

TORSTEN ENGELBRECHT, HAMBURG:

AIDS

Fragt man Bürger, Ärzte, Journalisten oder Politiker, wie in Afrika AIDS festgestellt wird, so sagen sie: per AIDS-Test. Und was stellt solch ein Test fest? Den Virus, der AIDS verursacht! Wobei manche auch den Virus beim Namen nennen: Human Immunodeficiency Virus, kurz HI-Virus oder HIV. Dass aber diese AIDS-Tests, die in Afrika so gut wie nicht durchgeführt werden, nicht den Retrovirus HIV nachweisen, sondern nur Antikörper (Elisa- und Western-Blot-Test) bzw. retrovirale zell-eigene Sequenzen (Polymerase Chain Reaction oder PCR), deren HIV-Spezifität aus guten Gründen angezweifelt wird, versetzt die Leute in ungläubiges Erstaunen. Dennoch kann ihren Glauben nichts erschüttern: HIV verursacht die tödliche Immunschwächekrankheit AIDS. Und wer es wagt, auch nur Fragen zu stellen, wird als eine Art Ketzer und Menschenschlechter an den Pranger gestellt.

Dies musste kürzlich das renommierte Wissenschaftsblatt „British Medical Journal“ (BMJ) erfahren, das in seinem Internet-Diskussionsforum eine Debatte über die Ursachen von AIDS zulässt – und dafür vom Wissenschaftsmagazin „Nature“ in einem wohl einmaligen Vorgang unter Berufung auf orthodoxe AIDS-Forscher attackiert wurde, unter anderem mit dem Vorwurf, das BMJ würde seine Reputation missbrauchen und der Desinformation Vorschub leisten. Woraufhin BMJ-Herausgeber Richard Smith die hohe Bedeutung der freien Rede nicht nur für die Wissenschaft betonte. „Hunger gibt es nicht in Ländern mit einer freien Presse“, sagte schon der Nobelpreisträger Amartya Sen“, so Smith. Zudem sollten wir nicht vergessen, dass Galileo vor die Inquisition gestellt wurde, weil er 1634 behauptete, die Erde sei nicht der Mittelpunkt des Universums – und es wäre fatal, wenn wir der wissenschaftlichen Orthodoxie erlauben würden, die Inquisition zu werden.

Auf politischer Ebene steht Thabo Mbeki im Zentrum schärfster Kritik. Mbeki ist Präsident von Südafrika, das die Medien derzeit einhellig zum Land mit der höchsten HIV-Durchseuchungsrate der Welt erklärt haben. Laut UNAIDS leiden 5,3 der 43 Millionen Südafrikaner an der Immunschwächekrankheit, 600 sterben jeden Tag – Tendenz stark steigend. Mbeki berief jedoch 2000 ein „AIDS Advisory Panel“ ein mit 22 Vertretern der orthodoxen AIDS-Lehre und 11 Wissenschaftlern, die kritische Fragen zu HIV/AIDS haben, mit dem Ziel, den Ursachen von AIDS auf den Grund zu gehen. Mittlerweile zweifelt er am Axiom HIV gleich AIDS gleich Todesurteil und möchte etwa wissen, warum US-Bürger Südafrikas werdende Mütter drängen, das Medikament Nevirapine zu schlucken, das einzunehmen HIV-positiven Schwangeren in den USA nicht erlaubt ist. Das Gros der Medien genau wie die Unternehmungen, die vom Kampf gegen AIDS leben, quittieren dies mit einem Sturm der Entrüstung und Besorgnis. „Mbeki auf Irrwegen“, „Mbekis Vorgehen gleicht Genozid“, so die Schlagzeilen. Und John Moore, einer der führenden orthodoxen AIDS-Forscher vom Aaron Diamond AIDS Research Center in New York, wird zitiert mit den Worten: „Die Hinterfragung der Ursachen von AIDS kommt der Leugnung des Holocaustes gleich.“

