese bestätigen, und automatisch wird alles ausgeblendet, was dieser Theorie widerspricht. Schließlich will man berühmt werden. Und damit sind wir gleich im Jahr 1970, und beobachten einige Wissenschaftler bei einem Zusammenstoß mit dem zentralen Glaubenssatz der Genetik, der Entwicklung einer falschen Hypothese über die Ursachen von Krebs, die Jahre später entscheidend sein wird für die "Entdeckung" von HIV als dem Verursacher einer "Infektionskrankheit" namens "AIDS".

DAS ZENTRALE DOGMA DER GENETIK: DIE FEHLANNAHME, DIE "AIDS" ERST ERMÖGLICHTE

Die Geschichte von AIDS beginnt eigentlich schon 1970. Damals war die Wissenschaft bemüht, Viren als mögliche Ursache für Krebs zu suchen. Im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen kam es zu einer revolutionären Entdeckung: Laut Vererbungslehre ist die DNA das chemische Molekül, auf dem die genetische Information des Lebens gespeichert ist. Die so gespeicherte genetische Information wird in die Botensubstanz RNA umgeschrieben (transkribiert), die wiederum den Aufbau der Eiweiße aus anderen Bausteinen, den Aminosäuren, bestimmt. 1970 wurde die Aktivität eines Enzyms (Biokatalysator, biologischer Reaktionsbeschleuniger) in Extrakten von bestimmten Zellkulturen nachgewiesen, das in der Lage war, ein RNS-Molekül in ein DNS-Molekül zurückzuverwandeln. Dies widerlegte das zentrale Dogma der Molekulargenetik, wonach der Fluß der genetischen Information nur in eine Richtung ging und man eine Umkehrung für ausgeschlossen hielt.

Das erste Gebot:

DNA => RNA => Proteine

war also eigentlich widerlegt.

Das entdeckte Enzym wurde Reverse Transkriptase (RT) (= rückübersetzendes Enzym) genannt(50). Es wurde geglaubt, daß das neue Enzym ein Anzeichen für das Vorhandensein einer neuen Virenart, für die Entstehung von Krebs durch "Retroviren" darstellt, denn die Labor-Zellkulturen, in denen es nachgewiesen wurde, wurden benutzt, um zu studieren, ob Krebs durch Viren ausgelöst werde. Die nach der Entdeckung von RT behaupteten Viren wurden "Retroviren" genannt. Es wurde vermutet, daß das Einschleusen bestimmter retroviraler Gene in die Zellen nach einer nicht vorhersagbaren Zeit Krebs auslöse. Die Hypothese der vermeintlichen krebsauslösenden Viren verbreitete sich rasch weltweit, doch hielt sie weiteren Untersuchungen nicht stand. Interessanterweise beschuldigte man schon damals Homosexuelle, Prostituierte und Schwarze der Ausbreitung von Krebs, ähnlich wie es 13 Jahre später bei AIDS der Fall war. Immer und überall, wo die Aktivität der Reversen Transkriptase nachgewiesen wurde, folgerte man nun, daß Retroviren am Werk wären. Dies war aber ein schwerer Irrtum, denn es stellte sich später heraus, daß die Aktivität dieses Enzyms in allen Lebensformen nachweisbar ist und damit die Reverse Transkriptase nichts mit Retroviren zu tun hat.(58). Seit 1985 weiß man, daß die "Reverse Transkription" eine entscheidende Rolle bei der Aufrechterhaltung der Struktur des kompletten Chromosomensatzes spielt, indem sie hilft, Chromosomenbrüche zu reparieren und speziell den Schwund der Endstücke der Chromosomen bei der Zellteilung in Schranken zu halten(57-59;73). In der sonstigen Wissenschaft anerkannt, werden diese Fakten leider von der "AIDS"- Medizin und von der Retrovirologie ignoriert. Würde man dies nicht tun, so verlöre man den Gegenstand seiner Forschungen, und damit seinen Job.

1970 versuchte man, vereinfacht gesagt, Krebs im Reagenzglas entstehen zu lassen. Dabei entdeckte man mit der RT einen Widerspruch zum zentralen

Dogma der Genetik. Dies Dilemma löste man sehr geschickt: Man tastete das Dogma nicht an, folgerte aber, ohne irgendein Virus wirklich zu isolieren, Krebs werde durch Viren erzeugt, das Vorkommen reverser Transkriptase sei spezifisch für Retroviren, diese wären die einzige Ausnahme vom Dogma, und damit sei RT ein sicherer Hinweis auf Aktivität der gerade frisch erfundenen, Krebs erzeugenden Retroviren, die in der Realität samt und sonders nicht existent sind(51).

Was lernen wir für uns daraus: Man nehme einen Glaubenssatz, finde einen Widerspruch dazu, stelle zwei unbewiesene, einander bedingende Hypothesen aus, und schon hat man so viele Beweise, daß Forschungsgelder vom Himmel regnen. Auch wenn diese Denkweise auf schmerzhaft Weise unlogisch ist: funktioniert hat es: sie sicherte den beteiligten Wissenschaftlern bis weit in die 80er Jahre hinein Forschungsgelder in Milliardenhöhe, und als die Retrovirale Ursachenforschung von Krebs langsam eingestellt wurde, tauchte plötzlich "HIV" auf, welches als ebenfalls nicht isoliertes Retrovirus den ehemaligen Krebsforschern ein neues Zuhause, neues Forschungsgelder, ein sicheres Auskommen bietet. Mit Ausnahme der irrationalen "HIV"- Hypothese ist bei diesen Forschungen nichts Nennenswertes herausgekommen: Reverse Transkription ist nichts anderes ein als Reparaturmechanismus der DNA (56-59). Ist das Original (DNA) beschädigt, wird das "Negativ" (RNA) zurückkopiert, um die defekten Sequenzen zu ersetzen. Abgesehen davon: Zentrale Dogmen haben in wissenschaftlichen Disziplinen mit Ausnahme der Theologie nichts zu suchen, sie gehören nicht in wissenschaftliche Bücher, sind ein Indikator dafür, das Glaube an die Stelle von Wissen gesetzt wird, Linientreue an die Stelle wissenschaftlicher Neugier tritt. Dogmen sind ein Instrument der Inquisition: Wo vorgeschrieben wird, neue Erkenntnisse mit alten Modellen unbedingt in Einklang bringen zu müssen, wird Fortschritt behindert, kann wahre Forschung nicht stattfinden, wird Fehlannahmen der Weg bereitet, werden Forschungsergebnisse fehlinterpretiert!!!

Was man wissen muss, um das "Immunschwächesyndrom" zu verstehen

Das "Immunsystem" lebt, wie alle Körperfunktionen, von einem einigermaßen gesunden Lebenswandel: Wird ein Organismus geschädigt durch Gifte, Drogen, Schlafentzug, einem ungesunden Lebensrhythmus, und Medikamente mit starken Nebenwirkungen, dann läßt nicht nur die körperliche Leistungsfähigkeit nach, auch das Immunsystem hat nicht mehr die Energie zur Verfügung, die es benötigt. Um das Entstehen des Syndroms "AIDS" zu verstehen, muß man wissen, wie ein großer Teil der "Szene- Schwulen" in US-Großstädten in den 70ern lebte: Seit der sexuellen Emanzipation ("stone wall", Ende der 60er Jahre) lebten viele ihre Sexualität sehr exzessiv aus, die Szene kochte, natürlich besonders in den Metropolen, viele Männer hatten eine große Anzahl von wechselnden Geschlechtspartnern, oft mehrere pro Nacht. Sexdoping wurde betrieben, mit verschiedenen Drogen, u.a. mit 'Poppers', noch heute hauptsächlich von Schwulen gebraucht(12), welches Nitrite enthält, das seit Jahrzehnten als krebsauslösend gilt, eine enorme akute Giftigkeit im Körper entwickelt(18) Schließlich wollte, mußte man funktionieren, um bei der Party dabei zu sein. Bei Schwulen kamen in den 70ern Geschlechtskrankheiten und (bis heute) Hepatitis besonders häufig vor. Die Geschlechtskrankheiten wurden u.a. mit Bactrim (Septrim/Cotrimoxazol) behandelt, einem sehr starken

2- Komponenten- Antibiotikum, welches lt. Packungsbeilage nur 14 Tage lang verschrieben werden soll: Es verursacht schwere Blutbildschäden und schädigt die Nieren. Bactrim darf bei Schwangeren, Stillenden, und bei Kindern vor dem 3. Monat nicht verwendet werden.

Die meisten **Antibiotika**, nicht nur Bactrim, stehen im Verdacht, körpereigene Bakterien (Mitochondrien) zu schädigen. Die Mitochondrien aber produzieren in unseren Zellen 95 % der gesamten zellularen Energie, die unser Körper braucht. Die DNA der Mitochondrien ist im Unterschied zur körpereigenen DNA nicht durch einen Zellkern geschützt, sie ist den Antibiotika schutzlos ausgeliefert. Liegt eine solche Schädigung der Mitochondrien vor, kann der Organismus weniger Energie produzieren; die Immunfunktionen lassen nach. Antibiotika wurden gerade gegen Bakterien entwickelt. Das in unserem Körper eine gigantische Anzahl von Bakterien eine unverzichtbare Arbeit leisten, wird von der Schulmedizin vernachlässigt, es werden viel zu viele Antibiotika verschrieben. Die offiziell zugegebenen Nebenwirkungen, z.B. im Magen-Darm- Trakt, sind darauf zurückzuführen, daß hier besonders viele Bakterien am Werke sind. Die Darmflora gerät ins Ungleichgewicht, die Verdauung funktioniert nicht richtig.

Für die zuerst von "AIDS" Betroffenen eine unglückliche Verkettung: ein ungesunder Lebenswandel, häufig wechselnder GV, Drogengebrauch führt zu häufigen Infektionen. Diese werden mit starken Antibiotika behandelt, diese Antibiotika schädigen die Mitochondrien, die deshalb weniger Energie produzieren. Folge: das Immunsystem wird noch schwächer, Erreger haben es leichter, sich im Körper zu vermehren, Infektionskrankheiten treten noch häufiger auf, deshalb werden noch mehr Antibiotika verschrieben. Ein Teufelskreis, ein Zerfallsprozeß beginnt: Das Immunsystem kann eine seiner Hauptaufgaben, das Beseitigen von körpereigenen, abgestorbenen Zellen nicht mehr wahrnehmen. **Pilzinfektionen**, z.B. in der **Lunge**, der häufigsten Todesursache von "AIDS"- Kranken, ist einen idealer Nährboden bereitet.

WARUM "AIDS" ZUERST BEI SCHWULEN AUFTAUCHE

Eine Vielzahl häufig wechselnder Geschlechtspartner und überwiegender rezeptiver Analverkehr sind engstens mit dem Gebrauch von sexuellen Dopingmitteln, vor allem dem Gebrauch von Poppers, Amyl- bzw. Isobutylnitrit, verbunden. 95% der homosexuellen Männer in den USA berichten den oft regelmäßigen Gebrauch von Nitriten [Poppers](9,10), einem Stoff, der auf eine Jeans geträufelt, ähnliche Effekte hat wie "Domestos". Nitritinhalation erhöht die Blutzufuhr im Penis, setzt die Schmerzschwelle herauf, entspannt die glatte Anusmuskulatur, erleichtert so den Analverkehr, steigert das Orgasmusgefühl und löst einen milden Rauschzustand im Gehirn aus. Poppers wird vor allem, aber nicht ausschließlich von Schwulen benutzt.(11-13) Häufig wechselnde Geschlechtspartner und überwiegender passiver Analverkehr führen zu häufigen Infektionen und damit zur Medikation mit antimikrobiellen Chemotherapeutika, Antibiotika, Antiparasitika, Antimykotika(Anti- Pilzmitteln),

Virustatika (Anti- Virus- Mitteln) und Corticosteroiden(14). Jetzt alle möglichen Nebenwirkungen dieser Medikamente aufzulisten, wäre ein Buch für sich. Statt dessen greife ich mal wieder zur La Roche Medizinlexikon CD-ROM, und gebe "Corticosteroide" ein:

1. Corticosteroide (...) können zu Cortisonismus führen. Einer Krankheitserscheinung nach langandauernder -auch niedrig dosierter- Verabfolgung von Corticosteroiden (wodurch es zu einer Unterfunktion der oder einem Zellabbau in der Nebennierenrinde kommt, wo wichtige Hormone hergestellt werden. Äußert sich im ausgeprägten Fall als Cushing* Syndrom (Symptome u.a.: allgemeine Leistungsschwäche, Knochenschwund, Impotenz u.v.a.m.)

Aber bleiben wir bei Poppers, dem alltäglichen Doping vieler Promisker in der Schwulenszene. John Lauritsen, der in den USA mit anderen ein Poppers-Verbot durchsetzte, schreibt dazu folgendes: "**Poppers** gefährden und schädigen die Gesundheit auf viele Arten und Weisen: Sie schädigen das Immunsystem, reduzieren die Fähigkeit des Blutes, Sauerstoff zu transportieren. Sie verursachen Blutarmut(20), schädigen die Lunge bedingen zelluläre Veränderungen. Poppers sind stark genverändernd und es hat das Potential, Krebs auszulösen, indem es nitrihaltige Bestandteile (Nitrosamine) produziert. Poppers kann ernsthafte Hautverbrennungen, den Gehirntod oder Gehirnschädigungen durch einen herzgefäßbedingten Kollaps oder Infarkt. verursachen. Nitrite wurden benutzt, um durch Einnahme (trinken) Selbstmord oder Mord zu verüben (eine mit Poppers getränkte Socke wurde dem Opfer in den Mund gesteckt). Es gibt starke epidemiologische Hinweise auf den Zusammenhang zwischen Poppers und der Entwicklung von AIDS, insbesondere dem Kaposi- Sarcom(KS). Bei AIDS- Fällen wird KS (Kaposi Sarcom) fast ausschließlich bei jungen Schwulen diagnostiziert, die Poppers nahmen, so gut wie nie bei anderen Risikogruppen." Dagegen schreibt die dt.

AIDS- Hilfe in Ihrer Broschüre "Argumente gegen die AIDS- Kritik:

"Der Gebrauch von Poppers ist konsequenterweise [Anm.: in Deutschland] auch nicht illegal. Tausende Menschen haben über Jahrzehnte Poppers zur Behandlung ihrer Herzanfälle regelmäßig [nur in akuten Fällen] genommen. Fälle von AIDS-Erkrankung nach Gebrauch von Poppers traten nur in Verbindung mit einem positiven HIV-Antikörpertest auf. [Anm: die ersten "AIDS- Fälle" gab es '81, die ersten serienmäßigen Tests '85; hier stimmt also etwas nicht] Anfänglich führte eine erstaunliche statistische Korrelation zwischen der Häufigkeit des Gebrauchs von Poppers und dem Auftreten des Kaposi Sarkoms [häufigsten Tumor beim "Vollbild AIDS"] zu der Annahme, daß Amylnitrit ein auslösender Faktor dafür sei. Da aber Korrelation nicht Ursache heißt, ging man dieser Beobachtung weiter nach [wer und wo wird hier nicht erwähnt] und stellte fest, daß sich die ursprüngliche Annahme als Irrtum erwies. Spätere Studien [welche denn] zeigten, daß Poppers und/oder der Gebrauch von Drogen keine entscheidende Rolle für das Ausmaß der Immunsuppression [Immununterdrückung] oder beim Entstehen des KS bei Menschen mit HIV und AIDS spielen. Wer also den Gebrauch von Poppers einzuschränken versucht, sollte dies offen mit dem Argument der Drogenfreiheit und der Einschränkung individuellen Verhaltens tun."(15)

Eine Sexdroge, die schnellen, anonymen GV erleichtert, ein ehemaliges Herzmedikament, dem ein Stoff zugrunde liegt, der seit Jahrzehnten als giftig bekannt ist, wird verherrlicht: Die dt. AIDS- Hilfe sagt "ja" zu Sexdoping!

WIE ES DANN MIT "AIDS" ANFING: LOS ANGELES, 1981

Aus dem Report der CDC(Center for Disease Control), 5. Juni 1981 Morbidity and Mortality Weekly Report, MMWR Vol.30 p250-252, deutsche Übers.: Michael Leitner

"Zwischen Oktober 1980 und Mai 1981 wurden 5 junge Männer, alles aktive Homosexuelle, in 3 verschiedenen Hospitalen in Los Angeles wegen durch Gewebeproben diagnostizierter PCP behandelt. 2 der Patienten starben. Alle 5 hatten eine laborbestätigte CMV- Infektion (CM- Viren sind eine Unterart der Herpes- Viren) und Hefepilzinfektionen auf Schleimhäuten. Die Fallbeschreibung dieser Männer folgt:

Patient 1: Ein vorher gesunder 33 Jahre alter Mann, er entwickelte PCP und orale Pilzinfektionen im März 1981 nach einer 2 Monate dauernden Fieberperiode (...) Die Verschlechterung seines allgemeinen Zustandes erfolgte trotz der Medikation mit Bactrim, Pentamidin, Acyclovir. Er starb am 3.5. 1981, seine Obduktion bestätigte die PCP- und die CMV- Diagnose.

Patient 2: Ein vorher gesunder 33 Jahre alter Mann, er entwickelte PCP und orale Pilzinfektionen im April 1981 nach einer Fieberperiode von 5 Monaten. (...). Eine CMV- Infektion wurde festgestellt (...) Seine Lungenentzündung sprach auf intravenöse Gabe von Bactrim an, aber laut den jüngsten Berichten dauert sein Fieberzustand an.

Patient 3: Ein 30 Jahre alter Mann, gesund bis zum Januar 1981, als er in Mund und Speiseröhre von Pilzen befallen wurde. Die Erkrankung sprach auf eine Amphotericin B- Therapie an. (Laut "Bittere Pillen" hat dieses Medikament folgende Nebenwirkungen: Kopfschmerz, Schwindel, Fieber, Magersucht, Durchfall, Krämpfe im Verdauungstrakt, Nierenschäden) Er wurde im Februar stationär wegen einer PCP aufgenommen, die auf eine Bactrim- Therapie ansprach, aber seine Pilzerkrankung in der Speiseröhre tauchte kurz nach der PCP- Diagnose wieder auf, wieder wurde Amphotericin B gegeben.(...) Eine Zellentnahme wies CMV- Viren nach.

Patient 4: Ein 29 Jahre alter Mann entwickelte eine PCP im Februar 1981. 3 Jahre vorher war er wegen eines Lymphdrüsenkrebses (Hodgkin) erfolgreich mit Bestrahlung behandelt worden. Sein Zustand verbesserte sich nicht durch Gaben von Bactrim und Corticosteroiden, er verstarb einen Monat später. Die Autopsie zeigte keinerlei Anzeichen von Lymphdrüsenkrebs, aber PCP und CMV wurden in Lungenzellen gefunden.

Patient 5: Ein vorher gesunder 36 Jahre alter Mann mit einer im September 1980 diagnostizierten CMV- Infektion kam im April 1981 in die Klinik, wegen seit 4 Monaten andauernden Fieberzuständen und anderer Symptome. Man fand heraus, daß er PCP, Pilzinfektionen im Mund und CMV- Infektionen hatte.

Der Patient wurde mit 2 Intervallen Bactrim behandelt. Die Intervalle wurden wegen Sulfonamid- verursachten Knochenmarks-schäden (neutropenia, hier offenbar verursacht durch zu viele Antibiotika) kurz gehalten. Er wird noch wegen einer Pilzinfektion mit der Creme Nystatin (topical Nystatin) behandelt.

Die PCP wurde für alle 5 gesichert und bestätigt. Die Patienten kannten einander nicht, hatten keine gemeinsamen Kontakte oder Sexualpartner gehabt. Die haben keine vergleichbaren Vorgeschichten von Sexuellen Erkrankungen. Im Blut von 4 der 5 Patienten wurde eine überstandene Hepatitis B Infektion nachgewiesen., allerdings wurden keine aktuellen Hepatitis B Antigene festgestellt. 2 berichteten von häufigen homosexuellen Kontakten mit wechselnden Partnern. Alle 5 berichteten über den Gebrauch von inhalativen Drogen* (inhalant drugs), einer berichtete von intravenösem Drogengebrauch. 3 Patienten hatten eine sehr niedrige Anzahl von T-Helferzellen, bei den anderen wurde die Anzahl dieser Zellen nicht bestimmt.

*= inhalative Drogen! Was ist das? Nun, Haschisch und Marihuana, die gebräuchlichsten Drogen, können es nicht gewesen sein, per Rauch eingenommene Drogen fallen unter "recreational Drugs". Hier ist **Poppers** gemeint, das damals in den USA noch erlaubt war.

In dem Bericht klingt an, daß die Patienten Vorerkrankungen hatten, die den Erkrankungen ähnelten, wegen denen sie schließlich eingeliefert wurden. Warum sie die CDC als "vorher gesund" einstuft, verstehe ich nicht. Fragen Sie die CDC. Dieser erste CDC- Bericht wurde veröffentlicht, ein zweiter über Fälle von Kaposi- Sarkom- Fälle folgte. Kaposi- Sarkome sind meist zahlreiche, meist an Füßen und Händen auftretende, schmerzhafte, rot- violette, und dabei elastische Knoten. Diese bluten zuweilen, breiten sich auch, bilden nach Jahren auch Metastasen. Bis heute ist das Kaposi- Sarkom übrigens fast nur bei Schwulen aufgetaucht. Offensichtlich hat dieses "Virus" namens "HIV" die Fähigkeit, Kaposi- Sarkome zu begünstigen oder hervorzurufen nur dann, wenn es sich im Körper eine Homosexuellen befindet. Kurze Zeit später, im Sommer 1981 gab es wieder etwas zu berichten, diesmal im **"Lancet"**:

"Opportunistische Infektionen und Kaposi- Sarkome in homosexuellen Männern (OPPORTUNISTIC INFECTIONS AND KAPOSI'S SARCOMA IN HOMOSEXUAL MEN) DAVID T. DURACK, M.D., vn M.L. ins Deutsche übersetzt

Im Sommer 1981 alarmierte die CDC die medizinische Welt mit einem unerwarteten Ausbruch von PCP und Kaposi Sarkomen in Homosexuellen Männern, die keine bekannten Gründe aufwiesen, diese seltenen Krankheiten zu entwickeln. (...) So überraschend diese Diagnosen waren, es wurden genug Fälle gesammelt, daß jetzt die Wirklichkeit dieser Welle von Erkrankungen beschrieben werden kann. 160 Fälle wurden von der CDC analysiert, 5 bis 6 neue Fälle kommen wöchentlich hinzu. (...) In dieser Lancet- Ausgabe präsentieren wir zwecks einer Bestätigung früherer Vermutungen detailliertere Informationen über das Syndrom der opportunistischen Infektionen und Kaposi- Sarkome bei jungen homosexuellen Männern. (...) Die Patienten sind typischerweise junge homosexuelle Männer aus Großstädten, viele von ihnen benutzen Drogen (...) die Todesrate ist beängstigend: 2/3 der Patienten, über

die hier berichtet wird, starben nach den Angaben der CDC. Das Rätselhafte an dieser Situation muß geklärt werden (...) warum diese Gruppe, warum jetzt, warum nicht schon früher. Was sagt uns das über Immunität, über die Entstehung von Tumoren? (...) Schwulenorganisationen, die zumeist sehr aktiv und gut informiert sind, werden Maßnahmen ergreifen wollen, ihre Mitglieder zu schützen und zu erziehen. (...) Folgende Mikroben wurden als Erreger dieses Syndroms identifiziert: Viren: CMV, Herpes Simplex Bakterien: Mycobacterium tuberculosis, M. avium intracellulare, Klebsiella pneumoniae, und andere nicht aerobe Bazillen Pilze: Candida albicans and Kryptococcus neoformans Protozoen: pneumocystis carinii (PC)" [Anm. d. V.: PC ist kein Protozoen, sondern ein Mikropilz!(76,77) Damals wurde eine PCP übrigens diagnostiziert, in dem man den Brustkorb öffnete, um mit einer eingeführten Spezialkanüle Gewebeproben zu entnehmen.] "Das Manko in der Immunabwehr der Patienten scheint sehr groß zu sein, um an diesen Erregern zu erkranken. (...) Patienten mit derartigen Symptomen sollten schnell und aggressiv untersucht werden (should be investigated promptly and aggressively), wie andere Patienten mit Immunitätsschäden. Der Arzt sollte sich auf verschiedene, gleichzeitig auftretende Infektionen einstellen, wenig Reaktion auf die Behandlung oder einer Tendenz zum Rückfall. Wegen der hohen Sterbequote sind invasive Diagnostik- Techniken wie das Öffnen von Lungen vollauf gerechtfertigt. (...)

Bis die Ursache der Immunschwäche der Patienten hinreichend erklärt ist, wird eine frühe, spezifische Therapie der behandelbaren Erkrankungen empfohlen. Eine Langzeitprophylaxe der PCP wird in Form des Einsatzes von Bactrim empfohlen, wie er bei Kindern nach einer Leukämie- Therapie gemacht wird." Anm.: Da haben wir wieder Bactrim, das seit der Veröffentlichung dieses Papiers prophylaktisch gegen "AIDS" eingesetzt werden darf, Menschen ohne "AIDS" oder "HIV- Positivität" dürfen dies nur 14 Tage lang bekommen.]

"(...) Warum die Homosexuellen, besonders die, die viele Partner hatten? Homosexuelle Männer neigen häufiger als die allgemeine Bevölkerung dazu, sich mit Geschlechtskrankheiten (STD, sexual transmitted diseases) zu infizieren. Lesbierinnen sind nicht darunter, und, warum auch immer, eine Frau ist unter den von der CDC berichteten Fällen. Männliche Homosexuelle haben ein größeres Risiko, sich mit gewöhnlichen Viren zu infizieren, inklusive Hepatitis B (...) und Viren können die Immunfunktionen unterdrücken. Bemerkenswerterweise leiden viele der 160 Patienten an einer unspezifischen Krankheit, begleitet von Symptomen wie Unwohlsein, Fieber, Gewichtsverlust, einem Verlust an Leistungsfähigkeit, und defekten an den Lymphknoten, Monate bevor sie an einer opportunistischen Infektion erkranken. Sind diese Symptome Manifestationen einer immunsuppressiven Virusinfektion Den Autoren der heutigen 3 Reporte über diese Fälle gehört unser Dank für das prompte Beginnen mit ihren Untersuchungen. (...). Die CDC hat mit ihrem üblichen Tempo eine Sondereinheit (Task Force) gebildet, um die Vorgänge zu klären. Fall- kontrollierende Studien über Promiskuität und Nitrat- Inhalation sind in Arbeit.(...)" Leider hat man das, was man über Nitrat- Inhalation herausbekam, für sich behalten, falls man überhaupt weiterforschte. Und wenn man es nicht für möglich hält, daß Medikamente wie Antibiotika und Co. durch eine Unterdrückung des Immunsystems den Körper von Patienten noch weiter in der Immunität schädigen, deshalb das Immunsystem totes Zellmaterial nicht

mehr entsorgen kann, und dann alle möglichen Pilze in den Patienten auftauchen, die man mit Protozoen verwechselt dann gibt man eben noch mehr Antibiotika oder Antimykotika. Auch, wenn diese Mittel nicht mehr anschlagen. Das dann die Todesrate massiv vorgeschädigter Patienten bei 2/3 innerhalb weniger Monate liegt, wundert mich nicht. Genausowenig wundert es mich, daß Ärzte und CDC- Experten nicht bemerkten, daß sie ihre Patienten, in dem sie die Fehler der vorher behandelnden Ärzte wiederholten, regelrecht vergifteten. Resistenzen gegen das allerletzte resistenzfreie Antibiotikum versetzten die Ärzte in Panik.

Bactrim war eigentlich ein Hoffnungsträger: Ende der 70er entwickelt, machte es selbst resistent gewordenen Erregern den Garaus. Deshalb wurde es auch bei den ersten "AIDS"- Patienten massivst eingesetzt. Die Substanz TMP/SMX (Septrim, Bactrim) wurde anfangs der 70er Jahre als doppelter chemotherapeutischer Folsäurehemmer eingeführt. TMP/SMX vermindert die Produktion jeglicher Erbsubstanz, wozu Folsäure eine unverzichtbare Zutat ist. Nitrite und Sulfamethoxazole (ein Sulfonamid-Derivat) oxidieren das 2-wertige Eisen im roten Blutfarbstoff zum 3-wertigen Eisen und vermindern dadurch die Sauerstoffbindung an die roten Blutkörperchen. Es entsteht ein Sauerstoffmangel(17-21), ein lebensgefährlicher Mangeltransport des Sauerstoffs in die Atmungskette in den Mitochondrien.

Letztere sind ehemalige Bakterien, welche in den mehrzelligen Lebensformen die Energiewährung für die gesamte Zelle, das Adenosintriphosphat (ATP) produzieren(22)

Die Chance, Krankheitsprozesse auf dem Hintergrund der Lebensgewohnheiten einer ganzen Generation von schwulen Männern in den Metropolen der USA verstehen zu lernen, wurde vertan. Die klinische Mitteilung, daß es sich bei vielen Patienten um bekennende **Nitritgebraucher** handelt, wird im späteren Erklärungsmodell nicht zur Kenntnis genommen. Die Tatsache, daß viele Patienten Antikörper gegen Hepatitis B aufwiesen, bleibt unberücksichtigt. Mit anderen Worten, die überdeutlichen Hinweise, daß es sich bei den Patienten um Angehörige einer schwulen Subkultur mit vergleichsweise langjähriger extremer Infektiosität (wie im zweiten Text explizit erwähnt wird) und exzessivem Drogengebrauch (siehe 1. Bericht) bei vermutlich aggressiver Behandlungsweise mit langfristig hohen Dosierungen von Antibiotika, Virustatika und Corticosteroiden unter chronischem psychischen Streß gehandelt hat, werden systematisch ignoriert.

Das Denkmodell, daß Krankheiten auch immer Ausdruck des Zusammenwirkens mehrerer Faktoren sind und damit Spiegelbild der physischen und psychosozialen Erfahrungsgeschichte einzelner Patienten, ganzer Untergruppen der Bevölkerung, hat im reduktionistischen Welt- und Menschenbild der Elitemediziner der Universität von California in Los Angeles und der Experten der Überwachungsbehörde CDC keine Berücksichtigung gefunden. Die Überlegung, daß bei komplexer Einwirkung vielfacher Streßfaktoren eine kritische Grenzbelastung im Organismus eintreten könnte, welche das Stoffwechsellmilieu u.a. für die Reifung von Immunzellen ungünstiger und gleichzeitig für die Reifung von Mikroben günstiger gestalten könnte, hätte die Kenntnis des Lebenszusammenhanges der Patienten, eine ausführliche Erforschung der Krankengeschichte vorausgesetzt.

Statt dessen erklärten die CDC-Experten im ersten Bericht die offensichtlich überwiegend chronisch vorgeschädigten Patienten in ihrer Mehrzahl für "bis dahin gesund." Die eingeengte Sichtweise der CDC-Experten mußte also für die "plötzliche" Immunschwäche eine einzelne von außen hinzutretende Ursache annehmen. Was lag näher, als bei schwulen Männern ein sexuell übertragenes Virus als Übeltäter zu vermuten.

Bald wurde in den Medien von einer Seuche gesprochen, die gefährlicher sei, als alles bisher dagewesene. Georg Bush war damals Vize-Präsident; und besaß ein größeres Aktienpaket des US-Pharmakonzernes Abbott, saß beim Pharmakonzern "Lilly" im Vorstand. Abbott, einer der Hauptsponsoren der Welt-AIDS-Konferenz Genf, kaufte später die Lizenz für den ersten HIV-Test. Robert Gallo hielt das Patent dafür.

Robert Gallo GmbH und Co KG: **Viren aller Art** **DAS ERFINDEN DES VIRUS DURCH R. GALLO**

Fast drei Jahre sind nach dem ersten CDC-Bericht vergangen. Für den "Spiegel" und andere war es längst klar: da ist ein Virus am Werk. Obwohl es dafür keine gesicherten Erkenntnisse gab, nicht einmal ernst zu nehmende Hinweise. Tausende Wissenschaftler lieferten sich ein Wettrennen, dem Gewinner, dem Finder der Ursache von "AIDS" winkte massiver Ruhm, wissenschaftliche Reputation, Forschungsgelder und so weiter. Wo Wissenschaft nicht mehr der Erkenntnis dient, sondern ein wirtschaftlicher Faktor, ist krankhaft übersteigertem Ehrgeiz Tür und Tor geöffnet. Denn hier gilt nicht mehr die Suche nach wahrhaftigen Erkenntnissen als Ziel, sondern wirtschaftlicher Profit und persönlicher Ruhm. Und wenn es einem da gelingt, eine Krankheitsursache zu behaupten, die zwar unlogisch ist, aber doch irgendwie nicht ohne Reiz für die Pharmaindustrie, die von den Kollegen mangels gangbarer Alternativen angenommen wird, dann hat man das Spiel gewonnen. Warum Wissenschaftler mitunter Beweise vortäuschen, und hoffen, die Ergebnisse ihrer Forschung würden akzeptiert, erklärt sich recht einfach: Wissenschaftler, besonders in den USA, sind von Geldern abhängig, die sie akquirieren. Nur so bekommt man eine eigene Abteilung, ein eigenes Institut. Und Gelder bekommt man nur, wenn man publiziert, zitiert wird, etwas Neues findet.

