

## Interview mit Dr. Kremer aus raum&zeit (11/2001)

### "WIR SIND EVOLUTIONS BIOLOGISCHE ZWITTERWESEN"

*r & z: Herr Dr. Kremer, Sie haben ein aufsehenerregendes Buch geschrieben "Die stille Revolution der AIDS- und Krebsmedizin". Zunächst einmal die Frage, was hat AIDS mit Krebs zu tun?*

K: Vor 20 Jahren wurde erstmalig in den USA bei homosexuellen Patienten im Alter von Mitte 30 über das Auftreten einer seltenen Krebsform, des Kaposi-Sarkoms, berichtet, ein Sarkom der Innenwandzellen von Blut- und Lymphgefäßen. Andere homosexuelle Patienten litten, mit oder meist ohne Kaposi-Sarkom, an Pilzinfektionen der Lunge und anderer Organe, die mit einer hohen Sterblichkeit verbunden waren, da die spezifischen Chemo-Antibiotika versagten. Die meisten Patienten entwickelten eine Kachexie, einen Verlust der Körperzellmasse, der durch Ernährungsmaßnahmen nicht ausgeglichen werden konnte. Das gemeinsame Merkmal dieser Krebs- und Infektionspatienten war der Funktionsverlust der zellulären Immunabwehr gegen intrazelluläre Krankheitserreger, während die Antikörperabwehr gegen extrazelluläre Mikroben völlig intakt oder sogar erhöht war. Diese Krankheitskonstellation nannte man später erworbene Immunschwäche, englisch AIDS. Das Entscheidende war, dass diese Symptomkombination exakt identisch bei organtransplantierten Patienten aufgetreten war, die seit den 60er Jahren mit der immunsuppressiven Substanz Azathioprin behandelt worden waren, um die Abstoßung des Fremdorgans zu verhindern. Der Zusammenhang von Krebs und induzierter zellulärer Immunschwäche (AIDS) war also den Medizinern 1981 bekannt.

*r & z: Aber die Kliniker berichteten doch damals, dass die AIDS-Patienten bis dahin gesund und nicht immunsuppressiv behandelt worden waren?*

K: Diese Diagnosen waren vordergründig richtig, aber weit von der Wirklichkeit entfernt. Diese Falschdiagnosen haben bis heute zu einer der folgenschwersten und absurdesten Fehlleistung der modernen Medizin geführt. Aufgrund der völlig identischen Symptome hätte man absolut logisch fragen müssen, ob Substanzen mit Azathioprin-analogenem immunsuppressivem und zelltoxischem Wirkprofil die AIDS-Ursachen gewesen sein konnten, bevor man das Auftreten einer "neuen tödlichen Sex- und Blutseuche" verkündet hätte. Man hätte natürlich nach Substanzen fahnden müssen, die nicht wie bei den Organtransplantierten zum Zweck der Immunsuppression ärztlich verordnet worden waren.

*r & z: Gab es solche Substanzen?*

K: Ja. Unter den Homosexuellen in den Metropolen der USA und in Europa grassierte in den 70er Jahren die Poppers-Sucht, die Inhalation von Stickstoffgasen als sexuelles Dopingmittel zur muskulären Afterentspannung beim analrezeptiven Geschlechtsverkehr und zur verlängerten Penissteife. Tierexperimentell waren Stickstoffgase, Amylnitrit und andere, als äußerst gefährliche immunsuppressive Substanzen nachgewiesen worden. In den medizinischen Publikationen über die ersten homosexuellen AIDS-Patienten kann jeder nachlesen, dass die Patienten

sämtlich Nitritgebraucher waren. Nitrite und die Aza-Gruppe des Azathioprin haben ein vergleichbares Stickstoffwirkprofil. Die Substanzgruppen bilden Nitrosothiole und Nitrosamine und hemmen die Fermente in den Atmungsorganellen unserer Zellen, den Mitochondrien. Die Folge ist die Blockade der sauerstoffabhängigen Zellatmung, die Zellen sterben ab oder schalten um auf die für Krebszellen typische Energiebereitstellung durch sauerstoffun-abhängige Gärung. Zahlreiche Untersuchungen in den 70er Jahren hatten außerdem demonstriert, dass promiskuitive Schwule unter allen Risikogruppen in USA und Europa die bei weitem höchste Infektionsbelastung aufwiesen. Als Wunderwaffe gegen Multiinfektiösität galt seit 1969 das Chemo-Antibiotikum Bactrim, das neben einem Sulfonamid die Substanz Trimethoprim enthält. Die promiskuitiven Homosexuellen waren die Risikogruppe mit dem höchsten Konsum von Bactrim, das als "eine der erfolgreichsten Substanzen gilt, die jemals entwickelt wurde" (Aussage des weltweit größten Bactrim-Herstellers, des Schweizer Pharmakonzerns Hoffmann-La Roche). In Wirklichkeit ist Bactrim eine der gefährlichsten Substanzen. Bactrim wird jährlich mehr als 5 % der Bevölkerung verordnet. Wegen der Strukturanalogie des Stickstoff-Wirkprofils von Azathioprin und Trimethoprim prüfte man bereits 1970 in England tierexperimentell die immunsuppressiven Eigenschaften von Trimethoprim. Das Ergebnis war völlig eindeutig: Trimethoprim, in vergleichbaren Dosierungen wie bei der Bactrim-Behandlung beim Menschen, verhinderte genauso lange die Abstoßung von Hauttransplantaten wie Azathioprin. 1971 wurde nachgewiesen, daß nach Bactrim-Behandlung bereits nach üblicher therapeutischer Dosis und Verordnungsdauer systemische Candida-Pilzinfektionen, einer der häufigsten AIDS-Indikatorkrankheiten, auftraten. 1981 wurde demonstriert, daß Bactrim massive DNA-Schäden in menschlichen Zellen bereits nach kurzer Einnahmedauer verursachte. Anfang der 80er Jahre verabreichte man tierexperimentell Antibiotika wie Bactrim zusammen mit Nitrogenen, es entwickelte sich Krebs.