Doch so scharf die Kritik, so schwach ist das Fundament, auf der sie basiert. Zwar wurde vom AIDS-Establishment („AIDS Inc.“) die Gleichung HIV gleich AIDS gleich Todesurteil zur unumstößlichen Wahrheit erklärt – weshalb es geradezu verbrecherisch sei, so Pharmaindustrie und Medien unisono, AIDS-Patienten die antiretroviralen Medikamente nicht lebenslang zu verabreichen, die allein den Todesprozess zumin-

dest verlangsamen könnten. Doch wie kann es sein, entgegen die Kritiker des HIV/AIDS-Dogmas, dass mehr als 100.000 Forscher, die 140.000 Arbeiten verfassten, mit 133 Milliarden \$, die allein die US-Steuerzahler bis dato für die AIDS-Forschung zahlten, noch nicht bewiesen, dass HIV AIDS verursacht, dass AIDS ansteckend ist, dass AIDS-Medikamente mehr Schaden anrichten als nützen oder AIDS ganze Landstriche entvölkert? Und das Studium der Sachverhalte zeigt: Diese Fragen sind berechtigt.

Aber es kann doch nicht sein, dass alle Mediziner dieser Welt irren, kommt sofort der Einwand, den etwa auch das Robert-Koch-Institut (RKI), einer der Pfeiler der orthodoxen AIDS-Forschung, auf seiner Website zuallererst ins Felde führt. Dazu ist zunächst zu sagen, dass es zahlreiche ausgewiesene Fachleute gibt, die das herrschende AIDS-Paradigma anzweifeln, darunter die Chemie-Nobelpreisträger Walter Gilbert sowie Kary Mullis, der 1993 für die Erfindung der PCR den Nobelpreis erhielt. Zum anderen ist die Formel Mehrheit gleich Wahrheit nicht nur per se unwissenschaftlich, auch gibt es gerade in der Geschichte der Medizin, der ältesten Verwandten der Religion, Beispiele im Überfluss, die diese Gleichsetzung ad absurdum führen. Allein im 20. Jahrhundert sind etliche Hypothesen, die vom Medizinesestablishment mit Verve vertreten wurden, in sich zusammengefallen. So wurden lange Zeit Mikroben für Krankheiten wie Skorbut, Beriberi oder Pellagra verantwortlich gemacht, bis sich herausstellte, dass sie durch Vitaminmangel bedingt sind. Oder 1971 erklärte US-Präsident Richard Nixon den „War on Cancer“ und pumpte viele Milliarden Dollar in Forschungsprojekte, die dem für Krebs verantwortlich gemachten Virus den garaus machen sollten.

Und HIV verursacht AIDS? Zunächst ist festzuhalten, dass das Retrovirus noch nie in menschlichem Blut isoliert und aufgereinigt wurde, wie es sonst bei Retroviren Standard ist. Alle elektronenmikroskopischen Aufnahmen zeigen also nicht HIV, sondern nur unspezifische Zellkomponenten, die auch in gesundem Gewebe vorkommen. Außerdem gibt es nicht eine einzige Arbeit, die belegt, dass HIV AIDS verursacht. Dies beschreibt auch Mullis in seinem Aufsatz „The medical establishment vs. the truth“: „Niemand publizierte je eine Studie, die auch nur die These, dass HIV 'wahrscheinlich' AIDS verursacht, belegt.“ Und tatsächlich lesen wir auf der RKI-Website: „No 'single' paper is viewed as complete proof that HIV is the cause of AIDS.“ Claus Köhnlein, Internist in Kiel und Kritiker des herrschenden Dogmas, konstatiert: „So müssen selbst Robert Gallo und Luc Montagnier, die 'Entdecker' von HIV, behelfsmäßig die – angeblichen – Erfolge der Therapie als Beweis anführen.“

