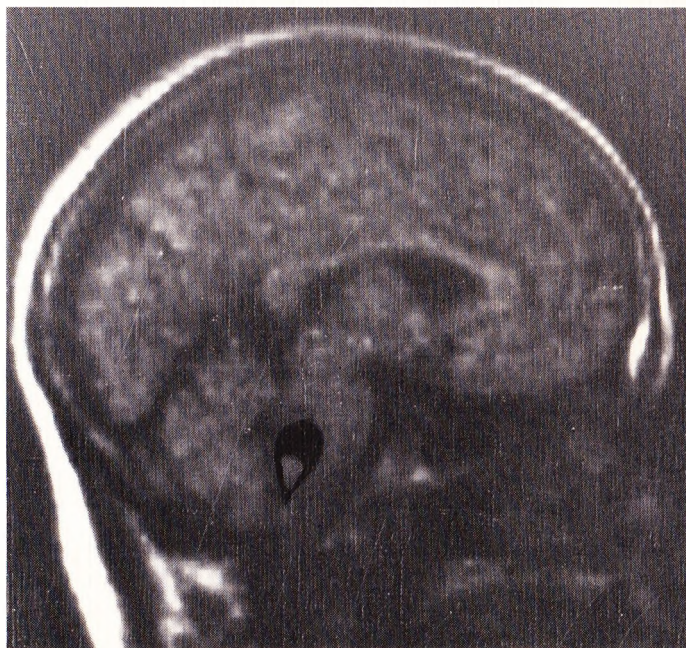


KREBS

Krankheit der Seele



Kurzschuß im Gehirn,
dem Computer unseres Organismus

Die EISERNE REGEL DES KREBS

Dr. med. Ryke Geerd Hamer



Dr. med. Ryke Geerd Hamer · Krebs

Verlag AMICI di DIRK
Ges. f. med. Schriften m.b.H.
Sülzburgstraße 29
5000 Köln 41 – Tel. 0221/413047

2. Auflage
Alle Rechte vorbehalten
Printed in Germany
Gesamtherstellung: Ebner Ulm
März 1987

Dr. med. Ryke Geerd Hamer

KREBS

Krankheit der Seele

Kurzschluß im Gehirn,
dem Computer unseres Organismus

Die EISERNE REGEL DES KREBS



DIRK GEERD HAMER

geboren 11. März 1959
in Marburg
gestorben 7. Dezember 1978
in Heidelberg

tödlich getroffen am 18. August
1978 vor Cavallo/Korsika
begraben unter der Stadtmauer
an der Pyramide, Rom

Schwarzwald,
7. Dezember 1980, 17 Uhr

Dirk mein Sohn

Heute vor 2 Jahren war der schwärzeste Tag meines Lebens, die schwärzeste Stunde meines Lebens! Mein geliebter Dirk ist in meinen Armen gestorben. Nichts vorher und nichts nachher war so grauenhaft, so unsagbar vernichtend wie diese Stunde. Ich habe gemeint, es würde vielleicht langsam nachlassen, dieses Gefühl der Ohnmacht, des Verlassenseins, der unendlichen Traurigkeit. Aber es wird noch immer stärker. Ich kann nicht mehr der sein, der ich war. Mein armer Sohn, was hast Du durchgemacht, was hast Du gelitten, ohne je mit einem Wort zu klagen. Was hätte ich darum gegeben, hätte ich an Deiner Stelle sterben dürfen. Jede Nacht stirbst Du aufs neue in meinen Armen, 730 Nächte bist Du seither bei mir gestorben, und immer wollte ich Dich nicht loslassen aus meinen Armen und immer zog Dich das grausige Verhängnis. Ohnmächtig stand ich noch jedesmal zum Schluß und hab geheult wie vor 2 Jahren, so hemmungslos und fassungslos geheult wie damals zwischen all den schwerkranken Patienten und den abgestumpften rohen und unbarmherzigen Ärzten und Schwestern, die mich nur zum Sterben noch zu Dir gelassen haben.

Du wunderbarer Junge, bist gestorben wie ein König, stolz, groß und doch so lieb trotz aller Qualen, trotz aller Schläuche in allen Venen, Arterien, trotz Intubationsschlauch, trotz furchtbarem Decubitus. Die Niedertracht und Bosheit Deiner Peiniger hast Du nur mit einem Kopfschütteln abgetan: *»Papa, sie sind böse, sehr böse.«* In den letzten Tagen hast Du nur noch mit den Augen gesprochen, aber ich habe jedes Wort von Dir verstanden.

Hast Du auch alles verstanden, was ich Dir noch zuletzt gesagt habe, daß Papa und Mama Dich unendlich liebhaben und daß wir immer zusammenbleiben werden und alles gemeinsam machen werden? Und daß Du jetzt ganz stark sein mußt und einen langen Schlaf machen mußt? Du hast genickt, und ich bin sicher, Du hast alles verstanden trotz Deines Todeskampfes. Nur einmal, als Du schon Deine Augen geschlossen hattest und meine Tränen auf Dein Gesicht tropfen fühltest und mich weinen hörtest, hast Du ein bißchen unwillig mit dem Kopf geschüttelt. Wolltest Du mir sagen: *»Papa, du sollst nicht weinen, wir bleiben doch immer zusammen!«*

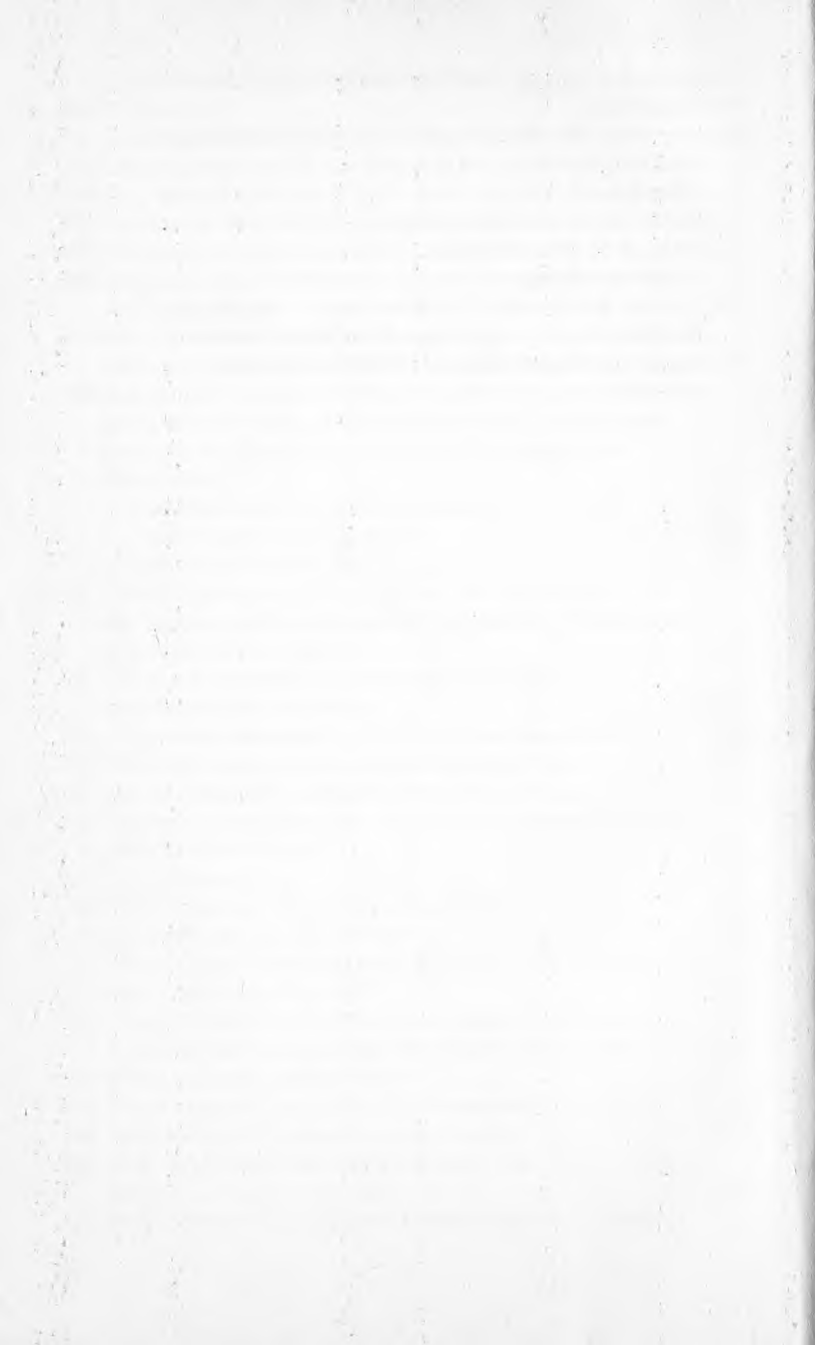
Ich schäme mich nicht, mein Junge, vor keinem Menschen. Ich weine so oft, wenn niemand mich sieht. Sei mir nicht böse. Ich weiß, Du hattest Deinen Vater noch niemals weinen gesehen. Aber jetzt bin ich ja auch Dein Lehrling und bin traurig stolz auf Dich, mit welcher Würde Du uns durch das große Tor des Todes vorausgegangen bist. Aber auch solch ein Stolz kann meine Verzweiflung nicht stillen, wenn Du jede Nacht aufs neue in meinen Armen stirbst und mich verzweifelt zurückläßt.

Inhaltsangabe

Vorwort	11
1. Einführung	15
2. Krebs – was ist das?	
a) geschichtlicher Rückblick	29
b) Rehabilitationsarbeit Oktober 81	34
c) Was ist der Krebs nach den letzten Erkenntnissen über die EISERNE REGEL DES KREBS?	39
3. Das DIRK-HAMER-SYNDROM	45
4. Die EISERNE REGEL DES KREBS	51
5. Zweit- und Dritt-Carcinome	61
6. HAMERsche HERDE statt Hirnmetastasen Der elektro-physische »Feldeinbruch im Gehirn«, auch »Kurzschluß des Gehirns« genannt, sichtbar im CCT als HAMERscher HERD.	67
7. Die Therapie des Krebs	
A. Konflikt-Lösung der Psyche = Conflictolyse (CL) . .	146
B. Inaktivierung des Carcinom-Wachstums = Carci- nostase (CS).	152
C. Ausbildung und Rückbildung des intra- und perifocalen Hirnoedems = Focolyse (FL)	156
D. Neuro-psychische Umschaltung des gesamten Organismus von Sympathicotonie in Vagotonie	159
8. Die Therapie mit gesundem Menschenverstand	164
9. Komplikationen	168
10. Therapie der Komplikationen	174
11. Weitere Therapiemöglichkeiten	178
12. Das »eingeschlafene« oder inaktivierte Carcinom . .	184
13. Endstadium des geheilten Carcinoms	189
14. Das echte Konflikt-Rezidiv mit DHS = wieder- aufgewachtes Carcinom	191
15. Das Zweit-Ca in der alten Konflikt-Narbe des Erst-Ca, aber mit Konflikt-Inhalts-Verschiebung	194
16. Der ärztlich verursachte (»iatrogene«) Konflikt	198
17. Beispiele für Konflikte	
1. Konflikte mit anderen (Streit mit anderen) Menschen oder Tieren	204
2. Sorgekonflikt um einen anderen Menschen, Tier oder Sache	205

3. Streit bzw. Konflikt mit sich selbst	206
18. Fallbeispiele	208
19. Änderung der Häufigkeit bestimmter Krebs- lokalisationen durch sozialen Strukturwandel der Gesellschaft und damit auch Änderung der Häufigkeit bestimmter Konflikthalte	321
20. Familien- und Gesellschaftstherapie.	324
21. Änderung des Weltbildes und des Menschenbildes des Therapeuten	327
22. Gibt es lokalwirkende Carcinogene? Gibt es hirnwirksame cerebrotrope Carcinogene?	329
23. Bekommen an Krebs erkrankte oder erkrankt gewesene Patienten leichter wieder eine Krebserkrankung als nicht erkrankte oder erkrankt gewesene Menschen? a. während der Dauer der Erkrankung? b. während der Heilungsphase? c. nach Abschluß der Heilungsphase?	335 337 339
24. Gibt es primäre »Krebs-Typen«, also Menschen, die leichter Krebs oder leichter irgendeinen bestimmten Krebs bekommen können?	341
25. Der Krebs ist nicht mehr als ein Symptom einer Krankheit im Gehirn	348
26. »Systemerkrankungen« und »Symptomenkomplexe«. . .	352
27. Entwicklungsgeschichte der Konflikthalte.	357
28. Der Herzinfarkt, cerebrale Komplikation des Herz-Coronar-Carcinoms durch HAMERSchen HERD nach Konfliktlösung.	367
29. Die Epilepsie	379
30. Der Hirnschlag (Apoplektischer Insult)	385
30a Hirntumore – was ist das?	388
31. Wann stimmt die EISERNE REGEL DES KREBS nicht oder scheinbar nicht?	392
32. Frage: Wann entsteht ein Krebs? Antwort: In der ersten Minute beim DIRK-HAMER-SYNDROM! . . .	395
33. Wann ist Krebs nachweisbar?	397
34. Wann kann der Patient den Krebs bemerken?	399
35. Wie erfolgt die Lokalisierung des Krebs?	406
36. Wie verhält sich das Gehirn zum Körper? Welche Korrelation besteht?	408
37. Frage: Was ist »Tod durch Chemotherapie«? Antwort:	

Iatrogener (durch Ärzte verursachter) Tod durch Vergiftung	416
38. Wie sollte die Therapie des an Krebs Erkrankten in der Zukunft sein?	421
39. Schlußwort	424
Fremdwörter und Abkürzungen	425
Anhang: Korrespondenz	430
Veröffentlichungen	506
Tabelle: Krebsarten (Lokalisationen) – zugehörige Konflikthalte – zugehörige Manifestationszeiten – zugehörige HAMERsche HERD-Lokalisation im Gehirn	558



Vorwort

Dieses Buch will nicht wissenschaftlich wirken, es erhebt auch keinen Anspruch darauf, unter die Werke der »Wissenschaftler« eingereiht zu werden. Dieses Buch ist mit Herzblut geschrieben in bitterster Not und in hungernder Armut, unter Hohn und Spott einer Welt von Zynikern und Feinden aller Art, unter schlimmster Verachtung und Entehrung und – unter dem Eindruck der Vernichtung und des niederdrückenden Leides, nach den brutalen Todesschüssen und der 4monatigen Qual meines tapferen geliebten Kindes. Nichts wurde mir erspart: Nachdem man mein Kind ermordet hatte, mir Hab und Gut gestohlen hatte, wollte man mir meine Approbation als Arzt entziehen, schließlich mich für verrückt erklären. Dieses Buch wendet sich an Patienten, allenfalls noch an solche, die es auch einmal werden könnten. An die arrogante Kaste der Ärzte wendet es sich nicht. Von ihnen, insbesondere von den deutschen Ärzten, werde ich eines Tages Rechenschaft darüber verlangen, warum sie lieber fast 3 Jahre lang ihre Patienten sterben lassen haben, statt sich der geringen Mühe zu unterziehen, die EISERNE REGEL DES KREBS nachzuprüfen. Und als sie sich schließlich am Vorabend des 5jährigen Todestages meines Sohnes DIRK widerwillig bereitgefunden haben, 15 Fälle nachzuprüfen, haben sie sich anschließend erbärmlich feige aus der Verantwortung gestohlen und statt dessen 5 Stunden darüber beraten, wie sie es formulieren könnten, daß sie nach bisheriger schulmedizinischer Art weiter-»therapieren« wollten, um nicht ihr Gesicht zu verlieren. Dabei hatten sie ganz gut gewußt, daß es da gar keine Diskussion mehr geben konnte, so klar waren alle Fälle nach sämtlichen Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufen und so klar war die Koinzidenz der frischen HAMERschen HERDE nach der Konfliktlösung und ihr Verschwinden im Verlauf der Heilphase. Deshalb habe ich das Urteil wie folgt öffentlich kommentiert:

»Dr. Hamer hat dem ärztlichen Schiedsgericht in derselben Nacht vom 6. auf 7. Dez. 83 mitgeteilt, daß er das Urteil ablehnt. Er hält es für ein kleinkariertes Diktat eines Tribunals – soweit es die deutschen Teilnehmer betrifft – das dem Verlauf der Verhandlung in keiner Weise gerecht wird und bei dem man sich gewunden hat, die Wahrheit einzugestehen.

Die italienischen Ärzte, Primarius Prof. Dr. Ebner und Internist

Dr. V. Clementi aus Bologna, hatten beantragt, das Schiedsgericht möge beschließen: Dr. Hamer könne mit seinem lückenlos schlüssigen System sehr wohl recht haben und wirklich die Zusammenhänge des Krebs entdeckt haben.

Insbesondere wurden – trotz gegenteiligen Antrags der italienischen Ärzte – die HAMERSchen HERDE, über die sicherlich 4 Stunden diskutiert wurde, im Urteil mit keinem Wort erwähnt. Auch wurde nicht dokumentiert, daß in allen vorgestellten Fällen, sogar für Zweit- und Drittcarcinome, die EISERNE REGEL DES KREBS jeweils exakt erfüllt war.

Dr. Hamer ist erbost darüber, daß die deutschen Teilnehmer der Jury nach seiner Meinung, außer Prof. Stender, schon samt und sonders mit der vorgefaßten Absicht gekommen waren, Dr. Hamer zu kippen und die Position der Schulmediziner aus der Schlinge zu ziehen. Dieses Tribunal des deutschen Teils der Jury wurde der bedrückenden Tatsache nicht gerecht, daß weiter täglich viele Menschen unnötigerweise sterben.

Die Patienten in Gyhum haben den deutschen Ärzten einmütig ihre Mißbilligung und Verachtung ausgesprochen. Sie beklagten sich darüber, daß sie durch die gesteuerte Presse, mit Wissen des niedersächsischen Sozialministeriums und der Ärztekammer Niedersachsen, vom 18. August bis 7. Dezember 83 unter pausenlosen Psychoterror gesetzt waren, unter dem eine Reihe von Patienten gestorben ist.«

Es folgt hier die Unterschrift von allen Patienten und von mir.

Nach meinen Erkenntnissen sind die allermeisten nichtinfektiösen Krankheiten, an denen Patienten erkranken und sterben, wahrscheinlich Fälle der Eisernen Regel des Krebs: So sind die meisten Hirnschläge im Grunde wahrscheinlich Komplikationen HAMERScher HERDE und ihrer perifocalen Oedeme, also abortive Carcinomfälle, deren Konflikt gelöst worden ist, ebenso sind möglicherweise die meisten Herzinfarkte ebenfalls im Grunde cerebrale Komplikationen beim HAMERSchen HERD und perifocalem Oedem im postconflictolytischen Stadium. Dabei hat das »Herz-Koronar-Carcinom« möglicher- oder wahrscheinlicher Weise als Konflikthalt den »Revierverteidigungs-Konflikt«, einen uralten Konflikthalt, der nur für Männer einen Konflikt darstellt, ähnlich wie im Tierreich, und der uns auch erklären würde, warum im geschlechtsreifen Alter niemals Frauen einen Herzinfarkt bekommen können.

Für die Therapie des Hirnschlags und ebenso auch des Herzin-

farktes, selbstverständlich auch für die bisherigen Krebsfälle, wird das ganz neue Perspektiven setzen.

Auch gesellschaftlich ist es vielleicht nicht die optimale Lösung, weil gegen die natürliche biologische Funktion verlaufend, die feminine Frau zum »Halbmann« und Revierverteidiger machen zu wollen und dagegen den Mann zum femininen Kindergärtner, Kinder-Pädagogen oder Softi umerziehen zu wollen. Wir sehen ja doch, daß die verschiedenen Geschlechter auch nach verschiedenen Konfliktmustern ausgerichtet sind, was Sinn und Zweck hat. Das Gehirn der Frau ist einfach nicht zur Revierverteidigung vorbereitet.

Damit, daß man den Menschen ihre ihnen von der Natur seit Millionen von Jahren zugewiesene Rolle nimmt, und zwar aus rein intellektuellen, nicht an der Biologie orientierten Überlegungen, denaturiert und paralyisiert man die Menschen psychisch und cerebral, ihre biologische Rolle und Funktion, und greift damit in die uralten determinierten Spielregeln der Psyche und des Gehirns so grundlegend ein, daß das furchtbare Folgen haben muß. Ich bin auch der Meinung, daß man durch die Umfunktionierung des maskulinen Mannes zum Softi, der ja u. a. auch ein hormoneller Vorgang ist, zwar den Herzinfarkt zahlenmäßig verringern kann, jedoch damit nur eine Verschiebung der Konflikte und des Konfliktmusters erreicht, so wie uns das ja schon bei dem Changing verschiedener Häufigkeiten von Konflikt-Inhalten geläufig ist, wenn die gesellschaftliche Situation sich ändert: z. B. nach Auflösung der Sextabus rapider Rückgang der Gebärmutterhals-Carcinome, dafür starker Anstieg der Mamma-Carcinome.

Die Orientierung unseres Lebens und unserer Gesellschaft an diesen uralten Konfliktmustern und biologischen Verhaltensnormen muß letzten Endes – in einem machbaren Rahmen – das Ziel einer an der Biologie ausgerichteten Medizin sein – wie gesagt, in einem machbaren Rahmen.

Allerwichtigste Regel für jeden Patienten Nur niemals in die Panik bringen lassen! Kein Fall ist hoffnungslos! Nur viele Mediziner sind hoffnungslos, ignorant oder zynisch-arrogant! 98% der Fälle gehen – richtig behandelt – gut aus!

1. Einführung

(verfaßt am 25. 5. 83 in Paris):

Beim Schein einer funzeligen Kerze sitze ich in meinem Apartment, der Strom ist abgestellt, weil er nicht bezahlt war. Die Miete ist schon seit Monaten nicht mehr bezahlt. Gott sei Dank hat, scheint's, die Gesellschaft ein Einsehen und läßt sich vertrösten. Es ist so furchtbar, wenn man sich von seinen Feinden wie ein Hase über das Feld scheuchen lassen muß und trotzdem die Moral bewahren soll, den armen, an Krebs erkrankten Patienten das mitzuteilen, was für sie entscheidend ist zum Überleben: DIE EISERNE REGEL DES KREBS!

Meine Gegner, die das Ganze als eine Art »Wirtschaftskrieg à la Mafia« auffassen, bei dem man den Gegner nach altbewährter Mafiamanier aushungern muß, können gar nicht verstehen, daß ich, obgleich bereits finanziell völlig »ausgetrocknet« und eigentlich vermeintlich kampfunfähig, sogar noch Erwägungen anstellen kann, wann der beste Zeitpunkt für das Erscheinen des Buches ist: Auf der einen Seite muß es so schnell wie nur möglich geschrieben werden, auf der anderen Seite muß das Buch möglichst vollständig sein, um dem Patienten ein möglichst umfassender Ratgeber zu sein. Genau dieser Zeitpunkt ist jetzt erreicht. Es darf deshalb um keinen Tag mehr verzögert werden. Ich meine damit die Tatsache, daß wir jetzt sogar – wie es jeder brave Schüler bei einer Mathematikaufgabe macht – die Gegenprobe angestellt haben: Die Gegenprobe ist aufgegangen, ja sie geht in jedem Fall auf! Ohne Ausnahme! Aber wir hatten es nur bisher nicht immer bemerkt. Dort, wo man es früher beobachtet hatte, hat man sich keine Gedanken darüber gemacht: Ich meine das Hirnoedem, im Extremfall den Hirnschlag in der Heilphase nach der Lösung des Konfliktes.

Wir wissen jetzt nicht nur, daß jeder Krebs streng gesetzmäßig nach der EISERNEN REGEL DES KREBS, kurz ERK, verläuft, sondern daß auch in jedem Fall nach der Lösung des Konfliktes in den ersten 6 Wochen ein stärkerer oder schwächerer »Hirnschlag« entsteht, der mit einem Hirnoedem einhergeht. In den schwächeren Fällen, wo der Krebs noch nicht weit fortgeschritten war, wird dieser Hirnschlag kaum oder gar nicht bemerkbar sein. Es gibt aber Fälle, die wir beobachtet haben, wo sogar wenige Stunden nach dem DHS und wenige Minuten nach der Konfliktlösung eine

partielle Halbseitenlähmung aufgetreten ist, die aber nach zwei weiteren Stunden wieder vollständig zurückgegangen war. Der Konflikt-»*Keulenschlag*« oder das Schockerlebnis oder DIRK-HAMER-SYNDROM (DHS) war nur wenige Stunden vor der Konfliktlösung gewesen.

EINFÜGUNG AM 10. 1. 84:

Dieser Einleitung, die schon im Mai 1983 verfaßt war, kann ich jetzt die inzwischen sogenannten »*HAMERSchen HERDE*« hinzufügen, eigentlich nur eine Bestätigung des damals Vermuteten, daß nämlich nach der Konflikt-Lösung eine reparative Phase mit Hirnoem bei jedem Patienten eintritt in Form eines HAMERSchen HERDES, in den meisten Fällen aber nicht bemerkt wird.

FORTSETZUNG DER EINLEITUNG VOM 25. 5. 83:

Aber ich will dich, lieber Leser, nicht gleich überfallen mit der allerschwersten Problematik schon gleich am Anfang. Wenn du dieses Buch zu Ende gelesen hast und dann nochmals in Ruhe diese Einleitung liest, wirst du wahrscheinlich auch davon fasziniert sein, wie sich der Regenbogen der logisch rational begreifbaren Zusammenhänge des Krebs wunderbar durchspannt, so überwältigend klar und durchsichtig wie keine andere Krankheit der gesamten Medizin – mal die trivialen Infektionskrankheiten ausgenommen –. Und nachdem wir den »*Zauberschlüssel des Verständnisses*« nunmehr gefunden haben, paßt der »*Zauberschlüssel des Verständnisses*« auch als »*Zauberschlüssel der Heilung*«.

Es ist berechtigter Grund zur Freude und zur Hoffnung für viele Millionen von Patienten, die schon glaubten, sich mit ihrem Tode abfinden zu müssen, dem diese Krankheit scheinbar unaufhaltsam zustrebte.

Bei aller Freude wollen wir aber auch nicht übersehen, daß uns diese neuen Erkenntnisse auch neue Probleme statt der alten aufgeworfen haben. Glücklicherweise scheinen diese neuen Probleme in über 95–97% aller Krebsfälle medizinisch durchaus beherrschbar zu sein. Sicher ist allerdings, daß es zunächst eine gewaltige Revolution der gesamten Medizin geben wird – nahezu

nichts stimmt mehr von dem, was wir bisher als richtig angesehen haben – und daß es danach eine gewaltige gesellschaftliche Revolution geben wird. Jenseits von Kommunismus und Kapitalismus, von Sozialismus und Faschismus und jenseits von allen bisherigen Kirchen- und Philosophie-Systemen wird man nach neuen, sozial und rechtlich adäquaten und machbaren Normen suchen müssen, die dem durch die neuen Erkenntnisse bedingten veränderten Umgang der Menschen untereinander Rechnung tragen.

Wenn nämlich das Verständnis und Verhältnis der Menschen zu ihren Konflikten bestimmend ist – schwankend zwischen ängstlichem Zittern und stoisch souveränem Gleichmut, dann wird nichts mehr so sein, wie es einmal gewesen ist – vor der EISERNEN REGEL DES KREBS!

Die Entdeckung der Zusammenhänge selbst ist so dramatisch, wie sie nur das Leben selbst schreiben kann. Ohne den Tod meines Sohnes und meine darauffolgende eigene Krebserkrankung wäre der Krebs wohl noch viele Jahrzehnte lang nicht entdeckt worden in seinen Zusammenhängen, denn die Medizin bewegte sich »vom Geheimnis weg«, und zwar durch die Diagnostik der »inaktivierten Carcinome«, das sind Carcinome, die vor Jahren oder Jahrzehnten einmal abgelaufen sind, durch Conflictolyse, also durch Lösung des Konfliktes, dann aber zum Stillstand oder gar zur Rückbildung gekommen sind, die nun ruhig und friedlich im Körper schlummernten, ohne je bemerkt worden zu sein. Diese inaktivierten Carcinome werden nun immer häufiger durch unsere modernen Verfahren der Computer-Tomographie, der kaum noch ein gut- oder bösartiges Knötchen entgeht, entdeckt. Folge: Der (harmlose) Knoten wird sofort exstirpiert (herausgenommen), histologisch als bösartig diagnostiziert (was er mal war, aber nicht mehr ist), und dem Patienten gesagt, er habe einen bösartigen Krebs. Bei solchen Fällen, die heute bereits einen Großteil der Krebsfälle ausmachen, dank der unsinnigen »Vorsorgeuntersucherei«, scheint auf den ersten Blick die EISERNE REGEL DES KREBS nicht zuzutreffen. Sie hat einmal – damals als der Konflikt aktiv war – sogar ganz exakt zugetroffen, sogar einschließlich der Tatsache, daß das Krebswachstum gestoppt war, nachdem der Konflikt gelöst war. Aber die Zusammenhänge mit dem stattgefundenen Konflikt würden in Zukunft immer weniger durchschaubar sein, weil immer mehr solcher inaktivierter Carcinome entdeckt werden. Wir waren also in der Medizin eher dabei, uns von der Lösung des Rätsels wegzubewegen. D. h.: wenn wir den Krebszusammenhang mit der

menschlichen Seele und dem Träger der Seele, dem Gehirn, bisher nicht erkannt hatten, bestand praktisch keine Möglichkeit mehr, diesen Zusammenhang in Zukunft zu entdecken, zumal auch die gesamte Medizin immer stärker rein lokalistisch ausgerichtet wird, je weiter sie sich entwickelt: Wir schneiden, bestrahlen, vergiften den Krebs an Ort und Stelle, also am Organ, weg. An die Seele oder das Gehirn hat nie ein Forscher dabei gedacht! Dabei ist die Lösung nachher, wenn man sie weiß, eigentlich so einfach – und die Krebsgeschwulst am Organ selbst eigentlich, meistens jedenfalls, so harmlos, daß es im Grunde [eigentlich] nicht einmal lohnt, diese Geschwulst herauszuschneiden, wenn der Konflikt bleibend gelöst ist. Mindestens sollte man die Carcinome, die man nur mit dem Röntgenapparat, Szintigramm oder Sonogramm sehen kann und die den Patienten eigentlich in seinem Wohlergehen gar nicht stören müssen, bitteschön, möglichst in Frieden lassen! Die Manipulation und der Schock für den Patienten durch die große Operation sind viel schlimmer als der friedlich schlummernde Krebs, mit dem der Patient 80 Jahre alt werden kann und noch älter. Außerdem ist der Patient in großer Gefahr, durch diese furchtbare Diagnoseeröffnung einen neuen Schock, ein neues DHS, einen neuen Krebs zu bekommen. Dann schreit der Medizyniker: *»Jetzt hat er schon Metastasen, es war schon zu spät.«*

Ein tragischer Irrtum! Der Patient muß ja schon ein Fell wie ein Elefant haben, daß er ungerührt dabei bleiben soll, wenn der Arzt ihm – unter dem bisherigen Verständnis von Krebs – eröffnet, daß er, der Patient, Krebs habe. Denn das bedeutete doch in aller Regel, daß er ab sofort ein *»Mensch letzter Klasse«*, wenn nicht sogar in Kürze ein Toter ist. Seltsam, daß sich unsere hochgeschulten Hochschulmedi-Zyniker gar nicht vorstellen können, welch gnadenloser Keulenschlag das für einen Patienten ist, sonst würden sie viel behutsamer sein und sich mehr Zeit nehmen, wenn sie mit einem Patienten eine so wichtige Sache besprechen wollen, von der sie im Grunde bisher so wenig wußten.

Cool und brutal zu sein bei der Verlesung eines solchen vermeintlichen Todesurteils finden sie wissenschaftlich und arztzangemessen. Der Patient hat demütig den Kopf zu senken und sich wortlos in das fälschlicherweise vermeintlich *»Unvermeidliche«* zu fügen. Wehe, es *»verunsichert«* jemand den Patienten – wie der Kollege Hamer –, so daß der Patient am Ende noch aufmuckt und sich weigert, widerspruchslos zu sterben, dann erteilt man dem Hamer Hausverbot, Redeverbot, Therapieverbot sowieso. Wenn

aber nun der Hamer recht hat, wenn das alles früher nur vermeintliche Todesurteile waren, die erst durch die brutale Art und Weise des Halbgottes Professor oder Chefarztes zu Todesurteilen wurden, was dann?

Gibt es überhaupt noch einen Ort unter der Erde, an den sich die Medi-Zyniker verkriechen könnten? Wird es einen einzigen unter ihnen geben, der sich schämen wird, ganz besonders für das, was er in den letzten 3 Jahren gemacht hat? Daß sich die Schul- und Hochschul-Medi-Zyniker zu Helfershelfern der Mailänder-Münchener gekrönten europäischen Meier-Mafia machen lassen haben? Warum hat nicht ein einziger so viel Verstand und so viel Mut aufgebracht, meinen Patienten und mir beizustehen? Selbst Fälle zu untersuchen? Selbst die, die Fälle untersucht haben und herausfanden, daß der Hamer seltsamerweise recht hatte, haben Angst gehabt, dies öffentlich zuzugeben, angeblich um sich nicht lächerlich zu machen. Ein furchtbares Verbrechen, was diese Ärzte an unseren Patienten verübt haben, der größte, und zwar iatrogene, Holocaust der Weltgeschichte! Dabei ist das System der EISER-NEN REGEL DES KREBS doch so einfach und klar, und trotzdem können oder wollen es die vermeintlich so hochgeschieten Hochschulmedizyniker nicht verstehen. Der Prof. Becker in Bonn hat recht gehabt, als er für alle sprach: Wir müßten Ihnen dann ja unterschreiben, daß wir alle, jahrzehntelang, Idioten waren und nichts als lauter Unsinn gemacht haben.

Mit welcher Bosheit meine sog. Kollegen versucht haben, mir zu beweisen, daß meine Patienten sterben werden, weil sie damit glaubten zu beweisen, daß ich Unrecht hätte, welches Verbrechen! Sie haben damit erst recht die EISERNE REGEL DES KREBS bewiesen, denn sie gilt leider auch im negativen Fall, nämlich dann, wenn der Patient einem brutalen Hochschulmedi-Zyniker in die Hände gefallen ist und einen iatrogenen neuen Konflikt beigebracht bekommt! Dann gibt es für ihn meist keine Rettung mehr! Die allermeisten Zweitkrebs-Konflikte sind iatrogenen Art. Ich hätte es gerne verschwiegen im Interesse unseres Standes, aber es muß doch mal heraus. Der ganze Ärztestand – von einigen Ausnahmen abgesehen, die ich noch nicht kenne, aber gerne kennenlernen möchte – ist so bürokratisiert, brutalisiert und merkantiliert, daß es mir vor meinen sog. Kollegen nur so graust. Was mein armer Sohn Dirk da mitgemacht hat, kann ich niemandem erzählen, man würde es einfach nicht glauben. Aber es sind nicht nur die Obersten meist die Allerbrutalsten, nein, sie sind es nicht

allein, nein, das ganze »Medizinalwesen« ist »versachlicht«, sprich brutalisiert. Die Seele eines Patienten braucht nicht pseudowissenschaftliche coolness, was nur eine Umschreibung für fachidiotisches Desengagement ist, sondern sie braucht Wärme und Sachkenntnis des Arztes, aber nicht vermeintliche oder Pseudosachlichkeit. Denn das, was wir den Pat. jahrzehntelang erzählt haben, war ja offensichtlich alles Stuß. Wer weiß, wie viel von dem stimmt, was wir ihm statt dessen jetzt erzählen wollen, selbst wenn wir es besten Willens tun. Wir müssen doch bescheiden werden und uns immer wieder sagen, wie vage das ist, was wir glauben zu wissen. Und wie wenig sind wir dann berechtigt, dem Pat. eine niederschmetternde Diagnose an den Kopf zu knallen wie einen Keulenschlag, wenn wir wirklich so wenig wissen, ob das auch wirklich stimmt. Aber die Dummen wissen bekanntlich immer alles, und zwar ganz genau. Je dümmer, desto genauer! Der Kluge weiß, daß jede Beantwortung einer Frage gleich drei neue Fragen aufwirft. Ein paar davon kann er vielleicht noch mit Mühe beantworten. Aber was ist das gegen die Legion von unbeantworteten Fragen, die noch dahinter stehen?

Welches Recht hat ein Arzt – angesichts solcher Unwissenheit –, einen Patienten, der nur gerade noch sein bißchen Leben hat, brutal in den Abgrund zu stürzen. Denn die brutale Diagnose ist gleichbedeutend mit Hoffnungslosigkeit, mit Todesangst, mit Lungenrundherden, mit Tod . . . Aber wie gesagt, das ganze »Medizinalwesen« ist versachlicht und brutalisiert. Alle Ärzte, Schwestern, Helferinnen, Laborantinnen, denken nur noch »sachlich«, denken in Spritzen, Infusionen, sachlichen Begriffen, Eingriffen, Zugriffen und Handgriffen. Der Körper des Patienten wird als großer Klumpen von organischem Material aufgefaßt, das Blutgefäßsystem, an dem am meisten herumgespielt wird, als großes Reagenzglas, in dem man die chem. Stoffe beliebig austauschen oder substituieren kann. Wie unsinnig – das Hirn hatte man dabei glatt vergessen! Dabei kenne ich Hunderte von Fällen, wo Mutter Natur – via Gehirn! – alle Serum-Werte innerhalb von Tagen normalisiert hat, nachdem das Gehirn die Fehlcodierung abgestellt hatte und der Pat. wieder im Vagotonus war. Wenn man also in Wahrheit so wenig über die Ursachen der Serumveränderungen wirklich weiß, wie kann man dann nur so unbekümmert daraus »Prognosen« ableiten und für den Pat. daraus Todesurteile machen? Wie die Zauberlehrlinge haben die »Halbgötter in Weiß« sich in ihrer maßlosen Arroganz benommen, obgleich sie in Wahrheit so gut

wie gar nichts wußten. – Auch jetzt wissen wir noch nicht viel mehr, auch wenn wir jetzt wissen, daß wir auf einem anderen Feld suchen müssen (Gehirn). Aber das heißt ja nur, daß wir alles – bis auf endlich viel – noch *nicht* wissen, also unendlich viel nicht wissen. Gegen die Erforschung des Gehirns und seiner mannigfaltigen komplizierten Funktionen, waren die Erkenntniserfolge der bisherigen Medizin, die sich damit schon so aufgebläht hatte, reine Sandkastenspiele von Kleinkindern. Jetzt geht es erst richtig los – und ich habe nur den Weg gewiesen für diese Enzephalo-logie! (Wissenschaft vom Gehirn)

Ein guter Arzt, glaube ich, kann nur bescheiden sein. Die arrogantesten unter den Ärzten, die auf keinem Kongreß fehlen, zugleich die moralisch skrupellosesten unter den »Weißkittel-Millionären«, waren auch gleichzeitig immer die dümmsten und unärztlichsten, aber dafür die lautesten! Die armen Patienten! Aber vielleicht schafft sich jede Generation von Patienten ihre Ärzte. Patienten, die ihre Eltern ins Altersheim abschieben, weil sie das »Theater« nicht wollen, die ihre Kinder in die Tageskrippe abschieben, um das doppelte Einkommen zu raffén und den »Lebensstandard« zu verdoppeln, was diese Dummköpfe für »Lebensqualität« halten, die brauchen vielleicht oder wollen sogar solche brutalen Ärzte. Da stört einfach so etwas wie Herz und Herzlichkeit, da wird das als sentimentaler Kitsch oder überflüssiges Geschmuse abgetan. Mich friert es unter solchen Menschen!

Dieses Buch soll nicht jammern – außer Mißstände bejammern –, sondern informieren. Aber es soll auch aufzeigen, daß wir in Zukunft nicht damit auskommen, daß es der bisherige Medizyniker »mal andersherum« macht, so als könne er nach Belieben beides. Nein, nicht nur gänzlich charakterlich anders strukturierte Ärzte (und Patienten) brauchen wir, sondern demzufolge eine andere Gesellschaft, eine wieder mehr biologisch an den uns von Mutter Natur eingegebenen Verhaltensweisen und Instinkten orientierte Gemeinschaft von Mitmenschen und Mitpatienten.

Deshalb wird die EISERNE REGEL DES KREBS gleichzeitig die größte Revolution der letzten Jahrhunderte auf gesellschaftlich-familiärer Ebene induzieren!

WIDERSTÄNDE GEGEN DIE EISERNE REGEL DES KREBS:

Die Widerstände gegen die EISERNE REGEL DES KREBS (ERK), die uns Medizinern seit Oktober 81 bekannt ist, kamen nicht in erster Linie von den Medizinern, sondern von der europäischen Königs-Mafia, vertreten durch entsprechende Anwälte in Mailand und München mit einem riesigen Aufgebot von weiteren Korrespondenzanwälten in Tübingen, Marseille, Genf etc., Agenten und Helfershelfern jeder Art, u. a. auch Medizinprofessoren, für die es in erster Linie darauf ankam, den Prozeß gegen den Mörder meines Sohnes DIRK zu verhindern. Denn es ist abzusehen, daß dieser Prozeß gegen den Sohn des letzten italienischen Königs, Umberto II. von Savoyen, das Waterloo der europäischen Justiz und der europäischen Monarchien werden könnte. Dazu muß man wissen, daß diese europäischen Monarchen-Häuser praktisch alle verwandt sind, nämlich als Ahnvater alle den (israelischen) Kammerdiener Meir aus Coburg haben, den Schwiegervater der Queen Viktoria, also eine echte Blut- und Standesmafia, was aber natürlich nirgendwo geschrieben werden darf. Das dumme Volk bekommt immer nur die Königinnen und Prinzessinnen in hübschen Kleidchen vorgestellt, an denen die lieben Omas dann nach den ach so guten vergangenen Zeiten schmachten dürfen. In Wirklichkeit kontrollieren diese Häuser aber finanziell die gesamte europäische Wirtschaft. Die meisten Königshäuser verfügen selbst über viele Milliarden Deutscher Mark, was aber nicht publiziert wird.

Entsprechend haben auch alle Königshäuser mitzuhelfen versucht, den Skandal des Mordes an meinem Sohn DIRK zu verhindern, indem einfach der Prozeß selbst verhindert werden sollte und bis heute verhindert worden ist.

Als allererster schaltete sich im August nach der Tat, die am 18. Aug. geschah, der Schah von Persien ein, dessen allerbestester Freund der Mörder 14 Jahre lang gewesen war, auch am persischen Königshof die meiste Zeit gelebt hatte. Er drohte dem franz. Staatspräsidenten mit einer Drosselung des pers. Öls, wenn er nicht unverzüglich seinen besten Freund aus dem Gefängnis entlasse. Dieser Bitte kam der franz. Staatspräsident Giscard d'Estaing, der ein erklärter Freund der Familie Savoyen ist, auch augenblicklich nach: Notwendig war dazu aber noch, daß Vetter Baudouin von Belgien einen neuen Diplomatenpaß besorgte,

womit der Täter aus Frankreich verschwinden konnte. Einen Tag nach dem Tod meines DIRK bekam er dann die offizielle Genehmigung, aus Frankreich verschwinden zu dürfen ins Ausland, wo er längst war. Eine aberwitzige Vorstellung, daß man einen Täter just dann verschwinden läßt, wenn er durch den Tod seines Opfers zum Mörder geworden ist! Was jetzt folgte, läßt in seiner subtilen Perfidie den »*Paten*« weit hinter sich.

Kurz nach dem Tod meines Sohnes DIRK, der am 7. Dez. 78 in meinen Armen starb, erkrankte ich an Hoden-Krebs (Hoden-Teratom). Meine Gegner frohlockten. Das Problem schien sich von alleine zu lösen – nach meinem Tod. Außerdem wußte man, daß ich mich mit meinen Patenterfindungen (HAMER-Skalpell, HAMER-Knochensäge) durch die weltweiten Patentanmeldungen stark verschuldet hatte. Allerdings hatte ich auch Verträge, die mir Patentlizenzen von 20 bis 50000 DM monatlich zusicherten. In diesem Moment aber war ich ein krebskranker verschuldeter illiquider Arzt, der mit allergrößter Wahrscheinlichkeit seinem baldigen Tode entgegensetzen mußte. Für meine Gegner Grund genug, mich gar nicht mehr für voll nehmen zu müssen. Um aber doch ganz sicher zu gehen, machten sie mir noch ein »*Angebot, das man nicht ablehnen kann*«. Man wisse doch, daß ich krebskrank sei, daß ich verschuldet sei, ich habe keine Chance. Ich solle an meine Familie denken. Man bot mir 400000 DM, wofür ich zu unterschreiben hätte, daß ich auf einen Prozeß verzichte. Lehne ich aber dieses großzügige Angebot ab, dann würde man in geeigneter Weise und mit Hilfe der Presse:

1. mich finanziell vollständig ruinieren,
2. meinen Ruf vollständig ruinieren,
3. mich und meine Familie aus Rom vertreiben, und
4. wenn ich immer noch halsstarrig bleibe, mich mit Hilfe eines Verkehrsunfalles ums Leben bringen.

Daß ich – als körperliche Leiche (Krebs), seelische Leiche (durch den Tod meines Sohnes DIRK) und finanzielle Leiche (Verschuldung durch Patente) die Stirn besaß, in geradezu »*unrealistischer Verkennung der Tatsachen*« dieses Angebot rundweg abzulehnen, das man eigentlich »*nicht ablehnen darf*«, nötigte der europäischen Königs-Mafia nur ein höhnisches Lachen ab. Die hielten mich für verrückt. Denn günstiger konnte für sie ja der Gegner nicht aussehen als einer, der nur noch wenige Wochen oder Monate zu

leben hatte. Folglich tat man sich auch keinerlei Zwang an, sondern die Agenten der Familie Savoiën sprachen ganz ungeniert – unter Hinterlassung ihrer Visitenkarten – bei allen Banken, Firmen u. dgl. vor, sogar beim Staatsanwalt, und baten darum, gegen den Hamer was zu unternehmen, um ihn vollends weichzuklopfen. Der Hamer müsse dann das Geld annehmen, die Gläubiger würden dann ihr Geld bekommen, der Prinz werde nicht bestraft – allen sei geholfen! Damit ich das Schweigegeld anzunehmen gezwungen wäre, war es natürlich nötig, mich geldlich vollständig auszutrocknen. Das schaffte man, indem man sofort die Patente blockierte, den Direktor der Firma, die das HAMER-Skalpell vertreiben sollte, korrumpierte man. Er wurde von seiner Firma zwar dann fristlos entlassen, als es herauskam, aber Lizenzgebühren sah ich keine. Man kaufte einfach die Produktionsfirma an, nachdem der Kreidler-Konzern (dafür oder zufällig?) einen 200 000 000-Konkurs hingelegt hatte.

Selbst als ich im Juni 81 als Oberarzt in einer Krebsklinik zu arbeiten begann, lachte man: *»Da gehört er auch hin, er sucht sich schon ein Plätzchen zum Sterben.«* Pietätvollerweise ließ man mich dort und in dieser Zeit (ein halbes Jahr) zufrieden. Man ahnte nichts Böses. Aufgeschreckt wurden meine Gegner erst, als ich am 4./5. Oktober 81 in der RAI und im Bayerischen Fernsehen verkündete, ein neues System für die Entstehung, Lokalisation und den Verlauf des Krebs gefunden zu haben. Den Entstehungsmechanismus nannte ich DIRK-HAMER-SYNDROM, weil dieser Krebs-Entstehungsmechanismus nach dem Tod meines Sohnes an mir selbst zum ersten Mal beobachtet wurde, von mir selbst!

Seitdem jagen mich meine Feinde wie einen Hasen übers freie Feld. Als erster kam der Chefarzt zu mir und sagte, ich habe dieses System ja nur deshalb erfunden, um zu beweisen, daß der Prinz auch an meiner Krebserkrankung schuldig sei, so habe ihm *»ein Herr aus München«* erklärt. Außerdem habe er zwei Stunden mit Mildred Scheel telefoniert und mit Prof. Krokowski/Kassel und noch mit Münchner Professoren. Und sie alle hätten dringend dazu geraten, den Hamer schnellstens aus der Klinik zu werfen, wegen *»Verunsicherung von Patienten«*. Ich wurde vor die Wahl gestellt, zu widerrufen, bzw. zu erklären, ich habe mich geirrt, ansonsten müsse ich sofort gehen. Ich ging. Vorher bekam ich sogar noch Ärztekasino-Verbot – ganz offiziell von der Klinikleitung – wegen Verunsicherung des Chefarztes, weil er mir vor allen Ärzten versehentlich zugeben mußte, ich könne vielleicht doch recht

haben. Seither bin ich auf der Flucht vor der Königs-Mafia und der durch sie »motivierten« Hochschul-Medi-Zyniker, die natürlich inzwischen auch gespannt haben, was der Hamer da für ein Ei ausgebrütet hat!

Denn: hat der Hamer recht, dann

1. sind die Hunderttausende von »wissenschaftlichen Arbeiten« über den Krebs lauter blühender Unsinn gewesen.
2. sind Hunderttausende von Professoren aufgrund von vollständigem Schwachsinn – aufgrund von wissenschaftl. Lügen und Irrtümern – zu Professoren gemacht worden. Sie alle sahen »des Kaisers neue Kleider«, die in Wirklichkeit gar nicht vorhanden waren!
3. hätte jeder in der Krebstherapie tätige Arzt Hunderte, wenn nicht Tausende von »Leichen in seinem Keller«, also Patienten, die aufgrund eines Irrtums gestorben sind, die aber nicht hätten sterben müssen. Denn ein spezielles Serum oder dgl., auf das man immer gewartet hat, war gar nicht erforderlich, vielmehr nur gesunder Menschenverstand. Man hatte einfach das Gehirn vollständig aus allen Überlegungen hinsichtlich Krebs ausgeklammert, hatte einfach in die falsche Richtung geschaut. Die größte »wissenschaftliche Katastrophe« der Neuzeit.
4. könnte man sämtliche Onkologen (Krebsfachleute) nach Hause schicken, denn was könnte man denn noch mit diesen zynischen Intellektuellen anfangen, die sich für die Seele eines Menschen niemals interessiert haben. Sie alle wären buchstäblich »Fachidioten«, für jeden auch als solche entlarvt!
5. kämen ganze Industrien ins Schwimmen. Wir brauchten keine Kobalt-Bestrahlungsbomben mehr, keine Zytostatika-Pharmafirmen mehr, ja, wir könnten sogar die Mehrzahl der als Labors eingerichteten Krankenhäuser schließen, denn krebs-erkrankte Patienten sollte man in wunderschöner Umgebung von Ärzten mit gesundem Menschenverstand behandeln lassen, statt von seelenlosen hochnäsig-arroganten, hochintellektualisierten Medi-Zynikern!
6. würden wir den größten Einbruch unseres derzeitigen Gesellschaftssystems erleben, hochtransformiert durch den nunmehr unausweichlichen Prozeß gegen den Mörder meines Sohnes DIRK, und stellvertretend für den Mörder gegen die ganze europäische Königs-Mafia, die sich mit dem Mörder solidari-

risch gezeigt und erklärt hat. Die Dimensionen sind geradezu schwindelerregend!

Am 7. 12. 1978 abends starb mein Sohn in meinen Armen in der Heidelberger Chirurg. Universitätsklinik. Der schwärzeste Tag in meinem Leben. Die schlimmste Verzweiflung, die ein Mensch in seinem Leben erfahren kann, wenn ihm sein Kind stirbt. Und das inmitten eines feindlichen Spaliers von Ärzten und Schwestern. Ich wußte, daß der Chef der Klinik 3mal täglich mit den Anwälten der Familie Savoien telefonierte. Wie mir der Urologe Prof. Röhl verraten hatte, war man anscheinend bei diesen Telefonaten zu der Überzeugung gelangt, es sei doch wohl besser, wenn der Junge stürbe, das habe für die Familie Savoien den Vorteil, daß sie nicht einen Krüppel als lebenslanges Mahnmal vor Augen haben müsse, zudem komme es viel billiger. Und mit den Angehörigen werde man dann schon fertig werden. Und die Justizbehörden in Frankreich habe man voll im Griff (was ja inzwischen auch durch die offizielle Mitteilung des Oberstaatsanwaltes von Bastia bestätigt worden ist). Meine Familie war in Rom. Ich war ganz allein.

Nicht nur der Vater des Opfers, der sein Kind verlor, erkrankte an diesem Tage des 7. 12. 78 an (Hoden)-Krebs. Noch ein Vater, der Vater des Mörders, der seinen Namen und seine Ehre verlor, erkrankte an (Knochen)-Krebs: Umberto II. von Italien. Seine Selbstwertachtung brach zusammen. Er war jetzt der Vater eines Mörders, die Familie Savoien auf ewige Zeiten geschändet: eine Mörderfamilie!

Umberto hat uns einen klassischen Beweis dafür geliefert, wie exakt Konflikt-Verlauf und Krebs-Verlauf miteinander korrespondieren. Als man im Hause Savoien glaubte, die Verhinderung eines Prozesses und damit das öffentliche Eingeständnis des Mordes im Griff zu haben – mir hatte man inzwischen 2000000 DM Schweigegeld offeriert –, beruhigte sich die Erkrankung des Exmonarchen wieder, in dem gleichen Maße, wie sich der Konflikt zu beruhigen schien. Die ganze Sache sollte im Sande verlaufen. Wenn ja kein Prozeß stattfand und folglich auch kein Urteil zustande kam, würde man noch ein bißchen darüber reden, aber irgendwann würde man sich beruhigen.

Als aber der oberste französische Gerichtshof, die Cour de Cassation, am 18. 5. 82 entschied, und zwar, einzig in der franz. Rechtsgeschichte, im vorhinein entschied, daß der Prinz des vorsätzlichen Mordes anzuklagen sei und der Prozeß unverzüglich

zu beginnen habe vor dem Schwurgericht, da kam es bei Umberto zu einem dramatischen Konflikt- und Knochenkrebs-Rezidiv. Die Selbstwertachtung brach zusammen!

Später hat er versucht, nach Italien und nach Rom zurückzukehren, um das Königshaus dort wieder zu etablieren, nicht zum Sterben, wie es hieß. Denn die Italiener hatten ihm angeboten, allein nach Italien zurückzukehren, er aber wollte unbedingt seinen Sohn mit hineinschmuggeln. Aber den Mörder wollten die Italiener zunächst nicht. Schließlich fand sich aber doch eine Mehrheit, nachdem die Zeitungen und Illustrierten, die ja fast alle den Monarchisten gehörten, eine wahre Pressekampagne entfacht hatten »für den armen König«. Natürlich sollte seine Familie auch mitkommen dürfen. Man sprach sogar schon ganz ungeniert von der Wiederaufrichtung der Monarchie in Italien. Der Exkönig war in Genf, nur einen Sprung von der Grenze.

Da veröffentlichte ich am 2. 3. 83 über die ANSA Bonn die Mitteilung des Oberstaatsanwaltes von Bastia, daß die gesamten Ermittlungen in dem künftigen Prozeß gegen den Sohn des Exkönigs vom ersten Tag an restlos korrumpiert worden seien von den Helfern, Freunden und Bestochenen der europäischen Königs-Mafia. Diese Meldung wurde in fast allen ital. Tageszeitungen groß veröffentlicht. In diesem Moment schlug die bis dahin positive Stimmung für die Rückkehr jäh vollständig um. Man erinnerte sich plötzlich wieder allzugut des Mordes, über den in der ganzen Zeit vorher kein Wörtchen mehr verloren worden war. Der Exkönig Umberto, der ein eifriger Zeitungsleser war, merkte, daß er nicht mehr die Spur einer Chance hatte, nach Italien zurückzukehren mitsamt Sohn. Er gab auf, enterbte seinen Sohn und starb 10 Tage später. Ich hatte ihm ausrichten lassen, er hätte sich lieber der Mutter des ermordeten DIRK zu Füßen werfen und um Verzeihung bitten sollen, statt sich immer neue Tricks und Kniffe auszudenken, die Wahrheit und das Recht zu korrumpieren. Der Krankheitsverlauf bei Exkönig Umberto ist somit genau parallel dem Konfliktverlauf des Einbruchs der Selbstwertachtung und folgt damit exakt der EISERNEN REGEL DES KREBS.

Ich selbst habe meinen (Verlust)-Konflikt, an dem das Konfliktive darin bestand, daß ich mir die schlimmsten Vorwürfe machte, meinen Sohn DIRK nicht aus dem menschlich abscheulichen Klima der Heidelberger Uni-Klinik wegverlegt zu haben, als es noch Zeit war, durch intensive Gespräche mit meiner Frau, die eine erfahrene gütige Ärztin ist, gelöst, wie ich heute weiß. Damals

wäre mir der Tod furchtbar egal gewesen. Selbst als man mir sagte, daß ich Krebs habe, träumte ich nachts immer nur von meinem DIRK. Damals wurde ich operiert, heute würde ich mich mit Sicherheit nicht mehr operieren lassen, nachdem ich die EISERNE REGEL DES KREBS kenne.

Übrigens, die erste Patientin, die ich behandeln durfte, nachdem ich die EISERNE REGEL DES KREBS wußte, war meine Frau, die einen Knoten in der linken Brust getastet hatte. Aber wir kannten den Konflikt, nämlich der Hinauswurf aus der Wohnung in der Via Margutta, die der Cousine des Mörders gehörte. Aber wir kannten auch die Therapie. Meine Frau ist der klügste Mensch, den ich überhaupt kenne. Sie wußte, hatte verstanden, sie wurde gesund. Der Konflikt hatte sich lösen lassen. Der Knoten ging zurück.

2. Krebs – was ist das?

- a) geschichtlicher Rückblick
- b) nach der Erklärung vom 4. 10. 81 und am 22. 3. 82
- c) nach dem letzten Stand meiner Erkenntnis, besonders hinsichtlich der Entdeckung der HAMERschen HERDE

a) GESCHICHTLICHER RÜCKBLICK

Der Krebs ist so alt wie es ein Gehirn bei Mensch und Tier gibt. Ob es auch ein Gehirn bei Pflanzen gibt und ob, wenn ja, ein solches Gehirn auch Krebs hervorrufen kann, diese Frage kann ich noch nicht beantworten.

Sicher ist es, daß das Gehirn bei Mensch und Tier wie ein großer Computer gebaut ist, und Codes an die Zellen des Körpers gibt. Dabei ist praktisch jede Körperzelle mit dem Gehirn verbunden, und zwar offensichtlich jeweils mit einem bestimmten Hirnareal, das »zuständig« ist. Diese Hirnareale – sowohl die älteren Teile des Gehirns als auch die entwicklungsgeschichtlich jüngeren, wie das Großhirn – können aber auch einen Einbruch erleiden, einen Kurzschluß. Dann werden die entsprechenden zugehörigen Zellen des Körpers fehlprogrammiert: sie entarten zu »Krebszellen«. Niemals nämlich kann man künstlich einen Krebs in einem Körperteil erzeugen, der vom Gehirn abgetrennt wurde! (Die erste der »3 kleinen Fragen«: Warum kann man das nicht?)

Früher waren Tumore sehr selten. Die Menschen wurden aber früher – noch bis vor hundert Jahren – auch nur 30 bis 35 Jahre alt im Durchschnitt. Das ist für gewöhnlich ein Alter, wo auch heute noch die allerwenigsten Menschen an einem Krebs erkranken. Abgesehen von den Genitalcarcinomen wie Muttermund- und Hodenkrebs, bei denen mit der Abnahme der Sexualität auch die entsprechenden Konflikte abnehmen, nimmt sonst bei den allermeisten Krebsarten mit zunehmendem Alter auch die Häufigkeit der Krebserkrankung zu. Folglich muß man um so weniger Krebs sehen, je früher die Menschen sterben.

Eine weitere Quelle der zunehmenden Häufigkeit der Diagnose »Krebs« ist die verbesserte oder verfeinerte Diagnostik. Noch vor 20 und 30 Jahren wurden nur die Krebse auch diagnostiziert, die beachtliche Größe erreichten oder entsprechende klinische

Beschwerden verursachten wie Blutungen, starken Husten, Darmverschluß etc.

Bekam aber ein alter Mensch einen Krebs, dann hieß es meist noch, er sei an Altersschwäche gestorben. Eine Sektion erübrigte sich ohnehin. Heute aber werden immer mehr längst inaktivierte kleine Tumore als Krebs diagnostiziert, die man nur mit Computertomogramm oder Röntgenapparat diagnostizieren kann, die auch seit Jahren schon keine Beeinträchtigung des Wohlbefindens mehr machen, folglich früher niemals diagnostiziert worden wären, während heute solche harmlosen Knötchen eine Riesenmaschinerie in Bewegung zu setzen pflegen, die meistens erst wieder anhält, wenn der Patient – wie eine Salamiwurst – zu Tode therapiert worden ist.

Ich will damit sagen: Zur Volksseuche wurde der Krebs erst, als die zunehmend hohe Lebenserwartung des Menschen in den Zivilisationsländern die absolute Häufigkeit der Krebserkrankung drastisch ansteigen ließ, während wir keinerlei Krebserkrankungshäufigkeit feststellen, wenn wir die Patienten gleichen Alters damals und heute miteinander statistisch vergleichen und nur die Krebse miteinander vergleichen, die durch unübersehbare klinische Symptomatik diagnostiziert wurden.

Ich glaube nicht, daß die absolute Konflikthäufigkeit zugenommen hat, bzw. die Häufigkeit dramatischer akuter und isolativer Erlebnisschocks (DHS) mit nachfolgend andauerndem Konflikt. Lediglich ergeben sich bei jeder gesellschaftlichen Umwälzung auch Verschiebungen in der Häufigkeit bestimmter Konflikte (z. B. drastische Abnahme der sexuellen Konflikte in den letzten 10 Jahren durch Liberalisierung der Sexualität, und damit drastische Abnahme der Portio- und Collum-Carcinome).

Trotzdem machten sich die Ärzte zu allen Zeiten Gedanken über die Tumoren des Körpers, die jeder Arzt hin und wieder sah. Es soll hier kein medizinhistorischer Abriß gegeben werden über die für uns heute nur noch historisch interessanten Theorien über die mutmaßliche Genese des Krebses. Fast immer versuchte man, die Tumoren mehr oder weniger lokalistisch zu erklären. Aber Deutungen wurden gesucht, z. B. sie als Ausdruck fehlgesteuerter Körpersäfte zu deuten oder sie gar magisch als Zeichen böser Geister zu verstehen. Wenn man bedenkt, daß man über das Gehirn früher noch weniger wußte als wir heute, dann sind alle diese Deutungen so furchtbar abwegig nicht, wenngleich sie natürlich therapeutisch etwa vergleichbar verheerende Auswirkungen hatten wie z. B. unsere heutigen Zytostatika und Kobaltbomben.

Aber auch Zusammenhänge mit der Psyche wurden schon diskutiert. So glaubte ein englischer Arzt schon vor 200 Jahren sicher zu wissen, daß Brustkrebs durch seelische Leiden zustande kommen könne.

Die moderne, vermeintlich naturwissenschaftlich orientierte Medizin verfiel wieder in den Fehler, die Krebserkrankung rein lokalistisch zu betrachten. Man baute immer größere und genauere Mikroskope, um das Krebswachstum zu beobachten. Besonders hinderlich waren gewisse Dogmen, die man aufstellte und die seither als unumstößlich galten:

1. Dogma: Der Krebs benötigt Jahrzehnte zum Wachsen, weil er sich stets aus einer einzigen, fehlgebildeten Zelle entwickelt. Als man später feststellte, daß die meisten Krebse sog. »*Mischtumoren*« sind, d. h. keine einheitliche histologische Formation oder Struktur aufweisen, war das Dogma schon so festgefügt, daß es bereits als unumstößlich galt.

Selbst als man später das Dogma widerlegte, indem man nachwies, daß z. B. im Gebärmutterhals meistens »*Krebsinseln*« entstehen, die ringsherum von gesundem Gewebe umgeben sind, die »*Einzellengenese*« also vollständig widerlegt war, konnte das in den einfältigen Gehirnen der Onkologen immer noch nichts an dem Dogma ändern.

Statt dessen nahm man seine Zuflucht nun zu einer »*Hilfshypothese*«: Die Carcinominseln sind blitzschnell durch das Blut »*ausgesät*« worden (Sepsis-Theorie von Virchow 1876).

2. Das Dogma von der »*hämatogenen Aussaat*« spukt unverdrossen in allen Onkologengehirnen herum. Damit meint man nämlich die sogenannten »*Metastasen*« erklären zu können. Aber so unumstößlich dieser fromme Irrtum der Onkologen von wegen »*Metastasen*« ist, so ungern hören die Onkologen die 2. von meinen »*Drei kleinen Fragen*«, nämlich, warum noch kein Krebsforscher je Krebszellen im fließenden Blut entdeckt hat (außer nach einer Operation). Der Unsinn mit den »*Metastasen*«, die es gar nicht gibt, ist schier unausrottbar, ja man spricht sogar von »*generalisierter Metastasierung*«, womit man dann dem Patienten stets klarmachen will, daß er keinerlei Chance mehr zum Überleben habe.

3. Da das Dogma von der »*hämatogenen Aussaat*« unumstößlich

ist wie alle Dogmen, so muß man nun immer neue Zusatzdogmen erfinden, um den ganzen Unsinn »denkmöglich« zu machen.

So, wie man in der (kath.) Theologie zu dem Dogma von der Erbsündelosigkeit von Jesus das Zusatzdogma kreieren mußte von der Erbsündelosigkeit (unbefleckte Empfängnis) der Mutter Maria, so mußte man zu dem Zusatzdogma wiederum das nächste Zusatzdogma kreieren, daß Maria nicht eines natürlichen Todes gestorben sein könne, sondern als erbsündeloses Wesen selbstredend nur gen Himmel gefahren sein könne. Dies alles war erst nötig geworden, seitdem man die genetische Mitbeteiligung der Frau biologisch verstehen gelernt hatte, während in früherer Zeit die Frau lediglich als »Ausbrüterin« des männlichen Samens angesehen wurde.

Genauso geht es mit den onkologischen Dogmen. Der Unsinn gebiert immer neuen Unsinn: Weil man nun einmal am Dogma der hämatogenen Aussaat hängt, die Lungenrundherde aber ausnahmslos stets histologisch »Adeno-Carcinome« sind, so hat man jetzt das onkologische Dogma herausgegeben, daß die bösen kleinen Krebszellen bei ihrer Wanderung durch das Blut – die nie jemand beobachtet hat – auch noch gleich eine (fakultative!) Metamorphose durchzumachen haben: Also wenn sie vorher Plattenepithel-Carcinome waren, dann müssen sie eine Metamorphose durchmachen zum Adenocarcinom. Waren sie aber vorher schon ein Adenocarcinom, dann brauchen sie keine Metamorphose durchmachen – wie's halt paßt, genau wie in der Theologie. Daß überhaupt so viele ausgewachsene Professoren völlig widerspruchslos so viel Unsinn und immer neuen noch größeren Unsinn »nachzudenken« bereit sind, erstaunt mich immer wieder auf das höchste! Deshalb stets meine »Dritte kleine Frage«: Warum werden alle Krebszellen unterschiedlichster histologischer Provenienz auf ihrer nie beobachteten, aber um so eifriger postulierten Reise via Blut in der Lunge stets zu Adeno-Carcinomen (Metamorphose)?, während sie (die nie beobachteten!), wenn sie zufällig im Knochen hängenbleiben, nie Adeno-Carcinome werden? Ein ausgemachter frommer Unsinn dümmster Sorte!

4. Dogma: Der Krebs ist ein »konsumierender Prozeß«, ein Parasit, den es gilt, mit Haut und Haaren herauszuschneiden, auszubrennen und zu vergiften – wie bei einer Teufelsaustreibung im Mittelalter.

Auch so ein Unsinn: Der Krebs ist – jedenfalls was die Geschwulst angeht, solange sie nicht mechanische Behinderungen macht – völlig harmlos. Sie besteht aus körpereigenen Zellen, die den Körper überhaupt gar nicht stören, schon ganz und gar nicht sein Immunsystem beeinträchtigen. Das sieht man nämlich daran, daß inaktivierte und eingekapselte Tumoren über Jahrzehnte friedlich im Körper wohnen und das Immunsystem nicht in geringster Weise alterieren. Der fromme Irrtum klärt sich ganz einfach auf: Der Krebs ist eine überschießende (kranke) Art und Weise des Gehirns (Feldeinbruch) mit einem Streit fertig zu werden. Dabei wird der Gesamt-Code des Körpers in überschießender, ja nachgerade schließlich selbstmörderischer Art und Weise auf »*Dauersympathicotonie*« geschaltet! Entweder schafft der Organismus den Gegner oder er geht an ihm zugrunde, eine Art von biologischer Selektion!

Die Lösung ist ebenfalls so einfach wie schlüssig: Man hilft dem Organismus, den Streit zu »*schaffen*«. Und siehe da: Das Gehirn schaltet wieder um auf Vagotonie und erholt sich erst mal kräftig! Man gibt unendlich viel Geld aus, um die vermeintlichen Zusammenhänge zwischen Laborwerten, Immunsystemparametern und der Krankheit Krebs herauszufinden, vergeblich! Auf das Einfachste kam niemand, daß die Seele die Krebsentstehung bewirken könne und sie auch genauso wieder stoppen könne, und daß die eigentliche Krankheit ganz einfach und schlicht, aber eigentlich unübersehbar, eine Innervationsstörung ist, nicht weniger, aber auch nicht mehr. Krebs ist eben eine Dauersympathicotonie, eine Unfähigkeit des Körpers, umzuschalten in die Vagotonie. Der Patient stirbt letzten Endes an der Kachexie, der völligen Auszehrung, weil er monatelang nur noch im Streßtonus ist, nicht mehr schlafen kann, keinen Appetit mehr hat, nicht mehr verdaut, an Gewicht abnimmt, der gesamte Stoffwechsel blockiert ist, weil der ganze Organismus damit beschäftigt ist, »*den Streit zu gewinnen*«. Je länger er seinen Konfliktgegner nicht besiegen kann, desto mehr ruiniert er sich selbst. So einfach ist das.

Da man auch in neuerer und neuester Zeit immer mehr Krebse entdeckte, die nach dem neuen System der EISERNEN REGEL DES KREBS als »*schlafende*« oder »*inaktivierte alte Carcinome*« angesehen werden müssen, die aber anscheinend in kein bisheriges System passen, so hatte man zum Schluß auch nicht mehr die Spur eines Systems in der gesamten Onkologie.

Schon dieses ganze konfuse Durcheinander »Onkologie« zu nennen und damit so zu tun, als ob es eine systematische Wissenschaft sei, ist eine reine euphämistische Arroganz erster Güteklasse. Die Seele hatte man bei allen wissenschaftlichen oder pseudowissenschaftlichen Überlegungen einfach vergessen. Die Seele hat überhaupt den Ruf der Unwissenschaftlichkeit, weil sie scheinbar nicht meßbar und nicht wägbare ist. Seit wir aber die HAMERschen HERDE gefunden haben, ist sogar die Seele »photographierbar« geworden, mindestens die Konflikte der Seele!

