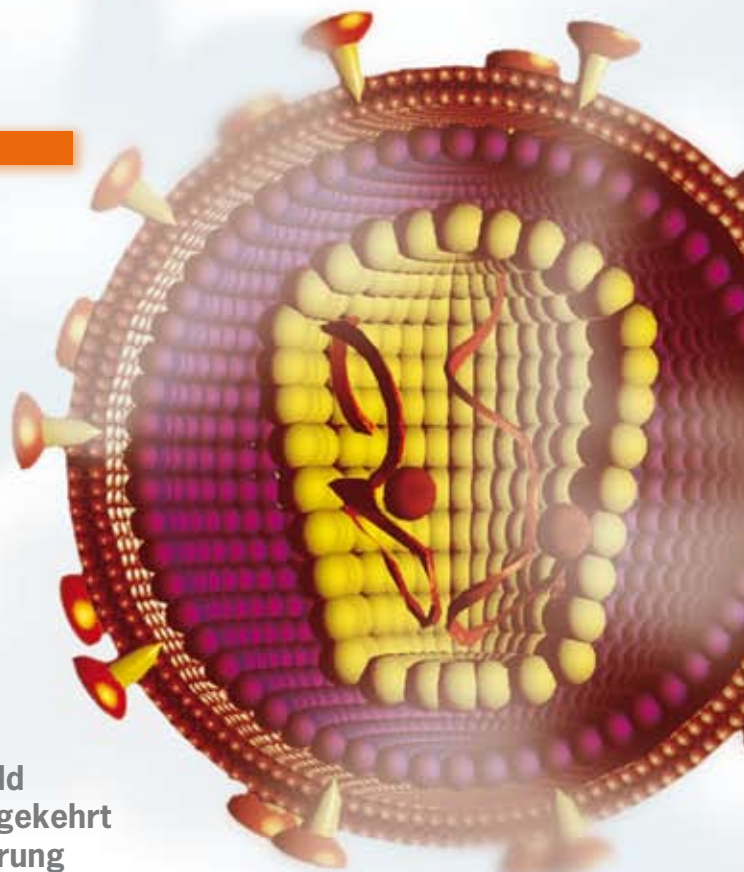


# AIDS – Chronologie der Irrtümer



Von Allgemeinärztin **Juliane Sacher, Frankfurt.**

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

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

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

Es wunderte mich, dass sich die ersten fünf AIDS-Patienten in den USA, an denen die Krankheit formuliert wurde, untereinander nicht kannten. Es gab also erstmal gar keinen Anhaltspunkt für eine sexuell ansteckende Erkrankung, vielmehr kam für mich die Frage nach dem Lebensstil auf. Was gab es Gemeinsames bei Homosexuellen, das für Krankheitsprozesse verantwortlich sein könnte?

## **Auffällige Blutwerte**

Da ich seit 1975 auch bei der Deutschen Lufthansa beim Arbeitsmedizinischen

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

spiel verschiedene T-Zellen, quantitativ zu messen.)

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

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

## **Gallos Virus-Mythos**

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

re. Noch nie hat es in der Medizingeschichte davor den Fall gegeben, dass ein Forscher öffentlich seine Ergebnisse bekannt gab, bevor er seine Arbeit darüber in einer Wissenschaftszeitung veröffentlicht hatte.

Noch am selben Tag – wie sich später herausstellte – hatte Gallo beim Patentamt alles für die zukünftigen HIV-Tests eingereicht. Ein kontinuierlicher T4-Zell-Abfall war bei AIDS-Patienten aufgefallen.

Man definierte die Krankheit AIDS seit der Testmöglichkeit: Entweder eine PCP = Pneumocystis Carinii Pneumonie – eine spezielle Lungenentzündung oder das bereits oben erwähnte Kaposi-Sarkom (KS) – ein spezieller Tumor der Haut, oder beides zusammen plus einen positiven HIV-Test.