Das Problem: Den Untersuchungen fehlt die Aussagekraft, weil es keine Placebokontrollen gibt. Diese sind seit Durchführung der Fischl-Studie im Jahr 1987 aus ethischen Gründen nicht mehr möglich. Die Fischl-Studie wurde damals nach vier Monaten abgebrochen, weil der Vorteil des ersten richtigen AIDS-Medikaments AZT (Azidothymidin, Markenname: Retrovir) offensichtlich schien und auch die Teilnehmer den Abbruch forderten (Verumgruppe: ein Toter von 145, Placebogruppe: 19 von 137 Toten). Die Studie ist nach wie vor ein Stützpfiler der orthodoxen AIDS-Forschung. Doch kann ein Beobachtungszeitraum von nur vier Monaten die auch heute noch praktizierte Vorgehensweise, AIDS-Medikamente sofort und lebenslang zu verordnen, nicht rechtfertigen. Und vor allem erwies sich die vom Retrovir-Hersteller Wellcome finan-

zierte Fischl-Studie „als gigantischer Pfuscher“, wie etwa die schweizer „Weltwoche“ 1992 schrieb. So waren die Doppelblindbedingungen bereits nach wenigen Wochen nicht mehr gegeben, und Patienten ließen ihre Pillen analysieren, um nicht Placebos, sondern AZT zu bekommen – oder sie besorgten sich AZT auf dem Schwarzmarkt. Oder es erhielten 30 Patienten aus der Verum-Gruppe lebenserhaltende Bluttransfusionen im Vergleich zu fünf aus der Placebo-Gruppe. Davon abgesehen stieg die Mortalitätsrate in der Folge rasant an, nach vier Jahren auf 80 und dann zügig auf 100 Prozent. Was den Verdacht erhärtet, dass die Patienten nicht trotz, sondern wegen AZT gestorben sind.

Die hohe Toxizität von AZT, das in den 60-ern entwickelt wurde im Zuge der Chemotherapie-Forschung und auf dessen Laboretikett ein Totenkopf-Zeichen prangt, bestätigte unter anderem die Concorde-Studie, die längste aller AZT-Studien (1988 bis 1992). Unter Aufsicht höchster staatlicher Stellen in England und Frankreich sollte gezeigt werden, dass die prophylaktische AZT-Gabe an HIV-positive gesunde Menschen sinnvoll ist. 1749 Patienten wurden in zwei Gruppen eingeteilt, von denen die eine mit zeitlicher Verzögerung AZT bekam. Doch zeigte sich, dass die Gruppe, die von Anfang an (also mehr) AZT bekam, eine um 25 Prozent höhere Sterblichkeit aufwies. Zudem ergab die Studie, dass der frühe Gebrauch von AZT nicht angezeigt ist und AZT auch das Leben nicht verlängern hilft. Andere umfassende Studien etwa in Frankreich (1989) und Australien (1990) zeigten ebenfalls die krankmachende bzw. tödliche Wirkung von AZT. Und die „Ärztezeitung“ berichtete 1989 vom „Frankfurter HIV-Modell“, wonach alternative Therapiemethoden, etwa die Verabreichung von Immunglobulinen, der Behandlung mit AZT überlegen sei.