Das Geheimnis der Zusammenhänge des Krebsgeschehens – und wie man sieht wohl der gesamten Medizin – das hatte ich schon im Sommer 81 erkannt, lag in dem Verständnis der »*schlafenden Carcinome*«. Damals sagte ich zu meinen Kollegen: »Wenn wir herausgefunden haben, warum sie schlafen, haben wir das Geheimnis des Krebs entdeckt.« Die Kollegen tippten sich an die Stirn und hielten mich für einen Spinner. Sie konnten nicht verstehen, daß der Hamer durch alle Abteilungen der Klinik forschte und nach »*schlafenden Carcinomen*« suchte und dem, was diese wohl gemeinsam haben könnten.

b) HABILITATIONSARBEIT OKT. 81

ZUSAMMENFASSUNG:

»Ich hatte den Krebs gesucht an der Zelle und habe ihn gefunden als Code-Fehler im Gehirn.«

Zunächst fand ich das HAMER-SYNDROM, benannt nach meinem Sohn DIRK HAMER. Das HAMER-SYNDROM besagt:

Der Krebs entsteht an einem Tag, wenn die Integralschwelle einer Funktion aus drei Komponenten überschritten wird.

Diese sind:

1. reduzierte momentane Disposition
2. momentane Konfliktverdichtung, und
3. momentane Isolation (räumliche, familiäre, innere Isolation).

Treffen also diese drei Komponenten kurzfristig oder »*momentan*« zusammen, dann kann ein Krebs ausgelöst werden, sofern ein aus dem Zusammenwirken aller dreier gebildeter Schwellenwert überschritten wird.

Weiter fand ich die

EISERNE REGEL DES KREBS.

Diese besagt:

1. Jeder Krebs entsteht an einem Tag bei der Konstellation des HAMER-SYNDROMS.
2. Der *empfundene Konflikthalt* bestimmt die *Lokalisation* des Krebses.
3. Der *Verlauf der Konfliktentwicklung* bestimmt den *Verlauf der Krebsentwicklung*.

Daraus folgt zwangsläufig:

Wenn das HAMER-SYNDROM einen Krebs auslöst und der empfundene Konflikthalt die Lokalisation bestimmt und die Konfliktentwicklung den Verlauf der Krebserkrankung bestimmt, dann kann die zur Krebsentstehung geführt habende Läsion nirgends anders als im Gehirn zu suchen sein – und dort fand ich sie.

Daraus ergibt sich meine Krebsentstehungshypothese:

1. Die Krebsentstehung in der Zelle wird bewirkt durch einen Programmierungsfehler im Gehirn, bzw. durch einen Code-Fehler im ZNS (Zentralnervensystem).
2. Hält der Konflikt länger an, wird aus dem Code-Fehler ein Code-Fehler-Komplex. Das bedeutet, daß im Schaltrelais des Gehirns eine fehlerhafte Codierung auf benachbarte Zentren übergreift. Solche komplexen Relaisfehler imponieren an den Erfolgsorganen als »*Metastasen*«. Oft haben benachbarte Organe auch benachbarte Schaltstellen im Gehirn-Relais.
3. Bei frühzeitiger Entfernung des Primärtumors kann es zur »*Konfliktentlastung*« kommen, da der primäre cerebrale Relaisfehler sein Organ-Korrelat verliert.

Mit Hilfe der gefundenen Ergebnisse lassen sich fast alle bisher eher unklaren Erscheinungsformen der Krebserkrankungen auf eine sehr einfache und einleuchtende Weise erklären.

Metastasen sind Folge von übergegriffenen Relais-Fehlern im ZNS, die weitere Fehlcodes an andere Organe übermitteln und dadurch »*Metastasierung*« bewirken.

Man kann leicht begreifen, daß der gleiche Krebs in verschiedenen histologischen Formationen auftreten kann, sogar im gleichen Primär-»*Mischtumor*«.

Man kann verstehen, warum die meisten Krebse ihre bevorzugten Metastasierungsgebiete haben.

Man kann auch das häufig zu findende, gleichzeitig in Remission /

und an anderer Stelle in Progression verharrende Geschehen der Krebserkrankung verstehen.

Wird der Konflikt rasch gelöst, bevor er zum Konflikt-Komplex geworden ist, dann ist die Erkrankung um so günstiger in ihrem Verlauf. Aber selbst wenn die Konfliktausräumung noch nach der Ausbreitung des Relais-Fehlers im ZNS erfolgt, sind die Chancen noch erheblich besser, als wenn der Konflikt ungelöst bleibt.

Bei allen diesen Funktionen geht der Konflikt niemals isoliert als Faktor ein, sondern immer in Form des HAMER-SYNDROMS! Korrekterweise müßte man deshalb eigentlich immer statt vom Konflikt vom HAMER-SYNDROM sprechen. Denn Isolation oder Schwächung der allgemeinen Disposition potenzieren stets die Konfliktverdichtung!

Aus diesem Grunde sind Zytostatika nach dieser Theorie abzulehnen, da sie eine fatale Schwächung der Disposition zur Folge haben. Bestrahlung und Operation dagegen können das mit dem Relais-Fehler korrespondierende Organ zerstören oder entfernen und so ein Leerlaufen der Code-Fehler-Übermittlung erzielen. Ob das in sehr abgeschwächter Form auch bei den Zytostatika gelegentlich zu erreichen ist, kann ich nicht beurteilen. Ich halte es in dieser Hinsicht in sehr begrenztem Maße für denkbar.

Viele Patientinnen haben angegeben, daß sie unmittelbar nach der Operation eine völlig unerwartete Konfliktabschwächung bemerkt haben, für die sie überhaupt keinen Zusammenhang sehen konnten. Der Konflikt, bzw. HAMER-SYNDROM bestand zwar weiter, war aber unerklärlicherweise entschärft, und zwar schlagartig abgeschwächt oder verschwunden.

Die Erklärung wäre die Kappung der Korrespondenz zwischen ZNS-Relais-Defekt und »Mißerfolgsorgan«. Der Code-Fehler-Fluß bricht zusammen!

Die meisten, oder eigentlich alle Patientinnen mit Genital-Ca samt Ovarial-Ca hatten einen sexuellen, analen oder sexuell-analen Konflikthalt, hingegen die Patientinnen mit Mamma-Ca einen menschlichen, meist Mutter-Kind-Konflikthalt.

Da es für jeden Krebs eine ziemlich genaue Berechnung des Entstehungsdatums gibt – abhängig z. B. beim Mamma-Ca von der Größe und Konsistenz der Brust, Dolenz und Sensibilität, sowie der Intelligenz und Schamhaftigkeit, schließlich der Größe und Verbreitung des Tumors und der Schwere und Entwicklung des Konfliktes, bzw. HAMER-SYNDROMS – kann man in Zukunft viel exakter nach Tumoren fahnden. Berichtet die Patientin über

einen sehr schweren Konflikt mit der Konstellation des HAMER-SYNDROMS, dann kann der Arzt auch gezielt forschen, sofern er auch den Konflikthalt weiß.

Die durchschnittlichen Zeiten, die vergehen, bis die Frauen ihren Krebs bemerken, sind bei jeder Krebsart verschieden: abhängig natürlich von der Konfliktentwicklung, bzw. HAMER-SYNDROM, durchschnittlich:

- | | |
|----------------|-------------|
| 1. Mamma-Ca: | 2-4 Monate |
| 2. Collum-Ca: | 7-16 Monate |
| 3. Corpus-Ca: | 6-15 Monate |
| 4. Ovarial-Ca: | 5-6 Monate |
| 5. Vulva-Ca: | 5-6 Monate |
| 6. Tuben-Ca: | 4-5 Monate |

Von den Ärzten diagnostiziert wurden die Krebserkrankungen durchweg später, weil die Latenzzeit zwischen dem Bemerken der ersten Anzeichen durch die Patientin selbst und dem Gang zum Arzt meist erheblich ist und die Latenzzeit des Arztes bis zur Diagnosestellung meistens nochmals erheblich ist.

Ich bin mir meiner Ergebnisse so sicher, daß ich mir zutraue, bei jedem Mamma-Ca beispielsweise in kürzester Zeit exakt das Entstehungsdatum festzulegen, sofern die Erkrankung nicht zu lange zurückliegt. Es handelte sich auch nie um Bagatellfälle, sondern immer um Konflikte, die fast immer als die schlimmsten der letzten Jahre oder Jahrzehnte beschrieben wurden.

Die Ergebnisse wurden mit so viel wissenschaftlicher Redlichkeit gewonnen, wie man in einem solchen Bereich nur überhaupt postulieren kann. Die Widerstände in der Klinik, in der die Untersuchungen von mir als Oberarzt der Inneren Abteilung durchgeführt wurden, waren so erheblich, daß sie zu meiner Entlassung führten.

Insbesondere die von mir vermuteten histologischen Fehlinterpretationen waren es, heilige Kühe der Schulmedizin, die die Gemüter erhitzt haben. Aber bei HAMER-SYNDROM-leerer Prodromalzeit muß man eine histologische Fehlinterpretation in Betracht ziehen.

Die diagnostischen und therapeutischen Folgen, die meine Ergebnisse haben werden, sind unübersehbar. Die Diagnostik wird sich durch die exakte Bestimmbarkeit des Krebsentstehungsdatums wesentlich verbessern.

Für die Behandlung dürfte nicht nur die Tatsache Bedeutung haben, daß jeder Krebs bei der Konstellation des HAMER-

SYNDROMS entsteht, sondern auch die daraus zu folgernde Krebsentstehungs-Theorie dürfte weitreichende Folgen zeitigen.

Schließlich ist anzunehmen, daß sich auch die übrigen Carcinome genau entsprechend verhalten werden (z. B. Magen-Ca, Colon-Ca etc.), so daß die gesamte Krebsdiagnostik in Bewegung geraten wird mitsamt der daraus folgernden Therapie!

Man muß eine neue Seite im Buche des Krebs aufschlagen!

In einem Fall konnte ich gleichsam die Probe aufs Exempel machen: Eine Patientin war an Mamma-Carcinom erkrankt und operiert, exakt ein Jahr später hatte sich die gleiche Konfliktverdichtung mit dem gleichen Partner unter gleichen Umständen (Betriebsausflug) exakt wiederholt, nachdem sie wenige Monate nach dem ersten Betriebsausflug an Mamma-Ca erkrankt und operiert worden war. In meinem Protokoll sprach ich die Vermutung aus, daß die Patientin ein Rezidiv haben könnte, eigentlich sogar haben mußte, da die Konfliktverdichtung und die Begleitumstände vergleichbar gravierend gewesen waren. Als nur 1 Tag später bei einer Röntgenuntersuchung ein Mamma-Ca in der anderen Brust festgestellt wurde (sehr hautnah neben der Mam-mille), reichte ich dem Chefarzt und dem Oberarzt das Protokoll mit meiner Vermutung hin, die es sofort gegenzeichneten. Der Chefarzt selbst befragte daraufhin die Patientin, wie lange denn der etwa 1,2 cm große Knoten schon bestehe, worauf sie antwortete: Schon seit dem letzten Winter. Exakt das hatte ich vermutet.

KOMMENTAR AUS HEUTIGER SICHT:

Die obenstehenden Seiten sind die ungekürzte Originalzusammenfassung der Habilitationsarbeit vom Okt. 81. Wenn sie auch in manchen Details heute schon korrigiert werden muß, z. B. was die sog. »Metastasen« anbelangt, so ist sie in den wesentlichen Punkten heute genauso richtig und aktuell wie damals. Einen großen Wert, von heutiger Sicht zu großen Wert, hatte ich damals auf die Disposition zum Zeitpunkt des DHS gelegt. Daß ein Mensch leichter erkrankt, wenn er in sehr schlechtem psychischen und körperlichen Allgemeinzustand ist, ist bei jeder Krankheit so, auch bei Krebs. Das Entscheidende, was aber den Krebs auslöst, ist der akut dramatische Keulenschlag. Hinsichtlich der sog. »Metastasen« stimmen die obigen Ausführungen hinsichtlich der »Lokal-Metastasen«, wie sie früher genannt wurden, nicht hinsichtlich der früher sog. »Fernmetastasen«.

c) WAS IST DER KREBS NACH DEN LETZTEN ERKENNTNISSEN ÜBER DIE EISERNE REGEL DES KREBS?

Nach meinen letzten Erkenntnissen über die Zusammenhänge des Krebs ist die Krebserkrankung – entsprechend der EISERNEN REGEL DES KREBS – ein 4faches Geschehen:

1. Ein sich an das DHS anschließender psychischer Dauerkonflikt, mit dem der Patient Tag und Nacht beschäftigt ist.
2. Ein elektrophysischer Feldeinbruch in einem jeweils bestimmten Areal des Gehirns, das dem jeweiligen Konflikt »zugeordnet« ist.

Der elektro-physische Feldeinbruch wird nach der Konfliktlösung sichtbar als HAMERScher HERD, bzw. als stoffwechselheiße, reparative Zone mit intra- und perifocalem Oedem.

3. Eine durch den HAMERSchen HERD bedingte Fehlsteuerung oder Fehlcodierung eines jeweils bestimmten Organbereichs des Körpers, der dem Areal des HAMERSchen HERDES – und natürlich dem entsprechenden Konflikthalt – zugeordnet ist. Die Zellen des betroffenen Organbereichs entarten unter der Fehlcodierung zu Krebszellen, also zu Krebs.

Psych. Konflikthalt – HAMERScher HERD im Gehirn – Krebs im entsprechenden Körper-Organbereich sind drei sich entsprechende und fortlaufend miteinander korrelierende Bereiche letztlich ein und desselben Geschehens!

4. Eine durch den psychischen Dauer-Konflikt und den HAMERSchen HERD bedingte nervöse Dauer-Fehlsteuerung (Dauer-Sympathicotonie) des gesamten Organismus, die in schweren Fällen letzten Endes zum Tode führen kann durch Kachexie. Der gesamte Organismus ist unfähig, auf Vagotonie (Ruheinnervation) umzuschalten. Diese Fähigkeit, auf Ruheinnervation umschalten zu können, erlangt der Organismus erst wieder durch die Therapie, die in der Konfliktlösung besteht.

Bisher kannte man nur die Vorstellung eines entarteten Organbereichs, der eben an Krebs erkrankt war. Man leitete diese Fehlsteuerung ab von einer scheinbar »wildgewordenen Zelle«, die dann weiter wilde Zellen durch Teilung produziert und dadurch einen langsam wachsenden Tumor bewirken können sollte. Man stellte sich vor, daß alle Krebszellen mal von solch einer wildgewordenen Zelle ausgegangen seien, was aber eine fromme Selbst-

täuschung war, denn es gibt selbst in ein und demselben Tumor nur zu oft mehrere verschiedene histologische Formationen (sog. »Mischtumoren«). Das dürfte ja nicht möglich sein!

Zu 1. DER PSYCHISCHE DAUERKONFLIKT:

Unter psychischem Dauerkonflikt muß man einen Konflikt verstehen, der zwar nicht dauernd in voller Schärfe besteht, der aber auch nie ganz zur Ruhe kommt, der also »andauert«. Nach meiner Erfahrung träumt der Patient nahezu jede Nacht von seinem Konflikt, ohne daß es ihm in den meisten Fällen bewußt ist.

Entstanden sein muß der Konflikt immer durch ein DHS. Wir sprechen hier wohlgerne von dem »aktiven Krebs«, nicht von dem inaktivierten Krebs, der gleichsam nur noch eine Krebsnarbe ist, ein mal aktiv gewesener Krebs. Histologisch bleibt er zwar noch ein Krebs, weil er noch Jahre oder sogar viele Jahre lang Krebszellen haben wird. Aber er ist völlig ungefährlich. Er kann auch nicht wieder aufbrechen – es sei denn, der Patient bekommt später den exakt gleichen Konflikt noch mal wieder.

Merke:

Der therapierte und ausgeheilte Konflikt und der dadurch inaktivierte Krebsknoten (Krebsgeschwür) sind keine Krebserkrankung mehr im eigentlichen Sinne, sondern ein narbiger Restzustand einer abgelaufenen Krebserkrankung.

Zu 2. DER ELEKTRO-PHYSISCHE FELDEINBRUCH IM GEHIRN = HAMERscher HERD:

Der Feldeinbruch im Gehirn entsteht während des DHS. Er ist ein faßbares, meßbares, photographierbares Substrat im Gehirn, mit unseren derzeitigen Methoden allerdings erst durch seine Stoffwechselaktivität nach der Konfliktlösung im Kontrastmittel-Computertomogramm sichtbar zu machen oder durch das perifocale Oedem, welches ein reparatives Geschehen markiert.

Der HAMERsche Herd ist das letzte Mosaiksteinchen in der Beweiskette für die Zusammenhänge des Krebsgeschehens entsprechend der EISERNEN REGEL DES KREBS. Die HAMERschen HERDE wurden zwangsläufig gefunden, ich hatte sie förm-

lich erwartet. Verwunderlich daran war nur, daß sie so deutlich zu sehen sind, jedenfalls in der reparativen Phase, und daß sie so groß sind. Postuliert als Feldeinbruch im Gehirn wurden sie schon im Oktober 81. Sie bilden den absoluten, sichtbaren und definitiven Beweis für die Richtigkeit der EISERNEN REGEL DES KREBS. Die Seele des Menschen, deren einzelne Teile wir in Form der HAMERSchen HERDE in einer bestimmten Phase photographieren können, nämlich in der des Krankheitsheilungsverlaufs, sie ist in Zukunft – wenn wir mal vom religiösen, metaphysischen Aspekt absehen – fest eingebunden in den Gesamtorganismus. Seele, Gehirn und Körper sind miteinander *gleichzeitig korrelierende* Teile unseres Gesamtorganismus. Es ist müßig zu fragen in Zukunft: Was ist psychisch bedingt? Was ist körperlich bedingt? Alles geschieht immer *gleichzeitig und miteinander!* Die EISERNE REGEL DES KREBS mit ihren HAMERSchen HERDEN wird der Meilenstein der Medizingeschichte werden.

Der HAMERSche HERD ist von einem intrafocalen Oedem durchsetzt und von einem perifocalen Oedem umgeben. Dieses Oedem ist ein Zeichen der Heilung wie sonst im Körper auch. Der Patient hat immer auch zugleich mit diesem cerebralen Oedem um den HAMERSchen HERD auch Wassereinlagerungen, also Oedeme im übrigen Körper, insbesondere im Bereich des Krebstumors. Die Vagotonie (siehe Schwangerschaft, die auch ein überwiegender Vagotonus ist), zeichnet sich als Erholungs- oder Reparatur-Innervation immer durch Schwellungen aller Art, zumeist Oedeme, aus. Alles was heilt in unserem Körper, heilt mit Oedem, mit Schwellung! Die Vagotonie muß einen ganz speziellen Zusammenhang mit der Nierenfunktion haben. Wie genau der beschaffen ist, müssen wir noch herausfinden. Die meisten Körperteile des Menschen sind so beschaffen – ausgenommen z. B. Nase, Rachen, Luftröhre . . .) –, daß sie ohne Schaden selbst große Schwellungen vertragen können. Das Gehirn ist da in einer schlechten Lage, weil sich das Volumen der Schädel-Calotte nicht vergrößern läßt. Wenn es im Gehirn zu einer größeren Schwellung kommt, muß das umgebende Gewebe des Gehirns zusammenrücken, das heißt, es wird komprimiert. Dieser Vorgang, ein sog. »*raumfordernder Prozeß*«, kann gefährlich werden, wenn er entweder größere Ausmaße annimmt, oder wenn er an einer sehr unglücklichen Stelle gelegen ist. In diesen beiden Fällen kann diese Komplikation sogar zum Tode des Patienten führen – in der Heilungsphase: oftmals Wochen oder gar mehrere Monate nach der

Konfliktlösung, wenn also der Krebs längst gestoppt ist und nicht mehr weiterwächst. Glücklicherweise besteht aber diese Gefahr erfahrungsgemäß nur bei weniger als 5 % der an Krebs erkrankten Fälle!

Zu 3. DIE DURCH DEN HAMERschen HERD BEDINGTE FEHLCODIERUNG EINES BESTIMMTEN, NÄMLICH DEM VON KREBS BEFALLENEN ORGANBEREICH DES KÖRPERS

Seit wir die HAMERschen HERDE kennen und die Zusammenhänge des Krebs dadurch leicht verstehen können, weil wir sie sichtbar machen können, ist alles so logisch und folgerichtig einzuordnen. Ein Professor des internationalen ärztlichen Schiedsgerichts, das am 6. 12. 83 in Gyhum tagte, sagte: Herr Hamer, Ihr System ist so lückenlos, ja geradezu wasserdicht schlüssig, daß es mich fasziniert. Ich bin dauernd am Überlegen, wo denn da noch der Haken sein könnte. Ich sagte ihm: der Haken könnte doch nur der sein, daß sich das System nicht an der Wirklichkeit unserer Patienten verifizieren lassen würde. Wenn es das aber tut, dann ist kein Haken mehr zu finden.

Wir müssen uns den »Kurzschluß oder Feldeinbruch im Gehirn« funktionell gleichsam in zwei Intensitäten vorstellen:

- a) der dem jeweiligen HAMERschen HERD zugeordnete Organbereich gerät unter Fehlcode-Dauersalven;
- b) der gesamte übrige Organismus gerät bei diesem Kurzschluß unter Dauer-Streß-Innervation, also Dauer-Sympathicotonie. (siehe nächsten Abschnitt).

Jetzt verstehen wir auch, daß im Grunde der sichtbare oder fühlbare Krebstumor oder Krebsgeschwulst eigentlich noch das Harmloseste an dieser Krankheit ist, vorausgesetzt, es wird nicht irgendein Stück Darm, eine Vene oder ein Bronchus etc. abgedrückt oder verlegt. Wir wollen nun keineswegs eine Krebsgeschwulst völlig verharmlosen, vor allem, weil sie ja auch echte Destruktion machen kann, z. B. in der Bauchspeicheldrüse, in der Leber oder in der Lunge usw. Aber wir sollten auch nicht mehr diese panische Angst vor einem Krebstumor haben. In Zukunft wird man, wenn überhaupt, nur noch den Tumor selbst wegoperie-

ren, wenn er stört, keineswegs mehr »radikal operieren«, weil das mehr schadet als hilft.

Das Areal des HAMERschen HERDES im Gehirn ist also verantwortlich für die Fehlcodierung, die an das zugehörige Areal eines bestimmten Organs im Körper gegeben wird und das unter diesen Fehlcodes aus der Computerzentrale zu Krebs entartet. So einfach ist die Krebserkrankung in der Theorie, so einleuchtend.

Zu 4. DIE DURCH DEN PSYCHISCHEN DAUER-KONFLIKT UND DEN HAMERschen HERD BEDINGTE NERVÖSE DAUER-FEHLSTEUERUNG (DAUER-SYMPATHOTONIE) DES GESAMTEN ORGANISMUS, DIE IN SCHWEREN UND NICHT BEHANDELTEN FÄLLEN ZUM TODE DURCH KACHEXIE FÜHREN KANN.

Man hat Jahrhunderte, besonders das letzte Jahrhundert, darüber nachgedacht, was eigentlich den Krebs oder die Krebserkrankung ausmacht. Jetzt können wir es ganz genau sagen: Es ist der Dauer-Streßtonus, oder auch die Dauer-Sympathicotonie, die schließlich, wird die Krankheit nicht behandelt, zur Auszehrung, genannt Kachexie, führt. Ich selbst kann es nicht nur von meiner eigenen Krankheit bestätigen, sondern ich habe es Tausende von Malen bei meinen Patienten beobachtet. Ein Patient drückte es mal so aus: Es ist so, als sei das Gaspedal durchgetreten und eingeklemmt und das Auto würde nun unter Vollgas laufen, das man nicht abstellen kann. Eigentlich ganz gut zu verstehen: Der Organismus hat einen Streit (mit anderen oder mit sich selbst) und versucht nun mit allen Kräften, diesen Streit zu gewinnen. Wenn das nicht gelingt, geht der Organismus selbst daran zugrunde. Diese Dauer-Sympathicotonie ist es auch, die für die mehr und mehr mit zunehmender Dauer der Krankheit ins Auge fallenden Veränderungen des Organismus verantwortlich ist.

Der Patient nimmt an Gewicht ab, schläft nicht mehr, hat keinen Appetit mehr, hat einen erhöhten Stoffwechselumsatz, das Immunsystem leidet schließlich Schaden. Kurz, der Organismus ist in einem Teufelskreis befangen, in dem er sich nach relativ kurzer Zeit verschlissen hat wie ein Motor, der unter Vollgas ständig auf vollen Touren läuft. Fühlen wir die Hände

eines solchen Patienten, dann fühlen sie sich kalt und etwas feucht an, die Augen blicken starr, das Gesicht ist maskenhaft. Der Patient erscheint wie unter Morphium stehend (siehe Seiten 133 bis 136).

Wir wissen heute, daß ein so auf Hochtouren geschalteter Patient unter diesem Dauer-Sympathicotonus in allergrößter Gefahr ist, einen zweiten oder dritten Erlebnisschock (DHS) einzufangen. Er ist fast wehrlos ausgeliefert! Z. B. einen Todesangstkonflikt mit Lungenrundherden oder einen Selbstwerteinbruch mit Knochenherden, wie sie häufig bei der Diagnoseeröffnung »*Krebs*« ausgelöst werden.

3. Das Dirk-Hamer-Syndrom

Das Besondere an der Entstehungsweise des Krebs ist es, daß sie stets nach dem gleichen Muster abläuft:

1. Immer ist es das bis dahin allerschwerste Konflikt-Erlebnis gewesen.
2. Immer ist das Konflikt-Erlebnis hochakut-dramatisch gewesen.
3. Immer ist das Konflikt-(Schock-)Erlebnis isolativ gewesen.

Dies ist das DIRK-HAMER-SYNDROM, kurz DHS genannt. Man könnte noch gleich hinzufügen, wenn es nicht schon eigentlich drin enthalten wäre: Es ist immer ein *konfliktives* Erlebnis, nicht etwa ein Schicksalsschlag oder ein Ereignis, an dem der Patient ohnehin nichts hätte ändern können. Selbst der Tod eines anderen, auch eines geliebten Menschen, ist nur dann konfliktiv, wenn man sich irgendwelche Vorwürfe dabei macht.

Weiter wissen wir ja inzwischen, daß nach dem 2. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS der Ort der Krebsentstehung im Körper stets terminiert wird

- durch den psych. Konflikt-Erlebnisinhalt,
- dieser Konflikt-Erlebnisinhalt korreliert bereits im Moment des DHS mit dem HAMERschen HERD, der für diese Art von Konflikt-Inhalt »zuständig« ist. Dabei kann dieser HAMERsche HERD »duolokulär« sein, also z. B. gleichzeitig ein Herd im Althirn (Stamm-, Mittel- oder Kleinhirn) oder im Neuhirn (Großhirn).

Zunächst ein Beispiel aus der Arbeit »*Krebs und Rauchen*« (siehe im Anhang dieses Buches) dafür, daß nicht das Ereignis des Todes des Ehemannes selbst krankheitsauslösend war, solange die Ehefrau glaubte, der Ehemann sei am Herzinfarkt gestorben. Die Minute aber, in der sie die Wahrheit erfuhr, daß ihr Ehemann am Narkosezwischenfall gestorben war bei einer Operation, die sich später bei der Sektion als völlig unnötig herausgestellt hatte, war für diese Frau gleichzeitig die Minute des DHS: Sie erstarrte zu Eis, denn sie hatte ihrem Mann dringend geraten, diese Laparotomie, um nachzusehen, ob im Bauchraum ein Krebs sei (der nicht da war), nicht vornehmen zu lassen. Sie machte sich Vorwürfe, daß

sie ihn nicht davor bewahrt hatte. Zugleich hatte sie einen maßlosen Zorn auf die Angehörigen, die ihrem Manne zugeraten hatten und die sie nun mehr oder weniger für schuldig hielt am Tode ihres geliebten Ehemannes. Die Frau erkrankte an einem Brustkrebs. Hätte man dieser Frau die wahre Todesursache ihres Mannes nicht verraten, wäre sie an dem Tod des Ehemannes selbst nie erkrankt!

Als man dieser Patientin eröffnete, daß sie an einem Brustkrebs erkrankt sei, erlitt sie ein neues DHS, einen Todesangstschock: Sie konnte von der Stunde an nichts anderes mehr denken, als daß sie auch sterben müsse wie ihr Mann. Wenige Wochen später stellte man im Röntgenbild der Lunge Lungenrundherde fest.

Nach der EISERNEN REGEL DES KREBS hätte man sowohl den Brustkrebs schon am 1. Tage der Erkrankung »früherkennen« können als auch die Lungenrundherde am Tag des DHS voraussagen können – wenn, ja wenn man sich die Mühe gemacht hätte, die Patientin zu fragen, was sie denn eigentlich empfunden hat.

Der Tod des Ehemannes war ein schwerer und schmerzlicher Schicksalsschlag, aber er war nicht konfliktiv, machte folglich kein DHS und folglich auch keine Krebserkrankung. Erst als einige Monate später der Tod des Ehemannes erneut Anlaß für ein Schockerlebnis, diesmal aber ein *konfliktives* und, nicht zu vergessen, *isolatives* Schockerlebnis wurde, erkrankte die Patientin an DHS und an einem Brustkrebs. Isolativ war der Tod des Ehemannes beim 1. Mal nicht, denn die ganze Familie tröstete sie. Sie konnte sich ausweinen, verdankte sogar diesen Trost ihrer Unwissenheit über den wahren Sachverhalt. Einige Monate später aber, bei dem echten DHS, stand sie mit ihrem ohnmächtigen erneuten Schmerz, mit ihren Selbstvorwürfen und ihrem Zorn auf die Angehörigen, die ihrem Mann zu der Operation geraten hatten, allein. Bei ihrer Umwelt hatte sie inzwischen schon den Bonus des Mitleids verloren. Sie stand ganz allein, konnte mit niemandem darüber sprechen und fraß ihre ganze Not in sich hinein.

Insgesamt haben wir also eigentlich 6 – sogar mit dem HAMERschen HERD nach der Konfliktlösung 7 – messerscharfe Kriterien, die jedes einzeln eigentlich schon für sich allein höchst selten vorkommen, vielleicht nur einmal oder nie im ganzen Leben eines Menschen. Daß 2 Kriterien zufällig miteinander gleichzeitig vorkommen könnten, wäre schon eine ziemliche Rarität. Daß aber 6 oder sogar 7 Kriterien alle zufällig miteinander zusammentreffen, kann rein rechnerisch schon weniger als 1mal unter 1 Million Fällen

vorkommen. Die EISERNE REGEL DES KREBS verlangt, daß das DHS in jedem Fall von Krebserkrankung erfüllt gewesen sein muß!

Das DIRK-HAMER-SYNDROM (DHS) ist ein rein empirisch gefundenes Syndrom. Es ist der Grundbaustein der EISERNEN REGEL DES KREBS, die Basis eines revolutionären Verständnisses nicht nur des Krebs, sondern der gesamten Medizin. Die ganze Bedeutung des DHS zu erfassen wird uns erst nach Jahren oder Jahrzehnten gelingen. Ich kenne keine Erfindung oder Entdeckung in der Medizin, die einschneidender gewesen wäre als sie das DHS für die Medizin der Zukunft sein wird. Dabei ist Medizin nicht einmal nur im bisherigen Sinne als »*Behandlung*« eines Patienten mit Stahl, Strahl und Chemie zu verstehen, die der Patient passiv über sich ergehen zu lassen hatte (patiens = Duldender), sondern vielmehr als komplex integrierte Individual- und Sozial-Therapie im weitesten Sinne des Wortes. Man wird vielleicht einmal die Medizin einteilen in die Zeit vor dem DHS und die Zeit nach dem DHS (September 81).

Würde das DHS nur besagt haben, daß bei psychischen Konflikten körperliche Veränderungen resultieren können, dann wäre das noch nichts so umwälzend Neues gewesen.

Das DHS sagt viel mehr: Es sagt, daß jeder Krebs bei einer ganz bestimmten psychischen Konstellation entsteht und daß diese Konstellation gleichzeitig eine bestimmte cerebrale Konstellation induziert, den sog. »*Feldeinbruch*« im Gehirn. Es verläuft immer eine strenge Gleichzeitigkeit von Psyche-Gehirn-Organ, eine Gleichzeitigkeit des Entstehens, der Veränderung und des Verlaufs.

Das DHS ist der Markstein des Beginns einer strengen Gesetzmäßigkeit zwischen Psyche, Gehirn und körperlichem Organ. Es ist eine Revolution nicht nur für die Medizin, sondern auch für die Geisteswissenschaft, die bisher Seele, Psyche oder Geist für weitgehend immateriell hielt, den Körper nur als »*Träger des freien Geistes*« verstehen wollte. Auch hier müssen wir gründlich umdenken: Psyche, Gehirn und Körper sind im komplexen Sinne ein und dasselbe! Denn wenn wir die Konflikte unserer Seele (gemeint zunächst DHS) in unserem Gehirn sichtbar machen und am peripheren Organ unseres Körpers als durch Fehlcodierung entstehende Krebsknoten sogar fühlen können, dann sind wir in Zukunft nicht mehr berechtigt, diese vermeintlichen Seinsformen so säuberlich voneinander zu trennen. Dabei soll hier zunächst einmal

unberücksichtigt bleiben, wie weit diese Vorgänge reversibel, oder sogar parallel-reversibel sind. Das DHS wird auch nicht auf die bisherigen Krebsarten beschränkt bleiben, denn man wird bisher nur symptomatisch bekannte Krankheiten (z. B. Coronaratherosklerose) als Krebs verstehen lernen, man wird aber auch Krankheiten, die man ebenfalls nur symptomatisch kannte, nach einem dem DHS ähnlichen Entstehungsprinzip hervorgerufen, verstehen lernen. Überhaupt wird das DHS der Brennpunkt sein, von dem aus wir lernen werden, das Gehirn als den Ursprung und Sitz aller nichtinfektiösen Krankheiten zu erkennen, zu beobachten und von da her zu heilen versuchen. Beginn einer weltweiten »Enzephalologie!«

Das DIRK-HAMER-SYNDROM mit der EISERNEN REGEL DES KREBS und den HAMERSchen HERDEN wird die gesamte Welt der Medizin und danach die gesamte Welt unserer Gesellschaft gründlich revolutionieren.

Für die Entdeckung der EISERNEN REGEL DES KREBS und der HAMERSchen HERDE ist es völlig unerheblich, ob man bereits schon jedem HAMERSchen HERD ganz genau den entsprechenden Organ-Krebs zuzuordnen vermag. Das ist nur eine Frage der Fallzahl und der Zeit, die man dafür benötigt, entsprechend repräsentativ ausreichende Zahlen von Fällen für jeden Organkrebs zu sammeln. Im Prinzip wissen wir jetzt jedenfalls sehr gut Bescheid. Und es kommt jetzt alles darauf an, beispielsweise 10000 CCT's in einen Computer einzuspeichern, möglichst vor und nach der Conflictolyse: Dann wissen wir ganz genau, wo wir für welchen Organkrebs den oder die entsprechenden HAMERSchen HERDE zu suchen haben, und wir wissen dann auch, wann normalerweise bei den verschiedenen Organkrebsen die Komplikationen von seiten der HAMERSchen HERDE im Gehirn und ihrer perifocalen Oedeme ihren Höhepunkt haben, und wir können dann gezielt daran gehen, eine langfristige Therapie zu entwickeln, so daß wir vielleicht sogar die Komplikationen schon im Vorfeld abmildern können. Sicherlich aber können wir uns dann auch überlegen, mit welchen intensivmedizinischen Maßnahmen wir eventuell nicht verhinderbare schwere cerebrale Komplikationen abschwächen können.

Da es sich bei den schweren Komplikationen ohnehin nur um etwa 2 bis 3 Prozent der gesamten Fälle handelt, ist nicht einzusehen, warum man diese Zahl nicht noch gewaltig reduzieren können sollte.

Demgemäß ist wirklich der Krebs, wenn man denn nun einmal sein System wirklich erkannt hat, keine so schlimme Krankheit mehr, die dem Patienten Hoffnungslosigkeit oder furchtbare Angst machen müßte wie bisher. – Das war ja gerade der springende Punkt, daß für einen Menschen die Diagnose »KREBS« gewöhnlich »*der Anfang vom Ende*« bedeutete. Das muß in Zukunft schnellstens aufhören. Wir können jedenfalls unseren Patienten nicht unbegründete, sondern sogar sehr begründete Hoffnung machen. Ja, die Hoffnung ist für ihn sogar selbst abschätzbar, weil er jetzt die Krankheit verstehen kann.



4. Die Eiserne Regel des Krebs

Die EISERNE REGEL DES KREBS, abgekürzt ERK, gilt für alle Krebserkrankungen, sowohl für die aktiven Prozesse, die also noch im Gange sind, als auch für die bereits verkapselten, inaktivierten Tumoren, die einmal aktiv waren, inzwischen aber inaktiviert sind. Sie gilt nicht für Virusentzündungen wie Leukämien und Lymphozytosen. Sie gilt auch nicht für das sog. Chorion-epitheliom, eine Art parasitärer Erkrankung, die durch Verschleppung von Zellen des Mutterkuchens hervorgerufen wird, also körperfremder Zellen, die dem Organismus des Embryos zuzurechnen sind und deshalb m. E. zu Unrecht unter die Krebse gerechnet werden.

Die EISERNE REGEL DES KREBS sagt:

1. Kriterium: Jeder Krebs entsteht bei einem DIRK-HAMER-SYNDROM (DHA), d. h. bei einem
allerschwersten
akut dramatischen und isolativen
Konflikt-Erlebnis-Schock.
2. Kriterium: Der Konflikt-Erlebnis-Inhalt bestimmt die
Lokalisation des Krebs im Körper (Organbezug).
3. Der Verlauf des Konfliktes entspricht genau dem Verlauf
der Krebserkrankung im Körper.

Merke:

Der Krebstumor am Organ ist lediglich ein Symptom einer Erkrankung im Gehirn – eines sog. Feldeinbruchs in einem umschriebenen Bereich des Gehirns –, ausgelöst durch ein DHS. Stoppt der Konflikt, dann stoppt auch das Wachstum des Krebstumors am Organ und wird zum eingekapselten, eingeschlafenen oder inaktivierten Carcinom. Der HAMERsche HERD kann sich vollständig zurückbilden (muß es aber nicht). Die Reparation des Feldeinbruchs erfolgt nach Lösung des Konflikts (Conflictolyse) unter Bildung eines HAMERschen HERDES mit Hirnbegleitoedem.

Während der Dauer der Krebserkrankung besteht überwiegender Sympathicotonus (Streßtonus), nach Lösung des Konfliktes erfolgt Umschaltung in Vagotonus (Ruhe- und Erholungstonus).

Die EISERNE REGEL DES KREBS (ERK) ergibt ein völlig neues Verständnis von den Zusammenhängen der Krebserkrankung. Demgemäß ist die Tumor-Erkrankung am Organ lediglich nur noch ein Symptom. An diesem Symptom selbst braucht im Prinzip kein Mensch zu sterben. Er kann jedoch an der eigentlichen Erkrankung sterben, dem Feldeinbruch im Gehirn (HAMERscher HERD), durch welchen Fehl-CODES an den betroffenen Organbereich gegeben werden. Gleichzeitig mit diesen Fehl-codes gerät der Organismus in einen Dauer-Sympathicotonus oder Dauer-Streß-Tonus, der schließlich zur Kachexie und zum Tode führt, wenn er nicht gestoppt wird.

Gestoppt werden kann er – entsprechend dem 3. Kriterium der ERK durch Lösung des Konfliktes (Conflictolyse).

Merke:

Jede Zelle unserer Körperorgane hat ihr mit ihr korrelierendes elektrophysisches Substrat im Großgehirn (Organbezug). Bei einem Feldeinbruch des Gehirns werden die korrelierenden Zellen des entsprechenden Organs mit Fehl-Codes innerviert, sie entarten darunter zu sogenanntem Krebs, der aber in Wirklichkeit nur ein Symptom der Erkrankung des Gehirns ist.

Es ist nicht möglich, künstlich einen Krebs zu erzeugen ohne eine solche Fehlinnervierung und Fehlcodierung durch das Ge-

hirn. Ob man solche Fehlcodierungen eines Tages experimentell wird »imitieren« können, kann ich noch nicht sagen.

Aus den eben genannten Gründen gibt es keine »Carcinogene« oder »Onkogene« oder krebserregende Substanzen, es sei denn, sie wirken über das Gehirn und fördern, provozieren oder verlängern die Fehlcodierung durch das Gehirn.

DIE EISERNE REGEL DES KREBS ist vielleicht für uns die seit über 100 Jahren wichtigste Erkenntnis in der Medizin.

Folgendes folgt aus der EISERNEN REGEL DES KREBS:

1. Die Therapie des Krebsleidens muß sich vollständig ändern: Da die Krebsgeschwulst am Organ ja nur Symptom ist, die eigentliche Krankheit aber im Gehirn lokalisiert ist (HAMER-scher HERD), muß die Therapie statt der bisher gehandhabten mechanisch-lokalistisch-chemischen Pseudotherapie, nunmehr eine integrierte und umfassende psycho-cerebrale und soziale Gemeinschaftstherapie werden. Der Patient wird vom passiven »Therapie-Erdulder« zum aktiv mithandelnden und sich selbst in der Gemeinschaft selbst helfenden Mittherapeuten, der Arzt zum integrierten Mitpatienten. Die Konflikte, die wir bei unseren Patienten in Zukunft behandeln müssen, sind nicht auf seinen Körper, auch nicht auf seine Persönlichkeit beschränkt. Es sind meist komplexe Geschehen, in die Angehörige seiner Familie, seiner Nachbarschaft, seines Arbeitsplatzes, seiner gesamten Umgebung mitverwickelt sind. Folglich muß ich im Grunde das gesamte Milieu behandeln, wenn ich den Konflikt des Patienten lösen will. Denn sonst läuft er ja sofort Gefahr, erneut mit seinem Konflikt konfrontiert zu werden und ein Konflikt-Rezidiv zu erleiden, also einen Rückfall seines Konfliktes, selbst wenn er vorübergehend gelöst war.

Klar: Bisher hat der Mediziner den Patienten, der an Krebs erkrankt war, mit Operation, Pillen, Infusionen und Bestrahlung behandelt. Der Patient war dabei völlig passiv. *Mit ihm wurde etwas gemacht.* Wenn der Mediziner mit seinem Latein am Ende war, hieß es: Da war nichts mehr zu machen. Das Wort »Psyche« oder »Seele« kam in keinem Onkologie-Lehrbuch, auch nicht mal im Sachregister, vor. Seele hatte ja mit Krebs nichts zu tun. Seele tauchte erst wieder auf, wenn es im Finalstadium des Krebs um »Sterbehilfe« ging. Man versuchte zu verhindern, daß der Patient »Theater« machte, sondern sein vermeintlich unvermeidliches

Schicksal akzeptierte. Der Mediziner blieb selbst völlig unengagiert!

Ganz anders in Zukunft: Nunmehr brauchen wir Ärzte mit gesundem Menschenverstand, die die Konflikte der so unterschiedlichen Patienten begreifen können, ja die sogar in der Lage sind, helfend und ratgebend in die oft komplizierten Familien und Sozialverhältnisse eingreifen zu können, Ärzte mit Charisma, mit warmen Händen und mit einem mitfühlenden Herzen, die weise und unbestechlich sind, so daß sie nicht in Versuchung geraten, die Situation für sich oder auch nur für ihren Geldbeutel auszunutzen.

Die hochdotierten und hochdekorierten, die hochspezialisierten und hochintellektualisierten Hoch-Schul-medi-Zyniker, diese Millionärshalbgötter in Weiß können wir in Zukunft nicht mehr gebrauchen. *»Die bisherigen Vorbilder unserer Ärzte, die nickelbebrillten, hochnäsigen, rein intellektuellen psychasthenischen Fachidioten-Professoren, die menschlich vollständige Niete sind, aber irgendein Spezialgebiet auswendig können, dazu zwei linke Hände mit spitzen kalten Fingern haben, vor denen sich der Patient fürchtet, diese Sorte sogenannter Wissenschaftler«* müssen wir in Zukunft in irgendwelche Labors einsperren, wo sie menschlich keinen Unfug anrichten können. Aber an unsere Patienten dürfen wir nur Ärzte mit warmen Händen dranlassen, bei denen der Patient das Gefühl hat, *»in den richtigen Händen«* zu sein. Warmherzige Menschen sind ja nicht unbedingt dümmer als die arroganten Psychastheniker, sie brauchen deshalb auch nicht unwissenschaftlich zu sein (Zitat aus einem Interview, HP-Journal, Juni 83, Seite 14).

2. Nachdem wir einmal den Schlüssel für diese Art von Krankheitszusammenhängen gefunden haben, ist es doch nur sinnvoll, zu suchen, ob nicht die übrigen Krankheiten, die wir bisher nicht verstehen konnten, von denen wir nur die Symptome jeweils beschreiben konnten (Rheuma, Colitis, Asthma bronchiale, Collagenosen, Dermatosen aller Art, chron. Nephritiden, Hepatopathien und Coronarangiopathien etc.) eventuell auch einen zwar nicht gleichen, aber vielleicht doch ähnlichen Zusammenhangsmechanismus haben. Bei der Vitiligo, einer scharfrandig markierten, umschriebenen Hautentfärbung, scheint dies nachweisbar zu sein. Hier handelt es sich offenbar um ein Krebs-Äquivalent, von dem gern präpubertale Mädchen häufig betroffen werden, die einen Einbruch ihres vordem besonders guten Vater-Tochter-Verhältnisses erlitten haben und dann 3 bis 6 Monate später an Vitiligo erkranken.

ken. Dort konnte ich auch beobachten, daß stets mit einem neuen Konfliktschub wieder ein neuer Krankheitsschub eintrat im Sinne einer Erweiterung und Vergrößerung der Vitiligo-Herde.

Inzwischen bin ich mir auch – aufgrund einiger Krankengeschichten – einigermaßen sicher, daß die Coronar-Atherosklerose mit den Angina-pectoris-Anfällen auf dem gleichen System basiert, also eigentlich Coronar-Krebs des Herzens heißen müßte!

Hier allerdings wird das Symptom Krebs dadurch zu einer neuen Krankheit, weil die Krebstumoren – wie ja beim übrigen Krebs auch – nicht mehr verschwinden, auch wenn der Konflikt inzwischen gelöst ist. Und ähnlich, wie die Krebstumoren im Darm – auch wenn der Konflikt längst gelöst ist und die Tumoren inzwischen eingekapselte, inaktivierte Krebsknoten geworden sind – mechanische Darmverlegungen machen können, die man dann als Ileus nur chirurgisch beheben kann, so scheint es genauso auch in den Herzkranzgefäßen zu sein. Demgemäß wäre dann die Coronaratherosklerose das *Symptom des Krebses* am Herzen!

Aber auch hier wäre dann die eigentliche Krankheit im Gehirn zu suchen, während die Symptome in den Herzkranzgefäßen gleichsam eine zweite, mehr oder weniger rein mechanische Erkrankung darstellten.

Es könnte sein, daß der *Herzinfarkt*, den wir ja fast immer nicht während der Anstrengung beobachten, sondern während der Erholungsphase, daß dieser Herzinfarkt ein gleichzeitiges Geschehen ist *im Gehirn und gleichzeitig am Herzen*! Auch hier haben wir Mediziner stets nur auf das Symptom Herzkranzgefäßveränderung geblickt, nie auf das Gehirn! Dort aber lag die eigentliche Krankheit (HAMERScher HERD)!

3. In der Wissenschaft ist es üblich, daß man stets auf den Ergebnissen der bisherigen Forschung aufbauen kann. Man legt gleichsam oben noch ein weiteres Steinchen drauf und wird dafür gebührend beklatscht.

In diesem Falle geht das nicht. Alle unsere bisherigen vermeintlichen Ergebnisse waren völlig unsinnig, eben nur Pseudoergebnisse, mit denen wir uns »in die eigene Tasche gelogen hatten«. Deshalb kamen auch stets neue und widersprüchliche Meldungen »von der Krebsfront«. Aber auch die vielen anderen Krankheiten konnten wir nur mit Namen und Symptomen nennen. Das, was die klugen Medizinmänner aus dem Urwald schon immer gewußt hatten und nur die neunmalklugen modernen Mediziner über all

ihrer vermeintlich so wissenschaftlichen Medizin vergessen hatten, ist eingetreten: Die meisten Krankheiten scheinen Krankheiten des Gehirns und der Seele des Menschen und des Tiers zu sein.

Deshalb können wir auch fast überhaupt nicht auf bisherigen Ergebnissen aufbauen, sondern müssen ganz von vorne anfangen, alle unsere Medizinischen Lehrbücher müssen wir umschreiben. Im Zentrum aller Lehrbücher wird die Psyche und das Gehirn stehen. Dort entstehen die Krankheiten und dort können sie, wenn möglich, geheilt werden. Die Operationen, chemischen Infusionen und Bestrahlungen – wie am Beispiel Krebs – waren in vielen, wenn nicht sogar den allermeisten Fällen, eine weitgehend unsinnige, weil rein symptomatische Therapie, oftmals sogar, wie bei den Zytostatica, mit letalem Ausgang: »*Tod durch Chemo-Therapie*« steht auf vielen Leichenscheinen, auf sehr vielen müßte es stehen, wird aber verschwiegen, von den Kunstfehlern bei Operationen oder Bestrahlungen ganz zu schweigen. Sowohl Operationen, Bestrahlungen als auch die Chemobehandlung waren ein einziger riesiger Kunstfehler! Es waren kindische Unternehmungen auf Grund von Unverstand!

DIE EISERNE REGEL DES KREBS ist das Vermächtnis meines toten Sohnes DIRK. Er hat nicht nur durch seinen Tod den Anlaß gegeben zur Auffindung dieser Zusammenhänge, sondern er hat – so glaube ich – selbst nach seinem Tode noch weit mehr in diese Entdeckung eingegriffen, als man bisher vielleicht vermuten konnte.

Dies geschah so:

Als ich im September 1981 zum 1. Mal ein System bei der Genese des Krebs gefunden zu haben glaubte, nämlich das DIRK-HAMER-SYNDROM, da bekam ich, wie man zu sagen pflegt, »*weiche Knie*«. Zu gewaltig erschien mir diese Entdeckung, als daß ich sie selbst zu glauben vermochte. In der Nacht hatte ich einen Traum: Mein Sohn DIRK, von dem ich oft träume und mit dem ich dann im Traume beratschlage, erschien mir im Traum, lächelte sein gutmütiges Lächeln, wie er oft zu lächeln pflegte, und sagte: »*Das, was Du gefunden hast, Geerd, ist richtig, ist vollständig richtig. Ich kann es Dir sagen, weil ich jetzt mehr weiß als Du. Du hast es klug herausgefunden. Es wird eine Revolution auslösen in der Medizin. Du kannst es auf meine*

Verantwortung veröffentlichen! Aber Du mußt noch weiterforschen, Du hast noch nicht alles herausgefunden. 2 wichtige Dinge fehlen Dir noch!«

Ich erwachte und hatte jedes einzelne Wort unseres Gespräches mir gut gemerkt. Ich war nun beruhigt und von da ab felsenfest davon überzeugt, daß das DIRK-HAMER-SYNDROM zutreffend sei. Bis dahin hatte ich etwa 170 Patienten untersucht. Ich rief Herrn Oldenburg vom Bayerischen Fernsehen an, der schon einmal eine kurze Reportage vom HAMER-Skalpell im Mai 1978 vom Chirurgenkongreß in München gebracht hatte. Er kam nach Oberaudorf und machte einen kleinen Film, der am 4.10.81 in Bayern gesendet wurde, gleichzeitig wurde das Ergebnis im italienischen Fernsehen RAI in einer Reportage gesendet. Nun ging ich wie im Rausch daran, weitere Fälle zu untersuchen. Ich wußte genau, daß man mir in Kürze in der Klinik *»das Handwerk legen«* würde, da meine Ergebnisse der Schulmedizin konträr widersprachen.

Indem ich immer und immer wieder nicht nur weitere Fälle nunmehr gezielt untersuchte, sondern auch die alten Fälle immer wieder durchging, die ich tabellarisch zusammengestellt hatte, machte ich eine gewaltige Feststellung: Stets hatte z. B. Gebärmutterhals-Krebs einen ganz besonderen Konflikt-Erlebnis-Inhalt, nämlich einen sexuellen, Brust-Krebs dagegen immer einen allgem.-menschlichen, meist sogar einen Mutter-Kind-Konflikt, Eierstock-Krebs einen genital-analen Konflikt-Erlebnis-Inhalt usw. Gleichzeitig stellte ich fest, daß jede besondere Krebsart eine besondere Manifestationszeit hatte, bis die Patientin ihren Krebs bemerken konnte. Gebärmutterhals-Krebs etwa 12 Monate, Brust-Krebs 2 bis 3 Monate, Eierstock-Krebs 5 bis 8 Monate.

Diese Erkenntnisse schienen mir einerseits logisch und vernünftig, andererseits zu vernünftig, als daß ich sie hätte glauben können, denn sie waren nicht nur gegen die Schulmedizin, sondern sie stellten die ganze Medizin auf den Kopf, denn es bedeutete ja nichts anderes, als daß die Psyche definieren würde, wo der Krebs entsteht! Da bekam ich erneut *»weiche Knie«*. Die ganze Sache erschien mir 3 Nummern zu groß für mich. In der folgenden Nacht träumte ich wieder und sprach im Traum wieder mit meinem Sohn DIRK. Er lobte mich und sagte: *»Donnerwetter, Geerd, das hast Du aber rasch herausgefunden, sehr gut hast Du das gemacht.«* Dann lächelte er wieder sein unvergleichliches Lächeln und sagte: *»Nun fehlt Dir nur noch eins, dann hast du alles gefunden. Du darfst*

noch nicht aufhören, Du mußt noch weiterforschen, aber Du wirst es sicher auch noch finden.»

Wieder wachte ich auf, war mit einem Schlage vollständig überzeugt von der Richtigkeit meiner Ergebnisse und forschte jetzt fieberhaft weiter, was der DIRK wohl mit dem letzten gemeint haben könnte. Jeden folgenden Fall untersuchte ich jetzt stets auf die mir bisher bekannten Kriterien und stellte fest, daß sie in jedem folgenden Fall exakt eintrafen. DIRK hatte also recht gehabt.

Ich recherchierte nun nicht nur alle zurückliegenden Fälle, von deren jedem ich ein Protokoll angefertigt hatte, vorwärts und rückwärts, sondern auch besonders die »*schlafenden*« Carcinom-Fälle, sowie die folgenden Fälle. Es wurde ein Wettlauf um Stunden. Ich wußte genau, daß mir das Verbot unmittelbar bevorstand, überhaupt keine Patienten mehr untersuchen zu dürfen. In meinem letzten Wochenenddienst untersuchte ich deshalb »*quasi Tag und Nacht*«. Aber da dämmerte mir plötzlich eine geradezu atemberaubende Erkenntnis: In den Fällen, in denen die Patienten überlebt hatten, war immer der Konflikt ausgeräumt gewesen, andererseits war der Konflikt nicht gelöst worden bei den Fällen, die gestorben waren oder deren Verlauf progredient war. Ich hatte mich ja nun schon daran gewöhnt, einiges für richtig zu halten, was die Kollegen, mit denen ich darüber zu sprechen versuchte, schlicht als Unsinn bezeichneten, auch gar nicht näher wissen wollten. Aber diese Erkenntnis war nicht nur 3, sondern gar 10 Nummern zu groß für mich. Ich war völlig aufgelöst und hatte buchstäblich weiche Knie. In diesem Zustand konnte ich die nächste Nacht gar nicht mehr erwarten, wo ich meinem Lehrer DIRK meine Schulaufgaben vorlegen wollte.

Wieder träumte ich von meinem DIRK, genauso deutlich wie die letzten Male. Diesmal war er geradezu ausgelassen vor Bewunderung, lächelte anerkennend und sagte: »*Das hätte ich nicht für möglich gehalten, daß Du so schnell darauf kommst. Ja, es ist richtig, was Du gefunden hast, vollständig richtig. Jetzt hast Du alles. Nichts fehlt Dir mehr. Ganz genau so verhält es sich. Du kannst es jetzt alles zusammen auf meine Verantwortung veröffentlichen. Ich verspreche Dir, Du wirst Dich nicht blamieren, denn es ist die Wahrheit!*«

Als ich am Morgen aufwachte und den Traum deutlich vor mir sah, waren meine letzten Zweifel wie weggefeht. Meinem DIRK hatte ich noch immer glauben können, und jetzt, wo er tot war, erst recht.

Die EISERNE REGEL DES KREBS war geboren.

Natürlich wurde ich nun, nachdem ich meine Erkenntnisse in einem Referat vor allen Kollegen der Klinik vorgetragen hatte (gegen die übrigens keiner einen wirklichen Einwand vorbringen konnte), sofort fristlos entlassen, was eigentlich schon Ende September hatte passieren sollen. Sogar das Ärzte-Speisekasino durfte ich nicht mehr betreten, weil ein Chefarzt in der Diskussion mit mir, vor den Assistenten, zugeben mußte, es könne vielleicht doch stimmen, was ich gesagt hatte, dann sei alles, was man bisher gemacht hatte, falsch gewesen. Ich bekam »wegen Verunsicherung des Chefarztes Merkel« offiziell Casinoverbot.

Bei den späteren Erkenntnissen, die ich noch gesammelt habe, z. B. der, daß nach Lösung des Konfliktes ein reparatives Begleit-Hirnoedem einsetzt etc., habe ich zwar noch manches Mal »weiche Knie« bekommen, aber diese Erkenntnisse lagen in der logischen Folgerung der Grunderkenntnisse der 3 Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBS. Die Basis und der Ausgangspunkt für alles waren eben diese Grunderkenntnisse.

Ich habe einer Reihe von Menschen, schon damals gleich, und auch später, von meinen Träumen erzählt und gesagt, daß ich im Grunde meinen Sohn DIRK für den Entdecker der EISERNEN REGEL DES KREBS halte. Denn es ist möglich, daß schon einige andere Menschen vor mir bis zu dieser Stufe gedanklich einmal vorgestoßen sind, sich aber nicht getraut haben, die nächsten Schritte weiterzugehen. Wer weiß, ob ich mich getraut hätte, weiterzugehen, wenn mein DIRK mir nicht im Traum die Sicherheit gegeben hätte, daß es richtig ist, was ich gefunden habe. Deshalb scheue ich mich auch nicht, der Wahrheit gemäß zu berichten, was sich zugetragen hat. Die Wahrheit kann weder die sog. »Wissenschaftlichkeit« noch das Verdienst eines Menschen herabmindern. Meinem DIRK gebührt der Ruhm, die Erkenntnisse über die Zusammenhänge des Krebs nicht nur durch seinen Tod veranlaßt zu haben, sondern auch nach seinem Tod induziert und mir vermittelt zu haben.

Deshalb betrachte ich die Erkenntnisse um die Zusammenhänge des Krebs als das Vermächtnis meines Sohnes DIRK. Und das soll es bleiben!



5. Zweit- und Dritt-Carcinome

Ein Patient, der Krebs hat, gilt bei uns als alles mögliche, nur nicht mehr als vollwertiger Mensch! Manche werden nur bemitleidet, andere verachtet oder gemieden wie Aussätzige, selbstverständlich gelten Krebspatienten nicht mehr als gesellschaftsfähig oder kreditfähig! Natürlich sagt das keiner so richtig öffentlich, aber jeder denkt es mehr oder weniger. Für die Ärzte sind Krebspatienten eh' Menschen, die bald sterben werden und mit denen man nicht mehr voll rechnen braucht. Ein Krebspatient z. B. kann keinen Prozeß mehr führen, den steht er nicht mehr durch, zeitlich nicht und geldlich auch nicht, also ist von dem nicht viel zu befürchten.

Das muß man sich alles mal sehr deutlich vorstellen, wenn man sich in die Seele eines »Krebspatienten« – schon der Name ist grausam! – hineinversetzen will. Dabei ist Krebs eigentlich eine Krankheit wie jede andere und von einem guten Arzt sehr gut zu behandeln, wenn er ein mitfühlendes Herz und außerdem noch Verstand hat.

Bekommt ein Patient mitgeteilt, daß er Krebs habe, dann läuft bei ihm ein Raster mit all den vielen negativen Bewußtseinsinhalten ab, die er für »Krebskranke« gespeichert hat.

An der vordersten Stelle steht die Angst, und zwar die *Todesangst*! An zweiter Stelle steht der Selbstwerteinbruch! An dritter Stelle steht die Angst vor dem Verlust der bürgerlichen Existenz. An vierter Stelle steht die Angst vor dem Verlust der körperlichen Unversehrtheit (Besudelung).

Danach folgen noch verschiedene andere.

Aber schon die letzten sind eigentlich nicht allgemein verbindlich, sondern müßten eigentlich für die einzelnen Krebsarten aufgeschlüsselt werden, sind z. B. bei Frauen in der Häufigkeit anders verteilt als bei Männern, hängen auch sehr stark von der Persönlichkeit ab, dem »Typ« des Patienten. Was z. B. für den einen eine Katastrophe ist, nämlich der Verlust der bürgerlichen Existenz, ist für den anderen Patienten relativ leicht zu ertragen, wenn er weiß, daß er wahrscheinlich am Leben bleiben kann. Deshalb haben auch die Mediziner nie ein System in die sogenannten »Metastasen« bringen können, weil sie sich ja für die Seele eines Menschen grundsätzlich nicht interessiert haben. Denn das niederschmetternde Erlebnis »des an Krebs Erkranktseins« ist ein so

furchtbares Konflikterlebnis in sehr vielen, wenn nicht sogar in den meisten Fällen, daß es meist noch gravierender und vernichtender ist als das Konflikterlebnis selbst, das zum Krebs geführt hatte. Wenn die Ärzte nur ein bißchen Phantasie und gesunden Menschenverstand hätten, dann müßte es doch leicht sein, sich vorzustellen, was in so einem armen Häufchen Unglück vor sich geht, dem man gerade das Todesurteil verlesen hat.

Genau an diesem Punkt setzt schon bei der Diagnostik auch die Therapie nach der EISERNEN REGEL DES KREBS ein: Es gibt keine »Metastasen«, sondern es gibt neue Krebse, die uns zeigen, welche Ängste und Konflikte der Patient offensichtlich durchgestanden hat, als man ihm die Diagnose Krebs eröffnet hat. Ich selbst habe es mir zur Pflicht gemacht, bei jedem Patienten jede Zweit-Krebserkrankung genau zu beforschen. Und noch niemals habe ich eine sogenannte »Metastase« entdecken können, die nicht ganz genau wie eine normale Krebserkrankung nach der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufen wäre, und zwar mit allen strengen Bedingungen, die wir dafür fordern müssen!

Daraus gibt es nur einen einzigen logischen Schluß: Metastasen, die willkürlich irgendwo »hingeschwommen« sind, wie einfältige Medizinerhirne sich das vorstellen, die sonst doch so auf wissenschaftlich cool machen und dabei eine geradezu kriminell schwachsinnige Phantasie entwickeln, wo die Dinger überall hingeschwommen sein sollen? Nichts von dem stimmt! Nichts von dem kann stimmen, denn noch nie ist es gelungen, diese Krebszellen im Blut nachzuweisen, von Operationen und mechan. Einbruch eines Tumors ins Cava-Gefäßsystem einmal abgesehen.

Wie sollen wir denn Leute für wissenschaftlich halten, die solchen unbewiesenen Kram nicht nur behaupten, sondern sogar zum Dogma erheben und verlangen, daß man ihn glaubt gegen besseres Wissen?

Selbst wenn unsere nickelbebrillten, psychastenisch-coolen, stets so bedeutsam leise sprechenden Hochschulmedi-Zyniker diesen Blödsinn stets aufs Neue herbeten, wird er dadurch nicht wahrscheinlicher!

Nein, Metastasen gibt es wirklich nicht. Und der ganze Krampf in der Diagnostik und Therapie des Krebs kommt eigentlich daher, daß sich nie jemand die Mühe gemacht hat, die Seele des Patienten mal genau zu analysieren und die einzelnen psychischen Vorgänge konsequent aufzuschlüsseln! Natürlich Spritzen, Bestrahlungen und Operationen machen, geht schneller und bringt mehr Geld!

Außerdem fassen die meisten Medizyniker die sog. »Krebspatienten« ohnehin nur mit spitzen Fingern an, weil sie sich noch nicht ganz sicher sind, ob es nicht am Ende doch noch anstecken könnte. Und, wie gesagt, was soll's schon groß, das Ende ist ja abzusehen. Der Medizyniker setzt dann seine mitleidig überlegene zynische Miene auf, ganz Halbgott über Leben und Tod des armen Würmchens.

Nein, angefangen hat das alles, weil der Medizyniker in seiner gottähnlichen Überheblichkeit und Arroganz glaubte, Prognosen stellen zu können, ohne irgend etwas über die Krankheit zu kennen. Sofern eine Prognose ein realistisches Abschätzen der Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten ist, mag der Arzt sie vor sich selbst stellen. Aber den bereits am Boden liegenden Patienten mit »Prognosen« zu konfrontieren, ist Zynismus in höchster Vollendung. Demnächst soll es ja in unserer durchorganisierten Republik auch noch »Krebspässe« geben, wo sich dann auch jeder Bankdirektor und Arbeitgeber mit den Prognosen bedienen und sie zur Grundlage der Geschäftsbeziehung machen kann! Grauenhafte psychische Ghetto-Haft in einem erbarmungslosen Eisland! Die grauenhafteste Angst hat jeder Patient stets vor den sog. Metastasen. Er luchst dann auch mit angstbebenden, spitzen Luchsohren darauf, ob die Ärzte bei der Visiten-Prozession, bei der der Chefarzt sich mit seinen Oberärzten und Assistenten gewöhnlich so unterhält, daß es der Patient nicht verstehen soll, jedoch stets ziemlich genau versteht, mindestens die entscheidenden fatalen Begriffe (»Metas«, »Filiae-Tochter-Krebse« etc.), ob also der Chefarztein bedenkliches Gesicht macht, ob von Metastasen die Rede ist, ob eine gute oder bedenkliche Prognose gestellt wird, ob man alle »weggeschwommenen Krebszellen« mit Bestrahlung und Zytostatika wieder einfangen und abtöten kann und was der Unsinn mehr ist, der dem Patienten die grauenhafteste Existenz- und Todesangst macht.

Weiß nun aber der Patient in Zukunft, daß es gar keine Metastasen im herkömmlichen Sinne gibt, sondern daß man für Zweit-Krebse eine genaue Ursache braucht und – viel wichtiger noch – daß man die Zweit-Krebse genauso zurückdrehen, stoppen, lösen kann (Carcinolyse), wie man den Erstkrebs lösen kann durch Lösung des Konflikts (Conflictolyse), dann braucht ja der Patient keine Angst mehr zu haben vor diesem Furchtbaren, dem Lebensbedrohenden, Undurchschaubaren, das der Krebs bisher darstellte.

Natürlich, um die Seele des Patienten zu behandeln, sind Zytostatika-Gift-Spritzen, Kobalt-Verstümmelungs-Bomben und Operationen wie die Faust aufs Auge. Arrogant-zynische tüchtige Chefärzte voller Labordatenwissen sind für diese Art Behandlung wie Böcke im Salatbeet. Nein, wir brauchen keine Hochschul-Medi-Zyniker, die sich aus ihrer Arroganzstratosphäre zu den winzigen unterwürfigen Patienten herablassen, sondern wir brauchen Ärzte, die Menschen mit warmen Herzen sind, auch immer waren, bzw. geblieben sind. Nur solche Ärzte, die aber zudem gesunden Menschenverstand haben müßten und suggestive Fähigkeiten, Charisma, nur solche Ärzte sollte man an die Patienten heranlassen, die an Krebs erkrankt sind. Die heutigen sog. Onkologen (Krebszellforscher) sollte man samt und sonders auf die Rüben jagen wegen Fachidiotie. Prof. Becker, Bonn (sinngemäß): Herr Hamer, wenn Sie recht hätten, dann müßten wir ja unseren Beruf an den Nagel hängen, dann wären wir ja seit Jahrzehnten Idioten gewesen und hätten nichts als lauter Unsinn gemacht. Ich konnte ihm nicht widersprechen. Nur für Irrtümer in der Vergangenheit kann man nichts, nur für das, was jetzt seit dem Oktober 81 geschieht, sind viele Mediziner verantwortlich!

Jetzt endlich kann der Patient – möglichst zusammen mit einem guten Arzt – genau die Konsekution der Abläufe verstehen, der Schrecken des Undurchschaubaren ist von ihm genommen. Er kann nicht nur, er soll, ja er muß mitarbeiten bei seiner eigenen Heilung, statt passiv Chemie in die Blutgefäße infundiert zu erhalten. Der Arzt darf ihm seine Hilfe andienen, aber entscheiden kann und tut in Zukunft der Souverän-Patient.

Nun wird man fragen: warum bekommt ein Patient, der an Krebs erkrankt ist, relativ so häufig ein Zweit-Carcinom oder sogar ein Dritt-Carcinom? Die Frage finde ich sehr berechtigt und ich grüble häufig darüber nach, beforsche auch jeden Patienten gründlich, wo ich ein Zweit-Carcinom finde. Ganz sicher traue ich mich noch nicht, diese Frage definitiv zu beantworten. Mehrere Dinge weiß ich genau: Jedesmal muß der Patient wieder ein DHS erlitten haben, sonst und ohne das bekommt er kein Zweit-Carcinom. Auch der Verlauf unterscheidet sich nicht wesentlich von den Erst-Carcinomen. Aber damit ist die Frage natürlich noch nicht beantwortet, das weiß ich.

Sicher scheint weiter zu sein, daß die Patienten, die eigentlich ein inaktiviertes Carcinom hatten oder gar keins (z. B. einen als Sarkom fehlgedeuteten Spritzenabszeß im Glutäalbereich) genau-

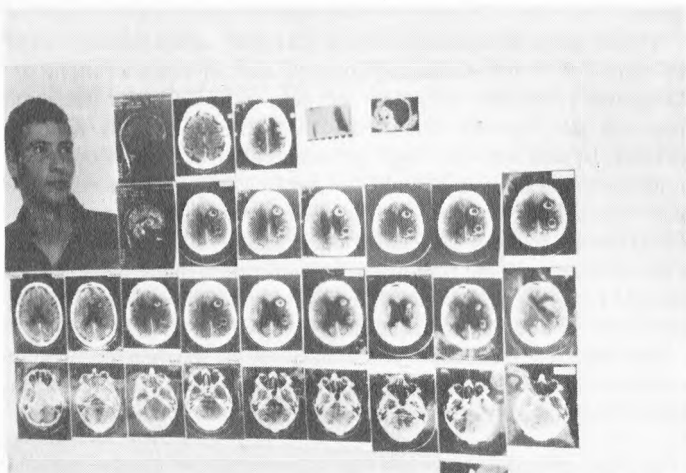
so schwer an Zweit-Carcinomen erkranken wie die, die einen aktiven Krebs haben. Aber auch diese Beobachtung, die ja keineswegs eine repräsentative Anzahl von Fehldiagnose-Fällen umfaßt, kann noch nicht endgültig sein. Was mich selbst bewegt, ist die Frage, ob Patienten, die im Sympathicotonus sind, wie ja alle Patienten mit aktiv wachsendem Krebs, also ob diese Patienten evtl. durch diesen Streßtonus gleichsam in das nächste Carcinom leichter »hineinrutschen können«, also gleichsam eine gewisse »Bahnung« vorhanden sein könnte. Denkbar wäre dieses Denkmodell vom Cerebralen her gesehen. Aber unbestritten ist natürlich auch die Tatsache, daß die Diagnose-Eröffnung »KREBS« für den Patienten meist das bis dahin schwerste und akuteste Konflikt-erlebnis seines Lebens darstellt, meist das Konflikterlebnis noch in den Schatten stellt (und dadurch häufig zu seiner Heilung führt), das zu dem Erst-Krebs geführt hatte. Oft wird durch dieses überragende Konflikterlebnis der »Erst-Konflikt« so stark paralyisiert (Conflictolyse) und der Krebs geheilt (Carcinolyse), daß der Patient häufig am Zweitkrebs starb, obgleich der Erstkrebs unterdessen abgeheilt war.