Robert Gallo, der viele Jahre lang das Labor für Tumorzellbiologie beim National Cancer Institute der USA geleitet hatte, versuchte bereits vor AIDS mehrfach, der Menschheit Retroviren anzudichten. 1984 hatte er schon mehr als ein Jahrzehnt mit der Erforschung von Retroviren und Krebs verbracht. Er war einer der vielen Virologen, die sich an Präsident Nixons Krieg gegen den Krebs beteiligten. Schon Mitte der 70er Jahre hatte Gallo behauptet, er hätte das erste menschliche Retrovirus in Patienten mit Leukämie entdeckt. Er

sagte, seine Daten bewiesen die Existenz eines Retrovirus, das er HL23V(53,54) nannte. Damals verwandte Gallo, genauso wie er es später beim HIV tun sollte, lediglich Antikörper-Reaktionen, um "nachzuweisen", welche Proteine in den Kulturen auf ein Virus zurückzuführen seien. Kurz darauf behaupteten andere Forscher, die gleichen Antikörper in vielen Leuten gefunden zu haben, die keine Leukämie hatten. Einige Jahre später dann wurde offensichtlich, daß die o.g. Antikörper ganz natürlich vorkommen und sich gegen viele Substanzen richten, die nichts mit Retroviren zu tun haben(55,56) Es war von da an klar, daß HL23V ein großer Mißgriff war. Es gab kein HL23V-Retrovirus. Die "Daten" von Gallo entpuppten sich als heiße Luft und HL23V ist jetzt posthum ausgestorben(51).

Die Beweismittel, die gebraucht wurden, um die Existenz von HL23V nachzuweisen, waren jedoch sehr ähnlicher Art wie die Beweismittel, die im Falle HIV vorgelegt werden sollten. Außerdem: nicht einmal Gallo spricht mehr vom HL23V. Aber 1980 berichtete er von der Entdeckung eines anderen Retrovirus. Es handelte sich wiederum um dieselbe Art von Daten, die er von Leukämie-Patienten gewonnen hatte, und dieses Mal nannte er es HTLV-I. Er behauptete, es verursache eine besondere, seltene Art Leukämie, die Gallo jetzt "Adult T4-Cell Leukaemia" (T4-Zellen-Leukämie bei Erwachsenen) nannte. Es gibt in der Tat einige interessante Parallelen und Paradoxien zwischen HIV und HTLV-I: Robert Gallo schrieb im September '83 an Prof. Deinhard, d e n deutschen Virologen, einen Brief aus dem ich zitieren möchte. Alle Welt zitterte damals vor dem neuen Todesvirus, das "AIDS" verursachen sollte: "Seit einer kürzlichen Europareise mache ich mir darüber Gedanken, daß einige Leute den Eindruck erweckten, ich glaubte, AIDS werde durch HTLV verursacht. Ich schreibe an Sie wegen Ihrer zentralen Rolle in der Viruskolonie Europa und hoffe, daß Sie mir dabei helfen können, diesen Eindruck zu zerstreuen, wenn er entsteht. [...] Meiner Ansicht nach kommt eine HTLV- Variante am ehesten in Frage und wenn es das nicht ist, handelt es sich um ein noch unbekanntes Virus. [...] Das von Luc Montagnier beschriebene Virus habe ich nie gesehen, und ich vermute, daß er ein Gemisch von zweien haben könnte." Auf einer Konferenz in Cold Spring Habor hatte er Montagniers Resultate als "Laborartefakte" bezeichnet.(beide Aussagen: Ref.75)

Gallo sieht also im September '83 kein für "AIDS" verantwortliches Virus, außer vielleicht einer Variante seines eigenen "Retrovirus" HTLV I. ("...kommt am ehesten in Frage..."). Er hatte, wegen der KS- Erkrankungen einiger "AIDS"-Patienten wohl die Chance gewittert, von Krebs auf HIV umzusteigen. Und dabei einige seiner Krebsviren mitzunehmen. Was ihm gelungen ist : Die von Gallo bereits prophetisch angekündigte, wahrscheinlich für "AIDS" verantwortliche Variante seines HTLV- Virus, er nannte es HTLV-III, findet er dann ausgerechnet in einer Probe mit einem von Montagnier "LAV" genannten Virus. Luc Montagnier, sein Konkurrent, stellte Gallo und anderen Zellkulturen mit "LAV" zur Verfügung, um seine Ergebnisse überprüfen zu lassen. Das Gallo sein HTLV-III daraus herstellte, hat er noch jahrelang geleugnet, und mußte es dann doch zugeben. So blöd es klingt, wenn man es aufdrösel:

1. Im September '83 vermutet Gallo eine HTLV- Variante als Ursache für "AIDS"; eine Variante seines eigenen (nie) nachgewiesenen Krebs- Retro- Virus.

2. Gallo läßt sich von Montagnier eine Probe, infiziert mit LA- Viren schicken

3. In Gallos Labor "mutiert" das LAV zum HTLV III, später HIV genannt.

3. HTLV wird der Öffentlichkeit im April als Verursacher von AIDS vorgestellt und gleichzeitig (!) patentiert.

Bei seinem, damals noch "HTLV" genannten HIV- Prototyp, bediente sich Gallo (wie auch Montagnier) diverser Tricks, um ihn "nachzuweisen"(46). Und hier sind wir wieder beim "Zentralen Dogma der Genetik". Wir erinnern uns: Reverse Transkriptase galt, vom genetischen Zentraldogma geschützt, als Nachweis für Viren! Zuerst bekam Gallo eine Zellkultur von seinem ärgsten Konkurrenten Montagnier zu Überprüfung zugeschickt. Dann benutzte er diese Kulturen, um eine rege Vermehrung von aus RNA zu DNA zurückgeschriebenen (reversen) Erbinformationen nachzuweisen. Dies erreichte er u.a. durch Zugabe von Hydrocortison sowie Leukämiezellen, die sich sowieso besonders häufig vermehren, besonders viel Reverse Transkriptase produzieren. Sein Konkurrent Montagnier war eigentlich nicht viel besser: Er benutzte Embryonalzellen, die sich ebenfalls schnell vermehren. Dies reichte aus, damit die damalige US- Gesundheitsministerin mitspielte, der Öffentlichkeit die Ursache der von Reagan "Schwulenkrebs" bezeichneten Immunschwäche zu präsentieren. Beide, Gallo und Montagnier, hatten ihren Versuchsgemischen Substanzen zugesetzt, die im menschlichen Körper nicht vorkommen! In den anderen direkt anschließenden Arbeiten wurde von Gallo berichtet, daß "HTLV III" ("HIV") bei einem hohen Prozentsatz von Patienten mit AIDS-Vorstadien (86 %), bei klinisch gesunden Müttern von jungen AIDS-Patienten (75 %) und bei Erwachsenen mit AIDS (30%) gefunden werden konnte. Klinisch normale Homosexuelle waren zu 4,5 % "infiziert", während normale heterosexuelle Blutspender nicht infiziert waren. (alle Daten: siehe Ref. 75) Auch die Prozentzahlen der an "AIDS" erkrankten Menschen, in denen Gallo "HTLV-III" nachweisen konnte, halte ich für sehr dünn: Wenn "HTLV-III" (später: HIV) nur in 30% der Fälle von "AIDS"- Kranken nachgewiesen werden konnte, wieso wurde es trotzdem zur Ursache von "AIDS" erklärt. Daß Gallo Montagnier um seine Entdeckung betrogen hat, ist übrigens offiziell. Ich zitiere aus Quelle 75, Seite 61. Es geht darum, daß die "Viren", die Montagnier und Gallo entdeckt hatten, nicht aus zwei verschiedenen Menschen stammen konnten. "Auf Grund der genetischen Variabilität der menschlichen Immunodefizienz-Viren (HIV), wie die AIDS-Viren später wegen der Auseinandersetzungen der Gruppen Montagnier und Gallo um das Erstentdeckungsrecht genannt wurden, können Isolate aus verschiedenen Personen genetisch nicht identisch sein. Dies war aber bei LAV 1 und HTLV III der Fall, womit bewiesen war, daß das Labor Gallo das französische Isolat kultiviert und publiziert hatte. Es war ihnen Monate zuvor von Montagnier zum Zwecke der Charakterisierung und Bestätigung zugesandt worden."

Weitere Kritikpunkte bezüglich der "Entdeckung" von "HIV" findet man bei einer genaueren Analyse der Vorgehensweisen von Gallo: Ich bediene mich hier einer Argumentation, die Dr. Heinrich Kremer sowohl in "raum und zeit"(Ehlers Verlag, Dietramszell), als auch in "Continuum" (London) veröffentlichte:

"Haben Gallo und Kollegen den AIDS- Test maßgeschneidert manipuliert?

Gallo und Kollegen haben als „Nachweis, Isolation und kontinuierliche Produktion(3) von "HIV" lediglich mittelbare [nicht direkte] Phänomene wie Reverse Transkription, elektronen-mikroskopische Aufnahmen im Ultradünnschnittverfahren und Ansammlungen von Eiweißgemischen an bestimmten Dichtegradienten darstellen können. Diese Phänomene gelten nach den Standardregeln der Virologie nicht als Beweis für die Existenz eines "Retrovirus", da sie auch in Abwesenheit viraler Einheiten unter bestimmten Zellkulturbedingungen produziert werden können.(24-30;3) Um so dringlicher stellt sich die Frage: Wie haben Gallo et al. in der Zellkultur und im Reagenzglas ein Eiweißgemisch produzieren können, das im "AIDS-Test" als Testsubstrat im Kontakt mit dem Serum von Angehörigen der "Hochrisikogruppen" mit einer gewissen Trefferquote eine Antigen-Antikörper-Reaktion für einzelne Eiweiße zeigte(3)? Die in einer hochtechnischen Laborsprache geschriebenen Originalpublikationen von Gallo et al. verraten dieses Konstruktionsgeheimnis nicht. Erst seit 1987, als im gleichen Jahr die Krankheitstheorie "HIV verursacht AIDS" zum Einsatz eines hochgiftigen DNA-Syntheseblockers (Azidothymidin=AZT= Retrovir) als Medikament in der „AIDS-Therapie" geführt hatte, gaben zwei der Forschungspartner von Robert Gallo und Co-Autoren der Originalpublikationen im Science vom 4.5.1984 3;31-33 Mangalasseril Sarngadharan und Phillip Markham (Mitarbeiter bei Litton Bionetics, Kensington MD, USA), entscheidende Hinweise, mit welchen biochemischen Mitteln Gallo et al. im Labor das Eiweißgemisch, das sie nach selbstdefinierten Konventionen als „HIV-Antigene" bezeichneten, manipuliert haben(28). Zunächst hatten Gallo et al. Zellmaterial (...) nach den von ihnen selbst definierten Regeln für die Produktion von "Retroviren" laborchemisch bearbeitet. Diese Prozedur erbrachte "von Zeit zu Zeit", aber lediglich vorübergehend(34) die Produktion von unspezifischen Phänomenen als Surrogat für die Existenz eines neuen "Retrovirus". Dann mischten Gallo et al. Lymphozyten von Patienten aus "Hochrisikogruppen" mit besonders teilungsfreudigen Leukämiezellen(3;33). Dieses Zellgemisch setzten sie der Wirkung bestimmter biochemischer Substanzen aus.

"Die Stimulation in vitro konnte erreicht werden durch Mitogene [zellteilungsanregende Substanzen] oder allogene Antigene [hinzugefügte Zellen]. Bestimmte Manipulationen der Kulturbedingungen verbesserten das Ergebnis, beispielsweise die Kokultivation von Patientenzellen mit peripheren weißen Blutzellen, die durch Mitogen stimuliert wurden, von nicht-infizierten Spendern. Die Virusisolation aus kultivierten Zellen wurde gleichfalls wesentlich erleichtert durch Zugabe von Hydrocortison in das Kulturmedium"(34). In Kenntnis des spezifischen Antigen-Autoantikörper-Status der "Hochrisikopatienten" ist es also möglich, in Zellkulturen menschlicher Lymphozyten, kokultiviert mit Leukämiezellen, unter Einsatz spezifischer biochemischer Manipulationen maßgeschneidert eine passende Antigenmischung zum Autoantikörper-Repertoire im Serum von „Hochrisikopatienten" zu triggern. Der Scheinbeweis, es handle sich bei der Antigenmischung um "retrovirale" Eiweiße, wird dadurch erbracht, daß der Nachweis natürlich vorkommender Reparaturenzyme (Reverse Transcriptasen, besonders zahlreich in Krebszellkulturen zur DNA-Reparatur und Erneuerung der Chromosomenenden produziert, deshalb die Kokultivierung mit

Leukämiezellen in der Zellkultur von Gallo et al. (3;33), sowie der Nachweis von exozytischen virusähnlichen Partikeln (häufig vorkommende Transportpartikel zum Ausschleusen von Zellmaterial aus mitogen provozierten Zellen) als "Nachweis, Isolation und kontinuierliche Produktion" von angeblichen "Retroviren" fehlinterpretiert wird(30). Daß es sich bei der sensationellen Entdeckung eines "neuen Retrovirus" durch Gallo et al. tatsächlich um ein Laborartefakt handelt, geht auch aus der ausdrücklichen Feststellung von Gallo et al. hervor, man habe auch "HTLV-I" (isoliert aus T-Zellen von 10% der AIDS-Patienten) und „HTLV-II“ aus der "Retrovirusfamilie" bei "AIDS"-Patienten entdeckt und nachgewiesen (3;33). Später war von „HTLV-I“ und "HTLV-II", isoliert aus T-Zellen von AIDS- Patienten" nie wieder die Rede. Auch sind bei "AIDS-Patienten" keine auffälligen Leukämie-Erkrankungen aufgetreten. Die "Isolation" von „HTLV-I“ und "HTLV-II" war ein bloßes Laborprodukt nach den Produktionsregeln von Gallo et al.. Analog gilt diese Feststellung auch für "HTLV-III" ("HIV"). Gallo et al. haben folglich die Antigenbildung [Antikörperbildung] im Organismus von "Hochrisikopatienten" in der Zellkultur nachgeahmt. Der Unterschied besteht darin, daß in der Zellkultur im Gegensatz zum Organismus von "Hochrisikopatienten" keine Antikörper vorhanden sind, da die B-/ Plasmazellen fehlen. Bringt man jedoch das Antigengemisch aus der Zellkultur mit dem Serum von "Hochrisikopatienten" in Kontakt, dann kann es ab einem festgelegten Autoantikörperspiegel zu einer nachweisbaren Antigen-Antikörper-Reaktion kommen. Diese Vorgehensweise ist genau das Prinzip des "Anti-HIV-Antikörper-Tests". Spiegelbildlich binden die artifiziell produzierten Antigene mit den Autoantikörpern, deren Vorhandensein wegen der bekannten [krankheitsauslösenden] Belastungen der "Hochrisikopatienten" zu erwarten war. Aufgrund der Darstellung der Laborrezepte von Gallo et al., die ihre Labortricks hinter dem Schleier des Patentgeheimnisses versteckt hatten, wird die rational nicht nachvollziehbare Reduktion der Ursache von „AID“ auf einen angeblichen neuen infektiösen Erreger(30) und die Bagatellisierung der klinischen Folgen der chronisch- aktiven Hepatitiden durch Gallo et al.(3) als zweckbestimmte Behauptung entschlüsselt. Offensichtlich mußte ein Erklärungsnotstand postuliert werden, um ein angeblich im National Cancer Institute entdecktes "neues Retrovirus" und ein entsprechendes "Antikörper-Testsystem" unter Patentschutz am Markt etablieren zu können. Der laborklinische Befund "HIV-positiv", der individuell bei Angehörigen der Hochrisikogruppen abhängig von der Menge und dem persönlichen Reaktionsmuster der Antikörper diagnostiziert werden kann, kann ebenfalls bei Nichtangehörigen der "Hochrisikogruppen" in seltenen Fällen aus sehr verschiedenen Gründen erhoben werden. Insgesamt jedoch haben sich, im Vergleich zu den horrenden Voraussagen, die Erwartungen von Gallo et al. hinsichtlich der Ausbreitungsdynamik von "HIV" in der realen biologischen Welt nicht erfüllt." Ich finde es schon hochinteressant, was Dr. Kremer hier schreibt. Nur in einem Punkt muß ich ihm, wahrscheinlich unbewußten, geistigen Diebstahls bezichtigen. Ich meine den Satz, wo er Gallo vorwirft, "Laborartefakte" entdeckt zu haben. Schau ich mal in der Quelle 75 nach, einem Bundestagsdokument, so stoße ich auf folgende Zitat über Robert Gallo. Dieser habe "auf verschiedenen Konferenzen Montagnier scharf angegriffen, und dessen Ergebnisse als Laborartefakte bezeichnet." Womit allerdings

Robert Gallo Heinrich Kremer unterstützen würde. Denn Gallo hatte ja im Prinzip das Gleiche gemacht, mit exakt dem gleichen Material, wie Montagnier. Also sagen Gallo und Kremer zu Gallos Entdeckung: "Laborartefakt".

Für Gallos Manipulationen interessiert sich bis heute praktisch niemand. "HIV" bleibt trotz der dünnen Beweislage von damals immer noch offiziell existent. Nur für den Diebstahl wurde Gallo bestraft: Weil er widerrechtlich die Kulturen von Montagnier benutzt hatte, dies aber jahrelang leugnete, wurde der Erlös aus dem HIV- Patent zwischen Franzosen und Amerikanern brüderlich geteilt. Eine Hinterfragung seiner 'Entdeckung' fand trotz der offensichtlichen Betrugereien nicht statt. Erst später einigten sich die beiden Gruppen auf eine identische Sequenz der sog. viralen Erbstruktur, was seitdem keiner Forschergruppe mehr beim HI- Virus mehr gelingen konnte, auch wenn sie identisches Material aus dem gleichen "Töpfchen" benutzten. Man sagt dann, der Virus mutiere zu oft und zu schnell. Das Virus muß also irgendwann nach '84 erst mit dem Mutieren angefangen haben. Warum, daß weiß natürlich niemand.

Gallo verlor das Patent am "HIV- Test". Aber bis heute werden Klons seines "Virus" benutzt, sie liegen auch den heutigen HIV- Tests zugrunde. Mal ganz nebenbei: Montagniers Antrag auf Patentierung seines "LAV" verschimmelte monatelang in einer Schublade des Washingtoner Patentamtes. Gallos Antrag aber wurde schon einen Tag später patentiert, als die US-Gesundheitsministerin Margret Heckler der versammelten Weltpresse Gallo als "den Mann, der mit großer Wahrscheinlichkeit das ‚AIDS- Virus‘ gefunden hat", vorstellte, "ein großer Tag, der die Überlegenheit unserer Wissenschaft unter Beweis stellt". Später hieß es, Montagniers Antrag sei versehentlich nicht bearbeitet worden. Offensichtlich ging es bei der Patentierung von "HIV" um handfeste nationale, wirtschaftliche Interessen. Prof. Johnson, (University of California, Berkeley; <http://www.arn.org/arn/johnson/johome.htm>) hat eine Erklärung dafür, warum alle Beteiligten '84 mit der Lösung zufrieden waren:

"Die HIV-Wissenschaft hat wie die kalte Fusion mit einer Pressekonferenz von Wissenschaftlern begonnen, welche sich Ruhm und Forschungsgelder erhofften. Der Unterschied war nur, daß keine weiteren Untersuchungen erfolgten, um die Entdeckung der kausalen Rolle des "AIDS-Virus" zu verifizieren. Heute ist klar, daß damals kein Beweis für die Verursachung von AIDS durch HIV erbracht wurde, weder auf der Pressekonferenz von Dr. Robert Gallo im April 1984, noch in den vier Artikeln, die sein Team einen Monat später in "Science" veröffentlichte. Alles, was Gallo präsentieren konnte, war, daß er in vielen, aber nicht in allen AIDS-Patienten, Antikörper gegen ein Retrovirus gefunden hatte, welches er dann HTLV-III benannte(...) In einer normalen wissenschaftlichen Umgebung wären alle diese Punkte monatelang in Konferenzen und Journalen diskutiert worden, bevor man sich auf HIV als Ursache von AIDS festgelegt hätte. Gallo's Logik war wie folgt: "Wir haben Antikörper gegen einen zuvor unbekanntem Virus in vielen AIDS-Patienten gefunden; deswegen verursacht dieser Retrovirus auch all diese verschiedenen Krankheiten, welche wir nun AIDS nennen." Warum merkten die anderen Wissenschaftler nicht, daß diese Argumentation grotesk war?

Es kann keine Entschuldigung für solch eine professionelles Fiasko geben, aber es gibt Umstände, die es teilweise erklärlich machen können. Wissenschaftler gehen üblicherweise davon aus, daß die in wissenschaftlichen Journalen wie

Science veröffentlichten Arbeiten einer kritischen Prüfung unterzogen werden. In diesem Fall sind die Artikel aber mit Eile zur Veröffentlichung getrieben worden. Diese Eile entsprach den spürbaren Bemühungen der Gesundheitsbehörden, und sie entsprach der Notwendigkeit, verlorenes Ansehen zurückzugewinnen, wegen der Erstisolierung des Virus durch die Franzosen, die eine Probe vertrauensvoll Dr. Gallo zugesandt hatten. Nachdem die Entdeckung des "AIDS-Virus" verkündet worden war, wurde das Rennen um ein Heilmittel oder einen Impfstoff, Forschungsgelder und Ruhm in Aussicht, eröffnet. Für die Widerlegung der offiziellen Theorie wurden keine Gelder bereitgestellt. Hätte jemand versucht, die Schuldigkeit des Virus zu überprüfen, hätte er wegen der Verschwendung von wertvoller Zeit, die für die Suche nach dem Heilmittel besser hätte eingesetzt werden können, wie ein Narr dagestanden. Hätte ein Forscher ernsthafte Gründe gefunden, die Theorie anzuzweifeln, hätte er keinen Ruhm, sondern den Zorn enttäuschter Kollegen geerntet. (...) Die HIV-Theorie hat sich deswegen so schnell durchgesetzt, weil sie das AIDS-Mysterium so löste, wie es jeder der großen Mitspieler haben wollte. Virologen wie Dr. Gallo, die bei der Suche nach Krebsviren versagt hatten, hatten nun garantierte Forschungsgelder für Jahre. Epidemiologen am CDC (Center for Disease Control) erlangten wieder Aufmerksamkeit und Prestige. Die Reagan Administration konnte, nachdem sie angesichts der "Pandemie" wegen angeblicher Tatenlosigkeit in Zugzwang war, auf einen durchschlagenden Erfolg verweisen und die schnelle Entwicklung eines Impfstoffes versprechen. Die Organisationen der AIDS-Patienten konnten auf ein Heilmittel hoffen, und ihnen wurde versichert, daß nicht ihr Lebensstil, sondern ein neuer Virus an ihrem Zustand Schuld sei. Pharmakonzerne, allen voran Burroughs Wellcome [jetzt GlaxoWellcome, der Hersteller von AZT] standen bereit, ihr Glück zu versuchen. Keiner hatte Grund zu zweifeln." (Quelle: Internet)

Das Retrovirus HIV aus der Sicht der Schulmedizin

Die Erbinformation der "Retroviren" liegt nicht - wie bei der überwiegenden Anzahl der Lebewesen auf der Erde - in Form von DNA (Desoxyribonukleinsäure) vor, sondern in Form der RNA (Ribonukleinsäure). Da "HIV" als Virus kein Lebewesen an sich ist, es hat keinen eigenen Stoffwechsel und kann sich nicht selbst vermehren, besitzt es außer seinem Erbgut und Enzymen nur noch verschiedene Lipid- (~Fett) Hüllen, die das Erbgut und die Enzyme vor Umwelteinflüssen schützen, gleichzeitig aber auch das Andocken und Eindringen in menschliche Körperzellen ermöglichen. Viren benötigen zur Vermehrung deshalb Wirtszellen, in die sie ihre Erbinformation einschleusen können und dann die Zellen darauf programmieren, nicht mehr sich selbst zu teilen, zu vermehren, sondern von nun an Viren zu produzieren. Um jedoch seine Erbinformation erfolgreich in die Wirtszelle einbauen zu können, muß "HIV" seine RNS vorher in DNS umschreiben. Dazu besitzt HIV ein Übersetzungs- Enzym, die Reverse Transkriptase (~Rückwärts-Übersetzer) mit in die Zelle.

"HIV" ist kugelförmig. Außenbegrenzung ist die Virushülle, in die die Oberflächen-Struktureiweiße gp120 und gp41 eingelagert sind. Die Bestandteile des HIV werden je nach ihrer chemischen Zusammensetzung mit

p (= Protein) oder gp (=Glykoprotein) und des entsprechenden Molekulargewichtes benannt, das dann in Form einer Zahl auftaucht - z.B. p24.) Unmittelbar unter der Hülle befindet sich die sogenannte Matrix, die aus dem Protein p17 gebildet wird. Der Kernkörper wird von einer Kernhülle aus p24-Molekülen umgeben. Im Kernkörper befinden sich die Reverse Transkriptase (RT) und die RNS, die jeweils in zwei identischen Molekülen vorliegen. Der Aufbau der RNS bzw. der 9.000 einzelnen) sind bekannt. Die RNS enthält Informationen für den Bau von Strukturproteinen (Hülle, Matrix, Kernkörper, Oberflächenproteine usw.) und für Proteine mit steuernden oder enzymatischen Funktionen. Zusätzlich sind regulierende Gene enthalten, von denen eins ein Regulator-Gen ist, was die Vermehrung des Virus einleiten kann (tat), sobald die in DNS ungeschriebene Virus-Erbinformation in die DNS der Wirtszelle eingefügt ist.

HIV: Im Modell immer mit Noppen! Auf Photos mal ohne, mal mit!

WAS SIND VIREN, WAS SIND RETROVIREN, WIE WERDEN EXISTENTE VIREN NACHGEWIESEN?

"Retroviren" sind allesamt virtuell, existieren nur in der Theorie: In der gesamten wissenschaftlichen Literatur findet sich keine Arbeit, wo eine (Retro-) Virusisolation erfolgt wäre, geschweige denn auch noch die virale Erbsubstanz oder die viralen Proteine dargestellt wurden. Viren sind, anders als Bakterien, keine Lebewesen. Viren sind nichts als ein paar Eiweiße, die um ein Stückchen Erbsubstanz (DNA oder RNA) herum gruppiert sind. Um sich zu vermehren, braucht ein Virus eine Wirtszelle: Es dringt in sie ein, und bringt die Zelle dazu, fortan Viruskopien herzustellen. Bei den sogenannten "Retroviren" soll laut Modell virale RNA in DNA umgeschrieben werden, "Retroviren" haben, seit ihrer Erfindung (siehe "Dogma der Genetik") keine DNA, nur eine RNA. Daher der Name. Hat ein Wissenschaftler den Verdacht, ein neues Virus gefunden zu haben, so genügte es (bis zur Erfindung von HIV) nicht, einfach etwas Virusähnliches mit dem Elektronenmikroskop (EM) in Zellen zu entdecken, zu fixieren, und es in dünne Scheibchen zu schneiden: Viren waren bis zur Erfindung der Retroviren ausnahmslos isolierbar. Zelluläre Partikel sind es nicht, diese werden zerstört, sobald sie die Zelle verlassen. **Zellen sind voller Partikel, die ausschauen, wie Viren, aber keine sind.** Von daher besteht die Gefahr, diese mit Viren zu verwechseln. Natürlich kann man Viren auch in Dünnschnitten darstellen. Dazu aber nimmt man isolierte Viren, bettet sie ein, fixiert und färbt sie, und kann dann deren interne Strukturen untersuchen. Auch eine solche Aufnahme wäre überzeugend, nicht jedoch den Kriterien genügend, um den ersten Schritt der Beweisführung einer erfolgreichen Virusisolation behaupten zu dürfen. Ein Experiment ist nur so gut, wie seine

Kontrolle. Keine Kontrollexperimente werden im Falle "HIV" in der Literatur erwähnt, nie gab es das berühmte Kontrollexperiment, ("Mock"/ Reinheit der Isolation). Diese Kontrolle schreibt vor, auch identisches Zellmaterial gesunder Menschen im Parallel- Isolationsversuch exakt auf gleiche Art und Weise zu behandeln, wie die als "positiv" befundenen Proben. Die vorher als "HIV" bezeichneten zellulären Partikel, dürften bei diesem Kontrollversuch nicht entdeckt werden. Würden diese Experimente endlich offiziell durchgeführt, würde man in Gesunden die gleichen zellulären Partikel entdecken, die man bei Positiven als "HIV" definierte. Genau dies machte eine englische Forschergruppe: man fand in "AIDS"- Kranken und in "HIV"- Negativen die gleichen Partikel, die gemeinhin für HIV gehalten werden. Sie mußten zugeben, daß diese Partikel allein, ohne Isolation, kein Beweis für die Anwesenheit des "Retrovirus HIV" darstellen.

"Die **Isolation** und Aufreinigung von existierenden Viren ist eine Standardmethode, da Viren einer Art - im Gegensatz zu Zellen und Zellbestandteilen - immer einheitlich groß sind, die gleiche Form besitzen und stabiler als zelluläre Bestandteile sind, was ermöglicht, sie zu isolieren und in reiner Form darzustellen.

Im **Kontrollexperiment**, das gewährleistet, daß keine Bestandteile der Zelle isoliert werden, wird unter exakt den gleichen Bedingungen versucht, Viren aus nicht-infizierten Organismen zu isolieren. In diesem Kontrollexperiment darf dann auch nichts isoliert werden. Um ein neues Virus mit Sicherheit zu identifizieren, wäre der erste und einfachste Schritt, isolierte Viruspartikel mit einem Elektronenmikroskop zu fotografieren. Diese müssen dann so aussehen wie die Partikel, die man in den Zellen, Körperflüssigkeiten oder Zellkulturen beobachtete, um sie so von anderen zellulären Partikeln zu unterscheiden, die wie Viren aussehen, aber keine sind. Die Eiweiße des Virus müssen dann voneinander getrennt und fotografiert werden. Dies erzeugt ein Muster, das charakteristisch für jede Virusart ist. Ein ähnliches Trenn- und Identifikationsverfahren muß auch mit der DNS oder RNS des Virus durchgeführt werden. Erst wenn die Eiweiße und die genetische Substanz, die das Virus ausmachen, sauber identifiziert wurden, ist man berechtigt von einem neuen Virus zu sprechen. Diese Beweise sind im Fall von HIV bis heute nicht erbracht worden! Kein Foto eines isolierten HIV-Partikels ist je veröffentlicht worden und das gleiche gilt für dessen Eiweiße und sein genetisches Material. Keines der oben beschriebenen Kontrollexperimente wurde bis heute publiziert oder auch nur erwähnt. Was statt dessen publiziert wurde, sind Fotos von virusähnlichen Partikeln in Zellkulturen, die chemisch fixiert, in Kunstharz eingebettet und in ultradünne Scheiben geschnitten werden (damit sie überhaupt fotografierbar sind), aber keine isolierten Viren (die man, ohne sie zu fixieren und einzubetten, als Ganzes fotografieren kann), geschweige denn von Strukturen in menschlichem Blut oder Körperflüssigkeiten, die das Aussehen haben, welches dem HIV-Modell entspricht. Was die ganze Welt kennt, sind Modelle, die HIV darstellen, mit den "Antennen", die die Schlüssel zum Schloß der Zellen darstellen sollen, mit denen sich das Virus an die zu infizierenden Zellen bindet. Die Existenz von HIV wird aus dem Antikörpertest abgeleitet, doch wie dies funktionieren sollte,

mit einem Virus, das nicht isolierbar ist und dessen Existenz niemals bewiesen wurde (und deswegen nichts anderes darstellt als eine Verunreinigung von zellulären Eiweißen), bleibt ein Mysterium."(aus: "HIV- Realität oder Artefakt", Dr. Stefan Lanka, erschienen in "raum und zeit")

ERFÜLLT "HIV" DIE KOCHSCHEN POSTULATE?

Es wird auch immer wieder behauptet, HIV erfülle die "Kochschen Postulate", sei somit als Virus gesichert nachgewiesen. Die Kochschen Postulate aber setzen voraus, daß eine virale Einheit isoliert werden konnte. Danach müßte man zeigen, daß sie sich vermehren läßt und infektiös wirkt. Diese Behauptung kann man sich komplett schenken, aus dem Grunde, daß alle "Retroviren", und damit auch HIV, niemals isoliert werden konnten, daß sie nichts anderes sind als eine reine Erfindung, oder, vornehm ausgedrückt, eine Reduktion der kognitiven Dissonanz. Die Viren müssen sich in Kulturen vermehren lassen, was "HIV" nur tut, wenn katalysierende Substanzen zugesetzt werden. Eine Vermehrung läßt sich trotzdem nur mit indirekten, nicht spezifischen Methoden nachweisen.

