

## **Studiengruppe AIDS-Therapie**

c/o Felix de Fries

Eglistr. 7 CH-8004 Zürich

Tel. 0041 44 401 34 24

Email: [felix.defries@tele2.ch](mailto:felix.defries@tele2.ch)

An Betroffen, ihre Ärzte und Betreuer  
Beteiligte Institutionen und Gruppen  
An die Medien

Zürich, den 1. März 2012

### **betr. Darmflora, Darmschleimhaut, Antibiotika und AIDS**

Wie neue Studien zur Wirkung von heute gebräuchlichen Antibiotika auf die Darmschleimhaut zeigen, wo sich auf einer Fläche, die einem Fussballfeld entspricht, mehr als 70% der gesamten Immunzellen im Organismus befinden, führen diese zu:

- Bleibenden Veränderungen in der Zusammensetzung der Darmflora: Verminderung gutartiger Bakterienstämme (u.a. Laktobazillen und Bifidobakterien), welche für die Abwehr ortsfremder Bakterien wichtig sind, und Stoffe zum Erschliessen von Nahrungsbestandteilen bilden, sowie Vermehrung von bösartigen Bakterienstämmen;
- Verminderung der Vielfalt der Bakterienstämme und damit Verminderung der flexiblen Reaktionsfähigkeit auf Infektionen und der schnellen Rückkehr zum Steady State, [\(A1\)](#)
- Veränderung der genetischen Struktur einzelner Bakterienstämme „Antibiotika-Resistenz“ und Austausch von Resistenz-Genen zwischen Bakterienstämmen und in der Folge bleibende Veränderung der Darmflora durch resistente Stämme [\(A2\)](#),
- Vermehrte Ansiedelung von Hefepilzen (*Candida Albicans*), welche dabei ihren Stoffwechsel verändern, Wurzeln bilden und giftige Abwehrstoffe absondern, Vermehrte Ansiedlung von Pilzen, (z.B. Mykoplasma), die gegen Antimykotika resistent sind. [\(A3\)](#)
- Verminderte Bildung von Abwehrstoffen gegen fremde Bakterien und Pilze durch Bakterien und verminderte Bildung von Toxinen, mit denen Bakterien in der Darmschleimhäuten Immunzellen gegen Viren, Bakterien und Parasiten aktivieren. Verminderte Bildung körpereigener Abwehrstoffe gegen Erreger und als Folge dieser Vorgänge verminderte Abwehr gegen Infektionen im Darm, im Mund, im Rektum und in den Sexualorganen, [\(A4\)](#)
- Verminderung der Energiebildung in Bakterien und in Immunzellen durch Besetzung von Rezeptoren auf der Zelloberfläche durch Antibiotika und Verstopfung der Membran ihrer Mitochondrien und damit Blockierung der Proteinsynthese in diesen [\(A5\)](#).

- Verminderte Bildung von bakteriellen Stoffen, die für die Bildung des Deckgewebes und den Schutzfilm auf ihm gebraucht werden, und in der Folge erhöhte Durchlässigkeit des Deckgewebes auf der Darmschleimhaut, welche zum direkten Kontakt zwischen Immunzellen und Nahrungspartikeln führt. Dies hat fortgesetzte Entzündungsreaktionen in der Darmschleimhaut zur Folge, die mit der Zeit die lokale Immunregulation und Immuntolleranz überfordern, und führt schliesslich zur Ausbreitung von Darmbakterien im gesamten Organismus, welche über ihre Abbauprodukte Antigen präsentierender Zellen (Dendriten) andauernd aktivieren, was schliesslich zu ihrer Entzündung und Blockierung führt und in der Folge zu einer dauernden Abnahme der Aktivität von CD-4 T-Zellen. (Dieser Prozess kann durch glutenhaltige Getreide oder durch histaminhaltige und Säure bildende Nahrungsmittel befördert werden.) ([A6](#))
- Vernichtung von Bakterienstämmen im Dünndarm, welche die Ausbildung der Th17 T-Zellen auslösen und in der Folge Veränderung in der Balance zwischen Th17 T-Zellen und regulierenden T-Zellen (T-reg), welche für die Bildung aller T-Zellen bestimmend ist. Dies führt schliesslich nach einer generellen Abnahme der CD-4 T-Zellen, und einer fortschreitenden systemischen Entzündungsreaktion im gesamten Organismus. Dabei kommt die Abwehr gegen Bakterien, Pilze und Parasiten im Gehirn, in der Lunge und anderen Organen zum Erliegen ([A7](#)) (Einzelne Arten von Antibiotika vernichten dabei diese Dünndarmbakterien mehr als andere und erzeugen dadurch einen stärkeren initialen Abfall der Th17 T-Zellen.)