*r & z: Hat man aus diesen Erkenntnissen die notwendigen Konsequenzen gezogen?*

K: Absolut nicht. Obwohl die AIDS-Ursachen offensichtlich waren, erklärte man die AIDS- und Krebserkrankungen der Schwulen für rätselhaft und postulierte statt dessen ein "neues Virus" als Krankheitsursache, anderenfalls hätte man eine Pharma-Katastrophe mit unabsehbaren Konsequenzen zugeben müssen. Es gibt eine medizinhistorische Parallele: In den 60er Jahren traten in Japan massive Muskel- und Nervenschäden mit hoher Sterblichkeit auf, die als rätselhaft galten. Virusforscher behaupteten, sie hätten ein "neues Virus" als Ursache dieser Erkrankungen entdeckt, diese Krankheitstheorie wurde weltweit in allen medizinischen Lehrbüchern übernommen. Jahre später fiel einigen Ärzten auf, dass alle diese angebliche virusinfizierten Patienten gegen Amöben-Diarrhoe mit dem Präparat Entero-Vioform des Schweizer Pharmakonzerns Ciba-Geigy behandelt worden waren. Das Präparat wurde nach Schadensersatzprozessen aus dem Handel gezogen, und es traten keine neuen Krankheitsfälle mehr auf. Das "neue Virus" hatte nie existiert. Das Antiparasitikum Entero-Vioform hat ebenso ein mitochondrien-toxisches Wirkprofil wie Azathioprin, Bactrim, Nitrite usw.

*r & z: In Ihrem Buch dokumentieren Sie detailliert, dass die bisherigen Theorien über die Krankheits- und Todesursachen bei AIDS und Krebs grundfalsch sind. Warum dominieren bis heute die Virus-Krebsforscher in der AIDS-Forschung?*

K: Bei den organtransplantierten Kaposi-Krebspatienten hatte sich ein entscheidendes klinisches Phänomen gezeigt: Setzte man Azathioprin ab, bildeten sich selbst hühnereigroße Tumoren restlos zurück. Diese Tatsache widersprach strikt der bis heute dominierenden Krebstheorie, dass Krebs ausgelöst werden soll durch eine irreparable Mutation der Zellkern-DNA und Krebstumoren nur durch Operation, Chemotherapie und Bestrahlung "bekämpft" werden können. Die Transformation zur Krebszelle gilt als unumkehrbar. Das Verschwinden der Azathioprin-induzierten Kaposi-Sarkome der Organtransplantierten gefährdete das Theoriegebäude der profitablen Krebsindustrie. 1971 hatte US-Präsident Nixon den "Krieg gegen Krebs" ausgerufen und die bis dahin größte Kapitalinvestition der Medizingeschichte in Gang gesetzt. Vorrangig profitierten von diesem bis heute völlig erfolglosen Krebsforschungsunternehmen die Retrovirus-Krebsforscher. Das Auftreten des Kaposi-Krebs bei homosexuellen, toxisch/pharmakotoxisch immungeschwächten Patienten brachte die Retrovirus-Krebsforscher auf eine simple, aber kommerziell äußerst einträgliche Geschäftsidee. Man hatte wie in Japan Labortechniken entwickelt, um die Existenz von Retroviren vortäuschen zu können, die man zwar in Krebszellen von Vögeln und Mäusen, aber niemals in menschlichen Krebszellen elektronenmikroskopisch demonstrieren konnte. Man bebrütete die Immunzellen, die bei den AIDS-Patienten im Blut vermindert waren, gemeinsam mit Leukämie-Krebszellen. Zusätzlich stimulierte man diese Zellkultur mit stark oxidierenden Substanzen und dem Wachstumsfaktor Interleukin-2. Die aus dem Zellmix exportierten Streßeiweiße und ein Reparaturenzym-Eiweiß erklärte man exklusiv als indirekte Marker für die Infektion dieser Zellen mit einem "neuen Retrovirus". Die Synthese solcher durch prooxidativen Zellstress provozierter Eiweiße hat man später auch in anderen menschlichen Zellen nachweisen können. So produzierte man das angebliche "neue Immunschwäche-Virus HIV". Mit anderen Worten, wie im Beispielfall in Japan hat das "neue Virus" niemals existiert. Man brachte jedoch diese menschlichen Testeiweiße mit menschlichen Seren in Kontakt, und es zeigte sich logischerweise, wie bei anderen Fremdeiweißen, eine Antigen-Antikörper-Reaktion, allerdings auch in Seren gesunder Probanden. Also wußte man, dass diese in AIDS- und Krebszellen stimulierten Reaktionseiweiße mit allen möglichen Antikörpern auch im Blutserum von Gesunden reagierten, die außer Verdacht waren, sich mit dem angeblichen "neuen tödlichen HIV" infiziert zu haben. Da man aber auch wußte, daß die meisten AIDS-Patienten erhöhte polyspezifische Antikörpermengen aufwiesen, stellte man die Testreaktionsschwelle auf einen bestimmten hohen Antikörperpegel ein. Auf diese Art wurde in einem logischen Zirkelschluss scheinbar bewiesen, dass nur die Probanden aus Risikogruppen mit mehr oder weniger ausgeprägter zellulärer Immunschwäche auf diesen "Anti-HIV-Antikörpertest" positiv reagierten, also nach dieser verqueren Logik mit "HIV" infiziert sein müßten. Mit diesem manipulierten "AIDS-Test" hat man in den letzten 17 Jahren Millionen Menschen als angebliche Opfer der "tödlichen Sex- und Blutseuche HIV" selektiert und ungezählte Menschen mit aggressiven Zellgiften, mit der ärztlichen Behauptung, man würde das Leben dieser Patienten verlängern, zu Tode gebracht.