In der Praxis jedoch wurde weiter nach der Doktrin verfahren: „Hit HIV early and hard“ (O-Ton AIDS-Forscher David Ho), und zwar mit antiretroviralen Medikamenten wie AZT. Eine Kurskorrektur gab es zwar insofern, als dass man nicht nur die AZT-Dosierung schrittweise verringerte (übrigens auch ein Beleg für die Toxizität von AZT), sondern auch von der Monozur Zweifach- und schließlich zur Dreifachkombinationstherapie (auch Triple Therapy oder HAART = High Active Antiretroviral Therapy) überwechselte. Und seit Einführung der HAART Mitte 1996 – deren Medikamente die hiesigen Kassen pro Patient und Jahr rund 15.000 € kosten – wird das AIDS-Establishment nicht müde, nun deren Wirksamkeit bzw. Überlegenheit anzupreisen. Doch gibt es auch hierfür keine Belege. Nicht nur, weil es, wie gesagt, keine Placebo-Kontrollen gibt. Auch ist die Triple Therapy so toxisch, dass selbst die Durban Declaration konstatiert: „Es ist äußerst wichtig, Medikamente zu entwickeln, die weniger Nebenwirkungen haben.“ Das Universitätsklinikum Bonn kommt 1999 zu dem Schluss: „Langzeitstudien zeigen, dass HAART-Patienten nicht nur vermehrt unter Leberschäden leiden, sondern auch mit lebensbedrohenden hepatotoxischen Vorfällen und Leberkrankheiten im Endstadium konfrontiert sind.“ Und selbst die US-Regierung ist der Auffassung, wie die „New York Times“ Anfang 2001 berichtete, dass die Behandlung mit AIDS-Medikamenten gerade für HIV-positive gesunde Menschen so lang wie möglich hinauszögert werden sollte wegen der wachsenden Bedenken hinsichtlich der Toxizität der Medikamente, die Nervenschäden, Knochenschwund, Diabetes und vieles mehr verursachen könnten. Seit kurzem lauten die Leitlinien nun, dass lediglich symptomatische Patienten, Patienten mit weniger als 200 CD4-Helfer-Zellen pro Mikroliter Blut oder aber Patienten mit hohen Viruslasten behandelt werden sollen.

Naturheilkunde 08/2004

Die AIDS-Industrie behauptet unterdessen, dass in den USA und Europa exakt mit Einführung der Triple Therapy Mitte 1996 auch die Zahl der AIDS-Toten zurückgegangen sei – was die Wirksamkeit der Behandlung beweise. Doch zeigt eine CDC-Statistik von 1993, dass der Gipfel der AIDS-Todesfälle im Jahr 1990 lag und danach deutlich zurückging. Vorsorgekampagnen (Kondome) können dafür nicht verantwortlich sein, weil diese zehn Jahre (offizielle Inkubationszeit von AIDS) vorher hätten stattfinden müssen, als noch niemand an AIDS-Tests dachte, und sich auch der Kondomverkauf etwa in Deutschland und Österreich zwischen 1980 und 1994 stabil blieb. „Die Schrittweise Reduzierung der AZT-Dosierung von 1500 auf 500 mg ab Anfang 1990 dürfte den Rückgang der AIDS-Mortalität weitgehend erklären“, folgert Claus Köhnlein, Internist in Kiel.

CDC-Statistiken neueren Datums zufolge liegt der AIDS-Mortalitäts-Gipfel dann plötzlich bei 1996. Möglich wurde dies, weil AIDS mehrfach neu definiert wurde. So galt in den USA per Dezember 1992 als AIDS-krank, wer HIV-positiv getestet war und eine von rund 30 Krankheiten hat wie Tuberkulose, PCP oder Kaposi-Syndrom und/oder – das war das Neue – weniger als 200 CD4-Helfer-Zellen pro Mikroliter Blut aufweist. Und das, obwohl die Concorde-Studie die Sinnhaftigkeit der Helferzellen-Zählerei noch in Frage gestellt hatte und obwohl es sich bei den neuen AIDS-Kranken meist um klinisch gesunde Menschen handelte. Doch stieg somit die Zahl der AIDS-Fälle in den USA auf einen Schlag um mehr als das Doppelte, was auch den AIDS-Mortalitäts-Gipfel um Jahre nach hinten verschob. „War die Neu-Definition Zufall?“ fragt der Wissenschaftler Vladimir Koliadin, der die Statistiken genau geprüft hat. „Immerhin, wenn der Öffentlichkeit schon Anfang der 90-er bewusst geworden wäre, dass die AIDS-Epidemie zurückgeht, hätte dies zur Reduzierung des AIDS-Budgets, auch beim CDC, führen können.“