Sonderfall "HIV": Photos nicht isolierter, nicht identifizierter Partikel sind ein Beweis für eine erfolgte Isolation(28), die keine ist, im eigentlichen Sinn des Wortes. Dabei werden nicht einmal die Regeln des Pasteur- Institutes für die Isolierung von Retroviren eingehalten. Und der Nachweis Reverser Transkriptase oder der ebenfalls indirekte Nachweis über PCR (siehe "Viral Load") was deren Erfinder bei HIV ablehnt, gilt als Beweis für die Vermehrung von HIV.

Normalerweise wird ein Abstrich gemacht; folgende biologischen Experimente sind vorgeschrieben: das Virus in entsprechenden Zellen zu vermehren, und danach wieder zu isolieren, und zu charakterisieren, wobei das vermehrte Isolat mit der Ausgangssubstanz identisch sein muß. Damit hätte man bewiesen: eine infektiöse Entität [Einheit] isoliert zu haben. Bei Retroviren und HIV ist es nicht möglich, da nichts isoliert werden konnte. Der Nachweis von RT wurde gleich der Existenz und Isolation dieser Viren gesetzt. Dies als Erfüllung der Kochschen Postulate hinzustellen, zeugt von Ignoranz oder dem festen Willen einer Fälschungintention.

WARUM DER "HIV - TEST" NICHT FUNKTIONIEREN KANN

Es gibt zwei HIV- Tests: Der Elisa (Such-) Test wird in Deutschland in erster Instanz benutzt. Tritt ein positives Ergebnis auf, muß dieses durch einen Westernblot (Bestätigungstest) verifiziert werden. Beide Tests haben rein gar nichts mit "HIV" oder angeblichen "HIV- Antikörpern" zu tun(24), was nicht auch nur annähernd schlüssig nachgewiesen wurde. Wie soll das Funktionieren eines Virustests festgestellt werden, wie soll sein Funktionieren überprüft werden, wenn man nicht feststellen kann: "Dieser Patient war Test- negativ, in seinem Körper haben wir kein HIV durch Isolation feststellen können. Dieser Patient ist Test- positiv, und dies ist das Photo von HI- Viren, die wir in seinem Körper gefunden haben." Dies Problem umgeht die HIV- Wissenschaft recht einfach: Man kann es nicht direkt nachweisen, wie es üblicherweise mit

existenten Erregern gemacht wird. Statt dessen sucht man nach Antikörpern gegen "HIV". Antikörper sind vom Immunsystem gebildete Eiweiße, die gegen Krankheits-erreger gebildet werden. Nun könnte man sagen: "O.K., wenn Antikörper zu 100% spezifisch nur gegen einen Erreger gebildet werden, dann reicht es, diese Antikörper nachzuweisen, und man kann dadurch auf die Anwesenheit dieses Erregers schließen." Leider reagieren Antikörper nicht zu 100% spezifisch nur auf einen Erreger. Abgesehen davon wäre es Voraussetzung, daß ein Virus wirklich isoliert und genetisch analysiert wäre, damit überhaupt von der Existenz von Antikörpern gegen ihn gesprochen werden dürfte. Beides ist nicht der Fall, von daher ist der HIV- Test ein teurer und gefährlicher Unfug, der Menschen ohne Wissensgrundlage willkürlich entweder als "negativ" entläßt oder als "positiv" zum Tod durch Angst und "AIDS"- Medizin verurteilt. "HIV- Antikörpertests" führen zu keinem Ergebnis wie "ja oder nein" ("positiv/negativ"), sie sagen "mehr oder weniger"! Blut wird entnommen, auf synthetische Proteine gegeben. Sind die menschlichen Antikörper im ersten Arbeitsschritt gebunden worden, wird die Reaktion sichtbar, weil die Antikörper ein Enzym tragen, das nach Zugabe von bestimmten Substanzen eine Farbreaktion erzeugt, die sichtbar und meßbar ist. Es ist nicht so, daß ein Andocken von Antikörpern an das synthetische Eiweiß automatisch zu einem positivem Test führt, es kommt fast bei allen Patienten zum Andocken von Antikörpern. Deshalb muß der Test interpretiert werden(37): Es bedarf einer gewissen "Heftigkeit" der Reaktion, damit ein "positives" Ergebnis herauskommt. Bei einem Test, der interpretiert werden muß, braucht es natürlich zusätzlicher Hilfen, damit am Ende ein wahrscheinlich richtiges Ergebnis herauskommt. Deshalb wird der Test bei den meisten Gesundheitsämtern (Ärzte sind da zurückhaltender) erstmal auf eine erhöhte Empfindlichkeit eingestellt, wenn der Patient zugibt, zu einer "Risikogruppe" zu gehören. Natürlich verschiebt sich dann das Ergebnis in Richtung "mehr"; eine größere Anzahl von Antikörpern dockt an, ein "positives" Ergebnis wird wahrscheinlicher. Das ist natürlich keine medizinische Arbeitsweise, hier werden fachfremde Disziplinen wie die Empirie benutzt, um bei einem "medizinischen" Test am Schluß ein Ergebnis zu bekommen, daß sich primär nach statistischen Wahrscheinlichkeiten richtet. Natürlich müssen die Erfinder eines solchen Tests auch dafür sorgen, daß man nicht versehentlich den Papst "positiv" testet. Auch hier wird mit statistischer Wahrscheinlichkeit gearbeitet:

Um "falsch- positive" Resultate auszuschließen, steht in allen Anti- HIV- Antikörpertests folgender Satz: "Mit falsch- reaktiven Resultaten ist bei einem Assay dieser Art zu rechnen, insbesondere dann, wenn Proben aus einer Population mit niedriger Prävalenz von HIV- Antikörpern getestet werden, wie dies bspw. bei Blutspendern der Fall ist(37)" Übersetze ich dies, so heißt das: 'Unser Test irrt bei positiven Resultaten besonders dann, wenn der Patient aus einer Bevölkerungsgruppe stammt, in der "HIV" sehr selten vorkommt.' Dafür aber, pardon, braucht man keinen Test vorher zu machen, dann kann man gleich einen Fragebogen ausfüllen lassen, und nach Sexualverhalten oder sonstigen Gewohnheiten der Patienten gleich bestimmen, ob sie positiv sind oder nicht: Nehmen wir einmal die gleiche Blutprobe, drücken wir sie einmal einem, der sagt, er sei schwul und bevorzuge häufige Partnerwechsel, und einmal einem Blutspender in die Hand. Würde man mit einer bereits

entnommenen Blutprobe getestet werden können, dann sähen die Ergebnisse wie folgt aus:

1. Die Blutprobe unseres Schwulen, der zu einer Risikogruppe gehört, würde getriggert, und schon wäre er mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit positiv.
2. Die Blutprobe des Blutspenders würde nicht getriggert, und selbst, wenn sein Testkit eine heftige, eigentlich positive Reaktion zeigen würde, hielte man die für einen möglichen Fehler, es würde mehrmals neu getestet.

Gehört man zu keiner Risikogruppe, so ist es stets unwahrscheinlicher, daß man "infiziert" diagnostiziert wird, als wenn man zu einer Risikogruppe gehört. Und geht dem Gesundheitsamt ein Angehöriger einer Risikogruppe durch die Lappen, dann kriegt ihn die "AIDS"- Medizin ja vielleicht noch über das Schema: "AIDS ohne HIV!"

Warum braucht ein Test, der angeblich gezielt Antikörper gegen das HI- Virus nachweist, all diese Relativierungen, diese Erhebung von statistischen Daten für eine positiv/negativ- Entscheidung? Warum weigern sich La Roche, andere Testhersteller, der Bundesgesundheitsminister u.v.a. schriftlich zu versichern, daß der Test tatsächlich "HIV- Antikörper" nachweist?

Ich habe Roche und dem BMG angeschrieben: Roche schickte eine Nicht-Antwort der Rechtsabteilung, eine Mitarbeiterin des BMG legte auf. Offenbar weiß man, daß die Tests nicht so toll funktionieren, und man will sich nicht festlegen lassen. Dann könnte man sie ja irgendwann vor Gericht belangen. Entgültig unglaublich wird der HIV- Test für mich dadurch, daß er nicht geeicht ist: Ergebnisse können von Stadt zu Stadt, von Monat zu Monat unterschiedlich sein(49) :

Ist man in Berlin "positiv", läßt man sich besser woanders noch einmal testen. Die Tests müssen vor der Zulassung nicht beweisen, daß sie definitiv mit dem angeblichen "HIV- Virus" infizierte Blutproben identifizieren können, sie müssen in ihren Ergebnissen lediglich den Ergebnissen der auf dem Markt befindlichen Tests ähneln.(35) Eine Eichung, das sog. Gold- Standard- Verfahren, wurde bei "HIV"- Tests niemals vorgenommen, das Paul Ehrlich- Institut (PEI), verweigert eine Auskunft, was denn für Eiweiße und sonstige Zutaten in den Tests verwendet werden. Dies sei ein Betriebsgeheimnis der Hersteller.(35) Dies ist, da der HIV- Test wegen seiner Auswirkungen als Medikament einzustufen ist, eine Verletzung der Rechte von Patienten und der gesamten Öffentlichkeit.

Seltsam ebenfalls, daß die zuständige Bundesbehörde, das Paul- Ehrlich- Institut, zugibt, daß zahllose Tests, wegen Fehlern vom Markt genommen wurden(35,36), z.B.: Abbott Recombinant, Biochrom Version 2, Vidas HIV 1+2, Enzymtest HIV 1+2 Boehringer, Opus HIV 1+2 Kalibratoren, Opus Anti- HIV- Testmodule, Cobas Core Anti- HIV 1+2, Vironostika EIA, Vironostika HIV MIXT). Darüber, daß 2/3 aller jemals zugelassenen Tests vom Markt genommen wurden, darüber hat man niemals auch nur einen einzigen Patienten informiert. Man beließ es beim Todesurteil "HIV=AIDS=TOD".

Andere Tests als die auf dem Markt befindlichen hält man offenbar ebenfalls für fehleranfällig, aber man läßt sie auf dem Markt:

Zitat aus einem Schreiben von Dr. Johannes Löwer, Bundesamt für Sera und Impfstoffe (Paul-Ehrlich-Institut) an Dr. Stefan Lanka: "(...)Die häufig zitierte Arbeit von Papadopoulos-Eleopoulos und Mitarbeitern (Bio/Technology 11, 696-

707, 1993) faßt in der Auswertung zahlreicher Studien Probleme der Testverfahren zusammen, die auch zum Zeitpunkt der Veröffentlichung bereits in Fachkreisen bekannt waren und bei der Auswertung von Testergebnissen berücksichtigt werden mußten.

Schön, daß hat man also zur Kenntnis genommen. Man kennt die Fehler der Tests, sagt aber nicht, daß dies nicht zuträfe, und kommt trotzdem zu dem Schluß:

"Diese Studie kann nicht als Beleg dafür genommen werden, daß die auf dem Markt befindlichen HIV-Antikörpertests untauglich seien(35)(...)".

Aus, vorbei, keine weitere Begründung. Es ist so und Punkt.

Diese Ignoranz, die nicht nur in Deutschland, unermessliches Leid verursacht hat, weil sich Menschen für todgeweiht halten, die bei vielen der so Getesteten zur Therapie mit hochgradig schädlichen Substanzen und in letzter Konsequenz zum Tode führt. Offiziell rechtfertigt das PEI das Entfernen von HIV- Test vom Markt damit, diese Tests hätten Blutproben mit wenigen Viren nicht eindeutig als positiv einstufen können.(36) Aber selbst dann hätte man die Getesteten per Information der Öffentlichkeit zum Wiederholungstest bitten müssen, denn sonst hätten diese falsch- negativ Getesteten, in Wirklichkeit aber "Infizierten" ja die halbe Menschheit anstecken können.

H.W. Leonhard (Erlangen) über die Forschungen von E. Papadopoulos, die das PEI in dem Schreiben an Stefan Lanka anspricht:

" Der AIDS- Test gibt eine Antwort- aber was war die Frage: Personen, bei denen nichts auf die Möglichkeit einer HIV-Infektion hinwies und die völlig gesund waren, hatten das Testergebnis HIV-positiv. Amazonas-Indianer, um ein Beispiel zu nennen, die keinerlei Kontakt zu Personen außerhalb ihres Stammesgebietes hatten und bei denen niemals AIDS-ähnliche Erkrankungen auftraten, hatten zwischen drei bis dreizehn Prozent ein positives Ergebnis mit dem Western Blot (WB). Oder: Malariakranke in Venezuela waren zwischen 25 - 41 % WB-Positiv, ohne daß bei ihnen eine AIDS-Epidemie ausbrach. Bei Patienten mit Tuberkulose hatten über 50 % einen positiven WB-Wert.

Wenn man trotz aller Bedenken annimmt, daß der Antikörpertest valide und spezifisch ist, also zu keinen falsch-positiven oder falsch-negativen Resultaten führt, dann zeigen die Ergebnisse erstens: HIV ist sehr weit verbreitet, auch bei Personen oder Personengruppen, bei denen keine AIDS- Krankheit besteht und nichts darauf hindeutet, daß sie eine entwickeln werden. Und zweitens: Es gibt Personen, die an AIDS-Indikatorkrankheiten leiden, aber nicht HIV infiziert sind. Beide Aussagen für sich genommen, und zusammen noch mehr, würden zur Folgerung zwingen: HIV führt nicht notwendig zu AIDS. Wenn man statt dessen annimmt, der Test reagiert nicht spezifisch nur auf die Antikörper gegen HIV, dann erlaubt ein positives Testergebnis keinen zwingenden Schluß auf einen tatsächlich vorhandene HI-Virus im Organismus. In diesem Sinn interpretiert auch der Arzt und Molekularbiologe Michael Ristow das Ergebnis der Studie: ‚Die Studie trifft zwei Aussagen. Entweder, HIV sei nicht Erreger des Krankheitsbildes AIDS. Oder: Der "AIDS/HIV-Test" weise nicht das nach, was er vorgibt zu messen - ausschließlich Antikörper gegen das HI Virus. Letzteres würde bedeuten, daß eine HIV- Infektion vorliegen kann -aber keineswegs vorliegen muß.‘ (Die Woche 32/1993). Eine dritte Möglichkeit, die im Artikel zusammengetragenen Erkenntnisse zu interpretieren, sehe ich nicht."

Auf den "Western Blot" möchte ich hier nicht mehr im Detail eingehen. Absurderweise gilt er in Deutschland gilt der Westernblot als unfehlbar, in England ist er wegen seiner hohen Fehleranfälligkeit verboten!

Die Rolle der Bluter

Bei Hämophilie fehlt im Blut der sogenannte Blutfaktor VIII, der für die Blutgerinnung notwendig ist. Die Folge sind unter anderem: Schon durch leichten Stoß oder Druck können Blutergüsse entstehen, Schnittwunden und Verletzungen bluten sehr lange und Stürze können zu schweren inneren Blutungen führen. Die Krankheit kann nicht geheilt werden. Bis Mitte der 80er Jahre wurden die Gerinnungspräparate der Bluter, die zu 98% aus nutzlosen Eiweißen der Spender, und nur zu 2% aus Gerinnungsstoffen bestehen, aus großen Pools zusammengemixt. Bis zu 250 Spender waren am Zustandekommen einer Charge Gerinnungsmittel ("Faktor 8") beteiligt(51). Jeder Bluter, der sich Faktor 8 spritzte, bekam eine unvorstellbare Menge an für sein Immunsystem feindlichen Fremdeiweißen der Spender in die Blutbahn, ganz abgesehen von den Krankheitserregern in den damals noch nicht sterilisierten Präparaten. Beides verursacht einen hohen Antikörperspiegel, der zu einem falsch- positiven HIV- Antikörpertest führen kann.

Die verursacht eine Hyperaktivität des Immunsystems, der Bluter hat viele Antikörper im Blut. Und diese hohe Antikörperkonzentration ließ die HIV- Tests "positiv" werden. (siehe Kreuzreaktionliste am Ende des Buches)

Gehen wir für einen Moment mal davon aus, das schulmedizinische "AIDS"-Modell stimmt. Wie sollen Bluter dann mit Faktor 8, welches in kristalliner Pulverform vorliegt, und erst wieder in Wasser aufgelöst gespritzt wird, angesteckt worden sein? Laut der US- Seuchenbehörde CDC kann HIV außerhalb des Körper höchstens wenige Stunden infektiös sein.(23) Trocknet es aus, stirbt es ab. Wie sollen sich Bluter infizieren, wenn ein Pulver technisch gesehen höchstens abgestorbene HI- Viren enthalten kann(51)? Außerdem: Laut HIV- Modell braucht das Virus seine "Knöpfchen/Noppen", um an eine Zelle anzudocken und sie zu infizieren und sich zu vermehren(51,52). Beim Herstellen der Faktor- Präparate aber werden die "Knöpfchen" zerstört, also wäre das Virus, so es das Austrocknen überlebte, nicht mehr infektiös. Dazu äußert sich die offizielle HIV- Theorie nicht.

Hier besteht noch weiterer Aufklärungsbedarf: Das Virus sei nicht isolierbar, wird mitunter behauptet, weil es beim Herauslösen aus der Zelle, bei Zerstören der Zelle, ebenfalls zerstört würde. Wie aber soll ein so sensibles Virus die Herstellung von Faktor 8 überleben? Denn hier werden die Zellen ebenfalls denaturiert, also "zerlegt"(51)!

DIE PSYCHOLOGISCHEN AUSWIRKUNGEN DES "TODESURTEILS POSITIV"

Noch einmal zum Test, mit dem bei einem 'positiven' Ergebnis alles anfängt: Für die Betroffenen ist er zunächst ein Todesurteil, Vollstreckungstermin unbekannt. Mit welcher Brutalität und Ignoranz die Verknüpfung HIV = AIDS = TOD von den Konzernen trotzdem behauptet wird, zeigt das Diagramm von

Glaxo. Wem so etwas gezeigt wird, um den TOD als nüchterne Zwangsläufigkeit darzustellen, der lebt mit dem künstlich erzeugten Bewußtsein, daß seine Zeit begrenzt ist. Er wartet auf den Tod, oder darauf, das irgendwann die Symptome kommen. Die Tatsache, daß es Langzeitpositive mit 14 Jahren HIV+ und mehr gibt, wird ignoriert, das es Langzeitpositive gibt, die nach vielen Jahren wieder einen negativen Test bekommen, wird ignoriert. Was dieses Todesurteil wider besseres Wissen für die Psyche bedeutet, kann sich wahrscheinlich nur jemand vorstellen, der in einer solchen Situation ist, oder es bei jemandem mitbekommen hat. Die ständige Angst vor für andere harmlosen Infekten, das Bewußtsein 'Es ist etwas in mir, was mich schwach macht', die Angst, jemanden anzustecken, daß es die Arbeitskollegen erfahren, setzt die Betroffenen unter eine ständige Existenzangst. Und damit kann nur ein innerlich sehr starker Mensch fertig werden, denn diese jahrelange Existenzangst ist ein Raubbau am Körper, er schwächt den gesamten Organismus, hat Auswirkungen auf jede einzelne Zelle. Dazu kommen noch Pharmagifte wie die "Cocktails" und jahrelange Antibiotikavergabe als Prophylaxe.

Der nun folgende Teil richtet sich primär an "HIV- positiv" getestete Menschen. Er ist aber auch für nicht- Betroffene interessant, weil er schildert, wie ein positives Ergebnis zustandekommt, weshalb Menschen erkranken usw.

C. ERSTE HILFE FÜR BETROFFENE

HIV=AIDS=TOD???

Wer einen positiven Test hat, kann gesundheitliche Probleme bekommen. Denn diese Angst belastet über Jahre. Das Leben ändert sich in einer einzigen Sekunde. Ein mir bekannter "Positiver" sagte mir: "Ein schöner Tag ist, wenn ich mal ein paar Stunden nicht daran denken mußte." Und dann kommt so ein Typ mit einer roten Schleife daher, und alles ist dahin. Vielen Dank auch! Die Zwangsläufigkeit HIV=AIDS=TOD muß kategorisch verneint werden. Es gibt mittlerweile ja auch genügend Menschen, die einen positiven Test 13 Jahre und mehr überlebt haben, und denen es bestens geht. Oft wird diesen Positiven verschwiegen, daß heute in Deutschland die (Elisa-) Tests, die vor 13 Jahren einzige Nachweismethode waren, längst durch einen zweiten (Westernblot-) Test ergänzt werden.

Solange kein HI- Virus isoliert wurde, kann keiner so genau wissen, was hier gemessen wird, oder? Aber auch wenn HIV nicht existiert, kann keine komplette Entwarnung gegeben werden: andere Gesundheitsprobleme können zu einem positiven Test geführt haben: durch Kreuzreaktionen bei den Tests werden Menschen mit anderen Immunproblemen als "HIV" positiv getestet(24). Dies hat, wenn es nicht so etwas simples wie eine frische Impfung oder ein allergischer Schub ist, Ursachen, die die Gesundheit gefährden können, die aber therapier- und heilbar sind, und die dieser Teil veranschaulichen soll. Er soll auch helfen, die Veränderungen in Körper und Geist zu verstehen, die ein positiver Test nach sich zieht. Direkte Tips für eine natürliche Bewältigung gesundheitlicher Probleme, die mit "AIDS/ HIV", zusammenhängen, befinden sich weiter unten.

ICH HABE EINEN POSITIVEN TEST, WAS SOLL ICH MACHEN?

Zunächst einmal Ruhe bewahren, so schwer das auch ist. Solange Du fest an die Möglichkeit des Überlebens glaubst, solange Du Dich weigerst, nicht bewiesenen HIV- Theorien glauben zu schenken, keine "AIDS"- Medikamente schluckst, gesund und im Einklang mit Deinem Körper lebst, wirst Du weder erkranken, noch sterben. Die einzige Gefahr ist die Angst In Dir Selbst! (Eine Arbeitsgruppe, die sich hiermit beschäftigt, ist der "Arbeitskreis Waldhut" Postfach 1143, D- 79787 Lauchringen)

Folgendes Experiment zum Nachweis der Kraft negativer Imagination solltest Du besser unterlassen: Einen Menschen, der Dir vertraut, begrüßt Du jeden Morgen mit: "Bist Du krank? Du siehst echt übel aus! Fehlt Dir was? Hast Du Dir ein Virus geholt oder etwas anderes?" Nach einiger Zeit würde dieser Mensch Symptome bekommen, zum Arzt gegen, Medikamente schlucken. Und unter Nebenwirkungen leiden! Und der Arzt hielte dies für weitere Symptome einer neuen Krankheit. Er würde weiter forschen, denn es könnte doch sein, daß er einer neuen Erkrankung auf der Spur ist. Und da wird er ehrgeizig, er könnte ja berühmt werden!

Es mag sein, wenn Du bereits länger "infiziert" bist, daß Du glaubst, eine Schwächung oder Belastung Deines Körpers zu verspüren. Auch das ist kein Beweis für das Virus, es ist eine Folge der permanenten, mehr oder weniger bewußten **Existenzangst**, die Du hast. Streß verbraucht viel Energie, und blockiert die Immunfunktionen.

Was für "normale" Menschen alltäglich ist, ein kleiner Schnupfen, das Abholen von Labortests beim Arzt, ein freundschaftlicher Kuß, sich zu Verlieben, der Anblick dieser "Red Ribbons" (AIDS- Schleifchen): jedesmal eine Situation, die Dich an Deine angeblich limitierte Lebenserwartung erinnert, die Dir Angst macht, die Dich mit dem Dogma "HIV = AIDS = TOD" konfrontiert. Die Dich für das Wohl Deiner Umgebung verantwortlich macht. Und dazu die Angst, als "positiv" aufzufallen, geoutet zu werden:

Angst In Dir Selbst

Ich empfehle hier die Lektüre des Buches "Leben ohne Grenzen" von Roger Buchschacher (Arcados Verlag, Basel) Der Autor war heroinabhängig. Als er vor fast 2 Jahren dieses Buch schrieb, glaubte er noch an die Existenz des Virus. Das hat sich mittlerweile geändert. Trotzdem ist es gut, weil es sanfte Wege zeigt, mit Angst und einem geschwächtem Körper umzugehen, und über mehr Körperbewußtsein den Weg zu völliger Gesundheit zurückzufinden. Roger Buchschacher arbeitet heute selbst als Therapeut.

"Wenn du dich entschlossen hast, selbst aktiv zu werden, dann hast du alle Möglichkeiten dieser Welt. Ich denke, es gibt so viele verschiedene Wege zur Heilung, wie es Kranke und sogar Menschen gibt. Und schlußendlich mußt du deinen selber für dich finden. Nur du weißt, was wirklich in dir abläuft. Nur du kennst deine innersten Gefühle, Interessen, Ängste, Frustrationen etc. Sie sind bei jedem Menschen anders. Jeder Mensch reagiert unterschiedlich auf einen HIV-positiven Testbefund. Dieses Wissen dürfte für die meisten Betroffenen zur Herausforderung werden. Es gilt, eine neue Lebensaufgabe zu bewältigen. Und das kann nur jeder für sich selbst tun. Nur du kennst deinen individuellen Lebensstil. Er ist bei jedem Menschen anders, und deswegen kannst nur du für dich selbst einen gesunden und glücklichen Lebensstil erschaffen, der deiner

Persönlichkeit entspricht. Ich will damit nicht sagen, daß du fremde Hilfe nicht in Anspruch nehmen sollst. Im Gegenteil, du mußt sogar. Aber jede Therapie kann nur wirksam sein, wenn du als Betroffener selbst mitmachst. (...)Das Virus bzw. die Krankheit sind jetzt ein Teil deines Lebens. Es ändert nichts daran zu sagen, der; die oder das ist Schuld. Selbstmitleid hilft niemandem. Am wenigsten dir. Abgesehen davon helfen dir irgendwelche Schuldzuweisungen jetzt auch nicht weiter. Ich weiß, das klingt hart und für einige sogar gefühllos. Aber wir müssen endlich damit aufhören, immer nur die Schuld in der Außenwelt zu suchen. Wir müssen aufhören, die Verantwortung nach Außen zu projizieren, wenn das Problem in uns innen liegt.(...)

Der Schweizer Naturarzt Alfred Vogel schreibt: "Unwissenheit und Unvernunft mit Bezug auf die Erfordernisse unseres Körpers tragen zu gut 80% dazu bei, wenn wir krank werden. Und nicht der Medizinglaube, noch die Medizin selbst vermögen uns die Gesundheit wieder zu geben, wenn wir krank sind - sondern wir müssen zurückkehren zu einer natürlichen Lebensweise. Denn der überwiegende Teil unserer Krankheiten ist durch widernatürliche Lebensweise und Ernährung hervorgerufen worden." Du hast jetzt eine neue Lebensaufgabe. Ob du voll passiv der Dinge harrst oder ob du auch selbst bereit bist, aktiv etwas für dich zu tun, ist deine freie Entscheidung. Es ist deine Entscheidung zu einem bewußteren Leben.

Was immer du zu tun gedenkst; eines muß ich fairerweise voraus schicken.

Es gibt kein Patentrezept für einen individuellen Heilungsprozess und auch keine Garantie auf Heilungserfolg. Jede Krankheit ist ein persönlicher und individueller Prozeß des Betroffenen. Gesundheit und Heilung lassen sich nicht erzwingen und nicht erkaufen. Kein Arzt und kein Heiler der Welt kann und darf dir garantieren, das er dich heilen oder deinen Zustand stabil halten kann. Dies aus dem einfachen Grund, weil in letzter Instanz nur DU selber das schaffen kannst. Es ist **deine Verantwortung** über dich und dein Leben. Deine Selbst Verantwortung. Wenn du bereit bist, dich aktiv mit dir auseinanderzusetzen und anfängst, deine eigenen Erfahrungen in Bezug auf das HI-Virus und deinen Lebensstil zu machen; wenn du bereit bist, deinen Lebensstil in Richtung Stärkung der Lebenskraft zu verändern, dann wirst du auch automatisch die Verantwortung für dein Leben und deine Gesundheit übernehmen.

Du wirst deinen eigenen Weg finden."

Denk daran: Du bist kein Ausgestoßener! Niemand sieht Dir Dein Testergebnis an. Und auch nur einigermaßen aufgeklärte Menschen werden auch in Zukunft keine Angst vor Dir haben. Und Du selbst mußt nun versuchen, diese Angst zu überwinden! Falls Du keine Beziehung hast, ist das nicht das Ende von Liebe, Sex und Zärtlichkeit. Es gibt genug, denen es ebenso geht, wie Dir! Du mußt Dich auch rational mit den Widersprüchen bei der AIDS/HIV- Hypothese auseinandersetzen. Das wird für Dich nicht einfach, weil alles nochmal von vorn beginnt.

ZIEHE DIE AUSSAGEFÄHIGKEIT DES TESTS IN ZWEIFEL

Schau auf die lange Liste der Kreuzreaktionen des "HIV"- Test am Ende dieses Buches. Schreibe an die Hersteller der Tests, sie sollen versichern, daß ihr Test spezifisch, theoretisch fehlerfrei, "HI- Viren" nachweisen kann. Diese Bestätigung werden sie aus Gründen, die mittlerweile klar sein dürften, nicht

geben. Niemand möchte es schwarz auf weiß bestätigen, daß die HIV- Tests spezifisch sind. Kein Hersteller, kein Bundesgesundheitsminister, kein Robert Koch, kein Paul-"Ehrlich"-Institut. Ziehe Deine Schlüsse daraus. Warum äußern sich öffentliche und industrielle Stellen nicht zu einem Test, den sie anwenden oder herstellen?

Das **"HIV+" kein Todesurteil ist**, weißt Du mittlerweile. Aber bist Du Dir wirklich ganz sicher, daß Dich dieses Virus nicht erwischen kann. Deshalb habe ich "Glaube" und nicht "Wissen" geschrieben. Du mußt glauben, daß vor Dir ein langes, erfülltes Leben liegen kann, wenn es Dir gelingt, die Angst vollständig zu bewältigen.

Die Psyche spielt eine außerordentlich wichtige Rolle: Mit Optimismus kannst Du Dich gegen die öffentliche und auch verinnerlichte Logik "Ich habe HIV, HIV macht AIDS, AIDS = TOD" wehren! Ständige Todesangst macht krank, auch wenn das Virus nicht existiert. Fang nicht an, den Test zu verdrängen. Setze Dich logisch und kritisch mit ihm auseinander. Behalte Dein Testergebnis nicht für Dich, rede mit jemandem, dem Du wirklich vertraust. Sei kritisch zu Ärzten, von einigen wenigen Fachärzten abgesehen haben sich die meisten niemals ausführlich oder gar kritisch mit "HIV und AIDS" auseinandergesetzt.

Viele glauben einfach ihren Fachzeitschriften und verschreiben Medikamente, ohne deren Wirkungen und Nebenwirkungen zu kennen. Sie verfahren nach Empfehlungen Dritter und Statistiken, die oft von den Herstellern finanziert werden! Winston Churchill sagte einmal: "Traue keiner Statistik, die Du nicht selbst gefälscht hast." Insofern können die Pharmakonzerne ihren Statistiken natürlich trauen.

Ich würde Churchill etwas modifizieren: "Traue keiner Statistik, deren Finanzier Dir nicht bekannt ist." Bevor Du Deinen Arzt mit der AIDS- Kritik konfrontierst, mache Dich schlau, lies viel über das Thema, sonst hast Du keine Chance, mit ihm zu argumentieren. Wenn mit ihm kein offenes Gespräch möglich ist, wechsle Deinen Arzt.

<https://politisches.blog-net.ch/2016/07/13/20-ablenkungstaktiken-von-hoch-manipulativen-narzissen-soziopathen-und-psychopathen-um-dich-zum-schweigen-zu-bringen/>

SOLL ICH EINEN NEUEN TEST MACHEN?

