

Die tödlichen Irrtümer der Krebs-/AIDS-Therapeuten

Interview mit dem Krebs-/AIDS-Forscher, Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Heinrich Kremer, Barcelona.

Von Hans-Joachim Ehlers, Wolfratshausen.

Die wirklichen Ursachen, wie Krebs und AIDS entstehen, sind von Dr. Kremer lückenlos beweisbar erforscht worden. Als erstem Mediziner ist es ihm gelungen, die Zusammenhänge zwischen AIDS und Krebs aufzuzeigen. raum&zeit sprach mit dem genialen Forscher über seine bahnbrechenden wissenschaftlichen Arbeiten, die Ende des Jahres in Buchform im Ehlers Verlag erscheinen.

In diesem Interview werden die systematischen tödlichen Kunstfehler deutlich, die von der Krebs- und AIDS-Medizin als Therapie bezeichnet werden. An diesen Therapien starben und sterben täglich arglose Menschen, weil sie den Ärzten und der Pharma-Industrie vertrauten. Die meisten von ihnen hätten nicht sterben müssen, wenn sich die Fachärzte weitergebildet oder sich zumindest über den neuesten Stand der Forschung informiert hätten. Denn Dr. Kremer hat eigentlich nichts Neues erfunden. Er hat nur die vorhandenen Forschungsergebnisse der orthodoxen Medizin, die zumeist in glaubwürdigen Studien dokumentiert sind, in genialer Weise mit der Evolutionsbiologie der Zelle in Zusammenhang gebracht und daraus die richtigen Schlussfolgerungen gezogen.

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

Dr. Kremer: Vor 20 Jahren wurde erstmalig in den USA bei ho-

mosexuellen Patienten im Alter von etwa 35 Jahren über das Auftreten einer seltenen Krebsform, des Kaposi-Sarkoms, berichtet. Dieses Geschwulst ist ein Sarkom der Innenwandzellen von Blut- und Lymphgefäßen. Andere homosexuelle Patienten, mit oder meist ohne Kaposi-Sarkom, litten an Pilzinfektionen der Lunge und anderer Organe. Viele starben daran, da die spezifischen Chemo-Antibiotika versagten. Die meisten Patienten entwickelten eine Kachexie, einen Verlust der Körperzellmasse, den man auch mittels klinischer Ernährungsmaßnahmen nicht ausgleichen 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 – Zellmassenverlust, Pilzinfektion und evtl. Karposi-Sarkom – 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 den Medizinerinnen also 1981 bekannt.

Folgeschwere Fehldiagnosen

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

Dr. K: Diese Diagnosen waren zwar 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?

Dr. K: Ja. Unter den Homosexuellen in den Metropolen der USA und in Europa grassierte in den 70er Jahren die Poppersucht, die Inhalation von Stickstoffgasen als sexuelles Dopingmittel zur muskulären Afterentspannung beim anal-rezeptiven Geschlechtsverkehr

Worum es geht

Die chemischen Substanzen, mit denen so genannte AIDS-Kranke seit Anfang der 80iger Jahre behandelt werden, lösen genau die Krankheiten aus, die sie angeblich heilen. Um Schadensersatzprozesse ungeheuren Ausmaßes zu entgehen, ließ die Pharma-Industrie ein angeblich tödliches Virus erfinden, das „HIV“. Dieses Virus löst angeblich die unheilbare Krankheit AIDS aus. Mit Hilfe von Bactrim, AZT etc., so behauptet die Pharma-Industrie, kann die angeblich tödliche Immunschwäche AIDS zwar nicht geheilt, aber das Leben der „Verseuchten“ verlängert werden. Tatsächlich führen jedoch genau die in AZT etc. enthaltenen chemischen Substanzen zu der Immunschwäche – und bei genügend langer und hoch dosierter Einnahme – zum Tod. Über diese Zusammenhänge und die Therapien, die AIDS Kranke wirklich heilen, informiert Dr. Kremer in diesem Interview, vor allem aber auch in seinem Buch „Die stille Revolution der AIDS- und Krebsmedizin“, das der Ehlers Verlag Ende des Jahres veröffentlicht.

und zur verlängerten Penissteife. In Tierexperimenten konnten Wissenschaftler nachweisen, dass Stickstoffgase, Amylnitrit und andere, äußerst gefährliche suppressive Substanzen sind. In den medizinischen Publikationen über die ersten homosexuellen AIDS-Patienten kann jeder

nachlesen, dass sämtliche Patienten die gefährlichen Stickstoffgase (Nitrite) inhaliert haben. Nitrite und die Aza-Gruppe des Azathioprin haben ein vergleichbares Stickstoffwirkprofil. Die Substanzgruppen bilden Nitrosothiole und Nitrosamine und hemmen dadurch bestimmte Fermente in den Atmungsorganellen unserer Zellen, den Mitochondrien.

r&z: Was hat das für Auswirkungen?