Lassen wir es einstweilen dahingestellt sein, ob der Patient durch den Sympathicotonus, in dem er sich während der Krebserkrankung befindet, leichter auch noch ein Zweit-Carcinom bekommen kann.

Um so gründlicher müssen wir in Zukunft darauf achten, daß er es nicht bekommt. Keinem Patienten darf in Zukunft mehr die Diagnose »KREBS« mitgeteilt werden, ohne daß man ihm auch zugleich das System der EISERNEN REGEL DES KREBS erklärt, so daß ihm die Angst genommen wird. Im Gegenteil, er muß sofort zur aktiven Mithilfe bei der Bewältigung seines eigenen Konfliktes motiviert werden, muß von den Ärzten und ihren Mitarbeitern jegliche Unterstützung erhalten, auch in seine eigene Familie hinein, in die Behörden, Institutionen, in die Gesellschaft hinein. Ein Arzt z. B. kann für einen Patienten ganz anders bitten, als er für sich selbst bitten kann!

Die meisten Behörden und Institutionen machen gerne mit, wenn sie das Gefühl haben, eine sinnvolle Aufgabe übertragen bekommen zu haben!

HAMERsche HERDE



Originalserie, wie sie beim Internationalen Ärztlichen Schiedsgericht am 6. 12. 83 zum Aushang kam.

6. HAMERsche HERDE statt Hirnmetastasen

Der elektro-physische »*Feldeinbruch im Gehirn*«, auch »*Kurzschluß im Gehirn*« genannt, sichtbar im CCT als HAMERscher HERD... (In Anlehnung an die wissenschaftliche Originalarbeit im Heilpraktikerjournal Sept. 83, siehe Anhang.)

Das letzte diagnostische Mosaiksteinchen zur EISERNEN REGEL DES KREBSES ist gefunden.

1. Jeder Krebs entsteht bei einem DHS (DIRK-HAMER-SYNDROM)
2. Der Konflikthalt bestimmt die Lokalisation des Krebs
3. Der Konfliktverlauf entspricht dem Verlauf der Krebserkrankung

Diese drei Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBSES sind nur dann denkbar, wenn die eigentliche Krankheit »*Krebs*« im Grunde eine Krankheit des Gehirns und der menschlichen Seele ist, ein »*Programmierungsfehler*« des Gehirns, wie es der Verfasser bereits im September 1981 im Bayrischen Fernsehen und im italienischen Fernsehen RAI und in seiner Habilitationsschrift genannt hatte, bzw. ein Feldeinbruch des Gehirns im elektrophysiologischen Sinne, der durch eine Konfliktlösung (Conflictolyse) mindestens soweit reversibel ist, als nach der Conflictolyse keine Fehlcodes mehr an die betroffene Peripherie gelangen. Denn nach der Conflictolyse stoppt das Krebswachstum sofort. Der Krebs im Körper ist folglich nur ein Symptom der eigentlichen Erkrankung im Gehirn: eben des Feldeinbruchs im Gehirn, der beim DHS, also einem allerschwersten, dramatisch-akuten und isolativen Konflikt-erlebnis entstanden ist. Quasi ein psychogen ausgelöster, hirnorganisch manifestierter Kurzschluß in der Befehlszentrale, dem Riesencomputer Gehirn bei Mensch und Tier. Seit September 1981 fahndet der Verfasser fieberhaft nach dem zerebralen Substrat, dem hirnorganisch handfesten faßbaren Korrelat dieses sichtbaren Krebsgeschehens in den peripheren Bereichen des Körpers. Jetzt hat er es endlich zweifelsfrei nachweisen können – und es wurde eine staunenswerte Überraschung, um nicht zu sagen eine atemberaubende Sensation für die gesamte medizinische Fachwelt: Das,

was alle Welt bisher für »Hirnmetastasen« gehalten hat, waren nichts anderes als die von Hamer gesuchten, inzwischen von den Fachkollegen der Computertomographie ironisch als die »*komi-schen HAMERschen HERDE*« bezeichneten Gebilde im Gehirn, die man in vielen Fällen im Zusammenhang mit Krebs gesehen und deshalb als Metastasen bezeichnet hat, obgleich niemals jemand einen solchen HAMERschen HERD je hat wachsen sehen.

Schon haben einige Professoren der Computertomographie die Thesen des Verfassers bestätigt: »*Metastasen, die nicht wachsen, sind keine Metastasen, denn Metastasen sind als wachsende Tumoren definiert. Tumore aber, die nicht wachsen, sind keine Tumore.*« Außerdem sehen wir stets, daß die HAMERschen HERDE stets unmittelbar nach der Conflictolyse im Stadium der Reparation als Ausdruck dieser Heilung mit einem perifocalen Oedem umgeben sind und diskrete Hirnsymptome verursachen: Brechreiz, Benommenheit, Schwindel, Kopfschmerz, Doppelsehen oder ähnliches. Die Koinzidenz dieses perifocalen Oedems um die HAMERschen HERDE im frischen, reparativen, postconfliktolytischen Stadium ist so eindeutig und jetzt bereits so oft nachgewiesen, daß sich jeder Zweifel ausschließt. Der letzte diagnostische Baustein und zugleich der unumstößliche und zwingende Beweis für die EISERNE REGEL DES KREBSES ist erbracht!

Die Entdeckung der EISERNEN REGEL DES KREBSES war eine einzige große Induktion: fast mathematisch genau und folgerichtig zwingend ging der Verfasser von einem eigenen Erlebnis, dem Tod seines Sohnes DIRK, aus, das für den Verfasser hochkonfliktiv, hochdramatisch und das allerschlimmste Erlebnis war, das er je erlebt hatte, dazu hatte es ihn in völliger Isolation getroffen, inmitten zumeist feindlich gesonnener Ärzte und Schwestern am Bett seines sterbenden Sohnes DIRK.

Der Konflikt dauerte an. Wenige Wochen später spürte der Verfasser eine Hodenschwellung, träumte jede Nacht von dem furchtbaren Erlebnis, konnte auch zunächst nicht darüber sprechen, daß er sich Vorwürfe machte, seinen Sohn DIRK nicht aus der Heidelberger Klinik wegverlegt zu haben, als es möglich war, aus dieser menschlich so grauenhaften, erbarmungslosen schulmedizinischen Atmosphäre.

Mehr als zwei Jahre später untersuchte der Verfasser als Oberarzt an einer Krebsklinik 50 Patientinnen mit Mamma-Karzinom und fand, daß alle Patientinnen etwa zwei bis drei Monate vorher ein ähnlich schweres, dramatisches und isolatives Konflikterlebnis

gehabt hatten, bevor sie ihren Knoten in der Brust, von der Größe etwa sieben Millimeter Durchmesser, bemerkt hatten.

Später fand der Verfasser heraus, daß jeweils einem bestimmten Konflikthalt eine bestimmte Krebslokalisation zugeordnet war. Und schließlich, daß der Verlauf des Konfliktes dem Verlauf der Krebserkrankung entsprach. Diese Zusammenhänge des Krebsgeschehens heißen inzwischen »EISERNE REGEL DES KREBS«.

Einen Sinn gibt das ganze System der EISERNEN REGEL DES KREBSSES nur dann, wenn die Fehlsteuerung des Krebsgeschehens vom Gehirn kommt, dem Träger der Seele oder Psyche bei Mensch und Tier. Nur dann nämlich ist es möglich, daß ein »Konflikt-Erlebnis-Inhalt« genanntes psych. Geschehen die Lokalisation des Krebsgeschehens im Körper terminieren kann, oder daß der Konfliktverlauf als psychisches Phänomen den Verlauf der Krebserkrankung bestimmt. Deshalb postulierte der Verfasser schon im September/Okttober 1981: Der Krebs ist in Wirklichkeit ein Programmierungsfehler im Gehirn bei Mensch und Tier, ein Feldeinbruch im elektrophysiologischen Sinne. Dieser Schluß war nach kausal-logischen Denkkategorien der Naturwissenschaft einfach zwingend.

Eigentlich wäre nichts einfacher gewesen als eine solche Gesetzmäßigkeit, wie sie ja die Gesetzmäßigkeit der EISERNE REGEL DES KREBS darstellt, innerhalb von Tagen zu überprüfen. Dann hätten wir rasch alle Patienten, die an Krebs erkrankt sind, nach dieser neuen Methode therapieren können. Denn aus dem dritten Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS folgert ja zwingend: Wenn der Konflikt stoppt, stoppt auch der Krebsverlauf, weil sich diese beiden »Parameter« exakt entsprechen.

Das aber, was seit dem Oktober/November 1981 geschehen ist, ist ein einziges Trauerspiel: Motiviert und induziert von den Agenten, Helfern und Anwälten der europäischen Königsfamilien, die den Prozeß gegen ihr Mitglied, den Mörder meines Sohnes DIRK verhindern wollten, muß ich seit zwei Jahren einen Slalomlauf durch Neid, Arroganz und Ignoranz (Tübinger Syndrom) und durch jede Art von Bosheit, Niedertracht und einen Mordanschlag bestehen. In dieser Zeit sind viele Millionen Menschen am Krebs gestorben, die zumeist nicht hätten zu sterben brauchen.

Nun lief es in den letzten Jahren ab wie im Märchen: immer neue Aufgaben sollte der Verfasser lösen, wobei man hoffte, daß er irgendwann einmal straucheln würde. Zuerst sagten mir die Professoren der Fakultät in Tübingen, man müsse meine Ergebnisse

reproduzieren können, möglichst in einigen hundert Fällen, dann sei der Beweis erbracht. Inzwischen, als 200 Fälle in Gegenwart von Professoren, Dozenten, Assistenten und niedergelassenen Ärzten – durch Unterschrift dokumentiert – reproduziert worden waren (inzwischen sind es fast insgesamt 2000 Fälle, die ich untersucht habe und stets die EISERNE REGEL DES KREBS bestätigt gefunden habe), sagten mir meine Gegner, nun solle ich doch einmal einen aufgegebenen Patienten therapieren. Als ich das gemacht hatte – gegen den gewaltigen und geballten Widerstand meiner Feinde –, da sagten mir meine Gegner, nun solle ich doch mal 20 aufgegebene Fälle therapieren und beweisen, daß man die Patienten nach der EISERNEN REGEL DES KREBS heilen könne. Als ich das gemacht hatte, weigerten sich meine Gegner, meine Beweise entgegenzunehmen. Statt dessen sagten sie, jetzt solle ich mal 100 Patienten, »hoffnungslose Fälle« therapieren und dafür sorgen, daß sie fünf Jahre am Leben blieben usw. Das war ein zynisches Trickspiel der Medizyniker, ohne Rücksicht auf Verluste an Todkranken, an krebserkrankten Patienten. Zum Schluß hätte ich 10000 hoffnungslose Fälle behandeln sollen und zehn oder zwanzig Jahre für deren Überleben garantieren sollen. Man wollte mich einfach nur hinhalten, um Zeit zu gewinnen, in der man mich stolpern lassen konnte über irgendwelche bürokratischen Hürden, oder in der man mich schlicht umbringen konnte. Auf jeden Fall sollte der Prozeß gegen den Mörder meines Dirk verhindert werden.

Schließlich sann ich selbst auf Abhilfe, denn so konnte das ja wohl nicht weitergehen. Gegen den massiven Widerstand der »Kollegen«, die mir jeden nur erdenklichen Knüppel in den Weg warfen, gelang es mir schließlich, bei dem nächsten Patienten (Rolf Braun, Bad Honnef), der einen Hirnschlag erlitten hatte nach der Konfliktolyse, die Anfertigung eines CCT (Cerebral Computer-Tomogramm) zu erwirken. Ich fand, was ich vermutet hatte: ein großes, umschriebenes Oedem, das bei einer Kontrolle nach vier Wochen in Rückbildung begriffen war. Das war der Durchbruch: von jetzt ab war ich fieberhaft auf der Suche nach dem hirnorganischen Substrat der von mir postulierten »Feldeinbrüche« oder Herde. Als ich endlich nach langen Irrfahrten durch ganz Deutschland – von meinen Gegnern mit allen Tricks und Kniffen und massiver Korruption aus diversen Kliniken stets sauber hinausmanövriert und von der gesamten deutschen Presse stets säuberlich totgeschwiegen! – in Gyhum bei Bremen mit meinen Patienten

eine neue vorübergehende Heimat fand, gelang mir der endgültige systematische Nachweis der inzwischen von meinen Gegnern ironisch genannten »komischen HAMERschen HERDE« bei den meisten meiner Patienten, und zwar im eindeutig frischen Stadium eines perifokalen umschriebenen Oedems.

Obwohl natürlich in der Presse nach wie vor restlos totgeschwiegen und lediglich in der Sendung »Buten und Binnen« von Radio Bremen (Fernsehen) in Gegenwart des Vorsitzenden der Ärztekammer Niedersachsen/Stade, Herrn Dr. Weinhold, und des Chefarztes und CCT-Spezialisten, Dr. Möller aus Stade, in einer Live-Sendung gezeigt hatte, schlug die Entdeckung unter Fachleuten wie eine Bombe ein: Es gibt gar keine Hirnmetastasen, sondern das, was man bisher auf der ganzen Welt dafür gehalten hat, waren die »komischen HAMERschen HERDE«, die im Zeitpunkt des DHS entstehen, im allgemeinen aber erst im CCT sichtbar gemacht werden können nach der Conflictolyse. Dann nämlich, im reparativen Stadium, werden sie mit einem Oedemsaum umgeben. Dieses Oedem klingt nach einigen Wochen ab. Dann ist der »HAMERsche HERD« geheilt. Dann ist auch der Krebs geheilt. Bei diesem Vorgang hat sich der »HAMERsche HERD« in seiner Massengröße nicht verändert. Er quillt auf, indem er oedematisiert mitsamt dem perifokalen Oedem, das heißt, er schwimmt dann oedematisiert im perifokalen Oedem, oder anders ausgedrückt aus einem punktförmigen »HAMERschen HERD« wird nach Quellung ein Ring mit intra- und perifocalem Oedem bzw. eine Hohlkugel oder ein Rohr, je nachdem welche Ausdehnung der HAMERsche HERD hatte. Dieses vorübergehende Quellen des HAMERschen HERDES geht später wieder zurück und der HAMERsche HERD nimmt dann in den allermeisten Fällen wieder die ursprüngliche Form und auch die ursprüngliche Transparenz an, das heißt, er hat dieselbe Stoffwechselaktivität wieder, wie das umgebende Hirngewebe und ist nicht mehr von dem übrigen Gewebe zu unterscheiden im Kontrastmittel-CCT. Dann ist also seine Funktion und seine Kontrastmittelanreicherung wieder normal. Man stelle sich vor: die Millionen von armen Menschen, denen man gesagt hat, sie hätten Hirnmetastasen, und die daraufhin aus lauter Angst und Verzweiflung zugrunde gegangen sind, während in Wirklichkeit die HAMERschen HERDE die froheste Botschaft sind. Wenn sich das perifocale Oedem gebildet hat und wieder zurückgegangen ist, ist die Krebserkrankung im Grunde beendet! Sogar die ersten Professoren haben inzwischen schon begriffen:

Metastasen sind definiert als Tumoren, die wachsen. Da die HAMERschen HERDE aber nicht wachsen, können es weder Tumoren noch Metastasen sein (die es ohnehin nicht gibt). Für »HAMERsche HERDE« gilt folgendes:

1. HAMERsche HERDE entstehen stets im Moment des DHS (DIRK-HAMER-SYNDROM) als hirnorganische Manifestation des DHS, als Feldeinbruch des Gehirns in einem umschriebenen Bereich, der sowohl dem Konflikthalt zugeordnet ist als auch dem entsprechenden Körperbereich, in dem der »zugehörige Krebs« wächst. DHS bzw. HAMERscher HERD BEWIRKEN Dauer-Sympathicotonus!
2. Mit dem Moment der Conflictolyse (CL) bricht der HAMERsche HERD (HH) auf, d. h., er tritt in das reparative Stadium und wird ödematisiert und mit einem perifokalen Oedem umgeben (Zeichen der Heilung der Krebserkrankung). Der Patient kommt mit dem Moment der Conflictolyse in den Dauervagotonus, auch Dauervagotonie genannt. Hierin unterscheidet er sich nicht wesentlich von den meisten anderen Erkrankungen, bei denen der Körper im reparativen Stadium, also im Stadium der Heilung, in der Vagotonie ist.
3. Am Ende der reparativen Phase haben der HAMERsche HERD und das Oedem, von dem der HAMERsche HERD umgeben war während der reparativen Phase, hat in etwa die Transparenz des umgebenden Hirngewebes wieder angenommen, ebenfalls weitgehend seine frühere Funktion. Damit ist die Heilung der Krankheit Krebs, die in Wirklichkeit eine Krankheit gewissermaßen der Seele und des Gehirns ist, vollzogen. Es kann ein »alter HAMERscher HERD« bleiben, sofern der Konflikt in seiner Konfliktivität gelöst ist, in seiner Problematik jedoch besteht. Der HAMERsche HERD verschwindet im allgemeinen ganz und gar, wenn auch das Problem des Konfliktes selbst restlos gelöst ist.
4. Der HAMERsche HERD ist nicht unbedingt unilokulär zu verstehen, sondern besteht sehr häufig aus mehreren HAMERschen HERDEN in verschiedenen Teilen des Gehirns, insbesondere im Großhirn und im Stammhirn oder im Großhirn und im Kleinhirn gleichzeitig. Wir sprechen dann von einem »duolokulären Geschehen« oder einem »multilokulären Geschehen«. Dies hat entwicklungsgeschichtliche Ursachen, die leicht einzusehen sind: zum Beispiel die Todesangst ist ein kreatürliches

existentielles Konfliktgeschehen, was eine Maus ebenso haben kann, die nur mit knapper Not den Krallen der Katze entronnen ist, als wie ein Mensch, der mit knapper Not zum Beispiel bei einem Autounfall mit dem Leben davongekommen ist. Bis zu welchem Grade es möglich ist, daß auch ein Tier prospektive oder futurale Gefährdung seines Lebens oder seiner Existenz als »reflektierte Todesangst« empfinden kann, darüber wage ich heute noch nicht abschließend zu urteilen. Jedenfalls empfinden die Menschen erfahrungsgemäß schlimmste Todesangst, wenn man ihnen sagt, daß sie nur noch wenige Monate zu leben haben, wie das oft bei der Eröffnung der Diagnose einer schweren Krankheit, insbesondere der Diagnose Krebs eintritt. Bei der kreatürlichen Todesangst sehen wir einen HAMERschen HERD im Stammhirn, gleichsam dem Urhirn des Menschen, bei der reflektiven Todesangst, das heißt bei der Angst vor der näheren oder fernerer Zukunft, die dem Tier in dieser Art und Weise gewöhnlich fremd ist, sehen wir HAMERsche HERDE in der Cortex, der Hirnrinde, und gleichzeitig im Stammhirn.

BEWEISE FÜR DIE HAMERschen HERDE:

1. Ein HAMERscher HERD hat praktisch keinerlei Massenwachstum, schon gar nicht, wenn er mit einem perifocalen Oedem umgeben ist, er quillt allerdings auf, das heißt, er oedematisiert und hat dann nicht nur ein perifocales, sondern auch ein intrafocales Oedem, das heißt: aus einem Punkt wird optisch ein Ring, dreidimensional gesehen wird aus einem Punkt eine optische Hohlkugel, dreidimensional zum Beispiel auch aus einem schmalen, dünnen länglichen Gebilde, eine Art Rohr, optisch gesehen. Der HAMERsche HERD ist immer das Endstadium eines geheilten Konfliktes und eines in Heilung begriffenen Krebses. Es hat auch noch nie jemand einen HAMERschen HERD mit Massenwachstum gesehen. Die Diagnose »Metastase« war stetsbarer Unsinn, denn die Herde, die nicht wachsen, können keine Tumoren sein, und das, was man in der Schulmedizin bisher als Metastasen bezeichnen wollte, sollten ja stets wachsende Tumoren sein (wohlgemerkt Tumoren mit echtem Massenwachstum!), denn Tumoren, die nicht wachsen, brauchte man ja nicht zu therapieren, sie wären ja

harmlos! Also können die HAMERschen HERDE keine Tumoren und auch keine sogenannten Metastasen sein, die es ohnehin nicht gibt.

2. Machen wir unmittelbar nach der Konfliktlösung (Conflictolyse) ein CCT, dann sehen wir einen HAMERschen HERD mit ganz frischem focalem, intrafocalem und perifocalem Oedemsaum. Wir erkennen das daran, daß der Oedemsaum noch nicht voll markiert ist. Bei einigen Patienten haben wir inzwischen kurzfristige Kontrollen nach wenigen Tagen gemacht. Dabei sehen wir eine deutliche Veränderung des Oedems, sowohl in Richtung Vergrößerung als auch in Richtung besserer Markierung bzw. Randsaumbildung. Dies ist sicher beweisend dafür, daß mit dem Moment der Conflictolyse der Aufbruch des HAMERschen HERDES erfolgt ist, dokumentierbar im CCT durch das frische focale, intrafocale und perifocale Oedem.
3. Hätten die Schulmedizyniker recht, dann hätten fast alle meine Patienten »Hirnmetastasen«. Schwachsinn im Quadrat, so etwas anzunehmen, denn meinen Patienten geht es durch die Bank gut, sie haben einen Hunger wie Wölfe, nehmen täglich bis zu 1000 Gramm an Gewicht wieder zu (Vagotonus!), das sie vorher im Sympaticotonus abgenommen hatten. Sämtliche Laborparameter nähern sich relativ rasch nach einem bestimmten System wieder der Normalität. Nach der ersten Zeit der Schmerzen im von der Krebsgeschwulst betroffenen Gebiet als Folge der narbigen Schrumpfung samt einer vorübergehenden Oedembildung oder Ergußbildung im betroffenen Gebiet sowie im Gehirn geht es allen anschließend wieder hervorragend. Dabei waren alle meine Patienten sogenannte »aufgegebene Fälle«! Bei keinem einzigen ist der HAMERsche HERD auch nur um ein Bruchteil eines Millimeters mit echtem Massenwachstum gewachsen. Und das mit den Hirnmetastasen waren schlicht »des Kaisers neue Kleider«, die nie jemand gesehen hatte, und alle fleißig nachgeplappert haben, weil es ihnen an Kritikfähigkeit gemangelt hat.
4. Meine Patienten und ich haben sogenannte »Landkarten des Gehirns« zu zeichnen versucht und auch mit Erfolg gezeichnet, in denen sich – schichtweise geordnet – aus Hunderten von CCTs, wo die in einer jeweiligen Schicht befindlichen Areale dem jeweils korrelierenden Konflikterlebnisinhalt und dem ebenfalls dazu korrelierenden Bereich der Krebserkrankung dem Körper zugeordnet sind. Denn wir hatten festgestellt, daß

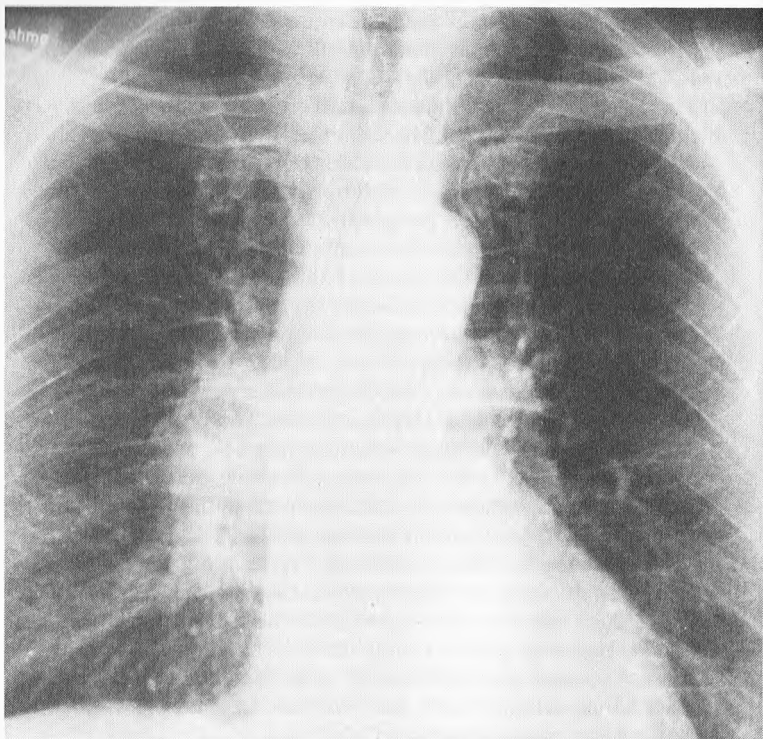
es da sehr präzise Übereinstimmungen gibt, die für alle Patienten grundsätzlich in gleicher Weise Geltung haben. Dazu gehört auch die Korrelation in gleicher Weise bei unilokulärem HAMERSchen HERD als auch bei duo- oder multilokulärem HAMERSchen HERD.

5. Verschwiegen werden soll nicht, daß die zerebralen Komplikationen, die durch die HAMERSchen HERDE und ganz besonders durch das perifocale Oedem des HAMERSchen HERDES entstehen, höchst periculös und mortalitätsträchtig sind, wenn die Krankheit sehr weit fortgeschritten war, noch mehr aber, wenn es sich um einen bestimmten Konflikthalt mit der dazugehörigen Lokalisation einer Krebserkrankung in der Peripherie des Körpers handelt. Das heißt, bestimmte Krebslokalisationen im Körper (hervorgerufen durch bestimmte Konflikthalte) haben zum Beispiel stets an der gleichen Stelle im Stammhirn ihre entsprechende Lokalisation des HAMERSchen HERDES. Wenn diese Lokalisation im Stammhirn, wo alle lebenswichtigen vegetativen Funktionen ihre Steuerungszentralen haben, in der Nähe des Atemzentrums oder des Herz-Kreislauf-Zentrums haben, dann kann ein perifocales Oedem an dieser Stelle im Stammhirn letal, das heißt tödlich, sein.

Ich habe oft beobachtet, daß ein solcher tödlicher Ausgang insbesondere dann mit bisherigen Behandlungsmethoden unvermeidlich war, wenn es nach einer vorübergehenden Heilung des Patienten zu einem echten Konfliktrezidiv kam, also zu einem erneuten Konflikteinbruch an genau dem gleichen Problem. Dann nahm offenbar das perifocale Oedem, wie wir auch im Computertomogramm des Gehirns nachweisen konnten, so große Dimensionen an, daß es zu einer sehr starken Beeinträchtigung der umgebenden vegetativen Zentren kam. Diese starke Beeinträchtigung konnte einen sofortigen zentralen Atem- oder Kreislaufstillstand zur Folge haben.

6. Ich habe bisher eine Systemerkrankung näher untersucht, das Plasmazytom: Dieses verhält sich hinsichtlich DHS, Konflikthalt und Verlauf streng nach der EISERNEN REGEL DES KREBS, zeigt aber nach der Conflictolyse ein »Panoedem des Großhirns«. Das heißt, Systemerkrankungen könnten oder scheinen sogar ebenfalls Erkrankungen des Gehirns zu sein, die das gesamte Gehirn global betreffen und keine HAMERSchen HERDE nach der Conflictolyse sichtbar werden lassen.

Abbildungen HAMERSCHER HERDE

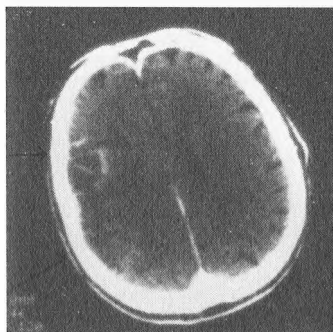


Pat. R. B.: Ein sehr komplizierter, weil komplexer Fall:
1979 hatte der Pat. einen schweren Revierkonflikt mit den Behörden, wodurch er seine Metzgerei einbüßte, die sein Lebenswerk gewesen war.

Daraufhin bekam er Angina-pectoris-Anfälle mit starken Schmerzen im li Arm. (Revierkonflikt!)

Nach etwa 1 Jahr war die Konfliktivität gelöst. Das Problem blieb. Der Pat. erkrankte an einem »Herzinfarkt«, der aber erst später diagnostiziert wurde. Von da ab hörten die Angina-pectoris-Anfälle auf.

Auf dem nebenstehenden Bild sehen wir einen alten, schon abgeheilten HAMERSchen HERD im re Schläfenbereich.



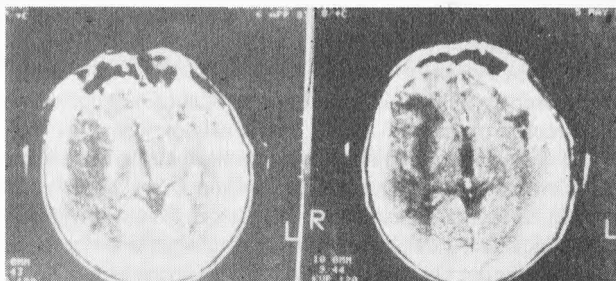
HAMERScher HERD
re temporal (oberer Pfeil) u.
re parietal (unterer Pfeil)

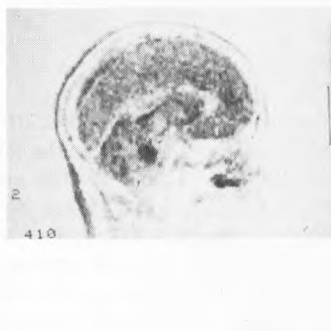
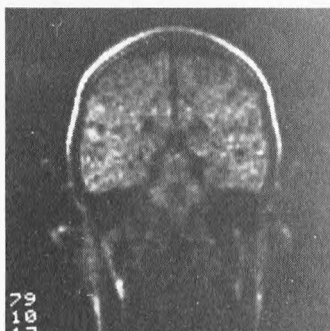
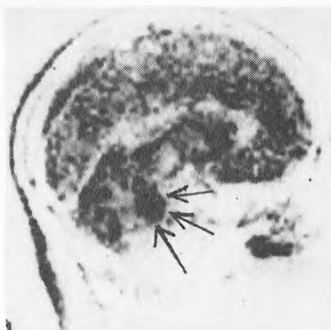
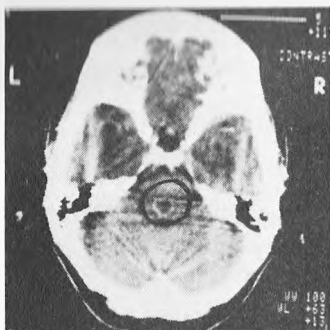
R

L

Diagnostiziert wurde dieser alte Restzustand eines HAMERSchen HERDES erst, nachdem der Pat. an einem allerschwersten neuen Konflikt erkrankt war und ein Peri-Bronchial-Carcinom rechts hatte (siehe Bild auf Seite 76). 3 Wochen nach der Lösung des Konfliktes erkrankte der Pat. an einem Schlaganfall mit linksseitiger Hemiparese (Halbseitenlähmung).

Bei einer CCT-Aufnahme nach 2 Wochen wurde am 6. 4. 83 das linke untere CCT-Bild gewonnen. 1 Monat später, am 5. 5. 83 ergab sich das rechte untere Kontrollbild. Der Pat. starb nach der Lösung eines weiteren (Todesangst-)Konfliktes mit Lungenrundherden an einem weiteren Schlaganfall Ende Mai 83.



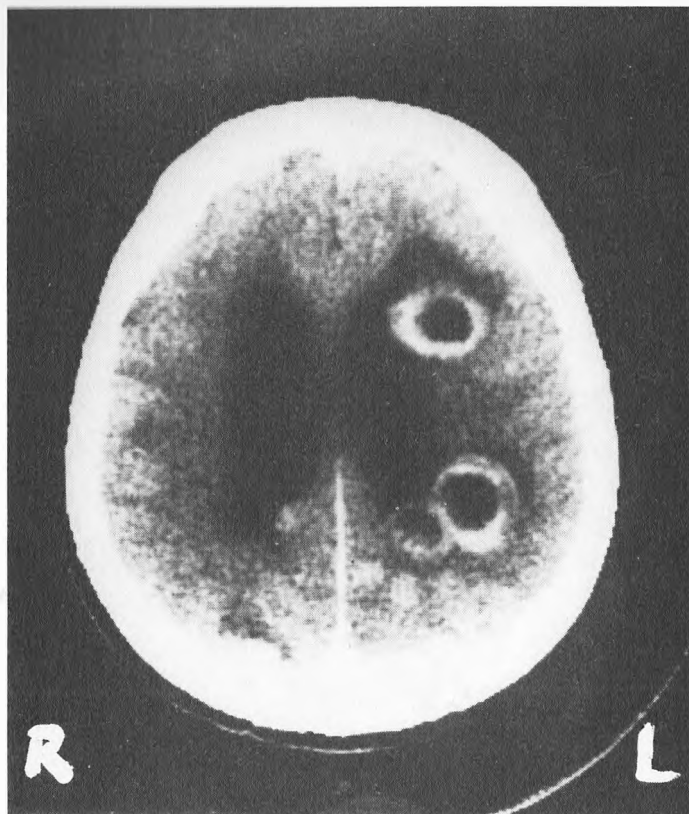


45jährige Patientin mit Gebärmutter-Körper-Carcinom nach Konfliktlösung.

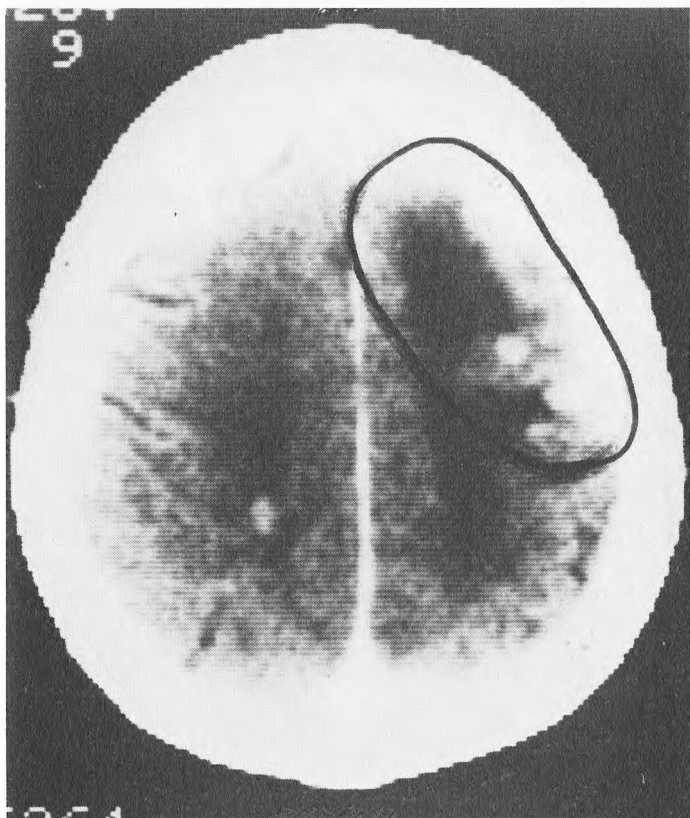
1. Oberstes Bild links zeigt ein CCT: Deutlich im Stammhirn ein HAMERScher HERD zu sehen mit perifocalem Oedem. Man sieht aber auch, wie wenig diese Aufnahme Auskunft gibt über die wahren Ausmaße des perifocalen Oedems. Die Pat. hatte Doppelsehen, Schwindel und eine erhebliche Gangunsicherheit.
2. Bild rechts oben und rechts unten zeigt jeweils das auf der nächsten Seite abgebildete Kernspintomogramm in verschiedener Kontrastierung. Der schwarze Punkt, auf den die Pfeile zeigen, ist das oedematisierte Gebiet des Stammhirns.
3. Bild links unten zeigt ein Kernspintomogramm der gleichen Patientin in der Sicht quasi von hinten (unten links).



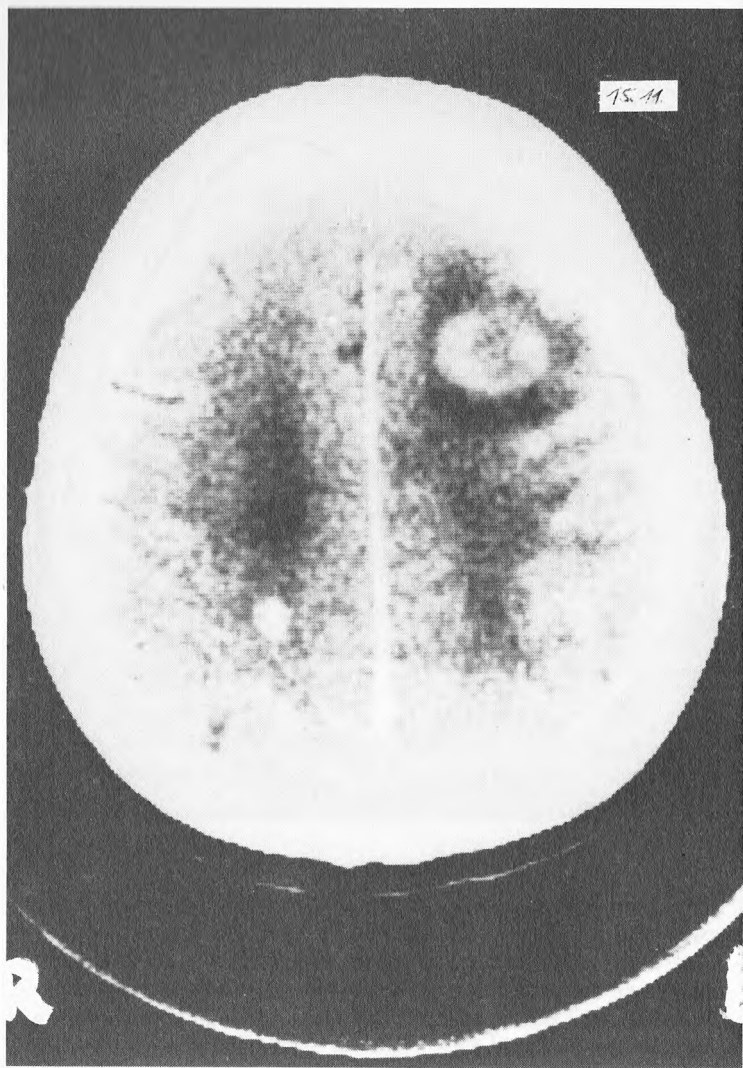
Kernspin-Tomogramm einer Patientin in der reparativen Phase nach Konfliktlösung eines Gebärmutter-Körper-Carcinoms. Die Pat. klagte über Brechreiz, Kopfschmerzen, Doppelsehen. Wir sehen deutlich im Stammhirn den HAMERschen HERD mit dem perifocalen Oedem, das die Beschwerden verursacht.

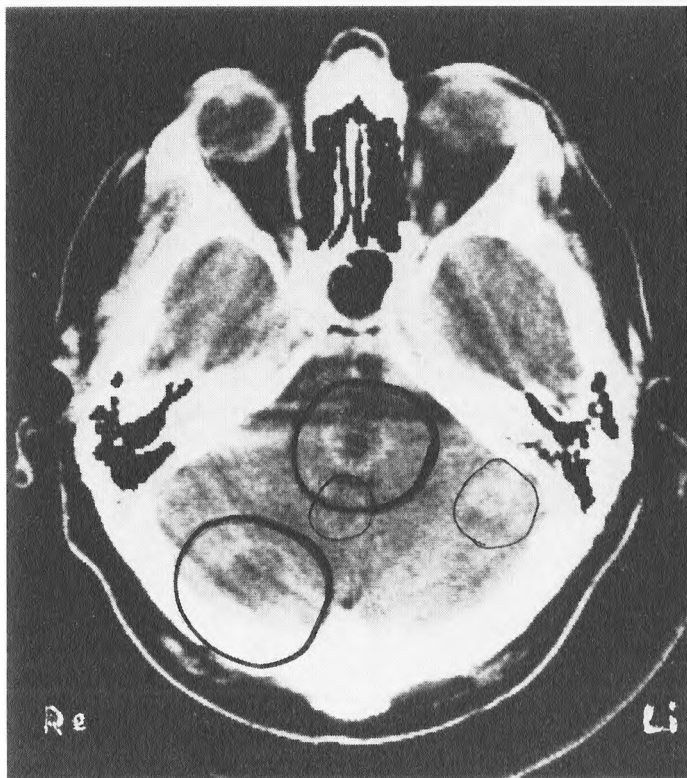


Bei diesem Patienten handelt es sich um ein kleinzelliges Peribronchial-Carcinom mit einer Reihe von Herden, davon drei im deutlich reparativen Stadium, aufgequollen und dadurch ringförmig erscheinend mit perifocalem Oedem. Ein 4. Herd, ebenfalls mit perifocalem Oedem, stellt sich auf dem Bild links unten dar. Daneben stellen sich 3 kleine Herde dar, die entweder noch kein oder schon kein perifocales Oedem mehr haben. Die große dunkle Formation in der Mitte des Bildes entspricht den aufgestauten Hirnkammern, die durch Kompression des Aquädukt hochgestaut sind und nunmehr das Gehirngewebe komprimieren.

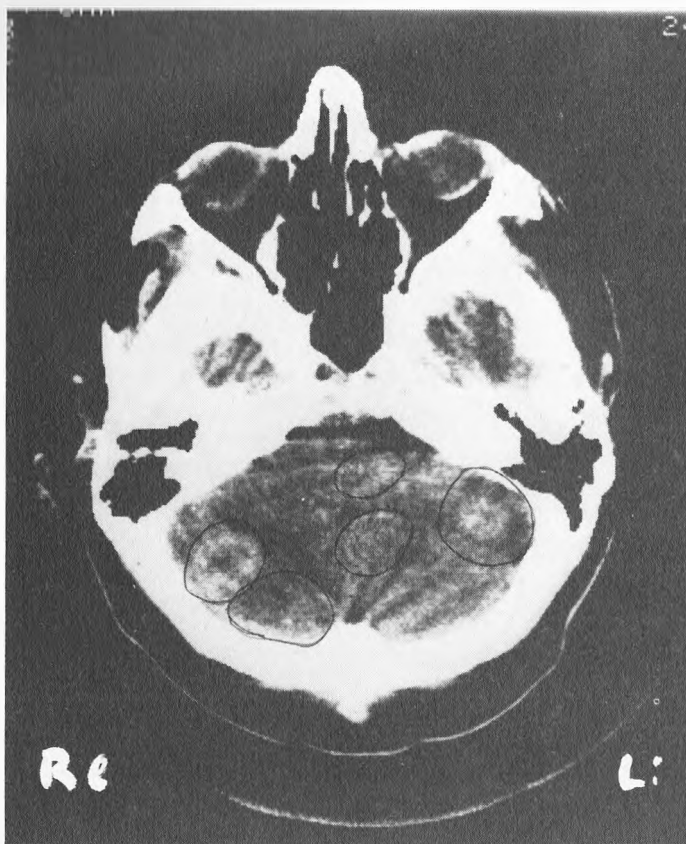


Wir sehen hier insgesamt drei deutliche HAMERSche HERDE, zwei im Bild rechts und einen links in der Mitte, mit perifocalem Oedem, ein 4. ist weiter auf dem Bild oben frontal zu ahnen und nur an seinem ausgedehnten Oedem auf dieser Schicht zu erschließen. Es sind Todesangstkonflikt-Herde nahe der Hirnrinde, die zur Zeit der Feststellung der Erkankung ihr DHS hatten und erst seit der Todesangst-Konfliktlösung sichtbar geworden sind.

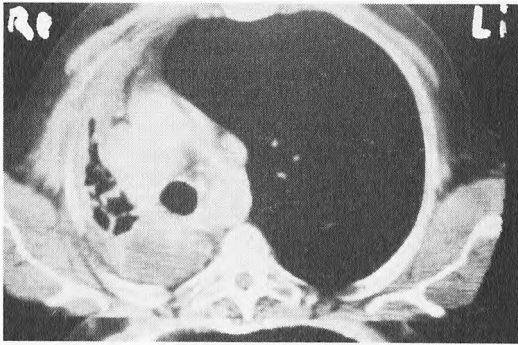




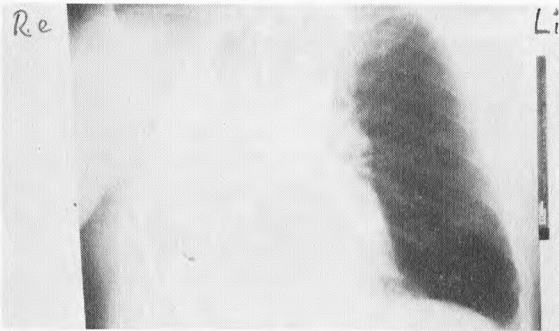
Wir sehen hier im Stammhirn (oberer Kreis in der Mitte) und im Kleinhirn (unterer Kreis links) große HAMERSche HERDE mit einem Oedem und einem Randsaum. Ein weiterer HAMERScher HERD auf der linken Seite ist zart eingekreist, ebenso ein weiterer mittelständiger zart eingekreister Herd im Kleinhirn. Die beiden mittelständigen Herde im Stammhirn und im Kleinhirn sind dafür verantwortlich, daß der Aquädukt komprimiert ist und das Hirnwasser in der Hirnkammer aufgestaut ist. Wir bezeichnen das als Hydrocephalus internus (innerlicher Wasserkopf).



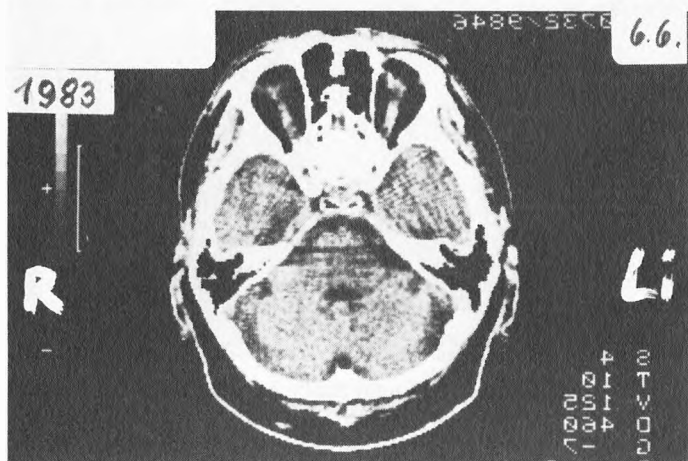
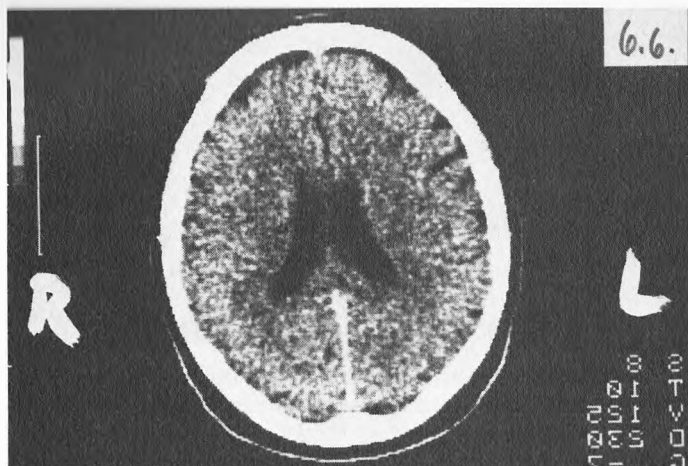
Auf dieser Aufnahme ist deutlich, fast auf dem Boden der hinteren Schädelgrube, ein HAMERScher HERD links, entsprechend dem seitlichen Teil des Kleinhirns. Daneben sehen wir auf der anderen Seite ebenfalls im Kleinhirn einen großen HAMERSchen HERD mit ausgedehntem perifocalem Oedem. Wenn wir genau hinschauen, können wir auch die drei restlichen Herde (alle zart eingekreist) erkennen.



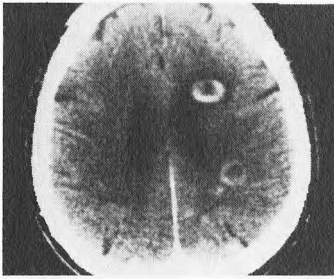
10. 10. 83: Nahezu vollständige Atelektase des re. Lungenflügels, Hinüberziehung des Herzens und des Mediastinums nach rechts, Kompensatorisches Emphysem – mit 3 kleinen Lungenrundherden – des linken Lungenflügels. Pat. verstarb am 5. Dez. 83 an zentralem Atem- und Kreislaufversagen.



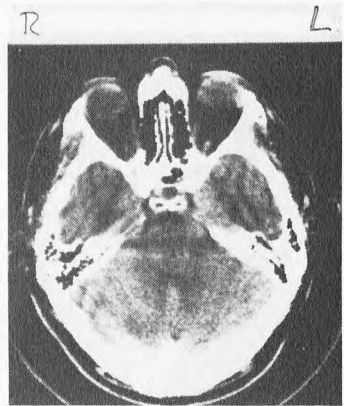
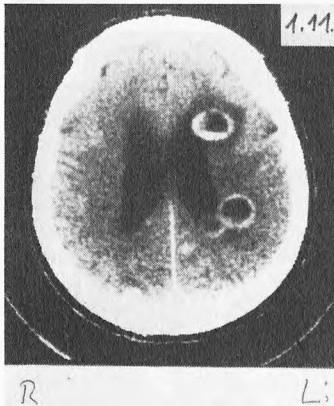
Diese Aufnahme zeigt die Lungenaufnahme des Patienten, dessen CCT-Bilder wir auf den vorigen Seiten und den nachfolgenden Seiten sehen. Kleinzelliges Peribronchial-Carcinom und rechtsseitige Atelektase der rechten Lunge. Herz, Luftröhre und Speiseröhre sind weitgehend nach rechts hinübergezogen. Was wir auf dieser Aufnahme nicht sehen können, was aber nach dem CT der Lunge eindeutig zu erkennen ist, sind kleine Rundherde in dem linken Lungenflügel, wahrscheinlich noch wesentlich mehr in dem rechten Lungenflügel, in den wir nicht hineinsehen können. Sie geben uns die Bestätigung des uns vom Patienten berichteten Todesangstkonfliktes, den er erlitt, als ihm ein Arzt die Diagnose mitteilte.



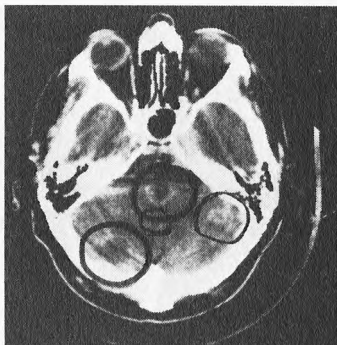
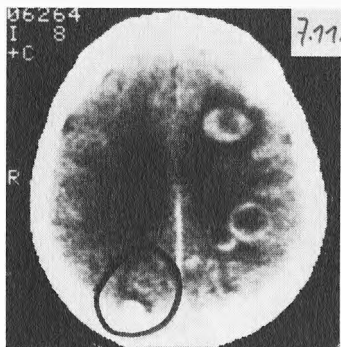
Bei diesem Patienten, von dem auch die vorigen und die nachfolgenden Bilder sind, ergab sich der »glückliche« Umstand, daß uns ein CCT vorliegt von einer Zeit, wo sein Krebs noch nicht entdeckt worden war. Die Aufnahme ist auf dem Höhepunkt des Konfliktes aufgenommen. Die HAMERschen HERDE sind also bereits vorhanden, jedoch mit den bisherigen Kontrastmittelmethode nicht darstellbar, auch noch nicht oedematisiert.



Der gleiche Patient wie Seite 87, die Aufnahmen 5 Tage später. Man sieht, daß sich die HAMERSchen HERDE im Großhirn und im Stammhirn deutlich ändern. Sie quellen auf durch intra- und perifocales Oedem, nehmen aber in der Masse nicht zu, sondern imponieren jetzt als angefärbte Ringe.

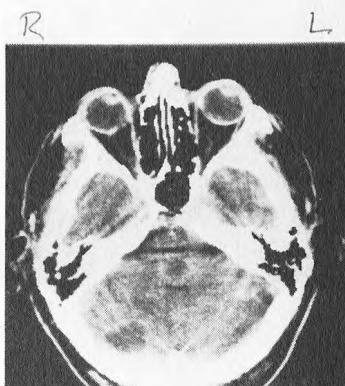
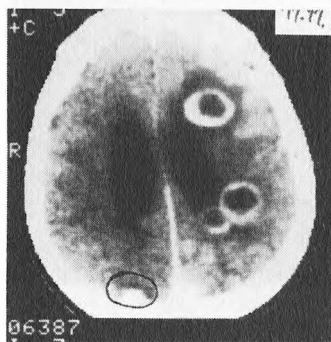


Diese Aufnahmen sind 3 Wochen später gemacht als die letzten und das Quellen der HAMERSchen HERDE hat noch zugenommen, auch das intra- und perifocales Oedem hat eher noch zugenommen. Auf der oberen Aufnahme links unten, entsprechend in Wirklichkeit rechts occipital (hinten), sieht man deutlich einen randständigen HAMERSchen HERD mit perifocalem Oedem. Auf der unteren Aufnahme sind jetzt mindestens 3 HAMERSche HERDE deutlich zu sehen, wenn sie auch zu diesem Zeitpunkt noch bei der Beurteilung Schwierigkeiten machen, so sind sie doch im nachhinein als deutlich vorhanden gewesen zu befunden.

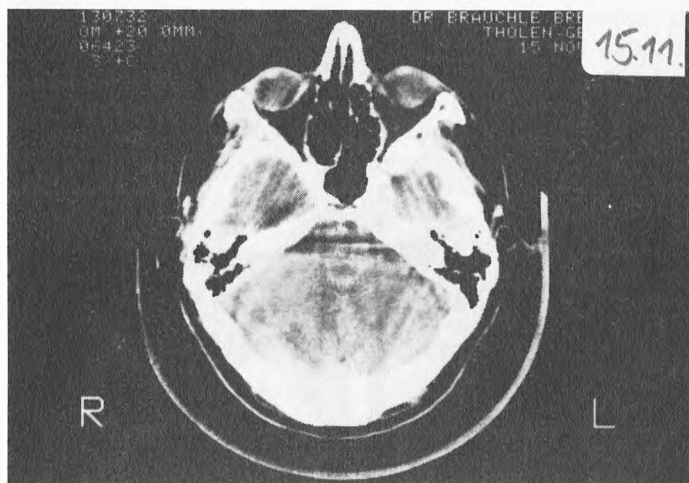
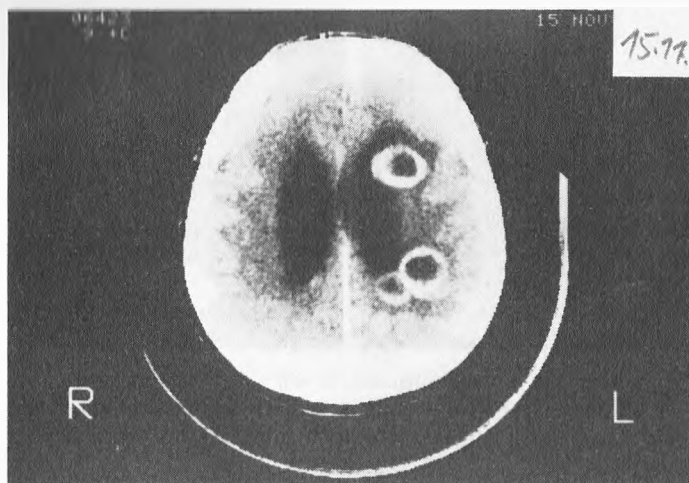


Gegenüber den letzten Aufnahmen von vor 6 Tagen scheinen die HAMERSchen HERDE – unter dehydrierenden Medikamenten – nicht mehr weiter aufgequollen, dafür sind sie jedoch nun auf der unteren Aufnahme deutlich verstärkt aufgequollen. Es kommt jetzt auch auf dem Bild rechts seitlich, entsprechend der linken Kopfseite, ein HAMERScher HERD zur Darstellung (zart eingezeichnet).

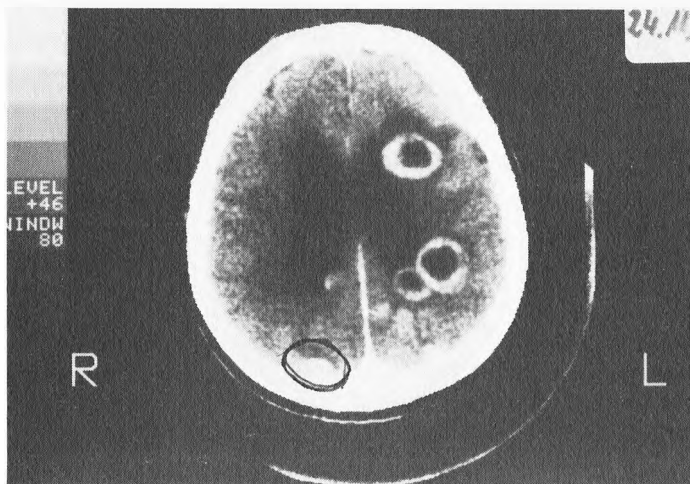
Wir sehen, daß der Aquädukt nur noch als schmaler Spalt zu sehen ist und eingeklemmt ist zwischen zwei HAMERSchen HERDEN. Durch diesen Mechanismus erklärt sich der Aufstau des Liquors (Hirnwassers) mit dem innerlichen Wasserkopf der beiden Seitenventrikel (Seitenkammern).



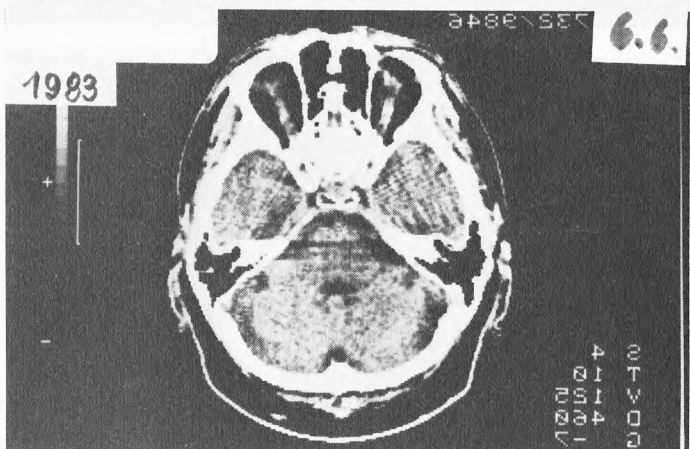
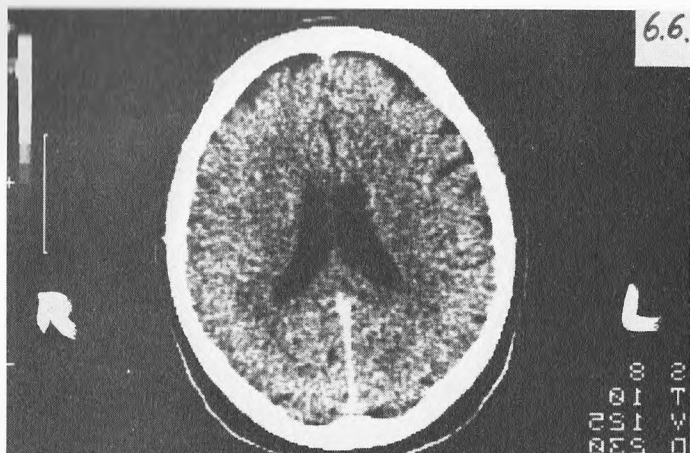
Praktisch keine Änderung des Befundes seit den letzten Aufnahmen vor 4 Tagen.



Die HAMERSchen HERDE scheinen am Schrumpfen zu sein, d. h., das Oedem nimmt ab. Auch auf der unteren Aufnahme scheint sich eine Dehydrierung der Oedeme abzuzeichnen.

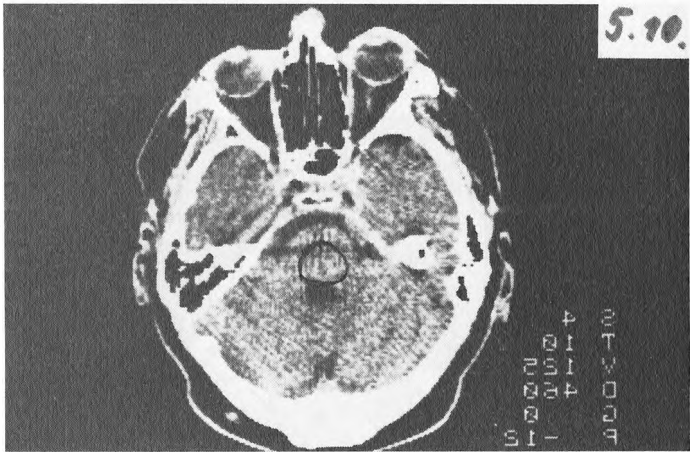
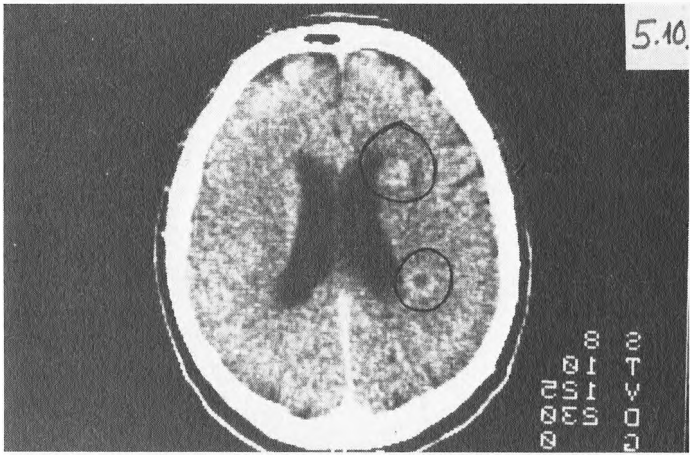


Auf den vorliegenden Aufnahmen scheinen die Oedeme wieder etwas stärker hervorzutreten, sowohl in der Aufnahme des Großhirns als auch in der des Klein- und Stammhirns.

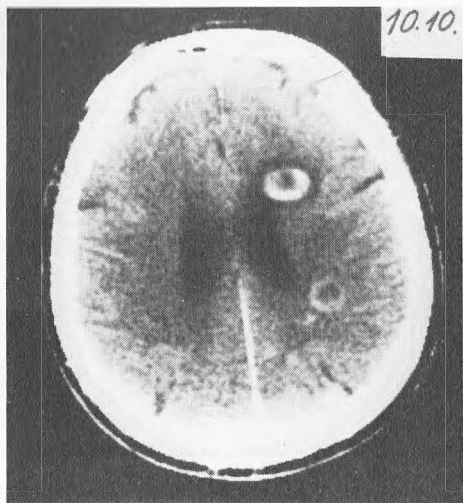


Wir sehen hier die gleiche Verlaufsfolge mit einem Unterschied: Die oberen Bilder stellen eine etwas andere (tiefere) Schichthöhe dar, während die unteren Bilder der hinteren Schädelgrube identisch sind mit denen der anderen Serie.

Auf der Aufnahme am 5. 10. 83 kommen deutlich die HAMER-schen HERDE im Großhirn zur Darstellung. Auf der unteren Aufnahme kann man den einen mittelständigen HAMER-schen HERD ventral (nach vorne) vom Aquädukt deutlich erkennen.

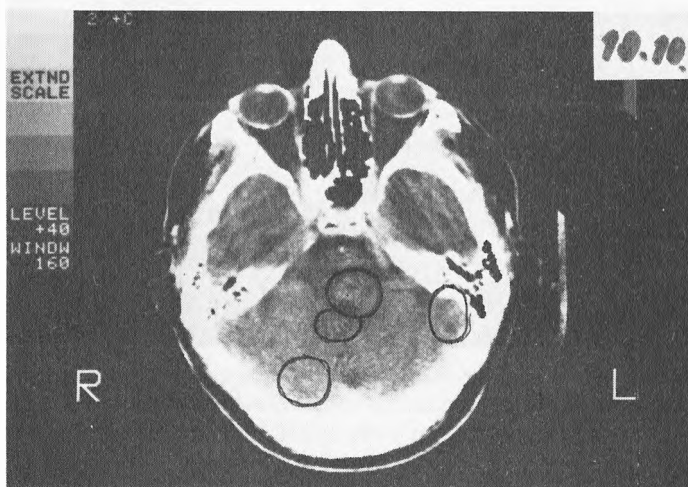


Auf diesen Bildern sehen wir erstmals in dieser Folge das Sichtbarwerden der HAMERschen HERDE sowohl im Großhirn als auch im Stammhirn (alle eingekreist).



R

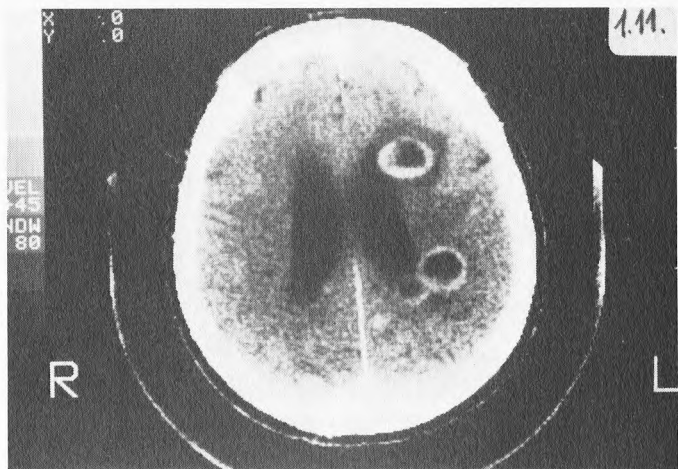
L



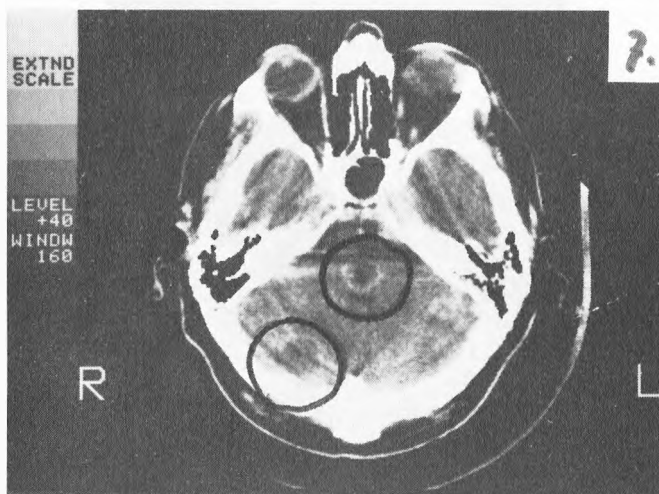
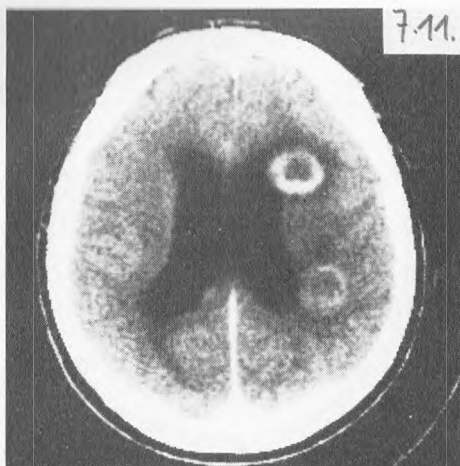
R

L

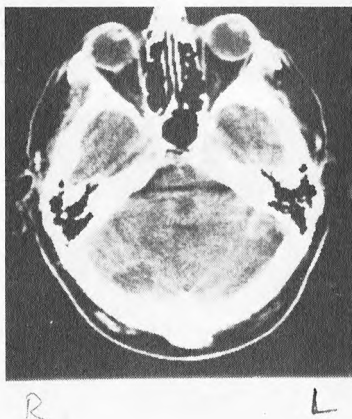
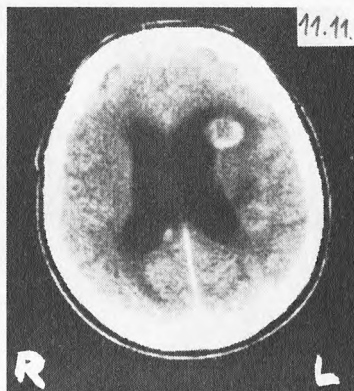
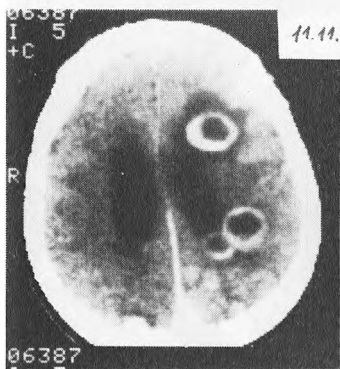
Auf diesen Aufnahmen sehen wir ein deutliches Aufquellen der HAMERSchen HERDE durch intra- und perifocale Oedeme.



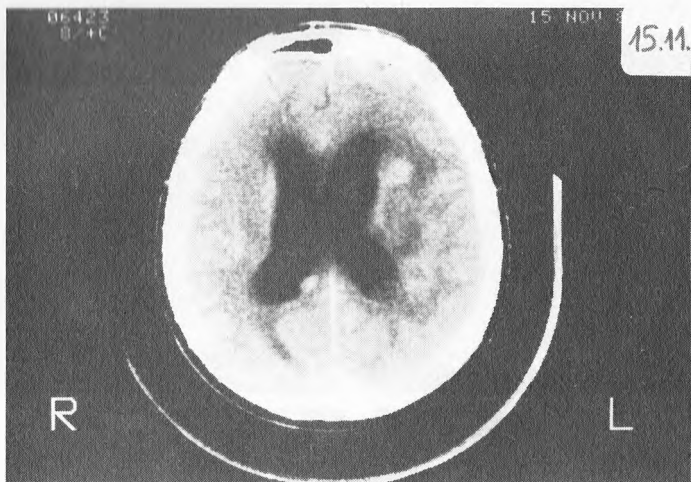
Weiter Zunahme des Aufquellens der HAMER'schen HERDE auf der oberen Aufnahme, jetzt aber auch ganz deutlich auf der unteren Aufnahme, die gegenüber der allerersten Aufnahme völlig ihre homogene Transparenz des Hirngewebes eingebüßt hat.