In neuen Studien zu AIDS wurde dargestellt, dass die sog. HIV-Erkrankung charakterisiert ist durch:

- eine chronische Veränderung der Darmflora mit Abnahme gutartiger Darmbakterien (namentlich Lactobacillae und Bifidobakterien), welche eine zentrale Rolle für die Abwehrfähigkeit im Darm, den Schutz der Darmschleimhaut und ihre Immunfunktionen haben,
- eine chronische Entzündung und erhöhte Durchlässigkeit der Darmschleimhaut, welche zur Folge hat, dass sich Darmbakterien im gesamten Organismus ausbreiten, wo sie durch ihre Abbauprodukte zu andauernden Entzündungsreaktionen führen, was schliesslich auch zur Entzündung von Antigen präsentierenden Zellen (Dendriten) und ihrer Blockierung führt ([A8](#)).
- eine Abnahme der Th17 zugunsten der regulierenden T-Zellen (T-reg) (im Stadium der Akutphase der sog. HIV-Infektion) und in der Folge Abnahme aller T-Helferzellen im Organismus ([A9](#))

Während die Vertreter des HIV-AIDS-Modells die Abnahme der Th17 Zellen auf eine direkte Schädigung aller T-Zellen durch das sog. HI-Retrovirus zurückführen (und beim quasi analogen Modell mit Rhesusaffen auf das sog. SIV-Lentivirus, das durch die Gabe von autoreaktiven Antikörpern oder auch durch Alkoholgaben aktiviert werden kann, so dass es dann zu Erkrankung kommt ([A10](#))), haben Antibiotika-Spezialisten wie Geoffrey Canon, Jeffrey A. Fisher, Robert Root-Bernstein und Heinrich Kremer seit Mitte der 80er Jahre auf den Zusammenhang von extensiven Antibiotikagaben an einzelne Patientengruppen (z.B. männliche Homosexuelle, intravenöse Drogenkonsumenten, promiskuitve Swinger) und AIDS hingewiesen ([A12dt](#)) und entsprechend eine begrenzte Abgabe von Antibiotika bei

diesen Patienten gefordert, sowie eine Immunsystem stützende, probiotische Therapie zur Wiederherstellung des Immunsystems nach der Gabe von Antibiotika.

Wie die angeblich infektiös übertragbaren Hi-Retroviren CD-4 T-Zellen angreifen und vernichten, konnte bis heute nicht genau dargestellt werden. Weder die im Plasma gemessene „Viruslast“ noch die CD-4 T-Zellen Zahl erwiesen sich als verlässliche Messwerte im Bezug auf den Krankheitsverlauf bei Test-Positiven. Da HIV bis heute nicht nach den von Luc Montagnier et al. definierten Kriterien als Retrovirus purifiziert und biochemisch nachgewiesen werden konnte, muss es als Laborphänomen betrachtet werden, anhand von dem nachfolgend verschiedene Messwerte abgeleitet wurden ([A11](#)).