### Unlogische Zusammenhänge

Zu der Risikogruppe der Homosexuellen wurde anhand des Testes ziemlich schnell die Gruppe der Drogenabhängigen und der Bluterpatienten hinzugefügt. Über Bluterpatienten, welche ja durch ihre Erkrankung eine gut dokumentierte Gruppe darstellten, gab es damals eine Veröffentlichung, dass die Patienten zu über 80 Prozent betroffen waren, während die Untersuchung der Blutspender zeigte, dass diese nur zu 0,01 Prozent betroffen waren. Mir fiel sofort die Diskrepanz der prozentualen Verteilung auf.

Alle mir damals bekannten Fakten zusammengekommen reichten mir als Erklärung für die einzelnen Fälle an AIDS aus. Ich brauchte kein neues Virus, um mir die Erkrankungen zu erklären. Ich konnte aus den offiziellen Zahlen auch keine seuchenartige Ausbreitung von AIDS erkennen.

Allerdings musste ich natürlich auch glauben, dass man ein neues Virus entdeckt hatte. Denn ich konnte ja nicht einfach sagen, das stimmt nicht. Ich hatte zu dem Zeitpunkt zu wenig Ahnung, wie man ein neues Virus erkennt und wie es isoliert wird. Darüber habe ich erst Ende der 80er, Anfang der 90er mehr erfahren. Aber darüber später – wie ging es chronologisch weiter?

In der Frankfurter Uniklinik formierte sich Mitte der 80er Jahre ein kleiner Arbeitskreis von sehr wenigen Ärzten, die an der Erkrankung AIDS interessiert waren. Der Arbeitskreis wurde von Prof. Eil-

ke Helm geleitet. In den ersten zwei Jahren beteiligten sich zwischen vier und fünf niedergelassene Ärzten. Eine für mich entscheidende Frage konnte mir damals niemand beantworten.

Man behauptete, dass das neue Virus die T4-Helferzellen zerstört. Ich hatte bei allen meinen Patienten umfangreiche Laboruntersuchungen machen lassen, wobei mir auffiel, dass AIDS-Patienten in der Elektrophorese (eine in der inneren Medizin übliche Eiweißuntersuchung) eine sehr hohe, teilweise extreme Anzahl von Gamma-Globulinen (auch Immunglobuline oder Immun-Antikörper genannt) hatten.

Nun erinnerte ich mich noch an das bisschen, was ich über Immunologie bis zum Staatsexamen 1972 gelernt hatte. Damals wusste man ja noch sehr wenig über das Immunsystem. Allerdings hatte ich in Erinnerung, dass die T4-Zellen deswegen Helferzellen heißen, weil sie den B-Zellen helfen, Plasmazellen zu werden und diese Plasmazellen dann die Gamma-Globuline (Immunglobuline beziehungsweise Antikörper) produzieren. Wie also kann es sein, dass ausgerechnet die Patienten, die einen Verlust an T4-Helferzellen haben (und ich hatte Patienten mit Null T4-Zellen, die voll arbeitsfähig waren!) solch extrem hohe Gamma-Globuline haben, wie ich es noch nie bei irgendeiner Erkrankung gesehen hatte, nämlich über 35-40, sogar 45 Prozent statt normal bis 18 Prozent.

Damals hätte man eigentlich schon darauf kommen müssen, was sich viele Jahre später in Experimenten zeigte: dass die T4-Zellen nicht zerstört wurden, sondern, dass sie aus dem Blut hinauswandern und deswegen im Blut nicht mehr messbar sind.

### Neue Erklärungen

Hierüber wurden die ersten Forschungen aber erst Ende der 80er Jahre durchgeführt und Anfang der 90er veröffentlicht. Man fand heraus, dass es nicht nur eine Sorte T4-Zellen gibt, sondern zwei Sorten, die Th1- und die Th2-Zellen. Man fand auch heraus, dass HIV/AIDS-Patienten eine Verschiebung der Balance Th1/Th2 haben, nämlich in Richtung Th2, das heißt, dass sie einen Mangel an Th1 haben und Th2 sogar vermehrt. Diese Th2-Zellen aber wandern aus dem Blut dorthin, wo sie ihre Aufgaben vollbringen können, nämlich in die Lymphbahnen und in die Lymphknoten zur Hilfestellung für die B-Zellen bei der Produktion der Gamma-Globuline.