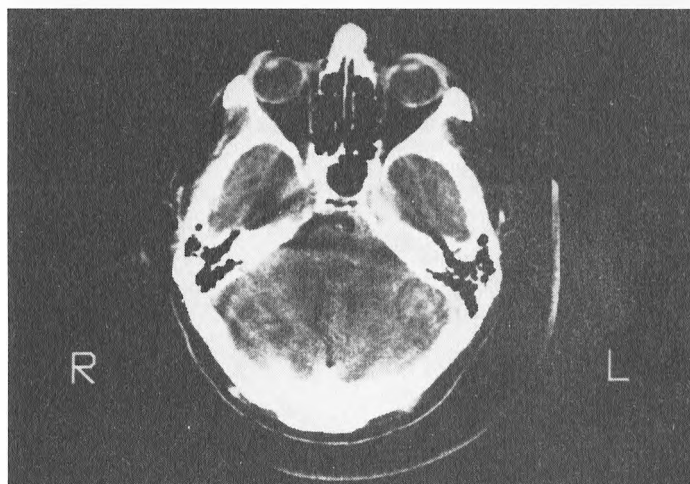
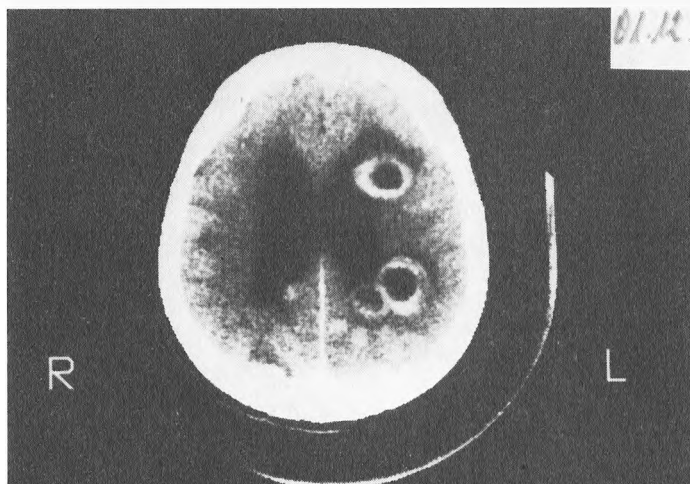
Eine Zunahme der Ringgröße der HAMERSchen HERDE scheint nicht mehr erfolgt zu sein, dafür jedoch eine deutliche Zunahme des Aufstaus der Hirnkammern mit Hydrocephalus internus (innerlicher Wasserkopf). Auf der unteren Aufnahme der hinteren Schädelgrube sieht man deutlich eine Oedematisierung der HAMERSchen HERDE (eingekreist).



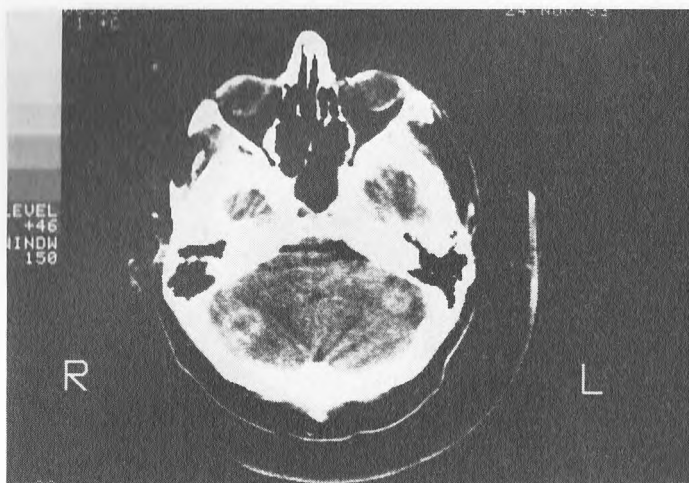
Auf den beiden oberen Bildern sehen wir einen Schichtunterschied (links etwas höher, rechts etwas tiefer). Wir erkennen, daß die HAMERSchen HERDE offenbar durch mehrere Schichten verlaufen und es sich teilweise möglicherweise um strangartige Gebilde oder Bahnen handelt, die durch das intrafocale Oedem aufgequollen sind, dadurch eine Ringform bilden. Im oberen rechten Bild könnte man annehmen, daß die HAMERSchen HERDE ziemlich am Fuß ihrer Ausdehnung getroffen sind. Auf dem unteren Bild unverändert deutliche Ausprägung der HAMERSchen HERDE, jetzt auch an der rechten Seite des Bildes deutlicher HAMERScher HERD. Der Aquädukt ist nur noch als sehr schmaler Spalt auszumachen.



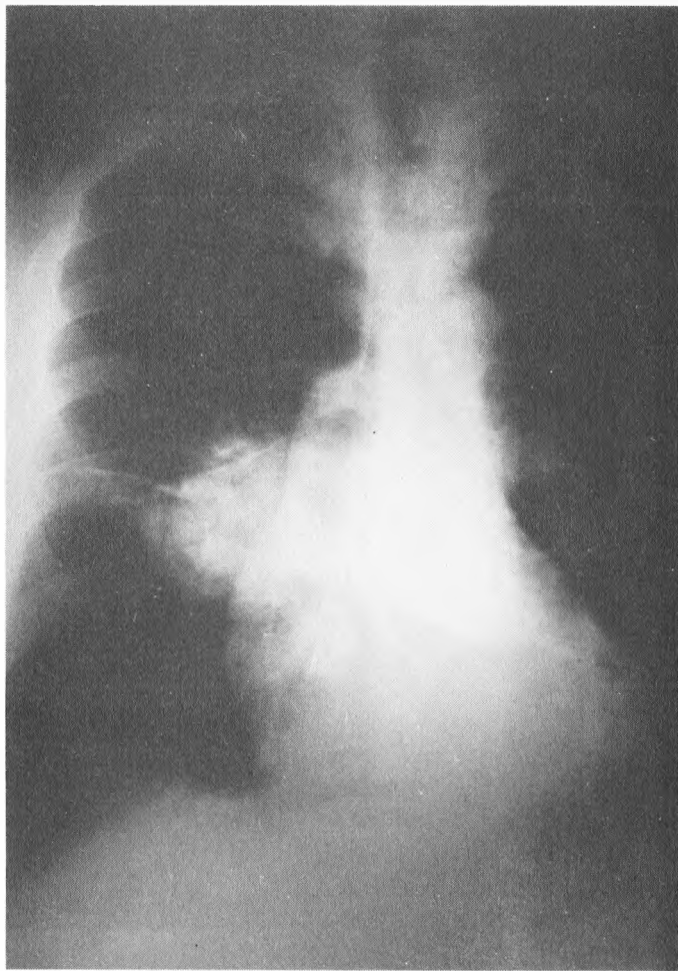
4 Tage später ziemlich unveränderte Verhältnisse.



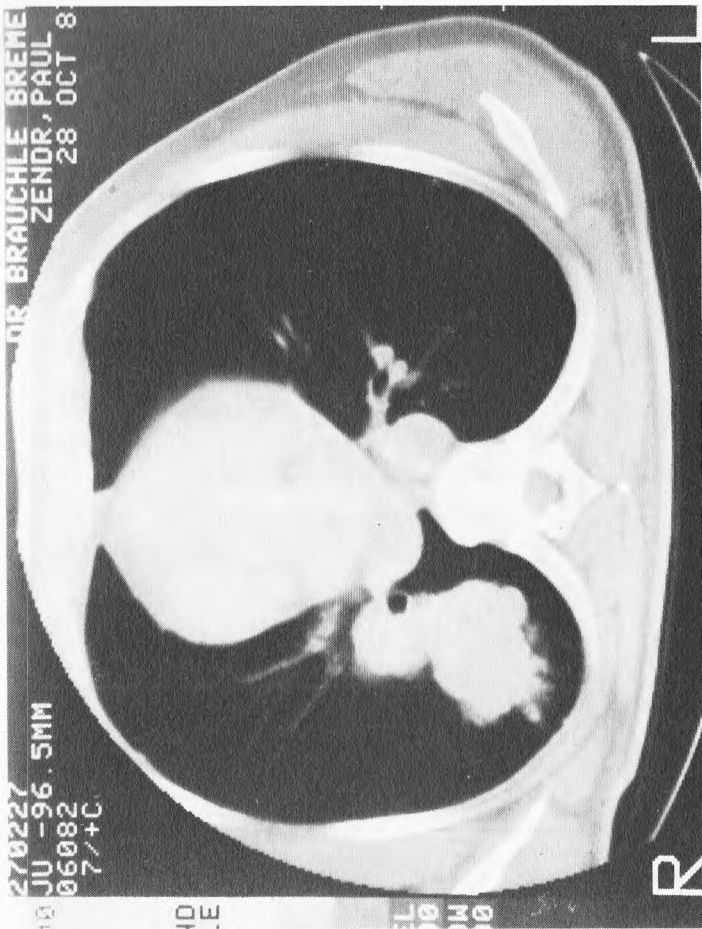
Gegenüber den letzten Aufnahmen scheint die Quellung wieder eine Idee stärker geworden zu sein, auf der unteren Aufnahme kommen mehrere HAMERSche HERDE rechts und links im Kleinhirn zur Darstellung.



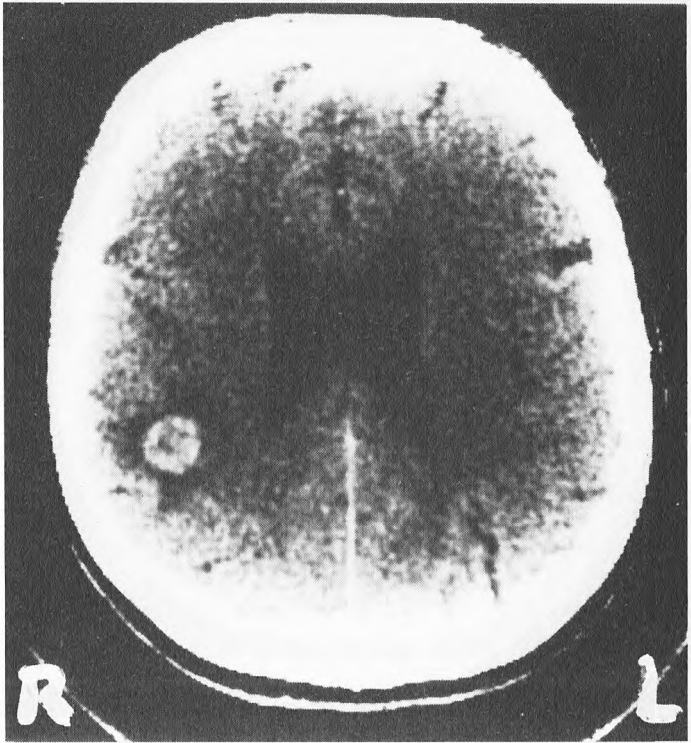
Auf den beiden Aufnahmen, von denen die obere etwas tiefer ist als die untere, kommen insgesamt 5 HAMERSche HERDE im Stammhirn und Kleinhirn zum Vorschein. Der Patient starb vier Tage später an zentralem Atem- und Kreislaufversagen.



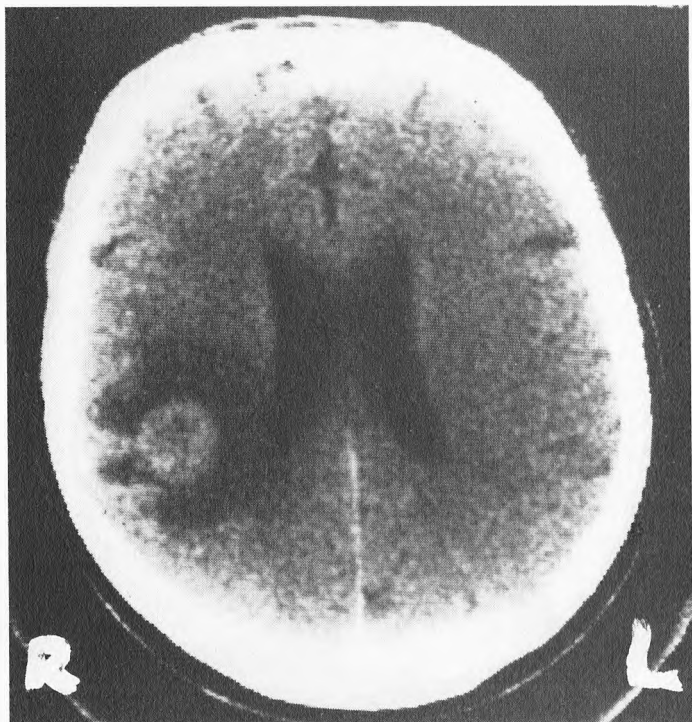
Lungenübersicht:
Rechtsseitiger kleinzelliger Lungentumor (histologisch Kleinzell.
(v. Fall 25). Aufnahme am 22. 9. 83. Bis 5. 12. 83 keine Veränderung.



Der gleiche Patient wie auf der letzten Seite (T-Schnitt durch den Thorax).

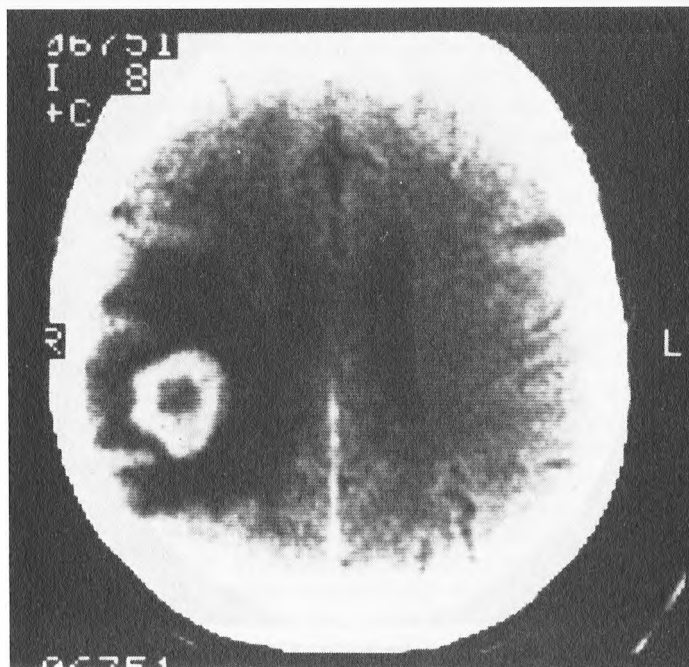


Gleicher Patient wie auf den Aufnahmen 22. 9. 83 auf den beiden letzten Seiten (siehe auch Fall 25) (T. des Gehirns). Typischer HAMERScher HERD rechts parietal.



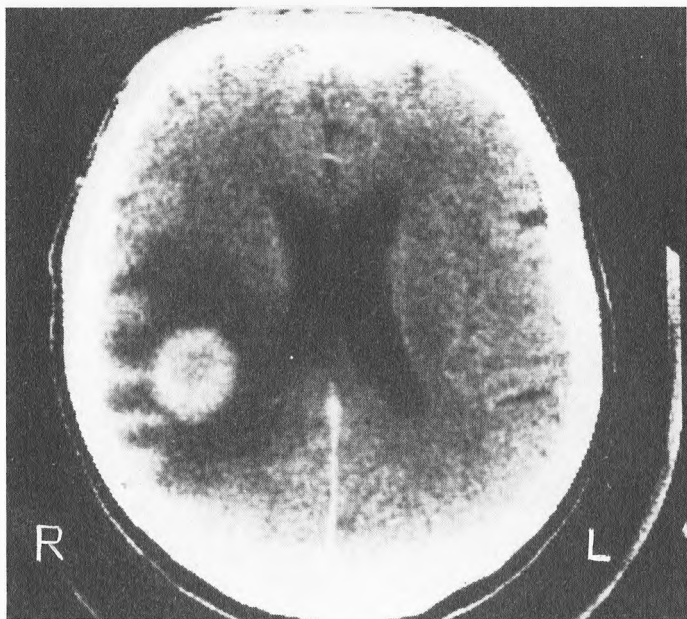
Aufnahme 28. 10. 83

Deutliche Quellung des HAMERschen HERDES und Zunahme
des perifocalen Oedems.



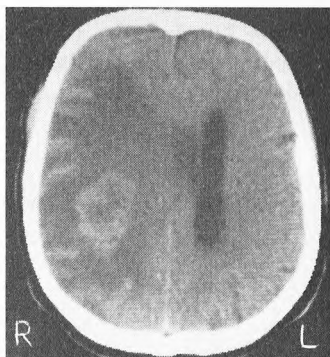
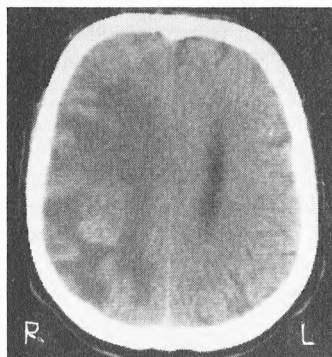
Aufnahme 5. 12. 83

Weitere Zunahme des perifocalen Oedem Ringformbildung des aufgequollenen HAMERschen HERDES (im Ring das intrafocale Oedem).



Oberes Bild (5. 12. 83): Unterer HAMERScher Herd zeigt geringe Oedemzunahme. Oben (rechts temporal) neuer HAMERScher HERD (Kreis).

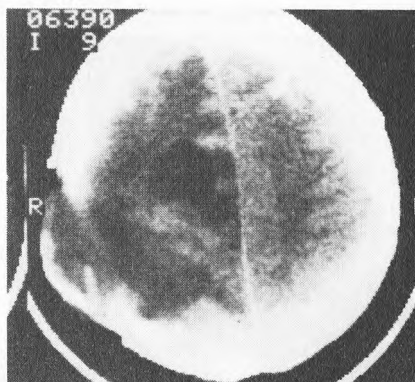
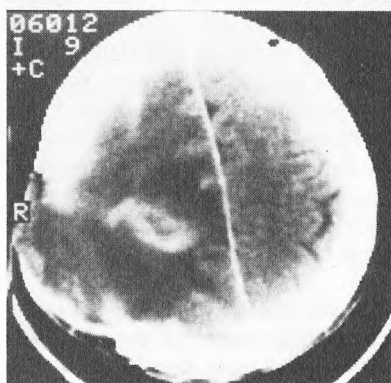
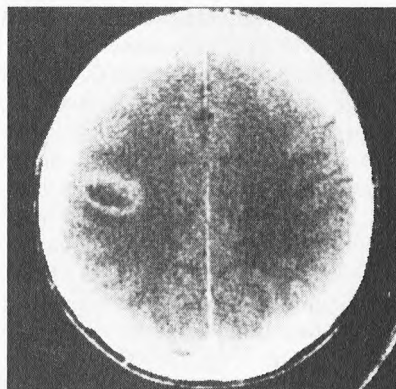
Unteres Bild (25. 2. 84): Unterer HAMERScher HERD deutlich in Oedem-Rückbildung, oberer (temporaler) HAMERScher HERD in Oedem-Ausbreitung.

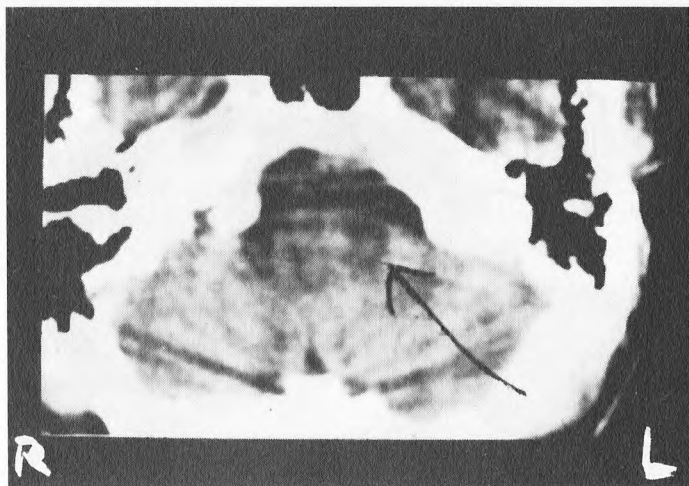


In diesem Fall handelt es sich um einen sehr tragischen Krankheitsverlauf, durch die Unwissenheit der Ärzte bedingt. Der Patient hatte einen großen (Revier-)Konflikt mit seiner Ehefrau um ein in Pflege genommenes Kind. Genauer gesagt schossen die leiblichen Eltern des Kindes quer, und die Ehefrau war die Sache leid. Dann gab es diesen furchtbaren Streit, der andauerte und bei dem Pat. zu einem Bronchial- und Medio-Coronar-Carcinom führte. Nach etwa 8 Monaten löste sich der Konflikt, weil das Pflegekind zurückgegeben wurde. 4 Wochen später bekam der Patient cerebrale Symptome, Kopfschmerz, Schwindel, Brechreiz und Doppelsehen, er wurde untersucht in einer neurochirurgischen Klinik. Man glaubte, einen Hirntumor festgestellt zu haben – in Wirklichkeit eine recht gutartige Form von HAMERSchem HERD – und operierte den Pat. im Okt. 82. Nach der Operation stellte man fest, daß man den HAMERSchen HERD versehentlich nicht »erwischt« hatte.

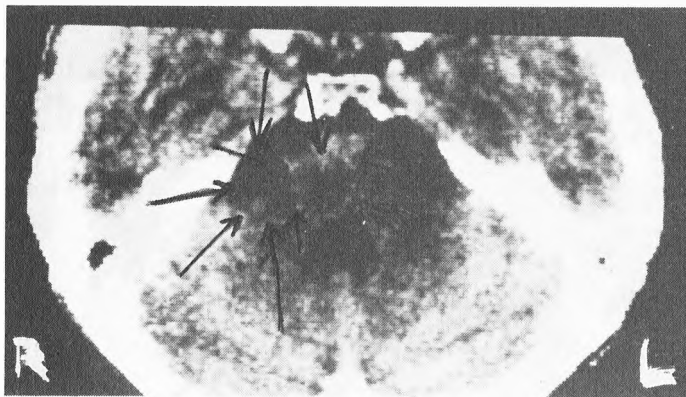
Jeweils wegen einer Hirnschwellung auf Grund einer Encephalomeningitis wurde der Pat. ein zweites und ein 3. Mal operiert, zuletzt im Okt. 83, wobei laut Operationsbericht »*ein straußenei-großes Stück Gehirn*« entfernt wurde, was man für nachgewachsenen Hirntumor hielt. Man hatte ihm fälschlicherweise einen Großteil der re Hirnhemisphäre wegoperiert, nur hatte man den HAMERSchen HERD immer noch nicht »erwischt«, denn auf der Aufnahme vom 25. 10. 83 ist er noch an der gleichen Stelle zu sehen wie ein Jahr zuvor.

Inzwischen hat sich der HAMERSche HERD von alleine entfernt, denn der Pat. ist jetzt halbseitig gelähmt, fast blind und psychisch/geistig schwerst geschädigt, ein Pflegefall. Sein Konflikt ist für ihn kein Thema mehr, er kann sich kaum noch daran erinnern.





Deutlicher HAMERScher HERD mit frischem perifocalem Oedem im Stammhirn nach Sigma-Carcinom in der post-conflictolytischen Phase.

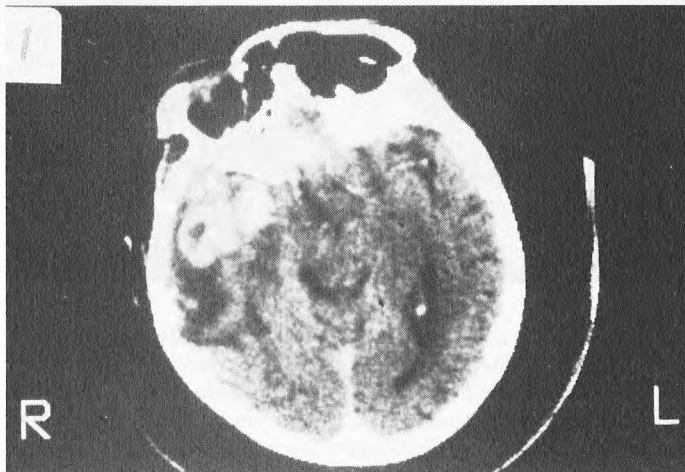


Dieses Bild ist von einer Patientin mit einem ausgedehnten solitären Leber-Carcinom mit Gallengang-Carcinom und zahlreichen pfenniggroßen und zehnpfenniggroßen Lungenrundherden in beiden Lungenflügeln. Die Pat. kam quittengelb zur Aufnahme mit einer Cholestase (Gallenaufstau) und einem Bilirubinwert von über 20 mg%. Die Aufnahme ist etwas schwierig zu deuten. Sicher hat die Patientin mittelständig einen großen HAMERschen HERD mit intrafocalem Oedem, der sich durch den stoffwechselaktiven großen Ring deutlich markiert. Auf dem Bild ist links daneben ebenfalls ein deutlicher HAMERscher HERD mit großem perifocalem Oedem zu sehen (Pfeile). Außerdem sind auf dem Bild rechts mindestens 1 wenn nicht sogar 2 HAMERsche HERDE zu erkennen. Dies entspricht auch unseren Erwartungen. Der mittelständige große HAMERsche HERD, der sich durch den stoffwechselaktiven Ring so gut markiert, dürfte den Lungenrundherden zuzuordnen sein, der auf dem Bild links davon mit den Pfeilen markierte HAMERsche HERD mit perifocalem Oedem dürfte dem Gallenblasen-Carcinom zuzuordnen sein, und der eine oder die beiden Herde auf dem Bild rechts dürften zu dem Leber-Carcinom gehören.

Vergleiche damit auch die Patienten-Bilder auf den Seiten 114 und 230 und die Bilder der Pat. auf Seite 422.

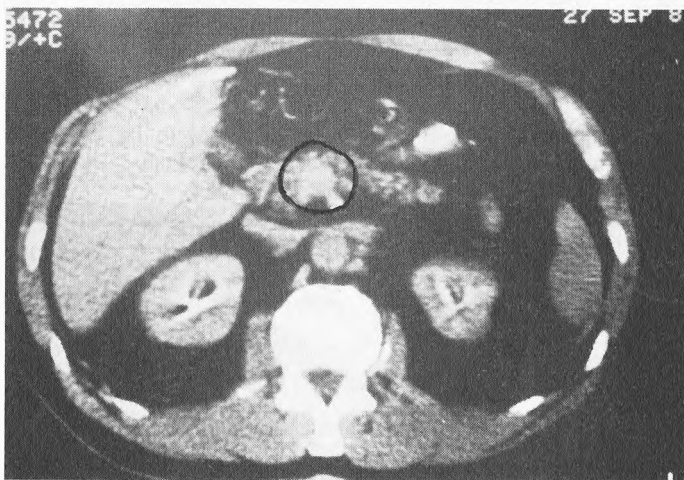
Auf späteren Kontrollen waren übrigens die HAMERschen HERDE deutlich rückläufig!

Das Stammhirn-Oedem hatte sich nach der Konfliktlösung eingestellt, was bei der Patientin ständige Temperaturschwankungen zwischen 36,5° und 40° hervorrief, so lange, bis wir die Patientin mit dem Kopf hochlagerten. Inzwischen scheint der Umbau der Leber bald abgeschlossen zu sein; Laborparameter nähern sich wieder den Normalwerten, z. B. bei der phosphakalischen – die weit über 2000 gelegen hatten. Die Patientin hat jetzt keine Temperaturschübe mehr, das perifocale Oedem ist bei einer Kontrolluntersuchung jetzt nicht mehr nachweisbar.

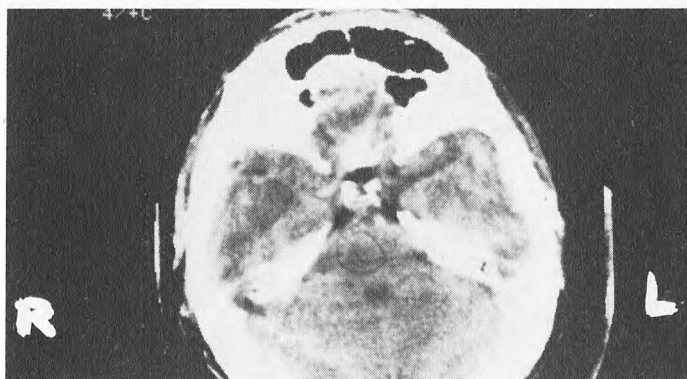


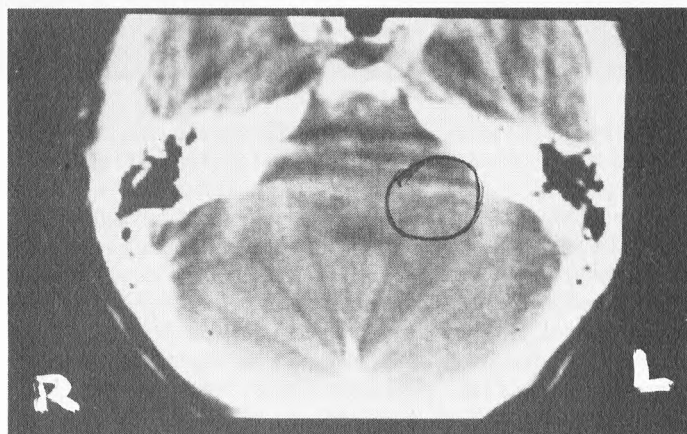
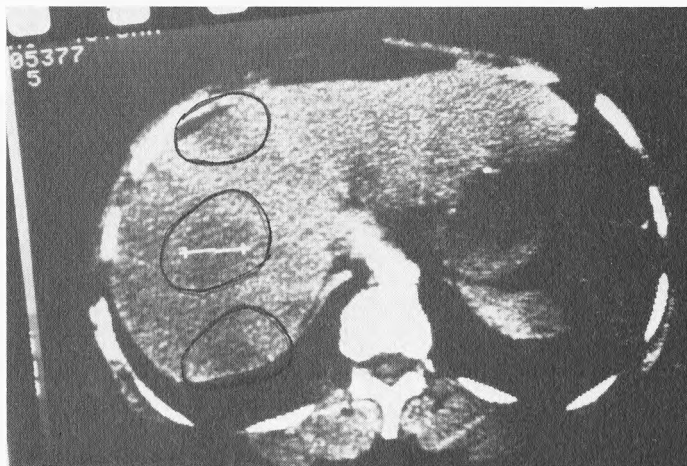
Kiefernöhlen-Ca re. mit zugehörigem HH

Auf dieser und den nächsten Seiten sehen wir ein geradezu atemberaubendes Geschehen:



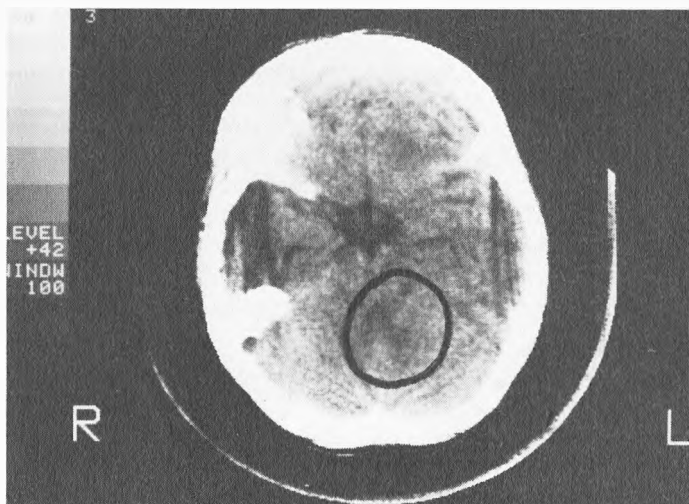
Es handelt sich um ein Ehepaar, das einen zeitweilig mißraten gewesenen Sohn hat, der nun aber plötzlich durch Eintritt in eine fromme Sekte von einem Saulus zu einem Paulus wurde. Der Sohn hatte einmal im betrunkenen Zustand einen Bus gesteuert und anschließend noch die Buskasse mitgenommen, in der BRD so ziemlich die beiden schlimmsten Delikte, die man überhaupt begehen kann. Das war denn auch für die braven Eltern zuviel gewesen, die Polizei war ins Haus gekommen, der Sohn kam ins Gefängnis, schlimmer hätte es nicht kommen können. Nach seiner Bekehrung aber löste sich bei beiden Eltern der Konflikt, bei dem Vater 4 Wochen früher als bei der noch etwas zweifelnden Mutter. Links sehen wir nun die Bilder des Vaters, oben das Pankreas-Carcinom (eingekreist) im Computertomogramm, unten der typische HAMERSche HERD, der zu diesem Pankreas-Carcinom korreliert, im Stammhirn im postconflictolytischen Stadium (also nach der Konfliktlösung). Der Vater hatte während des Konflikts sehr viel an Gewicht abgenommen, was sich niemand erklären konnte, hatte Verdauungsstörungen und Brechreiz. Nach der Konfliktlösung nahm er sein Gewicht wieder zu, wiegt heute so viel wie früher (zwischendurch 15 Kilo weniger).





Auf dieser Seite nun die Bilder der Mutter, die an einem Leber-Carcinom erkrankt war, was nach bisheriger schulmedizinischer Meinung als unheilbar gilt. Die eingekreisten Stellen zeigen 3 ausgedehnte und typische Leber-Carcinombezirke. Das untere Bild zeigt den für dieses Leber-Carcinom typischen HAMERSchen HERD mit perifocalem Oedem im hinteren Stammhirnbereich (eingekreiste Stelle), siehe dazu auch den Fall auf Seite 110, 230 und 422.

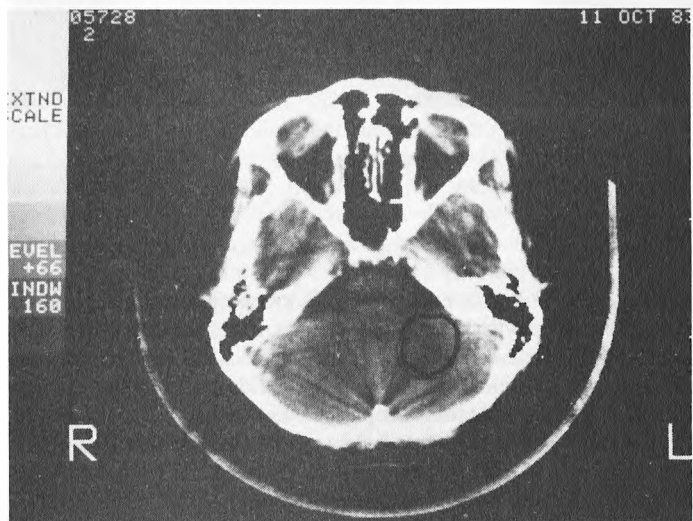
Diese beiden Fälle zeigen so offensichtlich und koinzident die Zusammenhänge zwischen Konfliktentstehung, Konfliktlösung und Lokalisation der zugehörigen HAMERSchen HERDE im Gehirn wie auch die Lokalisation der Krebserkrankung im Körperorgan, die dazu korreliert, daß es da eigentlich nicht mehr den geringsten Zweifel geben kann, daß das Krankheitsgeschehen im Prinzip so verläuft. Streiten kann man sich nur noch über Detailfragen, wo ganz genau – korrelierend zu welchem Teil des Körperorgans – der HAMERSche HERD im Gehirn zu suchen ist.



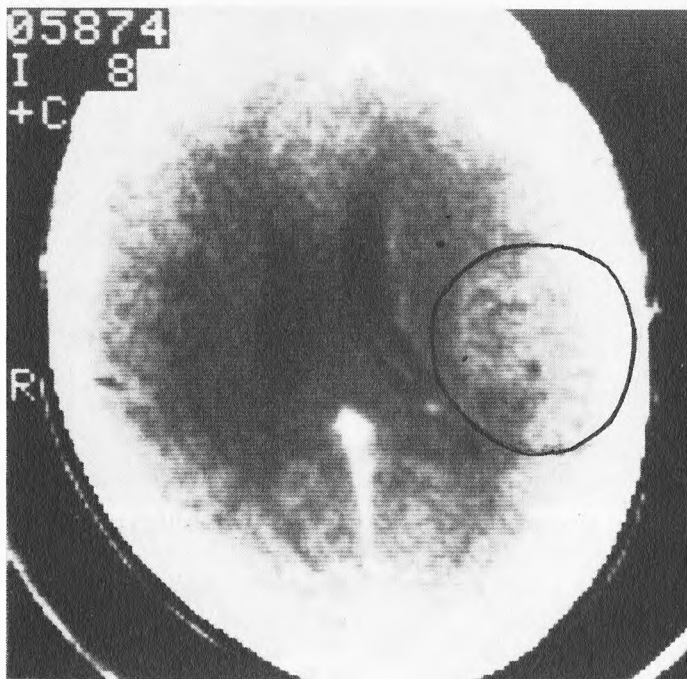
Stammhirnoedem bei Magen-Carcinom und Netz-Carcinom.



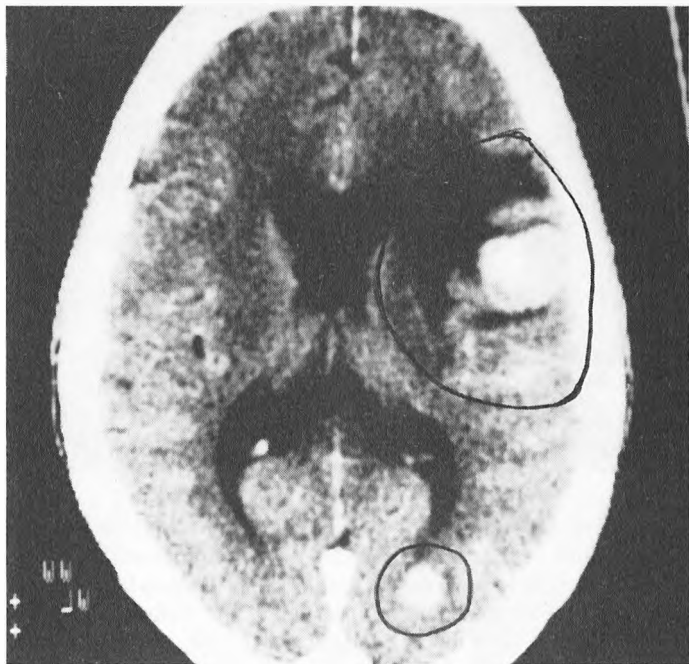
Pat. mit Mamma-Ca li (entspr. Kleinhirnherd, seitlich rechts) und Leber-Ca entsprechend Stammhirnherd li.



Pat. mit Mamma-Achsellymphkn.-Ca M. entsprechend Kleinhirnherd li.



Diese beiden Bilder zeigen die CCTs zweier junger Patientinnen im postkonfliktolytischen Stadium, links 40 Jahre, rechts 34 Jahre mit der gleichen Erkrankung: Gebärmutterhals-Carcinom im Stadium 1 bis 2, beide links; und bei beiden der vergleichbare HAMERSche HERD temporoparietal links. Bei beiden Patientinnen war der Konflikt gelöst, links siehe Fall 12 Seite 234, im Fall des rechten Bildes hatte der väterliche Freund der Patientin, dem sie seit 15 Jahren ihr Leben geopfert hatte, sie mit ihrer besten Freundin betrogen, und sie hatte ihn in flagranti mit ihr ertappt. Seither war ihre stereotype Frage gewesen: Schläft er noch weiter mit Ursel?



Auf Grund des linken Bildes und natürlich der Anamnese hatte ich die schriftliche Garantie gegenüber dem Gynäkologen der Patientin übernommen, ebenso gegenüber dem internat. ärztl. Schiedsgericht, daß bei der Patientin dieser Konflikt sicher nicht rezidivieren könnte und folglich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bei dieser Art von Carcinomen (Plattenepithel-Ca) à la longue mit einer völligen Ausheilung zu rechnen sei, mindestens keinerlei Weiterwachstum zu erwarten sei. Der Ärztekammerpräsident wörtlich: Wenn das nicht eintrifft, werde ich dafür sorgen, daß Sie *»europaweit fertiggemacht werden«*. Seit ich vor wenigen Tagen die Nachricht erhalten habe, daß bei der Pat. der Papanicolaou negativ geworden ist – obwohl keine schulmedizinische Therapie erfolgt ist, die in Hysterektomie und Ovariectomie, also Kastration, bestanden hätte –, entschuldigt sich nicht nur niemand bei mir oder gibt mir sogar recht, was eigentlich recht und billig wäre, nein, man schweigt und hofft weiter, daß man dem Hamer irgendwann doch noch mal eins ans Bein binden kann.



Der Patient, von dem dieses und die folgenden 4 Aufnahmen des Gehirns sind, wurde unter der Diagnose »Hirntumor« operiert. Versehentlich bekam man aber diesen HAMERSchen Doppelherd nicht mit heraus, weshalb man ihm sagte, der Tumor sei wieder nachgewachsen, jetzt müsse er bald sterben. Der starke Konflikt, den der Pat. (hochdramatisch und isolativ) mit seiner Freundin (jetzige Ehefrau), gehabt hatte, weil sich seine frühere Frau nicht scheiden lassen wollte, war längst vorbei, denn als die Scheidung ausgesprochen war, der Konflikt gelöst. Folgerichtig traten einige Wochen später die cerebralen Symptome auf, die die Kollegen zu der Fehldiagnose »Hirntumor« brachten. Als man dem Pat. sagte, er habe einen Hirntumor, erlitt er einen schweren Selbstwerteinbruch mit Osteolysen in der Kalotte. Weil man nach der Operation und dem »Wiederwachsen« des »Tumors« nichts mehr machen konnte, prophezeite man dem Pat. einen baldigen Tod. Da der nur noch eine Frage der Zeit war, wurde der Pat. entmündigt, weil er ohnehin nur noch so kurze Zeit zu leben habe. Der Pat. kam in wilder Todesangst zu mir und wollte wissen, ob es stimme, daß er nur noch 2 Wochen zu leben habe, da der »Tumor« weiterwachsen werde. Ich konnte ihn beruhigen, daß es sich hier glücklicherweise um eine Fehldiagnose handle und daß ihm außer einem inaktivierten Coronar- oder Mediastinal-Ca und einem Gehirndefekt, den man bei der OP gesetzt hatte, nichts fehlen würde und er alle

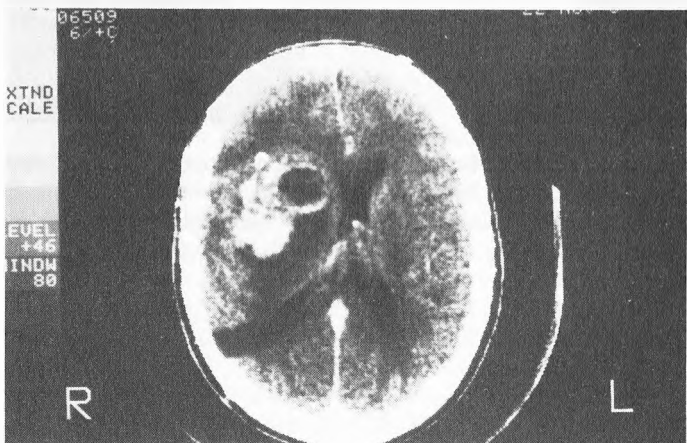
Chancen hätte, sehr alt zu werden, falls ihm nicht noch weitere Konflikte solcher Art passieren würden. Ich schrieb dem Pat. auch ein Gutachten fürs Gericht, in dem ich diesen Sachverhalt bestätigte. Der Professor, der ihn behandelt hatte, konnte darauf nichts erwidern, so daß das Gericht meiner Einlassung stattgab und die Unmündigkeitserklärung aufhob, worauf der Patient sofort heiratete und seinen Beruf wieder aufnahm. Ihm geht es heute gut, er hat seinen Todestag bereits um über 8 Monate überschritten.



Seitenverkehrte Aufnahme des gleichen Patienten wie auf der vorigen Seite, etwa 14 Tage nach der Operation. Man sieht, daß der HAMERSche Doppel-HERD sich nach wie vor andeutet.

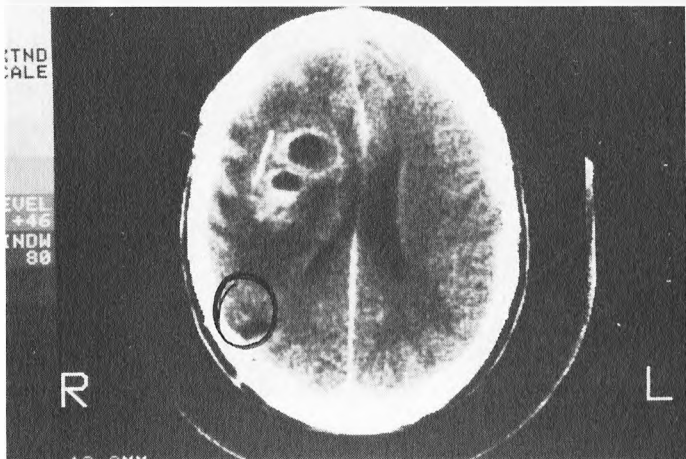


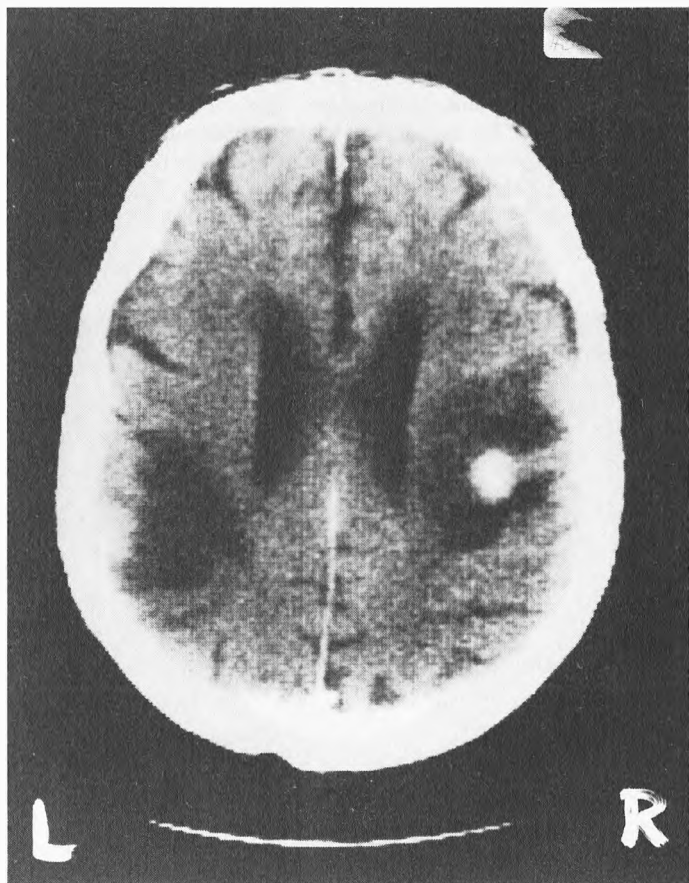
Weitere 14 Tage nach der oberen Aufnahme sieht man, daß der HAMERSche Doppel-HERD wieder voll sichtbar ist. Man teilte dem Pat. nun mit, der Hirntumor sei »nachgewachsen«.



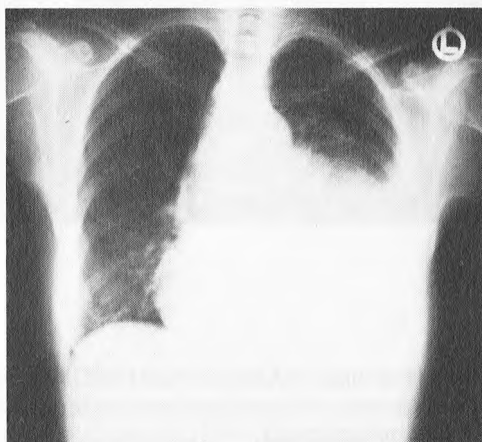
3½ Monate nach der Operation am 22. 1. 83 datieren diese beiden Aufnahmen in etwas unterschiedlicher Schichthöhe. Man sieht, daß der HAMERSche Doppel-HERD in Abheilung begriffen ist

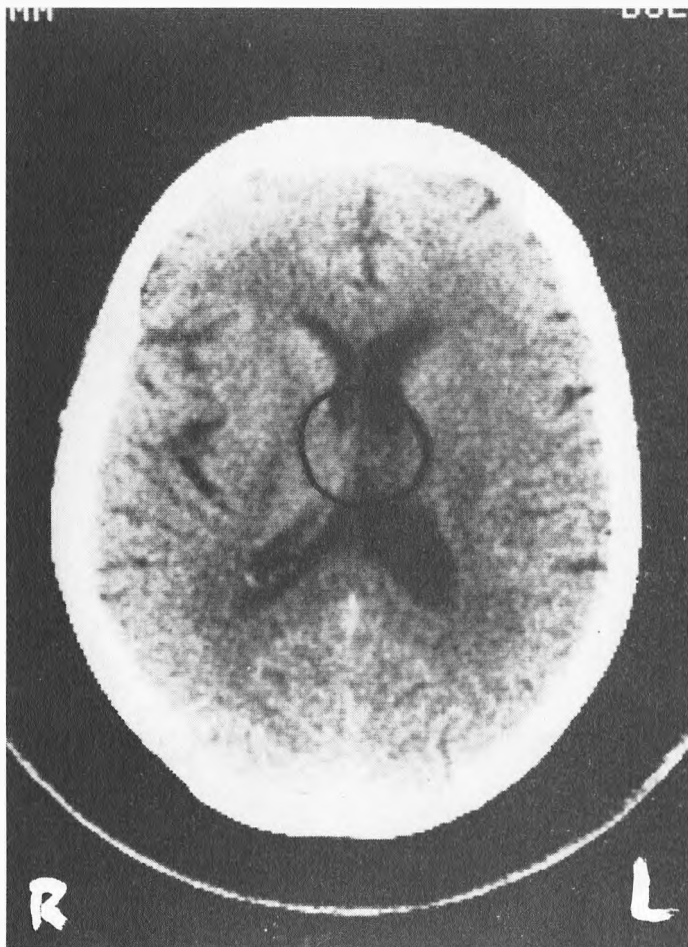
und ein deutliches intrafocales Oedem aufweist. Dem Patienten geht es ausgesprochen gut, er arbeitet, hat gerade geheiratet, hat keinerlei Beschwerden mehr, ist auch nicht mehr entmündigt, das mit dem Hirntumor und dem baldigen Sterben hat er sich aus dem Kopf geschlagen. Es ist damit zu rechnen, daß auch in Kürze die Osteolysen im occipitalen (hinteren) Calottenbereich (Schädelknochen), die sich gebildet hatten seit dem DHS (Diagnoseeröffnung, daß nichts mehr zu machen sei) bald rekalkifiziert sein werden.



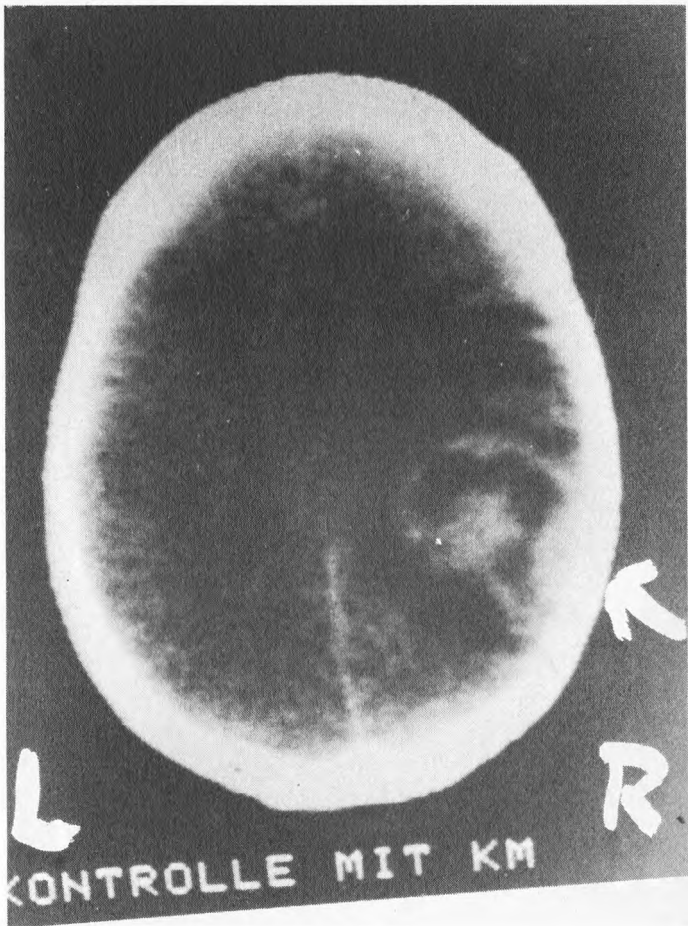


Pat. mit Blasen-Carcinom der rechten und der linken Blasenhälfte. Entsprechend auch auf beiden Seiten HAMERScher HERD mit perifocalem Oedem im frischen Stadium. Entwicklungsgeschichtlich war ein Teil der Harnblase in grauer Vorzeit doppelseitig angelegt: Es gab also eine rechte und eine linke Blase, wie es noch heute zwei Nieren und zwei Harnleiter gibt. Die beiden Blasen »wuchsen entwicklungsgeschichtlich gesehen zusammen«.





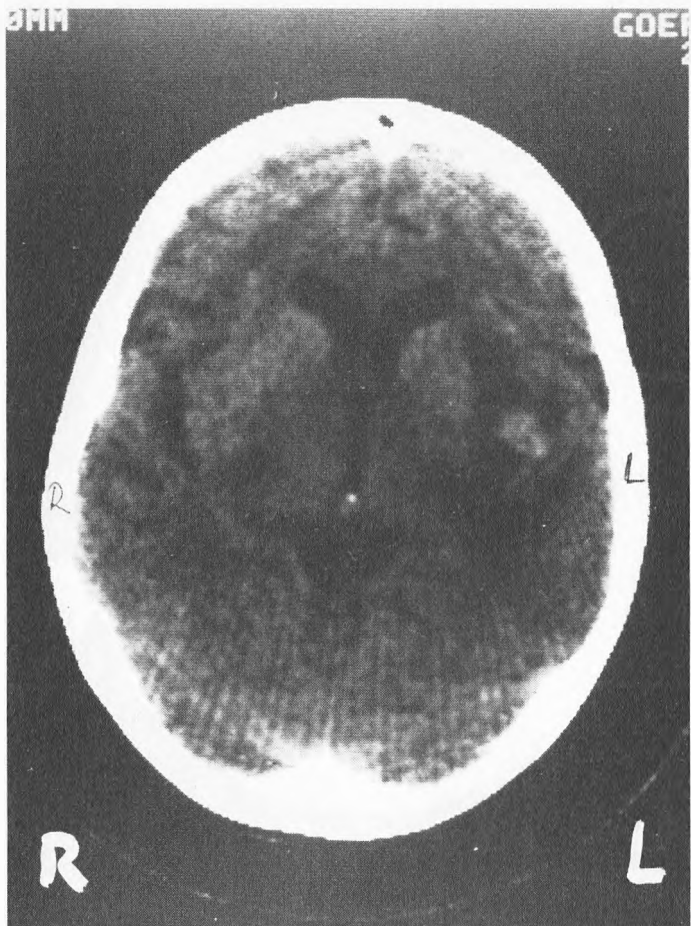
Deutlicher mittelständiger HAMERScher HERD bei einer Patientin nach Konfliktlösung, entsprechend einem Oesophagus-Carcinom (Speiseröhren-Carcinom)



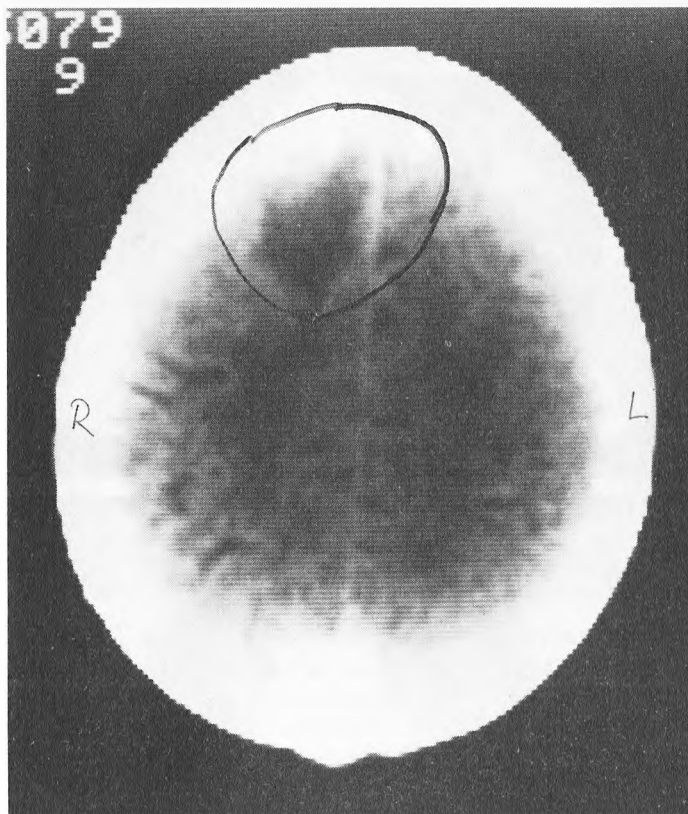
HAMERscher HERD nach Coronar-Carcinom bei einer 60jährigen Patientin, möglicherweise zusätzliches Mediastinal-Ca. Siehe Anhang: HAMERsche HERDE statt Hirnmetastasen.

3MM

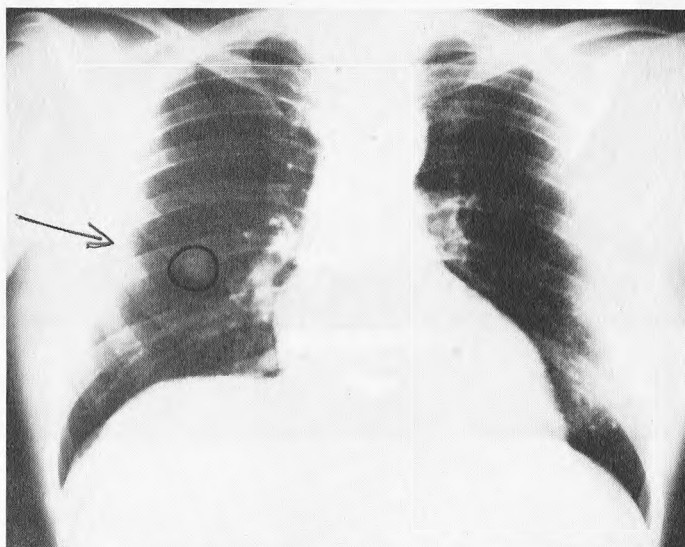
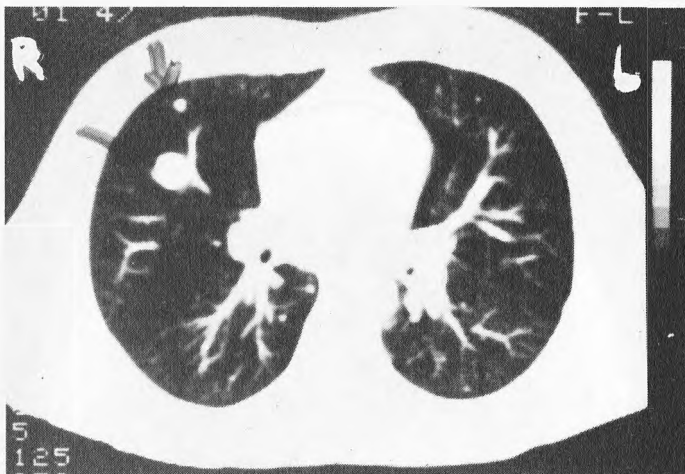
GOE



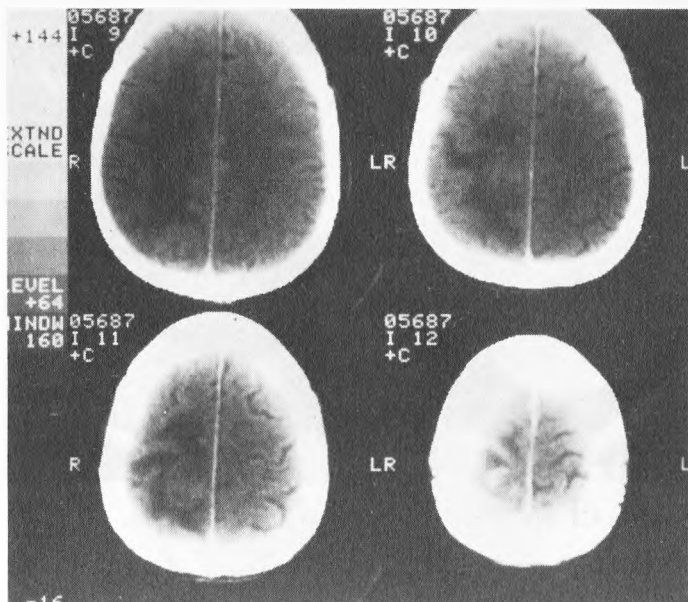
Pat. mit Bronchial-Ca li und Mediastinal- und Halslymphknoten li.
Impression auf die Luftröhre.



HAMERscher HERD im Stirnhirnbereich randständig cortical mit ausgedehntem perifocalen Oedem nach Konfliktlösung bei Todesangstkonflikt. Reichlich Lymphknoten im oberen Mediastinalbereich und li Hals. Hochgradige Krebsangst!

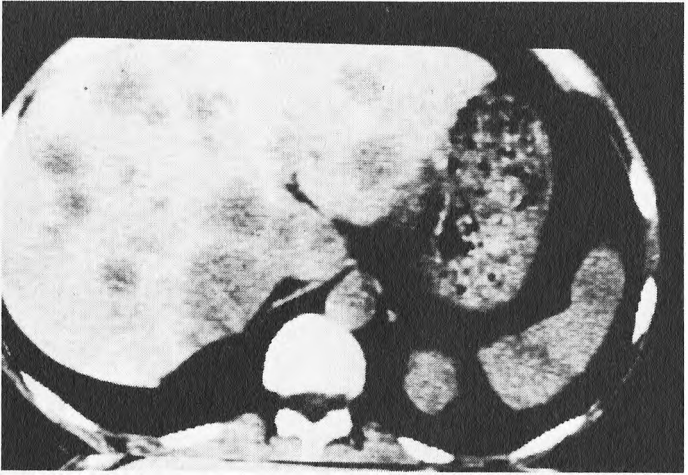


Auf dem CT des Thorax oben ist deutlich ein großer und ein kleiner Lungenrundherd geschnitten.
 Den großen Lungenrundherd sehen wir auf der unteren Thorax-Übersichtsaufnahme deutlich (Kreis und Pfeil).

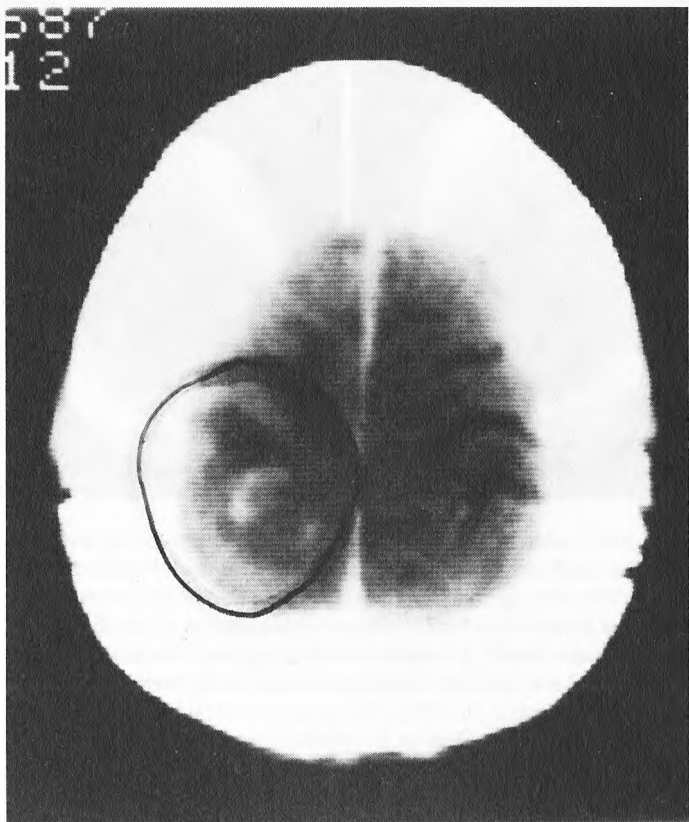


Für Lungenrundherde und Todesangst typischer HAMERScher HERD unter dem Scheitel in der Hirnrinde mit ausgedehntem perifocalem Oedem. Zustand nach Konfliktlösung (pcl-Phase). Der Patient hatte einen Todesangst-Konflikt erlitten, weil ihm ein Onkologe, als er, nichts Böses ahnend und sich sehr wohl fühlend, zu einer Nachsorge-Routine-Untersuchung wegen eines vor einem Jahr gehabten kleinen Melanoms gegangen war, sagte: *»Ja, wissen Sie denn gar nicht, daß Sie nur noch 30 % Überlebenschancen haben?«*

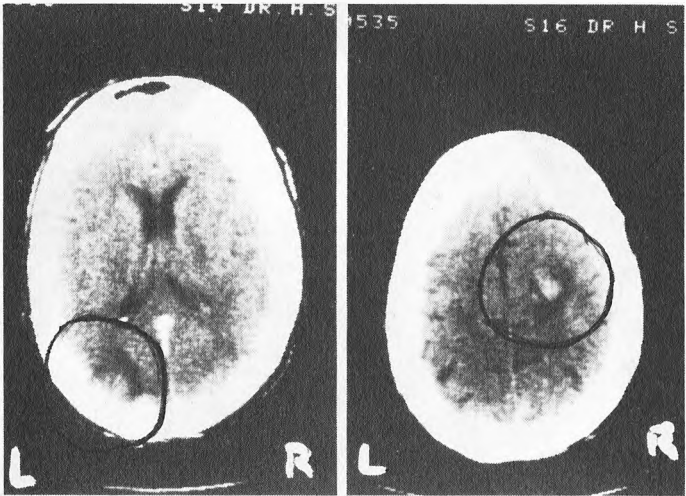
Dadurch erlitt der Pat., der sich bis dahin sehr gesund gefühlt hatte und bei dem auch nichts Auffälliges festgestellt worden war, einen furchtbaren Todesangstkonflikt und sinnierte in panischer Angst nur noch über Überlebenschancen nach. Der Pat. starb am 5. 12. 83 an Nierenversagen und zentralem Atemversagen an einem ausgedehnten HAMERSchen HERD im Stammhirn.



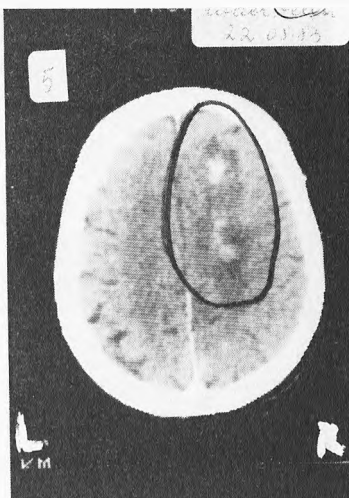
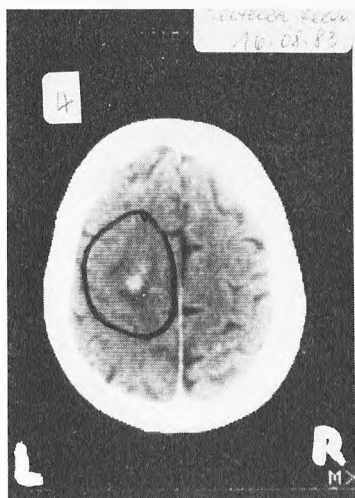
Rechts: CT der Leber zeigte ausgedehntes Leber-Ca.



Der gleiche Patient wie auf den vorigen Seiten. Der HAMERsche HERD und das perifocale Oedem in Vergrößerung.

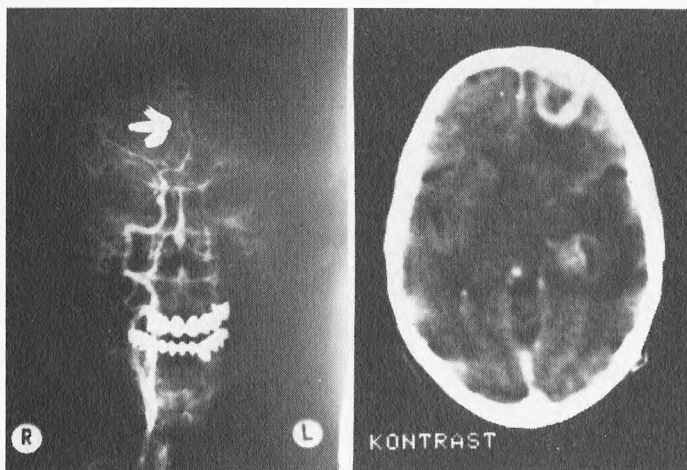


Die Mitte vierzigjährige Patientin mit Mamma-Carcinom und Lungenrundherd-Ca, bei der wir eine Stunde nach Konfliktlösung diese Aufnahme gemacht haben. Die Patientin bekam unmittelbar nach der Konfliktlösung Jacksonanfälle, also eine focale Epilepsie, wurde in die Klinik gebracht, wo sie gegen meinen Rat bestrahlt wurde, und ich habe den Kollegen abermals in Bremen quasi auf den Knien gebeten, die Patientin nicht zu bestrahlen, weil dadurch mit Sicherheit das Oedem vergrößert und die Gefahr für die Patientin vergrößert würde. Er hat sich aber nicht erweichen lassen und die Patientin weiter bestrahlt, die Patientin ist dann gestorben. Sie sehen auf den Aufnahmen typische HAMERsche HERDE, *ganz frisch* mit perifocalem Oedem im Hirnrindenbereich.