Dr. K.: Die Folge ist die Blockade der sauerstoffabhängigen Zellatmung. Die Zellen sterben ab oder schalten um auf die für Krebszellen typische Energiebereitstellung durch sauerstoffunabhängige Gärung.

Nicht nur diese Inhalationspraxis war jedoch für diese Vorgänge verantwortlich, sondern auch der stark verbreitete Mißbrauch von immunsuppressiven Antibiotika. Zahlreiche Untersuchungen in den 70er Jahren hatten demonstriert, dass Homosexuelle mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern (promiskuitiv) unter allen Risikogruppen in USA und Europa die bei weitem höchste Infektionsbelastung aufwiesen. Als Wunderwaffe gegen Multiinfektiosität galt seit 1969 das Chemoantibiotikum 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 die Abstoßung von Hauttransplantaten genauso lange wie Azathioprin. 1971 wurde nachgewiesen, dass nach Bactrim-Behandlung bereits nach üblicher therapeutischer Dosis und Verordnungsdauer systemische Candida-Pilzinfektionen, eine 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. Das Ergebnis: es entwickelte sich Krebs.

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

Dr. K: Absolut nicht. Obwohl die AIDS-Ursachen offensichtlich waren, erklärte man die AIDS- und Krebserkrankungen der Homosexuellen für rätselhaft und postulierte stattdessen 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 angeblich 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.

Grundfalsche Krankheitstheorien

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?

Dr. K: Bei den organtransplantierten Kaposi-Krebspatienten hatte sich ein entscheidendes klinisches Phänomen gezeigt: Setzte man Azathioprin ab, bildeten sich selbst hühnereigroße Tumore restlos zurück. Diese Tatsache widersprach strikt der bis heute dominierenden Krebstheorie, dass Krebs ausgelöst werden soll durch eine irreparable Mutation der Zellkern-DNA und dass Krebstumoren nur durch Operation, Chemotherapie und Bestrahlung „bekämpft“ werden könnten. 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-Krebses 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 vorzutäuschen 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

„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.“

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 konnte man später auch in anderen menschlichen Zellen nachweisen. 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. In der Folge wurden ungezählte Menschen durch den Einsatz aggressiver Zellgifte mit der ärztlichen Behauptung, man würde das Leben dieser Patienten verlängern, zu Tode gebracht.

Menschenopfer, um Krebs- theorie zu überprüfen

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

Dr. K: Nein, man konstruierte zusätzlich eine simple, aber scheinbar plausible Theorie, welche die scheinbare Virus-AIDS-Ursache mit der Krebsursache verknüpfte. 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 über-

„Die Mitochondrienschleusen, das ist die zentral neue Erkenntnis, werden über einen Gasmix aus Stickstoffmonoxid-(NO) und Superoxid-anionen gesteuert.“

prüfen. 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?

Dr. 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.

Gefährliche Körperverletzung mit Todesfolge

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.

Dr. 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 Muskelzelledegeneration, 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?

Dr. K: Nein, da sie auf Mutationen in der Zellkern-DNA fixiert waren und Krebszellen als körperfremd angesehen haben, haben sie am falschen Ort 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?

Dr. K: Alle menschlichen Zellen sind das Erbe einer Zellvereinigung, die vor etwa 1,5 bis 2 Milliarden Jahren stattfand. Damals besiedelten Einzeller mit oxidativer Energiegewinnung andere Einzeller mit sauerstoffunabhängiger Energiebereitstellung. Erstere, 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 Rest-erbgut 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 50 000 aktive Gene, das sind mehr aktive Gene als im Zellkern. Zwischen der Mitochondrienkolonie, die in den Ruhe- und Leistungsphasen der Zellen 90 % der Gesamtzellenenergie 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 so viel 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 Superoxid-anionen 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. Dies dient dem Schutz der Genomanteile der archaischen Wirtzelle, die während der genannten Zellteilungsphasen sensibler sind gegen Oxide und deren Abkömmlinge als die mitochondrialen Genomanteile. 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. (Das Redoxpotential ist ein Maß für die Oxidations- bzw. Reduktionskraft. Systeme mit negativem Redoxpotential können Systeme mit positivem Redoxpotential reduzieren, aber auch von ihnen oxidiert werden.) Dieses negative Redoxpotential 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.