Derweil berichtete das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt Anfang 2000, dass die mittlere Überlebenszeit von mit antiretroviralen Medikamenten behandelten Patienten 1988 nur bei vier Monaten gelegen habe, doch 1997 bereits bei 24,1 Monaten. Im Vergleich dazu gibt es zehntausende von „Long-Term-Survivors“, die oft schon 20 Jahre mit dem Virus leben – und von denen niemand AIDS-Medikamente geschluckt hat. Oder nur für kurze Zeit, wie US-Basketball-Superstar Magic Johnson. Woraufhin es hieß: „There is no magic in AZT and no AZT in Magic“. Köhnlein wiederum beobachtet seit fast zehn Jahren mehr als 30 AIDS-Patienten, die die ihnen von anderer Seite angebotene antiretrovirale Therapie ablehnten, klassisch je nach Krankheitsbild (Herpes Zoster, Tuberkulose, symptomfrei), etwa mit Antibiotika. Ein Drittel ist seit Mitte der 80-er positiv getestet. Und fast alle leben noch. „Die Dreierkombinationstherapie kann wirklich Kranken kurzfristig helfen, weil sie – ähnlich wie etwa Antibiotika – krankmachende Keime tötet“, so Köhnlein, „doch handelt es sich bei AIDS letztlich um eine das Immunsystem schädigende Intoxikationskrankheit, verursacht durch die Dauergabe der Medikamente selbst, Drogenkonsum und/oder Mangelernährung.“

Eine Auffassung, die der Naturheilkunde alles andere als fremd ist, insbesondere der Natural Hygiene, zu dessen Standardwerken „Mit Toxämie fangen alle Krankheiten an“ des 1940 verstorbenen US-Arztes John H. Tilden gehört. „Der Mensch kann nur aus sich selbst gesund sein, kein anderer kann ihn gesund machen, das wusste schon Heraklit“, so der Arzt und Natural-Hygiene-Vertreter Karl J. Probst, der auch eine HIV-Positive Rohnköstlerin betreut, die absolut symptomfrei ist, eine

gesunde zweijähriges Tochter hat und seit Jahren ungeschützten Sex hat mit ihrem HIV-negativen Mann. „AIDS-Kranke sollten keine AIDS-Medikamente nehmen, sondern den Körper konsequent entgiften, das Immunsystem stärken und die Darmflora wieder aufbauen – und im Idealfall zur veganen Rohkost übergehen“, rät Probst.

Für die Intoxikations-These spricht auch, dass es sich bei AIDS in den USA und Europa seit Anfang der 80-er, also seit jeher, um eine Krankheit handelt, die auf zwei Risikogruppen beschränkt ist: intravenös spritzende Drogenabhängige und männliche homosexuelle Konsumenten von Lifestyle-Drogen wie Poppers. Demgegenüber soll sich AIDS insbesondere in Afrika und Osteuropa seuchenartig ausbreiten. Was nicht nur der Aussage zuwiderläuft, HIV würde keine sozialen, politischen oder geografischen Grenzen kennen. Auch gibt es in Afrika, wie gesagt, so gut wie keine AIDS-Tests. Als AIDS-Patient gilt, wer nach der „Bangui-Definition“ bestimmte bekannte Krankheits-symptome aufweist (wie Durchfall, anhaltendes Fieber, Gewichtsverlust). Zugleich wachsen die Bevölkerungen von Ländern wie Botswana, Tansania, Uganda, denen die Medien seit Jahren die Entvölkerung prophezeien, rasant mit rund drei Prozent pro Jahr. Ähnlich sieht es in Südafrika aus, wo auch die Todesfallgesamtsstatistik nicht signifikant erhöht ist. Was den Verdacht erhärtet, altbekannte Erkrankungen werden schlicht umdefiniert in AIDS.