Kurze Antwort: **Gib AIDS keine Chance --- mach keinen Test!!!**

Der sog. "HIV- Antikörper- Test" hat in Deinem Blut eine Kreuzreaktion mit anderen, nicht "HIV"- Antikörpern festgestellt. Ein nicht existentes Virus kann nicht zu einer Antikörperbildung führen! Trotzdem stimmt vielleicht etwas nicht mit Deinem Körper. Standest Du vor dem Test unter starken Streß oder Ängsten ? Hast Du also Angst vor dem Test gehabt, weil Du ungeschützten Verkehr hattest, hast Du einige Nächte vorher sehr wenig geschlafen, vielleicht auch getrunken oder sonst ungesund gelebt, kann darin eine Ursache für die hohe Zahl von Eiweißen im Blut liegen, auf die der Test anspricht. Weitere Ursachen für ein positives Ergebnis sind viele Krankheiten, akute sowie chronische, wie Allergien, Hepatitis, Rheuma etc.. Mach' Dir klar, wenn Du

wirklich einen neuen Test machen willst, daß es wenig bedeutet, wenn er wieder positiv wird. Denn auch er wird nur wieder die gleichen sonstig verursachten Autoimmunprozesse nachweisen. Versuche, nur dann einen neuen zu machen, wenn Du psychisch stabil bist, wenn Du Dich körperlich und seelisch gut fühlst. Dann hast Du gute Voraussetzungen, einen Negativen zu bekommen. Fahre ein paar Tage weg, versuche, eine gute Zeit zu verbringen, und gehe nur dann zum Test, wenn es Dir wirklich gut geht. Beim Test ist es wichtig, daß man Dich keiner Risikogruppe zuordnet, denn dann wird oft die Empfindlichkeit des Tests erhöht: Spiel' die Hete, nimm eine gute Freundin mit zum Test und erzähle, ihr wolltet heiraten, und Du bräuchtest den Test für eine Lebensversicherung. Die Blutbank, bei der Du spendest, könne Dir einen solchen Test nicht bestätigen. (Den Blutspendenausweis hast Du natürlich vergessen) Bleib gelassen, wenn Ärzte oder Laboranten von einem wahrscheinlich positiven Ergebnis rechnen. Behaupte, das könne nicht sein, Du habest seit Jahren nur mit Deiner Freundin geschlafen, und außerdem seiest Du seit langer Zeit Blutspender. In England ist es einigen Aktivisten gelungen, innerhalb weniger Wochen mal positiv, mal negativ getestet zu werden!

ICH BIN WEGEN HIV/ AIDS IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG. WIE SPRECHE ICH MIT MEINEM ARZT?

Laß Dir von Deinem Arzt keine Angst machen: Viele Ärzte warten bei der Diagnose "AIDS" geradezu auf das Ausbrechen der Krankheit. Damit sie das böse, unsichtbare, unisolierbare Virus endlich mit allen Mitteln bekämpfen können. Sie sind darauf getrimmt, frei definierte "AIDS"-Symptome zu finden. Das können aber die Symptome von 29 altbekannten Krankheiten sein. Was ist ein solcher Arzt wert, wenn er auf den TOD seiner Patienten wartet?

Fast alle Langzeitpositiven, die ich traf berichteten mir über Probleme mit ihren Ärzten, über Druck, die Medikamente zu schlucken. Schon einen zu finden, der keine Angst vor "AIDS" hat, ist häufig schwierig. Als zweites Problem gibt es die Tatsache, daß Ärzte Probleme haben, ganz normale Krankheiten von "Positiven" als ganz normale Krankheiten zu behandeln. Immer wird das unsichtbare Virus im Hintergrund vermutet, immer will der Arzt nicht ein Wehwehchen behandeln, sondern Krieg gegen das böse HIV führen. Ein Mann aus Barcelona berichtete mir sogar von einem Arzt, der ihm weismachen wollte, seine hohen T4- Werte wären sehr seltsam, merkwürdig und beunruhigend nach 10 Jahren HIV+. Er verkaufte ihm eine gute Nachricht als Problem, wartete auf den Ausbruch der Krankheit bei seinem Patienten. Er konnte einfach nicht begreifen, daß sein Patient immer noch gesund war. Mein spanischer Freund hat diesen Arzt natürlich nicht wieder aufgesucht. Heute, 4 Jahre später, 14 Jahre nach seinem positiven Test, geht es ihm noch immer gut. Er genießt sein Leben, und er weiß, er wird nicht an diesem Virus sterben.

Ich habe Freunde sterben sehen....

Frage Dich zunächst, was Du von ihnen wußtest! Glauben sie ans Virus? Haben sie Antibiotika und "antivirale Medikamente" wie AZT und HIV- Cocktails geschluckt? Welche Vorerkrankungen hatten sie? Hepatitis, Herpes etc.? Nahmen sie Poppers? Vielleicht sind sie ja gar nicht am Virus gestorben,

sondern an ärztlicher Fehlbehandlung, einer anderen Erkrankung oder an Angst?

Der Tod allein beweist gar nichts: Überleg doch mal, wie leicht es ist, sich etwas Negatives einzubilden. 'Das klappt nicht, der mag mich nicht, das schaffe ich nicht.' Im Falle HIV/AIDS handelt es sich aber nicht um eine eingebildete Geschichte: In der gesamten Öffentlichkeit ist eine große Angst vor dem Virus vorhanden, die Medien überschlugen sich mit aberwitzigen Schätzungen, die von der Wirklichkeit samt und sonders ad absurdum geführt wurden. Wir sehen Kranke und Sterbende in Zeitungen, TV, und vielleicht auch im Freudes-/ Bekanntenkreis, und immer wieder heißt es: Es ist AIDS, Schuld ist das HIV. Den infizierten Menschen wird über Jahre hinweg eingeredet: Du hast nur ein paar Jahre, Du wirst sterben. Das setzt sie unter ständige Existenzangst. Der **Körper steht unter Dauerstreß und Todesangst**. Jahrelang. Das macht kein Körper mit, ohne tatsächlich schwächer und schwächer zu werden.

Jedes Niesen wird für viele "Positive" zu einer tödlichen Bedrohung: Ist mein Immunsystem am Ende, bricht jetzt die Krankheit aus? Ärzte neigen dann dazu, meist aus gutem Glauben, prophylaktisch Antibiotika zu verschreiben, auch das extrem giftige Bactrim. Dies darf nur 10 Tage lang eingenommen werden. Ausnahme: HIV- Infizierte. Die bekommen es oft über Jahre.

Dieser ständige Antibiotikamißbrauch führt zu einer Schwächung des Körpers, zu einer Schwächung des Immunsystems, und erleichtert es vor allem Pilzen, über den geschwächten Körper herzufallen. Jetzt hat dieser Mensch die Symptome von 'AIDS', ohne Virus, nur durch Todesangst und Medikamentenmißbrauch.

Eigentlich müßten "AIDS"- Kranke an bakteriellen Infekten sterben, weil nach der HIV- Theorie ihre Immunität geschwächt sein soll. Ist aber nicht der Fall. Die meisten, die sterben, haben Pilzinfektionen in der Lunge: durch Angst und durch Streß, auch durch den toxischen Streß der "HIV- Medikamente" wird verhindert, daß das Immunsystem körpereigene, abgestorbene Zellen entsorgen kann(36). So finden die Pilze ein reichhaltiges Angebot an Nahrung, ideale Bedingungen für ihre Vermehrung vor.

Für die "AIDS"- Hypothese sieht das in Afrika absurderweise ganz anders aus; die PCP (pneumozystis carinii), wie diese Form der Lungenkrankheit heißt, hat dort kaum eine Bedeutung, kommt sehr selten vor(74) Vielleicht, weil dort keine Übermedikation mit Antibiotika & Co. Stattfindet? Das Profil der Langzeit "Positiven" läßt sich übrigens recht einfach charakterisieren: sie leben ziemlich gesund, und haben eine stabile, angstresistente Psyche.

WAS KANN MAN FÜR DIE GESUNDHEIT TUN, WENN MAN EINEN POSITIVEN TEST ODER AUCH ERSTE "AIDS"- SYMPTOME HAT?

STUDIENGRUPPE FÜR AIDSTHERAPIE c/o Felix A.de Fries, Eglistr.9 CH-8008 Zürich Tel./Fax:00411 401 3424

"Präventive Therapien für HIV- Test- Positive

nach Arbeiten von Dr. med. Heinrich Kremer, Dr. rer. nat. Gerhard Orth, Prof. Dr. med. Alfred Hässig, Dr. Stefan Lanka
Einige der gegen 29 verschiedenartigen Krankheiten (von Tuberkulose über Lungenentzündungen bis zu degenerativen Organveränderungen), die anhand der HIV- Antikörpertests unter dem Begriff AIDS zusammengefaßt worden sind,

zeichnen sich durch andauernd fortgesetzte Entzündungsreaktionen aus, welche das Immunsystem andauernd auf die Abwehrtätigkeit gegen äußere Erreger einstellen, während die Isolation von Erregern und die Entsorgung von gealterten Zellen im Innern fortgesetzt beeinträchtigt wird. Zellproteine, welche dabei verstärkt freigesetzt werden, werden von hüllentragenden Viren (z.B. Hepatitis-Viren) in ihre Zellhüllen eingebaut. Gegen diese Proteine werden bei einer fortgesetzten Entzündungsreaktion in vermehrter Masse Antikörper gebildet, welche vom HIV-Antikörper-Test als Antikörper gegen das sog. HI-Retrovirus ausgewiesen werden. Dies obwohl das "menschliche Immundefizienz Retrovirus" HIV bis heute nicht als fortpflanzungsfähiges, übertragbares RNA-Virus in seiner Erbstruktur oder in erkrankten Organen nachgewiesen werden konnte und die ihm zugeschriebenen Zellpartikel das Produkt der Übertragung von normalen RNA-Erbgutanteilen in DNA sind.

Für fortgesetzt andauernde Entzündungsreaktionen ist neben andauerndem psychischem und toxischem Stress vor allem ein andauernd anhaltender oxidativer Stress verantwortlich, wie er bei einer Schädigung der Erbstruktur in den Mitochondrien entstehen kann. Mitochondrien, die als frühzeitliche Einzeller eine Symbiose mit den menschlichen Zellen eingegangen sind, wandeln mittels Sauerstoff aus der Atemluft Nahrungsbestandteile für die Energieversorgung der Zellen um und entsorgen giftige Sauerstoffabbauprodukte. Wird ihre Erbstruktur geschädigt, so entstehen durch mangelhafte Energieversorgung und Sauerstoffentsorgung Immun- und Organschwächen in Organen mit erhöhtem Energiebedarf (Gehirn, Muskeln, Lymphgewebe, Leber, Niere, Darm und Lunge). Giftige Sauerstoffabbauprodukte, welche dann nicht mehr in genügendem Masse entsorgt werden können, greifen dann die Zellhüllen der Freiszellen an, die dabei über Entzündungsstoffe Stresshormone freisetzen, welche den Stoffwechsel andauernd auf eine erhöhte Leistungsabgabe ausrichten und das Immunsystem fortgesetzt auf die Abwehrtätigkeit gegen äußere Erreger einstellen, so daß schließlich Autoimmunreaktionen entstehen, bei denen körpereigene Strukturen angegriffen werden.

Antibiotika und Antimykotika schädigen bei fortgesetzter Verabreichung die Erbstruktur von nicht-pathogenen [nicht krankheitserregenden] Bakterien und Pilzen, welche dabei zu aggressiven, antibiotikaresistenten Erregern mutieren. Ebenso wie die Zellkernanaloge (AZT, DDi, DDc und 3TC) schädigen sie die ungeschützte Erbstruktur in den Mitochondrien, so daß diese die Energieversorgung der Zellen nicht mehr in ausreichendem Masse leisten können.

Synthetische Proteasehemmer (Inhibitoren, Indinavir, Ritonavir u.a.), welche nach Ansicht ihrer Anwender genau jene Proteasen hemmen sollen, die sie für die rasche Vermehrung der sog. HI-Virus-Partikel verantwortlich machen, schädigen die Niere, die Leber und die Bauchspeicheldrüse, welche für ihr Funktionieren auf eine erhöhte Proteasebildung angewiesen sind. Sie führen zudem schon nach kurzer Zeit zur sog. Resistenzbildung, bei der die Zahl der sog. Viruspartikel wieder ansteigt.

- Durch natürliche Proteasehemmer (Heparine und Heparinole in Klamat-, Kelp- und Spirulina-Algen), welche körpereigene Antiproteasen aktivieren, und

Polianionen (in Agar), welche Kationen binden, kann eine fortgesetzte Entzündungsreaktion mit erhöhter Zellteilung abgebremst werden:

- Durch pflanzliche Antioxidantien (z.B. Padma 28), welches giftige Sauerstoffradikale binden und ihre Entsorgung fördern, kann bei geschwächter Aktivität der Mitochondrien ein fortgesetzter oxidativer Stress und eine andauernd fortgesetzte Entzündungsreaktion (z.B. Hepatitis) korrigiert werden. Durch das Co-Enzym Q10 kann zudem der Elektronentransport in der Atmungskette verbessert werden, der für die Energieversorgung der Zellen entscheidend ist. - Durch N-Azethyl-Cysteine (z.B. NAC Ratiopharm) kann die Bildung der Gluthation- Moleküle verbessert werden, welche für die Entsorgung von giftigen Sauerstoffabbauprodukten verantwortlich sind. Außerdem kann die Reparatur der Erbstruktur (DNA) in den Mitochondrien durch Folsäure und niedrige Mengen von Selen (in Bierhefe) und Zink unterstützt werden, wenn sie nicht bereits zu weit fortgeschritten ist.

- Durch Mariendistel und Krallendorn kann gleichzeitig die Lebertätigkeit aktiviert werden.

- Durch ätherische Öle und Teebaumöl, die 2x täglich auf der Brust oder in den Armbeugen verrieben werden, kann das Immunsystem über die Nerven und die Grundsubstanz aktiviert werden.

- Durch gezielten Stressabbau, durch Verzicht auf häufigen Drogenkonsum zum Verschieben von körperlichen und seelischen Leistungsgrenzen (Kaffee, Alkohol, Nikotin, Heroin, Kokain, Ecstasy, Amphetamine, Poppers etc.), durch das Vermeiden von Entzündungen, Überanstrengungen und Verletzungen, durch das angstfreie Beachten von Safer-Sex-Regeln, durch eine äußerst zuckerarme, ballaststoffreiche Ernährung mit vollwertigen Kohlehydraten, pflanzlichen Antioxidanten (Gemüse, Früchte, Grüntee), kaltgepressten Ölen, Sauermilchprodukten, Sojaprotein aber ohne eisenreiches Fleisch, sowie durch eine ausreichende Versorgung mit Spurenelementen können fortgesetzte Entzündungsreaktionen vermieden werden.

Der Erfolg dieser präventiven, das Immunsystem stützenden Therapie kann durch Messung des Stresshormon- Profils, der T-4/T-8-Zellen-Ratio, der Fresszellen-Aktivierung (Neopterin-Test) und der Hautreaktion auf Erreger (kutane Anergie, beta-2 Mikroglobulin- Test, TNF α - Test) gemessen werden."

D. ERSTE HILFE FÜR BETROFFENE

Die Theorie des "Viral Load"

Ich möchte hier nicht auf die technischen Details von PCR und "viral load" eingehen, das wäre zu umfangreich. Die PCR ist sehr kompliziert und recht schwierig zu erklären. Sie zu verstehen, bedarf mehr als nur Grundkenntnisse der Molekulargenetik. Ausführliche Texte hierzu finden sich auf meiner Internet- Seite. Mit der PCR wird die Zahl der angeblich im Blut befindlichen "HI- Viren" gemessen. In aller Kürze erklärt, ist die PCR ein Verfahren, welches

Teile von Erbsubstanz vermehrt, und nachher kann man dann nachzählen, wieviel Erbstubstanz jetzt da ist, und darauf schließen, wieviel Erbsubstanz ursprünglich da war.

Bei der Viral Load- Messung werden allerdings nur Teile des angeblichen "HIV" vermehrt(60), das angeblich im Blut von Patienten gefunden wird, das man aber dort mit anderen Mittel nicht findet, nicht nachweisen kann. Kleinste Verunreinigungen machen das Ergebnis der PCR unbrauchbar. Existente Viren kann man viel einfacher, billiger und leichter zahlenmäßig bestimmen. Aber bei HIV ist ja alles anders, alle Nachweise sind indirekter Natur. Und natürlich ist die PCR, genau wie Elisa- und Westernblot- Test (HIV- Antikörpertests) nicht durch einen Gold- Standard geeicht. Falsch- positive Resultate sind schon mehrfach beobachtet worden.(62) Kary Mullis, Erfinder der PCR, erhielt 1993 den Nobelpreis für seine Milliarden-Dollar-Erfindung, die für jedes Genetik-Labor unverzichtbar geworden ist. Ironischerweise hält Mullis seine PCR (polymerase chain reaction) für untauglich, die Menge der im Blut befindlichen HI- Viren zu messen(61), und läßt keine Gelegenheit aus, dies auch öffentlich zu sagen. Seine Nobelpreisrede, wo er dies explizit sagte, wurde übrigens als einzige in der Geschichte des Preises nicht ungekürzt veröffentlicht.

Für Mullis besteht das Problem darin, daß die PCR zu gründlich sei - sie vermehre jede DNA in der Probe, ob sie nun vom "HIV" herrühre oder von einer Verunreinigung. Wie will man dann wissen, wieviel des vervielfältigten Materials vom "HIV" stammt und wieviel von Verunreinigungen, wenn man ohne die PCR kein "HIV" in der Probe entdeckte?

Viruskultivierung (Viren werden auf lebende Zellkultur gegeben und vermehren sich ohne weitere "Zutaten") zum Beispiel war hinreichend für Nachweis und "Züchtung" aller anderen Viren, aber nicht von "HIV". Warum nicht? Wenn eine bedeutende Menge "HIV" zugegen wäre, müßten die bewährten Labortechniken sie aufspüren können. Sie können es aber nicht. Schließlich haben wir es im Falle "HIV" mit einem virtuellen Virus zu tun, und das kann man halt nicht direkt nachweisen.

Laut der offiziellen HIV- Hypothese enthält das HI- Virus, wie andere vermeintliche Retroviren auch, RNA aber keine DNA. Wenn gesagt wird, HIV infiziere eine Zelle, dann meint man, das Reverse Transkriptase-Enzym transformiere die virale RNA in komplementäre DNA, die dann in die DNA der Wirtszelle eingebaut wird. Wenn nun die PCR eingesetzt wird, um humanes Gewebe auf die Anwesenheit von HIV zu untersuchen, so sucht sie nach einem recht kurzen Segment aus dem ganzen zellulären DNA-Strang. Dieses kurze Segment repräsentiert dem HIV zugeschriebenes genetisches Material, das der Theorie nach in die Zell-DNA eingebaut ist. Viral Load-Studien versuchen, zellfreies HIV aufzuspüren. Doch selbst dabei sucht die PCR nur nach einem Teil der ganzen dem HIV zugeschriebenen genetischen Masse [oder des ganzen HIV-Genoms], nicht nach einem vollständigen Virus. Abgesehen davon ist kein HIV- Prototyp genetisch klassifiziert.

Die Genauigkeit der PCR wurde nie geeicht

Um festzustellen, ob irgendein diagnostischer Test auf die HIV-Infektion überhaupt funktioniert, ist es erforderlich, daß der Test durch einen unabhängigen Goldstandard verifiziert (oder geeicht) wird. Der einzige diesem Zweck angemessene Goldstandard ist das "HIV" selbst. Mit anderen Worten: die Ergebnisse eines experimentellen Testes, sei es die PCR oder eine andere

Testart, muß mit dem Ergebnis einer Virus-Isolation von jeder Probe verglichen werden. Dies geht natürlich nicht, schließlich ist das "HIV" nicht isolierbar. Wenn das "HI- Virus" wirklich in jedem Patienten mit einem positiven PCR-Test gefunden würde, und bei jedem Patienten mit negativer PCR kein Virus zu finden ist, dann könnte man sagen, die PCR sei äußerst genau im Aufspüren von "HIV". Dann aber bräuchte man wohl keine Definition: "AIDS ohne HIV". Das Konzept der Virusisolation als Goldstandard ist im Fall des "HIV" besonders wichtig, da das HIV äußerst schwierig, wenn nicht sogar unmöglich, in genetischer oder molekularer Hinsicht zu definieren war. Selbst wenn irgend jemand irgendwann eine Isolation des "HIV" ausgeführt hätte, so wurde sie doch nie als Goldstandard für irgendeinen diagnostischen HIV-Test einschließlich der PCR eingesetzt.

Mal ganz nebenbei: Eine **französische Studie** stellte fest, daß bei der Bestimmung von "HIV-Positivität" PCR und die Antikörpertests eine Übereinstimmung von nur 40% hatten!!! Zwei als "zuverlässig" anerkannte Verfahren haben, wenn sie versuchen, das gleiche nachzuweisen, nämlich die Anwesenheit von "HIV" in einem Menschen, ein übereinstimmendes Ergebnis in weniger als der Hälfte der Fälle! Was sind solche "sicheren" Diagnostika wert, wenn nur 40% der Patienten ein einheitliches Testergebnis bekommen???

Die pharmamedizinische Theorie der "Antiviralen Medikamente"

Quelle dieser Informationen ist das deutsche hiv-net (<http://www.hivnet.de>), eine von Glaxo und Merck, Sharp & Dohme finanzierte Internet- Datenbank. Ich unterlasse es hier mal, alle unbewiesenen Dinge in Anführungszeichen zu setzen, und gebe unkommentiert die Theorie der Medikamente wieder:

Es gibt 3 Kategorien von Anti- HIV- Medikamenten, die dieses Virus an unterschiedlichen Punkten an seiner Vermehrung hindern sollen: die Reverse-Transkriptase-Hemmer, bei denen man Nukleosidanaloga von den nicht-nukleosidalen RT-Hemmern (NNRTH) unterscheidet und die Protease-Hemmer.

1. RT- hemmende Nukleosidanaloga Das HI- Virus enthält hat keine DNA, nur eine RNA. Durch das viruseigene Enzym Reverse-Transkriptase wird die virale RNA in DNA umgeschrieben und in die DNA der Zelle eingebaut. Dabei werden normalerweise die Bausteine der DNA, die Nukleotide, zu einer langen Kette miteinander verbunden. Nukleosidanaloga sind leicht veränderte Nukleotide. Sie unterscheiden sich nur durch einzelne Atome an ganz bestimmten Stellen. Die Nukleosidanaloga werden anstelle der natürlichen Nukleotide als falscher Baustein in die DNA-Kette eingebaut. Die DNA-Kette kann dann nicht mehr verlängert werden (Kettenabbruch) und das Enzym Reverse-Transkriptase wird dabei gehemmt. Das bedeutet, daß keine virale "DNA" entstehen kann, die in die menschlichen Chromosomen eingebaut werden könnte. Die Zelle wird nicht dauerhaft mit HIV infiziert und kann dadurch keine neuen HI-Viren bilden.

2. nicht-nukleosidale-RT- Hemmer Die nicht-nukleosidalen-Reverse-Transkriptase-Hemmer (NNRTH) hemmen zwar auch die Reverse-Transkriptase, unterscheiden sich aber grundlegend in ihrer Form von den Nukleosidanaloga. Während die Nukleosidanaloga große Ähnlichkeiten mit den natürlichen Nukleotiden aufweisen - sie unterscheiden sich nur durch ein oder mehrere Atome -, sind die NNRTH von den Nukleotiden vollkommen verschieden. Sie werden am Computer von Chemikern entworfen. Heutzutage kann man dreidimensionale Bilder der Reversen-Transkriptase im Computer erzeugen und Moleküle, die genau in das Enzym hineinpassen, am Computerbildschirm entwerfen. Diese Moleküle werden dann auf ihre antivirale Wirksamkeit hin

überprüft. NNRTH sind keine "falschen" Bausteine wie die Nukleosidanaloga. Sie "klemmen" sich quasi in der Reversen-Transkriptase fest und hemmen so ihre Funktion. Haben die Substanzen eine antivirale Wirkung im Reagenzglas, dann schließen sich Untersuchungen und Studien an, bis letztendlich eine antivirale Wirkung beim Menschen belegt werden kann. Es befinden sich mehrere solcher NNRT-Hemmer in klinischen Studien. Darunter sind Substanzen, die vielleicht schon im nächsten Jahr verfügbar sein können, wie Atevirdin, Lovirid und die sogenannten TIBO-Substanzen. Ende Juni 1996 wurde in den USA der erste NNRT-Hemmer (das Nevirapin), sogar vor Abschluß der Phase II-Studien, zur Behandlung der HIV-Infektion zugelassen. Im März 1997 haben die US-Behörden den zweiten NNRT-Hemmer, das Delavirdin, in ähnlich schneller Weise zugelassen.

3. Protease- Hemmer: HIV vermehrt sich in bestimmten Zellen, vor allem in den Lymphozyten (weißen Blutkörperchen), Makrophagen (Freßzellen) in bestimmten Zellen des Zentralen Nervensystems und des Gehirns sowie in Lymphknoten und anderen Zellen. Zum Eindringen in eine dieser Zellen benötigt das HIV-Virus sogenannte Rezeptoren auf den Zielzellen. Ohne diese Bindungsstellen ist das HIV-Virus nicht in der Lage, seine Erbinformation in eine Wirtszelle einzuschleusen, kann die Zelle also nicht infizieren. Durch gp120 (ein Glykoprotein der Virushülle) hat das Virus eine hohe Bindungsfähigkeit an den CD4-Rezeptor. Neben diesem Rezeptor (den u.a. auch Zellen der Darmschleimhaut haben), benötigt HIV noch andere - sogenannte Co-Rezeptoren - um eine Zelle infizieren zu können. Je nach Unterart des HIV-Virus kommen hier verschiedene Rezeptoren in Betracht.

Lebenszyklus des HIV: Nachdem HIV also an die benötigten Rezeptoren angedockt hat, durchdringt es die Außenhülle der Wirtszelle mit Hilfe eines harpunenartigen Proteins und schleust seinen Kernkörper in das Innere der Wirtszelle. Der Kernkörper wird dort aufgelöst, die RNS und die RT liegen frei. Die RT beginnt nun mit ihrer Arbeit und schreibt die virale RNS in sogenannte "provirale DNS" um. Hier setzen die Reverse Transkriptase-Hemmer ein. Sie bieten der RT Moleküle an, die den benötigten Bausteinen für die Übersetzung ähnlich sind, jedoch - sobald sie eingebaut werden - eine weitere Übersetzung verhindern, weil sie keine freie Bindungsstelle für einen neuen Baustein aufweisen, folglich also nicht weiter umgeschrieben werden können. Das virale Enzym Integrase sorgt nun dafür, daß die sogenannte "provirale DNS" im Zellkern in die DNS der Wirtszelle eingebaut wird. Hier setzt eine Gruppe von neuartigen Substanzen an, die sich derzeit jedoch noch in einem frühen Experimentierstadium befinden - die Integrase-Hemmer. Sie sollen verhindern, daß die "provirale DNS" in die menschliche DNS integriert werden kann, also verhindern, daß es überhaupt zu einer Virusproduktion durch die Wirtszelle kommt. Da es das HIV-Virus nicht dem Zufall überläßt, ob, nach erfolgreicher Integration der eigenen Erbsubstanz in die Erbsubstanz der Wirtszelle, auch Viren produziert werden, hat es das Regulatorgen "tat". Das trägt dafür Sorge, daß die Wirtszelle auch HIV-Viren produziert. Es kurbelt sozusagen die Vermehrung an. Hier setzt eine weitere - sich leider ebenfalls noch in einem frühen Experimentierstadium befindliche - Substanzgruppe an, die tat-Hemmer. Sie sollen verhindern, daß die Virusproduktion überhaupt erst angekurbelt wird. Das HIV-Virus hat es also nun erfolgreich geschafft, seine eigene Erbinformation in die Wirtszelle einzuschleusen und die Wirtszelle dazu zu zwingen, weitere HIV-Viren zu produzieren. Diese neuen Viren liegen zuerst

einmal in Form langer Proteinketten vor. Diese Ketten werden von der Protease in die entsprechenden Stücke geschnitten und daraus das neue Virus zusammengebaut. Es verläßt die Zelle unter Mitnahme eines Teils der Zellhülle, aus der die neue Virusaußenhülle zusammengebaut wird, um neue Wirtszelle zu infizieren. Der Vermehrungszyklus beginnt von Neuem. Hier setzen die Protease-Hemmer an. Sie verhindern, daß die Protease die Proteinketten schneiden kann und ein neues, infektiöses Virus zusammengebaut wird, indem sie die "Scheren" der Protease unbrauchbar machen - sozusagen blockiert und verklebt. Was die Wirtszelle verläßt, ist in der Regel kein lebensfähiges, infektiöses Virus mehr - kann also keine weiteren Zellen infizieren.

Die Realität der Medikamente

AZT: GIFT AUF REZEPT

AZT/Retrovir, laut Verpackung für Laboratorien (oben): "Giftig bei Inhalation, Hautkontakt oder Verschlucken. Zielorgane: blutbildendes Gewebe. Fühlen Sie sich unwohl, suchen Sie einen Arzt auf. Schutzkleidung tragen."

Diese Hinweise stehen natürlich nicht auf den Verpackungen (unten), die Patienten zu Gesicht bekommen. Hier ist das tödliche Gift schließlich Medikament!

Nebenwirkungen von AZT /Retrovir) lt. Glaxo- Packungsbeilage

(Übersetzung der Fachbegriffe mit Hilfe des La Roche Medizinlexikons 3,5 auf CD- ROM)

- Blutbildveränderungen, häufig vermehrt bei hohen Dosierungen oder bei AIDS-Patienten, wenn die Blutwerte bei Behandlungsbeginn verringert waren; im Anfangsstadium der Erkrankung seltener - Anämie (Blutarmut), meist 6 Wo. nach Behandlungsbeginn, eine Verminderung der Zahl und/oder des Hämoglobingehaltes der roten Blutkörperchen, verursacht vor allem durch eine Störung des Sauerstofftransports und ein Absinken der sauerstoffabhängigen Leistungen des Körpers - Neutropenie (Knochenmarksschwächung), meist 4 Wo. nach Behandlungsbeginn, oftmals gefolgt von Leukopenie (Verminderung der weißen Blutkörperchen) - Übelkeit Weiterhin häufig, aber im unklaren Zusammenhang mit Retrovir: Erbrechen, Appetitlosigkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Exanthem (Ganzkörperausschlag), Fieber, Myalgie (örtlicher oder diffuser Muskelschmerz), Parästhesie, (Fehlempfindung des Hautsinnes in Form von "Kribbeln", "Pelzigsein", "Ameisenlaufen" etc., u.U. mit Schmerzcharakter), Paresthesia (Lähmung) als Einschränkung des aktiven Bewegungsumfanges oder Herabsetzung der Kraftentfaltung bzw. der Sensibilität), Schlaflosigkeit, Unwohlsein, Schwäche, Verdauungsbeschwerden. Weiterhin, aber in unklarem Zusammenhang mit Retrovir: Benommenheit, Diarrhöe (Durchfall), Schwindel, Schwitzen, Atembeschwerden, Flatulenz (Blähungen), Geschmacksstörungen, Brustschmerzen, Konzentrationsschwäche, Angst, häufiges Wasserlassen, Depression,

allgemeines Schmerzgefühl, Schüttelfrost, Husten, Nesselsucht, Juckreiz, grippeähnliche Erscheinungen, Krampfanfälle und andere zerebral bedingte Erscheinungen, Myopathie (degenerative Skellett/ Muskelerkrankung), Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse) Pigmentierung der Nägel sowie Haut und Mundschleimhaut, Panzytopenie (Verminderung der Erythro-, Granulo- u. Thrombozyten im strömenden Blut entweder infolge verminderter Produktion in den blutbildenden Organen oder erhöhten Zelluntergangs, [toxisch-allergischer- Effekt] mit Knochenmarkhypoplasie [Zellreifungs- u. Zellteilungshemmung, Knochenmarksblockade, -sperre]), isolierte Thrombozytopenie (Verminderung der Plättchenzahl im peripheren Blut, entweder infolge verkürzter Thrombozytenüberlebenszeit [Thrombozytolyse, gesteigerter Verbrauch oder erhöhte Thrombozytoklasie] oder als Bildungsstörung), Laktatazidose (mit schwerer Stoffwechselstörung einhergehende, im allg. irreversible Erhöhung des Milchsäuregehaltes, als Folge eines zu niedrigen Sauerstoffgehaltes im Blut, Lebererkrankungen wie schwere Hepatomegalie (Lebervergrößerung) mit Steatose (Leberverfettung) und erhöhte Werte von Leberenzymen und Bilirubin (ein gelber Blutfarbstoff) im Blut.