Das Glutathion-System

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

Dr. 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



Dr. Kremer in der Redaktion während des Interviews.

und chronischen Erkrankungen, haben wir einen systemischen Cystein- und Glutathion-Mangel. Dieser Zustand ist die Folge zu hohem Cystein- und Glutathion-Verbrauchs (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 60 000 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 supra-genetisch zu einer hochkomplexen Gegenregulation. Die Wechselschaltung mit den Mito-

„Unter heutigen Zivilisationsbedingungen muss der Organismus mehr als 60 000 Giftstoffe über das Glutathion-System entsorgen.“

chondrien 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 Mitochon-

drien 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 „bösaartige“ Zufallsmutation nicht erklären konnte. Aus evolutions-medizinischer 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?

Dr. 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 beispielsweise 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 Re-

Contergan, AZT, Entero Vioform und Lipobay

Skrupelloses Profitstreben ohne Rücksicht auf Verluste

Vier Beispiele die belegen, wie wenig die Pharma-Konzerne die Gesundheit der Menschen interessiert:

Wesentlich größer als der Contergan-Skandal dürfte der AZT-Skandal ausfallen, wenn sich die Erkenntnisse Dr. Kremers erst einmal durchgesetzt haben und die Öffentlichkeit so alarmiert ist, dass selbst die Politik reagieren muss. Nach dem AIDS/AZT-Skandal dürfte die Vorherrschaft der Pharmakonzerne in Medizin und Wissenschaft erst einmal beendet sein, wenn sie sich überhaupt je davon erholt.

Dabei ist stets das gleiche Grundmuster der Pharmakonzerne zu erkennen: Es wird ein Medikament auf den Markt gebracht, das oftmals das Gegenteil von dem bewirkt, als im Heilungsversprechen behauptet wird, oder lebensbedrohende Nebenwirkungen hat. Erste Fälle von tödlichen Nebenwirkungen werden bagatellisiert und die Mediziner, die beginnen, vor dem Medikament zu warnen, werden mit Schadensersatzforderungen bedroht, kriminalisiert oder lächerlich gemacht. Dann beginnen erste zaghafte Zugeständnisse und schließlich

wird das Medikament entweder vom Markt genommen oder ein Virus erfunden.

Bei Contergan wussten die Verantwortlichen, dass die Substanz, die vor allem Schwangeren als harmloses Schlafmittel empfohlen wurde, Risiko behaftet ist. Denn bei dem stereochemischen Zwillingmolekül Thalidomid, das in Contergan enthalten ist, wirkt das eine Molekül einschläfernd, das andere aber wirkt als Zellgift bei Föten. Um herauszufinden, welches der Zwillingmoleküle als Zellgift wirkt, um es abtrennen zu können, hätte man Versuche im Wert von ca 20.000 DM benötigt. Das war den Grünthal-Verantwortlichen zu teuer! (So viel zur Propaganda-Behauptung der Pharma-Konzerne, die Entwicklung eines neuen Medikaments koste Millionen.)

Die tödlichen Wirkungen von AZT, Bactrim etc. sind seit Jahren durch Studien konservativer AIDS-Mediziner belegt. Trotzdem wird an der HIV-verursacht-AIDS-These festgehalten und wider besseres Wissen die tödliche Droge verordnet. Doch die Zeitbombe tickt. Für die Verantwortlichen der AIDS-Industrie gilt das russische Sprichwort: „Wer auf dem Tiger reitet, darf nicht absitzen!“

In Japan setzte der Schweizer Pharma-Konzern Ciba Geigy

(heute zu Novartis gehörend) in den 60iger Jahren das Antiparasitikum Entero-Vioform gegen Amöben-Diarrhoe ein. Die in diesem Mittel enthaltene Substanz wirkt ähnlich zelltoxisch wie Bactrim, AZT etc. Die Folge: Die Patienten starben zu einem hohen Prozentsatz an massiven Muskel- und Nervenschäden. Virusforscher behaupteten damals, sie hätten ein neues Virus entdeckt, das diese Schäden verursacht. Diese Krankheitstheorie fand weltweit Eingang in alle medizinischen Lehrbücher. Nachdem Ciba Geigy das Medikament aus Angst vor Schadenersatzforderungen vom Markt genommen hatte, traten keine Erkrankungen dieser Art mehr auf. Das Virus hatte nie existiert.