Leicht übertragbare Krankheiten (Hepatitis A und B, Chlamydien, Syphilis, Gonorrhö, Herpes Genitalis, Granuloma, Urethritis, Trachomatis, bakterielle Vaginitis usw. usf.), welche aufgrund der vorliegenden epidemiologischen Daten als Schrittmacher für die Serokonversion im sog. HIV-Antikörpertest und die HIV-Infektion betrachtet werden müssen, werden seit Jahren mit verschiedensten Antibiotika behandelt ([A14](#)), wobei eine zunehmende Zahl der auslösenden Erreger (z.B. Neisseria Gonorrhoeae), gegen mehrere Antibiotika-Klassen resistent sind, was eine erfolgreiche Behandlung dieser Krankheiten zunehmend schwierig macht ([A15](#)). Auch die Erreger von endemischen Krankheiten in Entwicklungsländern (so z.B. Tuberkulose, Leishmania oder Salmonellen-Septikämie), die dort laufend mit Antibiotika behandelt, welche in entwickelten Ländern nur in Ausnahmefällen angewendet werden dürfen, sind resistent gegen verschiedene Antibiotika, was die erfolgreiche Behandlung dieser Krankheiten, die bei einem positiven Ergebnis in den HIV-Antikörper-Tests, AIDS definieren ([A16](#)), auch bei gleichzeitiger Gabe der Kombitherapie ART oftmals unmöglich macht ([A17](#)).

Obwohl ART, als bakteriostatisch wirkende, zelltötende Therapie bei den Behandelten das Auftreten von sexuell übertragbare Krankheiten (STD) auch bei dauernder Latenz, Antibiotika-Resistenz oder Reinfektion vermindert, und die Lebenserwartung der Behandelten im Vergleich mit der früheren Monotherapie AZT deutlich verlängert, so kann durch ART bei vielen Patienten das Auftreten der verschiedensten Infektionen und der klassischen AIDS definierenden Krankheiten (Kaposi Sarkom, Non-Hodgkin Lymphoma, Pneumocystis jirovecii Pneumonie, Tuberkulose und Kryptokokken-Meningitis) nicht vermieden werden, was immer wieder die zusätzliche Gabe von Antibiotika parallel zu ART nötig macht ([A18](#)). Sowohl die Nukleosidanaloga in ART, wie auch zusätzlich abgegebene Antibiotika vernichten aber die Dünndarmbakterien, welche die Bildung der Th17 Zellen auslösen, die für die Regulation aller CD4 T-Zellen unabdingbar sind, und beeinträchtigen durch Schädigung der Darmflora die Darmschleimhaut.

Wie neue Studien zeigen, kann ART nur bei Patienten, die zu Beginn der Behandlung eine CD-4 T-Zellen Zahl über 200/uL und keine schwere Beeinträchtigung der Darmschleimhaut aufweisen (rund 80% aller Patienten in Dänemark), zu einer Erhöhung der CD-4 T-Zellen Zahl führen, während sie bei immunologischen Non-Respondern (INR) (rund 20% aller Patienten in Dänemark) trotz der totalen Elimination von HIV zu keiner Erhöhung der CD-4 T-Zellen Zahl auf Werte über 200/uL führt, und die Ausbreitung von Darmbakterien im Organismus nicht begrenzen kann, welche über ihre Abbauprodukte chronische Entzündungsreaktionen mit nachfolgender Blockierung der Antigen präsentierenden Zellen (Dendriten) auslösen, und damit die Progredienz von Aids-definierenden Krankheiten befördern.

Die Vertreter des HIV-AIDS-Modells räumen heute ein, dass das Ausmass in welchem mittels ART die Zahl der Th17 Zellen und anderer CD-4 T-Zellen bewahrt oder wieder erhöht werden können, abhängig ist vom Ausmass der bestehenden Schädigung der Darmflora und