Mit diesem Wissen löste sich das Rätsel auf. Man brauchte also gar kein neues Vi-

rus, um die T4-Zell-Verminderung zu erklären. Sie wurden auch nicht zerstört, wie man nun bemerkte, sondern wanderten nur aus dem Blut in die Lymphgewebe aus. Dies erklärte denn auch die bei HIV/AIDS-Patienten typischen Lymphknotenschwellungen. Hier laufen chronische, schwer zu stoppende Entzündungen ab.

Nun wurde auch verständlich, warum die offizielle „Kombi-Therapie“ (die eine zytostatische Wirkung hat), oft (nicht immer) dazu führt, dass die T4-Zellen sich im Blut erhöhen und die Lymphknotenschwellungen zurückgehen. Die Kombi-Therapie unterdrückt die Entzündungsprozesse in der Peripherie, die T4-Zellen wandern wieder ins Blut zurück und werden wieder messbar.

Neueste Arbeiten der letzten Jahre beweisen auch, dass es sich bei den T4-Zellen im Blut keineswegs um neu produzierte T4-Zellen handelt. Der Beweis, dass es sich um alte T4-Zellen handelt, die also vorher nicht zerstört worden sein können, ist in den letzten Jahren veröffentlicht worden. Warum also bleibt man trotzdem an der Virus-These haften? Bis heute konnte denn auch niemand zeigen, wie denn HIV die T4-Zellen zerstört.

### Warum Afrika?

In allen Medien war schon Anfang bis Mitte der 80er zu lesen, dass AIDS ziemlich sicher aus Afrika käme. Mich wunderte das, denn ich hörte immer nur von Fällen aus den USA und den langsam zunehmenden, wenigen Fällen aus Deutschland und Europa. Nur von Afrika hatte ich noch keinen Fall gehört.

1985 gingen Forscher dann nach Afrika, um dort die Betroffenen zu suchen. Sehr schnell gab es dann ein Problem, die Patienten zu finden, denn

1. konnte man keine Patienten mit der PCP – Lungenentzündung finden
2. gab es Kaposi schon seit Jahrhunderten endemisch und die afrikanischen Ärzte wollten sich da nicht auf eine neue Krankheit einlassen und
3. gab es kein Geld, um in Afrika die HIV-Tests durchzuführen.

Die Ärzte in Afrika baten darum, eine Möglichkeit zu finden, mit denen sie die vermeintlichen AIDS-Patienten erkennen können. Daraufhin wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Afrika 1986 eine neue AIDS-Definition festgelegt, die im Übrigen für alle Entwicklungsländer gilt:



Man kann ohne Test, nur nach Augenschein sagen, jemand hat AIDS, wenn zwei Hauptkriterien und ein Nebenkriterium vorliegen. Ausdrücklich soll die Diagnose AIDS nicht gestellt werden bei Krebs, schwerer Mangelernährung, Kaposi-Sarkom oder Cryptokokken Meningitis. (Zitiert aus: Quinn et al., AIDS in Africa: An epidemiological paradigm, Science, 21.11.1986)

Für Erwachsene:

Hauptkriterien: über 10 Prozent Gewichtsverlust, mehr als 1 Monat Durchfall, mehr als 1 Monat Fieber

Nebenkriterien: Husten mehr als 1 Monat, generalisierte Juckreiz, Pilzinfektion Mund oder Hals, generalisierter chronischer Herpes, generalisierter Lymphknotenschwellung

Für Kinder:

Hauptkriterien: über 10 Prozent Gewichtsverlust oder langsames Wachstum, mehr als 1 Monat Durchfall, mehr als 1 Monat Fieber

Nebenkriterien: generalisierte Lymphknotenschwellung, wiederholte gewöhnliche Infektionen, Pilz in Mund und Rachen, anhaltender Husten, generalisierte Dermatitis, gesicherte HIV-Infektion der Mutter.