Beim Cholesterinsenker Lipobay war den Verantwortlichen des Bayer-Konzerns bekannt, welche schädlichen Nebenwirkungen Statine haben, die als Wirkstoff verwendet wurden (siehe Infoteil dieser Ausgabe). Trotzdem wurde das Präparat auf den Markt geworfen und aggressiv beworben. Als Todesfälle auftraten, versuchte man sie mit der Behauptung zu bagatellisieren, die Fälle seien nur deshalb vorgekommen, weil gleichzeitig ein anderes Mittel verschrieben worden sei, das die Nebenwirkungen von Lipobay potenziere.

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 yang-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 resultiert daraus ein zu hoher Protonen-Verbrauch und eine erhöhte Energieinvestition aus dem (durch Gärungsprozesse) 20fach gesteigertem Glukoseabbau in den Krebszellen, da das Glucose-Abbauprodukt Laktat in der Leber aufwendig recycelt werden muss. Geregelt werden

doxpotentiale mittels Präparaten mit guter Bioverfügbarkeit.

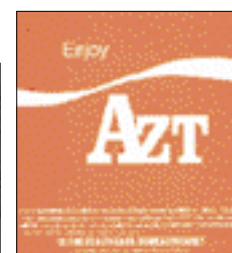
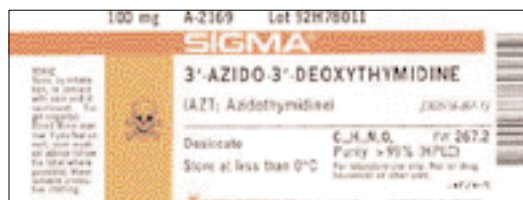
Basis-Theorie: Glutathion-Ausgleich

r&z: Reicht die Glutathion-Therapie aus oder muss sie mit anderen Maßnahmen kombiniert werden?

Dr. 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 Stu-

dien verschiedene therapeutische Möglichkeiten der nicht-aggressiven Hemmung der Gegenregulation der Krebszellen als wirksam nachgewiesen. Die Heilkunst der gegenregulierten Krebszellen erfordert das überlegte Zusammenspiel sozusagen

Der Totenkopf warnt vor der Giftigkeit von AZT. Trotzdem verschreiben Ärzte die Todesdroge. Die giftigen Wirkungen von Bactrim sind noch verheerender als die von AZT.



diese Rückkopplungsprozesse über Typ 2-Cytokine, Kommunikationseiwieße, die bei Glutathion-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 Kliniken und Praxen an, dann wird Ihnen klar, warum die Ursachen der systemischen Aminosäuren-Dysregulation meist nicht verstanden und nicht adäquat ausgeglichen werden.

Chemotherapie kann man sich sparen

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

Dr. 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 wild lebenden 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 dagegen zwingen. Das gilt auch für Zellen, die noch nicht transformiert sind und sich noch im kompensierten Stadium der Zeldysymbiose befinden. Im Ergebnis können so metastatische Zellen oder Sekundärtumore 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 ausgerufene „Krieg gegen Krebs“ für verloren erklärt.

r&z: Was raten Sie den Betroffenen?