der Darmschleimhaut und dem Ausmass der nachfolgenden Ausstreuung von Darmbakterien im gesamten Organismus. Sie untersuchen denn nun auch, ob durch die Gabe von ausgesuchten Bakterien (Pro-Biotika) zusätzlich zu ART der Zustand der Darmschleimhaut gebessert werden kann, und ob durch die Gabe von Nahrung für gutartige Bakterienstämme (Pre-Biotika) bei ART-naiven Patienten, die Abwehrfähigkeit gesteigert werden kann. Ausserdem untersuchen sie in jüngster Zeit, ob durch diese Stoffe bei Immunologischen Non-Respondern (INR) und partiellen immunologischen Respondern (PIR) der Zustand der Darmschleimhaut so gebessert werden kann, dass die Ausstreuung von Darmbakterien im Organismus vermindert werden kann, und ob bei ihnen durch die Gabe des Botenstoffs Interleukin-2 oder von GcMAF bzw. MAF 314 die Blockierung der Antigen präsentierenden Zellen gestoppt und die Neubildung von CD-4 T-Zellen gefördert werden kann, welche als Memory T-Zellen, Antigene erkennen können, was unter der ART-Behandlung den meisten zirkulierenden T-Zellen nicht möglich ist. [\(A19\)](#).

Dass die, der Immunschwäche zugrundeliegende Störung, wie jetzt sichtbar wird, auf einer Antibiotika induzierten Schädigung der Darmflora beruht, welche zu einer erhöhten Durchlässigkeit der Darmschleimhaut führt und in der Folge zu einer chronischen Entzündungsreaktion mit Abnahme der CD-4-T-Zellen und Blockierung der Antigen präsentierenden Zellen nach ihrer Überaktivierung durch bakterielle Abbauprodukte, führt bei den Vertretern des HIV-AIDS-Modells nicht zu einem fundamentalen Umdenken im Bezug auf die Ursachen von AIDS und die AIDS-Therapie, obwohl sie heute eingestehen müssen, dass AIDS durch ART nicht kausal behandelt, sondern nur gedämpft werden kann. Dass die Lebenserwartung bei ART Behandelten auch in westlichen Ländern immer noch deutlich kleiner ist, als bei der Gesamtbevölkerung führen sie auf „Nicht-AIDS-spezifische Krankheiten“ (Leberversagen, Nierenversagen, Herz-Kreislaufferkrankungen, Nervenkrankheiten, Lungenerkrankungen und bestimmte Krebsformen) zurück, welche sie als vorzeitige Alterungserscheinungen betrachten und nicht als die zwingende Folge von ART und der fortlaufenden Schädigung der Mitochondrien durch ART [\(A20\)](#).

Die Ausbreitung der AIDS-definierenden Krankheiten (Anfangs der 1980er Jahre nur Pneumocystis carinii und das Kaposi-Sarkom, später viele andere, endemische Krankheiten wie TB) muss aufgrund der heute vorliegenden Erkenntnisse zur Wirkung von Antibiotika auf die Darmflora und die Darmschleimhaut und ihrer Auswirkung auf CD-4 T-Zellen und Dendriten auf die wiederholte und fortgesetzte Abgabe von Antibiotika [\(A22\)](#) und das Unterlassen einer Therapie zur Wiederherstellung der Darmflora und der Immunreaktionen nach Antibiotika-Gaben zurückgeführt werden, sowie auf Faktoren wie Fehl- und Mangelernährung [\(A21\)](#), Drogenkonsum, schmutzigem Trinkwasser und Umweltgifte, aber eindeutig nicht auf das 1984 angeblich neu entdeckte HI-Retrovirus.

Bei den mittels der PCR-Methode gemessenen sog. HI-Viruspartikeln, anhand derer die „Viruslast“ bestimmt wird, handelt es sich um nicht näher charakterisierten Teilchen mit Botensubstanz (RNA), welche bei chronischen Entzündungsreaktionen zur Reparatur von DNA-Schäden in erhöhtem Mass gebildet werden, bei den sog. HIV-Antikörpern, welche von einem in den 80er Jahren in mehreren Schritten festgelegten Wert an, in HIV-Tests zum Testergebnis „HIV-positiv“ führen, um polyclonale Antikörper gegen ausgesuchte Proteine des Zellskeletts und der Zellhülle sowie gegen verschiedenste bakterielle Bruchstücke und Abbauprodukte, welche bei Personen mit einer Antibiotika induzierter Schädigung der Darmschleimhaut und nachfolgenden Autoimmunreaktionen in erhöhtem Masse auftreten. Die Zahl der im Plasma gemessenen CD-4 T-Zellen sinkt bei Personen ab, bei denen es durch eine Antibiotika induzierte Schädigung der Darmflora zu einer Schädigung der Darmschleimhaut gekommen ist, mit nachfolgender Blockierung der Neubildung der Th17-T-