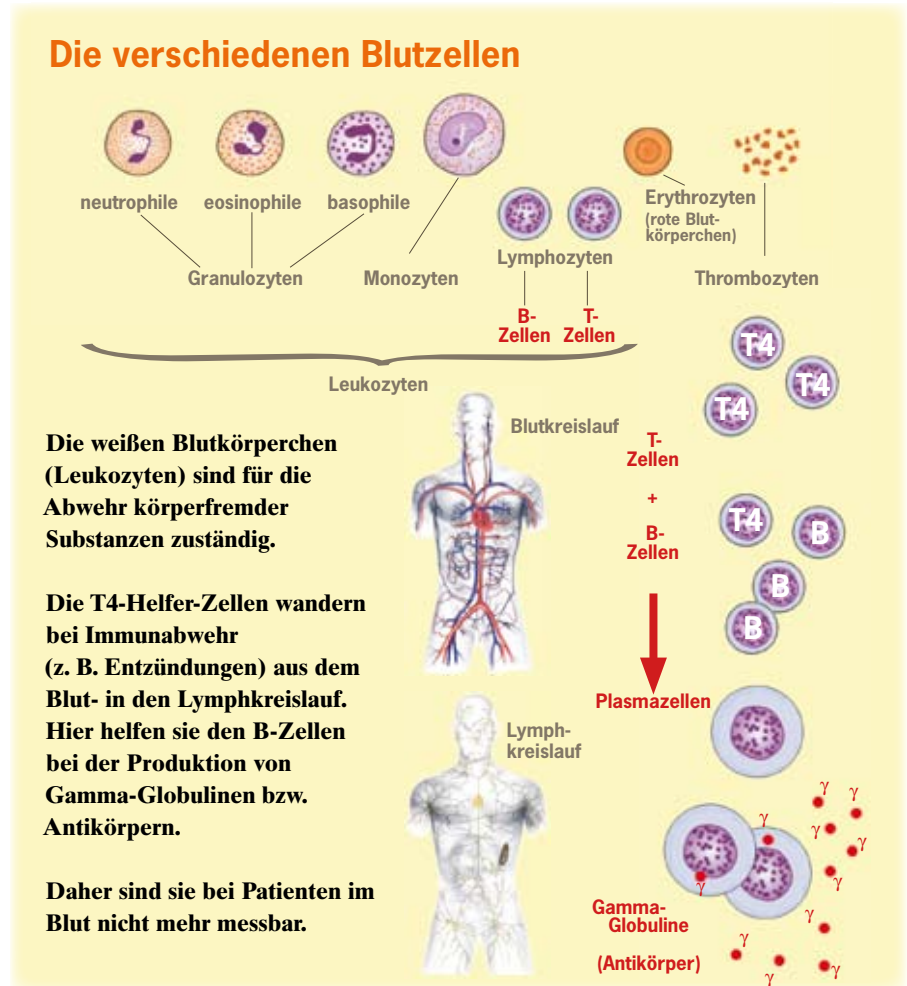
Man kann sich unschwer vorstellen, welche Personen nun anhand dieser Kriterien – ohne Bluttest – als AIDS-Patienten bezeichnet wurden.

### Aus alt mach' neu

1993 fand ein „Alternativer Welt-AIDS-Kongress“ in Amsterdam statt. Dort erzählten mir Ärzte aus Afrika, dass sie wohl wüssten, dass es sich bei AIDS-Patienten in Afrika um die alten Erkrankungen, vor allem Malaria und Tuberkulose handelt. Da man aber von der WHO mehr Geld für einen AIDS-Patienten als für Malaria- oder Tuberkulose-Patienten bekommt, ist man eher dazu geneigt, die Patienten als AIDS-Patienten zu benennen...

Die Arbeitsgruppe Prof. Eleni Papadopoulos-Eleopoulos und Prof. Val Turner aus Perth/Australien beschäftigte sich seit den 80er Jahren mit dem HIV-Test. Sie konnten zeigen, dass der HIV-Test bei den genannten Erkrankungen und noch in vielen anderen Fällen positiv ausfällt.<sup>1</sup>

1993 schrieb Christine Johnson in der englischen AIDS-kritischen Zeitschrift Continuum über zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten, in denen über 60 verschiedene Krankheitszustände und Faktoren berich-



tet wird, bei denen der HIV-Test positiv reagiert.