*r & z: Genügten diese Labortricks, um die Wissenschaftsgemeinde zu überzeugen?*

K: Nein, man konstruierte zusätzlich eine simple, aber angesichts der Verleugnung der toxischen/pharmakotoxischen Ursachen scheinbar plausible Theorie, welche die scheinbare Virus-AIDS-Ursache mit der Krebsursache verknüpft hat. Die Retrovirus-Krebsforscher postulierten ab 1983, die Retroviren würden nicht direkt Zellen besiedeln und diese zu Krebszellen transformieren, sondern das "Retrovirus HIV"

würde die für die intrazelluläre Immunabwehr kompetenten T4-Immunzellen zerstören. Durch den Ausfall der Immunzellüberwachung würden Tumorzellklone, die sich in jedem Organismus durch Zufallsmutation bilden sollten, nicht mehr in Schach gehalten und könnten sich ungehemmt vermehren. So würde sich der Kaposi-Krebs ohne substanzinduzierte Immunsuppression entwickeln. Auf dem 1. Internationalen AIDS-Kongress 1983 forderte man deshalb, man müsse eine Serie von menschlichen Experimenten durchführen, um diese Krebstheorie zu überprüfen. Denn inzwischen hatten sich bei organtransplantierten Patienten nach Einsatz einer weiteren immunsuppressiven Substanz, Cyclosporin A, nicht nur Kaposi-Krebstumoren, sondern Lymphzellkrebs im Gehirn und solide Karzinome in den verschiedensten Organen entwickelt.

*r & z: Sie dokumentieren in Ihrem Buch, mit welchen Substanzen man tatsächlich diese "geplanten Experimente" mit AIDS-Patienten und "HIV-Positiven" durchgeführt hat bzw. noch durchführt. Mit welchem Ergebnis?*

K: Man behandelte alle AIDS-Patienten ausgerechnet mit dem immunotoxischen Chemo-Antibiotikum Bactrim und verwandten Substanzen als Langzeit-Prophylaxe gegen die Lungen-Pilzinfektion PCP, ab 1987 zusätzlich gegen "HIV" mit Azidothymidin (AZT), erweiterte ab 1989 die AZT-Medikation auf symptomlose "HIV-Positive" und verordnete in den 90er Jahren eine ganze Batterie von AZT-verwandten Substanzen plus anderen Mitochondrien-toxischen Präparaten als "Cocktail"- oder "Combitherapie". Diese Substanzen haben bei den Patienten früher oder später gesetzmäßig AIDS und Krebs erzeugt. Natürlich hätte keiner der Betroffenen diese medizinischen Experimente mitgemacht, wenn man erklärt hätte, man wolle gezielt die zelluläre Immunabwehr medikamentös ausschalten, um die Immunüberwachungs-Krebstheorie zu überprüfen. Die inszenierte Todesangst vor der "tödlichen HIV-Infektion" machte die Patienten und die Eltern von Neugeborenen und Kindern mit "HIV-positivem" Testergebnis kooperationswillig für die unbefristete Einnahme von AZT etc. und Bactrim etc.

*r & z: Sie haben als erster Forscher aufgrund der Ergebnisse der internationalen Stickstoffmonoxid-(NO)-Forschung den tatsächlichen Wirkmechanismus von AZT und Bactrim aufgeklärt und ziehen aus den publizierten klinischen Studien mit diesen Substanzen die Schlußfolgerung, daß die Langzeit-Medikation mit AZT und Bactrim gefährliche Körperverletzung mit Todesfolge ist.*

K: AZT hat das identische Stickstoff-Wirkprofil wie Azathioprin, die Azido-Gruppe in AZT blockiert genauso die Zellatmung in den Mitochondrien wie die Aza-Gruppe in Azathioprin und die analoge Wirkgruppe in Trimethoprim. Die gesetzmäßigen Folgen sind mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit AIDS, Krebs sowie Nerven- und Muskelzelldegeneration, wie Hunderte von klinischen Studien der HIV/AIDS-Medizin ohne jeden Zweifel bewiesen haben. Das publizierte Beweismaterial ist erdrückend.

*r & z: Haben die AIDS-Krebs-Virusforscher mit ihren perversen Experimenten am Menschen die Immunüberwachungstheorie der Krebsgenese beweisen können?*

K: Nein, da sie auf Mutationen in der Zellkern-DNA fixiert waren und Krebszellen als körperfremd angesehen haben, haben sie am falschen Tatort gesucht. Sie haben auch nicht das angebliche Aids-Rätsel gelöst. Was sie nicht voraussehen konnten, war die Tatsache, dass ab Ende der 80er Jahre fundamentale Erkenntnisse

außerhalb der orthodoxen AIDS-Krebs-Medizin gewonnen wurden, welche die Theorien der Virusforscher ad absurdum geführt haben.

*r & z: Können Sie uns im Ergebnis die wichtigsten Erkenntnisse kurz darstellen?*