Zwar werden einigen Ländern zusätzlich HIV-Antikörper-Tests durchgeführt, in Südafrika etwa einmal pro Jahr an 16.000 schwangeren Frauen, und die Ergebnisse hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung. Doch ist Aussagekraft der Tests äußerst fragwürdig, allein weil ja nur die Anwesenheit von Antikörpern und nicht des Virus selbst angezeigt wird. Hinzu kommt, dass bei den Schwangeren nur der Elisa-Test durchgeführt wird, während in den USA und Europa zumindest ein weiterer Test, der Western Blot, Standard ist. Vor allem aber wird die Spezifität der Tests von vielen Experten mit Grund angezweifelt. So nennt die wissenschaftliche Literatur rund 70 Faktoren, die ein „positiv-falsches“ Test-Ergebnis herbeiführen können – darunter Herpes oder Grippe. Wobei gerade die Menschen in Afrika viele Antikörper gegen Krankheitserreger oder Fremdeiweiß nach Blutspenden oder unsauberen Injektionen haben. Und nicht zuletzt ist auf dem Beipackzettel der Test-Kits zu lesen, dass es zu nicht-spezifischen Reaktionen kommen könne, zum Beispiel hervorgerufen durch: eine schlichte Schwangerschaft.

Grund genug, wenigstens zu fragen, weshalb UNAIDS, für die die Basis ihrer AIDS-Schätzungen „the most reliable and accurate“ ist, 1999 den Wirtschaftsministern afrikanischer Länder empfahl, ihr Sozialbudget zu kürzen, um mehr Mittel für den Kampf gegen AIDS zur Verfügung haben. „Und das, wo etwa in Uganda seit 15 Jahren die Hälfte der Bevölkerung kein sauberes Trinkwasser hat und die Müttersterblichkeit nach wie vor eine der höchsten der Welt ist“, so der Wiener Frauenarzt Christian Fiala, „vor allem wegen der vielen illegalen Schwangerschaftsabbrüche und des Mangels an Prostaglandin, dem wichtigsten Geburtshilfemittel“. Und wie, könnte man fragen, sind wohl in Uganda, wo mehrere tausend Hilfsorganisationen im Kampf gegen AIDS aktiv sind, die Prioritäten im Gesundheitssystem gesetzt?

Statt dessen wird argumentiert, AIDS breite sich in Afrika wegen der hohen Promiskuität aus, was nicht nur statistisch widerlegt werden kann, sondern auch epidemiologisch. Nie wurde ein Fall einer Virus-Ansteckung in einem von Fachleuten begutachteten („peer-reviewed“) Journal als Beleg geschildert. AIDS-Forscher sagten auf dem AIDS-Advisory-

Panel-Treffen, sie würden für diese Aussage Gegenbeweise liefern – doch bis heute ist dies nicht geschehen. Statt dessen förderte etwa eine Zehn-Jahres-Studie von Sexualpartnern (einer HIV-positiv, einer negativ) keinen Fall sexueller Übertragung zu Tage. Und auch konnte das das Centers for Disease Control (CDC), die US-Seuchenbehörde, nicht einen Fall von Blut-zu-Blut-Übertragung belegen unter US-Medizinern, die in 20 Jahren 850.000 AIDS-Patienten betreuten. Das CDC zählt zwar 26 Verdachtsfälle auf, die jedoch höchst unzureichend begründet werden – und ohnehin sehr wenig sind für das angeblich „tödlichste Virus der Welt“. Zum Vergleich: Im selben Zeitraum wurden in den USA allein mehr als 20.000 Hepatitis-Ansteckungen bei Medizinern gemeldet.