Allein sechs Arbeiten über ein positives Testergebnis nach Grippeimpfung, eine Arbeit nach Tetanusimpfung, sechs Arbeiten in Zusammenhang mit akuten viralen Infektionen, fünf Arbeiten in Zusammenhang mit Syphilis, fünf Arbeiten nach Nierentransplantationen, acht Arbeiten über Zusammenhang mit Alkohol-Hepatitis, fünf Arbeiten in Zusammenhang mit Mehrfachschwangerschaften etc.

### Deutsche Studie passt nicht

Um sich ein Bild von der Ansteckung des vermeintlichen Virus zu machen, beschloss die deutsche Bundesregierung, eine Studie in den Gefängnissen durchzuführen.

Man wusste, dass täglich über 20000 Drogenabhängige einsitzen, die oft HIV-positiv sind, dass im Gefängnis Spritzenaustausch und Geschlechtsverkehr stattfindet und man dachte, so ein Maß für die Ansteckungsgefahr zu bekommen. Die Studie sollte über zehn Jahre laufen.

1987 wurde sie begonnen – alle Gefängnisinsassen wurden getestet, alle die hineinkamen, und alle, die entlassen wurden. Nach zweieinhalb Jahren wurde die Studie abge-

brochen, da niemand – keine einzige Person – sich angesteckt hatte. Eigenartigerweise wurde dies nicht an die große Glocke gehängt – es passte nicht ins Konzept.

Im selben Jahr 1987 wurde auch in Kalifornien mit dem gleichen Ziel eine Studie begonnen. Dort wurden 442 so genannte diskordante Paare (Eine/r HIV-positiv und Eine/r HIV-negativ) über zehn Jahre begleitet. Die Partner hatten sowohl geschützten wie ungeschützten Geschlechtsverkehr.

Im American Journal of Epidemiologie wurden 1997 die Ergebnisse der 10-Jahres-Studie veröffentlicht: Es war zu keiner Übertragung gekommen (Nancy S. Padian, Stephen C. Shiboski u.a.. In: Am. J. of Epid., University of California, San Francisco 1997, Nr. 146, S. 350–357)

Hier will ich gleich noch zwei weitere Arbeiten erwähnen:

Ein Diskussionsbeitrag von dem österreichischen Gynäkologen Dr. Christian Fiala, geschrieben für die nicht-öffentliche Internetdiskussion zwischen den Mitgliedern der vom südafrikanischen Präsidenten Thabo Mbeki eingesetzten AIDS-Beraterkommission vor dem AIDS-Kongress in Südafrika: „Epidemiologische Beweise gegen die heterosexuelle



**Südafrikas Präsident Thabo Mbeki engagiert sich im Kampf gegen HIV.**

Übertragung von HIV und gegen Verhütungskampagnen“.

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

### Alternative Theorien

Sie werden nun fragen, ja, was ist es denn dann? Diese Frage können Sie selbst beantworten, wenn Sie das Buch von Dr. Heinrich Kremer lesen. Er hat akribisch die gesamte Literatur der medizinischen, biologischen, biochemischen, molekularbiologischen und evolutionsbiologischen Forschung durchforstet und hat die Fakten und seine Erkenntnisse in dem Buch „Die stille Revolution der Krebs und AIDS-Medizin“ zusammengefasst. Das Wunderbare ist, dass aus diesen Erkenntnissen auch die Entstehung von Krebserkrankungen ver-

standen werden kann und sich daraus neue, ermutigende Behandlungen ergeben.<sup>2</sup> Jeder Mediziner sollte dieses Buch lesen, aber auch jeder Laie, der sich effektiv und möglichst unschädlich behandeln lassen will.