Zellen und CD-4-T-Zellen und Blockierung der Antigen präsentierenden Dendriten nach ihrer Überaktivierung durch bakterielle Abbauprodukte. Alle mit HIV apostrophierten Werte sind also Produkte einer Antibiotika induzierten Schädigung der Darmflora und Darmschleimhaut. AIDS sollte dementsprechend als Antibiotika-induziertes Immun-Defizienz Syndrom bezeichnet werden.

Das Postulieren eines neuen, infektiös übertragbaren, Immunschwäche-Retrovirus (HIV) und die Konstruktion und Einführung des sog. Antikörpertests, diente ab 1984 offensichtlich dazu, die schockierenden, bei Patienten zunehmend auftretenden Antibiotika-Resistenzen und Antibiotika-Folgewirkungen, zu verleugnen und gegenüber der Öffentlichkeit auszublenden. Männliche Homosexuelle, als angebliche Ausstreuer des neuen Virus, sollten dabei durch den Hinweis auf eine neue leicht übertragbare, und zwingend tödlich verlaufende Geschlechtskrankheit zu einem weniger riskanten Sexualverhalten angehalten werden. Eine Strategie, bei der mit Hinweis auf die HIV-Übertragung die Rolle von leicht übertragbaren Infektionen (Hepatitis A, B und C, Syphilis, Gonorrhöe usw.) als Schrittmacher der Serokonversion zu „HIV-positiv“ fortlaufend ausgeblendet wurde, sodass bis heute deren Verbreitung bei Risikogruppen kaum vermindert werden konnte, was ständig hohe Antibiotikagaben gegen diese Krankheiten in diesen Gruppen nötig macht. Der schwere Verlauf von endemischen Krankheiten, wie Tuberkulose, Candidiasis, Cryptococcosis, Toxoplasmosis, Mycobacterium avium, Herpes simplex, Leishmania and Salmonella septicaemia wurde nicht auf darauf zurückgeführt, dass ihre Erreger gegen mehrere Antibiotikaklassen resistent geworden waren, sondern auf das angeblich im Hintergrund dieser Infektionen wirkende HIV-Retrovirus.

Mittels dem neuen „Super-Antibiotika“ AZT, das alle leicht geschwächten Zellen (darunter viele Bakterien, aber auch junge Zellen aller Art inkl. Immunzellen) vernichtet, wurde dann ab 1987 die neue Geschlechtskrankheit bekämpft. Eine Behandlung, die innert weniger Jahre zum Tod von Tausenden von Test-Positiven in aller Welt führte, und erst 1995 durch Proteasehemmer ergänzt wurde, welche über die Blockierung der Zellteilung fortgesetzte Entzündungsreaktionen zeitweise abbremsen können, was dann nach der Senkung der Dosis von AZT bei den Behandelten zu einer raschen Abnahme der Todesfälle führte. Dass diese Medizin, durch eine extensive, unkontrollierte Gabe von Antibiotika, oftmals ohne genaue Laboranalyse der Krankheitserreger, und durch die Nicht-Anwendung einer probiotischen, Immunsystem stützenden Therapie nach Antibiotika-Gaben jeden Tag neue HIV-Test-Positive und AIDS-Patienten schafft, und damit die Epidemie des sog. HIV-Retrovirus fortlaufend in aller Welt weitertreibt, konnte unter dem Einfluss des HIV-AIDS-Modells ebenso wenig verstanden werden, wie der Fakt, dass durch extensiven Gabe von Antibiotika an Test-Positive und AIDS-Patienten, bei diesen fortlaufend neue Immunschwächen und nachfolgend opportunistische Infektionen ausgelöst werden.