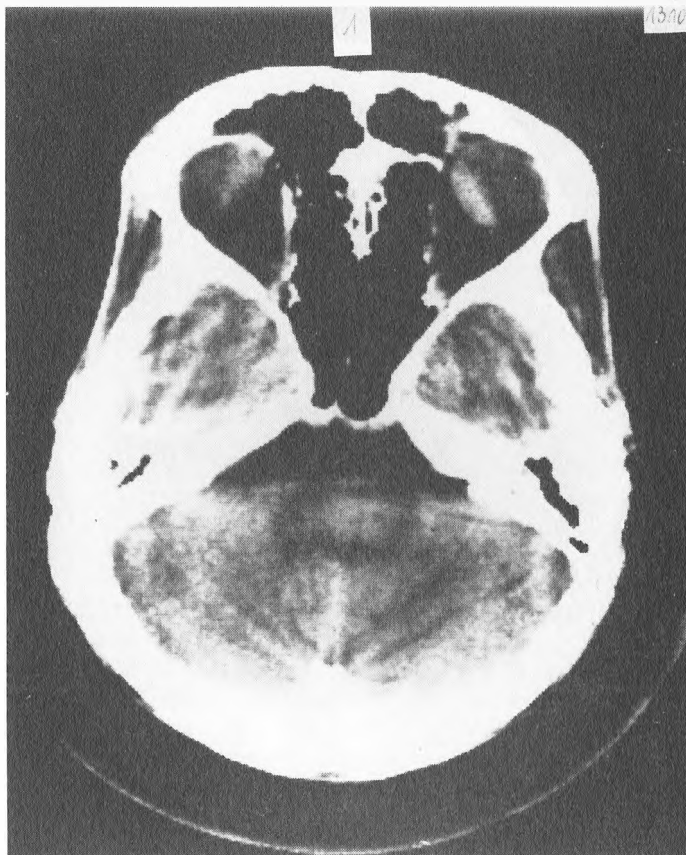


Die gleiche Patientin wie auf der vorigen Seite. Die linke Aufnahme wurde am gleichen Tag gemacht wie die auf der vorigen Seite, zeigt ebenfalls einen typischen HAMER'schen HERD mit perifocalem Oedem in Rindennähe unter dem Scheitel. In der Lunge die typischen zugehörigen Lungenrundherde bei Todesangstkonflikt. Zustand Stunden nach Konfliktlösung und rechts Kontrolle nach 6 Tagen.

Die Pat. hatte als Ehefrau eines Taxifahrers miterlebt, daß er dreimal in relativ kurzen Abständen Fahrgäste eingeladen hatte, die ihn dann mit einer Pistole bedroht und angeschossen hatten. Seither war sie in Todesangstpanik, daß einer der »Fahrgäste«, die namentlich bekannt waren, zurückkehren würde – sie hatten Strafanzeige gestellt – und sie und ihren Ehemann erschießen würde.

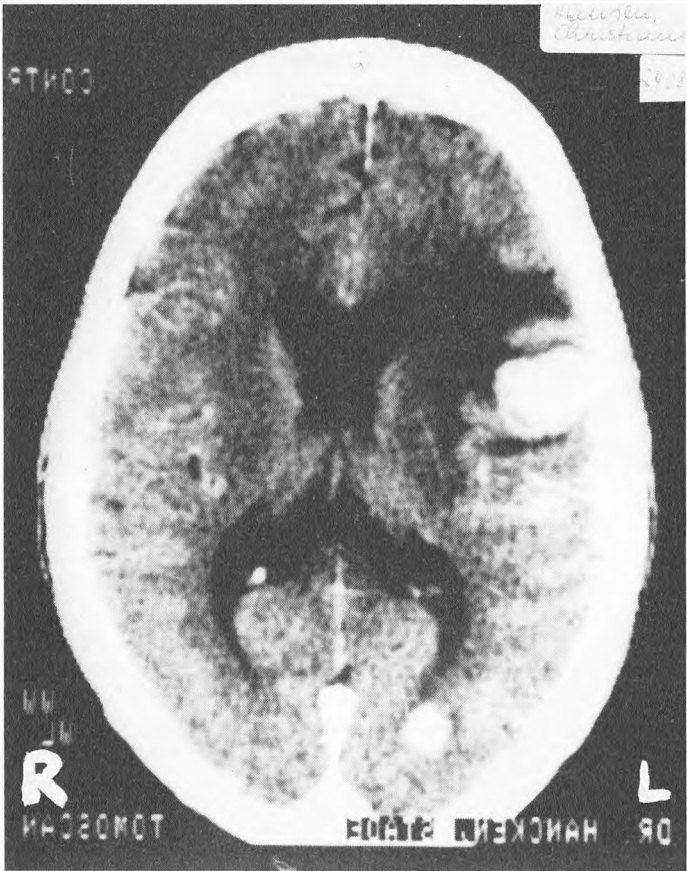


Patient mit kleinzelligem Peribronchial-Carcinom und Kehlkopf-Carcinom. Dementsprechend auch zwei HAMERSche HERDE: frontal für Kehlkopf-Ca und parietal für Bronchial-Ca. Typisch die Arteriographie mit Verdrängung der mittelständigen Arterien nach links (Massenverschiebung durch perifocales Oedem). Solche Bilder wurden früher immer als »Hirntumoren« bezeichnet, sind aber keine. Der Patient wurde wegen »Inoperabilität« nicht mehr weiter behandelt. Dadurch blieb er am Leben.

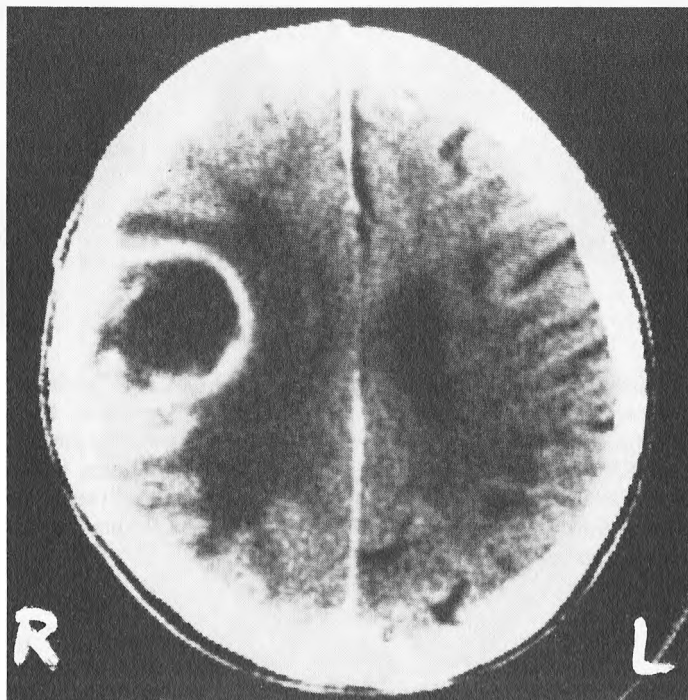


Patient, 34 Jahre, mit ausgedehntem Pankreas-Carcinom und Leberoberflächen-Carcinom und Netz-Carcinom, mit großem HAMER'schen HERD im Stammhirn, sowie dem dazugehörigen frischen perifocalen ausgedehnten Oedem.

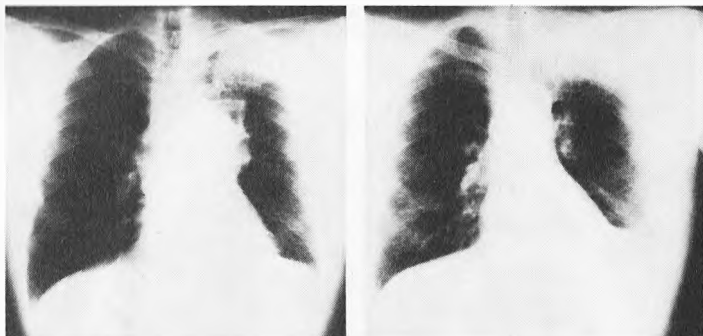
Diese Komplikation hat der Patient noch überlebt, nahm 6 kg an (echtem) Gewicht zu, hatte guten Appetit, guten Schlaf etc. Aber ein echtes Konfliktrezidiv bzw. die wiederum anschließend erfolgte neue Konfliktlösung mit weitaus größerem Oedem im Stammhirn hat der Patient nicht mehr überlebt.



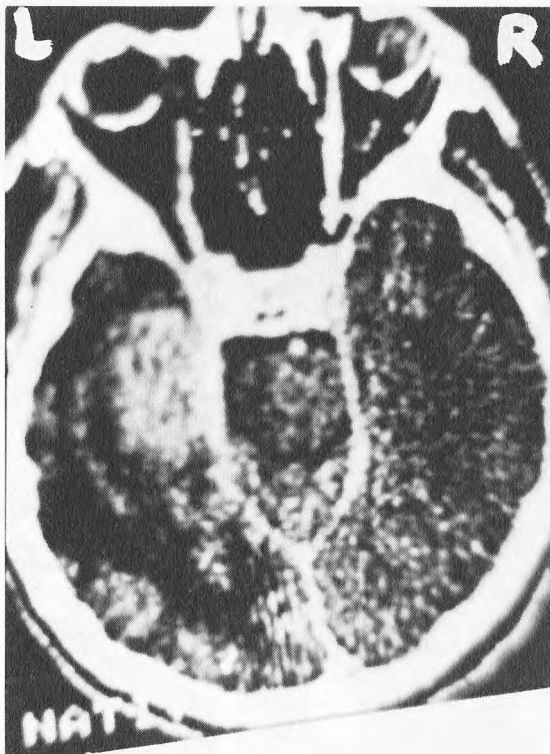
Großer HAMERScher HERD auf dem Bild rechts, was bei den seitenverkehrten Verhältnissen der linken Seite entspricht, mit perifocalem Oedem als Korrelat eines Gebärmutterhals-Carcinoms. Ein weiterer HAMERScher HERD findet sich unten auf dem Bild rechts. Dieser HAMERSche HERD ist anscheinend verantwortlich für das Pleura-Carcinom (Brustfell-Carcinom).



Patient mit Zustand nach Herzinfarkt, DHS gut ½ Jahr vorher, als der Sohn mit dem Motorrad schwer verunglückte. Der lag lange auf der Intensivstation, Pat. glaubte, er würde ein Krüppel bleiben. Der Sohn erholte sich dann wieder, wurde wieder gesund. 4 Wochen nachdem der Sohn wieder zur Arbeit konnte, erkrankte der Vater an einem Herzinfarkt, dazu Schwindel, Kopfschmerz, Gleichgewichtsstörungen. Die hat er heute noch, sonst fühlt er sich wohl. Großer HAMERScher HERD auf dem Bild links mit intra- und perifocalem Oedem als Ausdruck des Coronar-Carcinoms.



56jähriger Patient mit kleinzelligem Peribronchial-Carcinom, überwiegend im Mediastinum (Herzhinterraum) gelegen. Nach Röntgenbestrahlung ging die Atelektase des li Oberfeldes zurück. Der Konflikt war zu dieser Zeit bereits gelöst nach dem linken Bild. Deshalb könnte es auch teilweise ein Spontaneffekt sein, daß die Mediastinallymphknoten sich zurückbildeten. 2 Monate später datiert das rechte Bild.

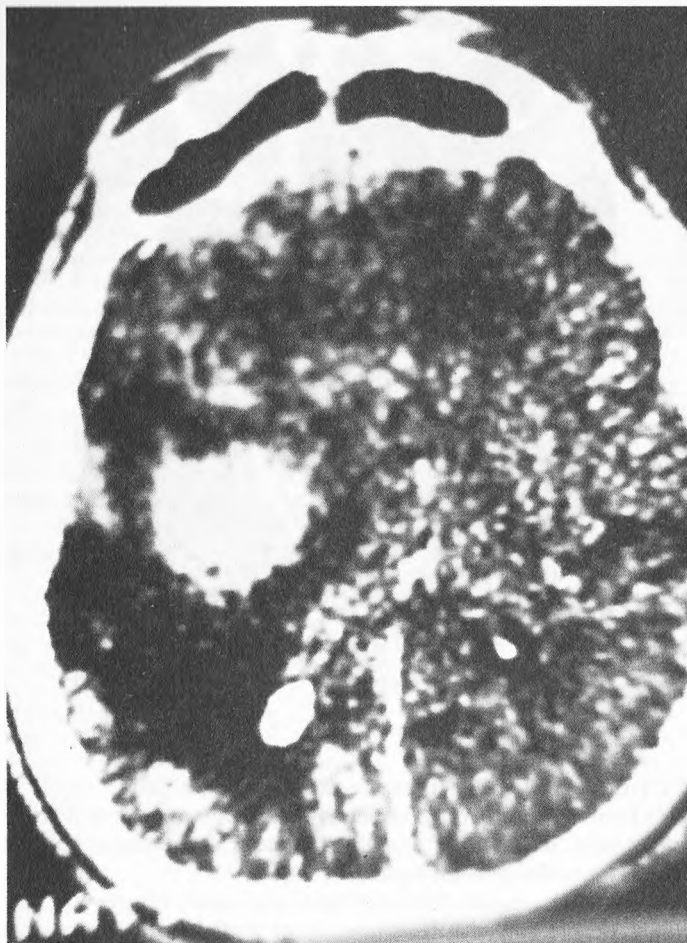


CCT des gleichen Patienten wie auf der vorigen Seite:

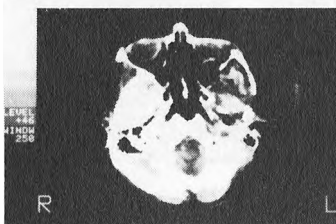
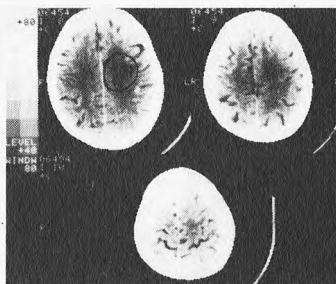
Der Patient hatte eine Erbaueinandersetzung mit seiner Schwester gehabt, die er 1 Jahr lang bis zu seiner Erkrankung vor seiner Ehefrau absolut geheim hielt.

Als er die Diagnose »Krebs« erfuhr, war seine, für die Ehefrau völlig unverständliche Reaktion: Jetzt muß ich das zuerst mit meiner Schwester in Ordnung bringen. Dies war regelrecht aus ihm herausgeplatzt. Die Ehefrau, die auf alles gefaßt war, nur nicht auf so etwas, wunderte sich über diese scheinbar so völlig paradoxe Reaktion auf diese furchtbare Diagnose Krebs.

In Wirklichkeit hatte den Patienten dieser gewaltige Konflikt ein ganzes Jahr lang Tag und Nacht beschäftigt. Nun mußte er dieses Problem erst einmal loswerden, bevor er sich mit dem noch größeren Problem seiner Krebserkrankung befassen konnte.

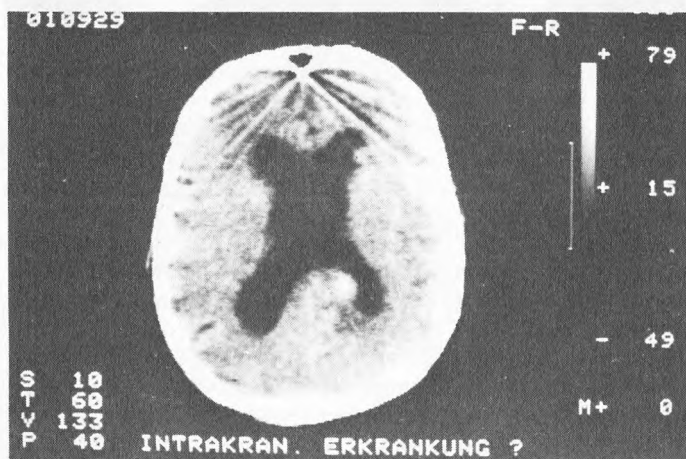
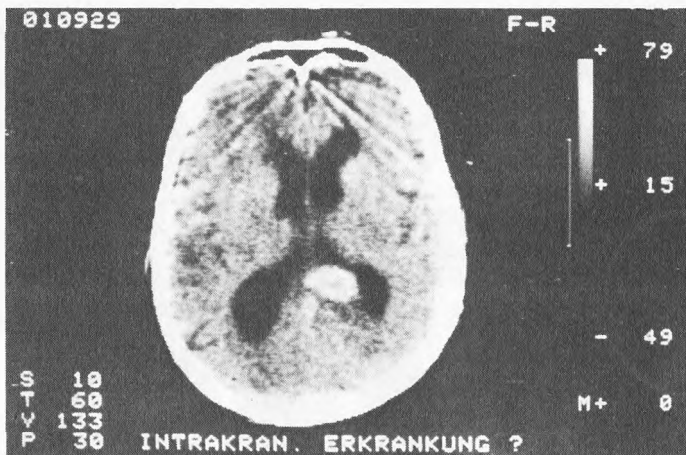


56jähriger Patient mit typischem ausgedehntem postconflictolytischem perifocalem Oedem um einen HAMERSchen HERD. Monate später hat sich zwar der HAMERSche HERD in seiner Größe nicht verändert, das Oedem aber ist zurückgegangen. Da das ausgedehnte Oedem nicht erkannt und behandelt worden war, bleiben schwerste hirnorganische Restschäden. Kleinzell. Medial-Carcinom mit Lungenrundherd-Carcinom.

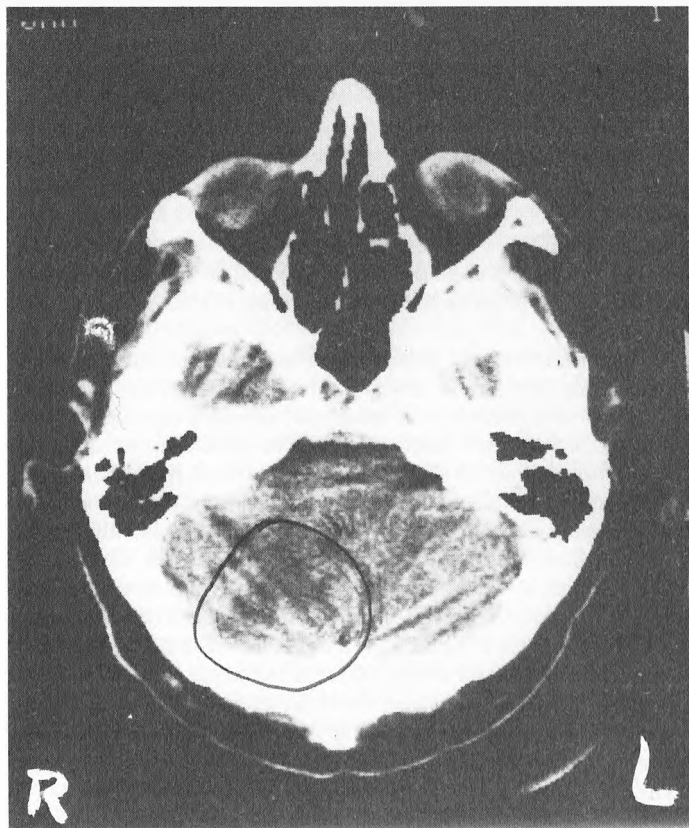


Interessanter Fall einer Patientin, die an operativ und histologisch nachgewiesenem Leber- und Pankreas-Carcinom erkrankt war. Der Tod des Schwagers, mit dem sie sehr eng verbunden war, war für sie aus einem besonderen Grund (völliger Zusammenbruch der Familie) ein Konflikt des großen Ärgers gewesen. Als man sie operiert hatte und ihr sagte, es sei inoperabel und sie werde nicht mehr lange zu leben haben, bekam die Patientin einen akut-dramatischen Todesangstkonflikt, allerdings nur etwa 14 Tage. Sie sagt: Von dem Moment an, wo ich mich mit meinem Tod abgefunden hatte, ging es mir wieder gut.

Auf dem Lungenbild sieht man zarte, gerade eben sichtbar werdende Rundherdverschattungen. Auf den obigen Bildern sieht man links oben den mit dem kleinen Quadrat bezeichneten großen Tumor des Pankreas und der Leber auf einem CT des Oberbauchs. Auf den Bildern rechts oben sieht man auf mehreren Schichten den HAMERSchen HERD bzw. das perifocale Oedem, was der Heilungsphase des Todesangstkonfliktes entspricht. Auf den beiden unteren Bildern sehen wir, insbesondere rechts, die mit den beiden Kreisen eingezeichneten HAMERSchen HERDE mit perifocalem Oedem, entsprechend dem Pankreas- und Leber-Carcinom, im Übergang vom verlängerten Rückenmark (Medulla oblongata) zum Stammhirn.



60jährige Patientin mit fraglichem Mediastinal-Carcinom, fraglichem Pleura-Carcinom und Lungenrundherden. HAMERScher HERD im Occipitalbereich, weiterer Herd im Stammhirn und Kleinhirn Hydrocephalus internus durch Kompression des Aquäduct. Halbseitenlähmung.



Patient mit abortivem Pleura-Carcinom und HAMERschem HERD im Kleinhirnbereich rechts.

7. Die Therapie des Krebs: Lösung des Konfliktes (Conflictolyse) entspricht Stopp und Inaktivierung des Krebs (Carcinostase, kurz CS)

A. Konfliktlösung der Psyche = Conflictolyse (CL)

Vor die Therapie haben die Götter die Diagnose gesetzt. Diesen Satz lernte früher jeder Medizinstudent im 1. klin. Semester. Das gilt auch hier:

Psyche und Körper, insbesondere auch Gehirn, aber auch die Ausbreitung des Krebs, Zweit-Krebs, inaktivierter oder aktiver Krebs. All das greift ja sehr innig und komplex zusammen. Man sollte möglichst keine Stümper an solche Menschen heranlassen, die so sehr empfindlich sind unter ihrer schweren Krankheit. Denn bei diesen Menschen kann jedes verkehrte Wort für sie zum Keulenschlag werden, der ein neues DHS und damit einen Zweit-Krebs auslöst. Deshalb sind die beiden obersten Grundsätze zunächst einmal: Gewissenhaftigkeit der Diagnostik und Behutsamkeit bei der Art und Weise der Mitteilung der diagnostischen Ergebnisse an den Patienten. Seit der Krebs eine heilbare Krankheit ist, darf der Patient dem Arzt ruhig über die Schulter schauen bei der Diagnostik. Das heißt aber trotzdem, daß der Arzt sehr behutsam sein muß, sogar auch später, wenn sich die EISERNE REGEL DES KREBS durchgesetzt haben wird und die Patienten nicht mehr die Angst haben werden, die sie noch heute haben, weil sie bisher noch kein System in dieser unheimlichen Krankheit sehen. Es gilt hier der einfache Grundsatz: Der Arzt muß mit jedem Patienten umgehen wie mit seiner eigenen Ehefrau, Eltern oder Kindern. Das, was er mit ihnen machen und sprechen würde, das soll er auch mit den Patienten tun und reden.

Wie löst man nun in der Praxis einen Konflikt? Nun, für einen guten Klavierspieler ist es sicherlich leicht, eine Mozart-Sonate zu spielen, für einen Anfänger ist es eine nahezu unersteigbare Hürde. So ähnlich ist es hier. Nur kommt hier noch eins hinzu: Erfahrung und Routine ist nicht alles, sondern das mitfühlende Herz ist dasjenige, was den Patienten veranlaßt, seine Beichte abzulegen. Sie legt er nur ab vor einem Mitmenschen, dem er vertraut. Dieses Vertrauen darf ein Arzt niemals mißbrauchen.

Dieses Vertrauen ist ein Geschenk des Patienten an den Arzt und mindestens so viel wert als die beste ärztliche Kunst.

Aber noch ein drittes muß hinzukommen, wenn der Arzt den Konflikt lösen können soll: Der Arzt muß eine starke suggestive Fähigkeit besitzen! Er muß ein Hypnotiker oder Magier sein!

Schließlich muß noch eine vierte Fähigkeit den Arzt auszeichnen, der einen Konflikt lösen will: Er muß gleichzeitig klug sein und die Tiefen der menschlichen Seele durchdringen können und gleichzeitig über gesunden praktischen Menschenverstand verfügen. Denn die Konflikte unserer Patienten sind ja aus dem realen Leben, handfeste Probleme mit Ehefrau, Schwiegermutter, Hauskater, Kuh, sachliche Probleme wie Armut oder Gerichtsvollzieher, aber auch »*Konflikte mit sich selbst*«, also Todesangstkonflikte, Selbstwerteinbruch, Zwangsdenken der Ungerechtigkeit oder über die Krankheitsursache, die nicht ergründbar ist.

Alle diese Konflikte erfordern verschiedene Behandlungsweisen. Oftmals ist es möglich, eine geistige Verarbeitung des Konflikts zu erreichen, oftmals läßt sich der Konflikt ganz praktisch lösen, oftmals, wenn gar nichts anderes möglich ist, darf man auch mal, wenn die Angehörigen mitspielen, zu einer Art »*Trick*« greifen, einer Art suggestiver Gedankenstütze. Todesangstkonflikte z. B. kann man jedoch i. A. nur mit einer Suggestionshypnose lösen, besonders wenn sie weit fortgeschritten sind. Da muß der Arzt das ganze Gewicht seiner Persönlichkeit und seiner Überzeugungskraft, aber auch die ganze Leidenschaft eines mitfühlenden Herzens in die Suggestions-Hypnose werfen.

All dies schafft natürlich der Erfahrene leichter als der Anfänger, aber auch für den Erfahrenen ist es Schwerstarbeit. Und oft ist es auch deprimierend, wenn entweder der Patient »*schlapp macht*« oder die Angehörigen oder Kollegen sich in den Weg stellen, oft, weil ihnen eine Heilung des Patienten aus verschiedenerlei Gründen gar nicht angenehm ist! Ich könnte da Fälle erzählen, gerade über sog. Kollegen, daß dem Leser die Haare zu Berge stehen würden.

Fassen wir zusammen:

4 Eigenschaften sollte der Arzt besitzen, der eine Konfliktlösung durchführt:

1. Reichlich Erfahrung, fachlich und menschlich.

2. Er muß ein warmherziger, mitfühlender Beichtvater sein.
3. Er muß über starke suggestive Fähigkeiten verfügen.
4. Er sollte gleichzeitig klug sein und über praktischen gesunden Menschenverstand verfügen.

Nun denke der Leser hoffentlich nicht, ich selbst würde mich für einen solchen idealen Arzt halten. Ich bin auch nur ein ganz normaler Arzt, der sich Mühe gibt. Wahrscheinlich bin ich sogar nach Ansicht meiner jetzigen Kollegen ein Träumer und Phantast, wenn ich fordere, daß ein Arzt solche Eigenschaften haben sollte, wenn er in idealer Weise einen Patienten behandeln will entsprechend dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS. Vor allem ist ja die Beziehung Arzt zu Patient immer wechselwirkend: Jede Patientengeneration »zieht« sich ihre Ärztegeneration, und umgekehrt »erzieht« sich jede Ärztegeneration ihre Patientengeneration. Und ob man es nun wahr haben will oder nicht: z. Z. haben wir in unserer Republik – von einigen Ausnahmen abgesehen – egozentrische, coole Patienten und egozentrische, coole, brutale Ärzte, die nur ans Geldverdienen denken. Das Verhältnis also paßt.

Für eine sinnvolle Therapie nach der EISERNEN REGEL DES KREBS dagegen ist beides untauglich: sowohl diese Art von Patienten als auch diese Art von Ärzten. Ich meine, auf einen etwas trivialen Nenner gebracht, folgendes: Wir können nicht bei Patienten, die ihre Eltern ins Altersheim gebracht haben und ihre Kinder in die Kinderkrippe, oder erst gar keine Kinder mehr gezeugt haben, denen können wir nicht die Auswirkungen aus den Sünden gegen die Natur »wegtherapieren«. Das hieße doch die Perversion legalisieren und zum Normalfall erklären. Für solche idiotische Art von Medizin, die nicht mehr an der Natur, der Biologie, orientiert ist, sondern die menschliche Spezies zum Willkürspielball für irgendwelche intellektuellen Bio- und Medizyniker zu machen wünscht, mag ich mich als Arzt nicht mehr hergeben. Darin sehe ich keinen Sinn mehr, zum Handlanger irgendwelcher intellektuellen Macher und Planer gemacht zu werden.

Ganz grob können wir die Therapie der Konflikte einteilen in

1. Konflikte, die man praktisch lösen kann,
2. Konflikte, die man durch Gespräche lösen kann,
3. Konflikte, die man nur durch Suggestions-Hypnose lösen kann,

4. Konflikte, zu deren Lösung man die »*Dauersuggestion der umgebenden Mitpatienten oder Familienmitglieder braucht*«,
5. Konflikte, zu deren Lösung eine gesellschaftlich-familiäre Umstellung oder Umpolung notwendig ist.

Um es vorweg zu sagen, die einzelnen Punkte schließen sich nicht alle gegenseitig aus, greifen oft komplex ineinander und übereinander. Besonders kompliziert wird die Angelegenheit dann bei Zweit-Carcinomen und »*Doppel-Carcinomen*«, das sind solche Fälle, wo 2 Krebse durch ein und den gleichen Anlaß entstanden sind, vom Patienten aber als 2 Konflikterlebnisse empfunden werden. Die Doppel-Konflikte und Doppel-Krebse kommen nicht so sehr häufig vor, aber immerhin häufig genug, als daß man sie vernachlässigen dürfte.

Beispiel:

Eine Patientin bekommt mitgeteilt, daß sie Brustkrebs habe, schon angeblich »*weit fortgeschritten*« (entsprechend unserer Nomenklatur also eine große Konfliktausdehnung und entsprechend lokale große Krebsausdehnung). Die Patientin bekommt akute dramatische Todesangst und folglich Lungenrundherde, die von da ab zu wachsen beginnen.

3 Tage später ist sie operiert, die Brust amputiert, die Achselhöhle entstellt. Die Frau schaut in den Spiegel und bekommt einen Schrecken vor ihrem eigenen Spiegelbild. Sie erleidet einen furchtbaren Selbstwert-Einbruch: Von da ab beginnen Knochenherde in der oberen Brustwirbelsäule zu wachsen. Dies ist kein echter Doppelkonflikt, sondern die beiden Konflikterlebnisse und die beiden DHS-Keulenschläge sind ja 3 Tage voneinander entfernt.

Nun kann aber die Diagnoseeröffnung auch erst nach der Operation erfolgen, wie es in sehr vielen Fällen gemacht wird. Und nun treffen beide Konflikterlebnisse in einem gewaltigen Keulenschlag zusammen, werden aber unbewußt von der Patientin als 2 verschiedene Konflikterlebnisse aufgenommen: Todesangstkonflikt und Selbstwerteinbruch-Konflikt. Nach meiner Meinung ist dieser »*Doppelkonflikt*« und der daraus resultierende »*Doppelkrebs*« sogar häufiger, als wir diagnostizieren, weil unsere Diagnostik, die meist sukzessive die beiden Krebse erfaßt, zu ungenau ist. Lungenrundherde kann man eben schon nach wenigen Wochen mit dem Röntgenbild entdecken, Knochenherde erst nach einigen Monaten. Folglich »*kommen*« scheinbar die Knochenherde erst später, obgleich sie in Wahrheit in der gleichen Stunde begonnen

haben zu wachsen (diagnostisch würde hier natürlich das Szintigramm weiterhelfen). Aber die Sache wird noch etwas komplizierter: Entscheidend für das Wachstum eines Krebsherdes ist ja nicht nur der Zeitpunkt der Entstehung, sondern der jeweilige Konfliktverlauf. Also, wir müßten die Patientin genau befragen, welcher Konflikt bei ihr im Vordergrund gestanden hat, welcher evtl. durch was abgeschwächt worden ist, welcher evtl. plötzlich durch was an Intensität zugenommen hat oder sogar ganz gelöst werden konnte. Jedesmal müssen wir gewärtig sein, daß der neue, bisher noch nicht vermeintlich dagewesene Befund in Wirklichkeit bereits schon ein »*altes*«, d. h. einige Wochen lang, inaktiviertes Geschehen aufzeigt, das nicht mehr therapiert werden braucht, weil der Konflikt bereits gelöst ist (z. B.: solitärer Lungenrundherd bei alter Patientin nach Einschläferung des Katerchens, inzwischen »*neues Katerchen*«, Lungenrundherd zufällig entdeckt, der auf Rö.-Aufnahme vor einem Jahr nicht vorhanden war. Konflikt bereits gelöst, keine Therapie mehr erforderlich! Rundherd bleibt bestehen, ist keine Krankheit mehr, sondern nur eine alte Narbe!)

Wir sehen an diesem komplexen Geschehen, wie schwierig eine solche Konfliktlösung für den Unerfahrenen sein kann, wenngleich sie »*im Prinzip*« immer recht einfach ist, und viele Kollegen deshalb an die EISERNE REGEL DES KREBS nicht zu glauben vermögen, weil sie sagen sie sei ihnen zu einfach. Es ist hier wie mit allen Dingen: »*das Klavierspielen*« ist weder einfach noch schwierig, sondern den Flohwalzer zu spielen ist sehr einfach und ein Klavierkonzert zu spielen ist so schwierig, daß man dazu viele Jahre der Übung benötigt. Genauso ist es hier: Für einen erfahrenen Arzt ist eben ein einfacher Fall, bei dem z. B. alle Angehörigen, die mitbeteiligt sind, mitspielen, ein »*einfacher Fall*« und ein komplexer Fall, bei dem der Konflikt kaum richtig zu lösen ist, weil einige Angehörige oder der Konfliktpartner nicht mitspielen, eben ein schwieriger Fall.

Früher glaubte ich, daß ein Patient, dessen Konflikt real nicht zu lösen sei, z. B. ein Streit mit einem Familienangehörigen, nicht zu retten sei. In der Zwischenzeit habe ich folgendes zu unterscheiden gelernt: Man kann einen Konflikt

a) ganz lösen, indem man das Problem selbst aus der Welt schafft z. B. eine vollständige Versöhnung mit dem Konfliktgegner erreicht.

b) wenn eine vollständige Lösung des Konflikt-Problems nicht möglich ist, reicht zum Überleben auch die Lösung der Konfliktivi-

tät des Konfliktes. Damit meine ich, daß der Patient selbst dann mit seinem Problem leben kann, wenn er die Konfliktivität dieses Problems gelöst hat. Er kann damit leben. Der Patient sagt: Ich kann jetzt darüber sprechen. Ein Beispiel bin ich dafür selbst: Der Tod meines Sohnes DIRK, also das Problem selbst, ist nicht lösbar. Meine Selbstvorwürfe aber, die ich mir gemacht habe, weil ich meinen Sohn nicht aus der menschlich grauenhaften Atmosphäre der Klinik in Heidelberg wegverlegt habe, diese Konfliktivität habe ich zu lösen vermocht. Entsprechend finden wir im Kontrastmittel-Computertomogramm des Gehirns (CCT), daß im

Fall a) der HAMERSche HERD iA. vollständig aufgelöst wird, bzw. wieder die normale Färbung oder auch »*Transparenz des umliegenden Hirngewebes*« annimmt, so daß man den HAMERSchen HERD später nicht mehr vom umgebenden Hirngewebe unterscheiden kann. Er ist ausgeheilt!

Fall b) der HAMERSche HERD in der reparativen Phase verharret, jedoch ohne oder nur mit geringem perifocalem Oedem. Dies bedeutet, daß der HAMERSche HERD zwar »*in Reparatur*« ist, und daß dafür gesorgt ist, daß keine Fehlcodes mehr an das periphere Organ gehen, daß jedoch die Reparatur so lange nicht abgeschlossen ist, solange das Problem selbst noch bestehen bleibt.

Es tut mir leid, lieber Leser, wenn dich diese Erörterungen zunächst einmal verwirren. Ich glaube, daß sich die Kritiker die Waage halten werden, die behaupten, das sei ihnen alles zu einfach, was ich da geschrieben habe, und diejenigen, die sagen, dies alles sei viel zu kompliziert. Das eine stimmt so gut oder so wenig wie das andere.

Wer die EISERNE REGEL DES KREBS wirklich in ihren Prinzipien verstanden hat, der wird verstehen, daß diese Dinge, die ich hier ausbreite, nur folgerichtig und logisch vernünftig sind. Wären sie nicht so, dann würde man an der EISERNEN REGEL DES KREBS zweifeln können. (Prof. Stender, Hannover: »*Ihr System der EISERNEN REGEL DES KREBS ist von einer faszinierenden lückenlosen Schlüssigkeit, so daß sie mir zu schlüssig ist.*«

B. Inaktivierung des Carcinom-Wachstums (Carcinostase, kurz CS)

Die Inaktivierung des Carcinomwachstums (Carcinostase) erfolgt durch die Konfliktlösung (Conflictolyse (CL)).

Durch die Konfliktlösung erfolgt die Umkehrung der 3 Komponenten, die beim DHS zur Krebserkrankung geführt hatten.

1. Der Feldeinbruch im Gehirn (HAMERScher HERD) wird repariert durch Bildung eines Oedems
2. Das Krebswachstum des Tumors stoppt (Carcinostase) und wird ebenfalls repariert (peritumorales Oedem), also von einem Oedem umgeben, eingekapselt, umgebaut oder abgestoßen. Dies erfolgt oftmals unter Schmerzen und eben diesen peritumoralen Oedemen, z. B. Aszites, Pleuraerguß, periossäres Oedem etc.
3. Unter dem Einfluß der nervösen Umschaltung vom Sympathicotonus oder Sympathicotonie in den Vagotonus oder die Vagotonie erfolgt eine lange Erholungsphase des gesamten Organismus mit Oedemschwellungen im ganzen Körper (ähnlich wie bei einer Schwangeren), Normalisierung des Schlafes, starkem Anstieg des Appetits und echter Gewichtszunahme (nicht nur Wassereinlagerung), Gefühl des Wohlbefindens des Patienten, obwohl Schlappeheit und Müdigkeit, typisch für die Vagotonie, unerfahrenen Ärzten eine Verschlechterung des Krankheitsbildes vortäuschen können.

Überhaupt stellt sich nur der Unerfahrene vor, daß die Heilphase völlig unproblematisch sei, was keineswegs stimmt. Besonders die cerebralen Symptome, die wir im nächsten Abschnitt behandeln werden, veranlassen die Ärzte meistens zu der irrigen Annahme, nun sei das Finalstadium (Stadium vor dem Tod) des Patienten erreicht. Wenn sie ein Computertomogramm anfertigen würden und die EISERNE REGEL DES KREBS kennen würden, dann würden sie wissen, daß es sich schlicht um cerebrale Komplikationen durch einen HAMERSchen HERD mit entsprechendem intra- und perifocalem Oedem handelt.

Aber auch die Carcinostase, also der Stopp des Krebswachstums selbst, ist keineswegs so unproblematisch und komplikationslos, wie man denken könnte. Nur der Unerfahrene stellt sich vor, daß

der Krebs sang- und klanglos verschwindet, so wie man das in Wundergeschichten der verschiedensten Wunderdoktoren liest. Solches »Verschwinden« des Krebs habe ich selbst nur bei Schleimhautkrebs erlebt, wo die von Krebs befallenen Organbezirke (Krebsgeschwüre) abgestoßen werden, wo man aber oftmals später noch eine Narbe sieht.

Die übrigen Krebsgeschwülste, bei denen wir solche unterscheiden, die funktionell für das Weiterleben des Organismus völlig unerheblich sind und solche, die eine echte Funktionsbeeinträchtigung des Organismus verursachen. Zu den ersteren gehören z. B. mehr oder weniger gestielte Carcinome im Bauchraum, die, wenn sie nicht zu großes Volumen haben, oder irgendeinen Darmabschnitt oder ein Gefäß abklemmen oder durch eine Impression irgendwelche unerträglichen vitalen Beschwerden verursachen, solche Tumoren also, die keine vitalen Funktionsbeeinträchtigungen machen und den Patienten, wenn er nicht drum wüßte, gar nicht stören würden, sind zu unterscheiden von solchen Carcinomen, Tumoren beispielsweise im Knochen, insbesondere an der Wirbelsäule, die dort als Osteolyse (Knochenauflösungsherd) einen Wirbelkörpereinbruch verursachen können und z. B. zur Querschnittslähmung führen können. Bei solchen Wirbelkörperosteolysen sieht man im reparativen Stadium nach der Konfliktlösung zwar eine Rekalzifizierung der osteolytischen Herde, jedoch geht oftmals in dem allerersten Phasenabschnitt eine Konsolidierung des Wirbelkörpers im Sinne eines Zusammensinterns des Wirbelkörpers einher. Im 2. Phasenabschnitt wird dieser zusammengesinterte Wirbelknochen dann kräftig rekalzifiziert (wieder von Knochenkalk durchsetzt).

Auch im Bauchraum gibt es Tumoren, z. B. die Darmtumoren, die innerhalb des Darms wachsen, die einen Darmverschluß oder »Fast-Darmverschluß« sog. »Prä-Ileus« bewirken können und so ein mechanisches Hindernis darstellen können, an dem der Patient auch dann sterben kann, wenn der Krebs selbst eigentlich gestoppt ist (Carcinostase).

Grundsätzlich kann man sagen, daß einige Symptome in der reparativen Phase nach der Konfliktlösung immer gesehen werden:

- a) Der Körper bildet um den Tumor herum ein Oedem.
- b) Der Tumor verändert sich je nach Sitz (Lokalisation des Tumors) entweder narbig schrumpfend (im Bauchraum) oder

durch Umbau (im Knochen, Rekalzifizierung) oder durch Abstoßung (in der Mundhöhle, in der Scheide etc.)

Bei diesen Vorgängen hat der Patient oftmals so starke Oedeme im Bereich des gestoppten Krebs (Aszites, Pleuraerguß), daß diese reparativen Komplikationen zu eigenen Krankheiten dadurch werden, daß sie vitale Funktionen so stark beeinträchtigen können, daß der Körper daran sterben kann (z. B. übergroßer Aszites mit Darmverschluß, übergroßer Pleuraerguß mit Beeinträchtigung der Vitalkapazität der Lunge (über Hirnoedem siehe nächsten Abschnitt). Diese Komplikationen durch lokales peritumorales Oedem sind keineswegs zu unterschätzen. Sie können jederzeit auch in der reparativen Heilphase das Leben des Patienten limitieren. Und es hilft dem Patienten wenig, wenn er »im Prinzip« gesund geworden wäre, aber an den Komplikationen eben doch stirbt. Es ist wohl selbstverständlich, daß man für diese Komplikationen alle der Medizin heute zu Gebote stehenden intensivmedizinischen Maßnahmen einschließlich Operationen einsetzen sollte, um diese Komplikationen zu beherrschen.

Sowohl die narbigen Schrumpfungen eines Tumors (z. B. beim Bronchial-Carcinom) als auch das perioessäre Ödem, besonders in der Wirbelsäule mit seinem Druck auf die Nervenaustrittsöffnungen am Wirbelkanal, können so starke Schmerzen hervorrufen, daß der Patient kategorisch nach starken Schmerzmitteln verlangt. Dabei muß der erfahrene Arzt wissen, daß diese Schmerzen gewöhnlich nach 8 Wochen bis 3 Monaten spontan zu Ende gehen, sogar meist nur eine Phase von 4 bis 6 Wochen haben, in denen sie unerträglich zu sein scheinen.

Bisher galt unter den Medizinern das ungeschriebene Gesetz, daß der Patient keine Schmerzen haben dürfe. Man müsse diese Schmerzen, die ja immer als letztes und schlimmer werden des Symptom kurz vor dem Tode aufgefaßt wurden, mit starken Schmerzmitteln, wenn nötig Morphinum, wegspritzen. Diese allgemein verbreitete Ansicht wird nunmehr relativiert insofern, als das Schmerzempfinden des Patienten keineswegs das gleiche ist, wenn er einmal das Gefühl hat, daß es sich nur um eine vorübergehende Phase handelt, während er früher gesagt bekam, die Schmerzen würden nun immer stärker werden bis zu seinem Tode. Früher hatte er quasi keine Hoffnung, dem angeblich unausweichlichen baldigen Tode zu entgehen und hat dann meistens schon recht frühzeitig die stärksten Schmerzmit-

tel gewählt, wenn er überhaupt gefragt wurde, um der vermeintlich endlosen Qual schon frühzeitig ein Ende zu machen.

Ich habe aber festgestellt, daß meine Patienten, denen ich klarmachen konnte, daß die Schmerzen nur eine vorübergehende Phase sind im Heilverlauf des Krebses, daß diese Patienten nahezu fast ohne Schmerzmittel ausgekommen sind, obwohl sie stets die Möglichkeit hatten, Schmerzmittel jeder Stärke zu nehmen. Daraus muß man schließen, daß die Panik der Hoffnungslosigkeit offenbar den Schmerz bis ins Grenzenlose steigert, während der Patient, wenn er ein Ende absieht und berechtigte Hoffnung hat, wieder ganz gesund zu werden, durchaus in der Lage ist, freiwillig auf Schmerzmittel zu verzichten.

Selbstverständlich sind all dies Gründe, einen Patienten nicht von einem Psychologen oder Quacksalber behandeln zu lassen, der zwar manchmal eine Konfliktlösung herbeiführen kann (wie jeder vernünftige Mensch mit gesundem Menschenverstand), den Komplikationen der postconflictolytischen reparativen Phase aber ziemlich hilflos gegenübersteht.

Im Gegenteil: Hierfür sollte man die allerbesten Ärzte auswählen, die das größte menschliche Format und das größte Charisma haben und fachlich wirkliche Meister und Spitzenkapazitäten der somatischen Medizin sind, wie auch der psychischen Medizin.

C. Ausbildung und Rückbildung des intra- und perifocalen Hirnoedems = Focolyse (FL)

Die Konfliktlösung ist ein Markstein in der Therapie der Krebserkrankung. Wir wissen, daß vor der Konfliktlösung der HAMERsche HERD zwar da ist, jedoch nicht stoffwechselaktiv sichtbar gemacht werden kann im Kontrastmittel-CCT. Das heißt: Zunächst quillt der HAMERsche HERD auf und wird durch vermehrte Stoffwechselaktivität im Kontrastmittel-CCT sichtbar. Ebenfalls sichtbar wird das deutlich anwachsende perifocale Oedem, was zunächst im frischen Stadium nicht scharf markiert ist, sich erst später besser und schärfer markiert und quasi das Baugerüst eines in Reparatur befindlichen Hauses darstellt. So wird auch der HAMERsche HERD innerhalb dieses Oedems repariert. Diese HAMERschen HERDE liegen stets an ganz bestimmter, zum Konfliktinhalt gleichermaßen wie zur Lokalisation des Krebstumors korrelierender Stelle im Gehirn. Dabei kann ein und derselbe Konflikt eine Doppellokalisierung (2 HAMERsche HERDE) haben, quasi eine kreatürliche im Urhirn und eine reflektiv-rationale im Großhirn. Nach einer gewissen Zeit bildet sich das Oedem wieder zurück, die Kontrastmittelanfärbbarkeit des HAMERschen HERDES normalisiert sich wieder, und am Ende sehen wir im günstigen Falle nicht einmal mehr die Stelle, wo der HAMERsche HERD mal gewesen ist. Während der Dauer der reparativen Phase mit HAMERschem HERD fühlt der Patient im allgemeinen eine heiße, stark durchblutete Stelle der Kopfhaut unmittelbar über dem HAMERschen HERD und perifocalem Oedem.

So ist der Verlauf *»im Prinzip«*. Aber selbstverständlich ist natürlich, daß ein solcher Verlauf einer reparativen Phase des HAMERschen HERDES, je nachdem an welcher Stelle er gelegen ist, zu den vielfältigsten cerebralen Komplikationen führen kann: Die harmlosesten sind noch: Kopfschmerzen, Schwindel, Brechreiz, Doppelsehen etc. Darüber hinaus gibt es schwieriger zu beherrschende Hirnsymptome in Form von Lähmungen (wie das Doppelsehen = Augenmuskellähmung) z. B. der Gesichtsnerven, Halbseitenlähmungen bis hin zum Bild eines apoplektischen Insultes (Hirnschlags). Alle diese Komplikationen sind aber noch beherrschbar gegenüber den Komplikationen im Stamm-, Mittel- und Kleinhirn, den ältesten Teilen unseres Gehirns.

Wir wissen inzwischen einigermaßen genau anzugeben, welche Art von Krebs in welchem Hirnabschnitt »seinen« HAMERSchen HERD hat, d. h. wann ein HERD im Stammhirn zu erwarten ist, wann einer und wo im Mittelhirn zu erwarten ist und wann und wo im Kleinhirn, sowie wann und wo im Großhirn. Wir wissen auch einigermaßen zuverlässig, wann wir auf der Gegenseite und wo suchen müssen und wann wir den zugehörigen HAMERSchen HERD auf der gleichen Seite finden. Wir wissen auch einigermaßen zuverlässig die Zeiten anzugeben, wann die verschiedenen HAMERSchen HERDE ihre größte Oedemausdehnung haben und die meisten Komplikationen machen, was keineswegs bei allen HAMERSchen HERDEN nach dem gleichen Zeitraum der Fall ist.

Am gefährlichsten sind die HAMERSchen HERDE im Mittel- und Stammhirn, weil sie lebenswichtige vegetative Zentren oedematisieren und damit offenbar außer Funktion setzen können. Wir erleben dann Alterationen des Temperaturzentrums (plötzliche Fieberzacken über 40 Grad), des Atemzentrums (Luftnot, in schwersten Fällen Atemstillstand), des Kreislaufzentrums (zentrales Kreislaufversagen) und dgl. Während noch meine Gegner überlegen, ob die EISERNE REGEL DES KREBS wohl richtig sein könnte, sind wir längst dabei, den einzelnen Organbereichen des Körpers »ihren Platz im Gehirn« zuzuordnen.

Im »glatt verlaufenden« Fall sehen wir, daß der HAMERSche HERD sich nach der Konfliktlösung in der reparativen Heilphase anfärbt, aufquillt, mit einem perifocalen Oedem umgeben wird, das sich allmählich markiert und von da ab wieder rückläufig ist. Und ebenfalls rückläufig ist nach einer gewissen Zeit die Anfärbbarkeit des HAMERSchen HERDES mit Kontrastmittel, was ein Zeichen dafür ist, daß die Stoffwechselaktivität rückläufig ist. Schließlich, meist nach etwa 6 bis 8 Wochen, beginnt der HAMERSche HERD wieder die Transparenz des umgebenden Hirngewebes anzunehmen, das Oedem in und um den HAMERSchen HERD beginnt sich aufzulösen und der ganze Bereich beginnt sich zunehmend zu normalisieren. Am Ende ist der HAMERSche HERD nicht mehr auszumachen, d. h. er unterscheidet sich nicht mehr vom umgebenden Hirngewebe, ist weder mehr oedematisiert noch hat er mehr ein perifocales Oedem. Dieser Zustand ist nach meiner Definition dann das Ende der Krebserkrankung!

Merke:

Die Krebserkrankung ist dann beendet, wenn das reparative

Heilstadium im Gehirn beendet ist. Dies ist dann der Fall, wenn der HAMERsche HERD von dem umgebenden Hirngewebe nicht mehr zu unterscheiden und das perifocale Oedem verschwunden (resorbiert) ist. Diesen Vorgang der Abheilung des HAMERschen HERDES mitsamt dem perifocalen Oedem im Gehirn nennen wir die Focolyse (FL).

D. Neuro-psychische Umschaltung des gesamten Organismus von Sympathicotonie in Vagotonie (Kampf- und Streß-Innervation – in Ruhe- und Erholungs-Innervation)

Man könnte den gesamten Heilverlauf der Krebserkrankung auch schlicht damit umschreiben, daß man ihn einen Umschaltmechanismus von der Dauer-Sympathicotonie in die Vagotonie nennt. Dies ist nichts Unbekanntes in der Medizin, denn während jeder Erkrankung werden die Reserven des Körpers mobilisiert in Form der Sympathicotonie. Meist wird jedoch diese Situation, die mit kalten Extremitäten und Schweißausbruch einhergeht, verkannt, weil gleichzeitig durch die Abbauprodukte der Bakterien und Viren eine Intoxikation (Vergiftung) des Wärmezentrums des Gehirns einhergeht, die zum Fieber führt.

Auch erfolgt schließlich der Umschlag von der Sympathicotonie in die Vagotonie, der Patient wird schlapp und müde, hat warme Extremitäten als Ausdruck einer guten peripheren Durchblutung, bekommt wieder Appetit, kann wieder schlafen und fühlt sich wieder wohl.

Wenn auch der Krebs »nur« eine zunächst psychisch ausgelöste Erkrankung ist, jedoch gleichzeitig natürlich Veränderungen im Gehirn und einen Tumor im Körper aufweist, so ist sie doch auch gleichzeitig eine regelrechte Erkrankung, insofern sie das Symptom einer Dauererkrankung, nämlich den Dauersympathicotonus aufweist. Deshalb kann ich gar nicht verstehen, warum meine Kollegen von der Schulmedizin ungläubig vor der Konfliktlösung und der anschließenden reparativen Phase stehen, obwohl uns Medizinern doch die Vagotonie als Innervationszustand der Rekonvaleszenz oder Heilphase nach einer Krankheit durchaus geläufig ist. Ich verstehe auch nicht, was den Kollegen solche Schwierigkeiten bereitet zu begreifen, daß ein Patient in der Vagotonie schlapp und müde ist (was er ja z. B. nach einer Hepatitis ebenfalls monatelang ist), wenn das bei einer normalen Krankheit jeder Doktor versteht.

Sympathicotonie und Vagotonie sind uralte Mechanismen, derer sich der Organismus bedient zur Abwehr seiner Feinde und zur Erhaltung der Art. Leider haben die heutigen modernen Schulmediziner, die nur auf Laborwerte und Ergebnisse von Apparaten starren, diese einfachsten Zusammenhänge der Natur und Biolo-

gie offenbar verlernt oder nie begriffen, weil sie nicht auf die Sprache der Natur zu horchen vermögen. Wenn sie erst die EISERNE REGEL DES KREBS, falls je überhaupt, begriffen haben werden, dann werden sie erschrocken sein darüber, wie unsicher eigentlich alles war und ist, was wir modernen Mediziner schon so sicher geglaubt hatten.

Schwangerschaft – Trumpf über Krebswachstum!

Bei meinen Untersuchungen bin ich auf ein Phänomen gestoßen, das man zwar früher auch schon halbwegs gewußt hat, das man aber auch nie erklären konnte:

Bei Schwangerschaft stoppt das Krebswachstum!

Damit meine ich, daß das Krebswachstum in der Peripherie stoppt. Denn dies haben schon einige Autoren beobachtet. Nicht dagegen stoppen die cerebralen Komplikationen durch die HAMERSchen HERDE samt ihrem intra- und perifocalen Oedem! Deshalb sagte ich, daß man den Stopp des Krebswachstums bei Schwangerschaft nur halbwegs gewußt hat, hat man doch stets alle Symptome – auch die cerebralen – unter »Krebs« subsummiert. Deshalb gab es auch genauso viele Autoren, die dem Phänomen widersprachen.

Der Fall 29 ist ganz typisch: Die Patientin berichtet, daß sie bis zur Schwangerschaft in völliger Krebs-Angst-Panik gewesen sei und der Knoten an der rechten Halsseite kontinuierlich gewachsen sei. Plötzlich mit der Schwangerschaft sei alles wie weggeblasen gewesen!

Wenn wir uns überlegen, was sich durch die Schwangerschaft ändert, dann in erster Linie das völlige Umschalten von Sympathicotonie in die Vagotonie, also den Ruhetonus! Merkst du, Leser, genau der gleiche Mechanismus, den wir bei der Conflictolyse, der Lösung des Konfliktes, erleben!

Wenn es aber ein vergleichbarer oder sogar gleicher Vorgang ist, der sich in beiden Fällen abspielt, dann können wir ihn möglicherweise therapeutisch nutzen: Schwangerschaft scheint ein so uraltes und so wichtiges Element unseres Organismus zu sein, daß es Vorrang vor allen anderen Lebensvorgängen genießt!

Deshalb könnte man geradezu die Vagotonie als die weiblich

betonte Innervationsform und -phase unseres Organismus bezeichnen.

Es ist vielleicht noch etwas zu früh, zu sagen: Werde schwanger, dann hast du die beste Chance, gesund zu werden. Jedenfalls paßt das Phänomen wie maßgeschneidert in das System der EISERNEN REGEL DES KREBS!

Sofort muß sich in diesem Zusammenhang die Frage stellen: Was ist eine Eklampsie (sog. Schwangerschaftsvergiftung, Schwangerschaftsgestose)?

Antwort: Die Eklampsie ist eine übermäßige Vagotonie, durch einen HAMERschen HERD bedingt, entweder durch Lösung eines Konfliktes während oder in der Schwangerschaft oder in die Schwangerschaft hinein. Eine cerebrale Komplikation einer potenzierten Vagotonie! Es handelt sich keineswegs um ein Nervenversagen der Peripherie, sondern um ein zentrales Nervenversagen, ausgelöst durch den HAMERschen HERD im Gehirn.



Deutliche typische Facies einer Patientin mit Zustand vor Konfliktlösung (siehe dazu Fall 16, Seite 247). Das Gesicht ist maskenhaft starr, voll in Sympathicotonie, kein Lächeln kann die Maske durchbrechen.

8. Die Therapie mit gesundem Menschenverstand

Daß man diese Art von Therapie besonders betonen muß, ist eigentlich ein trauriges Zeichen, zeigt, wie weit sich unsere »*moderne Medizin*« von der eigentlichen Kunst eines Arztes entfernt hat. Die modernen Medi-Zyniker, insbesondere Hochschulmedi-Zyniker, sind reine cool-arrogante Intellektuelle, bei denen es jedem Patienten eine Gänsehaut über den Rücken jagt. Seele und so was ist diesen Leuten als Gefühlsduselei verpönt. Aber je arroganter und zynischer und reicher diese Weißkittel-Millionäre sind, desto mehr haben sie auf jedem Kongreß das Maul voll von tiefender, selbstloser Arztethik: gemeint sind damit immer die anderen. Selbst faßt der Hochschulprofessor keinen Kassenpatienten an. Sich sogar noch mit der Seele eines ordinären Müllkutschers »*Kassenpatient*« zu beschäftigen, gilt als unsittliches Ansinnen und Nötigung. Jeder Handgriff ist eine Sache, die Geld bringen muß, die berechnet wird nach Zeit. Jede Stunde muß 1000 DM bringen und noch mehr. Das wird zwar nach außen immer lauthals bestritten, ist aber die Wirklichkeit. Dieser Irrsinn überhaupt, daß man den Patienten beigebracht hat, der Medizinprofessor sei erst ab 1 000 000 DM aufwärts zu motivieren, während man von dem Richter und Lehrer, die ja auch nicht dümmer, sondern höchstens weniger arrogant sind, erwartet, sie sollten schon ab 50 000 bis 100 000 DM jährlich motivierbar sein.

Wenn dann einer kommt wie ich und ernsthaft verkündet, man brauche gesunden Menschenverstand, um einer armen Putzfrau zu helfen, mit ihrem Konflikt fertig zu werden, dann lachen mich meine sog. Kollegen nuraus, meinen sogar vielleicht, ich sei neidisch auf sie. Aber der Konflikt, den die arme Putzfrau hat, der entspricht ihrem Milieu und nicht dem neureichen Milieu des arrivierten Professors, der nicht mehr wahrhaben will, daß er mal aus dem Pißpott gestammt hat, der jetzt auf ganz feinen reichen Mann macht und die kleinen Leute wie vom Eiffelturm herunter betrachten möchte. Und das alles, wie man jetzt sieht, aufgrund von lauter Unsinn!

Aber Sie werden sehen, wenn sich die EISERNE REGEL DES KREBS allgemein durchgesetzt hat, dann werden diese hochdotierten und hochdekorierten, diese hochspezialisierten und hochintellektualisierten arroganten Hochschulmedi-Zyniker lauthals trompeten, sie verstünden die EISERNE REGEL DES KREBS

jetzt schon viel besser als der Hamer selbst, der sie erdacht hat . . . Die Dümmden und Arrogantesten werden das dann am lautesten schreien.

Stellen wir uns doch einen Fall vor: Eine alte Frau hat seit 20 Jahren mit ihrem Mann zusammen einen Kater. »*Unser Kind, unser ein und alles*«. Der Kater ist so krank, daß er eingeschläfert werden muß. Die alte Frau identifiziert sich so sehr mit ihrem Liebling, dem Kater, daß sie mit ihm Todesangst erleidet, die der Kater gar nicht hat. 3 Monate später entdeckt man auf einem zufällig angefertigten Rö.-Bild einen einzelnen Rundherd. Entspricht einem vorausgegangenen Todesangst-Konflikt! Die intellektuellen Medi-Zyniker machen nun Chemo-Vergiftungsbehandlung. Gott sei Dank übersteht die Patientin alle iatrogenen Angriffe, da über dieser neuen Angst die Todesangst um das Katerchen in den Hintergrund getreten ist. Der Ehemann war zudem intuitiv auf den einzig richtigen Gedanken gekommen, seiner Frau zu einem neuen Katerchen zu verhelfen. Seitdem ist alles gut. Die alte Dame wird noch lange leben, wenn sie nicht erneut intellektuellen Ärzten ohne gesunden Menschenverstand in die Hände laufen wird.

Nur 5 Minuten gesunder Menschenverstand hätten genügt, der Patientin Monate der Qual und der Angst zu ersparen, ganz abgesehen von den Verstümmelungen (Haarausfall) der Chemo-Vergiftungs-Behandlung!

Jetzt gilt die Patientin als »*Krebspatientin*«, ist im Saarländischen Krebsregister, wird nun dauernd kontrolliert, ob nicht schon Metastasen da seien. O brutaler Schwachsinn in Potenz!

Wie gesagt, welcher Hochschul-Medi-Zyniker ist bereit, sich auch nur mal 5 Minuten – dazu ohne Privathonorar – in die Seele einer armen alten Frau hineinzusetzen, deren Katerchen, ihr einziges »*Kind*«, ihr »*ein und alles*« getötet werden soll? Viel leichter und bequemer ist es, sich nicht mit den Patienten zu engagieren und zu identifizieren, Labordaten zu addieren, Rö.-Bilder und EKGs zu befunden und Infusionen anzuordnen, das fällige Honorar zu kassieren und auf den Tennisplatz zu fahren, wo man als »*Weißkittel-Millionär*« eine große Nummer ist. Ich kann diese Leute nur als zwar typische, aber meinem Verständnis von ärztlichem Auftrag zutiefst verhaßte Berufs-Fremdarbeiter verachten. Diese Leute, die man mit Abitur 1 als die durch kriecherisches Strebertum qualifizierten Medizinstudienanwärter ausgewählt hat, die bestimmen heute die Richtung. Je skrupelloser sie sind, desto reicher sind sie. Und je reicher sie sind, desto besser ist

ihr Ruf. Der Skrupelloseste ist der König. Das Ganze nahm dort seinen Anfang, wo sich die Ärzte haben kommerzialisieren lassen. Statt daß der beste Arzt an das Bett des kränksten Patienten geht, geht der angeblich beste Arzt an das Bett des reichsten Patienten. Nach den armen Patienten kräht kein Hahn!

Wir können aber keine neue Medizin machen, wenn wir nicht zuerst uns selbst reformieren. Wir müssen in der Schule anfangen. Wir müssen andere Schüler zum Medizinstudium auswählen, solche mit Herz und gesundem Menschenverstand, keine solchen psychasthenischen Zyniker, die nur auf das Honorar aus sind. Mögen mich meine Kollegen ruhig verlachen, ich habe keine Ambitionen mehr reich zu werden und mich satt kaufen zu lassen, wie man es bei den wenigen Medizin-Revolutionären gewöhnlich macht. Die bekommen dann plötzlich eine Klinik, werden auch Millionäre, man lädt sie ein, scheint sie für voll zu nehmen, sie sind geschmeichelt und korruptiert, kümmerlich! Seit die Ärzte keine weisen und gütigen Menschen mehr sein wollen, die den armen und kranken Mitmenschen verstehen wollen, sondern möglichst Professorenmillionäre, Geschäftsleute in Sachen Gesundheit, seither sind die Ärzte keine Ärzte mehr, keine weisen und unbestechlichen Richter über Leben und Tod, es sind feiste zynische Pfeffer-säcke, die nur an ihr Honorar denken und an sonst gar nichts. Die Patienten sind nur Einnahmequelle, deren Seele existiert quasi gar nicht. Ehrlich gesagt, unter solcher Art von Ärzten zu arbeiten in Deutschland, ekelt mich. Auf der gleichen Ebene liegt auch die Tatsache, daß 150 angeblich hochqualifizierte Professoren-Ärzte, die meisten für ihre Qualifikationen bereits zu Multimillionären gemacht, sich zu arrogant dazu waren, auch nur eine Stunde zu opfern, um nachzuprüfen, ob das System der EISERNEN REGEL DES KREBS vielleicht richtig sein könnte und man damit vielleicht die Patienten retten könnte. Für diese Aufgabe waren die Professoren eigens vom Staat eingesetzt und besonders honoriert worden. (Tübinger Medizinische Fakultät, Mai 1982, »Tübinger Syndrom«.) Es hilft doch auch nichts, daß man den Hamer mit allen Tricks der Mafia versucht mundtot zu machen, die Blamage ist doch dann nur um so größer und die Schuld wächst ins Unermeßliche. Sie ist heute schon nicht in Jahrhunderten mehr wiedergutzumachen. Ich schäme mich für meine sog. Kollegen für das, was hier an unseren Patienten passiert. Die armen Patienten!

Ja. Gesunder Menschenverstand wäre so etwas Einfaches und

auch so etwas Beglückendes, der Seele des Patienten Angemessenes und etwas so rundum Ärztliches. Aber das Einfachste ist am schwierigsten. Wenn man die Ärzte heute sieht, dann kann man nur verzweifeln angesichts der bedauernswerten armen Patienten. Dabei hat man früher einmal, in grauer Vorzeit, die Klügsten im Sinne von gesundem Menschenverstand, zu Ärzten, Magiern und Medizinmännern gemacht, solche, die sich mit allen Höhen und Tiefen einer menschlichen Seele auskannten, nicht wie heute die, die am gierigsten auf den Besitz sind.



Junge, an Brustkrebs erkrankte Ärztin mit narbig granulierender Brust. Schwerster Konflikt mit Schwiegervater um ihr Kind. (Sorgekonflikt)

9. Komplikationen

Bei den Komplikationen, die durch Conflictolyse, also nach der Lösung des Konfliktes, eintreten können, müssen wir 4 Gruppen unterscheiden:

1. Die systematischen Komplikationen, also die Komplikationen, die im System begründet sind:
 - a) Komplikationen durch den Vagotonus bedingt, bzw. durch den Umschaltvorgang vom Sympathicotonus in den Vagotonus
 - b) Komplikationen durch narbige Schrumpfung des Organkrebses (Schmerzen, mechanische Verlegung, Abszeßbildung durch narbige Schrumpfung, Blutungen, Embolien)
 - c) Komplikationen durch die reparativen Vorgänge bei dem Wiederaufbau des Feldeinbruchs im Gehirn, Hirnbegleit-oedem, Hirngefäßokklusionen durch Hirnoedem, Komplikationen durch Hirnoedem-bedingte Paresen etc.
2. Iatrogene Komplikationen:
 - a) Fehlinterpretationen der systematischen Komplikationen mit all ihren Folgen,
 - b) Panikmache durch die Ärzte (z. B. bei Schmerzen: »*Der Krebs macht weiter, da ist keine Chance mehr*«.)
 - c) Verabfolge von Opiaten gegen Schmerzen, die in Wirklichkeit ein Zeichen der im Gang befindlichen Heilung sind.
 - d) unnötige Operationen mit all ihren Folgen,
 - e) ignorante Bestrahlungen,
 - f) sog. »*Chemotherapie*«, der größte Unsinn, den sich je moderne Medi-Zyniker ausgedacht haben.
 - g) iatrogene, medikamentöse Behinderung des Vagotonus durch vielerlei Medikamente, ähnlich wie beim Morphinum
3. Echte Konflikt-Rezidive und Zweitkonflikte
 - a) echte Konflikt-Rezidive des verantwortlichen Konfliktes
 - b) Zweit-Konflikt während oder sogar durch die Heilungsverzögerung oder durch die Komplikationen.

4. Normale, unspezifische Komplikationen durch psychische Konflikte normaler Art, familiäre und geschäftliche Sorgen, körperliche Komplikationen durch Grippe, Anginen etc.

Nur die dummen Mediziner werden gleich übermütig, wenn sie mal glauben, etwas zu wissen, der erfahrene Arzt weiß um die vielen Komplikationsmöglichkeiten und freut sich lieber nachher um so mehr, wenn der Patient endlich *»über den Berg ist«*. Andererseits ist ein stets pessimistischer Arzt eine Crux für alle Patienten, die sich an der Zuversicht des Arztes aufrichten wollen. Dazwischen liegt für jeden einzelnen Fall die goldene Mitte. Vor allem darf sich der Arzt, der seine Patienten nach dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS therapiert, sagen, daß er ja nicht aus einer unbegründeten, naiven Zuversichtlichkeit heraus Scharlatanerie betreibt, sondern daß das System eine ganz große Chance gibt für alle an Krebs Erkrankten, diese Chance aber um so größer ist, je intensiver sich der Arzt in den Fall des Patienten hineinkniet und hineinversteift, mit ihm zusammen auch versucht, die möglichen Komplikationen zu vermeiden. Wir müssen die vielen Komplikationsmöglichkeiten so sehen, wie wir sie bei jeder anderen Krankheit auch sehen, als Aufgabe an uns als Ärzte. Immer müssen wir uns sagen: Was nützt es dem Patienten, wenn er zwar nicht an seinem Krebs stirbt, dafür aber an einer ganz läppischen, vermeidbaren Komplikation, die man prophylaktisch hätte vermeiden können. Tot ist tot. Der anschließende akademische Streit ist überflüssig, lieber alles tun, solange noch Zeit dazu ist.

Hier muß ich auf eine grundsätzliche Schwierigkeit nochmals eingehen: Der Patient darf im Grunde *»nicht aus dem therapeutischen System fallen«*. Dies ist nicht etwa eine Überheblichkeit eines Arztes, der glaubt, es besser zu können als seine Kollegen, sondern eine schiere Notwendigkeit: Schon die Nomenklatur (*»Generalisierte Metastasierung«*) wirft den Patienten sofort in den allertiefsten Orkus der Hoffnungslosigkeit. Schon die bisherige *»Omnis Opinio«* (allgem. Meinung), daß ein Krebs nicht aufhören könne zu wachsen, ist für die meisten Patienten das Todesurteil, bzw. das vermeintliche Todesurteil. Lebt aber ein Patient noch 20 Jahre weiter, zucken die Mediziner nur die Schultern und sagen: ja, so etwas gibt es. Wird der Patient nun laufend von dem einen System der medizinischen Vorstellungen (Schulmedizin) in das andere System (EISERNE REGEL DES KREBS) hin und her geworfen,

dann bekommt er quasi laufend Wechselduschen. Das aber hält er nicht lange durch, angeschlagen, wie er bereits auf den allerletzten Tropfen seines Reservetanks läuft.

Bisher wurde der »Patient«, der Leidende oder Duldende, nur »behandelt«, d. h. der Doktor gab ihm Pillen oder Verbände, dann heilte die Krankheit. Dieses ganze System ist nun überholt. Der Patient wird zum »Agenten«, einem Mithandelnden, der ja seinen Konflikt selbst lösen muß, vielleicht mit gewisser Hilfestellung, aber im Grunde muß er ihn selbst lösen. Bei den Komplikationen kann ihm der Arzt wieder zu Rate stehen. Deshalb ist es für den Patienten so katastrophal, wenn er hin und her gerissen wird zwischen Hoffnung und Panik und zwischen Aktivität und Passivität. Diese »Wechselduschen« sind im Grunde die allerschlimmsten Komplikationen. Der Patient muß dem Arzt Freund und Bruder sein, nicht ein Versuchskaninchen, das »behandelt« wird.