Nun, was passierte Ende der 80er Jahre: 1987 begann das HIV-Modell der Bundesregierung, welches im Georg-Speyer-Haus in Frankfurt durchgeführt wurde. Leiterin des Georg-Speyer-Hauses war damals Prof. Helga Rübsamen-Waigmann, die angeblich als erste in Deutschland das Virus isoliert hat. (Hierüber näheres im Buch „Mythos HIV“). Leiter des HIV-Modells war Prof. Hans Brede. Das HIV-Modell eignete sich zur Erfassung der Patienten und zur Überprüfung der Effektivität der neuen Therapie mit Azidothymidin (AZT = Retrovir). Der Frankfurter Raum wurde ausgewählt, da hier die meisten AIDS-Patienten neben Berlin lebten. 95 Prozent der mit ihren Patienten teilnehmenden Ärzte behandelten ihre Patienten mit AZT, welches 1986 in USA und ab 1987 in Deutschland eingeführt wurde.

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

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

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

Protokoll ..... 28. 9. 93 10<sup>42</sup>

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

BUND:  
Dr. Klaus-Peter Schleichbusch  
Dr. Eleonore Prohazka  
Arbeitskreis Gesundheit – Stellvert. Sprecher  
Arbeitskreis Gesundheit

#### Expertenstatements gaben ab:

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

#### Stellungnahme Prof. Hässig:

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

#### Stellungnahme Prof. Costantini:

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

#### Stellungnahme Frau Dr. Mourou:

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

#### Stellungnahme Prof. Hässig:

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

#### Stellungnahme Frau Sacher:

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

#### Stellungnahme Rothe:

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

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

Mit AZT behandelte Patienten hatten einen 70 prozentigen Abfall. Die „alternativ“ Behandelten, welche zu 80-90 Prozent meine Patienten waren, hatten einen nur 7,5 prozentigen Abfall! Außer mir hat nur ein einziger Arzt in Frankfurt einige Patienten alternativ behandelt, und zwar sehr erfolgreich mit Homöopathie. Hier muss gesagt werden, dass es eine kleine Gruppe von Patienten gab, die HIV-positiv waren, aber kaum veränderte Blutwerte und keinerlei Beschwerden hatten, während die meisten anderen Patienten

im Vollbild AIDS waren, also die definierten Symptome aufwiesen. Dem Modell war von 1987 ab für drei Jahre eine Finanzierung zugesagt worden, welche 1990 von der Bundesregierung für sechs weitere Jahre bis 1996 zugesichert wurde, wie mir Prof. Brede stolz und glücklich 1990 berichtete. In der ersten Januarwoche 1994 erfuhren die Teilnehmer des

HIV-Modells ohne nähere Begründung von der Beendigung des Modellprojektes am 31.12.93.

Es wurden keine weiteren Ergebnisse darüber veröffentlicht, und wie sich später herausstellte, sind sämtliche Daten verschwunden. Wenn man heute nachfragt, kennt niemand mehr diese von der Bundesregierung beauftragte und finanzierte Studie. Auch will man weder im Bundestag noch im Bundesgesundheitsamt etwas darüber wissen, dass es außer AZT noch andere Behandlungsansätze gibt, obwohl die erfolgreiche Behandlung meiner Patienten gegenüber den mit AZT behandelten ganz klar nachgewiesen wurde. Auf Nachfrage und Erwähnung meiner Behandlungsstrategie wurde mitgeteilt, man kenne Frau Sacher nicht. Auch Dr. Ulrich Marcus behauptet, mich nicht zu kennen, obwohl ich ihn persönlich kenne. Er hat 1993 in der Humboldt-Universität in Berlin bei der Uraufführung des Films „AIDS-Rebellen“ auf dem Podium neben mir gesessen. Dieser Dokumentarfilm wurde unter anderem von fünf deutschen Bundesländern mitfinanziert und bekam damals das Prädikat „besonders wertvoll“. Das man mich im Bundestag nicht kennen will, ist schon erstaunlich, denn ich war im Oktober 1987 als Sachverständige im Bundestag beim Koordinationstreffen AIDS geladen (hierüber liegen die umfangreichen Protokolle vor) und hatte dort meine Auffassung von einer anderen Therapie erwähnt. Im darauf folgenden Januar 1988 fragte der Präsident per Post bei mir an, ob ich mein Therapieschema schicken könne. In einem über 20-seitigen Brief habe ich meine Auffassung von der Erkrankung und mein Therapieschema mit einer Rechnung für meinen Zeitaufwand dorthin geschickt. Es gab keine weitere Korrespondenz mit dem Präsidenten außer, dass er sich in einem Brief darüber beschwert hat, dass ich für meine Arbeit eine Rechnung geschrieben habe. ■