AIDS- Patienten zeigen häufig eine starke Schwächung ihrer Muskulatur. Natürlich wird von der Pharmalobby behauptet, dies sei auf das HIV zurückzuführen. Wie dies passieren soll, kann man natürlich nicht schlüssig erklären. Seit 1990 ist allerdings erwiesen, daß dies auf eine durch AZT verursachten Schädigung der Mitochondrien in den Muskelzellen zurückzuführen ist. Die Mitochondrien werden durch übermäßige Freisetzung von aggressivem Sauerstoff (Sauerstoffradikalen) in ihrer Hauptaufgabe, der Bildung von ATP als Schlüsselsubstanz der Stoffwechselenergie, beeinträchtigt(63). Im Tierversuch wurde 1991 bewiesen, daß AZT massive Veränderungen in der mitochondrialen DNA (mtDNA) in der Leber von Mäusen nach Administration von AZT verursachte(64). Diese Studie kommt zu dem Schluß, daß "AIDS"- Patienten "unbedingt mit dem Einnehmen von AZT aufhören müssen." Die Ergebnisse dieser Studie wurden kurz darauf bestätigt. (65) Inzwischen gehört es eigentlich zum wissenschaftlichen Allgemeinwissen, daß Stoffe wie AZT durch ihre Giftwirkung viele Organe, wie z.B. Herzmuskulatur, Hirn- und Nervensystem sowie Leber und Pankreas verursachen(66). Dies trifft natürlich auch auf die AZT- Nachfolgemittel Hivid (ddC), Videx (ddI), Zerit (d4T) und Eпивir (3TC), und auf zu. All diese Präparate verursachen wie AZT exakt die gleiche Schädigung der Mitochondrien(67). Seit 1991 wären Pharmaindustrie, Behörden und Regierung gezwungen gewesen, diese Schädigungen einer Behandlung mit Nukleosidanaloga ernst zu nehmen und den Beweis zu erbringen, daß der Tod von AIDS-Patienten nicht mit ihrer medikamentösen Behandlung in Verbindung steht. Sie sind generell dieser Verpflichtung ausgewichen, wohl unter dem Druck der Pharmaindustrie. Vom HI- Virus wird behauptet, es zerstöre T4- Zellen, einen Teil der Immunabwehr. AZT ist ein Medikament, daß 1963/64 gegen Leukämie entwickelt wurde. Es wurde damals nicht zugelassen, weil die Todesrate der Laborratten zu hoch war. Bei Leukämie liegt eine Überproduktion von weißen Blutkörperchen vor. Genau die sollte AZT stoppen. Sehr merkwürdig: Beim Krankheitsbild "AIDS" liegt eine zu geringe Anzahl der T4- Helferzellen vor, einer Untergruppe der weißen Blutkörperchen. Und da verschreibt man AZT ausgerechnet einer

Patientengruppe, bei denen eine zu geringe Anzahl von T4- Zellen, also von weißen Blutkörperchen festgestellt wurde! Und killt weitere T4- Zellen! Und hemmt deren Produktion durch Schädigung nebenbei des Knochenmarks, wo diese produziert werden. Denk nach: Wer killt hier T4-, andere Immunzellen, indem das Knochenmark attackiert wird? Ein virtuelles Virus oder ein Medikament, welches genau zu diesem Zweck vor 35 Jahren (!) entwickelt wurde? Als in den 80ern die Angst vor AIDS grassierte, war es eine US-Schwulenorganisation, die die Zulassung von AZT durchdrückten. Man hatte ihnen versprochen, dies sei das einzige Mittel gegen den Virus. Ich habe kürzlich in Barcelona jemanden getroffen, der 5 Jahre lang AZT nahm. Er hörte erst auf, als ihm auffiel, das alle seine Freunde und Mitpatienten mittlerweile gestorben waren. Das ist jetzt 3 Jahre her, langsam erholt sich sein Körper von Wirkungen und Nebenwirkungen. Neben aspekt "unsinnige T4- Zählung": Kürzlich berichtete das Flaggschiff der "AIDS-Industrie", die meinungsführende Fachzeitschrift "Science", über die Tagung der internationalen "HIV/AIDS-Experten. Der Tenor lautete: "Das Rätsel des CD4-(Immunzell)-Verlustes bleibt ungelöst.(47) Den gemeingefährlichen Nonsens, den die "AIDS"- Medizin vertrauensseligen BürgerInnen und Patienten verkauft, brachte der "AIDS"-Immunologe Paul Johnson von der Harvard Medical School in Boston mit der ernüchternden Feststellung zum Ausdruck: "Wir sind noch sehr verwirrt über die Mechanismen, die zur CD4-Immunschwäche führen, aber zumindest sind wir jetzt auf einer höheren Verständnisebene verwirrt."

Abgesehen davon sind von einer Immunzellreduzierung in "HIV- Positiven" nicht die T4/T8- Zellen betroffen, wie 1995 von einer Forschergruppe nachgewiesen wurde.(48) Trotzdem werden weiter fleißig bei "Positiven" die T4/T8- Werte gemessen, und bei zu geringer Anzahl werden dann Zellgifte verabreicht. "Was immer auch passiert, der Gebrauch von AZT und anderen 'Anti-Virus-Medikamenten', die die Vermehrung des HIV verzögern sollten, in der Tat aber wahllos Körperzellen töten (und letztendlich den ganzen Organismus), muß umgehend eingestellt werden. Es ist besonders erschreckend, daß AZT und ähnliche Chemotherapeutika bevorzugt solche Zellen attackieren, die sich schnell vermehren, namentlich die Zellen des Darmepithels, was Durchfall und mangelnde Aufnahme der Nahrung verursacht und die Zellen des Knochenmarks, tragischerweise die Produktionsstätten der Zellen des Immunsystems, schädigt." (John Lauritsen. 1990. Poison by Prescription. The AZT Story. Asklepios, New York)

Die sog. AIDS- Medikamente sowie Antibiotika wirken kontraproduktiv, schwächen den Körper an seiner empfindlichsten Stelle, den Mitochondrien. Patienten mit Immunproblemen bekommen Medikamente, die das Immunsystem langfristig zerstören: "However, for AIDS- Patients it is urgently necessary, to develop a remedy substituting this toxic AZT"(68) AZT wirkt giftig auf die Herzmuskulatur, das Hirn, das Nervensystem, sowie Leber und Pankreas. Auch AZT- Nachfolgepräparate wie ddl und ddC schädigen die Mitochondrien.(71) Positive Statistiken, z.B. über AZT kommen auch dadurch zustande, daß Patienten, die während der Testdauer sterben, aus der Statistik herausgenommen werden: sie hätten ja nicht über die gesamte Testdauer an dem Versuch teilgenommen. Und die Medikamente sorgen für Gewichtsverlust: Sie stören die Vermehrung aller sich schnell teilenden Zellen, auch der Bakterien der Darmflora. Das erklärt die Auszehrung und die

Magen/Darmprobleme von "AIDS"- Kranken, die diese Mittel schlucken. Und viele andere Sekundäreffekte, die natürlich dem Virus in die Schuhe geschoben werden, wie z.B. das "Glasknochensyndrom", ein Resultat der Attacken des blutbildenden Gewebes, des Knochenmarkes. Eine für AZT verheerende Studie ("Concord- Studie") wurde vom Hersteller selbst durchgeführt, aber nach 2 Jahren AZT wurde offensichtlich, das es die Patienten krank machte. Schädlicher noch allerdings war die Studie für den Chefstatistiker von Glaxo/Wellcome. Er starb kurz nach der Veröffentlichung der Studie auf dem Weksgelände. Er wurde überfahren.

Medikamente mit Nebenwirkungen müssen auch nach der Zulassung weiter kontrolliert werden. (§63 Arzneimittelgesetz [AMG]) Dieses Stufenplanverfahren wird aber im Falle AZT nicht angewandt: Das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit erklärte auf Nachfrage am 26.9. 97 schriftlich: "...daß zu AZT bisher kein Stufenplanverfahren eingeleitet worden ist" Der parlamentarische Untersuchungsausschuß zum Bluterskandal (DBG DS 12/859 1) hingegen benennt das Stufenplanverfahren nach Gefahrenstufe II (§63 AMG) als gesetzliche Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Zulassung von Medikamenten, bei denen ein gesundheitliches Risiko vorliegt, oder die übereilt zugelassen wurden. Grundlage der deutschen Zulassung ist eine 11 Jahre alte, abgebrochene Studie, finanziert vom AZT- Hersteller GlaxoWellcome. (siehe weiter unten im Artikel der "Züricher Weltwoche") Warum das Stufenplanverfahren bei "AIDS-Medikamenten" nicht eingeleitet wird, das fragen Sie besser Ihren Gesundheitsminister oder Pharmamulti. Denn der o.g. Untersuchungsausschuß schrieb : "Ziel des Stufenplanes ist es, im Hinblick darauf, daß der Erkenntnisstand über unerwünschte Nebenwirkungen eines Arzneimittels bei der Zulassung wegen der Begrenztheit der vorangegangenen klinischen Prüfungen naturgemäß begrenzt ist, zu gewährleisten, daß Arzneimittel auch nach der Zulassung intensiv beobachtet, bekanntgewordene Risiken zentral erfaßt und ausgewertet werden und die nach dem AMG ggf. zu ergreifenden Maßnahmen koordiniert werden. [...] Die Verwaltungsvorschrift zum Stufenplan sieht die Einladung zu jährlich zwei oder mehr Routinesitzungen (Ziffer 5) und - beim Vorliegen eines begründeten Verdachts auf ein gesundheitliches Risiko- zu Sondersitzungen (Ziffer 7) vor. Für die Befassung mit konkreten Gefahrmeldungen oder -situationen sieht die Verwaltungsvorschrift zwei Gefahrenstufen und ein dementsprechend abgestuftes Vorgehen vor. Gefahrenstufe 1 tritt ein, wenn Meldungen oder sonstige Informationen auf die Möglichkeit von Arzneimittelrisiken hinweisen, und verpflichtet die Bundesbehörde zu sofortigem Informationsaustausch. [...] Gefahrenstufe II tritt ein, wenn der Informationsaustausch oder die Meldungen und sonstigen Informationen einen begründeten Verdacht auf ein gesundheitliches Risiko ergeben, und verpflichtet die Behörde zur Einberufung einer Sondersitzung." Es war die Fischl- Studie, die nicht nur in den USA 1987 zur überstürzten Zulassung von AZT führte. Sie wurde abgebrochen, man wollte den Placebo- Patienten keinen Verzicht auf AZT zumuten. Ähnlich wie die Protease- Inhibitoren, die ganze 45 Tage klinisch getestet wurden, wurde auch AZT völlig überhastet zugelassen. ein Hustenmittel zugelassen zu bekommen, dauert hingegen mehr als 2 Jahre.

ff aus: "DIE WELTWOCHE" , Zürich, Nr.26 25. Juni 1992: "Die Resultate waren derart überwältigend, daß die Fischl-Studie, die ursprünglich sechs Monate hätte dauern sollen, nach gut vier Monaten vorzeitig abgebrochen wurde. Die Organisatoren glaubten, es nicht verantworten zu können, angesichts des unbestreitbaren Nutzens von AZT der Hälfte der Patienten weiterhin eine Gipszelle zu geben und ihnen die Wunderarznei AZT vorzuenthalten. Aber die Fischl-Studie erwies sich in der Folge als gigantischer Putsch. (...) Das Aidsestablishment, aber auch die Betroffenen und ihre Organisationen, kümmerten sich allzu lange nicht darum, daß der Außenseiter Lauritsen die Fischl-Studie anhand erdrückender Fakten als 'schlampig, betrügerisch und vollkommen wertlos' bezeichnete. Da die Aidsnot groß war und groß ist, wollten und wollen Ärzte und Betroffene nur das Positive sehen. Viele verdrängen weiterhin die niederschmetternde Reihe von zum Teil lebensgefährlichen Nebenwirkungen von AZT: lebensbedrohende Blutarmut (Mangel an roten Blutkörperchen) und andere gefährliche Veränderungen des Blutbildes, ferner Übelkeit, Kopfschmerzen, Hautausschlag, Bauchschmerzen, Fieber, Muskelschmerzen, Fehlempfindungen in der Haut wie Ameisenlaufen oder Kribbeln, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, von der Blutarmut herrührende permanente Müdigkeit, Muskelschwund und Impotenz. Über diese eindrückliche Liste hinaus ist aus internen Papieren der US-Arzneimittelbehörde FDA bekannt, daß AZT potentiell krebserregend ist. Es überrascht nicht, daß etwa ein Jahr nach Zulassung von AZT US-Hausärzte feststellten, daß etwa die Hälfte der Aids-Patienten das Mittel nicht vertrug, weil es ihr Knochenmark angriff und die Produktion von lebenswichtigen Blutzellen drosselte. (...)

AZT-Kritiker leiten daraus ab, es sei Verhaltensblödsinn, ein paar Viren, von denen man nicht weiß, wie sie die gefürchtete Krankheit Aids tatsächlich auslösen, mit einem hochgiftigen Medikament zu jagen. Der Retrovirenkenner Peter H. Duesberg erklärt, bei dieser Jagd gingen aufgrund der zelltötenden Eigenschaften von AZT viele gute Zellen zugrunde, gesunde Zellen, auf die Sie und ich, und besonders Menschen mit Aids, dringend angewiesen sind. Aidsarzt Joseph A. Sonnabend drückt den gleichen Gedanken so aus: "AZT kann nicht zwischen gesunden und HIV-infizierten T4-Zellen unterscheiden - es tötet beide. HIV und AZT haben also eines gemeinsam: Beide töten T4-Helferzellen, die das Rückgrat des Immunsystems bilden - mit dem Unterschied, dass AZT ein 500mal gefährlicherer Killer ist als HIV." Solchen Einwänden zum Trotz wird AZT einer ständig wachsenden Zahl von Menschen verschrieben. Außerdem wird der Wirkstoff nicht, wie bei anderen Krebs- Chemotherapien üblich, zur Schonung des Patienten stoßweise mit tage- oder wochenlangen Pausen verabreicht, sondern andauernd. Joseph Sonnabend weist besorgt darauf hin, "daß nie zuvor (...) ein so giftiges Medikament als Dauermedikation verordnet worden sei." Weitere Anti-HIV-Mittel, etwa ddI und ddC (Markennamen Videx und Hivid), die nach der gleichen Logik wie AZT funktionieren und vergleichbare Nachteile haben, werden demnächst auf den Markt kommen.

Wellcome im Hintergrund Nach Duesberg ist die Anwendung von AZT etwa mit dem Versuch zu vergleichen, einen Terroristen zur Strecke zu bringen, indem man das Trinkwasser einer Stadt vergiftet;. Vielleicht, so Duesberg, würde man den Terroristen erwischen, mit ihm aber die meisten anderen Stadtbewohner auch. (...) Verschwiegen wird, daß von den ersten 4000 Patienten in den USA,

die AZT nach dessen Zulassung erhielten, in den ersten vier Monaten nicht wie angeblich nach Fischl ein Prozent, sondern acht bis zwölf Prozent starben. Es wird nicht gesagt, daß die Anti-HIV-Wirkung von AZT lediglich im Reagenzglas nachgewiesen wurde, nicht aber im Menschen. Zitiert werden die Studien einer Margret A. Fischl (1987). Eines Douglas D. Richman (1987) oder eines Paul A. Volberding (1990) und ihrer Mitarbeiter - alles Studien, die von der AZT-Herstellerin Wellcome finanziert wurden; alles Studien, die Mängel aufwiesen, um es mit den dezenten Worten der renommierten britischen Medizinzeitschrift The Lancet auszudrücken. Nicht von Wellcome finanzierte Studien werden einfach ignoriert. Die erste große unabhängig von Wellcome durchgeführte französische AZT-Studie von E. Dournon und Mitarbeitern (1988), die mehr Patienten umfasste und länger dauerte als die Fischl-Studie, wird so gut wie nie erwähnt. Denn Dournon und Mitarbeiter zeigten, daß AZT nach sechs Monaten keinen Nutzen mehr brachte, daß bei 50 Prozent der mit AZT Behandelten schwerste Veränderungen des Blutbilds auftraten und daß 20 Prozent der Patienten innerhalb von neun Monaten verstarben; von einer lebensverlängernden Wirkung keine Spur. Der Schweizer Immunologe Alfred Hässig ist überzeugt, daß AZT nicht nur das Knochenmark, sondern alles sich schnell erneuernde, also durch dauernde Zellteilung charakterisierte Gewebe **lebensgefährlich schädigt**. Wie Hässig erklärte, könnte es sich herausstellen, daß das Knochenmark gar nicht das erste Ziel des DNS-Killers AZT ist. Hässig unterstreicht, daß die Darmschleimhaut (die sich dreimal schneller teilt als das Knochenmark) von dem mehrmals täglich geschluckten AZT vielleicht sogar noch mehr geschädigt wird als das Knochenmark. Da auch die lebenswichtigen Darmbakterien für ihre Vermehrung von der DNS-Synthese abhängig sind, liegt es auf der Hand, daß AZT die Darmflora schwer schädigt. AZT steht also im Verdacht, die Fähigkeit des Darms, Nährstoffe aufzunehmen, mehr und mehr zu erschweren, nach langer Behandlung gar zu verunmöglichen. Solch naheliegende Zusammenhänge sind merkwürdigerweise auch im sechsten Jahr der AZT Anwendung noch nicht untersucht worden." [auch nicht im elften Jahr, M.L.]

Heute wird AZT in geringeren Dosierungen gegeben. An seinem zweifelhaftem Nutzen und an der toxischen Wirkung allerdings ändert dies nicht viel: Die Menschen sterben halt etwas später, weil weniger Gift gegeben wird.

oben: Die Wirklichkeit "einer Welt antiretroviraler Erfahrungen": Zwangsbehandlung der 8 jährigen Cecilia in den Niederlanden mit einem "AIDS- Cocktail"

Sie hatte keine Chance; sie überlebte die "antivirale" "Cocktail- Therapie" nicht.

unten: Anzeige von Glaxo/Wellcome: "AZT wirkt "allgemein gut verträglich; verbessert Wachstum und Wohlbefinden"

-- kein Kommentar, Kinder wachsen nicht, wenn sie AZT bekommen...

DIE PROTEASE INHIBITOREN

Wie ein "Medikament" aufgrund einer Theorie entwickelt wird, und nach 45 Tagen klinischer Erprobung an "Positiven" und "AIDS"- Kranken ausprobiert wird

Immer wieder höre ich das Argument: ‚Seit mein Freund/ Bekannter die Cocktails schluckt, geht es ihm besser!‘ Gewöhnlich frage ich dann, ob er denn vorher AZT genommen habe. Diese Frage wird sehr häufig bejaht.

Die Besserung des Befindens läßt sich ganz einfach erklären: Erstmal gibt es den Placebo- Effekt: Auf ein neues Medikament wird Hoffnung projiziert, der Patient faßt neuen Lebensmut, glaubt, jetzt länger leben zu können. Und ein zweiter Faktor ist bei dem o.g. Beispiel genauso wichtig: Während nach längerem Gebrauch AZT bereits seine volle Langzeitgiftwirkung entfalten konnte, steht beim Umstieg auf die Cocktails (in denen nur manchmal AZT in geringerer Konzentration gegeben wird) die Giftwirkung der neuen "Medikamente" erst am Anfang: es dauert Monate oder manchmal auch Jahre, bis die massiven Nebenwirkungen offensichtlich werden: der Organismus erholt sich vorübergehend. Geschürt werden die falschen Hoffnungen, die den Patienten gemacht werden, vor allem durch Berichte von spontanen, extremen Befindlichkeitsverbesserungen, die publizistisch voll ausgeschlachtet werden. Zu finden sind die allerdings niemals in der Fachpresse, nur in populären Magazinen und Schwulenzeitschriften.

Zudem geht es den Patienten schon nach wenigen Monaten wieder schlechter, oder sie sterben, wie der bekannte "Proteasen- Lazarus" Jerry Roemer: Er stand, Zeitungsberichten zufolge, nach der Einnahme von "Saquinavir" von seinem Totenbett auf, ließ sich neben seinem Fahrrad ablichten, machte einen vitalen, sportlichen Eindruck. Der "Erfolg" war nur von kurzer Dauer: Er verstarb am 22. August 1997. Sein Tod wurde natürlich publizistisch nicht verbreitet, die Nachricht von seinem Tod fand ich in dem "AIDS"- kritischen Magazin "Continuum". Wenn sich das "HIV" vermehrt, so belehrt uns die offizielle "AIDS"- Wissenschaft, entstehen lange Vorläufermoleküle von Eiweißen, die an bestimmten Stellen exakt auseinandergeschnitten werden müssen, um die funktionellen HIV-Eiweiße zu erzeugen, aus denen sich letztendlich die neuen HI-Viren bilden. Künstlich hergestellte kurze Eiweißmoleküle, die den zu schneidenden Stellen des Vorläufereiweißes nachgebildet wurden, aber selbst nicht schneidbar sind, würden laut Modell die natürliche Aktivität des HIV (seiner Protease = seinem Enzym) hemmen und so die Bildung neuer HI-Viren vermindern.

In die Wirklichkeit umgesetzt, ist es leider unmöglich, einen solchen Hemmstoff zu entwickeln. Genau wie das HIV selbst konnte auch seine Protease nicht isoliert werden, sie wurde lediglich gentechnisch rekonstruiert. Worauf diese "Rekonstruktion" beruht, welcher Stoff als Modell diente, wie authentisch er sein konnte kann man sich ausmalen, wenn man die Manipulationen bei der "HIV"- Erfindung betrachtet. Das künstliche "Nachbild" des Enzyms "HIV"- Protease aber hat eine große Ähnlichkeit mit dem extrem wichtigen menschlichen Verdauungsenzym Pepsin. Angesehen davon, daß "HIV" nicht existiert, und deshalb eine Unterbindung seiner Vermehrung völlig sinnlos ist, scheint mir hier eine Erklärung vorzuliegen, warum viele Protease- Patienten über starke Verdauungsprobleme klagen: Könnte es nicht sein, daß dies daran liegt, daß die Protease- Inhibitoren unter anderem die Bildung von Pepsin verhindern? Wäre es dann nicht schizoid, wenn gleichzeitig von Pharmaentwicklern gefordert wird, "ein therapeutisch einsetzbarer Inhibitor

muß jedoch spezifisch sein und sollte menschliche Enzyme dieser Substanzklasse nicht hemmen"(67)

Es ist theoretisch wie praktisch nicht möglich, die nicht nachgewiesene, sondern nur behauptete HIV-Protease punktgenau zu treffen: Die biochemischen Prozesse innerhalb der Zelle mit seinem Auf- und Abbau einer Vielzahl von Eiweißen, von deren Aufgaben nur ein Teil hinreichend erforscht ist, ist zu kompliziert, um Stoffe zu entwickeln, die tatsächlich spezifisch, ausschließlich auf ein Enzym wirken. Wie sonst lassen sich die massiven Nebenwirkungen der Protease- Hemmer erklären(39), wenn diese Stoffe angeblich zielgenau, nur aufs "HIV" wirken? Wie erklärt man Übelkeit, Konzentrationsschwäche, Magen- und Kopfschmerzen, Durchfall (teilweise unverdaute Nahrung), Müdigkeit, Ausschlag, veränderte Geschmackswahrnehmung, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Schwindel, Hepatitis, Leberversagen u.v.a.m.? Oder ist hier wieder das "HIV" selbst die Ursache?

Medikamente, welche angeblich spezifisch nur aufs "HIV" wirken, haben diese Summe von Nebenwirkungen, auf den gesamten Organismus verteilt! Ist das logisch? Muß wohl doch nicht so spezifisch sein, das Medikament! Natürlich wirken die Cocktails, ähnlich wie AZT und auch die Krebs- Chemotherapie, nicht spezifisch: Sie vergiften den gesamten Organismus, bringen natürliche Prozesse durcheinander, vermindern die Produktion sämtlicher neuer Erbsubstanz, speziell der sich schnell teilenden Zellen, wie z.B. der Immunzellen und Darmbakterien. Daher auch Verdauungs- und Auszehrungsprobleme bei Patienten, die diese Mittel nehmen. Und das virtuelle HIV können sie nebenbei gar nicht bekämpfen, denn dieses existiert nur in den Köpfen einiger Wissenschaftler und leider auch in denen von Menschen, die man als "positiv" stigmatisiert hat.

Die Protease- Hemmer wurden klinisch ganze 45 Tage lang getestet. Dazu das Wall Street Journal am 10.10.96: "Die neuen AIDS- Medikamente wurden von der (US-) Food and Drug Administration so schnell zugelassen, das die Forscher gar nicht genau wissen, was sie bewirken (...) Protease- Patienten sind Versuchskaninchen, in einem der größten und teuersten medizinischen Experimente unserer Zeit." Dr. Andrew Carr vom "Centre for Immunology" des St. Vincent Hospitals, Sydney, sagte nach der Zulassung der Protease- Inhibitoren einem Journalisten des 'New Scientist' (vol. 153, no. 2067; Feb. 97) folgendes: "Es herrscht therapeutisches Chaos. Ärzte verschreiben, was Patienten haben wollen, oder sie vermuten, verschreiben zusätzliche Medikamente nach Gefühl. Etwas derartiges habe ich in der Medizin noch nicht gesehen."

Die Zulassung in Deutschland wurde einfach, wie auch bei AZT, aus den USA übernommen. Mittlerweile sieht man diese Substanzen kritischer, z.B. das Robert Koch Institut gab in der Frankfurter Rundschau (Nov. '97) zu, der Erfolg der Protease- Inhibitoren könne erst in einigen Jahren beurteilt werden. Protease- Inhibitoren werden vom Körper nicht vollständig abgebaut, sie lagern sich in kristalliner Form ab. Die Folge ist eine langsame Vergiftung des Körpers. Die Studien, die "beweisen", die Protease- Inhibitoren senkten den "Viral Load", sind übrigens in aller Regel von den Herstellern selbst finanziert. Sehen wir mal davon ab, daß es kein isoliertes HIV gibt. Und das der Erfinder der PCR die Messung eines "Viral Load" per PCR unsinnig findet: Was ist es dann wert, wenn die Pharma- Hersteller versichern, ihre Protease- Hemmer senkten den

"Viral Load"? Ein heftigst mit Nebenwirkungen gespicktes Pharmagift wird hier anscheinend ohne jede Grundlage in die Stigmatisierten hineingepumpt, einen Laborwert zu senken (Viral Load) der überhaupt keine diesbezügliche Aussagekraft hat: Die PCR mißt eine erhöhte Produktion von DNA/RNA-Bruchstücken als Ausdruck für ein hyperaktive, evtl. entzündete Zellen. Diese Überaktivität kann zu Kachexie, Durchfällen, Muskelschwund u.v.a.m. führen. Wird diese Hyperaktivität mit Protease- Inhibitoren gebremst, geht es dem Patienten kurzzeitig besser. Mittel- oder längerfristig eingenommen, führen diese Medikamente allerdings zum Tode.

Die nachhaltigste "Nebenwirkung" der Protease- Inhibitoren steht natürlich nicht im Beipackzettel: Durch den starken Einschnitt in die genetische Substanz des Körpers wirken sie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit stark genverändernd: Nachkommen eines Cocktail-Patienten dürften eine erschreckende Ähnlichkeit zu den Föten, Embryonen und Kindern "Agent- Orange"- geschädigter Vietnamesinnen haben.

Propaganda

Richtig makaber wird es, schaut man im "hiv.net" (Internet: <http://www.hivnet.de/>), einem von Glaxo und MSD gesponserten Internet- Projekt unter "Nebenwirkungen von Protease- Hemmern" nach: Gar Schreckliches wird dort über diese langfristig tödlichen Medikamente berichtet. Lesen Sie selbst:

"Nebenwirkungen von Proteasehemmern mit Überraschungseffekten" v. Alan Huff Ellen, eine 42-jährige Buchhalterin, wurde seit 12 Monaten mit einer Dreierkombination behandelt. Während dieser Zeit fiel die Viruslast unter die Nachweisgrenze. "Aber eine höchst ungewöhnliche Entwicklung war die Vergrößerung meiner Brüste", relativiert Ellen den Erfolg. "Sie wurden rund, voll und schwer, und stehen grad so raus wie bei den Nachtclubtänzerinnen in Las Vegas mit ihren Silikon-Implantaten." Fast ungläubig fährt sie fort: "Meine BH-Körbchengröße war früher 34A und jetzt habe ich 36D. Ich wandte mich an meinen Arzt, der aber nur meinte, daß ich damit losziehen und mir einen Freund suchen sollte! Wir kamen nicht auf die Idee, daß Crixivan die Ursache war. Ich werde dem Pharmaunternehmen die Rechnung für meine neuen BH's schicken."

Das ist sicherlich eine Schadensersatzforderung, die gerne beglichen wird! Ich frage mich hier, warum Merck Brustvergrößerungen nicht mit in ihren Beipackzettel(39) aufgenommen hat. Außerdem plädiere ich dafür, ein offenbar so harmloses Medikament als Silikon- Ersatz auf den Markt zu bringen. Lassen wir mal den Sarkasmus beiseite: Ich weiß nicht, ob die 42jährige Buchhalterin wirklich existiert, oder ob ihre Geschichte frei erfunden wurde, um die Nebenwirkungen zu verharmlosen.

VON LANGZEITPOSITIVEN LERNEN

Schaut man sich abseits zweifelhafter Propaganda das Profil von Langzeitpositiven an, von Menschen, die mindestens 10 Jahre mit "HIV" leben, so stellt man fest, daß sich diese dadurch auszeichnen, daß so gut wie keiner über längere Zeit "AIDS"- Medikamente nimmt. 8 mir vorliegende Studien über

long- time- survivors zeigen: Keiner der Langzeitpositiven, die an den Studien teilnahmen, nahm diese Medikamente langfristig! Die überwiegende Mehrheit überhaupt nicht! Wenn Du "positiv" bist, denk nicht daran, Dein Testament zu machen, wie es die Broschüren der deutschen AIDS- Hilfe empfehlen. Die Dt. AIDS- Hilfe schickt einem tatsächlich, bittet man um umfangreiches Material, gleich ein Merkheft zur Testamentsanfertigung mit. Laß die Medikamente sein, und plane Dein Leben langfristig! Laß Dich nicht wegen "HIV" oder "AIDS" schulmedizinisch "behandeln". Die Fakten sind eindeutig, hier eine kleine Leseprobe aus einigen Studien, die Vitalität und Immunität von Langzeitpositiven erforschten (Übersetzung aus dem Englischen):

"Mit Ausnahme der Patienten 17 und 24 hatte kein Patient jemals antiretrovirale Medikamente bekommen."(43)

"Die mittlere Infektionszeit der Patienten lag bei 14 Jahren (Extremwerte: 11-15 Jahre), und keiner war jemals mit antiretroviralen Mitteln behandelt worden."(44)

"Langzeitpositive (LZP) hatten bedeutend weniger Symptome und bessere Werte als Patienten, die seit kürzerer Zeit infiziert waren und die steigende Viral Load- Werte [VLW] hatten. Nur 38% der LZP's hatten jemals AZT [Retrovir?] oder andere Nucleosidanaloga [wie ddl oder ddC] eingenommen, die Vergleichsgruppe der VLW's hingegen nahm zu 94% solche Medikamente. LZP's hatten deutlich weniger Infektionen."(40)

"Keiner der Probanden [Versuchsteilnehmer] nahm antivirale Substanzen für längere Zeit. Kurzzeitig allerdings hatten die Patienten Nr. 2, Nr. 7 und Nr. 3 AZT oder Recombiant gp160 eingenommen. Kein Proband nahm diese Medikamente während der Studie ein."(41)

"Antiretrovirale Therapie und PCP- Prophylaxe verlängern AIDS- freies Überleben. Trotzdem hatten 45% der Gruppe, die bis zu 3 Jahre lang T4- Werte unter 200 hatten, niemals diese Medikamente eingenommen. [...] Schlußfolgerungen: Eine große Anzahl von Probanden bleiben frei von AIDS- Symptomen, und zwar bis zu 3 Jahren, bei CD4- Werten unter 200. [...] Wie auch immer: 45 % der Gruppe der AIDS- freien Patienten hatten keine antiretrovirale Therapie begonnen, und blieben frei von AIDS- Symptomen, auch wenn die T4- Werte unter 200 fielen."(42)

"Keiner der Langzeitsymptomlosen (LZS's) oder derjenigen, die langsam steigende Viral- Load- Werte hatten, bekam irgendwelche retroviralen Medikamente während der Studie. 3 Probanden mit schnell steigenden Viral- Load- Werten (H 172, H 411 and H 1145) waren mit AZT behandelt worden. (45)

Es gilt ja in der "AIDS"- Wissenschaft als gesichertes Erkenntnis, daß die "AIDS"- Medikamente das Leben verlängern. Dies spiegelt sich auch darin wieder, daß die Anzahl der "AIDS"- Neuerkrankungen und der Todesfälle kontinuierlich sinke. Aber gleichzeitig beklagt man sich darüber, es würde nur ein kleiner Teil der "HIV- Positiven" die Medikamente nehmen:

"Pressemitteilungen Glaxo Wellcome 1997 Quelle: Internet: www.Glaxowellcome.de Hamburg, 26. November 1997 Frühtherapie bei HIV - Aids wird behandelbar

Die verbesserten therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der HIV- Infektion standen im Mittelpunkt der Pressekonferenz 'Frühtherapie bei HIV - Aids wird behandelbar', die am 14. 10. 1997 in Hamburg stattfand. Dabei

wurde deutlich, daß heute immer noch zu oft wertvolle Zeit bis zum Therapiebeginn verschenkt wird. Obwohl die Bedeutung der Viruslast für die Progression der Erkrankung bekannt ist, hapert es nach überwiegender Meinung der Aids-Experten immer noch gewaltig mit der Frühbehandlung. Dies bestätigen auch die epidemiologischen Daten des Robert-Koch-Instituts. Nur etwa ein Drittel aller HIV-Infizierten lassen sich vor der Diagnose Vollbild Aids mit prophylaktisch therapeutischen Maßnahmen behandeln. Mehr als die Hälfte der nicht behandelten Patienten war mindestens ein halbes Jahr vorher über die HIV-Infektion informiert. Damit wird wertvolle Zeit für den notwendigen Therapiebeginn verschenkt.(...)"