Wenden wir uns nun den verschiedenen Arten von Komplikationen zu:

1. Die systematischen Komplikationen, also die Komplikationen, die im System begründet sind.

a) Komplikationen durch den Vagotonus bedingt, bzw. durch den Umschaltvorgang vom Sympathicotonus in den Vagotonus: Der an Krebs erkrankte Patient ist im Sympathicotonus, oder auch Streßtonus genannt. Er ist also in dauernder Anspannung, in dauerndem Getriebensein, kurz in psychischer und körperlicher-nervöser Panik. Diese nervöse Fehlschaltung ist cerebral bedingt und führt dazu, daß alle Erholungsvorgänge, alle Reparationsvorgänge auch, aufgeschoben werden. Der Organismus ist zwecks Konfliktbewältigung in einen überschießenden Streßtonus geschaltet, daraus wird ein Circulus vitiosus, wenn der Konflikt nicht bewältigt werden kann, der Patient braucht sich förmlich selbst auf.

Wird der Konflikt nunmehr gelöst und damit der Circulus vitiosus durchbrochen, dann schaltet der Organismus sofort voll auf Vagotonus: Alle verschobenen aber notwendig gewesenen Reparationsvorgänge werden nunmehr nachgeholt, und zwar mit Macht. Abszesse z. B., die im Streßtonus »inaktiviert waren«, also nicht aufgearbeitet werden konnten, flammen plötzlich auf, Sickerblutungen bei spastisch enggestellten Gefäßen werden plötzlich zu starken Blutungen durch Erweiterung

der Blutgefäße im Vagotonus. Vor allem werden auch alle Vorgänge am Magen-Darm-Trakt »aufgearbeitet«. Der Patient hat gewaltigen Appetit, fühlt sich wohl, nimmt rasch an Gewicht zu u. dgl.

So schön und beglückend das neue Gefühl des Vagotonus für Patient und Arzt auch ist, die Komplikationen können tödlich sein! Und ist z. B. der Abszeß erst mal voll aufgeflammt, dann bekommt der Patient septische Fieberschübe und magert wieder ab, diesmal durch die Toxine der Bakterien.

b) Komplikationen durch narbige Schrumpfung des Organkrebses:

Gleichzeitig mit der Conflictolyse (Lösung des Konflikts) kommt es zur Carcinostase (narbige Schrumpfung, Einkapselung oder Abstoßung) des Carcinoms am Organ. Dieser Vorgang ist einerseits sehr erfreulich, weil er ja die Heilung bedeutet, andererseits macht dieser Heilungsprozeß Schmerzen (nicht obligatorisch!) und Komplikationen: Bei z. B. zirkulärem vorherigem Wachstum des Krebs um den Darm resultiert evtl. jetzt sogar eine Verengung des Darmlumens, von den Unwissenden unter den Medizinern dann als Progression des Tumors angesehen. Auch kann es natürlich bei diesen narbigen Schrumpfungen zu Blutungen kommen und in der Lunge zu einer Lungenembolie, in den Bronchien zu einer fieberhaften Sekretverhaltung.

c) Komplikationen durch die reparativen Vorgänge bei dem Wiederaufbau des Feldeinbruchs im Gehirn, Hirnbegleitödem, Hirngefäßokklusionen durch Hirnoedem, Komplikationen durch Hirnoedem-bedingte Paresen etc. (HAMERsche HERDE u. perifocale Oedeme)

Diese im System bedingten, also »systematischen« Komplikationen, die man also mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussehen kann, sind die weitaus gefährlichsten unter den systematischen Komplikationen. Von meinen Patienten sind bisher 22 von etwa 220, deren Erkrankung ich verfolgen konnte, in Krankenhäusern am Hirnschlag, der schwerwiegendsten Stufe des perifocalen Hirnoedems, verstorben. Dabei ist das Hirnoedem eigentlich keine »Erkrankung«, sondern lediglich eine Phase und ein Symptom des Heilungsvorganges.

Das Hirnoedem ist obligatorisch nach jeder Conflictolyse. Es ist

ein systematischer Teil des Heilungsvorganges. Je ausgedehnter der Feldeinbruch im Gehirn war – und damit gleichzeitig auch, je fortgeschrittener die Krebserkrankung am Organ war – desto ausgedehnter und damit auch gefährlicher ist das Hirnbegleit-oedem. Der Vorgang der Oedembildung ist ja ein ganz normaler Vorgang im Körper bei jeder Art von Reparatur, egal ob es sich um eine Verletzung, Infektion, Intoxikation oder eben um einen Feldeinbruch im Gehirn handelt. Da aber in der starren Schädelkalotte das Hirnoedem keine Ausdehnungsmöglichkeit »nach draußen« hat, komprimiert es das Gehirn, führt zum »Hirndruck« mit den Symptomen des Hirndrucks mit Stauungspapille, Brechreiz, Schwindel, Doppelsehen, verwaschener Sprache, vorübergehenden Lähmungen anderer Hirnnerven (*»Gesicht hängt schief«*), bis hinauf zum Hirnschlag, der ausgeprägtesten Form des Hirnoedems, wobei dann durch das Hirnoedem auch ein Hirngefäß abgedrückt werden kann (*»Hirngefäßokklusion«*) und ein umschriebener Hirnteil mangelhaft oder vorübergehend gar nicht mehr mit Blut versorgt wird (*»Hirnfarkt«*).

Glücklicherweise werden nur 1 bis 2 % der an Krebs Erkrankten von einer solchen schweren Komplikation betroffen. In den allermeisten Fällen läuft die Sache sehr glimpflich ab, nämlich mit ein paar Tagen Brechreiz, Übelkeit, Schwindel. Ich habe ja fast ausschließlich die Patienten behandelt, die von den Schulmedizinern aufgegeben waren. Das ist kein repräsentativer Querschnitt, denn bei all denen war nicht nur die Krebserkrankung am Organ, sondern auch der entsprechende Feldeinbruch im Gehirn sehr ausgedehnt und entsprechend auch das postconflictolytische Hirnoedem.

Ich bin mir auch sicher, wenn nur ein paar von meinen Kollegen mithelfen würden, besonders unter den Neurochirurgen und Intensivmedizinern, dann würden wir in Bälde diese Komplikationen unter Kontrolle haben. Wenn Cortisongaben, Antihistaminica und Entwässerungsmittel nichts ausrichten würden, bliebe noch die vorübergehende Eröffnung der Schädeldecke zur Druckentlastung. Aber all das hat erst Sinn und Verstand, wenn die Kollegen das System »begriffen« haben. Bisher nehmen sie dann immer an: *»Ach, das werden Metastasen im Gehirn sein, und da ist ja dann ohnehin nichts zu machen.«* Und deshalb wird auch meistens nichts gemacht. Der Pathologe findet dann zwar keinen Krebs, aber eine Erweichung (Oedem) im Gehirn,

kann sich auch den Tod des Patienten nur so halb erklären, aber es heißt dann sybillinisch: *»Es muß wohl am Krebs gelegen haben, der Patient ist am Krebs gestorben.«* Denn wenn man einen Mediziner fragt, dann weiß er eigentlich nie genau zu sagen, an was denn nun eigentlich wirklich der *»Krebspatient«* stirbt.

10. Therapie der Komplikationen

Als ich begann, das System der EISERNEN REGEL DES KREBS zu begreifen, habe ich mir viele Gedanken gemacht, wie man den Effekt des Umschaltens vom Sympathicotonus auf den Vagotonus oder auf die Vagotonie noch verstärken könnte. Heute weiß ich nach über 2000 Fällen, daß das im allgemeinen nicht nötig ist. Der Umschalteffekt kommt, im Gegenteil, so stark, ja geradezu elementar zum Tragen, daß es den Patienten richtig umwirft. Mit der Stunde der Konfliktlösung (Konfliktolyse) setzt die Vagotonie ein: der Patient bekommt großen Appetit, schläft wieder gut, ist gelöst, in guter Stimmung, während er bis dahin gequält, gejagt, appetitlos war, an Gewicht abgenommen hat, eben in der Sympaticotonie.

Es gibt aber eine Reihe von Komplikationen, die wir auch im Heilverlauf fürchten müssen. Dazu gehören nicht nur die reparativen Vorgänge um den Feldeinbruch im Gehirn, auf den wir später noch zu sprechen kommen in diesem Kapitel, sondern auch die reparativen Vorgänge um die Krebsgeschwulst, wie sie in jedem reparativen Stadium nach einer Krankheit in der Vagotonie üblich sind: nach jeder Krankheit, wie Hepatitis oder Grippe oder dergleichen, empfindet es der Patient als ganz normal, daß er einige Wochen, sogar bei Hepatitis einige Monate, schlapp und müde ist. Auch der Arzt empfindet das als normal und üblich. Wenn aber der Patient im reparativen Stadium nach der Konfliktlösung ebenfalls schlapp und müde ist, obwohl er sich sonst wohl fühlt, ist er geneigt, das für etwas nicht Normales zu halten. Viele Patienten, die sich während ihrer aktiven Krebserkrankung noch auf den Beinen halten konnten (Sympathicotonus!) werden nun nach der Konfliktolyse in der Vagotonie so schlapp, daß sie nicht einmal mehr aus dem Bett steigen können vor lauter scheinbarer Schwäche. Daß dieser Zustand sehr gut ist, erwünscht ist, geradezu optimal ist, muß der an Krebs erkrankt gewesene Patient erst lernen.

Ebenfalls empfindet es jeder Patient nach einem Knochenbruch als normal, wenn der Knochenbruch während der Heilung schmerzt. Man sagt dem Patienten, daß der Bruch sich regenerieren müsse, daß sich der Callus dort bilden müsse, und das tue bisweilen weh. Bei einem Patienten, der osteolytische Knochenherde hatte, ist es im Grunde dasselbe. Die Osteolyse muß sich

rekalzifizieren, die Umgebung des Knochens zeigt eine starke Schwellung, dieser Vorgang kann sehr starke Schmerzen auslösen, ganz besonders in den Wirbelknochen, wenn die Foramina intervertebralia eingeengt werden, und dadurch auf die Nerven gedrückt wird, die aus dem Rückenmark kommen. Viele Patienten haben so starke Schmerzen, daß sie diese Schmerzen kaum ertragen können. Bisher wurden sie immer mit Morphinum behandelt, und waren dann nach wenigen Wochen tot, weil das Morphinum eine sehr starke Sympathicotonie hervorruft, und dadurch die meistens bereits vorangeschrittene Kachexie noch verstärkt wurde. Wenn in Zukunft nun der Patient weiß, daß die Schmerzen Teil des Heilungsprozesses sind, an dessen Ende die Rekalkifizierung des Knochens steht, dann ist er viel eher in der Lage, diese Schmerzen zu ertragen.

Das gleiche gilt zum Beispiel für Beinoedeme, die keineswegs bagatellisiert werden sollen, die jedoch nach der Konfliktolyse symptomatisch sind. Offenbar retiniert der Körper Wasser im Reparationszustand der Vagotonie.

Von dem Moment der Konfliktolyse an setzen auch die reparativen Vorgänge im Gehirn ein. Unmittelbar nach der Konfliktolyse erkennt man den sogenannten HAMERSchen HERD jeweils an einer bestimmten Stelle des Gehirns, und zwar dadurch, daß nun das elektro-physisch eingebrochene Feld in das Stadium der Reparatur tritt, und »Stoffwechsel-heiß« wird. Diesen stoffwechselheißen Bezirk, der Kontrastmittel anreichert, nennen wir den HAMERSchen HERD. Sowohl der HAMERSche HERD selbst, als auch das Gebiet um den HAMERSchen HERD herum werden oedematisiert und quellen auf, so daß ein relativ kleines Feld, wenn es ringförmig aufgequollen ist, relativ groß wirkt, später aber, wenn die Vorgänge sich wieder zurückbilden, wieder das gleiche unauffällige Hirngewebe bildet, wie es vorher gewesen ist. Die Kontrastmittelanreicherung ist dann rückläufig, das perifocale und intrafocale Oedem ist dann zurückgegangen, und die Verhältnisse haben sich normalisiert. So verläuft es im optimalen Falle. Die meisten Fälle sind so optimal. Deshalb wurden die HAMERSchen HERDE bisher so selten bemerkt im Gehirn. Wenn sie bemerkt wurden, dann wurden sie als Hirnmetastasen fehlgedeutet oder wenn bis dahin noch gar kein Carzinom entdeckt war, wurden sie als Hirntumor fehlgedeutet und meist völlig überflüssigerweise operiert. Ganz besondere Sorgen machen uns die im Stammhirn und Kleinhirn lokalisierten HAMERSchen HERDE

mit dem perifocalen und intrafocalen Oedem, wenn sie in der Nachbarschaft lebenswichtiger vegetativer Zentren liegen oder diese sogar mit einschließen in das Oedem. Solche Patienten sind sehr gefährdet und können zum Tode kommen. Mehr darüber siehe weiter unten in diesem Kapitel. Die Vagotonie nach so lange andauerter Sympathicotonie ist wie ein Regen über dem ausge-dörrten Land. Nicht nur im Gehirn wird repariert, sondern im ganzen Körper werden die »*liegendebliebenen*« oder aufgeschobenen Aufgaben jetzt besorgt: der auf Sparflamme gehalten gewesene Abszeß flammt jetzt wieder auf, die durch Gefäßengstellung minimal gehaltene Sickerblutung verstärkt sich jetzt plötzlich (große Gefahr des Verblutens!), das verlorene Gewicht wird wieder aufgefüllt, und nicht zuletzt werden auch die Krebstumoren selbst, soweit sie stören (zum Beispiel im Knochen) repariert bzw. rekalkifiziert, die übrigen Tumoren eingekapselt oder abgestoßen. Alle diese an sich normalen und begrüßenswerten Vorgänge können jedoch Komplikationen machen, wie im Falle der Blutung, oder wenn die Oedeme lebenswichtige Wege verlegen, wie bei der Diphtherie die Atemwege, beim Bronchialcarzinom die Bronchien, beim Lebercarzinom die Gallenwege. Jede Komplikation kann ausreichen, den Patienten zu Tode zu bringen. Deshalb ist keine Komplikation zu unterschätzen. Nach meiner bisherigen Erfahrung sind jedoch die letalen Komplikationen, wenn man alle Krebserkrankungen zusammenrechnet, etwa nur bei 2 bis 3 % der Fälle derzeit zu erwarten. Und auch diese 2 bis 3 % lassen sich wahrscheinlich noch senken, wenn man die Patienten, bei denen insbesondere Hirnkomplikationen entstehen, mit Intensivbehandlung über die kritische Zeit zu bringen vermag. So ist es ohne weiteres möglich, bei einer zentralen Ateminsuffizienz durch eine vorübergehende Intubation und Beatmung diese kritische Zeit zu überbrücken. Oder man könnte den Schädelknochen in einem handtellergroßen Bereich über dem HAMERSchen HERD und perifocalem Oedem entfernen und den Defekt mit der Kopfschwarte wieder decken. Dann hätte das Oedem Platz, sich auszudehnen. Später könnte man sogar den knöchernen Deckel (den man in der Zwischenzeit einfriert) wieder einsetzen, wenn das Oedem zurückgegangen ist.

Wenn wir jetzt also wissen, daß praktisch jede Krebserkrankung nach der Konfliktlösung zerebrale Symptome machen muß – auch wenn der Patient sie nicht bemerken sollte – so sind sie doch im Gehirncomputertomogramm deutlich zu sehen, und sollten in

Zukunft auch gewissenhaft diagnostiziert werden, wenn wir also jetzt wissen, daß wir bei allen Patienten mehr oder weniger ausgeprägte Gehirnsymptome nach der Konfliktlösung zu erwarten haben, dann braucht der Patient nicht mehr zu erschrecken, wenn er vorübergehend Kopfschmerzen, Brechreiz, Schwindel, Doppelsehen und dergleichen als Symptome bemerkt, die früher in der Lage waren, ihn in völlige Panik zu versetzen.

11. Weitere Therapiemöglichkeiten:

Akkupunktur, Nervendurchtrennung, Bestrahlung oder Punktion des Gehirns oder des peripher betroffenen Organs, medikamentöse Therapie etc.

Da wir noch ganz am Anfang stehen mit unseren neuen Erkenntnissen über die Zusammenhänge des Krebs, nämlich daß es sich in Wirklichkeit um eine Erkrankung des Gehirns handelt, müssen wir auch dementsprechend neue Therapiemöglichkeiten erdenken und experimentell erproben, bzw. Erfahrungen sammeln. In den allermeisten Fällen ist die beste Therapie wohl mit Sicherheit auch gleichzeitig die natürlichste: Lösung des Konfliktes (Conflictolyse, abgekürzt CL). Millionen von »inaktivierten Carcinomen« sprechen dafür eine klare, unmißverständliche Sprache: Sie alle sind quasi spontan geheilt, indem der Konflikt durch den Verlauf der Ereignisse gelöst wurde. Dementsprechend heilt auch der Krebs ab. Diese, uns von der Natur so millionenfach aufgezeichnete Selbstheilung ist gleichzeitig auch das therapeutische Mittel der Wahl bei der Frühbehandlung des Krebs, sofern wir ihn in einem frühen Stadium diagnostizieren können (siehe dazu Beispiel unter den S. 422 ff Fallbeispielen und unter der Rubrik Frühbehandlung).

Gleichzeitig sollten wir nicht in den Fehler verfallen, den wir bei den Schulmediziner-Dogmatikern anprangern und verurteilen, indem wir lediglich statt der alten neue Dogmen setzen.

Wir wissen, daß der zerebrale Programmierungsfehler, der Feldeinbruch im Gehirn, später nach der Conflictolyse sichtbar als HAMERScher HERD, eine reale, substantielle, meßbare und fotografierbare Krankheit ist. Daran gibt es nichts mehr zu deuten. Wenn auch dieser Feldeinbruch glücklicherweise durch einen psychischen Vorgang, nämlich den der Konfliktlösung, wieder weitgehend reversibel zu sein scheint, so könnte es doch therapeutische Möglichkeiten geben, z. B. die Schwangerschaft (oder Antibabypillen), die diesen Vorgang unterstützen könnten, verbessern, beschleunigen, stabilisieren oder dergleichen. Solche Möglichkeiten, wenn es sie gibt und soweit es sie gibt, sollten wir mit Freuden nutzen. Ja, ein Arzt, der solche Möglichkeiten kennt und nicht nutzt, macht sich schuldig. Deshalb ist es auch gerechtfertigt, wenn wir diese Möglichkeiten an dieser Stelle einmal im »Prinzip« durchspielen:

1. OPERATION:

Hier kommt es auf klare Definitionen an, um Mißverständnissen vorzubeugen: die Operation selbst ist im Prinzip sinnlos, denn heißt der Feldeinbruch im Gehirn nach der Conflictolyse in Form des HAMERschen HERDES ab, dann ist der Knoten im peripheren Organ ohne Bedeutung – es sei denn, er bereitet mechanische (Okklusion) (Blutung etc.) oder psychische Schwierigkeiten (Phobie, Angst), wir wissen aber noch nicht ganz genau, welche Bedeutung ganz allgemein die Exstirpation eines Organs oder eines Organteiles für das *»zuständige oder korrespondierende Areal des Gehirns«* hat. Es könnte positiv, negativ oder neutral sein. Am wahrscheinlichsten ist, daß die Codes oder Fehlcodes des Gehirns nach Exstirpation des Organteils *»einfach ins Leere gehen«*. Einige von mir beobachtete Fälle weisen aber in Richtung des Gegenteils hin (siehe zum Beispiel Fall K., Sch. und andere) das würde heißen, wenn wir während eines laufenden bzw. noch aktiven Konfliktes einen Tumor exstirpieren, dann wird in unmittelbarer Nachbarschaft dieses Tumors erneut ein Rezidiv wachsen, in das offenbar diese Fehlcodes gelangen. Warum das so ist, kann ich noch nicht mit letzter Sicherheit erklären, sondern ich kann es nur an Hand von Fallbeispielen als wahrscheinlich aufzeigen. Ob in den einzelnen Fällen aber eine Konfliktverschiebung eingetreten war, die auch zu einer lokalen Verschiebung des Feldeinbruchs im Gehirn geführt haben könnte, oder ob an den Nervenendigungen in dem Bereich der Exstirpationsstelle des Organs Fehlcodes abgehen, ist noch nicht mit letzter Sicherheit geklärt. Da aber wahrscheinlich das Gehirn bis in jedes Organ, ja bis in jede Zelle hineinreicht, wissen wir noch nicht, ob nicht ihrerseits die Zellen auf die entarteten Zellen Funksignale zurückgeben, wie uns das ja bei den übrigen zerebralen Geschehen durchaus geläufig ist. Aber wie dem auch sei, die bisher (meistens frustan) durchgeführten Operationen haben uns Ärzten ja einen reichen Erfahrungsschatz in dieser Richtung beschert: Der Operateur operiert eine Menge M2 eines Tumorgeschehens im peripheren Organ, die in direkter Korrelation steht zu dem momentanen Konfliktgeschehen (einschließlich cerebralen Geschehen) und zu dem früheren Geschehen (inaktivierter Teil des Carcinoms zum Beispiel durch Konfliktverlagerung), das wir als M1 bezeichnen wollen.

Bei M1 wären also keine oder gar keine Mitosen mehr feststellbar, aber der Histologe würde natürlich auch für M1 die »*Diagnose Krebs*« herausgeben, einfach wegen der morphologischen Struktur. Der Chirurg kann also in den seltensten Fällen das ganze Organ exstirpieren, vor allem wenn man Organ in meinem Sinne entwicklungsgeschichtlich-cerebral sieht (z. B. Organ: Brust, Achselhöhle, Mediastinum, Pleura). Hat der Chirurg exstirpiert und ändert sich der Konflikt nicht (weder Umfang noch Intensität), dann wird der Patient am Organ scheinbar gesund (Rezidiv-frei) bleiben, im Gehirn aber und psychisch weiter krank bleiben. Das heißt, er wird in der Sympathicotonie bleiben und möglicherweise sterben – auch ohne sichtbares Rezidiv. Noch schlimmer ist es, wenn der Konflikt eine wenn auch nur geringfügige Verschiebung (Transformation) erfährt, das heißt wenn zu den Massen M1 und M2 nun neu am Organ die Masse M3 dazukommt (Rezidiv!)

In Wirklichkeit war der Patient nie gesund, er war nur scheinbar »*gesundoperiert*«, weil man die Erkrankung der Seele und des Gehirns, die ja die Hauptsache sind, nicht erkannt hat.

Diese Umstände, verbunden mit der genauen Kenntnis des Konfliktgeschehens, muß man sich stets ganz genau klar machen, wenn man den »*Erfolg*« eines Chirurgen beurteilen will. Im Grunde sollte man nur zwei Sorten von Krebs operieren:

1. Die, die mechanische Probleme machen, einschließlich Trepanation des Gehirns (Öffnung des Schädelknochens), um den lokalen Hirndruck zu entlasten!!

2. Die, die Ängste und Phobien auslösen, weil das Verständnis in die Krankheitszusammenhänge nicht zu erzielen ist. (Patientin fühlt sich ständig an ihren Knoten in der Mamma und bekommt dadurch Krebsangst.)

Alle anderen Operationen herkömmlicher Art sind in Zukunft als Kunstfehler anzusehen. Von zehn Operationssälen können wir in Zukunft sieben schließen, wo Krebs operiert wird. Es ist, als ob man Masern, Flecken oder Windpocken wegoperieren wolle, die ein im Grunde unwichtiges Symptom der Krankheit sind.

2. AKUPUNKTUR:

Die Akupunktur setzt an der Kommunikation zwischen Hirn und Peripherie ein, ein recht aussichtsreicher Ansatz. Wenn sicher

wäre oder sicher ist, daß man auch zentripetal die Bereiche des Gehirns damit – vielleicht passiv – alterieren könnte. Vorausgesetzt, daß das möglich sein würde, was ich für denkbar halte, dann sollte man diese Technik – auch wenn sie wohl immer nur accessorische Hilfsmaßnahme bleibt – und die Conflictolyse nicht ersetzen kann – schnellstens spezialisieren und perfektionieren!

3. NERVENDURCHTRENNUNG:

Im Prinzip macht man bei einer Nervendurchtrennung im vorliegenden Fall der Krebstherapie das gleiche, wie bei der Operation: man kappt die Leitung zwischen betroffenem Organ und Gehirn, nur etwas proximaler und mit erheblich weniger Aufwand. Ich halte diese Methode in besonders gelagerten Fällen für anwendbar und als kleineren Eingriff gegenüber der Operation indiziert, wenn sie auch nur eine symptomatische Therapie ist. In vielen Fällen kann aber eine solche symptomatische Therapie den Patienten beruhigen und ihn von der Carzinom-Phobie heilen. Alles weitere müssen die Ergebnisse der Zukunft zeigen.

4. BESTRAHLUNG UND PUNKTION:

Wenn wir einem Patienten helfen können, ist es zwar nicht egal wie, aber es ist dabei manches erlaubt, was nicht unbedingt die ideale oder optimale Therapie ist. In vielen Fällen ist ja die optimale Therapie nicht möglich. Zu diesen hilfreichen therapeutischen Möglichkeiten gehören manchmal auch fromme Lügen, die zu einer Conflictolyse führen können, und genauso hilfreich sein können, wie rein mechanische Methoden, zum Beispiel Bestrahlung oder Punktion des erkrankten Areals in der Peripherie oder im Gehirn, wenn der Konflikt nicht ausräumbar ist. Mit frommen Lügen ist zum Beispiel gemeint, daß es für den Patienten nur darauf ankommt, daß er das Gefühl hat, daß sich zum Beispiel sein Kontrahent mit dem Patienten versöhnen wollte. Ob der Kontrahent wirklich mit ehrlichem Herzen zu dieser Versöhnung bereit war, ist im Grunde weniger wichtig, oder sogar unwichtig, wenn für den Patienten der Eindruck entstanden ist, daß die Versöhnung echt gemeint war. Solch ein Fall ist zwar eine fromme Lüge, denn der Arzt weiß natürlich, daß der Kontrahent des Patienten nur unwillig der Versöhnung zugestimmt hat, und nicht mit ehrlichem Herzen, aber entscheidend ist die Therapie des Patienten. Deshalb

würde kein guter Therapeut den Patienten unnötigerweise mehr aufklären als nötig ist, über die Absichten des Kontrahenten des Patienten. Insgesamt sollte man sagen: Alles, was dem Patienten nützlich sein kann zur Überwindung seiner Krebserkrankung und zur Auslösung der Conflictolyse, sollte in die therapeutischen Betrachtungen miteinbezogen werden.

Auch gegen symptomatische Bestrahlung eines Tumors am Organ (z. B. Mediastinum bei Einflußbehinderung, bzw. Rückflußbehinderung des Blutes), ist meines Erachtens nicht das geringste einzuwenden. Im Gegenteil: Auch hier gilt wieder, alles, was hilft, muß eingesetzt werden, da darf es niemals wieder die Schulmedizinogmen geben. Das Bessere ist stets der Feind des Guten.

Auch hier gibt es bei drohendem Einbruch eines Wirbelkörpers nichts dagegen einzuwenden, wenn man eine lokalbegrenzte Bestrahlung dieses einzelnen Wirbelkörpers versucht. Selbst für den Fall, daß man im Moment nur ein Symptom kuriert, z. B. Schmerzen, wahrscheinlich oder möglicherweise sogar den Heilverlauf in gewisser Weise stoppt. Was nützt es dem Patienten, wenn er zwar »im Prinzip« gesund geworden wäre, jedoch an einem relativ leicht rein symptomatisch beherrschbaren Symptom leider stirbt?

5. MEDIKAMENTÖSE THERAPIE:

Auch hier muß man sauberlich unterscheiden: Vom Prinzip her benötigt der Patient keine Medikamente. Das heißt aber nicht, daß wir etwa bei bestimmten Symptomen oder Komplikationen nicht mit Vergnügen alle medikamentösen Möglichkeiten einsetzen sollten, die wir heute haben, z. B. bei dem gefürchteten Hirnoedem. Es ist einfach ein Kunstfehler, ein Hirnoedem nicht mit Cortison, eventuell Antihistaminika und dehydrierenden Maßnahmen zu behandeln. Ja, ich selbst würde der erste sein, der z. B. lauthals die kurzfristige Gabe von Zytostatica fordern würde, wenn ich feststellen würde, daß sie die Phase des Hirnoedems günstig beeinflussen könnten, z. B. im Sinne einer Abschwächung oder Prolongation der reparativen Vorgänge im Gehirn, was ich im Prinzip sogar für gut möglich halte. Eine solche Spezial-Indikation hat allerdings mit der grundsätzlichen Frage, ob Zytostatica ja oder nein nichts zu tun, nämlich grundsätzlich nein.

PSYCHOPHARMAKA:

Fragt man heute einen Psychiater oder Neurologen nach »*Psychopharmaka bei Krebs*«, dann wird er ausweichend antworten in Richtung »*Sterbehilfe*«, obgleich oder weil er das Problem unter den neuen Gesichtspunkten der »*EISERNEN REGEL DES KREBS*« noch nie betrachtet hat. Auch hier gilt: Grundsätzlich oder im Prinzip braucht der Patient keine Medikamente. Aber das heißt nicht, daß man nicht doch irgendein Symptom mit einem bestimmten Medikament günstig beeinflussen kann. Und da es sich ja hier um einen cerebral-psychischen Vorgang handelt, könnte nur ein unverantwortlicher Arzt die Möglichkeit von der Hand weisen, von Psychopharmaka Gebrauch zu machen, die vielleicht in der reparativen Phase der cerebralen Erkrankung z. B. einen positiven Einfluß haben könnten. Dies halte ich für Vitamin B, Lecithine, eine Reihe von (richtig dosierten) Hormonen etc. sogar für erwiesen. Nichts spricht zudem für vorübergehende Dehydrierungsmittel, Cortison etc.

Für die anderen, die Vagotonie unterstützenden Substanzen, muß man das überprüfen. Ich halte sogar für möglich, daß man in einer Reihe von schweren komplizierten, insbesondere cerebral-komplizierten Fällen dem Patienten Sympathicotonica verabreicht, um den reparativen Vorgang abzuschwächen. Dabei nimmt man die Gefahr einer Konfliktrezidiv-Provokation oder zumindest -Förderung bewußt mit in Kauf. Wenn man das Prinzip mal erkannt hat, wird kein vernünftiger Arzt in diesen therapeutischen Möglichkeiten einen Widerspruch entdecken können.

12. Das »eingeschlafene« oder inaktivierte Carcinom

Ich schätze, daß nur ein Viertel aller wirklich entstandenen Krebse zu einer sichtbaren Erkrankung geworden sind, vielleicht ist es sogar noch weniger, wenn man die Mikro-Krebse mit einberechnet. Das heißt: Drei Viertel aller durch ein DHS zwar entstandener, jedoch nur kurz oder zu kurz gewachsener Krebse, werden nie entdeckt. Das war bisher jedenfalls so. Es ändert sich momentan ganz gewaltig, indem immer mehr solcher »nicht ausgereifter«, wir Mediziner würden sagen »*abortiv verlaufener Krebse*« heute durch die modernen Computertomographen, Kern-Spin-Tomographen, Szintigraphen, Ultraschallapparate etc. regelrecht aufgestöbert werden, obgleich sie besser niemals aufgestöbert würden. Denn hier handelt es sich in den meisten Fällen um »*eingeschlafene*« oder »*inaktivierte Krebse*«, man könnte auch sagen: Krebse mit einem »*abortiven Verlauf*«.

Definition:

Ein »*eingekapseltes*«, »*eingeschlafenes*«, »*schlafendes*«, »*inaktiviertes*« oder »*abortiv verlaufenes Carcinom*« ist ein Krebs, der

1. ein DHS gehabt hat wie alle anderen Krebse und auch exakt nach der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufen ist, der aber
2. eine verkürzte Verlaufszeit hatte, wo also der Konflikt gelöst wurde, bevor der Patient die Krebs Symptome bemerkt hat oder bemerken konnte, der aber trotz allem
3. weiterhin als »*eingekapselter*« oder schlafender Krebs im Gewebe nachweisbar ist, dort den Körper überhaupt nicht stört und deshalb auch nicht abgebaut wird. Histologisch bleibt er ein Krebs mit äußerst wenigen oder sogar gar keinen Mitosen (Zellteilungen). Es ist praktisch ein »*Krebs-Narbengewebe*« ohne besonderen Krankheitswert.

Die einzige Gefahr, die ein solcher »*eingekapselter Krebs*« noch bietet, ist die, daß ein unerfahrener, überschauler Diagnostik-Doktor diese Krebsnarbe aufstöbert und in seinem Entdecker-rausch den Patienten mit der Diagnose »*KREBS!*« konfrontiert und schockiert, die nur noch histologisch und historisch richtig, ansonsten in Wirklichkeit hinsichtlich Krankheitswert falsch ist.

Die Genauigkeit, besser gesagt: die zunehmende Genauigkeit unserer modernen Apparate bringt uns leider eine Flut von solchen eingekapselten oder schlafenden, inaktivierten Krebsen, die den Anschein erwecken, als nähme die Erkrankung an Krebs gewaltig zu. In Wirklichkeit nimmt das Aufstöbern solcher inaktivierter Krebsnarben zu, sonst nichts. Daß natürlich zusätzlich die absolute Häufigkeit der Krebserkrankungen auch noch von der gestiegenen Lebenserwartung unserer Bevölkerung abhängt, ist klar.

An den meisten Krebsen erkrankten alte Leute leichter und häufiger als junge. Da wir sehr viel mehr alte Leute haben als früher, haben wir auch absolut mehr Krebserkrankungen. Diesen Zusammenhang wissen unsere Statistiker, wenn sie ehrlich arbeiten wollen, aber gut einzuberechnen. Wir sprechen dann von *»altersbereinigter Statistik«*. Das ist also relativ keine Zunahme der Krebserkrankungshäufigkeit, während das zusätzliche Auffinden eingekapselter Krebse natürlich voll als *»echte«* Zunahme der Krebserkrankungshäufigkeit erscheint, obwohl es eine solche in Wirklichkeit nicht ist.

Es ist doch eigentlich auch gut verständlich: Wo sollten die Krebse geblieben sein, die zwar entstanden sind, wie alle Krebse entstehen, bei denen der Konflikt dann aber nach einer gewissen Zeit gelöst wurde, die kürzer war als die Zeit, die der Patient gewöhnlich braucht, um die ersten Symptome bemerken zu können. Nehmen wir z. B. einen Brustkrebs: Nach einem Monat oder sogar nach 6 Wochen kann eine Patientin gewöhnlich noch keinen Knoten in der Brust bemerken. Denn dann ist er erst 3 bis 4 Millimeter groß. Stoppt aber um diese Zeit der Konflikt, der für den Brustkrebs verantwortlich war, z. B. ein Mutter-Kind-Konflikt, dann bleibt in der Brust im allgemeinen ein kleiner Krebsknoten, den wir dann als eingekapselten Krebs – was er auch meistens wirklich ist – bezeichnen oder als schlafenden Krebs.

Wir können sicher folgendes sagen: Da es häufiger ist, daß ein Konflikt kürzer dauert als es häufig ist, daß der Konflikt länger dauert (zwingend nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung), so wird es mehr Krebse geben, die nicht erkannt wurden und nicht bemerkbar waren, als solche, die diagnostiziert wurden.

Es gilt: Je länger die Manifestationszeit einer Krebsart ist, also die Zeit, die normalerweise vergeht, bis der Patient den Krebs an deutlichen Symptomen bemerkt, desto mehr eingekapselte oder schlafende Krebse gibt es in dieser Erkrankungsart.

Ich muß an dieser Stelle nochmals an die Begebenheiten erin-

nern, die sich bei der Entdeckung der Zusammenhänge des Krebs in der Oberaudorfer Klinik ereigneten: Ich hatte im Sommer 81, nachdem ich die ersten vagen Ahnungen hatte, stets gesagt: Wenn wir das Geheimnis der schlafenden Carcinome herausgefunden haben, dann haben wir das Geheimnis des ganzen Krebs entdeckt. Die Kollegen hielten mich damals für gänzlich verrückt, wußten sich keinen Vers darauf zu machen, daß der Hamer die ganze Klinik, Röntgenarchive und Krankenarchiv nach schlafenden Carcinomen durchforstete. Es hat nur zu sehr gestimmt!

An den eingekapselten, schlafenden oder inaktivierten Krebsen können wir eine ganze Menge lernen, nämlich das Endstadium des Therapieverlaufs, die klinische Unauffälligkeit des Therapieverlaufs sowie die Art und Weise der »*Spontan-Konfliktlösungen*«. Darüber hinaus können wir auch morphologisch eine Menge lernen: Die eingekapselten Carcinome sehen ja histologisch ganz anders aus als die aktiven oder, wie wir sagen: progredienten Carcinome. Die eingekapselten, »*verkapselten*«, schlafenden oder inaktivierten Krebse haben nämlich nur sehr wenige Kernteilungen, sog. Mitosen, jedenfalls nicht mehr, als das normale Gewebe sie auch hat.

Dies stimmt genau mit meinen Beobachtungen überein, daß der Krebsknoten oder die Krebsgeschwulst ja nicht – außer z. B. in der Mundschleimhaut, wo das Krebsgeschwür einfach abgestoßen wird – vollständig verschwinden, sondern diese Arbeit lohnt dem Körper gar nicht einmal. Es reicht, daß der Knoten inaktiviert ist. Er wird eingekapselt, stillgelegt, stört meist überhaupt nicht mehr, ist jedenfalls völlig nebensächlich. Im Lauf der Zeit wird das Tumorgewebe immer mehr durch bindegewebiges »*normales Gewebe*« ersetzt, Zelle für Zelle, weil ja der Code aus dem Großhirn wieder normal kommt. Aber selbst dieser Vorgang hat gar keine Eile, er kann sich über Jahre oder gar Jahrzehnte hinstrecken. Die Therapie des »*Symptoms Krebsknoten*«, der bei unsern Schulmedizinern alle Aufmerksamkeit in Anspruch genommen hat, ist unserem Organismus nahezu gänzlich unwichtig. Die entscheidende Reparatur erfolgt ja im Gehirn.

DIE CEREBRALEN VORGÄNGE BEIM VERKAPSELTEN, SCHLAFENDEN, INAKTIVIERTEN KREBS:

Den Medizinern waren bisher Zusammenhänge zwischen Krebserkrankungen und Hirnoedemen oder gar Hirnschlägen völlig unbekannt. Auch dies mußte entsprechend den Erkenntnissen durch die EISERNE REGEL DES KREBS geradezu zwingend so sein.

Überlegen wir miteinander: Das Hirnoedem als reparatives Begleitsymptom nach der Lösung des Konfliktes um den Feldeinbruch herum ist um so ausgedehnter, je ausgedehnter oder fortgeschrittener die Krebsgeschwulst im Organ war, die gleichsam als Symptom ein Gradmesser für die Ausdehnung des Feldeinbruchs im Gehirn darstellt.

Merke:

Je ausgedehnter oder fortgeschrittener die Krebsgeschwulst am Organ ist, desto ausgedehnter ist auch der Bereich des Feldeinbruchs im Gehirn, desto ausgedehnter wird folglich auch im Stadium der Reparatur – also nach Conflictolyse – das Hirnbegleit-oedem sein!

Dies bedeutet für unsere verkapselten, schlafenden, inaktivierten Krebse, daß offensichtlich die cerebralen Vorgänge so leicht zu übersehen waren, daß sie effektiv nicht bemerkt worden sind, von den Patienten fehlgedeutet, von den Ärzten überhaupt nicht beachtet worden sind. Zudem fielen diese diskreten cerebralen Symptome ja auch immer in eine Zeit, in der sich der Patient »vom Prinzip her« besonders wohl gefühlt hat! Denn er war ja im Vagotonus, also im Ruhetonus, hat guten Appetit gehabt, sich wohler gefühlt als in den Monaten bis zur Conflictolyse. Wer achtet da noch auf solche Kleinigkeit wie ein paar Tage Übelkeit (*»Da habe ich sicher etwas Falsches gegessen«*) oder ein bißchen Schwindel (*»Da habe ich wohl etwas Kreislaufstörungen vom Wetter oder durch die Periode...«*) oder etwas Kopfschmerzen (*»Ich glaube, ich habe etwas Migräne«*) oder ähnliche *»Bagatellerkrankungen«*! Zumal, wenn es dem Patienten nach wenigen Tagen wieder vollständig gut geht, kann er sich später mit dem allerbesten Willen an solche harmlosen Bagatellen nicht mehr erinnern.

Wir können daraus folgendes lernen:

Die eingekapselten, schlafenden oder inaktivierten Krebse hatten nicht das Stadium erreicht, bzw. nicht die Manifestationszeit durchlaufen, so daß der Patient die Krebsgeschwulst hätte bemerken müssen (siehe Tabelle auf S. 560/561). Er war also unterhalb

dieser Schwelle geblieben. Folglich waren auch die reparativen Vorgänge in seinem Gehirn nicht so gravierend und dramatisch, daß er das Oedem bemerken mußte.

Von den Krebsen nun, die diagnostiziert werden, weil die Symptome bemerkbar oder sogar nicht mehr zu übersehen sind, haben diejenigen die schlechtesten Überlebenschancen, die die längste Manifestationszeit haben: z. B. Bronchial-Plattenepithel-Carcinom mit 18 Monaten Manifestationszeit. Sie haben natürlich auch die hartnäckigsten Konflikte, die zum Zeitpunkt der Diagnostikstellung nur selten gelöst wurden. Folglich sind fast alle solche Patienten gestorben. Und selbst wenn mal ein Konflikt spontan gelöst war, wurde später der Hirnschlag als »*Hirnmetastase*« verkannt und der Patient unter Morphium und Zytostatica gelegt und zu Tode behandelt. Dann war es allemal natürlich der Krebs!

Dazwischen liegen die vielen oder allermeisten Patienten, deren Krebsverlauf (und hier hauptsächlich die Ausdehnung des Feldeinbruchs im Gehirn!) weniger weit fortgeschritten war und die, falls sie nicht istrogen durch »*Chemo-Therapie*« ad patres expediert werden, ihre mäßig ausgeprägte Hirnsymptomatik überlebten, falls zufällig eine Conflictolyse erfolgt war. Beobachtet habe ich diese Zusammenhänge an Patienten mit weit fortgeschrittenem Krebswachstum zuerst, später habe ich beobachtet, daß grundsätzlich jeder Patient diese Symptome grundsätzlich bekommt.

13. Endstadium des geheilten Carcinoms

Das Endstadium des geheilten Krebs ist der inaktivierte Krebs. Das wesentliche Merkmal ist, daß der Krebs nicht weiter wächst. Es setzen reparative Vorgänge ein, die je nach Lokalisation des Krebs ganz verschieden sind.

Z. B. in der Mundschleimhaut wird das Krebsgeschwür einfach abgeheilt, d. h. durch neue, normale Zellen ersetzt, die fehlcodierten Krebszellen einfach abgestoßen. Die Heilung ist hier praktisch total, wir sagen eine *Restitutio ad integrum* (Wiederherstellung des früheren Zustandes). Nicht so in der Brust der Frau: Hier kapselt sich der Knoten bindegewebig ein, schrumpft auch und bleibt dann als inaktiviertes Knötchen oder Knoten im Gewebe liegen, eben von einem bindegewebigen Mantel umgeben, völlig harmlos, fast gänzlich uninteressant – wenn, ja wenn nicht der Patient mit dem genau gleichen Konflikt wieder in einem akut-dramatischen und isolativen Anlaß erneut konfrontiert wird.

Dem Körper lohnt es gleichsam gar nicht, die vom Krebs im Organ betroffene Stelle wieder vollständig zu reparieren, weil es ja immerhin seine eigenen Zellen sind, die ihm in keiner Weise weh tun, solange sie nicht ein mechanisches Hindernis darstellen.

Wieder anders ist es beim Intra-Bronchial-Krebs: Teils werden die Krebszellen abgestoßen, teils zieht sich der betroffene Bezirk narbig schrumpfend zusammen. Der ganze betroffene Bezirk wird funktionell stillgelegt, weil der Körper auf dem verbleibenden Rest der Lunge ausreichend genug atmen kann. Dabei kann es, muß aber nicht, zu Komplikationen kommen, wenn es zu Sekretverhaltungen in dem stillgelegten Bereich kommt, weil manchmal durch die narbige Schrumpfung die ehemals betroffenen Bronchien regelrecht verschlossen werden. Ein Patient hat monatelang entsprechende abszedale, septische Fieberschübe gehabt, weil durch eine Unbedachtsamkeit eines Badearztes in der Salzinhalationskammer in Bad Reichenhall Salz in den in Heilung befindlichen Bronchienbereich kam, das eine Beschleunigung und Intensivierung der Vernarbungs- und Schrumpfungsvorgänge bewirkte, wobei mehrere kleinere Bronchien, die betroffen gewesen waren, sich verschlossen.

Wieder andere Krebse bleiben als harte, narbig verkapselte Tumoren z. B. im Bauchraum liegen, ein Schrecken eines jedes untersuchenden Arztes, der von der Krankheit nichts versteht und

meint, man müsse diese »böartigen Tumoren doch sofort herausoperieren«. Dadurch wird der Patient oftmals so in Angst und Schrecken versetzt, daß der nächste DHS (z. B. Todesangstpanik) schon vorprogrammiert ist. Stirbt der Patient dann, sagt der stümperhafte Arzt: »Seht ihr wohl, habe ich recht behalten, es hat gestreut.« Blödsinn, nichts als Blödsinn! Von den Patienten, die in meiner klinischen »Obhut« sind und ihre Krankheit »verstehen«, bekommt keiner eine »Streuung«, die es nicht gibt. Und auch keinen Zweitkrebs. Man muß dem Patienten klarmachen, daß das Carcinom, auf das er selbst und alle seine Ärzte bisher gestarrt haben wie das Kaninchen auf die Schlange, daß das für sein weiteres Leben ohne jede Bedeutung ist, allenfalls eine Sache der Kosmetik oder bisweilen auch der mechanischen Behinderung, wenn – seine Krankheit der Seele und seines Gehirns abgeheilt ist. Dort in seinem Gehirn findet die Entscheidungsschlacht statt. Wird die gewonnen, dann ist der Krieg gewonnen. Der Patient braucht alle seine »geistigen Truppen«, um diese Entscheidungsschlacht zu gewinnen. Er sollte keinerlei Gedankenkräfte verlieren an das »symptom Krebs«, was er zwar mit den Augen (oder dem Rö.-Schirm oder dgl.) sehen kann, was aber trotzdem nur ein ungefährliches Symptom ist und gänzlich sogar bedeutungslos wird, wenn die Schlacht im Gehirn vom Patienten gewonnen ist. Aber solange es natürlich noch keine Ärzte gibt, die das System verstehen, solange hat es der Patient schwer, dieses System gegen seine Ärzte zu verstehen, die doch vorgeben, alles besser zu wissen als der dumme Patient. Ich rate deshalb allen meinen Patienten, die geheilt sind, um alle solchen unverständigen Ärzte einen großen Bogen zu machen. Sich auch möglichst auf keine Diskussion einzulassen, die Diskussionen sollen die Ärzte mit mir führen, aber nicht den Patienten in Panik und Schrecken versetzen, weil sie selbst nichts von der Sache verstehen.

Solange Krebs in dem Bewußtsein der Bevölkerung noch die Vorstellung von parasitärem Gewächs beinhaltet, bin selbst ich oftmals dafür, einen leicht zu operierenden Knoten herauszunehmen, wenn es den Patienten beruhigt. Ich will ja nicht die Patienten zu Beweisen meiner Methode machen, sondern ich möchte sie heilen. Und wenn man sie in einem solchen Fall mit einer an sich überflüssigen Operation, also mit Beelzebub, heilen kann und man dadurch seine geheimen Ängste und Zweifel ausräumen kann, dann ist auch dieses Mittel recht. Hauptsache, der Patient kommt psychisch und cerebral ins Gleichgewicht. Das WIE ist zweitrangig.

14. Das echte Konflikt-Rezidiv mit DHS = wiederaufgewachtes Carcinom

Es ist wie im Märchen von Dornröschen. Man muß dem Patienten sagen: Alle möglichen Konflikte ohne DHS darfst du in Zukunft haben, aber hüte dich vor dem einen Konflikt, den du gehabt hast und an dem du erkrankt bist. Wenn du mit diesem Konflikt erneut konfrontiert wirst und ein DHS erleidest, dann – und nur dann – wird dein Krebsknoten nochmals weiterwachsen, auch wenn er schon lange eingeschlafen, verkapselt und inaktiviert war!

Sicher ist nach meinen bisherigen Beobachtungen, daß ein Patient nicht so unbemerkt einen Rückfall erleiden kann nur durch Konfrontation mit seinem alten Konflikt. Es muß schon wieder so ein Keulenschlag erfolgen, ein DHS!

Daß er natürlich an seiner Achillesferse leichter einen Rückschlag erleiden kann (siehe Kapitel 23), weil jeder Mensch an seiner wunden Stelle besonders empfindlich ist, der an Krebs erkrankt gewesen ganz besonders, das ist klar.

Aber ich will keineswegs so tun, als wüßte ich schon alles, ich weiß noch lange nicht alles. Insbesondere weiß ich z. B. nicht, ob diese erhöhte Rezidiv-Anfälligkeit eine mehr psychische, eine mehr cerebrale oder eine psychocerebrale Anfälligkeit ist. Damit meine ich folgendes: Wenn jeder Mensch besonders leicht an seiner wunden Stelle verletzlich ist, dann könnte man erklären, daß auch der an Krebs erkrankt gewesene an dieser wunden Stelle, die wir ja bei ihm kennen, besonders leicht erkranken kann, wie oben beschrieben.

Es könnte jedoch auch sein, daß die Ersterkrankung (Feldeinbruch im Gehirn) eine Art negative »*Bahnung*« hinterlassen hat, die ein zweites DHS an derselben Stelle schon bei einer niedrigeren Schwelle entstehen läßt.

Möglich ist auch – und vielleicht sogar die wahrscheinlichste Möglichkeit –, daß es sich in Wirklichkeit um eine Kombination beider Dinge handelt, die wir zwar theoretisch trennen können, praktisch aber gar nicht zu trennen sind.

Sicher ist jedenfalls – jenseits aller akademischen Erörterungen –, daß ein einmal an Krebs erkrankt Gewesener an dem gleichen Konflikt wieder erkranken kann, und zwar leichter, als wenn er diesen Konflikt noch nicht gehabt hätte. D. h. die Schwelle des DHS ist herabgesetzt.

KONFLIKT-THEMA – KONFLIKT-ERLEBNIS-INHALT:

In diesem Zusammenhang habe ich folgende Beobachtung gemacht: Wir müssen unterscheiden zwischen »Konflikt-Thema« und Konflikt-Erlebnis-Inhalt. Das bedeutet folgendes: Unter dem gleichen Konflikt-Thema (z. B. Ehemann) können wir oftmals einen Konflikt-Erlebnis-Wechsel beobachten (Conflict-changing). Die Patientin ist gleichsam auf das Konflikt-Thema »Ehemann« allergisiert. Nun kann sie unter diesem Konflikt-Reizthema z. B. folgende Konflikterlebnisse erleiden:

1. z. B. einen sexuellen Konflikt-Erlebnisinhalt, wenn sie ihren Ehemann »*in flagranti*« erwischt und dieses Erlebnis als sexuell empfindet. Sie bekommt einen Gebärmutterhals-Krebs.
2. z. B. einen allgem. menschlichen Konflikt-Erlebnisinhalt, wenn sie das Fremdgehen ihres Ehemannes nicht als sexuellen Konflikt, sondern als ein Konflikt-Erlebnis des menschlichen Verrates, als tiefsten Vertrauensbruch empfindet. Dann erleidet sie einen Brust-Krebs.
3. z. B. einen Existenz-Angst-Konflikt-Erlebnisinhalt, wenn für sie beim Verlassensein von ihrem Ehemann im Vordergrund eine allertiefste Existenzangst des Verhungerns steht, dann wird sie einzelne Lungenrundherde bekommen können.
4. z. B. einen Todesangst-Konflikt-Erlebnisinhalt, wenn der verhaßte Ehemann aufgrund einer Krebserkrankung seiner Frau äußert, sie würde ja wohl nur noch wenige Monate zu leben haben. Hätte das irgendein anderer Mensch gesagt, würde meistens nichts passieren. Sagt es aber der zutiefst verhaßte Mann, auf den die Patientin allergisiert ist, dann kann sie augenblicklich in Todesangstpanik verfallen und bekommt massive Lungenrundherde (wie bei einem Fall kürzlich geschehen).
5. z. B. einen Selbstwert-Einbruch-Konflikt-Erlebnisinhalt, wenn das Verlassen des Ehemannes als Vernichtung der Selbstwertachtung empfunden wird (gegenüber der neuen jungen und hübschen Nebenbuhlerin empfindet sich die Pat. alt, häßlich und unwert, ihre Selbstachtung bricht zusammen. Sie bekommt Knochenherd-Carcinom.

Dies sind nur einige Beispiele, die selbstverständlich alle nur mit DHS gelten, und die zeigen sollen, wie besonders eine Patientin, die schon an einem Krebs erkrankt war oder ist, innerhalb des Konflikt-Themas die verschiedensten Konflikt-Erlebnis-Inhalte empfinden kann. Entscheidend ist immer nur das subjektive Empfinden des Patienten.

Ich bin mir noch nicht ganz und gar sicher, weil ich dafür noch nicht genügend Fälle habe, aber ich glaube, daß ein Patient in einem besonderen Fall auch gleichzeitig 2 Krebse an ganz verschiedenen Stellen erleiden kann, wenn er bei einem »Ereignis« deutlich 2 Konflikt-Erlebnis-Inhalte empfindet (gleichzeitiger »Doppelkonflikt«).

15. Das Zweit-Ca in der alten Konflikt-Narbe des Erst-Ca, aber mit Konflikt-Inhalts-Verschiebung

Ein hochinteressanter Aspekt ist die Frage, ob ein Patient nach einer Conflictolyse und Carcinostase gefährdet ist, gleichsam in der Nachbarschaft seiner Achillesferse, seines ersten Konflikt-Erlebnisses und Konfliktes unmittelbar neben der alten »Konflikt-narbe« einen neuen Konflikt zu erleiden. Vieles spricht dafür, nicht nur aus psychologischen Gründen, sondern nach der empirischen Erfahrung meiner bisherigen Fälle. Ein Patient bekommt Anfang Juli 76, zwei Monate nach einem hochdramatischen, allgemein menschlichen Konflikt in Zusammenhang mit seinem Hausbau ein Mamma-Carcinom (sehr seltener Fall!). Das Knötchen von 8mm Größe wird exstirpiert, der Hausbau wird dann planmäßig beendet, der Konflikt war gelöst, der insgesamt nur 2 bis 3 Monate angedauert hatte.

Im Okt. 79 passieren 2 Dinge, eigentlich drei: Das Haus war zu groß geraten und hoch verschuldet, die Finanzierung so knapp, daß »nichts passieren durfte«. Bis Okt. 79 passierte auch nichts. Aber Ende Sept., Anfang Oktober passierten eben diese 3 Dinge:

1. Die Ehefrau verliert ihre Arbeit bei der Behörde, die ganze Hausfinanzierung bricht zusammen.
2. Ein besonders schlauer Doktor kommt auf die Idee, dem Patienten ohne irgendeinen Anlaß den Rat zu geben (3 Jahre nach der stattgehabten Mamma-Ca-Erkrankung!), prophylaktisch beide Hoden entfernen zu lassen, also sich kastrieren zu lassen! Und der Pat. läßt das Anfang Oktober auch durchführen.
3. Nun ist der Pat. kastriert, »Krebs-Patient« sowieso und die Ehefrau arbeitslos, was wegen der Hausfinanzierung eben eine Katastrophe ist.

Bei dieser Konstellation trifft das DHS praktisch zum 1. Mal in die alte Konflikt-Narbe: Die Banken eröffnen ihm Mitte Okt. 79, daß sie nicht mehr mitspielen, er müsse sein Haus verkaufen! Der Pat. ist »am Boden zerstört«, sein Selbstwertbewußtsein, ohnehin durch die Kastration nur noch minimal belastbar, bricht vollständig zusammen.

Anfang/Mitte Nov. entdeckt man bei einer Routineuntersuchung im Szintigen die erste Aktivität in den Wirbelknochen der LWS und im Becken.

Der Patient brütete Tag und Nacht nur noch über seinen Finanzproblemen und Existenzgeldsorgenproblemen. Im Frühjahr 80 wurden die Knochenherde auch auf dem Röntgenbild sichtbar.

Im April 80 ergab sich eine Möglichkeit, das Haus günstig zu verkaufen. Der Konflikt war gelöst. Der Patient erholte sich, bekam wieder volles Gewicht, fühlte sich wieder ganz wohl.

Ahnungslos tat der Pat. genau das, was er als Einziges nicht hätte machen dürfen: er baute im April 81 nochmals ein Haus. Im Dez. 81 wieder DHS, das Haus war halb fertig, völlig überschuldet, Wirtschaftsrezession, Echtes Konfliktrezidiv, genau in der alten Konfliktnarbe. Im Frühjahr 82 wurde ein Rezidiv-Wachstum der Knochenherde festgestellt, nachdem zwischen Frühjahr 80 und Frühjahr 82 kein Wachstum hatte beobachtet werden können.

Der Pat. kam im Nov. 82 in meine Behandlung. Chemo-Behandlung und Bestrahlung waren ohne Effekt verlaufen.

Therapievorslag: sofort Haus verkaufen. Ehefrau nahm es sofort in die Hand, schien auch ganz leicht und rasch zu gehen. Pat. ging es sofort wieder gut, hatte guten Appetit, fuhr auf Urlaub nach Teneriffa, alles schien gut zu werden. Praktisch konnte keine Aktivität der Knochenherde mehr festgestellt werden, die bereits recalcifiziert waren.

Im Jan. 83 aber kam es zu einem DHS: Der Pat. ärgerte sich wahnsinnig über den (einzigen) Käufer, der den relativ hohen Preis des Hauses zahlen wollte, weil er zum 3. Mal kam und jedesmal einen um 30000 DM niedrigeren Preis anbot. Pat.: Seither dachte er nur noch über die Bosheit nach, die der Pat. darin sah, daß der Käufer sein Wissen um die Verhältnisse des Pat. ausnutzte, um den Preis herunterzudrücken.

Wieder war »*Thema Haus*« das Konfliktthema, bzw. DHS, aber der Konflikthalt war verschoben. Es saß zwar in der Nähe der alten Konfliktnarbe, hatte aber jetzt einen anderen Bereich getroffen im subjektiven Empfinden des Pat.: Er erkrankte an einem rasch wachsenden Leber-Ca, einem »*unverdaulichen Konflikt*«.

Im März mußte der Pat. wegen einer hämolytischen Anämie Bluttransfusionen erhalten, sein Selbstbewußtsein brach erneut ein. Seit Ende April 83 konnte man wieder eine Progression der Knochenherde bemerken.

Ende Mai 83, als man stündlich mit dem Tod des Patienten rechnete, gelang es der Ehefrau, den Konflikt auszuräumen: Sie gebrauchte die fromme Lüge, der Käufer habe jetzt endgültig zugesagt, das Haus zu dem vereinbarten Preis zu kaufen. Zum Erstaunen der Ärzte stand der Pat. am folgenden Tag wieder auf und wollte den Umzug regeln. 10 Tage später verstarb er an einem Hirnschlag.

Dies Beispiel zeigt, daß der Pat. zum ersten Mal an einem vergleichsweise harmlosen Konflikt erkrankt war, wie er eigentlich häufig vorkommen könnte: Die Bodenplatten beim Hausbau waren nicht aufzufinden, der ganze Bau stoppte, der Pat. wurde furchtbar beschimpft, er habe nicht vorgesorgt. Er ärgerte sich maßlos und hatte einen »Zorn auf sich selbst«.

Seither war »Thema Haus seine »wunde Stelle«. Die nachfolgenden 4 DHS, die 4 Konflikterlebnisse, schlugen jedesmal im erweiterten Konfliktbereich »Thema Haus« ein, wenn sich auch im Jan. 83 eine Konflikt-Inhalts-Verschiebung ergab und damit eine andere Organlokalisation (Leber) ergeben hatte. Das Konflikt-Thema hat primär noch nichts mit dem Konflikt-Inhalt oder dem »Konflikt-Erlebnis« zu tun, den der Pat. subjektiv empfindet oder herstellt. Im Fall 1 war es ein allgem. menschl. Konflikterlebnis, im Fall 2 – 3 – 5 ein Selbstwert-Einbruch, im Fall 4 ein unverdaulicher Ärger!

Nach meiner bisherigen Erfahrung trifft ein neues Konflikt-Erlebnis besonders gerne und häufig ins alte »Konflikt-Thema«, was, wie wir gesehen haben, noch nicht identisch ist mit dem alten Konflikt-Erlebnis, sondern nur die Wunde des alten Konflikt-Themas berührt. Oftmals scheint es auch so, als ob der Pat. einen geradezu »konflikt-suicidalen« Hang zu seinem alten Konflikt-Thema hat, was ja wohl auch die besondere Gefahr für die sog. »wunde Stelle« eines Menschen ausmacht. Den Pat. treibt es geradezu dazu, nochmals die gleichen Fehler zu machen wie beim 1. Mal. Dies habe ich recht häufig beobachtet.

Auch wenn ich die Frage noch nicht abschließend entscheiden kann, ob es sich in solchen Fällen um eine Art zwanghafte Fehlleistung im Freudschen Sinne oder um ein »gebahntes, konfliktiv-cerebrales Rezidiv-Geschehen« handelt, die Häufigkeit ist jedenfalls auffällig und jenseits aller Zufallsmöglichkeiten.

Eine Patientin, die einen schweren Konflikt mit ihrem Ehemann gehabt hatte, der aber gelöst war, erkrankte an dem Tage an einem DHS, einem akuten dramatischen Todesangst-Konflikt, als ihr

Ehemann (Familienrichter) bei einem Termin im Prozeß gegen seine eigene Frau gesagt haben soll, er rechne ja damit, seine Frau – die sich zu der Zeit so gesund fühlte wie seit Jahren nicht – werde ja wohl in einigen Monaten tot sein! Obgleich dieser Ehemann nicht die geringste medizinische Qualifikation hatte, traf die Patientin das von ihm (!) wie ein Keulenschlag. Der Konfliktverlauf war hier so dramatisch und hochaktiv, daß die Pat. nach etwa 3 Monaten bereits kurz vor dem Exitus stand (maximale Dyspnoe, massive Lungenrundherde). Es gelang, durch eine Suggestionshypnose den Konflikt in einem »Tränenstrom« zu lösen. Die Pat. fühlte sich wieder wohl, konnte auch kleine Strecken wieder zu Fuß gehen im Wald. Sie verstarb 2 Monate später plötzlich an einer akuten angeblichen Lungenembolie, in Wirklichkeit wohl an einem Hirnschluß im Krankenhaus. Der Chefarzt hatte mir »Hausverbot« erteilt, damit ich die Patientin nicht unschulmedizinisch verunsichern könne.

Auch in diesem Fall war das Konflikt-Thema (Thema Ehemann) das gleiche, das Konflikt-Erlebnis jedoch ein wenig inhaltsverschoben. Bei dem vorausgegangenen Konflikt mit ihrem Ehemann hatte die Pat. einen Existenzbedrohungskonflikt, als ihr das Urteil des Scheidungsrichters mitgeteilt wurde, ihr Mann brauche ihr nur 130 DM Unterhalt zu zahlen. Sie berichtete, sie sei echt in Verhungerungs-Existenzangst-Panik gekommen, und zwar hochdramatisch und akut, auf die Minute datierbar. Dieser Existenzangst-Konflikt, vergeschwistert dem Todesangst-Konflikt, hatte einige wenige Rundherde in der Lunge hervorgerufen, deren Wachstum sofort stoppte, als der Konflikt gelöst werden konnte.

Beim zweiten Mal stand nicht etwa eine Existenzangst im Vordergrund, sondern eine echte Todesangst, die sie selbst rational nicht erklären konnte. Sie träumte nachts, ihr Mann bringe sie um. Auch hier konnte sie das DHS genau auf die Minute datieren. Auch die Conflictolyse war auf die Stunde datierbar. Die Pat. brauchte sofort keinen Sauerstoff mehr.

16. Der ärztlich verursachte («iatrogene») Konflikt

Die meisten an Krebs erkrankten Patienten, die heute in unseren Krebskliniken sterben, sterben durch die Schuld der Ärzte.

Mag sein, daß dieses Kapitel unter meinen Kollegen einen Sturm der Entrüstung hervorruft, das kann ich leider nicht verhindern. Genauso wie ich nicht verhindern konnte, daß diese gleichen Kollegen fast 3 Jahre lang in lethargischer Ruhe verharrten und Millionen von Menschen sterben ließen, statt schnellstmöglich gemeinsam nachzuprüfen, ob die EISERNE REGEL DES KREBS zutreffend ist, ob wir eine Möglichkeit haben, unsere Patienten nach dieser EISERNEN REGEL DES KREBS zu therapieren.

Unter den ärztlich verursachten Todesfällen bei den an Krebs erkrankten Patienten gibt es 3 große Gruppen:

1. Die Kunstfehler aus Unkenntnis, bzw. mangelhafter Kenntnis der EISERNEN REGEL DES KREBS, dazu gehören Morphiumgaben, Kobaltbestrahlungen, sog. Zytostatische Therapie, d. Behandlung mit Zellgiften, euphämistisch Therapie genannt, die eine Knochenmarkvergiftung bewirkt und den Tod durch Anämie des Patienten herbeiführt »*Tod durch Morphinum*«, »*Tod durch Bestrahlung*«, »*Tod durch Chemotherapie*«)

Eine weitere Gruppe hier sind die Operationen, die – in Unkenntnis der EISERNEN REGEL DES KREBS – durchgeführt werden, obgleich sie nicht hätten durchgeführt werden dürfen. Ein Beispiel: Einem Patienten wurde wegen eines HAMERSchen HERDES laut Op.-Bericht ein »*straußeneigroßes Stück des re. Hirns*« herausgenommen, wobei man aber versehentlich ausgerechnet den HAMERSchen HERD nicht miterwischte. Der HAMERSche HERD stammte von einem abortiv verlaufenen Coronar-Carcinom, dessen Konflikt nur etwa 6 Monate lang gelaufen war und zur Zeit der Operationen (es wurden mehrere durchgeführt!) längst gelöst war. Der Mann ist heute ein fast blinder und halbseitig gelähmter Krüppel und könnte ein vollständig gesunder Mann sein. Inzwischen ist sicher, daß es gar kein Hirn-Tumor war, sogar hat der Pathologe das gesamte Gewebe, obwohl man ausgerechnet das, was man

herausholen wollte, nicht erwischt hatte, entgegenkommenderweise als Glioblastom deklariert. (Siehe Sonderfälle Coronar-Carcinom)

2. Der ärztliche Unterlassungsfehler einer Behandlung nach der EISERNEN REGEL DES KREBS, die derzeit Millionen von Menschen das Leben kostet. Es ist der größte Holocaust der Weltgeschichte, der sich je abgespielt hat, wenn man überlegt, wieviel Menschen täglich auf der ganzen Welt an Krebs sterben.
3. Die ärztlich verursachten neuen Konflikte, die – in Unkenntnis der EISERNEN REGEL DES KREBS – vom Arzt gedankenlos dadurch ausgelöst werden, daß er den Patienten mehr oder weniger grausam und brutal über dessen angebliche oder vermeintliche Krebserkrankung »aufklärt«. Dazu gehört auch die arrogante Art, dem Patienten auf Grund von verlogenen und schwachsinnigen Statistiken eine Prozentzahl der voraussichtlichen Überlebenschancen an den Kopf zu schlagen. Selbst Patienten, die völlig gesund sind und sogar gar keinen Krebs haben, oder lediglich früher mal gehabt haben, geraten bei solchen »ärztlichen Prognosen« in völlige Panik, erleiden einen Todesangstkonflikt mit DHS, bekommen Lungenrundherde, die der kluge Doktor später als »Metastasen« deklariert und als Beweis für die Richtigkeit seiner schlechten Prognose ansieht. Der Patient stirbt dann gewöhnlich an einem rein iatrogenen Konflikt-Erlebnisschock und lebt bis zu seinem vermeintlich unausweichlichen Tod in dauernder Todesangst-Panik! Die allermeisten sogenannten »Metastasen« resultieren, zumindestens was die Patienten in den überklugen Zivilisationsländern betrifft, aus solchen ärztlichen Fehlprognosen, die allerdings durch den Schock, den sie bei dem Patienten auslösen, im nachhinein dann scheinbar eine Bestätigung finden. Was sich derzeit hier in unseren Krankenhäusern und Arztpraxen abspielt, spottet jeder Beschreibung. Wer sich in dem Metier auskennt, den eckelt dieser Zynismus der halbgott-ähnlichen Medizyniker-Millionäre. Selbst auf die Gefahr hin, daß die Vertreter meiner Zunft mich noch mehr bekämpfen werden als sie es derzeit ohnehin schon tun, kann ich über diesen zynischen Skandal nicht und niemals schweigen.
Zu den iatrogen ausgelösten Konflikten gehören aber auch die Verstümmelungsoperationen, insbesondere die Amputation

der weiblichen Brust, die in sehr vielen Fällen bei den betroffenen Frauen nach dem ersten Blick in den Spiegel einen furchtbaren Selbstwerteinbruch-Konflikt hervorruft, der dann zu Knochenherden in der Brustwirbelsäule führt. Die Frauen erschrecken sich vor sich selbst und halten sich von dem Moment an für völlig wertlos.

So etwas darf einfach in Zukunft nicht mehr vorkommen und hätte schon seit fast 3 Jahren nicht mehr vorkommen dürfen. Auch die anderen Verstümmlungsoperationen (z. B. künstlicher Darmausgang) und Kastrationen durch prophylaktische Amputation beider Hoden« oder prophylaktische Bestrahlung der Ovarien der Frau zum Zweck der Kastration, wonach ein großer Teil der Patienten bei der ersten Gelegenheit einen völligen Selbstwerteinbruchs-Konflikt als Kastrat bekommt, sind menschenunwürdige Verstümmelungen, die überhaupt nicht nötig gewesen wären und längstens seit 3 Jahren überhaupt nicht mehr sein dürften.

Auch der künstliche Darmausgang gehört hier. Er wird ja derzeit noch in den meisten Fällen nur deshalb angelegt, weil der Operateur – in Unkenntnis der EISERNEN REGEL DES KREBS – natürlich nicht an einen Stopp des Krebswachstums (Carcinostase) glauben mag. Dabei würde es genügen, und das weiß man seit 3 Jahren, wenn überhaupt nötig, lediglich das betroffene Stück Darm zu entfernen und die beiden Enden des Darms wieder aneinanderzunähen.