Ob durch die frühzeitige Gabe von ART an Betroffene, die Übertragung von Antibiotika resistenten Bakterien und damit eine spätere Serokonversion bei ihren Test-negativen Partnern vermieden werden kann, wie anhand einer doppelblinden Studie dargestellt werden sollte, ist nicht klar, da diese Studie mit Hinweis auf positive Resultate vorzeitig abgebrochen wurde. Da resistente Bakterien unter ART nur unterdrückt, aber nicht beseitigt werden, ist nicht sicher, dass sie bei gestressten oder vorübergehend immunsupprimierten Partnern nicht zur Erkrankung führen können. Studien zu „diskonkordanten Paaren“ weisen darauf hin, dass sich die Test negativen Partner häufig beim Kontakt mit Drittpersonen mit leicht übertragbaren Krankheiten anstecken, wobei es dann mit der Zeit auch bei ihnen zur Serokonversion zu „HIV-positiv“ kommt. Einzelne Fachleute befürworten heute ungeschützten Verkehr bei fest verbundenen Paaren, bei denen die Viruslast beim Test-positiven Partner bei 0 liegt. Wie weit Erkrankungen durch Antibiotika resistente Bakterien bei Paaren vermieden werden

können, bei denen beide Partner ART einnehmen, ist nicht bekannt, da ja in diesem Fall bei jedem einzelnen, die Zunahme oder Abnahme der sog. HI-Viruslast gemessen und die Behandlung mit ART und Antibiotika entsprechend angepasst wird.

Wie weit es möglich ist, eine durch Antibiotikagaben eingetretene Schädigung der Darmflora und Darmschleimhaut und die daraus resultierende Immunschwäche durch die Gabe von Pre-Biotika, Pro Probiotika, Aminosäuren und Pflanzenstoffen erfolgreich zu behandeln, und die unkontrollierte Abgabe von Antibiotika am Menschen und in der Vieh- und Geflügelzucht zu stoppen, wird entscheidend dafür sein, ob in den nächsten Jahren AIDS-definierende Krankheiten erfolgreich behandelt werden können. Für Betroffene eine ausreichende und gesunde Ernährung, sauberes Wasser sowie eine probiotische, Immunsystem stützende Therapie ((A13) (A23) nach Antibiotika-Gaben verfügbar zu machen, und die Pandemie der Antibiotika-Resistenzen und Antibiotika induzierten Immunschwächen zu stoppen, wird für die Medizin in aller Welt in den nächsten Jahren eine grosse Herausforderung darstellen.

Felix de Fries

Beilagen: - Therapieempfehlungen

<http://www.ummafrapp.de/skandal/felix/Therapieempfehlungen.pdf>

- AIDS und die Mitochondrien:

[http://ummafrapp.de/skandal/felix/mitochond/AIDS\\_und\\_die\\_Mitochondrien.pdf](http://ummafrapp.de/skandal/felix/mitochond/AIDS_und_die_Mitochondrien.pdf)

PS: Dass bei ART auftretenden Komplikationen und Nebenwirkungen, durch die Gabe von antioxidativen Stoffen entscheidend vermindert werden können, wurde im Jahr 2002 in einer klinischen Studie (A24) nachgewiesen. Obwohl Pharmakonzerne wie Roche und Squibb daraufhin umfangreiche Broschüren zur ergänzenden Behandlung bei ART mit Aminosäuren, Spurenelementen und Vitaminen publizierten (A25), hatte dies nur wenig Einfluss auf ihre tatsächliche Behandlung. Da Krankenkassen solche Stoffe, ebenso wie Probiotika oder immunmodulative Pflanzenstoffe, nicht vergüten, und die Patienten folglich diese Stoffe aus der eigenen Tasche bezahlen müssen, werden sie von den Ärzten, ganz im Gegensatz zur ART-Therapie, die hierzulande inklusive Labor mehr als 20'000 Euro pro Jahr und Patient kostet, nicht verordnet. Von den verordneten ART-Medikamenten und Antibiotika erhalten die abgebenden Ärzte und Spitäler rund 1/3 des Verkaufspreises von den Krankenkassen erstattet.