Der neueste Coup der Pharmaindustrie: medikamentöse Erstschläge beim vielleicht infektiösem Verkehr mit jemanden, der Eventuell mit "HIV" infiziert ist
Ärzte Zeitung, 4.6.1998 "Postexpositionelle HIV-Prophylaxe bei nicht-beruflichen Risiken/ Empfehlungen der AIDS-Gesellschaften und des RKI

Was tun nach ungeschütztem Sex bei HIV-Infektion?

Berlin (eis). Daß antiretrovirale Medikamente nicht nur bei HIV-Infektion die Viruslast senken, sondern auch bei HIV-Exposition eine Infektion verhindern können, ist belegt worden. Erstmals sind jetzt Empfehlungen für eine medikamentöse Prophylaxe nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einem HIV-infizierten Partner oder bei anderen nicht-beruflichen Risiken gegeben worden. Bisher gab es nur Prophylaxe-Richtlinien für eine HIV-Exposition im Beruf, etwa durch eine Nadelstichverletzung. Die neuen Empfehlungen sind von der Deutschen und der Österreichischen AIDS-Gesellschaft zusammen mit dem Robert-Koch-Institut in Berlin beschlossen worden (Epidem Bull 21, 1998, 151). Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, daß die medikamentöse Prophylaxe keine Alternative zu Kondomen oder anderen Schutzmaßnahmen ist. Die Prophylaxe wird empfohlen nach ungeschütztem vaginalen oder analem Geschlechtsverkehr mit einem nachgewiesenen HIV-infizierten Partner, etwa wenn ein Kondom gerissen ist; ebenso nach gemeinsamer Nutzung kontaminierter Drogenbestecke. Große Zurückhaltung zur Verordnung sei geboten, wenn die HIV-Infektion nicht geklärt ist. Keine Indikation für eine Prophylaxe sind Küssen oder andere Sexualpraktiken ohne Sperma- oder Blut-Schleimhautkontakte. Auch eine Verletzung durch altes, weggeworfenes Spritzenbesteck - wie bei Kindern häufig - ist danach keine Indikation für eine medikamentöse Prävention. Ein maximaler Schutz wird nur erreicht, wenn die Medikamente bereits zwei Stunden nach der Exposition gegeben werden, so die Empfehlungen. Später als 72 Stunden nach Schleimhautexposition und 24 Stunden nach perkutaner oder intravenöser Exposition sei die Prophylaxe unwirksam. An Medikamenten sollten zwei Nukleosidanaloga und ein Protease-Hemmstoff in den vorgesehenen Dosierungen über vier Wochen appliziert werden. Bei

Schwangeren sollte auf Protease-Hemmstoffe verzichtet werden. Wegen möglicher Wechselwirkungen mit anderen Pharmaka ist bei Verschreibung von Protease-Hemmstoffen oder Reverse-Transkriptase-Hemmern auf eine vollständige Medikamentenanamnese zu achten, heißt es weiter. Patienten seien zudem darauf hinzuweisen, daß die Einnahme jedes zusätzlichen Medikaments während der Prophylaxe besprochen werden muß." Wenn ich das hier richtig interpretiere, dann können die Medikamente "HIV" killen, wenn es im Körper gerade frisch eingetroffen ist. Aber warum killen diese Mittel "HIV" nicht, wenn es über Jahre hinweg einem "Infizierten" gegeben wird? Angeblich sinken doch die "Viral Load"- Werte auf null!!! Um dies zu erklären, hat die "AIDS"- Medizin neuerdings die These aufgestellt, "HIV" bilde irgendwo in den Tiefen des Körpers "Reservoirs", wo es gewissermaßen einen Winterschlaf hielte, bis die Viren irgendwann ausschwärmten und das Immunsystem zerstören. Woher kommen nur diese Behauptungen, nur bis zu 24 bzw. 36 Stunden nach einer potentiellen Infektion habe diese Prophylaxe einen Sinn?

Für mich ist so etwas eine virtuelle Wissenschaft: Man weiß feinste und absonderlichste Details über ein Virus zu berichten, dessen Existenz als infektiöse Einheit mit dem größten Forschungsaufwand aller Zeiten bis heute nicht annähernd bewiesen ist.

DIE ROLLE DER "AIDS- HILFEN":

Die Totengräber mit roten Schleifchen

Das negative Denken, der unbändige, blinde Glaube an das Todesurteil "positiv" wird nicht zuletzt von den "AIDS- Hilfen", die massiv von der Pharmaindustrie gesponsort werden, ins Bewußtsein der Betroffenen gehämmert. Menschen, die am Helfersyndrom leiden, die sich über ihr Engagement für "AIDS"- Kranke definieren, denen es gut geht, wenn sie von Siechtum umgeben sind, treiben "Positive" durch kultivierte Depression und Propagieren schulmedizinisch zumindest fragwürdiger Medikamente geradezu in den Tod. Das hat mitunter skurrile, makabre, ja, fast schon komische Züge. Ein Paradebeispiel ist eine Veranstaltungsreihe für "HIV- Positive" und "AIDS"- Kranke am 25. Und 26.4 1998 in Hamburg. Sponsor waren alle "AIDS" Organisationen der Stadt, und andere schwule Einrichtungen, sowie der Verband Hamburger Friedhöfe AöR; Veranstaltungsort war das Krematorium Olsdorf. Das zwangsläufige Sterben von Positiven war für die Veranstalter eine unabwendbare Tatsache, der man beschleunigend und vorbereitend unter die Arme greifen wollte: Im Krematorium des übrigens größten deutschen Friedhofes, welches ohnehin nicht gerade eine fröhliche, vitale, lebensbejahende Atmosphäre verbreiten dürfte, wurden Betroffene mit folgenden Vorträgen und anderen Veranstaltungen traktiert (folgend wörtliche Zitate aus dem Veranstaltungskalender):

- * Noch einmal sprechen von der Wärme des Lebens
- * Wir tanzen gemeinsam zu Mozarts Requiem
- * Lebendiges vom Tod

- * Sterben und Lauschen (mit Meditation)
- * Trauer: Einführung und Erfahrungsaustausch
- * Lebensangst und Todessehnsucht
- * Der Traum vom anderen Tod
- * Dem Tod begegnen - Ausstellungen:
- * Sargobjekte,
- * Totenhemden,
- * virtueller Friedhof

Wer an einer solchen Veranstaltung teilnimmt, der kommt dem Tod dadurch mit tödlicher Sicherheit ein gutes Stück näher! Auf der Rückseite der Broschüre outen sich dann noch die beteiligten Organisationen und legen ihre Ziele offen: "Auf den Informationstagen stellen sich erstmals die wichtigsten Hamburger Initiativen und Institutionen, deren Aufgaben das Lebensende betreffen, der Öffentlichkeit vor: AIDS- Beratungsstelle der Gesundheitsbehörde, Arbeitsbereich Kinder und AIDS, Big Spender (schwuler Förderverein zur Finanzierung von AIDS- Projekten), Leuchtfeuer" (Hamburger AIDS- Hilfe), und viele andere. Ich denke, ich kann das mal so für sich stehen lassen.

Das hier durch die Verbreitung von Pessimismus Menschen dazu angetrieben werden, den Tod förmlich zu erwarten, ist allzu offensichtlich. Organisationen, die eigentlich für die Unterstützung "AIDS- Kranker" und "HIV- Positiver" da sind, dafür vom Staat (und auch von der Pharmaindustrie) finanziert werden, raten nicht nur zur "antiviralen Therapie", sondern schicken die Menschen in den Tod. "Wir tanzen gemeinsam zu Mozarts Requiem" - Ein Tanz von "Todgeweihten", schon auf dieser Welt, mitten im Leben. "AIDS"- Hilfen und Gesundheitsbehörden machen es, zusammen mit Totengräbern möglich. Self-fulfilling prophecy par excellence. Zu Risiken und Nebenwirkungen befragen sie besser ihren freundlichen "AIDS"- Berater oder den Verband Hamburger Friedhöfe.

Schlußfolgerungen:

Wie ich zeigen konnte, gibt es kein "HIV", ist "AIDS" keine Infektionskrankheit, taugen die "HIV"- Nachweise nichts, können die "antiviralen" Medikamente auch gesunde Menschen krank machen. Die Beweise dafür sind offensichtlich und müßten Wissenschaft, Politik, den Ressortchefs großer Magazine und der Pharmawirtschaft bekannt sein. Konsequenzen gibt es keine, die breite Öffentlichkeit erfährt darüber nichts: Es gab in all den Jahren nur einen einzigen "AIDS"- kritischen Artikel, und zwar in "Die Woche". Die öffentliche Faszination an "HIV" und "AIDS", an dieser "tödlichen", angeblich sexuell übertragenen Krankheit, ist nahezu ungebrochen. Neues zum Thema, so absurd es auch sein mag, ist immer noch eine Meldung wert: Seien es ausgerechnet gentechnisch manipulierte Tollwut-Viren, die im Reagenzglas über "HIV"- infizierte Zellen herfallen und sie auffressen, sei es die Vorbereitung einer Impfung mit gentechnisch geschwächten "HIV's". Vielleicht wird die Pharmaindustrie alle, die das Spiel mit "AIDS" und "HIV" nicht durchschauen, eines Tages von dieser "Todesseuche" befreien, dann aber wird es eine gigantische Werbekampagne für die Gentechnik sein. Und die Mittel,

die bis dahin entwickelt werden, dürften noch tiefer in die Biochemie unseres Körpers eingreifen, mit noch weiter reichenden Konsequenzen.

"AIDS" hat uns alle verändert: aus unbeschwerter Leidenschaft wurde Latex, man überlegt es sich, ob man spontanen Gefühlen nachgibt, es könnte ja "tödlich" sein. Eine neue Welle des Puritanismus ersetzt die sexuelle Revolution der 60er Jahre. Und es gibt die direkt von "AIDS" betroffenen Menschen: sie sind gezeichnet, allerdings von keinem Virus, sondern von der Angst vor einem willkürlichen Todesurteil und von toxischen Medikamenten.

Schicksal, Sex, Skandale, Angst, Leichen, jede Menge Blut und die faszinierende Welt von Wissenschaft und Technik --- "HIV" und "AIDS" haben alles, was eine "gute" Geschichte für Medien und willige Konsumenten ausmacht. So etwas verkauft sich, wenn auch heute nicht mehr so gut wie in den 80ern. **Hepatitis B**, die sich sehr leicht, aber auf gleiche Weise überträgt wie "HIV"(14), die mehr Opfer bei den gleichen Risikogruppen pro Jahr fordert als "HIV" in 16 Jahren, hat weder die Medien, noch die Menschen im Lande interessiert.

Oder kennen sie jemanden, der Angst hat, sich mit Hepatitis anzustecken, der mal eine Meldung auf einer Titelseite zu Hepatitis B entdeckt, in der Hepatitis B als "Todesseuche" titulierte wurde? --- Denken Sie mal nach, woran das liegen könnte!

Die **Angst vor allen Viren** ist vor allem "dank AIDS" tief in unser Bewußtsein gedrungen. Der Körper wird zum Schlachtfeld, das Immunsystem zur Armee. Es ist nicht zuletzt diese Militarisierung der Sprache der Mediziner, die es, weil uns diese vereinfachenden Erklärungen einleuchten, ermöglicht und scheinlogisch rechtfertigt, chronische Krankheiten als Stellungskrieg zu betrachten, den Körper zum Kriegsschauplatz machen.

Daß hierin die Ursache für das **Versagen der Schulmedizin bei allen chronischen Krankheiten** liegen könnte, auf die Idee kommt kaum einer der Herren Schulmediziner. "AIDS" hat Tore geöffnet, gerade in den Medien: kalte Kriege gegen Viren und angeblich böse Mikroben sind immer eine Titelgeschichte: Selbst die Tagesschau war sich nicht zu blöd, ein paar Meningitisfälle(Hirnhautentzündung) in Bayern oder auch die neueste Hongkong-Grippe, an der sage und schreibe schon 2 Menschen gestorben waren, als Aufmacher zu bringen. Vom Sack Reis, der ein paar Kilometer weiter in China umfiel, hat man in der gleichen Sendung leider nichts erfahren.

"AIDS" war von Anfang an auch ein Kind der Medien: Es füllte zahllose Titelbilder, trug zur Steigerung der Auflage bei. Bereits vor der "Entdeckung" von HIV wurde publiziert, daß es sich bei der "Immunschwäche" um ein virales Problem handelt. Alle waren mit dieser Lösung zufrieden: Die Pharmaindustrie brauchte wegen der Antibiotika- Schäden der "AIDS"- Patienten keine Klagen zu fürchten, konnte endlich neue "Medikamente" am Menschen ausprobieren, neue "antivirale" und "antibakterielle" Stoffklassen entwickeln, bekam unermesslich viele Forschungsgelder. Die Politik bekam einen neuen Feind, gegen den sie mobilisieren konnte, endlich konnte man sich bei seinen

Ziehvätern und Unterstützern aus der Pharmaindustrie bedanken (Kohl z.B. ist ein "Kind" der BASF; Bush eines von "Abbott"). Institute konnten erfassen, untersuchen, Richtlinien von sich geben. Ärzte, Immunologen und andere Wissenschaftler hatten eine faszinierende "Seuche" als Tummelplatz für Forschungen und Behandlungsformen. Sie alle bekamen, was sie suchten, und starteten wie ein Kaninchen auf dieses schrecklich tödliche, aber offensichtlich virtuelle Virus.

Und die Schwulen? Sie wurden von den bösen, perversen Verführern zu der armen, bedauernswerten Minderheit, die so schrecklich von "AIDS" betroffen wurde. Man hatte Mitleid mit ihnen, hörte auf, Witze zu machen. Die Schwulen bekamen die Bestätigung, Schuld an den vielen "AIDS"- Fällen unter ihnen sei nicht ihr mitunter exzessiver Lebenswandel --- moralische Absolution durch ein virtuelles Virus. Einiges, was ich hier zum Abschluß schreibe, mag vor allem für direkt oder indirekt Betroffene kalt und zynisch klingen. Es ist nicht so gemeint. Es zieht lediglich klare Schlüsse aus den vorangehenden Argumentationen. Zynisch sind die, die ein Virus propagieren, und die dabei mit leeren Händen dastehen, was die Beweise angeht.

Jeder "Positive" in Deutschland "ernährt" einen, der sich hauptberuflich um "AIDS" kümmert: Ärzte, Apotheker, MTA's, Pharmakologen und Ärzte sowie Sterbehelfer im AIDS- Hospiz. Sie alle scheuen die Argumente und Fakten der AIDS- Kritik, **wie der Teufel das Weihwasser**. Sie alle kommen nicht zu Diskussionen, lassen nicht mit sich reden. Sie alle lassen keinen Zweifel an ihrem todbringendem Tun zu. Gewiß, die meisten tun es aus gutem Glauben, aber es können doch nicht alle so neurotisch oder so blöd sein, denke ich mir, daß sie die Widersprüche und die Auswirkungen ihres letalen Handelns nicht erkennen können.

1996 wurden in Deutschland 9 Millionen HIV- Tests gemacht, 3896 mal lautete das Ergebnis "positiv". Laut RKI wurden aber, wegen Mehrfachtests von "Positiven", wahrscheinlich nur rund 2000 "Neuinfizierte" gefunden.

Pro Test fallen Unkosten in Höhe von ca. 25 DM an, macht einen Umsatz von 225 Millionen; 112.500 DM pro "diagnostiziertem" Menschen. Allein für den Test. Kommen noch Forschungssubventionen aus Steuergeldern, "AIDS"- Koordinatoren an allen Gesundheitsämtern, Hilfen für die "AIDS- Hilfen" etc. etc. dazu. Und das richtige Geld wird erst mit der "antiviralen Medikation" verdient: Ein "AIDS"- Patient, Entschuldigung, das klingt etwas hart, bringt pro Jahr locker 50.000 DM an festen Einnahmen, so er sich "antiviral" behandeln läßt. Nebenwirkungen der Medikamente bringen zusätzliches Geld durch weitere Medikamente, und nebenbei für die Pharmakonzerne die Möglichkeit, Versuche am lebenden, humanoiden Objekt zu vollziehen, was an sich sowieso unbezahlbar ist. Demzufolge werden Hospize und "AIDS"- Stationen an großen Unikliniken auch großzügig unterstützt. Ohne den "Mythos AIDS" hätte es diese Möglichkeiten nicht gegeben. Und, wie schon erwähnt, sind die größten deutschen Internet- Seiten zu "HIV" fest in der Hand der Pharmaindustrie, auch die Internet- Projekte der "AIDS"- Hilfen werden großzügig unterstützt, was schon an den Logos der Konzerne auf diesen Seiten zu ersehen ist.

"HIV" ist kein Gegenstand rationalen Denkens. Man muß an dieses Virus und an das ominöse Syndrom glauben, erklären kann man es im Ansatz nicht. Man vermutet, und wenn diese Vermutungen nicht real werden, dann trickst man

mit Statistiken herum, definiert Menschen als krank, in denen man kein Virus findet. Und behauptet von Photos nicht isolierter Viren, es seien isolierte Viren. Und bringt nur indirekte Nachweise. Da fällt es schwer, nicht an ein planmäßiges Vorgehen zu denken. Die einzigen "Beweise" für die "Krankheit AIDS" ist, daß Menschen sterben. Und woran die sterben, daß dürfte auf den vorangegangenen Seiten klar geworden sein.

Wir müssen verstehen, daß "HIV", zumindest in den Anfängen, wahrscheinlich kein geplantes tödliches Spielchen mit Menschen war, auch wenn vieles darauf schließen ließe. "HIV" ist die logische Konsequenz aus eindimensionalem, monokausalem Denken, und freiem, ungezügelter, ethik- und moralfreien Spiel der Kräfte; einer Pharmaindustrie und einer Forschung, die sich zu viel um die Anwendbarkeit von Wissen, als um das Erkennen von großen Zusammenhängen kümmert. Die sich einen Dreck um die Konsequenzen ihres Halbwissen und dessen skrupelloser Anwendung kümmert.

Dies brachte schon die Atomenergie hervor und wird die von den Risiken her unkalkulierbare Gentechnik forcieren. Die Interessen zu vieler Leute mit zu viel Geld und zu viel Macht, denen Dinge wie Gesundheit, Ökologie, Leben, Zukunft, Menschenrechte und Wahrheit und Wahrhaftigkeit völlig egal sind, mußte bei "AIDS" nicht erst durch eine Verschwörung zusammengeführt werden. Die Interessen waren schon länger die gleichen, es gibt eine natürlich-widernatürliche große Koalition der Skrupellosen und Destruktiven.

HIV ist erst der Anfang, weitere virtuelle Erreger, wie Hepatitis C und Rinderwahn stehen in den Startlöchern, die Kassen klingeln zu lassen, wenn "AIDS" als Forschungs- und Fortschrittsmotor der Sprit ausgeht. Wenn die gemelte Kuh kaputt ist, oder keine Milch mehr gibt, ich meine hier die "AIDS"-Risikogruppen", dann sucht man sich halt eine neue. Und die Gentechnik wird neue Krankheiten verursachen, die Zahl der Allergiker wird erneut explodieren. Die Antworten zu "HIV" und "AIDS" sind vorhanden. Das so etwas überhaupt möglich war, sehen wir es nun als Irrtum oder als bewußtes Vertuschen der Auswirkungen von Medikamentenmißbrauch, wirft kein gutes Licht auf unsere Gesellschaft. Insbesondere nicht auf Wissenschaft, Politik, Medizin und auf die Massenmedien.

Alle diese Institutionen, die wegen ihrer Wirkung als Multiplikatoren einer besonderen Sorgfaltspflicht unterliegen, haben versagt, oder haben sich schuldig gemacht.

Wir aber müssen wach bleiben, damit uns solche virtuellen Viren nicht noch einmal untergeschoben werden.

"Die Realität muß denkbar werden. Jenseits des Denkbaren sind alle Schweinereien möglich."

Karl Krafeld (wissenschaftplus.de)

Gibt es eine Angst davor, HIV zu verlieren?

(c) Fred Cline, San Francisco Übersetzung: Michael Leitner

Angst, HIV zu verlieren? Wie bitte? Ein Druckfehler? Muß es nicht heißen: Die Angst, HIV zu bekommen? --- Nein, heißt es nicht. Wir brauchen keine weiteren Artikel über die Angst, sich mit "HIV" anzustecken. Ich kann diese Angst zwar verstehen. Sie wurde uns künstlich und konstant von der HIV/AIDS- Industrie eingeredet, seit die Gleichung "HIV = AIDS = TOD" fraglos akzeptiert wurde, ohne stichhaltige Beweise vorzulegen. Offensichtliche Widersprüche wurden achtlos beiseite geschoben. Das Ende von AIDS kann nur eingeläutet werden, wenn die obige Gleichung aufgehoben wird. Alle HIV- Behandlungsformen und "antiviralen Medikamente", die Hysterie, die Meinung, HIV sei ein Fluch, müssen verschwinden. HIV als Ursache von AIDS zu postulieren ist eine Sackgasse. **Falsche Interpretationen der Immunschwäche müssen aufhören.**

Die "AIDS- definierenden Krankheiten" müssen so gesehen werden, wie sie in Wahrheit sind: einzelne, nicht zusammenhängende Erkrankungen, die auf ganz unterschiedliche Ursachen zurückzuführen sind. Wenn die vielen verschiedenen Ursachen für die Immunschwäche benannt werden, dann ist es mit AIDS vorbei.

AIDS als Konsequenz einer Virusinfektion zu verlieren, würde zunächst bedeuten, daß wir uns eingestehen, an HIV geglaubt zu haben, weil wir niemals eine andere Meinung gehört haben. Man hat es uns nicht ermöglicht, und nicht gestattet, die Dinge anders zu betrachten. Seit ich meinen Unglauben an HIV öffentlich ausspreche, habe ich die Möglichkeit, die Reaktion der gay- community auf die AIDS- Kritik zu beobachten. Oftmals ist die Reaktion eigentlich ängstlich, aber sie äußert sich als Wut, Sarkasmus, absolutes Unverständnis, Nervösität und vieles mehr. Ich hakte nach, denn es ist mir ein Rätsel, warum Fakten, die klar zeigen, daß HIV kein AIDS verursacht und daß AIDS nichts weiter ist, als ein medizinisches Konstrukt, eine Subsummierung eigenständiger Krankheiten, gefürchtet werden. Das sollte doch eigentlich eine gute Nachricht sein, oder zumindest etwas, worüber man nachzudenken sollte!

Langsam stellte ich fest, daß HIV wohl für viele **immer noch eine gültige Theorie** wäre, selbst wenn sie schon vor langer Zeit fallen gelassen worden wäre. Denn viele Menschen haben Angst, das Virus in Frage zu stellen, es zu verlieren; sie fürchten jedes Wort, das die Existenz des Virus in Frage stellt.

So stark ist die Kraft der **Bewußtseinsveränderungen durch "HIV"**. Was würde es denn bedeuten, wenn "HIV" verschwände? Die größte Konsequenz wäre der Verlust der viralen Erklärung für die unter dem Begriff "AIDS" zusammengefaßten Krankheiten. Dies verursacht Angst, gerade bei den Schwulen. Eben weil es die Frage aufwürfe, ob nicht Faktoren ihres Lebensstiles für diese Krankheiten verantwortlich wären. Schon der Zusammenhang zwischen Drogen und AIDS wäre ihnen peinlich. Sie fürchten, AIDS könnte dann als ein rein schwules Problem angesehen werden. Und deshalb könnte es passieren, daß alle Forschung, alle Bemühungen, alles Interesse an neuen Erkenntnissen über AIDS erlahmen würde. Und die HIV und AIDS postulierenden Gurus fürchten, ihre antiviralen und sonstigen Medikamente würden erkannt als immunschädigende, lebenszerstörende, und

zum größten Teil AIDS erst verursachende, nicht heilenden Mittel. Und die Angst geht noch tiefer. Schauen Sie mal auf die schwulen Medien, auf die roten Schleifchen: HIV/AIDS ist zum hauptsächlichsten Identifikationsfaktor für unser schwules Bewußtsein geworden. All die Werbung der AIDS- Industrie, der Unterstützer, der sozialen Dienste. Überall AIDS-Neuigkeiten, HIV -Kunst, HIV/AIDS- Unterhaltung, AIDS-Fond- Gründungen und gesellschaftliche Ereignisse zu HIV und AIDS. Diese Überflutung kann man nicht allein den Medien- Machern anlasten, sie geben dem Publikum nur, was sie hören wollen, an was sie glauben wollen. Ist es ein Wunder, daß der durchschnittliche Amerikaner Schwule nicht mehr unabhängig von HIV/AIDS sehen kann? Wir können es doch selbst nicht mehr! HIV und AIDS haben alles verändert, ob direkt oder indirekt. Sie schweißen uns zusammen, geben uns eine Sichtweise, ein Ziel, ein Gemeinschaftsgefühl. Die gay community lebt in einer völlig HIV-basierten Kultur, als einzelner wie als Gemeinschaft.

HIV herauszufordern, es in Frage zu stellen, seine Existenz anzuzweifeln, verursacht große Furcht bei Schwulen. Menschen fürchten jede Infragestellung von Etwas, daß ohne Zweifel als real akzeptiert ist, auch wenn diese Sache widerlegt werden kann, wie es bei "HIV=AIDS" der Fall ist. Die Verknüpfung von AIDS und schwuler Identität ist tief verwurzelt. Es klingt unglaublich: Psychologen haben festgestellt, daß mehr und mehr Schwule durch ihren "HIV-negativ"- Status verstört sind. Diese Männer fühlen sich ausgeschlossen und unvollkommen. Lautet die Gleichung etwa "schwul = HIV = schwul"?

HIV/AIDS zu verlieren würde bedeuten, eine Verlagerung des Bewußtseins verarbeiten zu müssen: Beharren wir auf HIV, weil es etwas ist, womit wir zu leben gelernt haben? Ist dies einfacher, als es in Frage zu stellen und nachzuschauen, was dahinter steckt? Ich glaube, genau das ist der Grund! HIV zu verlieren hieße, einige weniger bequeme Gründe für "AIDS" akzeptieren zu müssen. Wir müßten einsehen, daß wir zu viel Hoffnung in Medizin und Wissenschaft hatten, Ihnen unsere Selbstverantwortung übertragen haben, uns von ihnen bequeme Rettung erhofften. Man muß sich allerdings klar darüber sein, daß man nicht jede Person hinterhältiger Motive beschuldigen kann, die in den HIV/AIDS Strukturen tätig ist. Wir haben einerseits HIV/AIDS-Spezialisten und Forscher, die wirklich inkompetent sind, ihre Durchschnittlichkeit und ihre Fehler vertuschen. (Anm.d.Übers.: und davon leben, wie Gallo, der durch seinen Betrug reich wurde) Deren Konsequenzen, das Leiden und der Tod von Menschen, werden dem "Virus" zugeschoben. Andererseits gibt es im AIDS- Sektor viele sehr engagierte, kompetente Menschen, die tatsächlich glauben, ein "HI- Virus" müsse bekämpft werden, und ihr Bestes geben. Sie sitzen in der CDC (Centre for Disease Control), in Pharma- Konzernen, Regierungsbehörden, in großen HIV/AIDS- Organisationen. Sie formulieren die Direktiven, die denen unten in der Hierarchie, den "Frontarbeitern" in Sachen AIDS, auch den kleinen Medizinern vorgeben, an was sie glauben müssen, was sie zu tun haben.

Wir müssen akzeptieren, daß die Ziele der in den HIV/AIDS- Strukturen tätigen und ihre Interessen nicht unbedingt die unseren sind. Sie sind Versuchungen ausgesetzt, die zu stark, zu tief verwurzelt sind. Ich rede von Gier nach Geld und Karriere, von den Eitelkeiten ihrer Egos. Wir müssen einsehen, daß HIV niemals ein Irrtum war. Einen aufrichtigen Fehler könnte man vergeben, niemand ist frei davon. Aber um HIV zu verlieren, müssen wir einsehen, daß

wir von Anfang an methodisch und absichtlich belogen wurden. Jeder Versuch, die Lüge herauszufordern wurde systematisch unterdrückt von denen, die täuschten und betrogen. Diese Einsicht dürfte nicht einfach herbeizuführen sein. Niemand glaubt gerne, derart betrogen, dermaßen mißbraucht worden zu sein. Man fühlt sich wie ein kleines Kind, daß, konfrontiert mit der Tatsache seines Mißbrauches, einfach nicht glauben mag, daß es der eigene Vater war, der es mißhandelte. Genauso versucht die gay community an dem Glauben festzuhalten, es könne nicht sein, daß es das HI- Virus tatsächlich gäbe, und daß uns die Pharmaindustrie niemals Schaden zufügen würde. (Anmerkung des Übers.: ähnliche Mechanismen dürfte auf Bluter und anderen, die lange unter chronischen Krankheiten litten und die Einnahme von Medikamenten gewohnt sind, zutreffen) Der nächste Schritt ist nicht einfacher, nämlich einzusehen, daß dies nur durch unsere Selbstzufriedenheit und durch unseren blindes Hoffen und Vertrauen erst ermöglicht wurde.

Der gewaltige Schmerz, das Leiden, mit dem wir als Computing über Jahre umgehen mußten, ist unermesslich. Menschen trafen radikale Entscheidungen, veränderten ihr Leben. Einige kämpften, andere gaben auf. Das HI- Virus wurde während dessen mit Milliarden Dollar subventioniert. Fürchterliche "Medikamente" und lebenszerstörende Behandlungen wurden entwickelt. Menschen, die wir liebten starben, man sagte uns, am HIV, obwohl es die Behandlung (Anm.d.Übers.: und die psychologische Auswirkung des Todesurteils 'positiv') war. Menschen mit realen Immunschwäche starben und sterben, weil der wahre Grund für diese Schwäche, ihre Lebensumstände, nicht erkannt wurden und immer noch werden. Um HIV/AIDS als den Fehler zu sehen, der sie in Wirklichkeit sind, um dies virtuelle Virus endlich loszuwerden, müssen wir einsehen und verstehen, daß dies große Elend unnötig und leicht vermeidbar gewesen wäre.

Die HIV/AIDS- Industrie hat ihre ganz speziellen Verlustängste bezüglich HIV: Sie wissen genau, wenn erst das gesamte HIV/AIDS- Debakel enthüllt ist, sieht man mal von ihrer verlorenen Reputation bei der Allgemeinbevölkerung ab, würden sie mit einer gewaltigen Welle Wut und Haß von denjenigen konfrontiert, deren Leben sie mehr oder weniger zerstört haben. Sie wissen, daß sie mit HIV weitermachen müssen, egal um welchen Preis. Sie haben jede Menge Geld, die Macht und den Einfluß, alles zu promoten, völlig **unabhängig von Wahrheit und Realität. Und diesen Einfluß haben sie, weil wir ihnen diesen zugestanden haben.**

Aber sie verlieren die Kontrolle. Mehr und mehr Wissenschaftler und Ärzte haben den Mut, trotz des ganzen Drucks die Existenz des Virus in Frage zu stellen. Und langsam gehen auch einzelne Medien auf die Tatsache ein, daß es HIV- Dissidenten gibt.

Es geraten Dinge in Bewegung, die die HIV- Desinformations- Mechanismen bekämpfen. Das Herauskommen aus dem Glauben an HIV/AIDS wird nicht für jeden einfach sein. Aber wir dürfen nicht zulassen, daß uns diese Angst daran hindert, die Dinge ganz klar zu sehen: HIV=AIDS war und ist und wird niemals bewiesen sein. Und das zeigt, daß diese These endlich zurückgenommen werden muß. Die Jagd auf das virtuelle Virus war für die HIV/AIDS- Industrie

eine Goldgrube, aber eine Verschwendung unserer Zeit, unseres Geldes, und vieler Menschen Leben.

Wenn wir die These "HIV=AIDS" so stehen lassen, dann sind wir mit Schuld am Tod von Hunderttausenden, wenn nicht Millionen. **Wir müssen uns mit unseren Ängsten konfrontieren und nach vorn denken.** Wir müssen nach Washington gehen, protestieren, auf ein Umdenken drängen, und den HIV-Genozid stoppen.