Die Ärzte werden später alle behaupten, sie hätten nichts gewußt und seien völlig unschuldig. Sie hätten sich auf die klugen Professoren verlassen, auf die Schulmedizin und auf die ganze Literatur. Ja, hätte man ihnen irgendwas gesagt, dann hätten sie es ja selbstverständlich sofort nicht mehr gemacht, sondern hätten alles richtig und gut gemacht. Diese Entschuldigung wird später niemand je akzeptieren. Die Ärzte haben, zumindest in Deutschland, alle sehr gut und genau Bescheid gewußt, und sie hätten sich sehr leicht innerhalb einer einzigen Stunde ein gutes Bild machen können auf Grund ihrer eigenen Patienten.

Die Ärzte können sich auch nicht auf die Presse herausreden. Die meisten Journalisten sind charakterlose Schwächlinge, die nur das Motto kennen: Wes Brot ich eß, des Lied ich sing. Da ihre Brötchengeber die drei großen K sind – Kapital – Könige – Kirche –, so kann man doch von solchen, zur Charakterlosigkeit

dressierten Brötchenempfängern oder Sklavenseelen nicht erwarten, daß sie bei der Wahrheitsfindung behilflich sind. Die Ärzte hätten selbst ein unbestechliches Richteramt ausüben müssen.

Die meisten Patienten in unserem Land, auf deren Totenscheinen die Diagnose Krebs steht, sind nicht an ihrem primären Krebsleiden gestorben, sondern am iatrogenen Konflikt, will heißen: Der unwissende oder zynische Arzt hat ihnen eine solche Panik gemacht, daß sie vor Angst und Schrecken einen neuen zweiten und dritten Konflikt erlitten haben und daran gestorben sind. Oder der Arzt setzt durch unsinnige, rein lokalistische Operationen (Total-Operation von Gebärmutter und Eierstöcken, Brustamputationen, künstlichen Darmausgang oder sonstige z. B. Gesichtsverstümmelungen, Kehlkopfexstirpationen u. dgl.) so gewaltige Konflikt-Erlebnisse der Verstümmelung, des Selbstwerteinbruchs, der Todesangst oder dgl., daß der Patient diese nächsten Konflikt-Erlebnisse mit entsprechenden DHS nicht mehr bewältigen kann und daran stirbt.

Kaum einer ahnt derzeit noch das ganze Ausmaß, welchen Unsinn unsere Ärzte bei Millionen von Menschen mit ihren Verstümmelungen anrichten, wie viele Millionen »iatrogen«, also durch Ärzte bedingt, unter die Erde gebracht werden. Wenn der große Halb-Herrgott in Weiß, der große Professor Medizin-Millionär mit ernstem Gesicht ankommt und die histologische Diagnose eröffnet: »Krebs, nichts mehr zu machen«, dann fällt der Patient in einen bodenlosen Abgrund. Aber selbst dann ist der Abgrund nicht viel weniger tief, wenn der Chefprofessor-medi-Zyniker locker sagt: »Herr Müller, wir tun natürlich noch, was wir können, aber Krebs ist eben Krebs. Eine Garantie kann da niemand geben.« Dann weiß der Patient genauso »Bescheid«. Nur die Hartgesottensten unter den Patienten verdauen diese gewaltigen Keulenschläge ihrer Ärzte, diesen iatrogenen Zynismus, der für mich darin besteht, daß Leute, die nichts wissen, so tun, als ob sie etwas wüßten, nämlich etwas Negatives! Der Arzt hat heute weitgehend seine Ehrfurcht vor dem biologischen Kosmos verloren. Er fühlt sich als Macher, als Medizin-Ingenieur, der auf seinen vermeintlich so sicheren Labor- und Apparate-Daten (genannt »facts«) herumklimpert und sich wie der Herrgott persönlich fühlt. Die Ironie liegt darin, daß er gar nicht merkt, wie dumm er

eigentlich ist, wie weit entfernt von einer bescheidenen Kameradschaftlichkeit zu seinem Patienten, an dessen Stelle er doch selbst morgen auch liegen kann.

Es gibt viele Ärzte, wenn nicht die allermeisten, die sich gar nicht vorstellen können, was sie da eigentlich alles anstellen. Mit denen sollte man nicht diskutieren. Man kann einem Zyniker keine Sensibilität beibringen. Und diskutiert man mit ihm, dann versteht er immer nur »Bahnhof«. Aber wir können ja auch nicht darauf warten, bis die heutige Ärztegeneration ausgestorben ist, bis all die Schul- und Hochschul-medi-Zyniker das Zeitliche gesegnet haben, denn es kommt ja offenbar noch schlimmer. Die nachrückenden Ärzte sind danach ausgesucht, ob sie dem Klassenlehrer und den anderen Lehrern so sehr schmeicheln konnten, daß sie dafür mit einer 1 belohnt wurden, also Strebertypen, die in jeder Klasse wegen ihrer menschlichen Disqualifikation verachtet werden. Gerade diese Miesesten der Miesen werden heute Ärzte, weil man da am meisten verdient. Und diese menschlichen Nieten, die aber intellektuell qualifizierte Streber sind, die bleiben das alles ja auch als Ärzte. Seltsam, daß noch nie einem Ärztepräsidenten der Gedanke gekommen ist, junge Ärzte bzw. Medizinstudenten evtl. nach ihren charakterlichen Qualitäten auszusuchen. Nun, da traut sich eben keiner von den Paukern mehr, das zu beurteilen, weil die auch zumeist den gesunden Menschenverstand eingebüßt haben. Ich habe 5 Jahre lang Lehrer unterrichten müssen, ich weiß, wovon ich rede.

Was tun? Es nützt ja nichts, auf die zynischen Ärzte zu schimpfen, die in Zukunft, entsprechend der Streber-Auslese, noch zynischer werden, sondern es muß etwas passieren im Verhältnis zwischen Patient und Arzt. Da die Ärzte heute m. E. vollständig versagen (außer beim Geldverdienen), nachdem z. B. kein einziger Arzt unserer Republik bereit war, sich öffentlich hinzustellen und zu sagen: »Hamer hat recht oder Hamer hat unrecht, denn ich habe es geprüft an 50 Fällen«, muß man eigentlich der deutschen Ärzteschaft in cumulo das Recht absprechen, ihren Patienten noch offen in die Augen zu schauen. Man kann doch nicht mehr sagen: »Ja, das haben wir so nicht gewußt, hätten wir das gewußt, dann hätten wir natürlich, selbstverständlich . . . Das sind alles dumme Reden, für die sich keiner der in den letzten 3 Jahren gestorbenen Patienten mehr etwas kaufen kann im Jenseits. Und dieses übliche, zynische Schulterzucken, na ja, Pech gehabt, das zieht auch nicht. Wenn die Ärzte so unqualifiziert sind, daß sie so wenig Zivilcoura-

ge haben, dann haben sie auch nicht die vielen Millionen verdient. Die sollte man dann lieber redlichen Straßenkehrern auszahlen, die weniger Unfug angerichtet haben, weil sie weniger arrogant und zynisch waren. Nein, hier befinden wir uns bereits mitten im kriminellen Bereich. Die meisten Ärzte haben es im Fernsehen bei der Sendung 3 nach 9 gesehen, in den Zeitschriften und im Radio (Südfunk, WDR, Deutschlandfunk, ...) nein, die können nicht kommen und sagen, wir haben das nicht gewußt. Sie alle hätten ganz einfach mal 50 Fälle nachprüfen können, wenn sie gewissenhafte Ärzte gewesen wären mit Herz und Verstand.

Wie kann es denn nur einen einzigen Arzt geben, der seit 3 Jahren nach wie vor den Patienten das Todesurteil verliert, obgleich er weiß, daß da einer von seinen Kollegen ein ganz einfaches Mittel aufgezeigt hat, von dem er behauptet, daß es im Prinzip immer greift und daß man damit Patienten auch wenige Tage vor ihrem Tode noch retten kann? Und selbst wenn es nur ein Strohalm wäre und keine EISERNE REGEL, weshalb macht man sich nicht – für seinen Patienten – diese kleine Mühe??

17. Beispiele für Konflikte

Wir kennen im großen und ganzen 3 Arten von Konflikten entsprechend der EISERNEN REGEL DES KREBS:

1. Konflikte mit anderen (Streit mit anderen)
2. Sorgekonflikte um einen anderen Menschen, Tier oder sogar Sache,
3. Konflikte mit sich selbst.

Selbstverständlich versteht sich auch hier der Konflikt als akut dramatisches Konflikterlebnis, das als Konflikt andauert. Es handelt sich nicht um einen Konflikt herkömmlicher Freudscher Prägung, der sich aus der Kindheit erklärt und sich konfliktiv langsam aufbaut, sondern eben um ein hochakut dramatisches und isolatives Konflikterlebnis entsprechend der Definition der EISERNEN REGEL DES KREBS, im Moment des DHS, wobei der Konflikt andauert.

Grundsätzlich unterscheiden wir:

- A. Konflikt-Thema
- B. Konflikt-Gattung
- C. Konflikt-Erlebnisinhalt bzw. Konflikt-Bezug.

Dazu ein Beispiel:

- A. Konflikt-Thema: Hund
- B. Konflikt-Gattung: Sorgekonflikt
- C. Konflikt-Erlebnisinhalt: Assoziation eigener Todesangst, Sorge-Konflikt um den Hund, der eingeschläfert werden muß. (*»Vikariierende Todesangst«*) Patient erlebt stellvertretend Todesangst.

Beginnen wir mit dem ersten:

1. KONFLIKTE MIT ANDEREN (STREIT MIT ANDEREN) MENSCHEN ODER TIEREN:

Ein Patient (Schreinermeister), der als Angestellter Schreiner in einer Schreinerei arbeitet unter einem Meister, der in Wirklichkeit kein Meister ist. Der *»Meister«* legt ihm eines Tages eine

Falle, als er ihm einen Aschenbecher hinstellt. Als der Patient darauf hereinfällt und eine Zigarette raucht, denunziert ihn der »Meister« bei dem Chef der Firma und sagt, der Patient Z. habe in der Schreinerwerkstatt verbotenerweise geraucht. Pat. Z. ist über solche Falschheit außer sich vor Wut und Empörung. Er spricht mit dem »Meister« kein Wort mehr. Jeden Tag muß er an dem »Meister«, der kein Meister ist, vorbeigehen und bekommt seine Arbeit nur noch per Zettel zugeteilt oder mit wenigen Worten, zu denen der Pat. dann nichts sagt. Nicht einmal seine Ehefrau, mit der der Pat. das allerbeste Verhältnis hat, hat davon auch nur eine Ahnung. Der Pat. frißt es jeden Tag erneut in sich hinein. Er ringt oder streitet auf seine Weise mit dem verhaßten »Meister«. Nach knapp anderthalb Jahren dieses sehr heftigen Konfliktes erkrankt der Pat. sichtbar manifest an Intrabronchial-Krebs (Plattenepithel-Ca), in Wirklichkeit war er von der ersten Stunde an erkrankt, was sich in Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, kurz Sympathicotonie, ausdrückte.

Als der Pat. gezielt angesprochen wird, was um diese fragliche Zeit gewesen ist und was ihn seither Tag und Nacht quält, bricht er vollständig zusammen und weint sich hemmungslos aus. Seine Ehefrau fällt aus allen Wolken. Am nächsten Tag erfolgt die vollständige Lösung des Konflikts durch Aussöhnung mit dem »Meister«, der den Pat. auf Veranlassung des Chefs mit diesem zusammen im Krankenhaus besucht. Dies ist ein typischer Konflikt der 1. Kategorie (Streit mit einem anderen Menschen [oder Tier]).

2. SORGEKONFLIKT UM EINEN ANDEREN MENSCHEN, TIER ODER SACHE:

Der echte Sorgekonflikt setzt fast immer eine Identifizierung des Patienten mit demjenigen, um den er sich Sorgen macht, voraus. Der Patient macht den Menschen (oder auch die Sache), um die er sich Sorgen macht, sich zu eigen. Meistens handelt es sich um Kinder, Anverwandte, Freunde, auch Tiere, die man liebt. Auch hier ist notwendig, daß es sich um einen echten Konflikt handelt, d. h., der Patient ist im Widerstreit zwischen zwei Überlegungen oder Entscheidungen, oder er macht sich anschließend Vorwürfe, daß er seine Entscheidung

nicht richtig getroffen hat. Hier kann ich mich selbst als Beispiel anführen oder die Patientin, die sich Gewissensbisse macht, daß sie ihr altes Katerchen hat einschläfern lassen.

3. STREIT BZW. KONFLIKT MIT SICH SELBST:

Während schon der Sorgekonflikt im Grunde ein Zwischending ist, nämlich ein »*Streit um einen anderen Menschen*«, aber auch ein »*Streit mit sich selbst*«, so ist der Streit oder Konflikt mit sich selbst sehr mannigfacher Art: Es gibt im großen und ganzen 3 Gruppen:

1. Gruppe: Streit mit sich selbst um Grundsätze, moralische Vorstellungen, Ansehen, Gewissensentscheidungen, religiöse Konflikte.

2. Gruppe: Selbstwerteinbrüche der eigenen Person im weitesten Sinne: Verunreinigungs-(Besudelungs-), Verletzungs- und Beschämungskonflikte, Verletzung der körperlichen Unversehrtheit, Minderwertigkeitskomplex bis hin zum schweren Selbstwerteinbruch-Konflikt mit den bekannten Knochenherd-Carcinomen. Auch hier ist die Grenze zur 1. wie auch zur 3. Gruppe fließend.

3. Gruppe: Angst-Konflikte!

Die Gruppe der Angstkonflikte ist derzeit noch eine therapeutisch und prognostisch schwierige Gruppe, besonders solange noch die derzeitigen Vorstellungen über die Krankheit Krebs bestehen. Wir kennen Ängste aller Art und Intensität, von denen die schlimmsten die Existenz- und die Todesangst ist, sogar der Identifikations-Todesangst-Sorgekonflikt (Todesangst der Patientin um das Katerchen, das eingeschläfert wird). Das besonders Schlimme an den Ängsten ist, daß sie häufig nicht mit logisch rationalen Argumenten auszuräumen sind, weil sie tief im Unterbewußten gleichsam an den Kern des Menschen rühren und kreatürliche Ängste auslösen, deren Sitz im Stammhirn zu suchen ist. Die Todesangst hat immer das Angstgefühl, zu ersticken, nicht atmen zu können und macht immer Rundherde in der Lunge (beim Todesangst-Sorgekonflikt einen Solitärherd in der Lunge). Wie wir im Kapitel über

die Therapie der Konflikte lesen werden, ist zur Therapie der Todesangst ein besonders erfahrener Arzt vonnöten, der eine sehr starke suggestive Persönlichkeit haben muß und in der Lage ist, via Suggestionshypnose dem Patienten die Angst vor dem Tode zu nehmen.

Nachsatz: Auch der Konflikthalt kann vikariieren: Einer Pat., die an einem Brustkrebs erkrankte, weil sie nachts nicht ans Telefon gegangen war und am nächsten Morgen erfuhr, daß die Schwester ganz plötzlich gestorben war und offenbar sie noch hatte anrufen wollen, die Pat. bekam zweimal ein Rezidiv an der gleichen Stelle, als sie einen Konflikt ganz allein mit der Tochter ihrer Schwester erlebte. Sie hatte ein schlechtes Gewissen gegenüber ihrer Schwester und identifizierte die Nichte mit der Schwester.

18. Fallbeispiele

1. Zerwürfnis mit Meister am Arbeitsplatz
2. Ehemann spielt verrückt, läuft Amok
3. Angst vor erneuter Vergewaltigung durch Ehemann
4. Tobsuchtsanfall der Ehefrau, läuft blau an
5. Mitarbeiter wird Pat. als Meister vorgesetzt
6. Sorge um Sohn Peter, der in Not geraten ist
7. Gewaltiger Streit mit Schwager (Nachbar)
8. Selbstvorwürfe einer alten Ehefrau wegen verweigertem Oralverkehr
9. Iatrogenen Todesangstkonflikt: Pseudodiagnose der Ärzte:
»Bei Ihnen sind die Tumor-Marker gestiegen, jetzt ist die Prognose schlecht.«
10. Pat. sitzt mitsamt Möbeln auf der Straße
11. Mundschleimhaut-Ca:
Pat. verliert Führerschein (Alkohol-Tütenblasen)
12. Gebärmutterhals-Ca:
Endgültiger unvermuteter Bruch des ehelichen Intimverhältnisses
13. Kleinz. Peribronchial-Ca:
Gemeinde verweigert Omnibus-Hallenbau
14. Lungenrundherd-Ca: 2 mal Sorge-Todesangst-Konflikt, 1mal eig. Todesangst-Konflikt
15. Intrabronchial-Ca: Angst um Ehefrau
16. Leber-Ca:
Großer Ärger wegen verpaßter Silberhochzeitsreise
17. Mediastinal-Ca, Hypernephrom-Ca, Lungenherd-Ca:
Erbstreit; Milch aus Tankzug ausgelaufen; Todesangst
18. Peribronchial-Ca, Leber-Ca, Knochen-Ca:
Streit mit Ehefrau; Streit um Kind (Mutter/Ehefrau); Selbstwerteinbruch, wollte sich umbringen
19. Hypernephrom, Lungenrundherde:
Schiffsmotor versagte, Tanker trieb rettungslos auf die Küste zu; Todesangstkonflikt wegen Blutung aus der Blase
20. Mamma-Ca, Lungenrundherde, Pleura-Ca:
Pflege der Mutter verweigert; Todesangstkonflikt um Ehemann; Angst-Konflikt
21. Mamma-Ca, Mamma-Ca-Rezidiv, Knochen-Ca:
Mietstreit; Selbstwerteinbruch

22. Melanom 1980, Ursache unbekannt, Histologie unbekannt.
 Leber-Ca:
 Streit mit Sohn (Tunichtgut)
23. Pleura-Ca, Peritoneal-Ca, Mamma-Ca:
 Erkrankung des Vaters; Hysterektomie u. Ovariectomie (Kastration); Sorgekonflikt um Mann und Kind
24. Mamma-Ca, Lungenrundherde:
 Fehlgeburt; Todesangstpanik
25. Kleinzelliges Peribronchial-Ca (Zimmer, Todesangst)
26. Lungenrundherd-Ca nach Magen-Netz-Leber-Ca (Ärgerkonflikt):
 Todesangstkonflikt durch letzte Ölung des Priesters mit iatrogen-medikamentösem Rezidiv-Todesangst-Konflikt
27. Fehldiagnose »Sarkom« bewirkt Todesangstkonflikt bei 21jährigem jungem Mann, der schließlich an Lungenrundherden stirbt, obgleich sich damals die Fehldiagnose schon aufgeklärt hatte
28. Altes Hoden-Carcinom (durch Verlustkonflikt bei Tod des Freundes) bei Musterung entdeckt
29. Gebärmutterhals-Krebs-Diagnose führt zu Krebs-Angst-Konflikt. Schwangerschaft (Vagotonie) heilt Krebsangst-Konflikt!
30. Doppelfall: Konfliktrezidiv bei einem Patienten mit Speiseröhrenkrebs führt bei bereits wieder gesundem Patienten, der ebenfalls an Speiseröhrenkrebs erkrankt gewesen war, zu einem dramatischen Identifikations-Todesangst-Konflikt. Lösung des Konfliktes durch Verständnis der Zusammenhänge

Sonderfälle

Coronar-Carcinom:

1. Coronar-Carcinom: Revierverteidigungskonflikt eines alten Bürgermeisters gegen seinen jungen Rivalen
2. Coronar-Carcinom: Revierkonflikt eines alten Wassermeisters
3. Coronar-Carcinom: Revierverteidigungskonflikt eines Massagemeisters

Plasmozytom:

1. Plasmozytom: Selbstwerteinbruch einer Ehefrau wegen Eifersucht
2. Plasmozytom: Selbstwerteinbruch eines Schreinermeisters wegen des Todes der Mutter und des Altgesellen und der Tante (»Ersatzmutter«).

Vitiligo: (Weißfleckenkrankheit):

1. Vitiligo: Tiefe Enttäuschung und Bruch eines vormals guten Vater-Tochter-Verhältnisses bei jungem Mädchen
2. Vitiligo: Motorrad-Unfalltod des geliebten Vaters eines jungen Mädchens

Epilepsie:

1. Epilepsie nach Lösung eines 3fachen Todesangst-Sorgekonflikts um ihren Ehemann, der 3- oder 4mal als Taxifahrer von Fahrgästen angeschossen worden war, 2mal eigener Todesangst-Konflikt
2. Epilepsie jeweils nach Konfliktlösung von Todesangst-Sorgekonflikten

Hirnschlag:

1. Hirnschlag nach Bronchial-Carcinom
2. Hirnschlag nach Leber-Carcinom

Fall 1

1. Name: Herr Z., geb. 1931 (51 J.)
2. Diagnose: Zentrales Plattenepithel-Ca re Oberlappen
3. Histolog. Diagnose: Plattenepithel-Ca
4. Entdeckung: April 82 subjektiv und klin. diagnostiziert
5. Zeitraum bis zur Entdeckung: 14 Monate (von Febr./März 81 bis Apr. 82)
6. Konflikt-Erlebnis in Stichworten:
Pat. überwarf sich mit seinem Meister im Betrieb, der ihn beim Chef anschwärzte, weil er in der Tischlerei geraucht habe. Der Meister selbst rauchte aber auch, hatte Pat. sogar einen Aschenbecher besorgt. Nach einer dramatischen Auseinandersetzung im Febr./März 81 (*»mit dir sprech ich kein Wort mehr«*) arbeitet der Pat. mit dem Meister schweigend, ohne ein einziges Wort zu ihm zu sagen. Der Pat. leidet darunter furchtbar, denkt darüber Tag und Nacht nach, ist völlig verzweifelt. Der Konflikt – der einzige, den er je hatte – ist nach wie vor hochaktiv!
7. Psyche:
Ruhiger, gewissenhafter, aber verbissener Schlesier, korrekt und fleißig, haßt nichts so sehr wie Ungerechtigkeit, die er niemals vergessen kann!
8. Sozial-Anamnese:
Pat. ist verheiratet, hat 2 Kinder von 19 und 12 J., wohnen bei ihm, hat ein gutes Verhältnis zu Frau und Kindern. Hat Tischler gelernt, arbeitete bis zu seiner Erkrankung als Tischler. Im Betrieb kam es wegen einer Bagatelle zu einem vollständigen Zerwürfnis mit dem Meister, mit dem der Pat. aber jeden Tag zusammenarbeiten mußte, ohne mit ihm ein Wort zu wechseln.
9. Krankheiten:
Bisher war der Pat. nie ernstlich krank.

10. Konflikt-Erlebnis (ausführlich):

Ende Febr. oder Anfang März 81 geriet die Welt des Pat. völlig aus dem Gleichgewicht, und zwar ganz akut und dramatisch, obwohl es eigentlich eine Bagatelle hätte sein können. Aber die Ungerechtigkeit, die dahintersteckt, kann der Pat. nicht ertragen. Es war der einzige und gleichzeitig alles überschattende Konflikt, den er je erlebt hat:

Der Meister hatte dem Pat. einen Aschenbecher besorgt und ihm erlaubt zu rauchen, zumal er selbst in der Frühstückspause Zigarren zu rauchen pflegte. Eines Tages warf ihm der Meister vor, er würde rauchen, was verboten sei. Darüber geriet der Pat. so in Harnisch ob dieser Ungerechtigkeit, die darin bestand, daß der Meister ihm doch selbst den Aschenbecher besorgt hatte und nun so tat, als wisse er das gar nicht mehr, daß der Pat. in äußerster Erregung rief: Mit dir rede ich kein einziges Wort mehr! Dies hat er unter furchtbarer eigener Qual auch bis heute durchgehalten. Kurze Zeit später habe ihn der Meister noch beim Chef »verpiffen«. Möglicherweise hat der Meister auf diese Weise die Sache, wenn auch etwas ungeschickt, wieder einrenken wollen. Nun geriet der Pat. erst recht in eine vollständige Starre. Wenn er den Meister nur sieht, dann krampft sich schon alles bei ihm zusammen.

Dabei arbeitet er eigentlich gerne dort, wenn nur der Meister nicht wäre! Die Sache berührt ihn so stark, daß er bei der Schilderung in Schluchzen und krampfhaftes Weinen ausbricht und von OÄ Dr. Hruschka und mir nur mühsam getröstet werden kann. Es ist das erste Mal, daß er über »*seinen Konflikt*« hat sprechen können. Ansonsten ist er am Leben völlig verzweifelt.

11. Verlauf:

Der Konflikt ist hochaktiv seit Febr./März 81. Der Pat. leidet furchtbar selbst darunter.

12. Bemerkung:

Frau OÄ Hruschka glaubte bei der Untersuchung ihren Ohren zunächst nicht zu trauen. Daß natürlich über den Konflikt der Konflikte des Pat. nichts im Krankenblatt stand, konnte man sich denken, aber daß alle vorher postulierten Kriterien so exakt geradezu demonstriert wurden, war geradezu unheimlich. Und dabei war völlig klar, daß es da überhaupt nicht den

Schatten eines anderen Konfliktes gab, den man vielleicht alternativ sich hätte »heraussuchen« können. Um seinen Konflikt drehten sich die Gedanken des Pat. Tag und Nacht!

13. Prognose:

In diesem Fall ist der Pat. zwar vollständig verzweifelt. Aber dies ist ein therapeutisch sehr aussichtsreicher Fall! Die Therapie wurde auch sofort am gleichen Tag in Gang gesetzt. Ich halte sie für sehr erfolgversprechend. Bei dem Pat. besteht ein echter Leidensdruck, und er war geradezu erleichtert über seine Beichte, über die er ja nicht einmal bisher richtig mit seiner Frau hat sprechen können.

14. Therapie:

Der Konflikt muß dringend ausgeräumt werden. Dazu soll eine Versöhnung mit dem Meister herbeigeführt werden, der sich beim Pat. entschuldigen sollte. Wahrscheinlich liegt nur ein großes Mißverständnis vor.

15. Die 5 Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBS sind sämtlich exakt erfüllt: hohe Konflikt-Erlebnis-Dichte, akuter dramatischer Beginn, initiale psych. Isolation, Lokalisation entsprechend dem Konfliktinhalt und Verlaufsdauer entsprechend Krebsdauer.

(Dr. Hruschka, Oberärztin)

(Dr. Hamer)

Zu Fall 1

Bemerkung und weiterer Verlauf:

Dieser Patient, dessen Original-Protokoll aus einer Stuttgarter Lungenklinik verwendet werden kann, weil er in der Sendung III nach neun seinen Fall selbst geschildert hat, lebte sehr gefährlich:

Schon vor der Sendung III nach neun wurde er von Agenten des ital. Königshauses aus München rund um die Uhr beschattet, wie die Ehefrau amtlich zu Protokoll gab, weil man hoffte, das Ganze als Schwindel entlarven zu können und damit gleichzeitig den Dr. Hamer als Schwindler für eine Anklage im Prozeß in Bastia (Korsika) disqualifizieren zu können.

Der Patient, dem es sehr gut ging (nach 15 kg Gewichtsverlust später wieder Übergewicht!) hatte seit einem Kuraufenthalt in Bad Reichenhall, bei dem man ihm fein zerstäubte Sole in die wunden Bronchien gesprüht hatte, laufend Beschwerden in dem vom Krebs betroffenen Bronchialbereich. Er hatte dann jeweils eitrigen Auswurf und Temperatur, bis der Bronchus wieder Abfluß hatte. Dann ging es ihm wieder gut.

1 Jahr nach der Konfliktlösung kam der Patient wieder mit einer solchen Bronchial-Sekretverhaltung in die gleiche Klinik, in der damals das Original-Protokoll aufgenommen worden war. Er erholte sich auch hier rasch wieder, konnte wieder spazierengehen. Die Röntgenologen hatten bei allen Kontrollen stets einstimmig bestätigt, daß der Krebs im re Oberfeld stationär, also nicht fortgeschritten sei.

Es entspann sich zwischen mir und dem Chefarzt der Klinik ein Schriftwechsel, in dem ich ihn bat, nunmehr Wort zu halten und mir zu bestätigen, daß ich mit meinem System recht habe, denn der Patient habe ja in den nächsten Tagen 1 Jahr überlebt, während man ihm auf dem schulmedizinischen Weg damals nur mehr wenige Wochen Überlebenszeit eingeräumt habe.

Genau an dem Tag, an dem das Jahr um war, starb der Patient einen mehr als rätselhaften Tod – ohne jegliche Prodromalzeichen. Die von mir eingeschaltete Staatsanwaltschaft ermittelte, weil ich die Vermutung eines Giftmordes schriftlich zu Protokoll gegeben hatte. Ein Motiv hätten ja wohl in erster Linie die Leute gehabt, die ihn rund um die Uhr beschattet hatten.

Über das Ergebnis der Ermittlungen wurde mir nichts mitgeteilt. Ich glaube nicht, daß die Staatsanwaltschaft ernsthaft ermittelt hat. In einem ähnlich gelagerten Fall sagte mir die Kriminalpolizei, sie weigere sich grundsätzlich, gegen die Mafia zu ermitteln.

Fall 2

Frau H. S., 45 Jahre

Diagnose: Brustkrebs und Lymphknoten-Krebs unter der Achsel rechts

KONFLIKTERLEBNIS:

Eine Patientin in Österreich hatte mit ihrem Mann seit 1 Jahr vermehrte Spannungen, nicht sexueller Art, wie sie ausdrücklich betonte, sondern menschlicher Art. Ihr Mann wollte verhindern, daß sie sich als Persönlichkeit weiterentwickeln könne.

3 Monate vor der Erkennung des Brustkrebs kam es – zwischen vielen kleinen Reibereien – zu einem ganz gewaltigen, handgreiflichen Streit: Das sei das allerschlimmste Konfliktenerlebnis gewesen, das sie je erlebt habe. Ihr Mann habe völlig verrückt gespielt, habe ihre so sehr geliebten Kupfertöpfe in der Küche in der Gegend herumgeworfen, um sie zu demütigen und zu kränken. Es sei ganz schlimm gewesen. Sie habe darüber mit niemandem sprechen können, da sie sich sehr geschämt habe ob dieses wüsten Auftretens ihres Ehemannes, was er sonst noch niemals gemacht habe.

Seither gehe der Streit unvermindert weiter, es sei ganz schlimm, sie leide sehr darunter.

Diese Beichte wurde in Gegenwart des Chefprofessors, eines Gynäkologen, eines Psychiaters und eines weiteren Kollegen und mir gemacht. Vor Beginn der Befragung war der Psychiater der Meinung gewesen, die Patientin könne doch keine Konflikte (im Freudschen Sinne) haben. Alle Beteiligten waren dann sehr betroffen. Die Kollegen hatten sich bis dahin nicht vorstellen können, »daß ein paar Kupferkochtöpfe einen Brustkrebs verursachen könnten«. In Wirklichkeit waren es ja auch nicht die Kupferkochtöpfe, sondern sie waren nur das Symbol für den Wunsch der Patientin, ihre individuelle Persönlichkeit zu verwirklichen. Sie waren deshalb dem Ehemann ein besonderer Dorn im Auge, weil die Patientin sie besonders liebte. Sie empfand deshalb den Angriff gegen ihre geliebten kupfernen Kochtöpfe als Angriff gegen ihre eigene Persönlichkeit.

Der Professor ordnete daraufhin an, daß in Zukunft alle Patientinnen von dem Hauspsychiater auf solche oder ähnliche Konflikte befragt werden sollten. Auf eine Amputation der Brust mochte man gleichwohl noch nicht verzichten, obgleich damit gleich der nächste Konflikt vorprogrammiert wird.

Fall 3

Frau Z., 50 Jahre

Kurzzusammenfassung:

Diagnose: Collum-Carcinom, Stadium 2b, entdeckt Mai 82

DH-Syndrom: März 81 (oder April 81 – vom Roten Kreuz Brief vom Vater aus Polen)

Zeitraum: (Manifestationszeit) 13 Monate

Konflikt in Stichworten: Patientin war vor 22 Jahren in Polen vom Ehemann in einer Nacht sexuell schwer mißhandelt und geschlagen worden, so daß der Ehemann dafür 1 Jahr ins Gefängnis mußte. 13 Monate vor der manifesten Erkrankung kam durch das Rote Kreuz ein Brief, daß der Mann, den sie seit 22 Jahren, nach diesem Vorfall, nicht mehr gesehen hat, nunmehr in den Westen wolle. Die Frau gerät in Panik, immer steht ihr diese Nacht wieder vor Augen. Die Briefe häufen sich, die Panik reißt nie ab. Manifeste Erkrankung im Mai 82, inoperabel, incurabel, die Patientin kam unter 10 Ampullen Morphinum tägl. hier an, man hat ihr gesagt, es könne höchstens noch 4 Tage dauern, Patientin konnte nicht mehr liegen, war kaum noch ansprechbar.

Konfliktausräumung bestand in einem Brief, den die Tochter am 26. 11. 82 auf meine Bitte hin an den Vater geschrieben hat, daß er gefälligst in Polen zu bleiben hat. Seither rascher Abbau der Opiate. Gewichtszunahme, Patientin fühlt sich bereits wieder wohl, kann schon mehrere 100 Meter am Stück gehen, guter Appetit.

Die EISERNE REGEL DES KREBS ist exakt erfüllt: akut dramatischer konfliktiver Beginn mit Isolation (Patientin konnte darüber nicht sprechen). Lokalisation entsprechend Konflikthalt (sexuell), Erkrankungsverlauf entsprechend Konfliktverlauf, seit 26. 11. gestoppt.

Weiterer Verlauf: 3 Wochen nach der Entlassung nach Hause feiert die Pat. eines Abends bei Verwandten. Morgens wacht sie nicht auf, ist ohnmächtig. Im Krankenhaus wissen die Ärzte nicht, warum die Pat. ohnmächtig ist. Alle Laborwerte sind normal. Pat. stirbt 1 Woche später, ohne das Bewußtsein wiedererlangt zu haben. Meine Diagnose: »Hirnschlag« durch HAMERschen HERD mit perofocalem Oedem in der pel-Phase.

Fall 4

Herr S., 48 Jahre

Kurzzusammenfassung:

Diagnose: Nichtverhornendes Plattenepithel-Bronchial-Carcinom, rechter Oberlappen und Hauptbronchus, Mediastinal-Lymphknoten, Hauptbronchusummauerung, entdeckt: Januar 82
DH-Syndrom: Juli 80

Probeparasitomie März 82: inoperables Carcinom

Konflikt: Ehefrau des Patienten ist geisteskrank, bekommt häufig Tobsuchtsanfälle. Im Juli 1980 lief die Ehefrau blau an, schrie furchtbar und tobte. Der Patient hatte große Angst, daß sie ihm unter den Händen stirbt.

Patient: *»Ich habe gezittert an Leib und Seele, ich hatte Angst, daß sie stirbt und ich eingesperrt würde.«* Die Anfälle wiederholten sich in der nachfolgenden Zeit, bis der Patient im März 82 kurz vor der Operation aus der gemeinsamen Wohnung auszog und sich von seiner Frau trennte.

Therapie und Verlauf: Der Konflikt ist durch die Trennung von der Ehefrau ausgeräumt. Folgerichtig verheilte das Bronchial-Carcinom narbig schrumpfend in typischer Weise, obwohl es als inoperabel und incurabel galt.

Patient ist Heilpraktiker.

Die EISERNE REGEL DES KREBS ist exakt erfüllt. Hochakutes, dramatisches Konflikterlebnis mit 18monatiger Manifestationszeit, Krebslokalisation entsprechend Konflikthalt, Krebsverlauf entsprechend dem Konfliktverlauf.

Prognose: sehr gut. Der Patient ist mit narbigem Restzustand des rechten Oberlappens praktisch gesund.

Fall 5

Herr R., 45 Jahre

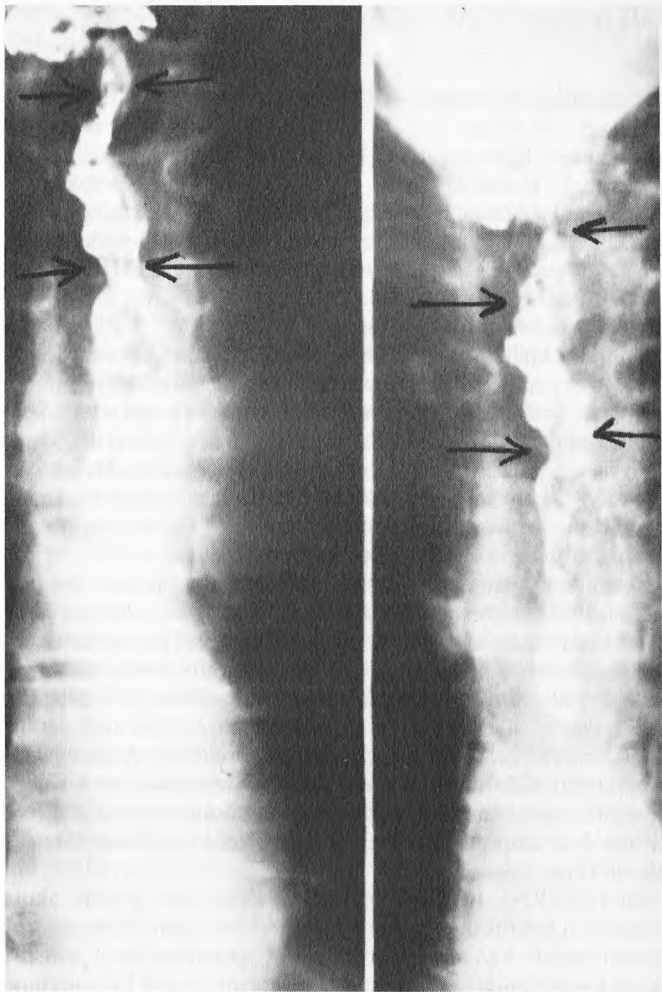
Diagnose: Oesophagus-Carcinom (Speiseröhrenkrebs) im mittleren Drittel der Speiseröhre, 7 cm groß, inoperabel

DHS: Im April 81 kommt der Pat. aus dem Osterurlaub wieder zurück in seine Firma und findet dort zu seinem großen Schreck seinen Arbeitsplatz besetzt, und zwar just von dem jungen Mann, den er in der Kunst der Glasbläserei angelernt hatte. Nicht genug damit: Der Chef hatte ihm versprochen, er könne seinen Meister machen, der er in Wirklichkeit in seinem Betrieb schon war. Und nun sollte er plötzlich auf seinen Anlernling hören, der weder Meister war noch es auch nur annähernd so gut verstand wie der Pat. Ein riesiger Krach mit dem Chef folgte, anschließend Strafversetzung an einen schlechten Arbeitsplatz im gleichen Betrieb. Pat. sagt, er habe nur geschluckt, geschluckt, geschluckt . . . war außer sich.

Dauer des Konflikts: Der Konflikt war hochaktiv von April 81 bis zum Mai 82, da wurde der Pat. entlassen. Aber auch da wurmte ihn die Angelegenheit noch, bis er im Juni 82 erfuhr, daß die Firma unmittelbar vor dem Konkurs stehe. Da bekam der Pat. wieder Auftrieb. Einen Monat später machte die Firma Konkurs. Bis Juni 82 hatte der Pat. 20 kg an Gewicht abgenommen, jetzt nahm er wieder 4 kg zu. Er hatte seinen Seelenfrieden wiedergefunden. Seit Juni 82 nahm der Speiseröhrenkrebs nicht mehr zu. Der Konflikt war gelöst.

Man hatte dem Patienten gesagt, daß er inoperabel sei, man nichts mehr für ihn tun könne. Der Pat. war nur wenige Tage in meiner Behandlung, weil er keiner Behandlung mehr bedurfte, denn sein Konflikt konnte ja mit Sicherheit nicht mehr zurückkehren. Ich habe ihn noch $\frac{1}{2}$ Jahr beobachtet: Er konnte normal essen, nahm weiter an Gewicht zu, der Krebs schrumpfte. Pat. fühlte sich wohl.

Der Pat. war weder operiert, bestrahlt oder mit Zytostatika vergiftet worden: ein Glück für ihn!



R. J., 45 Jahre, Speiseröhren-Carcinom im mittleren Drittel (siehe Pfeile).

Fall 6

Kurzzusammenfassung:

Herr S., 55 Jahre

Diagnose: Plattenepithel, Bronchial-Carcinom rechts zentral, inoperabel. Entdeckt Ende September 82, vermehrt Husten, Temperatur, zeitweise blutiger Auswurf, Gewichtsabnahme 8 Kilo. Februar/März 81: Patient erfuhr davon, daß sein Sohn P. in der TH abgesattelt hatte. P. war jetzt arbeitslos, Ehefrau arbeitslos, 2 Kinder.

Manifestationszeit: 18 Monate

Konflikt: Im Februar/März 81 erfuhr der Patient, daß sein Sohn P. 3 Semester nach dem Vordiplom in Elektrotechnik die TH aufgegeben hatte, weil er 1 Kind hatte und seine Frau das 2. erwartete. Seine Frau hatte noch Arbeit damals, die sie nach der Geburt des Kindes dann verlor. Patient: Wenn ich abends zu Bett ging, dachte ich: Was wird aus P., wenn ich morgens aufstand, dachte ich: Was wird aus P. Im Februar 81 war ich furchtbar geschockt, hatte das in mich hineingefressen, konnte nicht darüber sprechen.

Konfliktausräumung erfolgte praktisch nur realistisch: Dringendes schriftliches Gesuch des Arztes an die Ingenieurschule B., P. sofort in das laufende 5. Semester aufzunehmen, als Härtefall, und ihm die Chance zu geben, im Juni 82 Examen zu machen, damit er seine Familie ernähren kann. Die TH B. (Frau M.) entsprach sofort dem hiesigen Wunsch, P. kommt sehr gut mit und bereitet sich aufs Examen vor. Patient: »Mit P. ist alles in Ordnung«, das belastet ihn nicht mehr. Patient hat inzwischen wieder 4 Kilo an Gewicht zugenommen, fühlt sich wohl, röntgenologisch ist eine narbige Schrumpfung des ehemals von Krebs befallenen Bezirkes festzustellen.

Die EISERNE REGEL DES KREBS ist exakt erfüllt: akuter dramatisch konfliktiver Beginn, Manifestationszeit 18 Monate, bei kontinuierlich andauerndem Konflikt (Konflikthalt entsprechend Lokalisation), Konfliktverlauf entsprechend Erkrankungsverlauf. Seit dem 3. 11. 82 (Brief an TH) Konflikt ausgeräumt, Beginn der Genesung.

Der Pat. starb im Sept. 83 an einem »Schlaganfall«. In Wirklichkeit vermutlich an den Spätfolgen eines HAMERSchen HERDES, vielleicht auch an einem Konflikt-Rezidiv mit erneuter Conflictolyse.

An die Technische Hochschule B
z. Hd. Frau M.

Betr.: Herrn P. S., extremer Härtefall, sofortige Aufnahme in das laufende Semester, Elektrotechnik.

Sehr verehrte Frau M.

Bitte, verstehen Sie diesen Brief gleichzeitig als den eines Arztes und den eines Mitmenschen meiner Patienten. Es geht um einen extremen Härtefall: Vater zweier kleiner Kinder, der eben durch diese Kinder nach bestandenen Vordiplom an der TH Hannover abgesattelt hat, jetzt arbeitslos, Ehefrau arbeitslos, und Vater durch diesen Konflikt an Bronchial-Krebs erkrankt. Es geht überhaupt nicht schlimmer. Unsere Behörden können getrost alle Sozialität vergessen, wenn sie nicht in der Lage sind, in solch einem Fall, der unverschuldet zustande gekommen ist, sofort und unkonventionell zu helfen!

Was nützen alle für Normalfälle durchaus sinnvolle Bestimmungen, wenn sie sich in einem solchen Härtefall als untauglich erweisen. Ich appelliere an Ihren gesunden Menschenverstand, mir zu helfen. Ich bin sicher, daß Sie einen Weg finden werden, daß Herr S. sofort, noch morgen, das Studium aufnehmen kann. Das Leben des Vaters hängt an Ihrer Entscheidung. Ich schicke Herrn S. mit sämtlichen Unterlagen zu Ihnen persönlich und bitte Sie, um alles in der Welt, diesen Fall ausschließlich persönlich zu bearbeiten und die sofortige Ausführung zu veranlassen. Ginge es um mich, dann würde ich Sie sicherlich nicht so intensiv betteln. Aber ich weiß, wovon ich spreche. Und ich bin sicher, daß Sie mich auch verstehen werden. Morgen früh rufe ich Sie an.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr sehr ergebener

Fall 7 (verkürzt)

BRONCHIAL-CARCINOM NACH STREIT MIT DEM SCHWAGER

Plattenepithel-Bronchial-Ca, Manifestationszeit 19 Monate, DHS im Juni 79, Beschwerden (Stiche in der Brust) Januar 81, Untersuchung im März 82

Bis 1978 war die Welt des Pat. eigentlich so ziemlich ganz in Ordnung. 1978 aber starb seine Lieblingsschwester, mit der er einen besonders guten Kontakt hatte. Das eigentlich Schlimme aber war nicht so sehr der Tod der Schwester als das dadurch veränderte Verhältnis zu dem Schwager, dem Ehemann der verstorbenen Schwester. So ganz richtig gut leiden mögen habe er ihn nie, meint der Pat. Es scheint auf Gegenseitigkeit beruht zu haben. Aber die Schwester hat stets erfolgreich vermittelt, und der Schwager hat sogar die Autos des Pat. (angeblich alle!) »zu Ende gefahren«, wie der Pat. sagt.

Nach dem Tod der Schwester aber kam die gegenseitige Aversion ungehemmt durch. Eine Zeitlang bewohnte man noch notdürftig die Form, zumal man im nahe gelegenen Schrebergärtnerverein mit den Gärten direkt benachbart war und auch die Wohnhäuser nahe beieinanderlagen.

Im Juni 79 aber kam es zu einem lautstarken schweren Streit über den Gartenzaun. Dabei ließ sich der Schwager dazu hinreißen, eine schwere Kanaldeckelplatte aus Eisen über den Zaun zu schleudern, dem Pat. ans Bein. »*Er wollte mich kampfunfähig machen.*« Der Pat. war momentan wie versteinert, brachte kein Wort heraus und zog sich grollend vom Kampfplatz zurück. Er war am Bein verletzt. Zeugen gab es nicht. Der Pat. lief, wie er sagt, erst einmal einige Stunden in starker Erregung in der Gegend herum, mit seiner Frau sprach er erst einmal nicht. Erst viel später konnte er dann schließlich auch mit ihr darüber sprechen.

Seither gibt es einen dauernden »*Grabenkrieg*«. Es gab ein Gerichtsverfahren, bei dem der Pat. aber keinen Zeugen aufbieten konnte und somit noch eine weitere Niederlage einstecken mußte. Auch hat sich jetzt der Schwager mit Hilfe seines Schwiegersohns »*besseren Kreisen*« zugewandt und redet jetzt von dem Pat. und den Schrebergärtnern, wenn die mal gemütlich beisammensitzen,

als von »dem Saufrack«. Auch die Verbalinjurien, die der Schwager dem Pat. bei dem Streit gesagt hat: »Du Mistkerl« etc., kann der Pat. nicht vergessen. Wenn ihm der Druck zu viel wird, fährt er nach Österreich in den Urlaub, meist mit seiner Frau, manchmal allein.

Er macht immer einen großen Umweg, wenn er zu seinem Schrebergarten geht, um dem Schwager nicht zu begegnen. Aber oft trifft er ihn, noch dazu in seinem ehemaligen Auto sitzend und vermeintlich höhnisch lächelnd über seine vermeintlichen Siege.

Der Pat. hat sogar in seinem Schrebergarten parallel zu dem etwa 30 m langen gemeinsamen Zaun auf seinem Grund noch einen zweiten Zaun gezogen, damit er den »gemeinsamen Zaun« nicht berühren braucht. Es sei jetzt da »Niemandland«, meint er.

Der ganze Streit ist so verbissen und hat so zwanghaften Charakter, daß er nur bei Kenntnis der Mentalität einfühlbar ist. Eine Therapie kann nur in einem glücklichen Umstand liegen, der diesen verbissenen Streit beenden würde. Angeblich habe er schon mal versucht, ihn zu beenden. Aber das sei gescheitert. Und nun ließe er sich nie mehr beenden. Die einzigen »Pausen« sind die Urlaube in Österreich.

Der Konflikt ist seit Juni 79, also seit kurz nach der Pensionierung, hoch aktiv! Die Pensionierung ist dabei möglicherweise ein zusätzlicher ungünstiger Faktor, weil der Pat. nun keine Ablenkung mehr durch seinen Beruf hat.

Wenn der Pat. im Urlaub ist, ist der Konflikt, wie er sagt, deutlich abgeschwächt, flammt aber dann doppelt stark wieder auf, wenn er zurückkommt und den Schwager wieder sehen muß.

Bemerkung:

Der Pat. hat mehrfach einen Anlauf genommen, den Ärzten seine Konfliktprobleme nahezubringen, auf seine etwas kauzige Art. Die Kollegen sahen das aber nur als cerebral-sklerotische Spinnerei eines verschrobenen Kauzes an und weigerten sich, diesen »Unsinn« zur Kenntnis zu nehmen. Deshalb geriet der Pat. bereits in der Klinik in den Verruch eines cerebral-sklerot. paranoiden Spinners. Es war deshalb schwer, ihn noch einmal zu einer zusammenhängenden Schilderung seines Konflikterlebnisses zu bewegen. Immer wieder sagte er: »Ach, die Ärzte halten mich ja doch nur für verrückt, wenn ich davon etwas erzähle, die denken dann, ich spinne. Dabei bewegt es mich doch Tag und Nacht.« Die Tatsachen, die er berichtete, waren, von der etwas kauzigen Art abgesehen, wie er sie berichtete, messerscharf und exakt. Er

konnte sogar alles mit genauestem Datum angeben. Man hatte dem Pat. Unrecht getan von seiten der Ärzte.

Dieser Fall wirbelte im August 82, kurz vor der Sendung III nach neun von Radio Bremen, sehr viel Staub auf.

Der Oberarzt einer Universitätsklinik, Onkologe und Priv.-Dozent, der bei der Untersuchung anwesend gewesen war, hatte folgendes attestiert:

In umseitigem Fall waren die sogenannten fünf Kriterien der sogenannten EISERNEN REGEL DES KREBS unter anamnestischen Gesichtspunkten erfüllt. R.M. 2.8.82 Univ.-Kl. K.

Als man merkte, daß er eigentlich unterschrieben hatte, daß die EISERNE REGEL DES KREBS zutreffend ist – denn von Zufall konnte ja wohl nicht die Rede sein, da die Klinik selbst einen willkürlich herausgegriffenen Fall bestimmt hatte –, geriet der gute Oberarzt in arge Bedrängnis. Sein Chef, Deutschlands führender Onkologe, verlangte von ihm, er solle »*seine Unterschrift zurückziehen*«, was er dann auch versuchte. Der Chef war wiederum unter Druck gesetzt worden vom Münsteraner Pathologen. Ich schrieb dann zurück, ich sei bereit, ihm das Original zurückzugeben und die Unterschrift für ungültig anzusehen, wenn irgend etwas an dem Vorgang unkorrekt gewesen sei oder nicht stimme. Das solle mir der Chef dann bitte selber schreiben. Das mochte der dann aber nicht, weil nämlich alles exakt gestimmt hatte.

Was aus dem Patienten geworden ist, konnte ich nicht verfolgen, ich hatte in meinem Protokoll dazu geraten, man solle den Schwager des Patienten einbestellen in die Klinik zusammen mit Pfarrer oder Bürgermeister, und eine Versöhnung zu arrangieren versuchen.

Über solches Ansinnen meinerseits haben allerdings die Onkologen nur müde arrogant gelächelt. Einer sagte: Wo käme ich denn dann hin? Ich habe nicht nur einen oder zwei Patienten zu behandeln, sondern 100 oder mehr. Die kann ich nur mit Spritzen behandeln, Schluß.

Fall 8

Frau F. T., aus K. 69 Jahre

Diagnose: Invasives Plattenepithel-Gebärmutterhals-Carcinom, Stadium III b

Zeitraum vom DHS bis zur subjektiven Entdeckung 10 Monate (Blutung)

Konflikterlebnis:

Eine 69jährige verheiratete Patientin, die eine sehr strenge Erziehung genossen hatte als uneheliches Kind, liebte ihren Mann August von Herzen. Er war die große Liebe ihres Lebens.

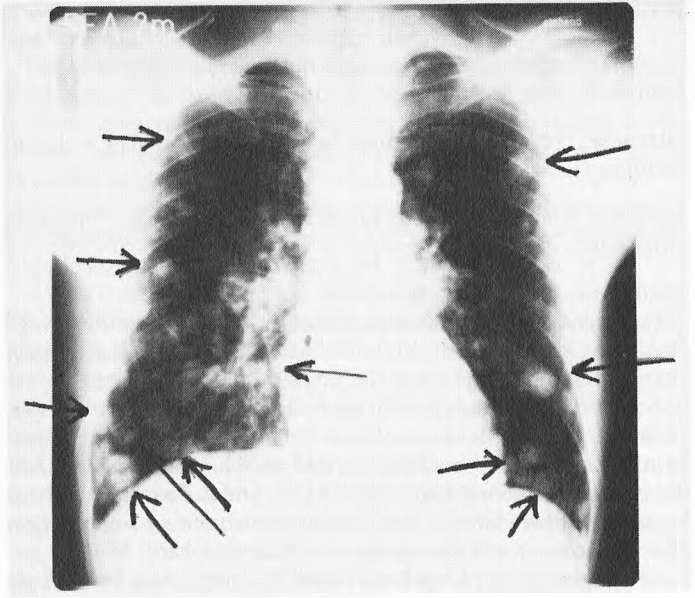
Als ihr Mann August nun im hohen Alter impotent wurde, vertraute er sich in dieser Hinsicht eines Abends mal seinen Skatbrüdern an. Dabei erfuhr er, daß sie schon seit längerer Zeit das gleiche Problem gehabt hatten wie er und daß sie eine tragbare Lösung gefunden hätten: Ihre Ehefrauen würden »*es jetzt mit dem Mund machen*«, und das sei ein durchaus gangbarer Weg.

Als August diesen Abend von seiner Skatrunde nach Hause kam und im Bett lag, druckte er eine Weile herum und gestand dann seiner Frau, welch günstige Lösung seine Skatbrüder im Falle seines und auch ihres eigenen Problems gefunden hatten.

Dasagte seine Frau entsetzt: »*Nein, August, nein, das nicht!*« Kein Wort weiter konnte sie sprechen. Sie war völlig aufgewühlt von diesem unsittlichen, ja unanständigen sexuellen Ansinnen. Andererseits tat ihr ihr armer Ehemann leid. Und warum sollte er es schlechter haben als seine Skatbrüder. Wiederum empfand sie es als in höchstem Grade sexuell-unanständig, das Glied ihres Mannes mit dem Mund zu berühren, wenn das ihre Mutter wüßte ...

10 Monate wurde über dieses Thema nicht gesprochen. Aber die Patientin dachte tagsüber an nichts anderes mehr und träumte nachts davon, besorgte sich sogar in der Stadt »*Fachliteratur*« darüber. Dadurch kam sie nur noch tiefer in ihren Konflikt hinein, weil dort der sog. »*Oralverkehr*« nicht als etwas Unanständiges oder gar Perverses bezeichnet wurde.

Nach 10 Monaten bemerkte die Pat. eine Blutung. Nur widerstrebend und mit schlechtem Gewissen vertraute sich die Pat. ihrem Arzt an. Ein aufklärendes Gespräch mit der Tochter – Schwiegersohn – Ehemann brachte schließlich die Sache wieder ins Lot.



Fall 9

Jochen B.

Die Tumor-Marker sind angestiegen:

30-jähriger Patient, der als 12-jähriger Schüler folgendes miterleben mußte: Sein bester Freund und er wollten über die Straße rennen. Er selbst stoppte im letzten Augenblick, der Freund rannte los – und wurde im nächsten Augenblick von einem Auto erfaßt – vor den Augen des Jungen – und bis zur Unkenntlichkeit zugerichtet und zerquetscht.

Der Junge war damals schreiend und in wilder Panik weggerannt, war den ganzen Tag durch die Umgebung geirrt, kopflos, wie von Sinnen.

Damals erlitt der Junge ein Hoden-Carcinom bzw. einen Verlust-Konflikt. Er fühlte später immer eine kleine verhärtete Stelle, quasi ein kleines hartes Knötchen am li Hoden.

Mit 29 Jahren erlitt er eine Prellung an diesem gleichen Hoden, als er mit dem Gesäß auf die Kante eines Autoanhängers stürzte. Es bildete sich ein großer Bluterguß. Als dieser Bluterguß wieder etwas zurückgegangen war, konnte man wieder den kleinen Knoten tasten, der da schon seit fast 20 Jahren war. Der Hausarzt schickte ihn ins Krankenhaus, mit der Befürchtung, es könne sich durch die Prellung »*Krebs entwickelt*« haben.

Im Krankenhaus wurde der Patient operiert, der Hoden exstirpiert, Ergebnis: Bluterguß und »*ein kleiner Krebs*«. Man sagte, er sei eingekapselt, also »*noch im Beginn*« gewesen!

Nun begann der Leidensweg des Patienten. Er wurde »*vorsichtshalber*« mit Zytostatika vergiftet.

Aber das überstand er noch alles, erholte sich sogar wieder davon, konnte schon wieder etwas arbeiten, als er braungebrannt von einem Urlaub zurückkehrte.

Nichts Böses ahnend, ging er dann mal zu einer »*Nachsorge-Untersuchung*«. Dort wurde ihm gesagt, nun seien die »*Tumor-Marker*« (CEA = Carcino-Embryonales Antigen) angestiegen und die Prognose nunmehr schlecht. Ein ausgemachter Blödsinn!

Der Patient, dem es doch eigentlich wieder recht gut ging, geriet schlagartig in völlige Todesangstpanik, wurde nun gar noch weiter oder erst recht mit den radikalsten Zytostatika »*therapiert*«, geriet durch die Nebenwirkungen noch immer mehr in Todesangstpanik und dachte schließlich Tag und Nacht an nichts anderes mehr als an den Tod!

3 Monate nach der »*Tumor-Marker-Diagnose*« starb der Patient. Das obige Bild mit den massiven Lungenrundherden in beiden Lungenflügeln wurde wenige Tage vor seinem Tode in der Klinik angefertigt.

Fall 10

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

V., E.

Übersicht

Ausgedehntes LEBER-CARCINOM DHS – 30. Oktober 82 CL –
6. 8. 83 Hauptsächlicher Konflikt v. 30. 10. 82

Sub. Beschwerden
schon seit Ende 82
Manifestationszeit

30. Oktober bis Ende Februar – 6 Mon.

DHS

Am 30. Oktober wurde die Pat. mit allen Sachen von der Schneiderwerkstatt ihres Mannes auf die Straße gesetzt, weil die Schwägerin der Pat. ihr Versprechen brach, dem Ehemann der Pat. ein Ladenlokal zu geben. Die Pat., die eine sehr stolze Frau ist, hat noch nie eine solche Demütigung in ihrem Leben erfahren. Die anschließende Unterbringung der Sachen und das dauernde Überwachen ihrer Sachen – etwa 6 Monate – man hatte sie in einer Garage untergestellt – war furchtbar für sie. Am schlimmsten war, als die Pat. einen ganzen Tag bei den Sachen im Regen zubringen mußte, wie eine Zigeunerin. Am 12. 3. 83 hat der Ehemann der Pat. schließlich den Laden bei dessen Schwester bekommen, aber die Pat. konnte sich darüber nicht recht freuen.

Diagnosestellung

Juni 83 – inoperables und inkurables Leber-Ca, sehr ausgedehnt.

Konflikt

Die Pat. war Chefsekretärin bei der Firma Shell, hatte nur mit Direktoren zu tun, war eine sehr stolze Frau, war sehr anerkannt, konnte eine ganze Reihe von Sprachen perfekt.

Der Ehemann war Schneidermeister, hatte einen Laden. Als das Geschäft nicht mehr so gut ging, hat die Schwester des Ehemannes ihm angeboten, ihm in ihrem Hause ein Ladenlokal kostenlos zu

überlassen. Der Ehemann der Pat. hatte sich darauf verlassen. Als es aber soweit war, daß er den Laden bekommen sollte, hatte die Schwester des Ehemannes einen Türken kennengelernt und hielt nun ihr Versprechen nicht ein. Plötzlich aber wurde der Ehemann mit samt seinen Sachen buchstäblich auf die Straße gesetzt, weil er sein Ladenlokal inzwischen gekündigt hatte. Die Pat. mußte nun bei den Sachen warten, im Regen, buchstäblich auf der Straße sitzend, weil der Ehemann nun versuchen mußte, für die Sachen eine Unterkunft zu finden. Alle Leute liefen daran vorbei, und die Pat. wurde zum Gespött der Leute. Es sprach sich auch sehr schnell in ihrer Firma herum, und die Direktoren sprachen sie daraufhin an, was denn da passiert sei. Die Pat. konnte diese Schmach aber nicht ertragen, sie schämte sich monatelang. Nun war in den nächsten 6 Monaten dauernd irgend etwas mit den Möbeln, dem Inventar des Ladens, sie waren in einer Garage untergestellt, mußten jedesmal herausgenommen werden, wenn das Auto herausgefahren wurde, was in die Garage gehörte. Die Pat. ärgerte sich ständig »bis zum geht nicht mehr«. Zuletzt, als die Pat. am 12. 3. 83 nun endlich den Laden bei der Schwester bekam, konnte sie sich nicht mehr daran freuen.

Der Konflikt wurde erst am 6. 8. 83 gelöst, als die Pat. hier zur stationären Aufnahme kam.

Verlauf

Der Verlauf war bis zum 28. 9. 83 ausgesprochen positiv. Die Pat. bekam einen Aszites, bzw. der Aszites verstärkte sich. Sie konnte aber immer noch zum Essen an die gemeinsame Tafel kommen. Die Leberherde zeigten eine gute Besserungstendenz, die alk Phos. ging zuerst sehr hoch herauf, hatte dann aber ihren Kulminationspunkt erreicht und ging langsam wieder abwärts. Ebenfalls gingen – als besonders gutes Zeichen – die Blutbildwerte aufwärts, so daß allgemein angenommen wurde, die Pat. habe den Höhepunkt ihrer Krankheit überschritten. In diesem Moment wurde »Extra-Drei« vom Norddeutschen Rundfunk (Herr Drossart) gesendet. Die Pat. hörte diese Sendung und verlor von diesem Tag an jeglichen Mut.

Die Pat. verstarb am 5. 10. 83 um 18.25 Uhr an einem Kreislaufzusammenbruch bei einem Stammhirn-Oedem in tiefer Bewußtlosigkeit.

Die Pat. hatte von dem Moment der Sendung »Extra-Drei« die Flügel hängen lassen, hatte keinerlei Lebensmut, glaubte nicht

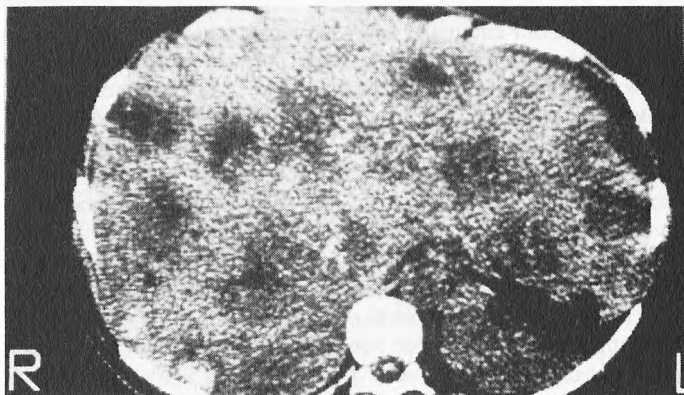
mehr daran, gesund werden zu können, weil man doch im Fernsehen den Dr. Hamer als einen Scharlatan erklärt hatte.

Histologie

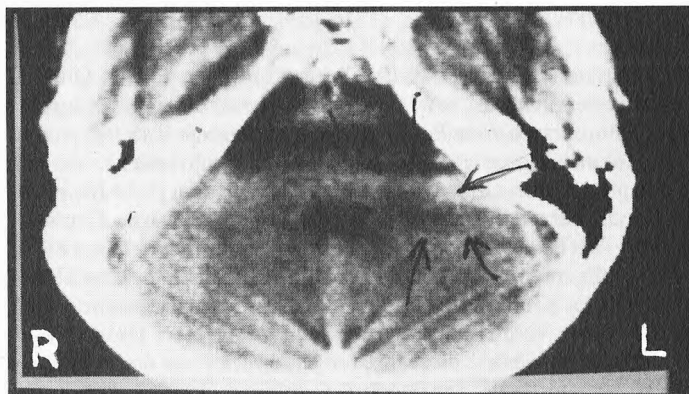
Leber-Ca – gesichert, Feinnadel-Punktion

Schulmed. Therapie

Keine, da es für eine inkurable Erkrankung angesehen wurde.



Oben: ausgedehntes Leber-Carcinom



Stammhirnoedem bei Leber-Carcinom.

Bemerkung

Man könnte in diesem Fall fragen: Warum erkrankte der Ehemann der Patientin nicht auch an einem Krebs?

Antwort: Er erkrankte mit allergrößter Wahrscheinlichkeit auch an einem Krebs. Nur war für ihn der Konfliktinhalt ein anderer:

Für ihn war es nicht die Scham (die die Patientin insbesondere vor den Direktoren der Firma empfunden hatte), sondern für ihn war es ein menschlicher Konflikt oder ein Revierkonflikt. Entweder hat er deshalb ein Bronchial-Carcinom erlitten oder ein Coronar-Carcinom. Vermutlich das zweite. Denn er bekam seit dem Tage des Hinauswurfs Herzrhythmusstörungen und starke Herzschmerzen, Angina-pectoris-Anfälle, war im völligen Streßtonus, in der Panik!

Er nahm in 4 Monaten über 20 kg an Gewicht ab!

Im Gegensatz zu seiner Frau, die die Scham bis zur Konfliktlösung im August 83 nicht verwinden konnte und ganz und gar vollständig bis zu ihrem Tode nicht, war für den Ehemann der Konflikt am 12. 3. 83 gelöst, als er den Laden nun doch bekam. Zwar grollte er der Schwester noch, aber ihm blieb nicht viel anderes übrig als dieses zweite Angebot, wenn auch zähneknirschend, anzunehmen.

Seit 12. März 83, also seit er in den Laden eingezogen war und diesen Einzug nun doch quasi als eine Art Sieg empfand, war der Konflikt für den Ehemann gelöst. Prompt nahm er wieder an Gewicht zu, war in der Vagotonie, die Herzbeschwerden ließen schlagartig nach. Im August hatte er innerhalb von 5 Monaten nicht nur seinen über 20 kg Gewichtsverlust kompensiert, sondern auch noch 20 kg Übergewicht.

Um keine unnötige Panik zu erzeugen, wurde bewußt auf eine genauere Untersuchung zur Aufdeckung des inaktivierten Carcinoms verzichtet. Der Zug war ja auch durchgefahren.

Wenn man sich in diesen Fall eindenkt, wird man zum Schluß zu dem Resümee kommen, daß der doppelte Erkrankungsfall dieses Ehepaares kaum anders hätte verlaufen können, was in diesem Fall zutraf: daß beide Ehepartner sehr sensible und leicht verletzliche Menschen waren, Menschen, von denen man normalerweise sagen würde, sie seien besonders angenehm und mitfühlend.

Man erlebt als Arzt nur selten dankbare Menschen. Um so mehr freut mich, was dieser Mann in einem Fernsehinterview mit meinen Feinden vom NDR gesagt hat: *»Meine Frau ist gestorben, das stimmt, vielleicht sogar zum größten Teil durch den Terror, dem wir alle ausgesetzt waren in Gyhum. Aber sie wäre nirgends so würdig und friedlich gestorben wie beim Dr. Hamer. Der Dr. Hamer ist nach wie vor mein Freund!«*

Fall 11

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

S., I.

Übersicht

MUNDHÖHLEN-PLATTENEPITHEL-CARCINOM rechts –
entdeckt Mitte Sept. 82

Sub. Beschwerden

Mitte September 82 bemerkte die Pat. eine Veränderung im Mund, einen Monat später histologische Diagnose im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg.

Manifestationszeit

13. Febr. 82 bis Mitte September 82 – 7 Mon.

DHS

Am 13. Februar 82 – nächtliche Alkoholkontrolle, Führerscheinverlust. Beifahrer war hoher Politiker, der inkognito bleiben mußte.

Diagnosestellung

Mitte Oktober 82, histologisch gesichert (vom internat. Schiedsgericht geprüft).

Konflikt

Am 13. Febr. 82 nächtliche Alkoholkontrolle, Führerscheinverlust. Auf dem Beifahrersitz bedeutender Politiker, der inkognito bleiben mußte. Seither denkt die Pat. an nichts anderes mehr, als an den Verlust des Führerscheins und dessen Rückgewinnung. Am 15. Nov. Konfliktlösung in Sassbach-Walden (Schw.) durch Dr. Hamer. Es wurde ein Strategieplan zur Rückgewinnung des Führerscheins zusammen mit dem Bruder der Pat. besprochen. Schon nach 2 Tagen kablete der Bruder: es gehe alles in Ordnung, Pat. solle zum Erste-Hilfe-Test (Sehtest) und Gesundheitstest nach Karlsruhe kommen.

Verlauf

Schon nach wenigen Tagen deutlicher Rückgang der ulcerösen, carcinomatösen Schleimhautveränderung im hinteren rechten Mundbereich. Am 9. 12. 82 ist von dem Carcinom so gut wie nichts mehr zu sehen.

Die Pat. wurde am 10. 1. 83 von Prof. Becker, Chef der HNO-Klinik Bonn, eingehend untersucht, es war praktisch kein auffälliger Befund mehr festzustellen. Im Bundeswehrkrankenhaus hätte man ihr das $\frac{1}{2}$ Gesicht entfernt. Der Pat. geht es gut, sie wurde inzwischen etwa 40 × von allen möglichen Hausärzten, Klinikärzten und Professoren angerufen, sie solle sich unbedingt operieren, bestrahlen oder zytostasieren lassen, was sie abgelehnt hat.

Bemerkung

Da die Pat. ihren Fall in einem Rundfunkinterview selbst geschildert hat, kann er hier in der Originalfassung wiedergegeben werden.

Fall 12

Vorlage beim Intern. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

M., M. – 43 Jahre

Übersicht

PORTIO-CARCINOM I-II – DHS 23. Sept. 82

Sub. Beschwerden

Juli 83, endgültige Diagnose 13. 10. 83

Manifestationszeit

September 82 bis Juli/Okttober 83, etwa 1 Jahr

DHS

Am 23. September sagte ihr Ehemann, mit dem sie immer besonders gern Intimverkehr hatte, nach einer besonders schönen Nacht: »*Nun tu doch nicht so, als ob das so wichtig wäre.*« Patientin traf es wie ein Keulenschlag, und die sexuelle heile Welt brach für sie zusammen.