K: Alle menschlichen Zellen sind das Erbe der Besiedlung eines archaischen Einzelllers mit sauerstoffunabhängiger Energiebereitstellung durch Einzeller mit oxidativer Energiegewinnung vor etwa 1,5 bis 2 Milliarden Jahren. Letztere, Mitochondrien genannt, leben als Zellkolonie in allen Zellen der Algen, Pflanzen, Pilze, Tiere und Menschen fort. Das Erbgut von beiden Einzellern wurde in einem "Zellkern" integriert. Die Mitochondrien konservierten ein Resterbgut für die eigenständige Eiweißsynthese in Kooperation mit den im Zellkern codierten Eiweißen, die in die Mitochondrien importiert werden. Die durchschnittlich mehr als 1300 Mitochondrien in jeder menschlichen Zelle besitzen zusammen ungefähr 50000 aktive Gene, das sind mehr aktive Gene als im Zellkern. Zwischen der Mitochondrienkolonie, die in den Ruhe- und Leistungsphasen der Zellen 90 % der Gesamtzellenergie bereitstellt, und der "Wirtszelle" besteht außerdem über Mitochondrienschleusen ein komplexes Im- und Exportsystem für Protonen- und Elektronenflüsse, Ionen-Austausch, Bereitstellung des universellen Energieträgermoleküls ATP und vielfältige Stoffwechselprodukte. Da ATP nicht gespeichert werden kann, wird von den Mitochondrien, von denen in unseren Zellen mehr als 1000 mal soviel leben wie wir Körperzellen haben, täglich die ungeheure ATP-Menge in Höhe unseres Körpergewichtes produziert. Die Mitochondrienschleusen, das ist die zentral neue Erkenntnis, werden über einen Gasmix aus Stickstoffmonoxid- (NO) und Superoxidanionen gesteuert. Letztere fallen an als Produkt der oxidativen Atmungskette in den Mitochondrien. NO-Gas wurde erst ab Mitte der 80er Jahre in praktisch allen menschlichen Zellen als archaisches Funktionsgas nachgewiesen. Es besteht zwischen der Mitochondrienkolonie und der Gesamtzelle ein gasgesteuerter Wechselrhythmus der Energiebereitstellungsform. Während der späten Zellteilungsphase, der frühen Wundheilungsphase und der Embryonalphase bis zum Augenblick der Geburt wird die Energiebereitstellung überwiegend auf die nichtoxidative, fermentative ATP-Produktion umgeschaltet, zum Schutz der Genomanteile der archaischen Wirtszelle, die während der genannten Zellteilungsphasen sensibler sind gegen Oxide und deren Abkömmlinge als die mitochondrialen Genomanteile. Die ersteren Genomanteile exprimieren redoxabhängig für die Wechselschaltung von oxidativer zu nichtoxidativer Energiebereitstellung die notwendigen Enzymeiweiße. Unsere uralten Zellsymbiosen besitzen also ein doppeltes Erbgut und ein doppeltes Energiebereitstellungssystem. Wir sind evolutionsbiologische Zwitterwesen! Alle bioenergetischen und biochemischen Prozesse, insbesondere natürlich auch in den Mitochondrien, sind abhängig von einem variablen stark negativen Redoxpotential als biophysikalische Grundbedingung für die komplexen Protonen- und Elektronenflüsse. Dieses wird hauptsächlich gewährleistet durch das quantenphysikalisch einzigartige Tripeptid Glutathion, das über die Schwefel-Wasserstoff-Gruppe seines zentralen Moleküls, der Aminosäure Cystein, insbesondere auch für alle Entgiftungsleistungen frei konvertierbare Protonen zur Verfügung stellt.

*r & z: Was sind die Konsequenzen dieser Erkenntnisse für das Verständnis der Krebsgenese, der AIDS-Ursachen und der Therapie von Krebs und AIDS?*

K: Die Konsequenzen sind fundamental. Bei Krebs, "HIV-positiv" (also erhöhte Produktion von polyspezifischen Antikörpern), manifestem AIDS (also intrazellulären Pilz-, Protozoen- und Mykobakterien-Infektionen sowie einigen real existierenden Virusinfektionen), Colitis ulcerosa, schweren Traumata, Verbrennungen u. a. systemischen und chronischen Erkrankungen, haben wir einen systemischen Cystein- und Glutathion-Mangel in Folge zu hohem Cystein- und Glutathion-Verbrauch (wie eben bei den Nitro-Substanzen) und/oder mangelnder Cystein-Aufnahme und/oder Störung der Neusynthese von Cystein aus Methionin in der Leber (beispielsweise durch Folsäurehemmer wie Bactrim etc.) und/oder Störung der Glutathion-Neusynthese (toxisch/pharmakotoxisch durch eine Vielzahl von Substanzen). Der Organismus leidet an einem eklatanten Mangel an frei konvertierbaren Protonen. Unter heutigen Zivilisationsbedingungen muß der Organismus mehr als 60000 Giftstoffe über das Glutathion-System entsorgen. Die Transformation zu Krebszellen kann sich entwickeln, wenn durch Glutathion-Mangel die Reservekapazität der Amtungskette der Mitochondrien für die ATP-Produktion schleichend unter einen kritischen Wert vermindert ist und der Sauerstoff nicht mehr für die Energiebereitstellung verwertet werden kann (scheinbarer Sauerstoffmangel, Pseudohypoxie). Die archaischen Genom-Anteile im Erbgut des Zellkerns fungieren in diesem Falle sozusagen als Protonen-Mangel-Gedächtnis, es kommt genetisch und supragenetisch zu einer hochkomplexen Gegenregulation. Die Wechselschaltung mit den Mitochondrien ist blockiert, die Zellen können nach der Zellteilung nicht mehr zurückschalten und bleiben im Teilungszyklus gefangen. Die so transformierten Krebszellen können aber auch nicht mehr ohne weiteres den programmierten Zelltod sterben, weil dazu die Öffnung der Mitochondrienschleusen, die wegen der stark gegenregulierten NO-Gassynthese geschlossen bleiben, erforderlich wäre. Entscheidend ist dabei auch der kreislaufförmige Calcium-Austausch zwischen den Mitochondrien und dem Zellplasma, der ebenfalls behindert ist. Krebszellen haben in vieler Hinsicht auffallend embryonale Eigenschaften. Es handelt sich also um eine überdauernde Rückschaltung auf das archaische Gen- und Energieprogramm, eine Regression, die man bisher durch "böartige" Zufallsmutation nicht erklären konnte. Aus evolutionsmedizinischer Sicht der Prozesse in der Zellsymbiose kann man die Krebszelltransformation nachvollziehen, wenn man die Gesetze der Co-Evolution verstanden hat.

*r & z: Ist die Blockade der gestörten Wechselschaltung der Krebszellen umkehrbar?*

K: Das ist die therapeutische Kardinalfrage. Das Verschwinden der Kaposi-Sarkome nach Absetzen von Azathioprin, das einen hohen Glutathion-Verbrauch wie alle Nitro-Substanzen verursacht, spricht beispielweise dafür. Aber wir haben inzwischen eine Fülle anderer Beweise. In Tierexperimenten konnte man Tumorzellen und auch Metastasen völlig zum Verschwinden bringen, wenn man die Synthese von NO-Gas stimulierte. Am beeindruckendsten sind zweifellos die Heilerfolge bei Krebs durch hochdosierten Cystein- und Glutathion-Ausgleich zur Regulierung der Redoxpotentiale mittels Präparaten mit guter Bioverfügbarkeit.