Masern: https://wissenschaftplus.de/uploads/article/Wissenschaftplus_Viren_entwirren.pdf

Corona: <https://wissenschaftplus.de/uploads/article/wissenschaftplus-fehldeutung-virus-teil-2.pdf>
<https://wissenschaftplus.de/uploads/article/wurzel-3-2020-virus-interview-juli-2020.pdf>

Literatur / Verweise

1. 1. Lanka St. HIV - Reality or artefact? Continuum 1995;3/1:4-9.
2. 2. Hamouda O, Niessing W, Voss L. AIDS/HIV 1996. Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.1.2.1996. (Hrsg. Robert-Koch-Institut, AIDS Zentrum). RKI-Hefte 17/1997
3. 3. Popovic M, Sarngadharan MG, Read E, Gallo RC: Detection, isolation and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and Pre-AIDS. Science 1984;224:497-5004.
4. 4. Except teenage boys, which rose by 7 cases in 1995.
5. 5. AIDS in Canada: Quarterly Surveillance Report, August 199
6. 6. Weltbevölkerung. Knick in der Kurve. Spiegel 1998; Nr.4: 5.1 65
7. 7. WHO. Mündliche Auskunft von Frau Dr. Brown, stv. Leiterin des „Global AIDS Program“ der WHO. Genf, März 1993, zu Dr. Heinrich Kremer
8. 8. Weniger et al., A simplified surveillance case definition of AIDS derived from empirical data, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1992,5:1212-23 (4.28)
9. 9. Jaffe HW, Choi K, Thomas PA. National case-control study of Kaposi's sarkoma and Pneumocystis carinii pneumonia in homosexual men. Part 1; Epidemiologic results. Ann Int Med 1983;99:145-151.
10. 10. Nerukar LS, Biggar RJ, Goedert JJ et al. Antiviral antibodies sexual men: Correlation with their life-style and drug usage in the sera of homosexual men Med Virol 1987;21:123-135.
11. 11. Health hazards of nitrite inhalants. Eds.: HW Haverkos, JA Dougherty. NIDA research monograph 83 Rockville MD: National Insitute on Drug Abuse, 1988.
12. 12. Lauritsen J, Wilson H. Death rush: Poppers and AIDS. New York: Pagan Press, 1986.
13. 13. The AIDS cult. Essays on the gay health crisis. Eds.: J Lauritsen, J. Young. Provincetown MA: Asklepios, 1993, 220-223.
14. 14 Root-Bernstein RS. Rethinking AIDS. New York: Free press, 1993, 227-232
15. 15 Wienold M, Lüdeke E, "Alles Lüge? Argumente zur AIDS- Kritik", Deutsche AIDS- Hilfe e.V. Gamo-Media, Berlin, 1994
16. 16 CDC: Pneumocystis Pneumonia. Los Angeles. MMWR 1981;30:250-252.
17. 17 Maickel RP. The fate and toxicity of Butyl nitrites in: Health hazards of nitrite inhalants. (Eds. HW Haverkos?, JA Dougherty). NIDA Research Monograph 83. Rockville MD; National Institute on Drug Abuse, 1988:15-27.
18. 18 Wood RW. The acute toxicity of nitrite inhalants . In: Health hazards of nitrite inhalants. (Eds.: HW Haverkos, JA Dougherty). NIDA Research Monograph 83. Rockville MD: National Insitute on Drug Abuse, 1988:28-38.
19. 19 Horne MK, Waterman MR, Simon LM, Garriott JO, Foerster EH. Methemoglobinemia from sniffing butyl nitrite. Ann Int Med 1979;91:417-418.
20. 20 Dixon DS, Reich RE, Santinga PA. Fatal methemoglobinemia resulting from ingestion of isobutyl nitrite, a room odorizer widely used tor recreational purposes, J Forensic Sci 1981;26:587-593.
21. 21 Pschyrembel W. Klinisches Wörterbuch. 256 Aufl. Berlin, de Gruyter, 1990:1056.
22. 22 Tyler D. The mitochondrion in health and disease. New York, VCH Publ., 1992.
23. 23 CDC, 1994. Facts about the human immunodeficiency virus and its transmission. CDC HIV/AIDS Prevention January)
24. 24 Papadopulos-Eleopulos E7 Turner VF, Papadimitriou iM. Is a positive Western Blot proof of HIV infection? BioTechnol 1993;11:696-702.

25. 25 Papadopulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM. Has Gallo proved the role of HIV in AIDS? *Emergency Med (Australia)* 1993;5:71-74.
26. 26 Papadopulos E, Johnson C. Is HIV the cause of AIDS? Interview. *Continuum* 1997;5:8-19.
27. 27 Lanka St. Fehldiagnose AIDS. *Wechselwirkungen* 1994; 1 2:48-53.
28. 28 Lanka St. HIV - Realität oder Artefakt? *Raum und Zeit* 1995;77:1 7-27.
29. 29 Siehe Ref. 1
30. 30 Hässig A, Kremer H, Lanka St, Liang WX, Stampfli K. 15 Jahre AIDS. Eine kritische Stellungnahme zur Situation, *Schweiz Zsch GanzheitsMed* 1998;10: im Druck.
31. 31 Sarngadharan MG, Popovic M, Bruch L, Schüpbach J, Gallo RQ. Antibodies reactive with T-lymphotropic retroviruses (HTLV-III) in the serum of patients with AIDS. *Science* 1984;224:506-508.
32. 32 Siehe Ref. 31
33. 33 Gallo RC, Salahuddin M, Popovic M et al. Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science* 1984;224:500-502.
34. 34 Sarngadharan MG, Markham PD. The role of human T-lymphotropic retroviruses in leukemia and AIDS. In: *AIDS - acquired immune deficiency syndrome - and other manifestations of HIV infection.* (Ed.: GP Wormser.) Park Ridge NJ: Noyes, 1987:197-198.
35. 35 Schreiben von Dr. Susanne Stöckler, Paul Ehrlich Institut, an Dr. Lanka, 2.12.97
36. 36 Dt. Ärzteblatt 91, Heft 50, 16.12.94, "Widerruf von HIV 1+2 Antikörperversuchstests"
37. 37 Beipackzettel "Cobas Core, Anti HIV1/HIV2 EIA DAGS" von Hoffmann LaRoche
38. 38 Johnson C, *Continuum Magazine*, April/Mai 1995
39. 39 Beipackzettel "Crixivan" (Merck)
40. 40 Buchbinder SP, Katz MH, Hessel NA, O'Malley PM, Holmberg SD. Long-term HIV-1 infection without immunologic progression. *AIDS* 1994;8:1123-1128. zitat p.1125
41. 41 Cao Y, Qin L, Zhang L, Safrin J, Ho DD. Virologic and immunologic characterization of long-term survivors of human immunodeficiency virus type 1 infection. *N Engl J Med* 1995;332:201-208
42. 42 Hoover DR, Rinaldo Ch, He Y, Phair J, Fahey J, Graham NMH. Long-term survival without clinical AIDS after CD4- cell counts fall below 200 x10⁶/l. *AIDS* 1995;9:145-152.
43. 43 Montefion DC, Pantaleo G, Fink LM et al. Neutralizing and infection-enhancing antibody responses to human immunodeficiency virus type 1 in long-term nonprogressors. *J Infect Dis* 1996;173:60-67.
44. 44 Harrer T, Harrer E, Kalams SA et al. Strong cytotoxic T cell and weak neutralizing antibody responses in a subset of persons with stable nonprogressing HIV type 1 infection. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1996;12:585-592. diese studie wurde vom Bundesdeutschen Forschungsminister finanziert, aber natürlich in Deutschland nie an die große Glocke gehängt
45. 45 Hogervorst E, Jurnaans S, Wolf F de et al. Predictors for non- and slow progression in human immunodeficiency virus (HIV) type 1 infection: Low viral RNA copy numbers in serum and maintenance of high HIV-1 p24-specific but not V3-specific antibody levels. *J Infect Dis* 1995;171:811-821. Diese Studie wurde an 680 Männern begonnen und danach erweitert.
46. 46 Pifer LWW, Wang YF, Ahokas R, Woods DR, Joyner RE. Borderline immunodeficiency in male homosexuals: Is lifestyle contributory? *South Med J* 1987;80: 687-697.
47. 47 Balter, M. How does HIV overcome the body's T-cell body guards? 11th Colloquium of the Cent-Gards, Marnes-la-Coquette, France, 27 to 29. Oktober, 1997. *Science* 1997; 278:1399-1400
48. 48 Finkel TH, Tudor-Williams G, Banda NK et al. Apoptosis occurs predominantly in bystander cells and not in productively infected cells of HIV- and SIV-infected lymph nodes. *Nat Med* 1995;1:129-134.
49. 49 Klemens B. Meyer and Stephen G. Pauker. 1987. Screening for HIV: Can we afford the false positive rate? *NEJM* 317: 238-241. (Die Problematik existiert leider bis heute fort) Siehe auch: F. Goldsmith. 1985. HTLV-III testing of donor blood imminent; complex issues remain. *JAMA* 253: 81-86, 173-175, 179-181.
50. 50 Temin H.M. and Mizutani. 1970. Viral RNA-dependent DNA-polymerase. *Nature* 226: 1211-1213. Temin H.M. and Baltimore D. 1972. RNA-directed DNA synthesis and RNA tumor viruses. *Adv Vir Res* 17: 129-186.
51. 51 Johnson C Ist HIV die Ursache von AIDS? Interview mit Eleni Papadopulos-Eleopoulos *Continuum*, 1997 Vol. 5, No. 1, S. 8 - 19, Ausgabe Herbst, Interview im July 1997
52. 52 Levy JA. (1996). Infection by human immunodeficiency virus-CD4 is not enough. *NEJM* 335:1528-1530.
53. 53 Gallo R, Wong-Staal F, Reitz M, Gallagher RE, Miller N, Gillespie DH. Some evidence for infectious type-C virus in humans. (1976). p. 385-405 In: *Animal Virology* Baltimore D, Huang AS, Fox CF, eds Academic Press Inc., New York.
54. 54 Gallagher RE, Gallo R. (1975). Type C RNA Tumor Virus Isolated from Cultured Human Myelogenous Leukemia Cells. *Science* 187:350-353.
55. 55 Snyder HW, Fleissner E. (1980). Specificity of human antibodies to oncovirus glycoproteins: Recognition of antigen by natural antibodies directed against carbohydrate structures. *Proc. Natl. Acad. Sci. U S A* 77:1622-1626 23.
56. 56 Barbacid M, Bolognes D, Aaronson SA. (1980). Humans have antibodies capable of recognizing oncoviral glycoproteins: Demonstration that these antibodies are formed in response to cellular

- modification of glycoproteins rather than as consequence of exposure to virus. Proc. Nati. Acad. Sci. U S A 77:1617-1621. Greider CW, Blackburn EH. Telomeres, telomerase and cancer. Sci Am 1996;274(2):80-85.
57. 57 Boeke JD. DNA repair. A little help for my ends. Nature 1996;383:579, 581.
58. 58 Teng SC, Kirn B, Gasbriel A. Retrotransposon reverse-transcriptase- mediated repair of chromosomal breaks. Nature 1996;383:641-644.
59. 59 Teng SC, Gabriel A. DNA repair by recycling reverse transcripts. Nature 1997;386:31-32.
60. 60 Wirthmüller U. Die Methode der PCR im Routinelabor. Haemo (Bern), 1997 (Juni):2-4. Wirthmüller U. Die Anwendung der quantitativen PCR in der Diagnostik und Behandlung von virologischen Erkrankungen. Haemo (Bern), 1997 (Dezember) :2-4.
61. 61 Null G. AIDS - a second opinion. New York/London, 1997. (Video available at Continuum, 172 Foundling Court, Brunswick Centre, London WC1N 1 QE, UK.)
62. 62 Weber J. Distinguishing between response to HIV vaccine and response to HIV. Lancet 1997;350:230-231.
63. 63 Dalakas MC, lila 1, Pezeshkpour GH, Laukaitis Mitochondrial myopathy caused by long-term N Engl J Med 1990;322:1098-1 105. J.P Cohen B, Griffin JL. zidovudine therapy.
64. 64 Hayakawa M, Ogawa 1, Sugiyama S, Tanaka M, Ozawa T. Massive conversion of guanosine to 8-hydroxy-guanosine in mouse liver mitochondrial DNA by administration of azidothymidine. Biochem Biophys Res Commun 1991;176:87-93
65. 65 Chariot P, Gherardi R. Partial cytochrome c oxidase deficiency and cytoplasmic bodies in patients with zidovudine myopathy. Neuromuscul Disorders 1991;1:357-363. Lewis W, Dalakas MC. Mitochondrial toxicity of antiviral drugs. Nat Med 1995;1:417-422.
66. 66 Benbrik E, Chariot P, Bonavaud 5 et al. Cellular and mitochondrial toxicity of zidovudine (AZI), didanosine (ddI) and zalcitabine (ddC) on cultured human muscle cells. J Neurol Sci 1997;149:19-25.
67. 67 Habich D. HIV-Infektion und AIDS. Biologische Grundlagen und chemotherapeutische Ansätze. Chemie in unserer Zeit 1991 ;25:295-307.
68. 68 Akbalika F et al. False positive antigens related to emerge of a 25-30 kD protein detected in organ recipients. AIDS. 6:959-962
69. 69 Andrade V et al. Leprosi as a cause of false positive results in serological assays for the detection of antibodies to HIV-1. Intl. J. Leprosy.59:125
70. 70 Arnold et al. 1994. Donor follow up to influenza vaccine- related multiple viral enzyme immunoassay reactivity. Vox Sanguinis
71. 71. Maggiore, Christine. What If Everything You Thought You Knew About AIDS Was Wrong, Heal Education, Los Angeles, 3rd Edition, 1997
72. 72. Padian NS, Shiboski SC, Glass SO, Vittinghoff E, heterosexual transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in northern california. Results from a 10 year study Am J Epidemiol 1997;146:350-357
73. 73. Greider CW, Blackburn EH. Telomeres, telomerase and cancer. Sci Am 1996;274(2):80-85.
74. 74. Bauschert B, Hintergründe der AIDS-Epidemie in Afrika, Deutsches Ärzteblatt 1995/22 (29.05.1998), Seite A-1370, Autor beruft sich auf: Elliott A, Mwinga A: Coping with dual infection: HIV and Tb. AIDS action 1992; 11.
75. 75. Bericht des HIV/ Bluteruntersuchungsausschusses, 12. Wahlperiode/Drucksache 12/8591, Seiten 57- 63
76. 76. Stringer JP. The identity of Pneumocystis carinii: Not a single protozoon but a diverse group of exotic fungi. Infect Agents Dis 1993;2:109-117
77. 77. Wakefield AE, Fritscher CC, Malin AS, Gwanzura L, Hughes WT, Miller HH. Genetic diversity in human-derived pneumocystis carinii isolates from four geographical locations shown by analysis of mitochondrial ? RNA gene sequences.J Chem Microbiol 1994;32:2959-2961.

E. Ergänzende Texte und Materialien

"Nicht-infektiöses HIV verursacht Krankheiten"

Dr. David Ho et al. drücken sich vor Fragen, fliehen vor genauer Prüfung und machen absurde Behauptungen - von David Rasnick (aus "Continuum" Vol. 4, No. 6, S. 20 - 23) übersetzt von B. Haußer, Pf. 62, D-71717 Beilstein

David Rasnick ist zur Zeit Gast-Wissenschaftler am Department für Molekular- und Zell-Biologie der U.C. Berkeley. Er promovierte 1978 am Georgia Institut für Technologie durch Arbeiten zur Struktur und zur Synthese von Protease Inhibitoren. 1996 war er Teamleiter in Cystein-Protease-Inhibitor-Forschung für Arris, San Francisco; von 1993-1995 Chef der Chemieabteilung bei Khepri

Pharmaceuticals, San Francisco, wo er die Forschung an Protease-Inhibitoren für Therapiemöglichkeiten leitete. Seine sonstige Arbeit seit 1978 hat ihn zu einem führenden Protease-Inhibitor-Forscher gemacht. Er ist Autor und Co-Autor von 21 veröffentlichten wissenschaftlichen Arbeiten. Die Existenz von HIV wird von ihm nicht in Frage gestellt. Ich bin soeben von meiner ersten AIDS-Konferenz heimgekommen, der "Gordon Conference" über die Chemotherapie bei AIDS, veranstaltet vom 9. - 14. März 1997 in Ventura, California, USA. Ich ging dort hin, um eine (wissenschaftliche) Arbeit als Poster vorzustellen, die eine der grundlegenden Auffassungen des gängigen HIV-AIDS - Modelles widerlegte. Diese Arbeit war gerade in einer Wissenschaftszeitschrift publiziert worden, und ich wollte sie nun gegen die Kritik meiner Fachkollegen verteidigen. Ich wußte, daß auch David Ho und seine Mitarbeiter Arbeiten darbieten würden, die das HIV-Modell zur Geltung bringen. Ich war fest entschlossen, ihre Ideen einer wissenschaftlichen Prüfung im offenen Gegenüber zu unterziehen.

Gordon-Konferenzen gehören zu den prestigeträchtigsten Wissenschaftstreffen. Anders als bei fast allen anderen Konferenzen, die eine möglichst hohe Zahl bezahlender Teilnehmer wünschen, sind die Gordon-Konferenzen gewöhnlich auf 100 Teilnehmer begrenzt, die alle den Zutritt beantragen müssen. Das macht sie zu seriösen und produktiven Ereignissen. Alle Teilnehmer bekommen die Möglichkeit, jeder Darbietung beizuwohnen, und jedem Vortragenden gegenüber zu treten und ihm Fragen zu stellen, entweder während formeller Frage- und Antwortzeiten, oder informell in den Pausen. Während meiner 20-jährigen Karriere als Arzneimittel-Forscher habe ich etwa neun Gordon-Konferenzen beigewohnt und dort Arbeiten präsentiert. Gewöhnlich hatten diese Konferenzen mit meinem Spezialgebiet Proteasen und Mitteln, die sie hemmen, zu tun.

Ho bezaubert Kritiker Von den 100 Teilnehmern waren 90% Amerikaner, und 43% waren Angestellte von Pharma-Unternehmen. Ich bemerkte etwas, das mir neu war auf einer Gordon-Konferenz: einen nichtwissenschaftlichen Teilnehmer, genauer: einen Vertreter von "Projekt Information", einer politischen Gruppe, die sich der Werbung für die HIV-Hypothese widmet. Das sechstägige Treffen begann an einem Sonntag. Den Eröffnungsvortrag hielt David Ho, Direktor des Aaron-Diamond AIDS-Zentrums von der medizinischen Fakultät der NYU, und der "Mann des Jahres 1996" der Zeitschrift TIME.

Der Titel seiner Rede lautete "Chemotherapie und Pathogenese". Überraschenderweise war ich nicht der einzige Kritiker unter den Zuhörern. Jemand aus der ersten Reihe focht Ho's Kriterien dessen an, was eine Prüfung (Untersuchung oder Feststellung - assay) von infektiösem Virus sei, eine Anfechtung (Anzweiflung / Ablehnung), die tiefgreifende Konsequenzen für das grundlegende Instrument der derzeitigen HIV-Wissenschaft bedeuten: den "viral load"- (Viruslast)-Test. Er bestritt auch die mathematische Basis von Ho's Modell einer "virologischen Schlacht" (mayhem), dem Paradigma, auf das Ho die "Anti-HIV"-Therapie gründen will. Die Besonderheiten dieser Einwände wurden leider nicht geklärt, weil Ho den Fragen mit der Geschicklichkeit eines erfahrenen Bürokraten auswich, und dabei die ganze Diskussionszeit aufbrauchte. Eine weitere Überraschung war ein augenscheinliches Fehlen von Ho-Anhängern in der Zuhörerschaft. In den folgenden Pausen fand ich einige andere, die offen die Richtigkeit (Stichhaltigkeit) des "viral load"-Tests und Ho's

Modell von der HIV/T4-Zell-Dynamik (Kräftespiel) verwarfen. Ho kann ohne weiteres der nächste Anthony Fauci werden, der als Direktor des Instituts für Allergien und Infektionskrankheiten des NIH (National Institute of Health) der herrschende König der HIV-Wissenschaft vonseiten der Regierung ist. Ho ist viel bezaubernder (charmanter) als Fauci und dazu mit einigen Lagen Teflon überzogen. Leider verließ Ho die Konferenz am frühen Dienstagmorgen, so daß ich nie mit ihm ins Gespräch kam. Es gelang mir aber, einen seiner Mitarbeiter auf die Richtigkeit des viral load-Tests anzusprechen.

Die Cocktails helfen den Patienten nicht Martin Markowitz, Mitautor von einigen der berühmtesten Arbeiten Ho's einschließlich des Artikels in Nature von 1995, der das Modell von der virologischen Schlacht einführte und den viral load-Test popularisierte, blieb noch während der Programme vom Mittwoch, und es gelang mir, ihn ein paarmal anzusprechen. Das erste Mal geschah während der Fragezeit nach seiner Vorlesung über die frühzeitige Behandlung der HIV-Infektion.

Er und Ho hatten eine Gruppe von 20 Patienten für beinahe ein Jahr mit Cocktails von Protease-Inhibitoren und AZT behandelt. Die Studie läuft noch und es wurden keine Ergebnisse veröffentlicht, daher sprach Markowitz über vorläufige Daten. Laut seinem Bericht hatten die meisten dieser Patienten schon AIDS-Symptome bei Beginn der experimentellen Therapie einschließlich von fünf, die schon Krankenhausaufenthalte hinter sich hatten, während einige andere noch symptomlos waren. Nach Beginn der Therapie sei bei allen Teilnehmern die Viruslast unter die Nachweisgrenze gefallen und da geblieben, berichtete Markowitz. Das betrachtete er als Zeichen dafür, daß die Therapie gut sei. Hat aber die Eliminierung der Viruslast die Patienten gesünder gemacht? Markowitz sagte darüber nichts in seinem Vortrag. Gewiß hätte er, wenn es den Patienten besser gegangen wäre, als ihre Viruslast sank, damit geprahlt. Doch über diesen Aspekt fiel kein Wort, bis ich ihn in der Fragezeit anschnitt.

Wie geht es den Patienten? fragte ich. "Einige sind gesund genug, daß sie arbeiten können", sagte er glücklich. Er implizierte dabei: Ohne die Kombitherapie wären diese Patienten nicht gesund genug, um arbeiten zu können. Aber ich hatte den Verdacht, daß das nicht stimmte. Das Lächeln von Markowitz verzog sich, als ich fragte: "Als ihre Viruslast während der 11 Monate Behandlung unter der Nachweisgrenze war, ging es da Ihren Patienten besser, blieb es gleich, oder ging es ihnen schlechter?" Er antwortete nicht. Er sagte kein Wort. Es war ein peinlicher Augenblick für die Zuhörer. Ich unterbrach die unbequeme Stille durch Wiederholung meiner Frage: Ihren Patienten müßte es besser gehen, richtig? Immer noch war Markowitz sprachlos. Entweder wußte er nicht, wie es seinen Patienten im Lauf der Therapie erging (was sehr unwahrscheinlich ist) oder es ging ihnen nicht gut, trotzdem ihre HIV-Viruslast unter der Nachweisgrenze war. Während dieser aufschlußreichen Stille wurde die Vorlesung durch die Ankündigung der Kaffeepause beendet. Ich ging hinaus mit der Antwort auf eine meiner Fragen: die Presseberichte von Wundern, die der Kombitherapie den berühmten "Lazarus - Effekt" zuschrieben, tauchten in wissenschaftlichen Studien nicht auf!

Kein lebensfähiges resistentes Virus

Die Nachmittage von Dienstag und Mittwoch waren für Besprechungen der Poster reserviert. Da meine Arbeit über die Kinetik der HIV-Protease einen entscheidenden Aspekt des gängigen Dogmas unterminierte, war ich mir nicht sicher, wie mein Poster aufgenommen würde. Die Arbeit mit dem Titel "Kinetics Analysis of Consecutive HIV Proteolytic Cleavages of the gag-pol Polyprotein" ("Kinetische Analyse von aufeinanderfolgenden HIV-proteolytischen Aufspaltungen (Zerschneidungen) des gag-pol Polyproteins") widmete sich der populären Vorstellung, daß wenn die antivirale Therapie versagt, es daher rühre, daß das HIV in resistente Formen mutiert habe (Rasnick, 7. März 1997, Journal of Biological Chemistry), und da besonders der Vermutung, wenn die Therapie mit Protease-Inhibitoren versagt, daß das dann dem Auftreten von HIV-Linien zuzuschreiben sei, die von mutierenden, Inhibitor-resistenten Proteasen charakterisiert sind.

Diese Annahme steht im Zentrum des HIV-Modells. Protease-Inhibitoren führen, besonders wenn sie mit AZT zu einem Cocktail kombiniert sind, oft zum Verschwinden der HIV-"viral load" (Viruslast).

Wenn die Viruslast-Zahlen wieder ansteigen oder wenn sich AIDS-Symptome manifestieren, wird vermutet, daß neu mutierte HIV-Linien aufgetaucht sind mit Proteasen, die gegen die Inhibitoren resistent sind. Aber meine Überlegungen zeigen, daß diese theoretischen mutierenden Proteasen nicht Teil eines voll funktionsfähigen HIV sein können (oder: daß es diese Proteasen bei einem voll funktionsfähigen HIV nicht geben kann). Um ein voll funktionsfähiges HIV hervorzubringen, muß die Protease ein HIV-Superprotein (Vorläuferprotein) an acht verschiedenen Stellen zerschneiden. Inhibitoren wirken durch Blockieren der Schneidekante der Protease, sie hindern sie so daran, das HIV-Superprotein in neun funktionierende Teile zu zerschneiden. Eine Protease, die einen Inhibitor nicht an ihre aktive Kante andocken läßt, die also gegen die Wirkung dieser Droge resistent ist, wäre auch nicht fähig, das HIV-Superprotein mit seiner aktiven Kante anzupacken. Daß die Protease unter solchen Umständen acht erfolgreiche Schnitte machen muß, macht es nachweislich unmöglich, daß eine resistente Form funktionsfähiges Virus erzeugen könnte.

Ich erwähnte besonders, daß es in der Literatur kein einziges Beispiel gibt von einem Menschen, der mit lebensfähigem, infektiösem HIV infiziert wäre, das eine Inhibitor-resistent-mutierte Protease hätte. Alle bisher beschriebenen Inhibitor-resistenten Mutanten hatte man von der proviralen DNS von nicht-infektiösem Virus erhalten. Man habe also keinen Grund zur Annahme, daß "Drogen- (Arzneimittel-)Resistenz" die Fälle erklären könne, wo Protease-Inhibitoren versagten, AIDS zurückzuführen (zu bessern) oder die HIV-"viral load" zu eliminieren.

Der zweite Hauptpunkt meiner Kinetik-Analyse besagte: Da der viral load-Test bestenfalls 99,8% nicht-infektiöse Viruspartikel erfaßte, sollte er durch einen Assay (eine Untersuchung) ersetzt werden, der den Bestand an infektiösen HIV-Partikeln im Blutplasma messen kann. Ich war mir sicher, daß dieser Vorschlag von einem Chor der Mißbilligung begrüßt würde. Doch überraschenderweise geschah das nicht. Keiner bestritt etwas von dem, was ich vorbrachte. Einige Leute, unter ihnen John Erickson, ein HIV-Protease-Experte vom National Cancer Institute, stimmte offen meiner Analyse und meinen Schlußfolgerungen zu.

Jagd auf Markowitz Erickson verließ mein Poster und ging direkt zu Markowitz hinüber, der sich am andern Ende des Saales befand. Ich dachte mir, daß er jetzt mit Markowitz über die Punkte meines Posters diskutieren wollte, und ich gesellte mich zu ihnen. Tatsächlich war mein Poster ihr Thema. Markowitz grüßte mich mit einem Lächeln. Vielleicht hatte er mich noch nicht wiedererkannt als den Frager aus seiner Vorlesung. Ich begann ihn zu fragen über den Infektivitäts-Assay (Infektiositätsprüfung), der in dem Artikel vom März 1996 angeführt wurde, den er zusammen mit Ho verfaßt hatte (Science 271, S. 1582). Ich hatte dieses Schriftstück in meiner Hand. Das Papier handelte von der Verabreichung einer Kombinations-(Cocktail-)Therapie an fünf Patienten. Vor dieser Behandlung hatten die Patienten HIV "viral loads" (Virusmengen) zwischen 12 000 und 643 000 (pro ml Plasma). Nach Therapiebeginn ging die Viruslast zurück auf Null (unter Nachweisgrenze), und blieb auf Null während der Studiendauer.

Ich wünschte Auskunft über den Patienten Nr. 105, den, der mit der höchsten Viruslast begann, 643 000. Er war der einzige Patient, bei dem "tissue culture infectious doses" (TCID) (= Gewebekultur infizierende Mengen oder Einheiten?) gemessen wurden. Vor der Therapie, als seine Viruslast 643 000 war, hatte er angeblich 1000 infektiöse "Einheiten" ("doses") von HIV (auf 1ml Plasma). Zwei Tage nach Therapiebeginn fielen seine infektiösen "Einheiten" auf Null, seine Viruslast fiel aber nicht unter 500 000. Ich wünschte das Verhältnis zu erfahren zwischen der "viral load"- Zahl und der "infektiöse Einheiten"- Zahl. So begann ich zu fragen: Entspricht eine "infektiöse Einheit" einem infektiösen HIV?

Ja, sagte Markowitz, eine infektiöse Einheit ist gleich ein infektiöses Virus. Wie stellen Sie fest, ob ein HIV (eine "Einheit") infektiös ist? Indem Sie nach dem p24-Protein schauen?

Ja, antwortete Markowitz, die Wahrnehmung von p24 wurde als Zeichen eines voll funktionsfähigen Virus angesehen. Nun, entgegnete ich, p24 ist nicht gut genug (oder: reicht nicht aus). Ich rechnete damit, daß unsere wissenschaftliche Unterhaltung mit dieser Erklärung in voraussagbare Bahnen gelenkt würde. Er würde mich fragen, warum p24 "nicht gut genug" sei. Ich würde erklären, wie ich es in meiner Arbeit dokumentiert habe, daß viele Forscher, unter ihnen auch John Erickson, gezeigt haben, daß p24 kein zuverlässiger Anzeiger von infektiösem Virus ist. Ich war darauf vorbereitet, diese Behauptung mit Referenzen zu verteidigen. Aber Markowitz biß nicht an. Wie nach seiner Vorlesung, als ich ihn nach der Gesundheit seiner Patienten fragte, sagte Markowitz einfach nichts. Ich kam nun auf die Frage des Mißverhältnisses zwischen den Zahlen der Viruslast und der "infektiösen Einheit". Wenn "infektiöse Einheiten" infektiösen HIV-Partikeln entsprachen, dann müßte der Unterschied zwischen den "infektiösen Einheiten" des Patienten Nr. 105 und seiner Viruslast nicht-infektiöse HIV-Partikel darstellen. Ich zeigte Markowitz die Grafik, die er mit Ho et al. für Patient 105 veröffentlicht hatte. Im einen Fall entsprach eine Viruslast von 643 000 Kopien 1000 infektiösen HIV-Partikeln, und im andern Fall entsprachen eine Viruslast von über 500 000 null infektiösen HIV-Partikeln. Markowitz stimmte meiner Interpretation der Daten zu.

So fragte ich ihn: Was ist die Bedeutung der hunderttausende von nicht-infektiösen Viruspartikeln pro ml, die Sie im Blutplasma von Patient 105

gefunden haben? Er runzelte die Stirn und schien nicht zu wissen, was er als nächstes tun sollte. Sein verwirrter Blick und die Stille währten etwa 30 Sekunden. Dann drehte er sich einfach um und ging weg. Es war das erste mal, daß mir ein Wissenschaftler davonlief. Typische Wissenschaftler sind wie Bulldoggen. Sie kämpfen für ihren Standpunkt. Aber die HIV-Burschen tun das nicht. Sie laufen. Jetzt bemerkte ich, daß Erickson verschwunden war. Er hatte sich irgendwann während dieses seltsamen Abtauschs mit Markowitz davongemacht, und ich habe ihn nicht mehr gesprochen. Wäre nicht Ericksons HIV - Ergebenheit, könnten er und ich dicke Freunde und Kollegen sein. Er ist sonst ein scharfsinniger Wissenschaftler, der sich mit Enzymen und ihren technischen Einzelheiten sehr gut auskennt. Aber leider gibt er den Virologen und Ärzten nach, wenn es um die HIV-Pathogenese geht, und er richtet sich nach den Leuten, die die HIV-Schau dirigieren. Was Markowitz betrifft, so war ich entschlossen, eine Antwort auf meine Frage zu erhalten.

Ich nagelte ihn noch zweimal fest. Bei beiden Gelegenheiten mußte ich ihn buchstäblich am Weglaufen hindern. Jedesmal wiederholte ich meine Frage über die Bedeutung von all dem nicht-infektiösen HIV.

Beide Male rannte er weg, ohne meine Frage zu beantworten. Mitten unter seinem zweiten Rückzug drehte er sich um und rief mir eine bedeutungslose Antwort zu, die jeden Anflug von wissenschaftlichem oder logischem Gehalt entbehrte: **"Vertrauen Sie mir!"** Ich schrie ihm nach: "Das hat nichts mit Vertrauen zu tun!" Es war ein absurder Wortwechsel, und ich hätte gelacht, ginge es nicht um eine derart traurige Sache.