Dr. 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



„Die durchschnittliche Überlebensdauer von Krebspatienten nach Chemotherapie betrug gemäß einer Langzeituntersuchung im Deutschen Krebsforschungszentrum 3,5 Jahre, ohne Chemo 12 Jahre.“

nicht in Panik treiben zu lassen, sondern sich die Grundkenntnis aneignen, 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. raum&zeit wird ja zu gegebener Zeit Adressen von Einzeltherapeuten, Beratungsorganisationen, Patienteninitiativen sowie Internetadressen publizieren, die bereits Erfahrungen mit der biologischen Ausgleichstherapie haben. Im Wolfratshäuser Ausbildungszentrum werden ja auch entsprechende Seminare für Betroffene und Therapeuten ange-

boten. Angesichts von mehr als 100 verschiedenen Krebsformen gibt es zu viele Spezialfragen, die man nur in der Einzelberatung oder in den angebotenen Therapieseminaren erörtern kann.

r&z: Was sind die Konsequenzen für die Ursachen, Diagnostik und Therapie bei „HIV“/AIDS?
Dr. 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 cytotoxisches 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 verordnen sie unbefristet die Glutathion-verbrauchenden, Mitochondrien-toxischen Chemotherapeutika und Chemo-Antibiotika; oder wenn sie messen, führen sie infolge der „HIV“-Fixierung nichtsdestotrotz die Chemo-Behandlung durch, oder sie gehen einen faulen Kompromiss ein und begleiten bei ihren Patienten die Chemotherapie halbherzig mit L-Cystein und behandeln ihre Patienten zusätzlich zur Chemotherapie mit Glutathion, was auf Dauer die kontraproduktive toxische Wirkung der Chemosubstanzen nicht kompensieren kann.

Chemotherapie verschärft Mangel-Zustand

r&z: Aber was passiert im Organismus der „HIV-Positiven“, die sich nach Beginn der Cocktailtherapie subjektiv besser fühlen?
Dr. K: Das ist der so genannte 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 chemothe-

rapeutischen Zielangriff genau wie einzelne Krebszellen durch Gegenregulation überleben können. Das ist das so genannte „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 Antikörper-produzierenden 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 Dauer- und Vergiftung 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, oder an Herzinfarkt, Linksherzversagen, Sepsis, Hirn- oder Leberkoma usw. sterben. 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. Somit können tödliches Organversagen in den mitochondrienreichen Geweben und Organen oder, bei Gegenregulation der Zellen, Krebstransformation auftreten. 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 vor allem Hepatitis-Patienten, wobei die Hepatitis

Keine unnötige Angst mehr vor AIDS und Krebs

AIDS- und Krebs-Seminare mit Dr. Kremer

Sowohl für Betroffene als auch für Therapeuten

Die Biologie der Krebszelle, wie und warum sie entsteht, wie man einen bereits begonnenen Krebsprozess wieder umkehren kann, welche Ursachen die Immunschwäche „AIDS“ wirklich hat und wie man sie heilen kann, das sind u.a. die Inhalte von insgesamt vier Zweitages-Seminaren, die Dr. Kremer ab 25. November im Wolfratshäuser Ausbildungszentrum für Lebensenergie und Biophysikalische Medizin hält. Dabei werden die weltweit neuesten Forschungsergebnisse auf den Gebieten „AIDS“ und Krebs ebenso vermittelt wie deren Nutzenanwendung in der Praxis, denn Dr. Kremer war lange Zeit als Arzt und Kliniker tätig und kennt da-

her sowohl die Probleme der Patienten und ihrer Angehörigen als auch die der Ärzte. Das erste Krebs-Seminar findet am 25./26. November statt, ist für Betroffene und deren Angehörige gedacht und befasst sich mit dem Thema „Krebs – weder bösartig noch zwangsläufig tödlich, sondern eine komplexe, aber heilbare, evolutionsbedingte Reaktion unserer Zellsymbiose.“ Für Therapeuten findet das Seminar zum gleichen Thema am 27./28. Januar 2002 statt, und zwar mit dem Zusatztitel „Endlich hat die Hilflosigkeit ein Ende“. Das erste Seminar zum Thema „AIDS“ für Betroffene und deren Angehörige findet

am 27./28. November statt und trägt den Titel „AIDS – weder ansteckend noch tödlich, sondern eine komplexe, aber heilbare, evolutionsbedingte Reaktion unserer Immunzellbalance.“

Für Therapeuten findet das Seminar zum gleichen Thema am 29./30. Januar 2002 statt, und zwar mit dem Zusatz „Warum AZT (Retrovir) einzeln oder als „Cocktailtherapie“ (AZT + Nevirapine etc.) oder „Kombitherapie“ (AZT + Nevirapine etc. + Proteasehemmer) und/oder Bactrim etc. -Dauerprophylaxe auf keinen Fall verordnet werden dürfen.“ Dr. Kremer ist es als erstem Wissenschaftler gelungen, Erkenntnisse der Evolutionsbio-