*r & z: Reicht die Glutathion-Therapie aus oder müssen andere Maßnahmen kombiniert werden?*

K: Die Zellsymbiose-Therapie zur Redoxharmonisierung mittels Cystein- und Glutathionausgleich ist als Basistherapie ein Muß. Aber Krebs ist ein hochindividuelles und hochkomplexes Geschehen. In den letzten 10 Jahren haben

zahlreiche Studien verschiedene therapeutische Möglichkeiten der nichtaggressiven Hemmung der Gegenregulation der Krebszellen als wirksam erwiesen. Die Heilkunst der gegenregulierten Krebszellen erfordert das überlegte Zusammenspiel sozusagen von "Gaspedal und Bremse". Da das Grundverständnis der evolutionsbiologisch programmierten Zellsymbiosen noch nicht ausreichend war, fehlte bisher in der Krebstherapie die Erprobung auf breiter Basis eines systemisch kombinierten, rational gesicherten Gesamtkonzepts der biologischen Ausgleichstherapie oder, traditionell ausgedrückt, der yin- und yan-Harmonisierung. Mittlerweile versteht man jedoch auch, warum die Krebspatienten hauptsächlich am Auszehrungssyndrom der Kachexie infolge negativer Stickstoff- und Energiebilanz sterben. Wenn Sie Krebspezialisten fragen, wie sie die Kachexie ihrer Krebspatienten stoppen wollen, werden sie auch heute noch hören, durch hochkalorische Eiweißzufuhr. Nach einer Untersuchung in deutschen Kliniken war die Hälfte der Krebspatienten "unterernährt". Die Krebstherapeuten haben jahrzehntelang, ebenso die AIDS-Therapeuten, wie man in den Standardwerken der offiziellen AIDS-Medizin nachvollziehen kann, die Kachexie (bei AIDS-Patienten "HIV-bedingtes Wasting-Syndrom genannt) mit dem chronischen Hungerzustand verwechselt und haben nicht verstanden, warum das Eiweiß als Harnstoff größtenteils wieder ausgeschieden wurde. Einerseits ist die Kachexie eine Folge des Protonen-Defizits infolge Cystein-Mangel in der Leber, der gleichzeitig zum Glutamin- und Arginin-Mangel und zum Glutamat-Anstieg im Plasma führt. Andererseits zeitigt das Recycling in der Leber des Glukose-Abbauprodukts Laktat, aus dem 20fach gesteigerten Glukoseabbau durch Fermentation in den Krebszellen, einen zu hohen Protonen-Verbrauch und eine höhere Energieinvestition als Energie aus der Gärung der Glukose ursprünglich gewonnen wurde. Geregelt werden diese Rückkopplungsprozesse über Typ 2-Cytokine, Kommunikationseiweiße, die bei Gluthation-Mangel forciert synthetisiert werden und im Nettoergebnis die Protonenabspaltung aus dem Cystein verhindern. Es zeigt sich also auch bei der Kachexie das archaische Anaerobier-Prinzip der niedrigfluiden Protonen-Fixierung im Vergleich zum hochfluiden Protonen-Floating der intakten Zellsymbiosen. Schauen Sie sich die Laborbefundzettel der Klinken und Praxen an, dann wird Ihnen klar, warum die Ursachen der systemischen Aminosäuren-Dysregulation meist nicht verstanden und nicht adäquat ausgeglichen werden.

*r & z: Kann die biologische Ausgleichstherapie die Chemotherapie ersparen?*

K: Prinzipiell ja. Chemotherapie zielt vor allem auf die Inaktivierung des Zellteilungsapparates, primär werden aber die Strukturen der Mitochondrien getroffen, die als Abkömmlinge aus dem Reich der Eubakterien keine Schutzproteine und keine effektiven Reparaturmechanismen für ihre Gene besitzen, aber mehrfach empfindlicher sind gegen prooxidative Chemotherapie als beispielsweise die Gene im Zellkern, die besonders geschützt sind. Im Laufe der langen Evolution haben die Mitochondrien bestens funktioniert. Bei wildlebenden Tieren sind kaum Mitochondrien-DNA-Defekte festgestellt worden, während die Liste der angeborenen und erworbenen Mitochondrien-Krankheiten beim Menschen von Alzheimer bis Parkinsonismus und schwerwiegenden Herzmyopathien immer länger wird. Das Problem jeder Chemotherapie ist, daß man in jedem Tumor Zellen mit unterschiedlich starker Gegenregulation vorfindet. Durch Chemotherapie wird man also einen Teil der Krebszellen zum Absterben bringen können, das nennt man Remission. Andere Krebszellen, gerade auch durch den gleichzeitigen Zielangriff auf die Mitochondrien, wird man zu verschärfter Gegenregulation zwingen. Das gilt auch für Zellen, die noch nicht transformiert sind und sich noch im kompensierten Stadium

der Zelldysymbiose befinden. Im Ergebnis können so metastatische Zellen oder Sekundärtumoren selektiert werden. Krebspatienten, die vor und während einer Chemotherapie biologische Ausgleichstherapie durchgeführt haben, berichten über nebenwirkungsarme bessere Verträglichkeit der Chemo. Das Problem sind aber die Chemo-Spätfolgen, die einmal geschädigte Mitochondrien-DNA ist nicht mehr reparabel, die Defekte können sich im Laufe der Jahre aufschaukeln, das ist individuell nicht kalkulierbar. Die durchschnittliche Überlebensdauer von Krebspatienten nach Chemotherapie betrug gemäß einer Langzeituntersuchung im Deutschen Krebsforschungszentrum 3,5 Jahre, ohne Chemo 12 Jahre. Das Ergebnis liegt länger als ein Jahrzehnt zurück, aber seitdem hat sich bei den meisten soliden Karzinomen nicht viel verbessert hinsichtlich der Überlebenschancen. 1996 wurde in den USA der 1971 ausgerufenen "Krieg gegen Krebs" für verloren erklärt.