**Im 2. Teil beschreibt Juliane Sacher ihre Therapie.**

Frankfurter HIV-Modell / Behandlung von HIV-Infizierten

## In der Frühphase alternative Therapien statt AZT?

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

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

Insbesondere die Wirksamkeit der Immunglobuline, mit denen sechs Patienten behandelt worden waren, bezeichnete Brede als gut. Weiterhin erhöhe sich die Resistenzentwicklung auf AZT im ersten Jahr der Therapie um den Faktor zehn und im zweiten Jahr um den Faktor 100, ergänzte Rübsamen Waigmann. Werde AZT also schon bei asymptomatischen HIV-Trägern eingesetzt, bleibe dann womöglich kein wirksames Medikament mehr für das Vollbild AIDS.

Dem „Frankfurter HIV-Modell“

haben sich seit November 1987 fast 800 seropositive, „asymptomatische“ HIV-Träger angeschlossen, berichtete Brede. Das gesamte Antikörperspektrum gegen HIV, die T4 und T8-Zellen sowie das Blutbild dieser Patienten, die vornehmlich von niedergelassenen Kollegen zugewiesen würden, werde in den meisten Fällen viermal pro Jahr kontrolliert. Zudem würde der wahrscheinliche Infektionsweg, das Erkrankungsstadium und die vom niedergelassenen Arzt angewandte Therapie dokumentiert.



### Die Autorin

**Juliane Sacher** wurde am 19.12.1945 in Dortmund geboren. Sie erhielt 1974 ihre Approbation als Ärztin in Münster und ist seit 1983 in eigener Praxis niedergelassen. Von 1987–1993 fungierte sie als Ärztin des HIV-Modells der Bundesregierung. 1988 wurde sie als Sachverständige der HIV/AIDS-Kommission des Bundestages geladen. 1990 erhielt sie zusammen mit Dr. Kief den 100000 DM-Preis der Manfred Köhnlechner-Stiftung für biologische Therapie

bei HIV/AIDS-Patienten mit wissenschaftlicher Auswertung. 1990 gründete Juliane Sacher in Hamburg die DAGNÄ – Deutsche AG niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter – und 1991 in Frankfurt die HAGNÄ – Hessische AG niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter – der sie seitdem vorsitzt.

Von 1975–1993 war sie Vertragsärztin bei der Deutschen Lufthansa. Von 2000–2002 arbeitete die Ärztin in einer Teil-Assistentenstelle an der mathematischen Fakultät der Uni Wuppertal im Bereich Medizinstatistik bei HIV/AIDS.

Seit über 25 Jahren bildet sich die Ärztin im Bereich Naturheilverfahren und biologischer Medizin weiter. Seit Anfang der 80er Jahre beschäftigt sie sich mit den molekularbiologischen, evolutionsbiologischen und biochemischen Zusammenhängen der immunologischen, hormonellen und zellulären Störungen von chronischen Erkrankungen der heutigen Zeit.

### Literatur

**Kremer, Heinrich:** „Die stille Revolution von Krebs- und AIDS-Medizin“, Ehlers Verlag, Wolfratshausen 2005

**Leitner, Michael:** „Mythos HIV“, videel, Niebüll, 2001

### Fußnoten

**1 Papadopoulos-Eleopoulos E.:** „Reappraisal of AIDS – Is the oxydation induced by risk factors the primary cause?“, Med. Hypo., 1988, Nr. 25, S. 151 und **Papadopoulos-Eleopoulos E., Turner V, and Papadimitrou J.:** „Is a positive Western blot proof of HIV-Infektion?“, Bio Technology, 1993, Nr. 11, S. 696–707.

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