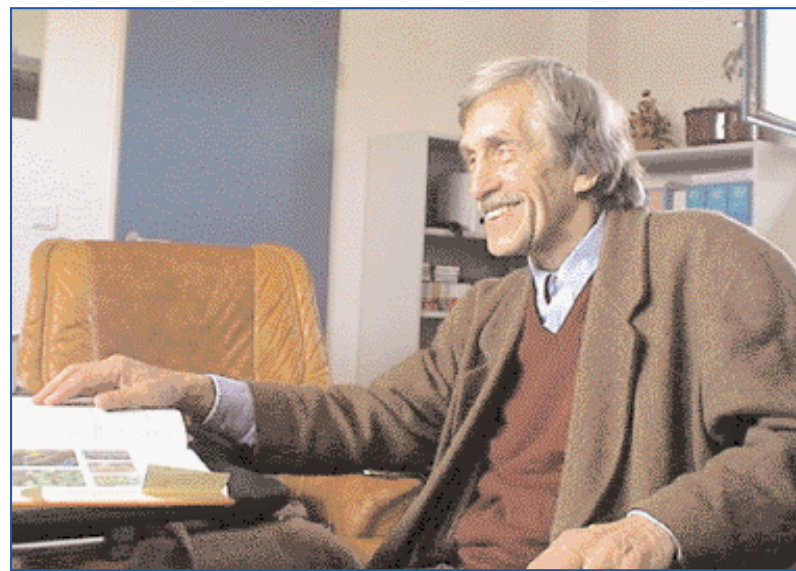
C-Diagnose genauso falsch ist wie „HIV“, aber eine Autoimmunhepatitis gegeben sein kann. Auch hier gibt es viele Spezialfragen, die man nur individuell oder in Therapieseminaren abklären kann. Nach meiner Erfahrung sind es überwiegend Betroffene mit der Blutgruppe B, A und AB, die eine erhöhte Disposition 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.

Spätfolgen der Massenimpfung

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 (TH1 ist Typ1-Cytokin und TH2 Typ2-Cytokin). Während der Schwangerschaft ist ein Typ2-Cytokin-Status in der Pla-

„Die kollektive Virus-Besessenheit ermöglicht der „HIV“/AIDS-Medizin im rechts-freien Raum ohne Verantwortung für die oft tödlichen Folgen zu operieren.“

zenta gegeben, und nach der Geburt muss erst eine natürliche TH1-TH2-Balance auf möglichst natürliche Art trainiert werden. Diese Betroffenen haben zwar in der Kindheit auffallend wenig bakterielle Infektionen wegen des induzierten erhöhten TH2-Status (ungewollte Programmierung einer erniedrigten Empfindlichkeitsschwelle für den TH1-TH2-Immunszell-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, erhöh-



ter 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 auseinander setzen 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-Indikatorkrankheit, 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 viel 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 einer Sulfo-

logie, die uns Menschen ein doppeltes Erbgut und eine vernetzte Immunantwort beschert hat, mit den neuesten Ergebnissen der NO-Gas-Forschung zu verknüpfen und dabei den durch einen bioenergetischen Gasmix gesteuerten Wechselrhythmus unserer Zellatmung und der davon abhängigen Balance der Immunantwort zu erkennen. Dabei handelt es sich um sensible kreisförmige (nicht lineare) Prozesse, die untersteuert oder übersteuert sein können. Bei Krebs oder Nerven- oder Muskelzelldegeneration ist die Gassynthese untersteuert und die betroffenen Zellen schalten allmählich um auf die in der Evolution älteren Erbgutanteile. Bei AIDS ist die Produktion des NO-Abwehrgases gegen bestimmte Mikroben blockiert und die Immunantwort schaltet einseitig um auf die in der Evolution jüngere Antikörperabwehr. Ist der Gasmix über-

steuert, entwickeln sich entzündliche und Autoimmun-Krankheiten. Diese Prozesse sind jedoch umkehrbar und keinesfalls zwangsläufig tödlich.