*r & z: Was raten Sie den Betroffenen?*

K: Den Betroffenen und ihren Angehörigen sowie den noch nicht Betroffenen, immerhin wird jedem dritten Mitmenschen im Laufe seines Lebens eine Krebsdiagnose gestellt, kann man nur raten, sich durch den Diagnoseschock nicht in Panik treiben zu lassen, sondern sich die Grundkenntnisse anzueignen, warum Krebszellen nichts Körperfremdes sind, sondern evolutionsbiologisch programmierte Reaktionen unserer Zellsymbiosen, die prinzipiell umkehrbar sind, wenn man dem Körper konsequent das gibt, was er wirklich braucht. Letzten Endes kann der informierte Patient nur selbstverantwortlich in Kooperation mit aufgeklärten Therapeuten entscheiden, wenn er die nötige mentale Unterstützung hat. r & z wird sicher Adressen von Einzeltherapeuten, Beratungsorganisationen, Patienteninitiativen sowie Internetadressen publizieren, die bereits Erfahrungen mit der biologischen Ausgleichstherapie haben. In der Wolfratshauser Akademie werden ja auch entsprechenden Seminare für Betroffene und Therapeuten angeboten. Angesichts von mehr als 100 verschiedenen Krebsformen gibt es zu viele Spezialfragen, die man nur in der Einzelberatung oder in Therapieseminaren erörtern kann.

*r & z: Was sind die Konsequenzen für die Ursachen, Diagnostik und Therapie bei "HIV"/AIDS?*

K: Entscheidend ist die Erkenntnis, daß die T4-Helferimmunzellen im Blut nicht durch irgendwelche Viren, weder durch "HIV" noch durch andere Viren zerstört sind, und daß die zelluläre Immunität erholungsfähig ist. Seit Anfang der 90er Jahre ist beim Menschen bewiesen worden, dass es wie bei allen Säugetieren zwei Untergruppen von T4-Zellen gibt. Diese werden bei der Labormessung der HIV/AIDS-Mediziner nicht differenziert. Die Zahl der T4-Zellen im Blutstrom wird aber bestimmt vom Verhältnis dieser beiden Untergruppen, genannt TH1 und TH2. Bei Cystein- und Glutathion-Mangel werden dominant TH2-Zellen gebildet, die aus der Blutbahn auswandern und die Antikörperproduktion in den Lymphorganen stimulieren. Automatisch nimmt die Zahl derjenigen T4-Zellen im Blutstrom ab, welche als TH1-Zellen zytotoxisches NO-Abwehrgas gegen Zellen produzieren, die im Inneren Erreger enthalten. Dieser "Switch" der T4-Zellbalance ist ebenfalls, wie bei der Krebszelltransformation, durch Typ2-Cytokine geregelt und verursacht, wenn er überdauernd ist, die Disposition für AIDS. Die wirklich Gefährdeten unter den "HIV-Positiven" haben erwiesenermaßen eine Typ2-Cytokin-Dominanz. Es gelten also für die Doppelstrategie der Immunabwehr im Inneren der Zellen und im äußeren Umfeld



der Zellen dieselben evolutionsbiologisch programmierten Gesetze der Gegenregulation bei Mangel an frei konvertierbaren Protonen wie bei Krebs. Da die meisten Therapeuten anscheinend diese Gesetze nicht wissen oder nicht wissen wollen, bringen sie die "HIV-positiv" Stigmatisierten (auch die primär gar nicht AIDS-Gefährdeten!) früher oder später ungewollt um, da sie weder die Cystein- und Glutathion-Spiegel noch andere wichtige Laborparameter messen, stattdessen die Glutathion-Verbrauchenden, Mitochondrien-toxischen Chemotherapeutika und Chemo-Antibiotika unbefristet verordnen; oder wenn sie messen, infolge der "HIV"-Fixierung nichtsdestotrotz die Chemo-Behandlung durchführen, oder einige wenige als faulen Kompromiß mit gleichzeitiger halbherziger "Zusatztherapie" mit L-Cystein oder reduziertem Glutathion behandeln, was auf Dauer die kontraproduktive toxische Wirkung der Chemosubstanzen nicht kompensieren kann.

*r & z: Aber was passiert im Organismus der "HIV-Positiven", die sich nach Beginn der Cocktailtherapie subjektiv besser fühlen?*

K: Das ist der sogenannte Rasenmähereffekt. Die häufigsten opportunistischen Erreger, Pilze und Protozoen, besitzen ebenfalls Mitochondrien, deren Atmungskette durch AZT etc. und Bactrim etc. gehemmt wird. Dieser Effekt darf aber nicht mit der fiktiven "HIV"-Hemmung verwechselt werden. Das Entscheidende ist, daß einzelne Pilze und Protozoen den chemotherapeutischen Zielangriff genau wie einzelne Krebszellen durch Gegenregulation überleben können. Das ist das sogenannte "Resistenzproblem". Das eigentliche Grundübel, der primäre Glutathion-Mangel und die davon abhängige defizitäre Produktion des NO-Abwehrgases, wird nicht ausgeglichen, dem Körper werden also die Überlebensmittel zur Selbsthilfe verweigert, stattdessen wird als Folge der Chemotherapie der Mangelzustand verschärft und es werden gegenregulierte "resistente" Parasiten bzw. Krebszellen gezüchtet und die Entgiftungsleistung der Mitochondrien in Immun- und Nichtimmunzellen in forciert Weise bis zum kritischen Belastungszeitpunkt zusätzlich geschwächt. Die Verlängerung des Überlebens der scheinbar "unvermeidlich tödlichen Infektion" ist also in Wirklichkeit das Spiegelbild der therapeutischen Kunstfehler, welche die Bedingungen für den klinischen Teufelskreis in Gang halten. Mehrere klinische Verlaufsstudien in den USA haben inzwischen bestätigt, daß gerade diejenigen Patienten sterben, deren angebliche Viruslast, gemessen durch die in diesem Falle äußerst zweifelhafte PCR-Methode, durch die Combitherapie gesenkt wurde, was scheinbar durch den relativen Anstieg der T4-Zellen im Blutserum bestätigt wurde. Der relative Anstieg der T4-Zellen beruht auf dem Rückstrom von TH2-Zellen, die ihre Helferfunktion für die Antikörperproduzierenden Zellen nicht mehr ausführen können, da deren Reifung durch die Chemotherapie blockiert ist. Die angebliche Senkung der "HIV"-RNA ist Ergebnis des erhöhten RNA-Verbrauchs aus dem Serum zur DNA-Reparatur der durch die Chemo-Behandlung defekten Gene. Es sind also längerfristig gesehen therapeutische Scheinerfolge, die Patienten und Therapeuten günstige Effekte der Chemotherapeutika und Chemo-Antibiotika vortäuschen. Ohne konsequente Ausgleichstherapie ist es eine Frage der Disposition der Patienten, wie lange es dauert, bis infolge chemotherapeutischer Dauervergiftung der Zellatmung in Immun- und Nichtimmunzellen der point of no return erreicht ist. Sehr ernst zu nehmen sind aber auch die Zeitzünder-Effekte bei "HIV-positiven" Patienten, die längerfristig AZT etc., Bactrim etc. konsumiert haben, dann am kritischen Punkt abgesetzt haben, einige Jahre "gesund gelebt" haben und plötzlich tödliches Organversagen entwickeln, Herzinfarkt, Linksherzversagen, Sepsis, Hirn- oder Leberkoma usw.