Zwar wird auch gerne auf die Darby-Studie verwiesen, die zwischen 1985 und 1992 die Todesraten von HIV-positiven und -negativen Blutern in England untersuchte. Als dann Ende 1986, kurz vor der Marktreife von AZT, noch mal getestet wurde, wies die Gruppe der HIV-Positiven eine erhöhte Mortalität auf, die Negativ-Gruppe jedoch nicht. Doch wird dabei übersehen, dass die Gesamttodesrate der Bluter seit Mitte der 60-er zurückgegangen war und exakt dann wieder stieg, als 1985 die HIV-Tests eingeführt wurden. So kam es, vor allem da alle Welt die Formel „HIV = AIDS = Todesurteil“ gespeichert hatte, unter den positiv Getesteten vermehrt zu Suiziden. Daneben wurden alle gleich nach Bekanntwerdung des positiven Test-Ergebnisses als AIDS-Patienten behandelt, indem sie etwa das zellhemende Antibiotikum Eusaprim als Dauergabe(!) bekamen. Bis sie 1987 alle AZT erhielten, woraufhin die Todesrate merklich anstieg. Im Zusammenhang mit den Blutern darf darüber hinaus nicht vergessen werden, dass das für Bluter bestimmte Blutplasma vor der Verabreichung gerfriergetrocknet ist, der Virus einen solchen Extremzustand aber gar nicht übersteht. Wie also kann der Virus dann nach monatelanger Lagerung Patienten infizieren? „Wofür niemand eine Erklärung bieten konnte“, heißt es im Abschlussbericht von Mbekis „AIDS Advisory Panel“.

Doch trotz des begründeten Verdachts, dass die AIDS-Medikamente erst AIDS verursachen, scheint die Öffentlichkeit kaum bereit, kritische Fragen zu stellen. An eine Industrie, die das bisherige immunologische Verständnis auf den Kopf stellt, indem HIV-Antikörper-positiven Menschen erklärt wird, sie würden unter einer tödlichen Krankheit leiden – während die Antikörper sie bei allen anderen schützen. An einen Medizinbetrieb, dessen AIDS-Dogmatismus Richter dazu treibt, gesunde HIV-positive Kinder gegen den Willen der Eltern eine lebenslange antiretrovirale Therapie zu verpassen. An das New Yorker Incarnation Children's Center (ICC), ein AIDS-Heim für Kinder. Dort werden jungen Menschen, die partout keine Medikamente schlucken wollen, wie der Journalist Liam Scheff aufdeckte, durch die Bauchdecke Plastiksonden genäht, um ihnen so die toxischen AIDS-Cocktails direkt in den Verdauungstrakt injizieren zu können. „Schwere Gehirn- und Knochenmarksschäden waren die Folge“, so Scheff. Das ICC bestätigte gegenüber „Naturheilkunde“, dass 60 Kinder, darunter auch drei Monate junge, vom ICC an den Versuchen teilnahmen. Auch gab man zu, dass Kindern Schläuche durch die Bauchdecken genäht wurden. Doch erst als die New York Post

die Story vor kurzem mit der Headline „Kleinkinder als ‚Versuchskaninchen‘ benutzt“ auf die Titelseite hob, leiteten die Behörden Untersuchungen ein. Und wer stellt Fragen an die etablierten AIDS-Forscher, die im Gegensatz zu ihren Kritikern mit der Umsetzung ihrer Thesen eine Menge Geld verdienen (können). Etwa an einen ihrer berühmtesten Vertreter: David Ho, in Taiwan 1996 vom Magazin „Time“ zum Mann des Jahres gekürt, der kürzlich seine vehement vertretene Theorie über HIV-Langzeitüberlebende revidieren musste. Oder an die vielen anderen, die, wie Hans-Georg Kräusslich, Professor für Virologie an der Universität Heidelberg, konstatiert, in den vergangenen zehn Jahren gerade in den hochangesehenen Journalen wie „Nature“, „Science“ und „Cell“ zahlreiche Arbeiten veröffentlicht hätten, die offenkundig falsch waren – doch nie korrigiert worden seien. Wo also, fragt man sich, ist der Geist Albert Einsteins geblieben: „Das Wichtige ist, nicht mit dem Fragen aufzuhören.“

Anschrift des Verfassers:

Torsten Engelbrecht, Journalist

Hem-Hoyer-Straße 60 · 20359 Hamburg · Tel.: 040-3174054

E-Mail: tengelbrecht@gmx.net