Diese Vorbemerkung zu den Seminaren ist deshalb notwendig, damit verstanden wird, dass hier nicht Einzel-Aktionen (Mistel hilft, Selen hilft etc.) und -Medikationen vermittelt werden, sondern ein wirklich ganzheitliches Verständnis unserer ebenso komplexen wie intelligenten und weisen Zellbiologie, wie es bisher von niemandem dargestellt werden konnte. Die größte Gefahr für dieses System ist der Mensch selbst. „Denn unsere evolutionsbiologisch uralten Zellsymbiosen und die polare Balance der evolutionsgeschichtlich unterschiedlich alten Anteile unseres Immunzell-Netzwerkes sind so effizient und dadurch leider auch empfindlich gegen Zi-

vilisationsgifte, dass man nur auf den Geist des Menschen und seine Einsicht und Vernunft hoffen kann“ schreibt Dr. Kremer in seinem bahnbrechenden Buch „Die stille Revolution der AIDS- und Krebsmedizin“. Wer das begriffen hat, lernt nicht nur die Ursachen von AIDS und Krebs und die entsprechenden Therapien kennen, sondern findet auch die Ursachen von Krankheiten, bei denen Nerven-, Hirn- und Herzmuskelzellen eine Rolle spielen.

**Weitere Infos und Anmeldung bei:
Markt-Kommunikation GmbH & Co.,
Ausbildungszentrum KG, Geltinger
Straße 14e, 82515 Wolfratshausen
Tel. 08171/4187-67, Fax 08171/4187-66,
e-mail: ausbildung@markt-kommunikation.de,
Internet www.lebens-energie.de**

Wer ist Burson Marsteller?

Globale PR-Agentur ohne jeden Skrupel

Von den weltweit agierenden PR-Unternehmungen gehört Burson Marsteller zu den rücksichtslosesten. Sie ist die größte PR-Agentur der Welt mit 63 Büros in 32 Ländern. Sie warb für die faschistische Militärjunta Argentiniens genauso wie für den stalinistischen Diktator Ceauscescu in Rumänien oder für den Umwelt-Verschmutzer Exxon, der die Ölpest vor Alaska verursachte. Burson Marsteller redete den Völkermord der nigerianischen Regierung in Biafra schön und unterstützte die indonesische Regierung, die seinerzeit durch ein Blutbad des CIA an die Macht kam.

Wie die Agentur im einzelnen arbeitet, hat raum&zeit in der Ausgabe Nr. 91 detailliert unter der Überschrift „Wer ist

Burson Marsteller?“ dokumentiert. Damals versuchte die PR-Agentur im Auftrag der größten Pharma-Konzerne der Welt, die sich als „EuropaBio“ zusammengeschlossen hatten, die Europäer von den Vorzügen genmanipulierter Lebensmittel zu überzeugen. raum&zeit veröffentlichte damals auch das entsprechende Strategie-Papier von Burson Marsteller.

Mit Hilfe solcher skrupellosen PR-Agenturen, die Einfluss selbst auf Regierungen ausüben, werden die Bürger zu passiven Empfängern von Falschinformationen und penetrierenden Werbetexten degradiert. Kritiker werden als gefährliche Außenseiter und/oder als ignorante Querulanten dargestellt. Ihr Einfluss auf die konzernabhängigen Medien ist weltweit enorm.

namid-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 gewesen. 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-Pa-

tienten 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.

Burson-Marsteller arbeitet für Pharma-Riesen

Dr. K: Die Kampagne für Crixivan, Viramune etc. wurde nachweislich seit 1996 von der berüchtigten weltgrößten PR-Firma Burson-Marsteller, Werbepartner für Mega-Pharmakonzerne 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-Besessenheit 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 Chemospätfolgen 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 Langzeitverwe-

gerer zu bezeichnen, niemals, oder in einer Minderzahl nur sehr kurzfristig, mit AZT etc., Bactrim etc. sowie Protease-Hemmern behandelt wurden.

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

Dr. 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-unabhängigen 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 naturwissenschaftliche Therapierichtung.

r&z: Herr Dr. Kremer, wir wünschen Ihnen bei ihrer Aufklärungsarbeit viel Erfolg! ■

Erratum

In der letzten Ausgabe der raum&zeit ist uns bei dem Artikel von Dr. Kremer in dem Kleinen Lexikon „AZT“ ein kleiner Fehler unterlaufen. Richtig muss es im zweiten Satz heißen: *Da sich Lymphzellenkrebs entwickelte, wurde AZT bei Krebspatienten nicht eingesetzt.*