Diese Ereignisse haben nichts mit "HIV" zu tun, auch wenn sie natürlich von den "HIV"/AIDS-Medizinern so gedeutet werden. Es handelt sich um die Chemo-Spätfolgen der irreparablen Mitochondrien-DNA-Defekte infolge der absolut contraindizierten "Anti-HIV"-Medikation und der Anti-AIDS-Dauerprophylaxe. Mehrere orthodoxe "HIV"/AIDS-Forschungsgruppen in den USA haben publiziert, daß die nachgewiesenen Mitochondrien-DNA-Schäden nach Combitherapie "stark angeborenen Mitochondrien-DNA-Schäden gleichen". Von letzteren weiß man schon länger, daß sich diese Schäden infolge fortgesetzter Teilung der Mitochondrien und zusätzlicher Belastungen so summieren und aufschaukeln können, daß die Zellatmung versagt und tödliches Organversagen in den Mitochondrien-reichen Geweben und Organen oder, bei Gegenregulation der Zellen, Krebstransformation auftreten kann. Die Betroffenen müssen dringend aufgeklärt werden, wie man diese Gefährdung kontrollieren muß und mit biologischen nicht-toxischen Mitteln ausgleichen kann. Das gilt unabhängig davon, welche primären Risiken zum Testeffekt "HIV-positiv" geführt hatten. Betroffen sind jedoch vor allem Hepatitis-Patienten, wobei die Hepatitis C-Diagnose genauso falsch ist wie "HIV", aber eine Autoimmunhepatitis gegeben sein kann. Auch hier gibt es viele Spezialfragen, die man nur individuell oder in Therapieseminaren abklären kann. Nach meiner Erfahrung sind es überwiegend Betroffene mit der Blutgruppe B, A und AB, die eine erhöhte Disposition für Mangelzustände frei konvertierbarer Protonen aufweisen und für systemische Erkrankungen gefährdet sind. Da etwa 50 % der Bevölkerung Blutgruppe 0 haben, erklärt dieses Faktum neben vielen anderen Faktoren die unterschiedliche Krankheitsdisposition bei gleicher oder gar höherer Risikoexposition. Die Assoziation für erhöhte Disposition bei Menschen mit bestimmten Blutgruppen (B, AB und A) für bestimmte Krebsformen, Asthma usw. (Enzym-Polymorphismus) ist bekannt, aber wenig systematisch erforscht. Das gilt auch für den Verdacht der Spätfolgen der Massenimpfungen, die insbesondere bei Impfprobanden mit Blutgruppe B, A und AB anscheinend eine erhöhte Disposition für den TH1-TH2-Switch auslösen können. Während der Schwangerschaft ist ein Typ2-Cytokin-Status in der Plazenta gegeben, und nach der Geburt muß erst eine natürliche TH1 (Typ1-Cytokin)-TH2 (Typ2-Cytokin)-Balance auf möglichst natürliche Art trainiert werden. Diese Betroffenen haben zwar in der Kindheit auffallend wenig bakterielle Infektionen wegen des induzierten erhöhten TH2-Status (als Impffolge ungewollte Programmierung einer erniedrigten Empfindlichkeitsschwelle für den TH1-TH2-Immune-Switch und den Cytokin-Typ1-Typ2-Switch in der sensiblen Prägungsphase in der frühen Kindheit als Impffolge, Vorteil: verbesserte Antikörperproduktion, Nachteil: Verminderte NO-Abwehrgas-Synthese, gesteigerte Reaktionsbereitschaft gegen Fremdeiweiße und toxische Substanzen, erhöhter Glutathion-Verbrauch), können aber später wahrscheinlich häufiger Asthma, Neurodermitis, Allergien, Krebs usw. entwickeln. Auffallend ist, dass die "HIV-positiv" stigmatisierten AIDS-Patienten praktisch ausschließlich nach dem 2. Weltkrieg geboren sind, also in der Ära, als sich das menschliche Immunsystem erstmalig mit Antibiotika und Impfstoffen auseinandersetzen mußte. Eine angeblich auf jedermann übertragbare "HIV-Infektion" dürfte wohl kaum vor den älteren Patienten Halt gemacht haben. Für die Chemo-Antibiotika-These spricht auch, daß man die häufigste AIDS-Indikatorerkrankung, die Lungeninfektion mit den über die Luft übertragene Pneumocystis-Pilzen (PCP), erstmalig als klinisch relevant erkannte, als Ende der 30er Jahre Frühgeborene gegen bakterielle Sepsis mit dem neu entwickelten Sulfonamid behandelt wurden und sich statt bakterieller Infektionen die PCP entwickelte. Sulfonamide (aus Azo-Farbstoffen (!) entwickelt) hemmen die Folsäuresynthese in Bakterien und in den menschlichen Mitochondrien und