Zerschlagene Hoffnungen

Wollte ich Antworten auf meine verbleibenden Fragen, dann brauchte ich eine feststehende Zielscheibe. Ich fand sie in der erschütterndsten Sitzung dieser Woche: Der Fachvortrag am Mittwochabend von John Mellors von der Graduate School of Public Health am medizinischen Zentrum der Universität von Pittsburgh. Das Thema: "Chemotherapie der HIV-1-Infektion - Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft." Mellors malte ein akkurates Bild von der bedrückenden Geschichte der HIV-Chemotherapie vor der gegenwärtigen Ära der Protease Inhibitoren- und AZT - Cocktail-Kombinationen. Ich nickte immer wieder zustimmend, als er viele schwerwiegende, der traditionellen Therapie eigene Fehler aufzählte, die ein einzelnes Nukleosidanalogon wie AZT einsetzte. Vielleicht ist Mellors ein vernünftiger und unabhängiger Denker von der Sorte, die ich von Gordon Konferenzen gewohnt bin, die nicht mit AIDS zu tun haben. Meine Hoffnungen zerschlugen sich, als er zu dem kam, was er den größten Fehler der vergangenen 10 Jahre nannte: daß die AIDS-Patienten mit einzelnen anstatt mit mehreren "antiviralen" Arzneien behandelt worden seien. Damit ging es mir auf: es hatte nichts mit Mut zu tun, daß Mellors die alte Therapie kritisierte. Es gehört in der Tat jetzt zur Mode, daß man die Mononukleosid-Behandlungen als Versager anerkennt, solange man nur an deren Stelle die Kombitherapie propagiert, und das hatte Mellors soeben getan. Das Versagen der Monotherapie war aber offenkundig längst bevor Protease Inhibitoren des Wegs kamen.

Ein Viertel Basketballspiel Mellors' Rede bekam ihren erschreckenden Aspekt mit dem Erscheinen eines Dias, das besagte: **"Klinische Endpunkte sind tot."**

In einfachem Deutsch bedeutet das, daß Mellors die Wirksamkeit der Arzneimittel nur mit Surrogat-Markern wie der "viral load" (Viruslast) und T4-Zellzählung prüfen will und nicht mit klinischen Symptomen. Er rechtfertigte das, indem er sagte, die kürzlich im Februar beendete Studie ACTG-320 habe den letzten Nagel für den Sarg zukünftiger klinischer Endpunkt-Studien geliefert. ACTG-320 war eine Phase III - klinische Erprobung mit fast 1200 Teilnehmern, von denen rund die Hälfte zwei AZT-artige Wirkstoffe nahmen. Der Rest bekam einen Cocktail aus den beiden gleichen Nukleosidanaloga plus einen Protease-Inhibitor. Der Versuch wurde vorzeitig abgebrochen aus Gründen, die unklar sind.

Als die Ergebnisse der **Doppelblindstudie** zugeordnet wurden, ergab sich, daß in der Cocktail-Gruppe nur 8 Patienten verstorben waren gegenüber 18 aus der Gruppe, die den Protease Inhibitor nicht bekam. Sich auf diese Zahlen berufend verkündigen Mellors und die übrigen vom medizinischen Establishment, die Kombitherapie **reduziere die Sterblichkeit um 50%** verglichen mit der Behandlung ohne Protease-Inhibitoren. Mellors betrachtet die Ergebnisse von ACTG-320 als schlüssig auf Grund von zwei Punkten:

1. weil die Cocktail- (Kombi-) Therapie die Sterblichkeit um die Hälfte reduziere und
2. weil dieser Nutzen durch die Viruslast angezeigt werde.

Studien zu zukünftigen Therapien brauchten nur auf die Fluktuationen der Viruslast zu achten, so glaubt er. Darauf zu warten, daß Patienten sterben oder daß andere klinische Endpunkte in Erscheinung treten, wäre unethisch und unnötig, da Viruslast-Messungen angeblich voraussagen, wer der Erkrankung AIDS erliegen werde und wer nicht. Doch der Leiter des Experiments, Scott Hammer vom Beth Israel Diakonissen Medizin-Zentrum in Boston, gab zu, daß ACTG-320 nicht lange genug durchgeführt worden war, so daß Differenzen in den beiden Behandlungsarmen statistische Bedeutung hätten erlangen können (Boston Globe vom 25.2.97). In den über zwei Jahrzehnten, die ich meinen Lebensunterhalt als Wissenschaftler verdiene, habe ich es zuvor nie erlebt, daß Wissenschaftler Schlußfolgerungen von solcher Wichtigkeit zogen, die sie dabei auf solche statistisch nichtssagende Daten gründeten. Der Begriff der statistischen Bedeutsamkeit ist wesentlich für die wissenschaftliche Methodik. Experimentelle Ergebnisse erhalten erst eine Bedeutung, wenn sie sich als statistisch signifikant qualifizieren. Man stelle sich vor, der Gewinner eines Basketballspieles würde nach dem ersten Viertel des Spieles bestimmt, oder der Gewinner der Weltmeisterschaft nach der ersten Spielrunde.

Mellors erwähnte nicht die statistische Signifikanz (Bedeutsamkeit), und ich erhielt keine Chance, in der Diskussionszeit danach zu fragen. So weiß ich nicht, wie er auf diesen Einwand reagieren würde, den ich als vernichtend betrachte. Stattdessen akzeptiert Mellors die ACTG-320 Studie als endgültig und ausreichend zur Rechtfertigung dessen, daß Surrogatmarker als einzige Kriterien dafür herangezogen werden, ob Therapien und Arzneimittel den Patienten wirklich nützen oder nicht. Und er ist da nicht der einzige. Ich befürchte, daß die Stimmung in der AIDS-Medikamenten-Forschung die Ansicht von Mellors favorisiert. Ich habe auch andere nach dem Ende von klinischen Endpunkten rufen hören, indem sie gewöhnlich diese statistisch unbedeutsamen Ergebnisse von ACTG-320 heranziehen. Das ist besonders

erschreckend, wenn ich meine vorigen Wortwechsel mit Markowitz in Erwägung ziehe, der keine Besserung seiner Patienten vorweisen konnte, deren Viruslast doch über längere Zeit auf Null reduziert war, und der dem "viral load"-Test keine klinische Bedeutung zuweisen konnte. Wenn die Markowitzes und die Mellors in der Welt das Sagen haben, ist die amerikanische Öffentlichkeit in großer Gefahr.

Killerleichen In der Diskussionszeit zu Mellors' Vortrag beschloß ich, auf die Fragen zurückzukommen, die ich von Markowitz beantwortet haben wollte, nämlich über die Bedeutung der "viral load". Denn das machte den Kern der Sache aus: Mellors' Aufforderung, klinische Endpunkte aufzugeben, war nur so stichhaltig wie die Viruslast- ("viral load")-Zahlen, mit denen er sie ersetzen wollte. Für den Einstieg wollte ich seine Antworten mit denen von Markowitz vergleichen. Daher wiederholte ich meine Frage nach dem Verhältnis von Viruslast zu infektiösen Einheiten.

Mellors reagierte mit der Feststellung: "Viral load hat nichts mit Infektiosität zu tun!" Ah-ha! Nun hatte ich einen zweiten HIV-Bonzen, der mir zugab, daß die Viruslast-Zahlen nicht infektiöses HIV anzeigten. Unter der Annahme, daß der "viral load"-Test das HIV genau zählte, und daß der Test nach den infektiösen Einheiten das infektiöse HIV genau zählte, präsentierte ich meine 99,8%-Zahl aus der Arbeit von Ho und Markowitz als den Bruchteil des im Blut zirkulierenden nicht-infektiösen HIV. Dann ist also nicht-infektiöses HIV die Quelle der RNS und der Proteine, einschließlich der Protease, von denen die Genetik und andere Charakteristiken des HIV herrühren. Er stimmte zu. (Wie hätte er es nicht tun sollen?) Nun hatte ich ihn. Da nicht-infektiöse Viren keinerlei klinische Bedeutung haben, konnten auch die von ihnen abgeleiteten Daten keine Bedeutung haben. Was ist die Bedeutung von dem ganzen nicht-infektiösen HIV? fragte ich. Ich hatte keine Ahnung, wie er sich aus dieser Ecke winden könnte, aber selbst ich war verblüfft von seiner Antwort: **"Die nicht-infektiösen Partikel (HIV) wirken pathogen."**

Das hier war ein "First" - etwas ganz Neues. Ich glaube nicht, daß irgend jemand jemals zuvor aktenkundig behauptet hat, daß nicht-infektiöse Viren Krankheit verursachen könnten. Ich saß ganz entgeistert (ganz platt) da, als ich bemerkte, daß ein Gemurmel ausgebrochen war. In meinem überraschten Zustand wurde mir klar, daß es nichts weiter mehr zu sagen gab. Inzwischen war die Sitzung als beendet erklärt worden. Die für die Diskussion vorgesehene Zeit hatte ich mit meinem Kreuzverhör aufgebraucht, so daß niemand eine weitere Frage stellen konnte. Mein Gott, dachte ich. Das ergibt eine unerschöpfliche Quelle von Forschungsmöglichkeiten: **Die Pathogenität von nicht-infektiösen Viren!** - Wer vertraut ist mit der Antikörper-Reaktion und den Prämissen für Impfungen, kann die revolutionäre Natur (und die Implausibilität = die Unwahrscheinlichkeit oder das Nicht-einleuchtendsein) dieser Idee einschätzen. Ich hatte das Gefühl, daß die Zuhörer das taten, gemessen an dem intensiven Gemurmel, das sich auch nach Auflösung der Sitzung noch fortsetzte. Beim Verlassen des Raumes ergriff mich ein indischer Wissenschaftler am Arm und fragte: "Haben Sie das gehört?" Das hatte ich in der Tat:

AIDS wurde verursacht von einer tödlichen Armee aus viralen Leichen.

Heilen von Gesunden

Obwohl ich weit und breit suchte, konnte ich nicht ein einziges kontrolliertes Experiment finden, das irgendwo auf der Konferenz diskutiert worden wäre. Es sieht so aus, als wäre das einzige Ding, das in der AIDS-Welt existiert, das HIV. Was immer an Schlechtem einem Antikörper-Positiven begegnet, wird dem HIV zugeschrieben; jede Besserung wird der Therapie angerechnet. Es gab sogar einen Vortragenden, der sich als Verdienst anrechnete, daß er Leute heilte, die sich versehentlich mit HIV-infizierten Nadeln verletzten. Diese Patienten wurden sofort "aggressiv" mit antiviralen Arzneien behandelt und wurden nicht positiv. Der Wissenschaftler behauptete, es sei dieses Vorgehen, das eine Serokonversion verhindert hätte, und er betrachtete es als Heilung der Betroffenen. HIV-Exposition durch Nadelstich führt jedoch erfahrungsgemäß nur in einem von 1000 Fällen zur Serokonversion, was er aber nicht erwähnte. Das sagte aber auch sonst niemand, obwohl das anerkannte Tatsache ist, und die Anwesenden alles beglaubigte "AIDS-Experten" waren.

Er beanspruchte nicht nur Glaubwürdigkeit für die Gültigkeit der statistischen Wahrscheinlichkeit, er beanspruchte auch, **gesunde Leute geheilt zu haben**... und niemand stellte ihn deswegen zur Rede. Diese HIV-Anhänger suchen so verzweifelt nach guten Nachrichten, daß sie alles sagen und akzeptieren, was mit dem HIV-Modell übereinstimmt.

Kalte Schulter

Es wurde bald klar, daß gewisse Leute auf dem Treffen mich schon kannten. Sie mieden mich. Andere zeigten jedoch anfangs Interesse, wenn ich meine Einwände vorbrachte. Es war deutlich, daß ihnen diese Probleme nicht neu waren, sie hatten sie nur nie zuvor diskutiert oder mit jemand zu tun gehabt, der das tun wollte. Sobald jedoch diese potentiellen Verbündeten die Diskussion mit Leuten wie Markowitz, Wissenschaftlern mit Status und Einfluß, fortsetzten, begannen auch sie mich zu meiden. Ich empfand es als einsame Aufgabe, wie ein Wissenschaftler auf einem AIDS-Kongreß aufzutreten.

Brechen der Regeln

Ich kenne die Regeln der Gordon-Konferenzen und habe mich daran gehalten, seit ich 1980 das erstmal an einer teilnahm: keine Presse, keine Kamera oder Tonaufnahme. Nichts, was auf einer Gordon-Konferenz besprochen wird, darf gedruckt werden außer von den ursprünglichen Autoren. Man darf sich alles notieren, was man möchte, und die Informationen mit jedem gewünschten Kollegen diskutieren. Man darf es aber auf keinen Fall durch etwas Gedrucktes an die Öffentlichkeit bringen. Ich gebe offen zu, daß ich mit meinem Bericht diese Regeln breche. Ich tue es nicht leichtfertig. Gordon-Konferenzen sind meine bevorzugten Treffen. Der HIV/AIDS-Skandal hat mich jedoch genötigt, diesen Schritt zu tun. Die Information darüber, was am gängigen HIV-Dogma falsch ist, wird der Öffentlichkeit fast völlig vorenthalten. Das Zerrbild (die Karikatur) von den Ergebnissen der klinischen Testung der HIV-Protease-Inhibitoren zum Beispiel war auf dieser Gordon-Konferenz klar zutage getreten, wie auch auf einer, der ich 1994 beiwohnte (siehe Reappraising Aids vom August 1996). Diese Information ist zu wichtig, als daß man sie den Steuerzahlern und den Diagnostizierten/Verbrauchern, die alles bezahlen, vorenthalten dürfte. Die Regeln mögen unheimlich oder schlecht erscheinen.

Das sind sie aber nicht. Sie erlauben es den Wissenschaftlern, vorläufige Ergebnisse zu präsentieren, ohne Furcht daß ihnen ein Kollege die Erstmeldung streitig machen würde, oder daß sie für Fehler verantwortlich gemacht würden. Gewöhnlicherweise führen diese Regeln zu ehrlicher wissenschaftlicher Diskussion und Ideenaustausch. Die AIDS-Industrie hat sie jedoch übernommen, um Tatsachen zu verheimlichen, die nicht geheim bleiben dürfen. Ich hoffe, daß ich richtig gehandelt habe. Dafür werde ich vielleicht von zukünftigen Gordon-Konferenzen ausgeschlossen.

David Rasnick ist Vorsitzender des Editorial Board von "Reappraising AIDS", der offiziellen Publikation der "Group for the Scientific Reappraisal of the HIV/AIDS Hypothesis." "Reappraising AIDS" kann im Abonnement bezogen werden (25\$ p.a. in USA, anderswo 35\$ p.a.) von: 7514 Girard Ave., No. 1-331, La Jolla, CA 92037, USA. Tel: +(810) 772-9926, Fax: +(619) 272-1621. email: philpott@wwnet.com

Auf was reagiert eigentlich der HIV- Antikörpertest?

Ein Test wie der gegen HIV, der niemals durch eine Virusisolation bestätigt wurde, ist völlig wertlos. Er könnte nur aussagefähig sein, wenn man in der Testerprobungsphase in den positiv getesteten Menschen das Virus findet, es isolieren kann und genetisch identifizieren kann, und in den negativ Getesteten nicht gefunden wird. Ein solches Verfahren wurde bei den HIV- Tests nicht angewandt. Von daher ist es rein hypothetisch zu behaupten, der Test wiese Antikörper gegen HIV nach. Auf welche andere Faktoren er positiv reagiert, manche treffen auf den ELISA, andere auf den WESTERNBLOT, andere wiederum auf beide zu, zeigt die folgende Liste:

Faktoren, die dafür bekannt sind, daß sie falsch positive Testergebnisse verursachen
Von Christine Johnson veröffentlicht in "Continuum", vol. 4 no. 3)

Nutzen der Erkältung (Grippe): <https://www.raum-und-zeit.com/gesundheit/naturheilkunde/Corona>: <https://wissenschaftplus.de/uploads/article/wurzel-3-2020-virus-interview-juli-2020.pdf>
+ <https://wissenschaftplus.de/uploads/article/wissenschaftplus-fehldeutung-virus-teil-2.pdf>
+ <https://www.expresszeitung.com/images/pdfs/2020/ez32-20.pdf> 80 Seiten-Corona pdf CH
+ <https://mutigmacher.org/der-anonyme-berater-im-deutschen-bundestag-ist-nicht-mehr-anonym>

1. Anti-Kohlenhydrat-Antikörper 52,19,13
2. Natürlich vorkommende Antikörper 5,19
3. Passive Immunisierung: Verabreichung von Gamma- oder Immunglobulinen (die Antikörper enthalten zur Prophylaxe gegen Infektionen) 18, 26, 60,4, 22, 42, 43, 13
4. Lepra 2,25 Malaria 6,12 Tuberkulose 25
5. Mykobakterium avium (für Menschen Harmloses Bakterium) 25 Grippe 36
6. Systemischer lupus erythematoses (flechtenartige Autoimmunerkrankung) 15,23
7. Niereninsuffizienz (Stoffwechselstörung der Nieren) 48,23,13 Tetanus-Impfung 40
8. Hämodialyse bei Nierenversagen ("Blutwäsche") 41,10,49,56,16
9. Alpha-Interferontherapie bei Hämodialyse-Patienten 54 Grippe-Impfung 30,11,3,20,13,43
10. Herpes simplex I 27 Herpes simplex II 11
11. Infektion der oberen Atemwege (Erkältung oder Grippe) 11 Bösartige Krebserkrankungen 40
12. Aktuell bestehende Virus-Infektion oder Einnahme viraler Impfstoffe 11
13. Mehrfache Schwangerschaften 58,53,13,43,36
14. Hohe Spiegel zirkulierender Immunkomplexe 6,33 Rheumatische Arthritis 36
15. Hypergammaglobulinämie (hoher Antikörperspiegel) 40,33 Hepatitis 54
16. Falsch positive andere Tests, einschließlich des RPR- Tests auf Syphilis 17,48,33,10,49
17. Hepatitis B- Impfung 28,21,40,43
18. Organtransplantation 1,36
19. Nierentransplantation 35,9,48,13,56
20. Anti-Lymphozyten-Antikörper 56,31

21. Anti-Kollagen-Antikörper(zu finden bei Schwulen, Hämophilen, Afrikanern beider-lei Geschlechts und Lepra-Patienten) 31
 22. Serum-Positivität auf Rheumafaktor, antinukleare (gegen den Zellkern gerichtete) Antikörper, beides ist zu finden bei rheumatischer Arthritis und nderen Autoantikörpern) 14,62,53
 23. Autoimmunkrankheiten wie z.B. systemischer Lupus erythematosus, Sklerodermie, Bindegewebs-Erkrankung, Dermatomyositis) 44,29,10,40,49,43
 24. Akute virale Infektionen,59,48,43,53,40,13
 25. Alkohol-Hepatitis 32,48,40,10,13,49,43,53
 26. Primäre sklerotische Cholangitis (Gallenentzündung) 48,53
 27. Zähes Blut ("sticky blood"), bei Afrikanern 38,34,40
 28. Antikörper mit hoher Affinität für Polystyren (das in den Testsets enthalten ist) 3,40,26
 29. Bluttransfusionen 63,36,13,49,43,41
 30. Multiples Myelom (Geschwulst) 10,43,53
 31. HLA-Antikörper (gegen Klasse I und II Leukozythen-Antigene)7,46,63,48,10,13,49,43,53
 32. Anti-glatte Muskulatur-Antikörper 48
 33. Anti-parietale Zellen-Antikörper 48
 34. Anti-Hepatitis A oder C- Antikörper 48
 35. Hämophilie (Bluterkrankheit) 10,49
 36. Andere Retroviren 8,55,14,48,13
 37. Hämatologische maligne Erkrankungen/ Lymphome (bösartige Bluterkrankungen/ Lymphknotenschwellung) 43,53,9,48,13
 38. Primäre Gallen- Zirrhose 43,53,13,48
 39. Stevens-Johnson-Syndrom (fiebriger, sich ausbreitender Hautauschlag) 9,48,13
 40. Q-Fieber ("Balkan", oder "Wüstengrippe") mit verbundener Hepatitis 61
 41. Behandlung der Tests während der Reaktion mit Hitze 51,57,24,49,48
 42. Lipämische Serum (Blut mit hohem Fett- oder Lipid-Spiegel)49 Hämolysiertes Serum (Blut, in dem das Hämoglobin von den roten Zellen etrennt ist/wurde) 49
 43. Hyperbilirubämie (viel Gallenfarbstoff im Blut) 10,13 Epstein-Barr-Virus 37
 44. Globuline ([Zell]- Eiweiße), die während polyklonaler Gammopathien entstanden sind (werden bei AIDS-Risiko- gruppen beobachtet) 10,13,48
 45. Kreuzreaktionen werden bei gesunden Menschen nicht richtig interpretiert 10
 46. Normale humane Ribonuklein-Proteine (Baustein der RNA) 48,13
 47. Anti-Mitochondrien-Antikörper 48,13
 48. Anti-Nukleus-Antikörper 48,13,53
 49. Anti-mikrosomale Antikörper 34
 50. T-Zell-Leukozyten-Antigen - Antikörper 34
 51. Proteine am (HIV- Test) Filterpapier 13
 52. Viszerale Leishmaniose 45
 53. Rezeptiver Analverkehr 39,64
- Quellen
54. Agbalika F, Ferchal F, Garnier J-P, et al. 1992. False-positive antigens related to emergence of a 25-30 kD protein detected in organ recipients. *AIDS*. 6:959-962.
 55. Andrade V, Avelleira JC, Marques A, et al. 1991. Leprosy as a cause of false-positive results in serological assays for the detection of antibodies to HIV-1. *Intl. J. Leprosy*. 59:125.
 56. Arnold NL, Slade RA, Jones MM, et al. 1994. Donor follow up of influenza vaccine-related multiple viral enzyme immunoassay reactivity. *Vox Sanguinis*. 67:191.
 57. Ascher D, Roberts C. 1993. Determination of the etiology of seroreversals in HIV testing by antibody fingerprinting. *AIDS*. 6:241.
 58. Barbacid M, Bolgnesi D, Aaronson S. 1980. Humans have antibodies capable of recognizing oncoviral glycoproteins: Demonstration that these antibodies are formed in response to cellular modification of glycoproteins rather than as consequence of exposure to virus. *Proc. Natl. Acad. Sci*. 77:1617-1621.
 59. Biggar R, Melbye M, Sarin P, et al. 1985. ELISA HTLV retrovirus antibody reactivity associated with malaria and immune complexes in healthy Africans. *Lancet*. ii:520-543.
 60. Blanton M, Balakrishnan K, Dumaswala U, et al. 1987. HLA antibodies in blood donors with reactive screening tests for antibody to the immunodeficiency virus. *Transfusion*. 27(1):118.
 61. Blomberg J, Vincic E, Jonsson C, et al. 1990. Identification of regions of HIV-1 p24 reactive with sera which give "indeterminate" results in electrophoretic immunoblots with the help of long synthetic peptides. *AIDS Res. Hum. Retro*. 6:1363.
 62. Burkhardt U, Mertens T, Eggers H. 1987. Comparison of two commercially available anti-HIV ELISA's: Abbott HTLV-III ELA and DuPont HTLV-III ELISA. *J. Med. Vir*. 23:217.
 63. Bylund D, Ziegner U, Hooper D. 1992 Review of testing for human immunodeficiency virus. *Clin. Lab. Med*. 12:305-333.
 64. Challakere K, Rapaport M. 1993. False-positive human immunodeficiency virus type 1 ELISA results in low-risk subjects. *West. J. Med*. 159(2):214-215.
 65. Charmot G, Simon F. 1990. HIV infection and malaria. *Revue du praticien*. 40:2141.

66. Cordes R, Ryan M. 1995. Pitfalls in HIV testing. *Postgraduate Medicine*. 98:177.
67. Dock N, Lamberson H, O'Brien T, et al. 1988. Evaluation of atypical human immunodeficiency virus immunoblot reactivity in blood donors. *Transfusion*. 28:142.
68. Esteva M, Blasini A, Ogly D, et al. 1992. False positive results for antibody to HIV in two men with systemic lupus erythematosus. *Ann. Rheum. Dis*. 51:1071-1073.
69. Fassbinder W, Kuhni P, Neumayer H. et al. 1986. Prevalence of antibodies against LAV/HTLV-III [HIV] in patients with terminal renal insufficiency treated with hemodialysis and following renal transplantation. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 111:1087.
70. Fleming D, Cochi S, Steece R. et al. 1987. Acquired immunodeficiency syndrome in low-incidence areas. *JAMA*. 258(6):785.
71. Gill MJ, Rachlis A, Anand C. 1991. Five cases of erroneously diagnosed HIV infection. *Can. Med. Asso. J*. 145(12):1593.
72. Healey D, Bolton W. 1993. Apparent HIV-1 glycoprotein reactivity on Western blot in uninfected blood donors. *AIDS*. 7:655-658.
73. Hisa J. 1993. False-positive ELISA for human immunodeficiency virus after influenza vaccination. *JID*. 167:989.
74. Isaacman S. 1989. Positive HIV antibody test results after treatment with hepatitis B immune globulin. *JAMA*. 262:209.
75. Jackson G, Rubenis M, Knigge M, et al. 1988. Passive immunoneutralisation of human immunodeficiency virus in patients with advanced AIDS. *Lancet*, Sept. 17:647.
76. Jindal R, Solomon M, Burrows L. 1993. False positive tests for HIV in a woman with lupus and renal failure. *NEJM*. 328:1281-1282.
77. Jungkind D, DiRenzo S, Young S. 1986. Effect of using heat-inactivated serum with the Abbott human T-cell lymphotropic virus type III [HIV] antibody test. *J. Clin. Micro*. 23:381.
78. Kashala O, Marlink R, Ilunga M. et al. 1994. Infection with human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) and human T-cell lymphotropic viruses among leprosy patients and contacts: correlation between HIV-1 cross-reactivity and antibodies to lipoarabionomanna. *J. Infect. Dis*. 169:296-304.
79. Lai-Goldman M, McBride J, Howanitz P, et al. 1987. Presence of HTLV-III [HIV] antibodies in immune serum globulin preparations. *Am. J. Clin. Path*. 87:635.
80. Langedijk J, Vos W, Doornum G, et al. 1992. Identification of cross-reactive epitopes recognized by HIV-1 false-positive sera. *AIDS*. 6:1547-1548.
81. Lee D, Eby W, Molinaro G. 1992. HIV false positivity after hepatitis B vaccination. *Lancet*. 339:1060.
82. Leo-Amador G, Ramirez-Rodriguez J, Galvan-Villegas F, et al. 1990. Antibodies against human immunodeficiency virus in generalized lupus erythematosus. *Salud Publica de Mexico*. 32:15.
83. Mackenzie W, Davis J, Peterson D. et al. 1992. Multiple false-positive serologic tests for HIV, HTLV-1 and hepatitis C following influenza vaccination, 1991. *JAMA*. 268:1015-1017.
84. Mathe G. 1992. Is the AIDS virus responsible for the disease? *Biomed & Pharmacother*. 46:1-2.
85. Mendenhall C, Roselle G, Grossman C, et al. 1986. False-positive tests for HTLV-III [HIV] antibodies in alcoholic patients with hepatitis. *NEJM*. 314:921.
86. Moore J, Cone E, Alexander S. 1986. HTLV-III [HIV] seropositivity in 1971-1972 parenteral drug abusers - a case of false-positives or evidence of viral exposure? *NEJM*. 314:1387-1388.
87. Mortimer P, Mortimer J, Parry J. 1985. Which anti-HTLV-III/LAV [HIV] essays for screening and confirmatory testing? *Lancet*. Oct. 19, p873.
88. Neale T, Dagger J, Fong R, et al. 1985. False-positive anti-HTLV-III [HIV] serology. *New Zealand Med. J*. October 23.
89. Ng V. 1991. Serological diagnosis with recombinant peptides/proteins. *Clin. Chem*. 37:1667-1668.
90. Ozanne G, Fauvel M. 1988. Performance and reliability of five commercial enzyme-linked immunosorbent assay kits in screening for anti-human immunodeficiency virus antibody in high-risk subjects. *J. Clin. Micro*. 26:1496.
91. Papadopulos-Eleopulos E. 1988. Reappraisal of AIDS - Is the oxidation induced by the risk factors the primary cause? *Med. Hypo*. 25:151.
92. Papadopulos-Eleopulos E, Turner V, and Papadimitriou J. 1993. Is a positive Western blot proof of HIV infection? *Bio/Technology*. June 11:696-707.
93. Pearlman ES, Ballas SK. 1994. False-positive human immunodeficiency virus screening test related to rabies vaccination. *Arch. Pathol. Lab. Med*. 118-805.
94. Peternan T, Lang G, Mikos N, et al. Hemodialysis/renal failure. 1986. *JAMA*. 255:2324.
95. Piszkevicz D. 1987. HTLV-III [HIV] antibodies after immune globulin. *JAMA*. 257:316.
96. Proffitt MR, Yen-Lieberman B. 1993. Laboratory diagnosis of human immunodeficiency virus infection. *Inf. Dis. Clin. North Am*. 7:203.
97. Ranki A, Kurki P, Reipponen S, et al. 1992. Antibodies to retroviral proteins in autoimmune connective tissue disease. *Arthritis and Rheumatism*. 35:1483.
98. Ribeiro T, Brites C, Moreira E, et al. 1993. Serologic validation of HIV infection in a tropical area. *JAIDS*. 6:319.

99. Sayers M, Beatty P, Hansen J. 1986. HLA antibodies as a cause of false-positive reactions in screening enzyme immunoassays for antibodies to human T-lymphotropic virus type III [HIV]. *Transfusion*. 26(1):114.
 100. Sayre KR, Dodd RY, Tegtmeyer G, et al. 1996. False-positive human immunodeficiency virus type 1 Western blot tests in non-infected blood donors. *Transfusion*. 36:45.
 101. Schleupner CJ. Detection of HIV-1 infection. In: (Mandell GI, Douglas RG, Bennett JE, eds.) *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 3rd ed. New York: Churchill Livingstone, 1990:1092.
 102. Schochetman G, George J. 1992. Serologic tests for the detection of human immunodeficiency virus infection. In *AIDS Testing Methodology and Management Issues*, Springer-Verlag, New York.
 103. Simonsen L, Buffington J, Shapiro C, et al. 1995. Multiple false reactions in viral antibody screening assays after influenza vaccination. *Am. J. Epidem.* 141:1089.
 104. Smith D, Dewhurst S, Shepherd S, et al. 1987. False-positive enzyme-linked immunosorbent assay reactions for antibody to human immunodeficiency virus in a population of midwestern patients with congenital bleeding disorders. *Transfusion*. 127:112.
 105. Snyder H, Fleissner E. 1980. Specificity of human antibodies to oncovirus glycoproteins; Recognition of antigen by natural antibodies directed against carbohydrate structures. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 77:1622-1626.
 106. Steckelberg JM, Cockerill F. 1988. Serologic testing for human immunodeficiency virus antibodies. *Mayo Clin. Proc.* 63:373.
 107. Sungar C, Akpolat T, Ozkuyumcu C, et al. Alpha interferon therapy in hemodialysis patients. *Nephron*. 67:251.
 108. Tribe D, Reed D, Lindell P, et al. 1988. Antibodies reactive with human immunodeficiency virus gag-coated antigens (gag reactive only) are a major cause of enzyme-linked immunosorbent assay reactivity in a blood donor population. *J. Clin. Micro.* April:641.
 109. Ujhelyi E, Fust G, Illei G, et al. 1989. Different types of false positive anti-HIV reactions in patients on hemodialysis. *Immun. Let.* 22:35-40.
 110. Van Beers D, Duys M, Maes M, et al. Heat inactivation of serum may interfere with tests for antibodies to LAV/HTLV-III [HIV]. *J. Vir. Meth.* 12:329.
 111. Voevodin A. 1992. HIV screening in Russia. *Lancet*. 339:1548.
 112. Weber B, Moshtaghi-Borojeni M, Brunner M, et al. 1995. Evaluation of the reliability of six current anti-HIV-1/HIV-2 enzyme immunoassays. *J. Vir. Meth.* 55:97.
 113. Wood C, Williams A, McNamara J, et al. 1986. Antibody against the human immunodeficiency virus in commercial intravenous gammaglobulin preparations. *Ann. Int. Med.* 105:536.
 114. Yale S, Degroen P, Tooson J, et al. 1994. Unusual aspects of acute Q fever-associated hepatitis. *Mayo Clin. Proc.* 69:769.
 115. Yoshida T, Matsui T, Kobayashi M, et al. 1987. Evaluation of passive particle agglutination test for antibody to human immunodeficiency virus. *J. Clin. Micro.* Aug:1433.
 116. Yu S, Fong C, Landry M, et al. 1989. A false positive HIV antibody reaction due to transfusion-induced HLA-DR4 sensitization. *NEJM*. 320:1495.
 117. National Institute of Justice, *AIDS Bulletin*. Oct. 1988.
- Copyright (c) 28.2.1999 Michael Leitner, Löttringhauser Straße 225, 44229 Dortmund