verbrauchen extrem Cystein und Glutathion. Die Lungenschleimhaut benötigt einen etwa 100 mal höheren Cystein- und Glutathion-Spiegel als im Plasma. Die Frühgeborenen sind vor 60 Jahren nach Sulfonamid-Therapie an der "weißen Lunge", der Pneumocystose (PCP) gestorben, genauso ist seit den 70er Jahren die Dauermedikation mit dem Trimethoprim/Sulfonamid-Präparat Bactrim und anderen Folsäure-Hemmstoffen die mitentscheidende Krankheits- und Todesursache für die bei weitem häufigste AIDS-Indikatorerkrankung PCP und andere im AIDS-Krankheitskatalog dominierende Pilzinfektionen. Nach einer Serie von Todesfällen nach Bactrim-Behandlung von Nicht-"HIV-Positiven", registriert im Zeitraum von 1985-1995, wurde in England und USA von den zuständigen Behörden die Indikationsempfehlung für Bactrim strikt eingeschränkt auf ein halbes Dutzend seltener Infektionen für eine Behandlungsdauer von 7 Tagen, maximal 10 Tagen. Absurderweise, man muß schon sagen kriminellerweise, wurde als einzige Bactrim-Indikation die unbefristete Bactrim-Behandlung von bereits immungeschwächten "HIV-Positiven" und AIDS-Patienten ausgenommen. In Deutschland gibt es bisher überhaupt keine Bactrim-Restriktion.

*r & z: Klinische "HIV"/AIDS-Forscher behaupten seit einigen Jahren, die seit 1996 eingeführten Protease-Hemmer + AZT etc. + Nevirapine etc. hätten den therapeutischen Durchbruch bei "HIV"/AIDS gebracht und sprechen von einer "HIV"-Elimination in 3-4 Jahren. Die Medien suggerieren den sog. Lazarus-Effekt durch Medikation von AZT etc. + Nevirapine etc. + Proteasehemmer.*

K: Die Kampagne für Crixivan, Viramune etc. wurde nachweislich seit 1996 von der berüchtigten weltgrößten PR-Firma Burson-Marsteller, Werbepartner für Mega-Pharmakonzern wie Glaxo Smith Kline, Pfizer, Eli Lilly, Bristol Myer Squibb u. a., in Gang gesetzt. Sämtliche Heilversprechen mußten seit 1999 widerrufen werden, die Folgen der Nevirapine etc.-Medikation + AZT etc. + Proteasehemmer wie Crixivan waren diesmal zu offensichtlich, um diese auf "HIV" projizieren zu können. Crixivan etc. hat das Versagen der Leber, Bauchspeicheldrüse, Nieren, Diabetes, massive Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Herzinfälle, Schlaganfälle usw. verursacht. Es handelt sich gemäß klinischer Studien orthodoxer "HIV"-Forschungsgruppen eindeutig um pharmakotoxisch induzierte Mitochondrien-Krankheiten. Todesfälle durch Leberversagen nach Crixivan etc.-Medikation werden nicht als AIDS-Todesfälle gezählt, da sie oft auftreten vor Entwicklung der offiziellen 29 AIDS-Indikatorerkrankungen, auch bei bis dahin symptomlosen Patienten. Man hat seitdem publiziert, "HIV" benötige eine medikamentöse Eliminationszeit von 10-60 (!) Jahren, aber bedauerlicherweise sei die Verträglichkeit der "Combitherapie" von AZT etc. + Nevirapine + Proteasehemmer auf maximal 2-3 Jahre begrenzt. Die kollektive Virus-Obsession ermöglicht der "HIV"/AIDS-Medizin im rechtsfreien Raum ohne Verantwortung für die oft tödlichen Folgen zu operieren. Nichtwissen und Nichtwissenwollen kann jedoch nicht mehr Alibi sein für die erniedrigende Hilflosigkeit und Gleichgültigkeit mit der Behörden, ärztliche Standesorganisationen und die allermeisten Mitmenschen diesem fast beispiellosen Verlust an wissenschaftlich-medizinischer Ethik gegenüberstehen. Bemerkenswerterweise haben jetzt auch SPIEGEL-Journalisten, in Deutschland seit fast 20 Jahren wider besseres Wissen die skrupellosesten Propagandisten für "HIV", AZT etc. en passant über die neuesten Prognosen berichtet. In den kommenden 10 Jahren sollen die Überlebenden der "Combitherapie" als Chemo-Spätfolgen vermehrt Krebs und Herzinfarkt entwickeln. Was der SPIEGEL nicht berichtete: In sämtlichen Studien über "HIV-Positive", die länger als 10 Jahre symptomfrei blieben, wurde festgestellt,

daß diese "Langzeitüberlebende" genannten Betroffenen, zutreffender als Langzeitverweigerer zu bezeichnen, niemals, oder in einer Minderzahl nur sehr kurzfristig, mit AZT etc., Bactrim etc. sowie Protease-Hemmern behandelt wurden.

*r & z: Wie denken Sie werden nach Erscheinen Ihres Buches Ihre Kolleginnen und Kollegen reagieren?*

K: Ich denke, überwiegend positiv, da der unmittelbare Wert der neuen Erkenntnisse für das Überleben der betroffenen Patienten offensichtlich ist. Meine Rolle sehe ich als pharma-unabhängiger Vermittler von gesichertem Grundlagenwissen für die diagnostische und therapeutische Praxis. Die plausible evolutionsmedizinische Erklärung für die Ursachen, Diagnostik, Prävention und Therapie von AIDS, Krebs, Nerven- und Muskelzelldegeneration u. a. kann durch die Theorien von gestern nicht mehr wegdiskutiert werden. Es besteht ein dringender Bedarf an angstfreier Aufklärung für die Betroffenen und an rationaler Fortbildung für Therapeuten mit open mind. Ich denke nach langjähriger eigener ärztlicher Erfahrung, daß nach 30 Jahren "Krieg gegen Krebs" und 20 Jahren "Jagd nach dem Virus" die Kenntnis elementarer zellbiologischer Gesetze, der zielführenden Labordiagnostik und der differenzierten Handhabung der biologischen Ausgleichstherapie unverzichtbar, grundlegend und hilfreich sein wird für jede natur-wissenschaftliche Therapierichtung.

*r & z: Herr Dr. Kremer, wir danken Ihnen für das Interview.*