Diagnosestellung
endgültig Oktober 83

Konflikt

Am 23. September 82 brach für die Patientin die sexuelle heile Welt zusammen. Ihr Ehemann zog mit einer einzigen Bemerkung gleichsam das Heiligste in den Dreck, in dem er es abqualifizierte: Nach einer besonders schönen Nacht, in der die Pat. glaubte, ihm alles gegeben zu haben, zu dem sie fähig war, sagte er nur beiläufig: »*Nun tu doch nicht so, als ob das so wichtig wäre.*« Von diesem Moment an mußte die Pat. zwanghaft ständig über dieses furchtbare DHS nachdenken, war von dem Moment an frigide, konnte auch nach kurzer Zeit (Dezember 82) überhaupt nicht mehr mit ihrem Mann intim verkehren. Hat sich inzwischen von ihm getrennt. Im Juli 83 wurde der Konflikt gelöst, als die Patientin in der Lage war, was sie nie für möglich gehalten hatte, mit einem anderen Mann zu verkehren. Nach dieser Conflictolyse war das

entstandene Portio-Ca in Abheilung begriffen, Blutungen setzten ein. Diagnostiziert wurde dieses inaktivierte Carcinom erst im Oktober 83 überflüssigerweise.

Verlauf

Nach der Conflictolyse im Juli 83 setzten Blutungen ein, diagnostiziert wurde das Ca erst im Oktober 83 und eine Probeexzision gemacht. Man sagte der Pat., daß man nur ein winziges Stückchen herausgenommen habe. Die Pat. will sich aber nicht mehr operieren lassen, da der Konflikt gelöst ist und ein Weiterwachsen sehr unwahrscheinlich ist. Der Pat. geht es gut, hat an Gewicht zugenommen, ist im Vagotonus, hat warme Handflächen, fühlt sich ausgesprochen wohl, ist wieder in der Lage intim zu verkehren. Die Trennung von ihrem Ehemann scheint endgültig zu sein.

Histologie

Im CCT abgeheilter HAMERScher HERD li. parietal. unverhorntes Plattenepithel-Ca.

Schulmed. Therapie

keine.

Mein Brief vom 21. 10. 83 aus Gyhum an den Gynäkologen der Patientin:

Betr.: Frau M., Diagnose: Collum-Ca 1 bis 2, hist. gesichert.

Sehr geehrter Herr Kollege...

Frau M. . . . hat mich gebeten, Ihnen zu schreiben. Sie ist zu mir gekommen, um meinen Rat einzuholen, ob sie die von Ihnen geratene Totalausräumung durchführen lassen soll.

Entsprechend dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS ist bei der Pat. ein schwerer Ehestreit ursächlich für die Entstehung der Krankheit verantwortlich zu machen. Der Streit war am 23. 9. 82.

Der daraus erfolgte sexuelle Konflikt ist inzwischen ausgeräumt. Ebenfalls entsprechend der EISERNEN REGEL DES KREBS ist seit Juli 83 eine Conflictolyse und gleichzeitig ein Stopp der Krebserkrankung der Portio eingetreten. Ich habe der Pat. deshalb dringend von einer Operation abgeraten und bin auch bereit, dies vor jedem beliebigen Gremium zu verantworten, da ich mir meiner Sache absolut sicher bin.

Sollten Sie sich für die Einzelheiten der EISERNEN REGEL DES KREBS interessieren, so bin ich gerne bereit, Ihnen Literatur darüber zur Verfügung zu stellen. Am 7. 12. 83 wird übrigens ein

internationales Professorenngremium unter Vorsitz des Ärztekammervorsitzenden darüber urteilen, ob ich mit meiner EISERNEN REGEL DES KREBS richtig liege.

Mit vorzüglicher kollegialer Hochachtung

Ihr ergebener

Dr. med. Ryke Geerd Hamer

Arzt für Innere Medizin

Der Kollege von der Gynäkologie hielt es zwar unter seiner Würde, mir als Scharlatan zu antworten, dafür schrieb er einen Brief an den Ärztekammervorsitzenden, mit dem er offenbar, wie aus dem Brief hervorgeht, bereits vorher in Kontakt war, und zwar über Dritte:

5. 12. 83

Herrn Präsidenten der Bezirksärztekammer Stade

Sehr geehrter Herr Kollege!

Unter Hinweis auf die beigelegte Fotokopie des Herrn Dr. R. G. Hamer des Schreibens vom 21. 10. 83 wende ich mich an Sie, in der Hoffnung, Ihnen hiermit weitere Argumente gegen das unmedizinische Handeln des O. G. geben zu können.

...

Die PE aus der Portio ergab unverhornendes Plattenepithel Ca, infiltrierend wachsend . . . Frau M. wurde von mir über den Befund mit allen notwendigen Konsequenzen aufgeklärt, in Anbetracht des Schicksals ihrer Mutter eine besonders dankenswerte Aufgabe.

Trotz eindringlicher Ermahnungen, sich sofort in ein Krankenhaus zur weiteren Behandlung zu begeben, hat sie dieses bis heute nicht getan. Sie suchte am darauffolgenden Wochenende den o. g. Arzt auf, der mir dann den Brief schrieb. Frau M. ist von den Methoden des Herrn Dr. R. G. Hamer überzeugt, die meines Erachtens in diesem Falle fast den Vorwurf der fahrlässigen, wenn nicht gar der vorsätzlichen Körperverletzung mit Todesfolge beinhalten, da vom Tastbefund und Allgemeinzustand her gesehen zumindest die Chance einer Heilung gegeben ist zum heutigen Zeitpunkt. Die Argumente des Herrn Dr. Hamer zeigen eindeutig, daß er zumindest vom Collum Ca nichts weiß, das nun weiß Gott nicht wegen Ärger entsteht und durch Frieden verschwindet . . .

Meiner Patientin habe ich die Folgen ihres Tuns eingehend

geschildert. Sie ist überzeugt, daß ihr Krebs im nächsten Jahr verschwunden ist. Den Ehemann habe ich ebenfalls unterrichtet, dessen Überredungsvermögen bis jetzt jedoch auch keinen Erfolg hatte.

In der Situation, in der ich mich befinde, im Verhältnis zu meiner Patientin, fühle ich mich derzeit etwas hilflos, da sie keinerlei Einsichtsfähigkeit in die Natur ihres Leidens zeigt, andererseits es mir untersagt, weitere Angehörige zu informieren. Soweit mir bekannt, gibt es keine Rechtsgrundlage, sie zu irgendwelchen notwendigen Maßnahmen zu zwingen: Frau M. ist bewußtseinsklar, voll orientiert, zudem nach Aussagen des Ehegatten überzeugte tiefgläubige Christin.

Bei dem Dr. Hamer gibt es jedoch m. E. sehr viel mehr zu tun. Die Eiserne Regel des Krebses ist mir im Laufe meines Studiums nicht beigebracht worden, es sei denn, daß damit gemeint ist, daß er unbehandelt sicher zum Tode führt. Es ist sicher zu loben, wenn sich Kollegen mit der Onkologie beschäftigen, auch von der menschlichen Seite. Es ist aber nicht zu dulden, die Hilflosigkeit dieser Menschen zu ihrem Verderben ggf. noch aus Eigennutz zu mißbrauchen, ganz besonders dann, wenn man offensichtlich von der Materie keine Ahnung hat und schlimmste Scharlatanerie betreibt.

Entsprechende Konsequenzen zum Schutze des Rufes der Ärzteschaft sollten getroffen werden.

Mit freundlichem Gruß

Bei der Verhandlung des internat. ärztlichen Schiedsgerichts am 6. 12. 83 in Gyhum, bei der dem Ärztekammervorsitzenden der Brief dieses Kollegen vorlag, wurde die Pat. von allen Mitgliedern des Schiedsgerichts dringend ermahnt, sich die Totaloperation durchführen zu lassen, einschließlich Kastration, wie vorgesehen. Die Patientin lehnte ab mit dem Hinweis, sie sei von dem System des Dr. Hamer restlos überzeugt. Mindestens eine halbe Stunde haben alle Professoren auf sie eingeredet und ihr gesagt, sie habe sonst keine Chance, denn der Krebs würde mit absoluter Sicherheit weiterwachsen, mit und ohne Hamers System!

Zwei Tage später wollte die Pat. bei einem Allgemeinarzt in Gyhum eine Krankmeldungsverlängerung holen. Dieser zwang sie, sich von ihm gynäkologisch untersuchen zu lassen und urteilte: Natürlich hat es zugenommen und muß sofort operiert werden.

Die Patientin kam heulend zu uns gelaufen und berichtete von

der für sie demütigenden Art und Weise des Untersuchtwerdens. Wir konnten sie mit vereinten Kräften wieder ins Lot bringen.

Ende Dezember ließ die Pat. in einer westdeutschen Univ.-Klinik eine eingehende Untersuchung mit Abstrich vornehmen.

Ergebnis: Krebs ist nicht mehr festzustellen, Abstrich negativ!

Seither ist der Spuk zu Ende, denn negativ kann der Abstrich nur werden, wenn kein Krebs mehr vorhanden ist.

Jetzt gilt die Patientin als »zufällige, unerklärliche Spontanheilung«.

Daß der Dr. Hamer diese »zufällige, unerklärliche Spontanheilung« systematisch vorausgesagt und amtlich zu Protokoll gegeben hatte, wofür er »europaweit fertiggemacht werden sollte«, will jetzt keiner mehr wissen. Lieber glauben meine Kollegen jetzt an Wunder.

Bemerkung

Solche spektakulären Fälle, daß ein Krebs vollständig verschwindet, sind nach meiner Erfahrung nur beim Plattenepithel-Carcinom zu beobachten. Und dort auch nur dann, wenn noch keine wesentlichen Substanzdefekte eingetreten, d. h. der Krebs noch nicht zu weit fortgeschritten ist. Im allgemeinen ist das aber auch weniger wichtig. Ich sage den Patienten nur, daß der Krebs mindestens nicht weiterwachsen wird. Diese besonders erfreulichen Fälle wie der obige sind dann eine erfreuliche »kleine Überraschung«.

Fall 13

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

T., G., 51 Jahre

Übersicht

1. Kleinzelliges PERIBRONCHIAL-CARCINOM rechts – DHS
– Aug. 78 Rezidiv – 80, 81 und 82 CL – Ende Aug. 1983

Sub. Beschwerden

1979 erste Anzeichen Pneumonie

1983 – Febr. wieder Pneumonie, Mai Atelekt. re. Mitte Sept. 83
Gesichtsparese rechts

Oktober 83 – Atelektase der rechten Lunge konst. HAMER-
sche HERDE im Computertomogramm des Gehirns, die als
Metastasen fehlgedeutet wurden, kleinzelliges Peribronchial-
Ca festgestellt.

Manifestationszeit

Nicht sicher unterscheidbar, da eine Reihe von Rezidiven des
gleichen Konflikthalts abgelaufen sind, ohne daß der Patient
davon etwas gemerkt hatte.

DHS

1978, im August großer Schock, Landkreis lehnte die Baue-
genehmigung für Omnibushallen auf einem großen Grundstück
des Pat. ab, das dieser eigens für sehr viel Geld gekauft hatte.
Ständige Konfliktrezidive, das Verfahren ist heute noch nicht
abgeschlossen.

Diagnosestellung

Mai 83, seit Februar 83 als Pneumonie behandelt.

Konflikterlebnis

Siehe DHS

Der Pat. dachte bis Ende August 83 Tag und Nacht an seinen
Konflikt, konnte kaum noch etwas anderes denken. Seit Juni

wurde der Konflikt abgeschwächt, weil der Pat. sich nicht mehr in dem Maße um die Firma kümmert, sondern der Sohn die Firma übernommen hat.

Verlauf

Bei dem Pat. begann das reparative cerebrale Stadium offensichtlich Ende Aug. 83, wurde erstmals am 4. 10. 83 im CCT festgestellt, im Krankenhaus S. Danach begann eine Quellung der HAMERschen HERDE im Großhirn, Stammhirn und Kleinhirn. Am 7. 11. war der Höhepunkt der HAMERschen HERDE offenbar überschritten, im Stammhirn ventral vom Aquädukt jedoch auf dem Höhepunkt. Der Pat. war weitgehend somnolent, gehunfähig. Die Ärzte (Dr. B. sowie ein Teil der Angehörigen) rieten zu einer schulmed. Behandlung mit Morphinum, da der Tod nur noch maximal 2 Tage auf sich warten lassen werde. Die Ehefrau entschied sich für eine Therapie entsprechend der EISERNEN REGEL DES KREBS, wonach die HAMERschen HERDE eben keine Hirnmetastasen sind, die weiterwachsen, sondern Feldeinbrüche, die rückläufig sind nach einer gewissen Zeit.

Mit Plasmaexpandern, Lasix und Cortison gelang es, die cerebrale Situation trotz einiger bedenklicher Krisen zu beherrschen. Kurzfristige CCT-Kontrollen sorgen dafür, daß man über die cerebralen Vorgänge, insbes. den Hydrocephalus internus und die HAMERschen HERDE fortlaufend informiert war.

2. LUNGENRUNDHERD-CARCINOM – DHS – 30. 5. 83 CL – am 11. 10. 83 Diagnoseeröffnung, Pat. weinte im Sprechzimmer

Sub. Beschwerden

Keine, Sympathicotonus über den 30. August hinaus, als der Konflikt 1) gelöst war.

Manifestationszeit

Am 30. 5. 83

DHS

Am 30. Mai wurde dem Pat. von der Ärztin knallhart an den Kopf gesagt, er habe Bronchial-Krebs und er wisse ja, was das bedeutet.

Die Ehefrau fand ihn heulend allein im Wartezimmer der Internistin sitzend, was sie sonst noch nie erlebt hatte.

Diagnosestellung

Erst am 10. 10. 83, hier.

Konflikt

Siehe DHS

Verlauf

Bis zur Konfliktlösung am 8. 10. 83, dauerte der Konflikt an. Am 10. 10. frischer HAMERScher HERD unter dem Scheitel rechts, peripher. Von dieser Zeit an wurde auch der vermutlich dazugehörige Stammhirn-Herd (im nachhinein) beobachtet.

Histologie

Kleinzellig 1)

2) röntgenologisch

Schulmed. Therapie

Drei Zytostatikastöße ohne Erfolg.

Nachtrag

Patient starb am 5. 12. 83 am akuten Stammhirnoedem bei zentralem Kreislauf- und Atemversagen. Reanimationsversuch blieb ohne Erfolg.

Für Patienten, die bei einem solchen Fall Angst bekommen könnten: Solche besonders schweren Fälle wie dieser machen glücklicherweise nur etwa 2. bis 3% aller Fälle der an Krebs erkrankten Patienten aus. Aber auch von diesen könnten wir vielleicht später, wenn die Kollegen erst mitziehen würden, mit Intensivmed. Behandlung sicherlich noch die Hälfte durchbringen!

Fall 14

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

K., K.

Übersicht

1. LUNGENRUNDHERD-CARCINOM 2-Mark-Stück-Größe, Op. Februar 80, rechter Unterlappen

Sub. Beschwerden
keine

Manifestationszeit
Juli 79 bis zur Feststellung im Febr. 80 = 7 Monate

DHS
Am 1. Juli 1979 erkrankte die Ehefrau an einem Rundherd im linken Oberlappen; Todesangst-Sorgekonflikt um die Ehefrau.

Diagnosestellung
Februar 80

Konflikt
Juli 79 – Ehefrau erkrankte an Lungenrundherd-Ca im linken Oberlappen, Pat. geriet in Panik, Todesangst-Sorgekonflikt, Rundherd der Ehefrau war wahrscheinlich beim schweren Autounfall des Pat. 1974 entstanden. Der Zwillingsbruder war auf der Intensivstation, Patient hatte damals einen Rippenbruch, war mit im Auto gewesen. Ehefrau des Patienten wurde operiert, bekam Chemo-Behandlung, dauerte 1 Jahr – bis Sept. 80.

Verlauf
Dem Patienten wurde zwar im Februar 80 der rechte Unterlappen herausoperiert, die Erkrankung seiner Ehefrau war jedoch noch nicht beendet, sondern sie bekam September 80 Chemo-Behandlung.

2. LUNGENRUNDHERD-Ca rechter Mittellappen

Nachdem nun der rechte Unterlappen exstirpiert war, bekam der Pat. im rechten Mittellappen einen Rundherd. Nach meiner Meinung ist es im Grunde kein neues DHS gewesen, sondern ein Weiterwachsen des Rundherdes Nr. 1), dessen Erfolgsorgan inzwischen exstirpiert war. Im August 81 wurde dieser neue Solitärherd entdeckt, operiert im September 81. Zu diesem Zeitpunkt war der Konflikt schon etwa 1 Jahr beendet und zwischen August 81 und Sept. 81 auch kein Wachstum mehr festgestellt worden.

3. MULTIPLE LUNGENRUNDHERDE

in der linken Lunge, DHS Weihnachten 82 entdeckt Februar 83, Konfliktlösung nach wenigen Wochen.

Sub. Beschwerden

keine; röntgenologisch entdeckt im Febr. 83

Manifestationszeit

Weihnachten 82 – Febr. 83 erstmals multiple Rundherde in der linken Lunge entdeckt.

DHS

Weihnachten 1982 fuhr der Neffe, der in der Nähe wohnt, als Geisterfahrer eine ältere Frau tot. Großer Schock! 2 Monate später multiple kleine Rundherde in der linken Lunge, die aber seither stationär sind. Der Konflikt dauerte nur wenige Wochen.

Diagnosestellung

Februar 1982

Konflikt

siehe oben – DHS

Verlauf

In der Zwischenzeit wurde Chemo-Behandlung gemacht; die Rundherde aber haben sich nicht mehr verändert.

Histologie

1) und 2) operativ entfernt und histologisch gesichert, Adeno-Ca; 3) röntgenologisch eindeutig.

Schulmed. Therapie

1) und 2) Operation (rechter Unterlappen und rechter Mittellappen); 3) Chemo-Behandlung.

Weiterer Verlauf und Bemerkung:

Dem Patienten geht es heute sehr gut. Er kann zwar mit dem einen verbliebenen Lungenflügel nicht daran denken, seinen Dienst als Polizeibeamter wieder aufzunehmen, auch macht ihm der Smog der Großstadt etwas zu schaffen, aber ansonsten ist er jetzt glücklich und zufrieden.

Das besonders beeindruckende an diesem Fall ist die Zeitabfolge des Geschehens. Dort, wo Schulmediziner nur zufällige, sinnlose Metastasen sehen, weil sie das System nicht begreifen wollen, ist der Zusammenhang mit der jeweiligen Konfliktentstehung (DHS) und auch mit der Konfliktbeendigung jeweils unübersehbar eindeutig!

Erwähnt werden muß, glaube ich, in diesem Fall noch, daß es sich um einen äußerst sensiblen und mitfühlenden Menschen handelt, von dem seine Frau sagt, er sei als Polizeibeamter völlig am verkehrten Platz gewesen, er habe es kaum fertig gebracht, einmal ein Strafmandat zu schreiben. Das beantwortet auch die Frage, warum denn nicht viel mehr Menschen in ähnlichen Situationen einen vikariierenden (stellvertretenden) oder auch eigenen Todesangstkonflikt erleiden. Antwort: Weil sie nicht ein so weiches, mitfühlendes Herz haben.

Fall 15

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

M., G.

Übersicht

1. PLATTENEPITHEL-BRONCHIAL-CARCINOM, rechter Unterlappen

Sub. Beschwerden: Mai 83 – Husten, Auswurf; Okt. 83 – Heiserkeit, Husten, nicht mehr zurückzubringen.

Manifestationszeit: 13–18 Monate; von April 82 bis Mai/Okt. 83
Diagnosestellung: Oktober 83

DHS: April 82 – Ehefrau wurde mit dem Krankenwagen wegen Embolie mit Blaulicht auf die Intensivstation gebracht, lag an lauter Schläuchen angeschlossen.

1. Rezidiv – Mai 83; wieder Krankenhauseinlieferung;

2. Rezidiv – Juni 83; erneute Krankenhauseinlieferung wegen Embolie.

Zwischen April 82 und Mai 83 – dauernde kleinere Embolien, etwas weniger dramatisch.

Konflikt: Siehe oben unter DHS

Verlauf: Seit Juli 83, nach einer operativen Venenexzision ist die Gefahr der Embolie bei der Ehefrau behoben, bis dahin über 20 kg an Gewicht abgenommen, seither wieder 1 kg zugenommen, warme Hände, Prognose: bedingt gut.

2. TODESANGST-KONFLIKT – LUNGENRUNDHERDE

DHS am 10. 10. 83

Konfliktlösung am 8. 11. 83

Sub. Beschwerden: Keine

Manifestationszeit: 4 Wochen, danach röntgenologisch sichtbar.

DHS: Todesangstkonflikt am 10. 10. 83 bei Diagnoseeröffnung. Seit dem 8. 11. 83 hat sich der Patient mit dem Tod abgefunden, seitdem Lösung des Konflikts. Kein Wachstum der Rundherde mehr.

Konflikt: Siehe oben

Verlauf: Seit dem 8. 11., als man dem Patienten sagte, jetzt habe er keine Lebenserwartung mehr, weil er ein Plattenepithel-Ca und Lungenrundherde habe, hat sich der Patient mit dem Tod abgefunden; seither ist es kein Konflikt mehr für ihn, seit dem stehen die Lungenrundherde.

Computertomogramm des Gehirns – deutlicher HAMERScher HERD in Hirnrindennähe zu sehen, außerdem im linken seitlichen Kleinhirnbereich.

Histologie: 1. Plattenepithel-Ca; 2. Röntgen eindeutig

Schulmed. Therapie: Keine Behandlung

Fall 16

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

K., L.

Übersicht

1. LEBER-CARCINOM

Sub. Beschwerden
Sommer 1982

Manifestationszeit
April 1982 bis August 1982 = 4 Monate

Manifestationszeit des Rezidivs
Anfang September 1982 bis Ende November 1982 = 3 Monate.

DHS

1. DHS

Mitte April 1982; großer Ärger wegen verpaßter Griechenlandreise.

2. DHS (Rezidiv)

Wieder großer Ärger mit dem Reisebüro wegen Griechenlandreise. Hat Patientin sehr gewurmt.

Diagnosestellung

Im November 82 wurde schon eine Hepatopathie festgestellt sowie eine Erhöhung der alk. Phos. und der γ -GT; im Dezember 82 Leberherde in der caudalen Hälfte des rechten Leberlappens, die Mitte Dezember 82 als Leber-Ca diagnostiziert wurden.

Im Brief vom Zentralkrankenhaus Bremen Ost schreibt Professor Rentsch, daß wegen der ausgedehnten Metastasierung und damit fehlender therapeutischer Möglichkeiten auf weitere Untersuchungen zur Ermittlung des sogenannten Primärtumors verzichtet wird. Im Juni 83 Beginn von Aszites. Aufnahme am 8. 9. 83. Zu dieser Zeit war der Konflikt des Leber-Ca bereits in Lösung begriffen.

Konflikt

Patientin hatte über die Volkshochschule eine Griechenlandreise gebucht. Diese wurde dann verschoben. Für den neuen Termin kam die Anmeldung gerade um Stunden zu spät, obgleich Patientin alles getan hatte, rechtzeitig zu sein. Wahnsinniger Ärger, es hat sie ungeheuer gewurmt. Hat die ganze Zeit angedauert, weil die Reise schön gewesen war. Patientin und ihr Mann sahen die Bilder, ärgerten sich um so mehr. Im Sept. sollte Ersatzreise stattfinden, hatten sich wieder sehr darauf gefreut. Wurde dann abgesagt, wieder sehr großer Ärger. Weiterer Ärger, weil auch der Theaterverein gefahren war, dort hätte man auch mitfahren können.

Verlauf

Die Leberherde, die hier computertomographisch festgestellt wurden, sind deutlich in Rückbildung begriffen, die alk. Phos., die anfangs sehr hoch war, geht langsam zurück, ein Zeichen dafür, daß die Umbauphase der Beendigung zustrebt. Ebenfalls die γ -GT. Im Verlauf der Computertomogramm-Kontrollen HAMERSche HERDE im Stammhirn und Kleinhirn.

Aszites während der gesamten Behandlung ausgeprägt, seit Mitte Nov. in Rückbildung.

2. LUNGENRUNDHERDE = Todesangst-Konflikt

DHS

am 11. November 82.

Damals hatt man der Patientin, weil sie ein sehr schlechtes Blutbild hatt gesagt: »*Wir können jetzt nichts mehr für sie tun.*« Da geriet die Patientin in völlige Panik, hatte sehr große Angst. Man hatte dem Ehemann gesagt, man würde die Patientin am besten nach Hause nehmen. Im Arztbericht heißt es, daß therapeutische Möglichkeiten fehlen. Dem Ehemann sei die Tragweite der Diagnose mitgeteilt worden.

Konfliktlösung

8. 9. 1983

Die Patientin verstand sofort das System der EISERNEN REGEL DES KREBS und war von diesem Tag an beruhigt, hatte schon wenige Stunden später warme Handflächen, Vagotonus.

Verlauf

Bis 8. 9. 83 nahmen die linksbasalen Rundherde deutlich an Größe und Dichte zu. Exakt vom Zeitpunkt der Konfliktlösung (CL) an, nehmen die Rundherde an Größe und Dichte ab. Im Hirn-CT fraglicher frischer HAMERScher HERD rechts periph. occipital.

Man muß sagen, daß die Patientin eine außergewöhnlich gute Moral hat und dadurch auch die von der Leber herrührenden starken Heilungsschmerzen und die Beschwerden durch den ausgedehnten Aszites aushielt.

Bei der Patientin ist die EISERNE REGEL DES KREBS in beiden Erkrankungen (Leber-Ca, Lungenrundherd-Ca) exakt erfüllt:

DHS in beiden Fällen exakt erfüllt, Konfliktinhalt entsprechend der Krebslokalisation in beiden Fällen, Konfliktverlauf entsprechend dem Erkrankungsverlauf in beiden Fällen nach der EISERNEN REGEL DES KREBS.

Die Heilung ist noch nicht abgeschlossen, sie ist aber aufgrund der Laborwerte und aufgrund der Computertomogramme deutlich abzusehen.

Nachtrag Febr. 84

Der Patientin geht es heute gut. Sie ist in der Medizin als geheilte Leber-Ca-Patientin eine Rarität und Sensation.

Histologie

1. liegt nicht vor, durch Leber-CT überflüssig,
2. liegt nicht vor, durch Röntgen-Bild überflüssig.

Schulmed. Therapie

Keine Zytostase, keine Bestrahlung, keine Op., kein Morphin.

Nachtrag

Man muß noch hinzufügen, daß es für die Pat. nicht irgendeine Reise war, sondern ihre »Silberhochzeitsreise«, auf die sie und ihr Mann viele Jahre lang gespart hatten und die schon von jeher ihr großer Traum gewesen war, weil beide große Kunstkenner des Altertums sind.

Es hatte gleichsam »die Reise ihres Lebens« werden sollen!

Fall 17

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

W. H., 45 Jahre

Übersicht

1. MEDIASTINAL-CARCINOM im rechten Hilus

Sub. Beschwerden:

Keine

Manifestationszeit:

nicht sicher auszumachen

Erster sehr schwerer Konflikt mit dem Vater vor 8 Jahren. Der Vater hatte ihn quasi enterbt, 1. Rezidiv Sommer 82, 2. Rezidiv im Juli 83, beim 70. Geburtstag des Vaters, als der Vater den Hof nicht übergeben wollte.

DHS

1. DHS:

vor 8 Jahren, als der Vater ihn quasi enterbt hat, damals dauerte der Konflikt hochakut etwa ein halbes Jahr, danach redete man wieder das Nötigste miteinander.

1. DHS (Rezidiv)

Das 1. Konflikt-Rezidiv mit DHS passierte im Sommer 82, als wieder ein gewaltiger Zusammenstoß zwischen Vater und Sohn stattfand.

2. DHS (Rezidiv)

Das 2. Konflikt-Rezidiv passierte am 17. 7. 83 anlässlich des 70. Geburtstags des Vaters, bei dem er angekündigt hatte, den Hof übergeben zu wollen. Er hat ihn dann nicht übergeben.

Diagnosestellung:

Ende August 83

Konflikt:

1. DHS im Juli 75 nach einem Schützenfest, als der Vater den Sohn quasi enterbt hatte bzw. ihm plötzlich ganz neue Forde-

rungen stellte für die Übergabe des Hofes. Pat. mußte sich erbrechen. Ehefrau: Das hat ihn umgehauen. Seither redete er nur das Nötigste mit dem Vater. Nach etwa einem halben Jahr redete man wieder miteinander, denn der Pat. wohnt im Haus seiner Eltern.

1. Rezidiv

Im Sommer 82 kam es dann zu einem hochdramatischen Konflikt-Rezidiv mit DHS, das aber auch nur einige Monate ange dauert hat.

2. Rezidiv

Am 17. 7. 83 2. Konflikt-Rezidiv, als der Vater anlässlich des 70. Geburtstages nicht, wie angekündigt, den Hof übergeben hat. Dieser letzte Konflikt dauerte am 1. 9., als der Pat. zum ersten Mal kam, noch an, dauerte auch am 21. 9. 83, als der Pat. stationär aufgenommen wurde, noch an.

Konfliktlösung am 25. 9., als der Vater sich schriftlich bereit erklärte, den Hof zu übergeben. Die Hofübergabe ist inzwischen erfolgt.

Verlauf:

Bis zum 25. 9. 83 dauerte der Konflikt mit großen Unterbrechungen seit dem 17. 7. 83 erneut an, seither hoffentlich endgültige Lösung, weil der Vater inzwischen den Hof übergeben hat.

2. HYPERNEPHROM links – Zustand nach Nephrektomie am 31. 8. 83

Sub. Beschwerden:

August 83 Hämo cult: positiv, wurde mehr oder weniger zufällig entdeckt.

Manifestationszeit:

Nicht sicher eruierbar, da zufällig entdeckter Befund.

DHS:

vor 2 bis 3 Jahren. Vor 3 Jahren hatte der Pat., der als Milchtanklastzugfahrer für eine Molkerei arbeitet, einen Riesenärger mit einem anderen Molkereichef, weil etwa 100 l Milch ausgelaufen waren. Es folgte daraufhin ein hochdramatisch lautes Gezeter dieses Molkereichefs, der den Pat. auszankte. Den Pat. hat das sehr gewurmt, jener hielt ihm dann jeden Tag eine Strafpredigt. Der Konflikt dauerte etwa ein halbes Jahr, seitdem fährt er eine andere Tour, wo er mit diesem Molkereichef nichts mehr zu tun hat.

Diagnosestellung:
Zufällig August 83

Konflikt:

Vor drei Jahren großer Ärger, hochdramatisch und akut mit einem fremden Molkereichef, weil 100 l Milch übergelaufen waren. Anschließend hat der Molkereichef, weil der Pat. als Milchtankzugfahrer jeden Tag auf seinen Molkereihof fahren mußte, ihn etwa ½ Jahr lang jeden Tag ausgezankt und schikaniert. Nach einem halben Jahr war der Konflikt beendet, weil der Pat. diese Molkerei nicht mehr anfahren brauchte.

Verlauf:

Der Konflikt war nach ½ Jahr beendet, der Befund wurde zufällig durch einen Hämocult-Test festgestellt. Beschwerden hat er keine wesentlichen gemacht, gelegentlich leichten Druck in der linken Flanke.

3. LUNGEN-RUNDHERD-CARCINOM

Sub. Beschwerden:
noch keine

Manifestationszeit:

von Anfang August 83 bis Ende August 83 (1 Monat)

DHS:

Anfang August 83 sagte der Hausarzt zum Pat.: »*Die Niere muß weg.*«. Da dachte der Pat., jetzt geht es zu Ende, jetzt ist alles aus; er kam in eine Todesangst-Panik. Drei Wochen später stellte man auf dem Röntgenbild Lungenrundherde fest.

Diagnosestellung:
vom 26. 8. 83

Konflikt

Anfang August 83 sagte der Hausarzt: Die Niere muß weg, da ist ein großer Tumor. Da dachte der Pat., jetzt geht es zu Ende, und hatte furchtbare Todesangst-Panik. Die Panik wurde erst gelöst am 21. 9. 83. Von da ab sind die Lungenrundherde stationär bzw. rückläufig.

Histologie:

1. liegt nicht vor, röntgenologisch eindeutig.
2. Wenig differenziertes hypernephroides Carcinom (renales Adeno-Ca) der linken Niere.
3. Liegt nicht vor, röntgen. eindeutig (Prof. Stender)

Schulmed. Therapie:

Da der Pat. als uncurabel galt, wurde weder eine Zytostase noch eine Bestrahlung durchgeführt. Lediglich die Herausnahme der linken Niere.

Weiterer Verlauf:

Dem Patienten geht es heute sehr gut, hat etwa 6 bis 8 Kilogramm Gewicht zugenommen, fängt in den nächsten Tagen wieder an zu arbeiten, weil er sich vollständig restituiert fühlt.

Bemerkung

Da der Patient selbst ein Interview in einer Illustrierten gegeben und seinen Fall geschildert hat, habe ich diesen Fall, der so dem internat. ärztlichen Schiedsgericht vorgestellt wurde, im Originaltext belassen.

Fall 18

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

R., G.

Übersicht

Streit mit der Ehefrau (Bronchial-Ca), Streit zwischen Mutter und Ehefrau um das Kind und um Pat. (Leber-Ca) mit Rezidiv, schwerster Selbstwerteinbruch mit Suicidabsicht (Knochen-Ca)

1. KLEINZELLIGES PERIBRONCHIAL-CARCINOM linker Unterlappen

Sub. Beschwerden

Seit 1. März 1983 Stiche in der Brust

Manifestationszeit

20. 5. 82 bis 1. 3. 83 = knapp 10 Monate

DHS

20. 5. 82 – Polterabend, Ehefrau im 6. Monat schwanger, gewaltiger Streit, am nächsten Tag wollten sie gar nicht mehr zum Standesamt. Konfliktdauer bis Anfang Oktober 83.

Diagnosestellung

September 83, Patient hatte zunehmenden Husten und Stiche in der Brust.

Am 20. 5. 82 Polterabend, gewaltiger Streit mit der Ehefrau, die im 6. Monat schwanger war. Am nächsten Tag wollten sie gar nicht mehr zum Standesamt gehen. Streit ging mit unverminderter Heftigkeit weiter, praktisch bis Anfang Oktober. Lösung des Konfliktes am 10. 10. 83 nach Aussöhnung mit der Ehefrau.

Verlauf

Seit dem 20. 5. 82 wachsen des Peribronchial-Ca, seit 10. 10. 83 Wachstumstopp und sogar Rückgang der Symptomatik, HAMERScher HERD im Gehirn und Reparatur dieses HAMERSchen HERDES sehr rasch.

2. LEBER-CARCINOM

Sub. Beschwerden
keine

Manifestationszeit

Vom Februar 83 und einem nochmaligen Rezidiv im Juni 83 bis August 83, also 6 Monate, diagnostiziert einen Monat später im September 83.

DHS

Februar 83 und nochmals Rezidiv im Juni 83, großer Ärger wegen Streit um das Kind zwischen Ehefrau des Patienten und Mutter des Pat.

Diagnosestellung
September 83

Konflikt

Februar 83 und nochmals sehr dramatisch, Streit um das Kind, das am 20. 11. 82 geboren war. Der Streit tobte zwischen Ehefrau des Patienten und Mutter des Patienten, die beide das Kind haben wollten. Ehefrau und Mutter des Patienten kommen miteinander nicht aus. Seit etwa Anfang September wurde der Konflikt abgeschwächt, weil der Patient so krank war, die Lösung des Konfliktes erfolgte erst nach dem 10. 10. 83, nachdem sich der Patient mit seiner Ehefrau ausgesöhnt hatte und die Eltern des Patienten diese Versöhnung mitrealisierten.

Verlauf

Vom Februar 83 bis Anfang September 83 hochdramatischer Verlauf, mit dramatischem Höhepunkt im Februar und im Juni 83. Nach der endgültigen Konfliktlösung am 10. und 11. 10. 83 deutlicher Rückgang der Leber-Ca-Herde im Computertomogramm feststellbar. Dem Pat. geht es seit dem 10. 10. ausgesprochen gut; und zwar von der Stunde der Konfliktlösung an, kann wieder alles essen, hat bis heute 10 kg an Gewicht zugenommen, fühlt sich wohl. Die ganze Familie achtet darauf, daß der Konflikt nicht wieder rezidiert.

Deutlicher HAMERScher HERD im Stammhirn, der seit dem 10. 10. in normalem Heilverlauf begriffen ist (Perifocales Oedem).

3. KNOCHEN-CARCINOM des Beckens und der Oberschenkel

Sub. Beschwerden

Schmerzen im Beckenbereich, gegen die der Pat. Schmerzmittel einnahm.

Manifestationszeit

Vom 20. 5. 83 bis zur röntgenologischen Diagnose im September 83 (4 Monate).

DHS

Vom 20. 5. 83 zusammen mit DHS vom 1. Konflikt – völliger Selbstwerteinbruch, Pat. wollte Schluß machen mit seinem Leben, fühlte sich als Ehemann als Versager.

Diagnosestellung im September 83

Konflikt

Zusammen mit Konflikt 1, erfolgte am 20. 5. 83 ein völliger Selbstwerteinbruch mit ernststen Suizidabsichten, der Pat. fühlte sich als Ehemann als Versager, hatte nichts zu bestimmen, hatte sich das alles ganz anders vorgestellt, er fraß alles in sich hinein, redete dann 4 Wochen mit niemand darüber, und der Konflikt hielt die gesamte Zeit bis 10. Oktober 83 in voller Schärfe an, war auch progredient. Durch die Versöhnung mit der Ehefrau und die Einsicht über die Zusammenhänge dieser Krebsentstehung des Krebsverlaufes erfolgte die Konfliktlösung.

Verlauf

Bis 10. 10. 83 progredienter Verlauf, Zunahme der Knochenherde, seit 10. 10. 83 Recalzifizierung der Beckenherde und der Herde im Oberschenkelknochen. Der Patient hat 10 kg an Gewicht zugenommen, fühlt sich wohl, hat mäßige Schmerzen im Beckenbereich, kann aber gut herumspazieren, schwimmen Auto fahren, radfahren, ausgesprochen günstiger Verlauf.

Histologie

1. Kleinzelliges Peribronchial-Ca, Diagnose Prof. Hoer im Nordwest-Krankenhaus in Frankfurt.

2. Liegt nicht vor, ist aber durch Computer-Tomogramm unzweifelhaft.
3. Liegt nicht vor, ist aber durch Röntgenaufnahme unzweifelhaft.

Schulmed. Therapie

Pat. bekam vom 29. 9. bis 3. 10. 5 Spritzen Adriblastin, Endoxan und Wepesid der sog. Chemotherapie, die dann abgebrochen wurde, weil sie nicht nur nichts brachte, sondern sogar die Krankheit forcierte. Der Patient kam moribund zur Aufnahme. Die Schwester des Patienten, die selbst Oberärztin einer Narkoseabteilung in Köln ist, glaubte, daß der Pat. auf dem Wege in die hiesige Klinik sterben würde.

Verlauf

Nachtrag zum Konflikt Streit zwischen Mutter und Ehefrau um das Kind, der zum Leber-Ca geführt hat.

Wie inzwischen auf meine Befragung, ob der Patient sich für die Verschlechterung des Leber-CT eine Erklärung denken könne, Herr R. und seine Schwester berichteten, hat in der Woche nach dem 11. November erneut ein furchtbarer Streit zwischen Mutter und Ehefrau stattgefunden, bei dem Herr R. im Mittelpunkt stand. Es ging um einen Kuchen als Anlaß, den ihm seine Mutter zum Geburtstag gebacken hatte. Der Streit muß so heftig gewesen sein, daß die Frauen nicht mehr seither miteinander sprechen. Das Leber-CT am 29. 11. hat dadurch eine sehr einleuchtende Erklärung gefunden.

Der Patient wurde über die Gefahr und die möglichen Konsequenzen, die aus einem solchen Konfliktrezidiv erwachsen, aufgeklärt in Gegenwart seiner Schwester (Lehrerin). Anschließend hatte er eine angehende längere Aussprache mit seiner Schwester.

Nachtrag

Nach erneuter Lösung dieses Konflikt-Rezidivs wurde der Patient, der inzwischen schon wieder zu Hause war, mit den Zeichen eines ausgedehnten Stammhirnoedems (bzw. Oedem-Rezidivs) bewußtlos in ein Krankenhaus eingeliefert. Die Ärzte, die durch die Schwester des Patienten nunmehr genau wußten, worum es sich handelte, konnten diesen gefährlichen Zustand nicht beherrschen.

3 Wochen später verstarb der Pat. durch Atem- und Kreislaufversagen, ausgelöst durch das ausgedehnte Stammhirn-Rezidiv-Oedem.

Bemerkung

Ein Konflikt-Rezidiv in dieser frühen Heilphase ist nach meiner Erfahrung so ziemlich das Gefährlichste, was es gibt. In diesem Fall konnten wir das Konfliktrezidiv sogar im Computertomogramm der Leber förmlich nachweisen und haben es dem Patienten auf den Kopf zu gesagt. Wir konnten ihm geradezu auch sagen, welcher Konflikt ein Rezidiv gehabt haben mußte!

Bei einem Konflikt-Rezidiv ist nach der Conflictolyse der HAMERSche HERD und das perifocale Oedem weit ausgedehnter als es nach der ersten Konfliktlösung ist, weil es quasi in das alte Oedembett einschießt und darüber hinausgreift.

Dieser besonders tragische Fall zeigt uns nicht nur die derzeitigen Grenzen unserer medizinischen Macht, sondern auch die Schwierigkeiten, die uns Menschen dadurch gesetzt sind, daß wir nicht »im konfliktfreien Raum« leben. Wir Menschen haben dauernd kleinere Konflikte. Wenn wir aber in Zukunft immer auch noch überlegen müssen, ob wir mit unseren eigenen Konflikten unseren Mitmenschen Schaden zufügen können, dann weiß wohl jeder, welche Schwierigkeiten und Verantwortlichkeiten da in Zukunft auf uns zukommen werden. Uns alle hat der tragische Tod dieses jungen Mannes tief geschockt und bedrückt!

Fall 19

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

de V., A.

Übersicht

1. HYPERNEPHROM links, OP am 30. 8. 83 (Chefingenieur eines Öltankers)

Sub. Beschwerden

Am 8. 8. 83 erstmals Schmerzen in der linken Nierenlagegegend

Manifestationszeit

Anfang März 82 bis Frühjahr 83 (Patient träumte dauernd, die Maschinen würden wieder nicht anspringen): 1 Jahr, seither inaktiviert.

DHS

Anfang März 1982 schwerster Konflikt; Maschinenschaden, unmittelbar vor der Katastrophe, das Schiff trieb auf das Ufer zu. Eine halbe Stunde vor der sichtbar vor Augen stehenden Katastrophe sprangen die Maschinen wieder an. Seitdem hat der Pat. ein ganzes Jahr lang geträumt und immer wieder das Schiff auf das Ufer zutreiben gespürt. Ab Frühjahr 83 keine Alpträume mehr.

Diagnosestellung

Am 22. 8. bei Klinikaufnahme wurde ein Hypernephrom festgestellt.

Konflikt

Anfang März 82 entstand plötzlich auf dem Schiff des Patienten ein Maschinenschaden, für den der Patient verantwortlich war. Das Schiff trieb unkontrolliert, unaufhaltsam auf das Küstenriff zu. Patient arbeitete fieberhaft (Schiffsingenieur). Etwa 30 Minuten vor Auflaufen auf die Küste sprangen die Maschinen wieder an. Die Katastrophe war abgewendet! Von da ab wachte

der Patient regelmäßig mit Alpträumen auf, hatte stets das gleiche geträumt, sein Schiff trieb wieder unaufhaltsam auf das Ufer zu. Die Katastrophe für das vollbeladene Schiff und die Besatzung stand unmittelbar bevor. Pat. wachte dann aus dem Alptraum jedesmal mit Angstschweiß auf der Stirn auf. Dies dauerte bis Frühjahr 83, danach wurde es besser. Im Juli 83 erschien, als Ausdruck der reparativen Phase, erstmals Blut im Urin. Seit Anfang August Schmerzen im linken Nierenlager. Es war der Alptraum eines jeden Schiffsingenieurs!!

Verlauf

Seit Frühjahr 83 ist der Konflikt beendet. Der Pat. träumt jetzt nicht mehr. Seither hat er auch wieder Appetit, fühlt sich wieder wohl, hat warme Hände, als Ausdruck der reparativen Phase erstmals im Juli 83 Blut im Urin, seit Anfang August Schmerzen im linken Nierenlager. Am 12. 8. – Beginn einer Nierenblutung, als der Patient in Afrika war. Pat. geriet in Panik, Todesangst (siehe Konflikt 2) wurde mit Flugzeug transportiert, hatte Anurie, katheterisierte sich selbst (hohes Fieber). Am 30. 8. 83 nach Einlieferung ins Krankenhaus (22. 8. 83) Operation und Nephrektomie links. Seither ist der ganze Alptraum auch substantiell zu Ende.

2. LUNGEN-RUND-HERDE mit Todesangst-Konflikt

Sub. Beschwerden

Keine

Manifestationszeit

10 Tage – nämlich vom 12. 8. bis 22. 8.

DHS

Am 12. 8. bekam der Patient eine Nierenblutung mit anschließender Urinverhaltung in der Blase, durch Blut. Der Patient geriet in Panik, war in Afrika, katheterisierte sich selbst, war 10 Tage in der totalen Panik, bekam Fieber, wurde mit Zug und Flugzeug ins Krankenhaus Wesermünde gebracht, wo am 22. 8. 83 eine Diagnose eines Hypernephroms gestellt wurde, das die Nierenblutung verursacht hatte. Am 30. 8. 83 Operation, seitdem Todesangst-Konflikt beendet; schon seit dem 22. 8. Auf den Röntgenbildern ist ausgewiesen, daß seitdem die Lungenrundherde stationär sind.

Diagnosestellung

22. 8. 83

Konflikt

Patient am 12. 8. 83 in totaler Todesangst-Panik durch Nierenblutung, Fieber, Urinverhalten, in Afrika kein Krankenhaus vorhanden. Patient fährt in wilder Panik mit Eisenbahn und Flugzeug zurück nach Deutschland, Fahrt dauert 10 Tage, Pat. ist benommen, katheterisiert sich unterwegs selbst, in wilder Todes-Panik. Todesangst-Panik ist beendet am 22. 8. 83, als er im Krankenhaus Wesermünde liegt.

Verlauf

Seit dem 22. 8. ist die Todesangst-Panik zu Ende. Die Röntgenbilder weisen aus, daß die Lungenrundherde stationär sind. Im Gehirn ist im Oktober 83 ein sicherer HAMERScher HERD nicht mehr festzustellen. Die Prognose, daß der Pat. keinerlei Überlebenschancen mehr hätte, ist grundlegend verkehrt.

Histologie

1. für Hypernephrom – gesichert
2. für Lungenrundherde – röntgenologisch eindeutig

Schulmed. Therapie

Op des Hypernephroms links, am 30. 8. 83, keine Bestrahlung, keine Zytostatika.

Weiterer Verlauf

Pat. fährt schon lange wieder zur See, ist vollständig gesund.

Fall 20

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

E., M

Übersicht

1. MAMMA-CARCINOM – DHS 1980, Mutter gestürzt

Sub. Beschwerden

angeblich erst im Februar 1981 bei 3,5 cm Größe.

Manifestationszeit

Juni 80 bis Februar 81 = 9 Monate.

DHS

Im Juni 80 stürzte die Mutter, hat noch 1 Jahr gelebt. Pat. machte sich Vorwürfe, daß sie die Pflege nicht gemacht hatte.

Diagnosestellung

angeblich erst im Febr. 81 bei 3,5 cm Größe.

Konflikt

Im Juni 80 stürzte die Mutter, starb im Juni 81. Die Pat. machte sich große Vorwürfe, daß sie die Pflege nicht übernommen hatte. Als die Pat. am 9. 2. 81 selbst manifest erkrankte bzw. ein 3,5 cm großer Knoten in der linken Mamma diagnostiziert und operiert wurde, wurde der Konflikt gelöst, weil sie nun – selber krank – von der Verpflichtung zur Pflege der Mutter entbunden war. Sie mußte sich jetzt um sich selbst kümmern.

Verlauf

Vom Juni 80 bis Febr. 81 aktiver Konflikt. Im Febr. 81 Lösung des Konfliktes, weil die Pat. nun selbst krank war und an sich selbst denken mußte, daher war sie von der Pflege der Mutter befreit und fühlte sich exkulpiert.

2. LUNGENRUNDHERD-CARCINOM

Sub. Beschwerden
keine.

Manifestationszeit

Januar 83 bis zur röntgenologischen Diagnose Anfang April 83
= 3 Monate.

DHS

Januar 83 – Todesangst um den Ehemann, der wahrscheinlich eine Lungenembolie hatte und nach knapp 2 Monaten im Krankenhaus starb. Große Schreckangst der Pat., die zu Hause nicht wußte, was sie mit ihrem Mann machen sollte, alle Fenster aufriß.

Diagnosestellung

5. 4. 83 bei Röntgenaufnahme

Konflikt

Mitte Januar 1983 hatte der Ehemann plötzlich Todesangst, rang nach Luft, hatte wahrscheinlich eine Lungenembolie, rief dauernd: »*Luft, Luft.*« Die Pat. in Todespanik, rannte ans Fenster und riß die Fenster auf, Pat. wurde dann mit Blaulicht ins Krankenhaus gefahren auf die Intensivstation, starb nach 8 Wochen im Krankenhaus.

Verlauf

Zwischen Mitte März und Anfang April scheint der Konflikt durch den Tod des Ehemannes gelöst zu sein. Nach dem Tod des Ehemannes verlor sich der Angstkonflikt um den Ehemann (Todesangst um den Ehemann) langsam.

3. PLEURAERGUSS links, weniger rechts – 5. 4. 83 – Diagnose-eröffnung, Konfliktlösung – 13. 8. 83

Sub. Beschwerden

keine, röntgenologisch festgestellt – 5. 8. 83

Manifestationszeit

5. 4. bis 5. 8. = 4 Monate bis zur Röntgendiagnose.

DHS

Diagnoseeröffnung, Krebsangst

Diagnosestellung

5. 8. 83 röntgenologisch

Konflikt

Am 5. 4. 83 – Schock durch Diagnoseeröffnung, daß sie nun Metastasen von ihrem Mamma-Ca habe von vor 2 Jahren. Dieser Schock blieb bei der Patientin bis zur Konfliktlösung am 13. 8. 83, wurde noch verstärkt am 5. 8. 83, als der Pleuraerguß festgestellt wurde; jedoch war die Pat. noch am 13. 8. 83 in der Panik drin bzw. seit dem 5. 8. wieder voll drin. Der Konflikt wurde dann gelöst am 13. 8. 83. Es gibt 2 Fotos, die die Pat. vor dem Gespräch zeigen, mit starrer Mimik von dem Sympathikotonus und nach dem Gespräch, in gelöstem Vagotonus, lächelnd und die Mimik entspannt. Der weitere Verlauf ist gekennzeichnet durch eine Zunahme des Pleuraergusses, hauptsächlich links, während der Rundherd stationär ist, und die Pat. fühlt sich ausgesprochen wohl, jedoch kam es in der Folgezeit zu einer Thrombophlebitis im linken Oberarm im Verlauf der vagotonen Phase. Diese Thrombophlebitis konnte mit Penicillin nicht behandelt werden, weil die Pat. penicillin allergisch ist. Dadurch prothrazierter Heilverlauf der Thrombophlebitis.

Histologie

Schulmed. Therapie

Kurzfristig Zytostatica, dann abgebrochen, weil wegen »*generalisierter Metastasierung*« keine schulmedizinischen Therapiemöglichkeiten bestehen.

Weiterer Verlauf Febr. 84

Der Pat. geht es gut. Jedoch ist sie ständig hin und her gerissen, weil der Pleuraerguß entspr. der EISERNEN REGEL DES KREBS als was sehr Positives gilt, nach Schulmedizin als Krebs-Progression.

Da die Pat. in diesem Fall die Pleura-Carcinose (Pleurakrebs) gerade durch die Angst vor dem Mamma- und Lungenrundherd-Krebs hat, stößt natürlich die ständige Verunsicherung jeweils genau in die wunde Stelle. Obwohl sich die Pat. eigentlich wohl fühlt und auch die Thrombophlebitis des li Arms abgeheilt ist, wird sie laufend bedrängt, sich punktieren und zytostasieren zu lassen. Wem soll sie nun glauben? Einem Doktor, den alle als Scharlatan deklarieren, obwohl keiner ein Argument gegen ihn hat, oder doch lieber den klugen Professoren, Hunderten an der Zahl, die so seriöse Gesichter machen, auch wenn sie keine Hoffnung geben können? Die Tochter der Pat. ist Krankenschwester, das verstärkt noch das ganze Dilemma. Die sympathische Patientin, die eigentlich nur ihr bißchen Leben retten möchte, statt zum Zankapfel eines riesigen Medizinerstreits zu werden, tut mir in der Seele leid!

Man könnte an diesem Beispiel noch fragen, warum diese Patientin bei ihrer Krebsangst einen Pleurakrebs bekommen hat, während doch die meisten anderen Patienten in solchen Fällen Lymphknotenkrebs am Hals bekommen. Am besten ist immer, man fragt die Patienten selbst. Unsere Patientin berichtete, daß sie ihre Krebsangst vor dem »Weiterwachsen« des Brustkrebs und des Lungenrundherdkrebs »in den Brustraum hinein« empfunden habe, nicht also den Würgegriff zum Hals gespürt oder empfunden habe. Und dieser unbestimmt in den Brustraum hineinempfundene Krebsangst entspricht eben der Pleurakrebs.

Kategorien, Schablonen und Systeme sind immer gut zur Orientierung, entscheidend aber ist und bleibt immer für jeden guten Arzt, was der Patient selbst über sich und seine Empfindungen sagt. Und ob diese Empfindungen dem Untersucher nachvollziehbar sind oder ihm sogar als unnötige Bagatellen erscheinen, ist unwichtig. Entscheidend ist, was der Patient oder die Patientin empfunden hat. Nur das zählt.

Fall 21

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

S., B.,

Übersicht

1. MAMMA-CARCINOM – entdeckt April 80, angeblich aber nicht bösartig, DHS – Dez. 79, CL – Ende Mai 80

Sub. Beschwerden
April 80

Manifestationszeit
3–4 Monate, erbsengroß, Operation – April 80, rechter oberer Quadrant rechts

DHS
Im Dez. 79 großer Streit mit der Hausvermieterin, die enorme Forderungen an die Eheleute stellte. Anschließend Gerichtsverhandlung und überstürzter Auszug Ende Mai 80.

Diagnosestellung
April 80

Konflikt
Siehe unter DHS, Dez. 79 großer Streit mit der Hausvermieterin.

Verlauf
April 80 Operation des erbsengroßen Knotens aus dem rechten oberen Quadranten, histologisch angeblich nicht bösartig.

2. MAMMA-CARCINOM, rechter oberer Quadrant, entdeckt Nov. 81, Operation Dez. 81, der für Operationsfolge der Op. gehalten wurde; histologisch bösartig.

Sub. Beschwerden

November 81 (direkt im Op-Narbenbereich entdeckt, im Juni 80)

Manifestationszeit

2 Monate, April–Ende Mai 80 – von Juni 80 bis Nov. 81 nicht mehr gewachsen

DHS

Im Mai 80 Prozeßtermin und Urteil gegen die Pat., großer noch schwererer Schock, 4 Wochen nach der Operation.

Diagnosestellung

November 81

Konflikt

Im Mai 80, 4 Wochen nach der ersten Op. – der Konflikt dauerte mit voller Schärfe an – war der Prozeßtermin und das Urteil gegen die Pat. Sie und ihr Mann mußten alles bezahlen, mußten 1 Monat später überstürzt ausziehen, dadurch Konfliktlösung. Zu dieser Zeit muß unter der Op.-Narbe unbemerkt bzw. erst im Juni 80 bemerkt, ein neuer Knoten entstanden sein, der aber zunächst für Op.-Folge (Narbe) gehalten wurde, denn der Konflikt nahm ja, an der gleichen Stelle bei gleicher Thematik bzw. gleichem Konflikthalt, noch eine gewaltige Verstärkung allerdings nur bis zum Auszug und damit der Konfliktlösung, 4 Wochen später, nämlich Ende Mai 80, zu.

Verlauf

Das Knötchen wurde zwar schon im Juni gesehen, aber erst im Nov. 81 als Krebsknoten diagnostiziert.

3. KNOCHEN-CARCINOM, bemerkt November 82, röntgenologisch – April 83, DHS – Mai 80 und Dez. 81, CL – 22. 9. 83

Sub. Beschwerden

Nov. 82 erste Beschwerden, starke Schmerzen. Im April 83 Rekalzifizierungsprozeß der 5. Rippe.

Manifestationszeit

seit Anfang April 80 und seit Ende Mai 80 und seit Dezember 81

DHS

Selbstwerteinbruch-Konflikt Anfang April 80, als der Chirurg der Pat. gewaltig zusetzte, weil sie die Brust nicht abnehmen lassen wollte.

Mai 80, weil sie sich nun selbst Vorwürfe machte, trotzdem aber die Brust wiederum nicht abnehmen ließ.

Dez. 81, weil der gleiche Konflikthalt die Pat. wieder beunruhigte: *»Hätte ich vielleicht doch die Brust lieber abnehmen lassen sollen, jetzt sind Metastasen da, und alles ist aus.«*

Verlauf

Röntgenologisch im April 83 entdeckt, seither rasche Progredienz der Osteolysen der Wirbelsäule, des Beckens und des Schädels, bis zur Konfliktlösung am 22. 9. 83, dabei drohender Querschnitt durch Osteolyse der unteren Halswirbelkörper. Seither gute Rekalzifikation, Wohlbefinden der Pat., Gefahr der Querschnittslähmung abgewendet. Pat. hat seit 2 Monaten sehr starke Schmerzen.

Histologie

Für 1) gesichert, für 2) gesichert, für 3) röntgenologisch eindeutig.

Schulmed. Therapie

Operation 1) und 2)

Bestrahlung 2) (*»Halbtiefentherapie«*)

Immunbiologische Behandlung

Dieser Fall soll uns demonstrieren, wie schwierig und mühsam es oftmals ist, die einzelnen Erlebnisschocks (DHS) zu differenzieren, einzuordnen und zu dem jeweiligen Konflikthalt zuzuordnen, Abschwächungen und Konflikt-Lösungen zu berücksichtigen und neue DHS mit entsprechendem Konflikthalt dem entsprechenden Krebswachstum in der Peripherie zuzuordnen, sowie dann schließlich alle diese Momente dem entsprechenden HAMERSchen HERD im Gehirn und dessen Verlauf zuzuordnen. All das aber bekommt seinen Sinn nur durch den Nutzen der Therapie, für die diese Daten und Erkenntnisse als Stütze und Hilfsmittel zum besseren Verständnis dienen soll.

Im Falle dieser Patientin wollten die Radiologen und Onkologen die Rekalzifizierung der Halswirbelsäule ohne jegliche schulmedi-

zinische Therapie einfach schier nicht für möglich halten. Man muß aber sagen, daß die Patientin eine unwahrscheinlich bewunderungswürdige Moral hat, die sie befähigte, Schmerzen zu ertragen, die sie sicher nicht ertragen hätte, wenn sie nicht »Land gesehen« hätte. Dabei durfte jeder Patient selbst bestimmen, wieviel Schmerzen er ertragen wollte und konnte. Die Schmerzen beim Rekalzifizierungsvorgang, der ja mit einer starken Schwellung des betroffenen Organbereichs einhergeht, sind einfach oftmals kaum zu ertragen. Kommt der Patient nun in eine »schulmedizinische Umgebung«, dann hat der Arzt dort weder die Kenntnis noch die Geduld, den Patienten weiter zu motivieren. Er zückt sofort die Morphiumspritze, um der unerfreulichen Sache ein rasches Ende zu setzen.

Und obgleich selbst der Chef der MH Hannover über den Erfolg der Rekalzifizierung hatte staunen müssen, da die Patientin in Gefahr gewesen war, ein Fall von Halsquerschnitt zu werden, was sie als Krankenschwester wußte, so hatte doch der behandelnde Arzt in ihrer Heimatstadt nichts Dümmeres zu tun, als zu sagen: Ach, ich glaube ja nicht daran, das kann doch gar nicht gut werden. Ich kann doch nicht für die Dummheit und das mangelnde Engagement meiner nachbehandelnden Kollegen auch noch die Verantwortung übernehmen!

Solche Patienten wie diese Frau, die eine so bewunderungswürdige, geradezu einmalige Moral hat, die ist eben nicht innerhalb von 3 Wochen wieder gesund, sondern das dauert Monate. Aber sie kann vollständig gesund werden, wenn die Ärzte Geduld und Herz haben und einer solchen Patientin immer wieder unter die Arme greifen, statt dumme Resignation zu verbreiten und den Patienten damit in den Abgrund zu stürzen!

Von seiten des Zeitablaufes ist interessant, daß die Patientin im Dez. 79 ihr 1. DHS hatte, im April 80 operiert wurde (Exstirpation des Knotens). Aber der Konflikt war ja noch nicht zu Ende, etwa durch die Herausnahme des Knotens. Folgerichtig wuchs der neue Knoten genau an der Stelle des alten, nämlich in der Narbe. Ob dazu nun das neue DHS Anfang Mai durch den Prozeßtermin und das Urteil verantwortlich zu machen war oder ob es ein »Weiterwachstum eines Knotens« war, der nie aufgehört hatte zu wachsen und jetzt bis Ende Mai nur noch schneller wuchs, mag ungeklärt bleiben. Jedenfalls zeigt es, wie sinnlos es ist, chirurgisch herumzuoperieren, wenn man gar nicht weiß, ob denn der Konflikt überhaupt gelöst ist. Denn ein Rezidiv-Knoten – das sehen wir ja

an diesem Fall – regt den Patienten viel mehr auf, als wenn der Knoten noch einen Millimeter größer geworden wäre. Ich will sagen: Wenn der Chirurg damals eine Ahnung von der EISERNEN REGEL DES KREBS gehabt hätte, dann hätte er der Patientin geraten, erst den Konflikt zu bereinigen, danach, wenn kein Wachstum mehr stattfinden wird, weil der Konflikt gelöst ist, kann man über den kosmetischen Aspekt einer eventuellen Operation ganz anders sprechen.

Wir verstehen an diesem Fall auch, daß durch Fehlbeurteilungen und Fehltherapien immer neue negative »Fakten« gesetzt werden, in diesem Fall der Selbstwerteinbruch der Patientin, die nicht einfach dadurch wieder zurückgedreht werden können, daß der Patient die Fehlbeurteilung und Fehltherapie, die zu diesen neuen Fakten geführt hat, nachträglich erkennt. Denn die neuen Fakten sind ja nun mal nicht wegzuleugnen, und es hilft dem Patienten wenig, wenn er an einem Irrtum stirbt oder durch einen Irrtum tiefer in die Krankheit hineingerutscht ist.

Aus diesem Grunde empfiehlt es sich meistens, die spätere Therapie nicht von dem gleichen Arzt durchführen zu lassen, der die erste Fehlbeurteilung und Fehltherapie begangen hat, denn der ist befangen. Er will gewöhnlich gerne beweisen, »daß da von Anfang an doch nichts mehr zu machen gewesen wäre«, um sich zu exculpieren.

Fall 22

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

L., E. – 52 Jahre

Übersicht:

1. Kleines MELANOM – 1980 – unterhalb der rechten Rippe. Darüber ist weder eine Histologie bekannt noch die Konfliktumstände
2. LEBER-CARCINOM $4,5 \times 5$ cm, festgestellt Sept. 1983

Sub. Beschwerden

Seit April 83

Manifestationszeit

November 78 – 1. DHS, Sommer 1980 – 2. DHS

In der Zwischenzeit jeweils Konfliktabschwächungen, Konfliktlösung – seit Mitte August 83 völlige Konfliktlösung

DHS

1978 allerschwerster Konflikt, der Sohn, Trinker, Schuldenmacher, das Enfant terrible der Familie, fuhr betrunken einen Bus, nahm die Kasse, kam zu Weihnachten 1978 in die Irrenanstalt; größter Schock. Konflikt zog sich die ganzen Jahre mit Abschwächungen hin, schließlich wieder neuer schwerster Konflikt im Sommer 80, Sohn macht wieder gewaltig Schulden, die der Vater bezahlen sollte. Seit 5 Wochen vor der Aufnahme, also seit Mitte Aug. 83, ist der Sohn in einer Sekte, ist jetzt sehr brav geworden, trinkt nicht mehr, schult um, er ist jetzt ruhig, alles ist jetzt einstweilen wieder im Lot.

Diagnosestellung

September 83

Konflikt

Siehe oben unter DHS

Konflikt-Thema – immer Sohn, schwerster Ärger für die Familie, daß Sohn ein Tunichtgut, Trinker und Schuldenmacher ist. Dauernd Ärger mit dem Sohn. Der Ärger zog sich über Jahre

hin, war allerdings zwischendurch immer stark abgeschwächt. Konfliktlösung seit Aug. 1983, seit Sohn Mitglied einer frommen Sekte ist.

Verlauf

Seit Mitte August 1983 – Konflikt ganz gelöst. Als man im September 83 das Leber-Ca feststellte und als Melanom-Metastase fehldeutete, war der Prozeß im Prinzip schon inaktiviert, bzw. in der Heilphase.

Histologie

für Konflikt 1 – gesichert, liegt aber nicht vor;

für Konflikt 3 – liegt er nicht vor

Schulmed. Therapie

Keine. Nur für Konflikt 1 – Melanom – OP (Exzision), keine Chemotherapie, keine Kobaltbestrahlung.

Weiterer Verlauf

Der Patientin geht es hervorragend, sie hat inzwischen ca 10. kg an Gewicht zugenommen, hat nicht die geringsten Beschwerden. Der HAMERSche HERD im CCT ist verschwunden. Das Leber-Ct zeigt weitgehende Homogenität des Lebergewebes. Jetzt kommen bereits die ersten Schlaumeier und fragen, ob es nicht vielleicht eine Fehldiagnose gewesen sein könnte, genau die gleichen Schlaumeier, die damals zu der Patientin sagten, nun habe sie Leber-»Metastasen« von dem alten Melanom und deshalb jetzt nicht mehr die Spur einer Chance zu überleben. Wie's grad paßt!

Meine große Hoffnung: daß der Sohn ein treues dauerhaftes Mitglied seiner Sekte bleibt!

Fall 23

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

F., I., 40 Jahre

Übersicht

Angst um den Vater – Schock durch Kastration – Angst um das Kind.

1. PLEURA-CARCINOSE und PERICARD-CARCINOSE

Sub. Beschwerden

Ende August 83 Rippenfellentzündung festgestellt.

Manifestationszeit

Mitte März bis Ende August 83: 5½ Monate.

DHS

Mitte März erkrankte der Vater an Darmkrebs mit Darmverschluß, riesiger Schock, weil die Pat. sehr am Vater hängt. Erst durch die eigene Erkrankung trat dieser Sorgekonflikt in den Hintergrund.

Diagnosestellung

Ende August wurde Rippenfellentzündung festgestellt.

Konflikt

Mitte März erkrankte der Vater an Darm-Carcinom mit Darmverschluß. Die Patientin hängt sehr an ihrem Vater, und für sie war das ein riesiger Schock, der auch bis zum August anhielt. Durch die eigene Erkrankung trat dieser Sorgekonflikt Ende August in den Hintergrund.

Verlauf

Die Erkrankung dauerte von Mitte März bis Ende August, seitdem trat der Konflikt in den Hintergrund, und das Carcinom stoppte. Von da ab trat die Heilphase ein mit Pleuraerguß beiderseits. Dieser Pleuraerguß besteht auch heute noch, hat sogar noch langsam zugenommen, scheint jedoch momentan stationär zu sein bei Wohlbefinden der Patientin.

2. PERITONEAL-CARCINOSE, NETZ-CARCINOM, ASCITES

Sub. Beschwerden
keine

Manifestationszeit

Nicht mehr sicher eruierbar, sicherlich nur wenige Monate. Und zwar von Oktober 78 (Totaloperation, Hysterektomie und Ovarektomie), ohne daß damals ein Carcinom festgestellt worden war.

DHS

Im Oktober 1978 Hysterektomie und Ovarektomie ohne ausdrückliche Zustimmung der Patientin. Als die Patientin aus der Narkose aufwachte, »war alles weg«, die Patientin war kastriert. Sie empfand einen tiefen Schock, weil sie sich noch sehr ein Kind wünschte. Der Konflikt war 3 Monate sehr stark, dauerte danach rezidivierend an. Die Patientin hat seit 1978 leichten Aszites.

Diagnosestellung

Im August 1983 wurde im Zuge der Diagnose der Pleura- und Pericard-Carcinose auch eine Laparaskopie des Bauches gemacht, wobei man ein Netzcarcinom fand und histologisch nachweisen konnte.

Konflikt

Im Oktober 1978 Totaloperation (Hysterektomie und Ovarektomie). Die Patientin empfand es als schweren Schock, daß sie kastriert war, daß alles weg war. Dieser Konflikt könnte gleichzeitig ein Selbstwerteinbruch gewesen sein, da die Pat. 1978/79 starke Schmerzen in der Wirbelsäule gehabt hat. Jetzt sind jedenfalls keine Knochenherde nachweisbar. Pat. hatte sich damals noch glühend ein Kind gewünscht und war sehr enttäuscht, als sie aus der Narkose aufwachte, damals 34 Jahre, und nun keine Kinder mehr kriegen konnte. Es war für sie der schlimmste Schock, den sie je bekommen hat. Sie wollte damals ihrem Leben ein Ende machen. So richtig darüber hinweg ist sie bei der Aufnahme am 11. 10. 83 immer noch nicht. Die Arbeit als Kindergärtnerin hilft ihr zwar über vieles hinweg, aber ersetzen kann sie ihr diesen sehnlichsten Wunsch nach Kindern nicht.

3. MAMMA-CARCINOM linke Brust oberhalb der Mammille, Bohnengröße

Sub. Beschwerden

am 29. 10. 83

Manifestationszeit

vom 6. 9. 83 bis 29. 10. 83: 2 Monate

DHS

Am 6. 9. 83 sagten die Ärzte zu ihr: Sie haben nur noch 2 Monate zu leben. Die Patientin geriet in Panik, jedoch nicht in Todesangst-Panik, sondern in Sorge-Panik um ihr Kind.

Diagnosestellung

Patientin bemerkte den Knoten erstmals am 29. 10. 83, seit Anfang Nov. 83 wird der Knoten (bohnen groß) zunehmend härter. Die Konfliktlösung war Ende Oktober 83.

Konflikt

Die Patientin erlitt am 6. 9. 83 einen Sorge-Konflikt um ihr Kind und ihren Mann, weil der Arzt ihr gesagt hat, sie hätte nur noch 2 Monate zu leben. Seither war sie in Panik. Sie kam am 11. 10. 83 zur Aufnahme nach Gyhum, der Konflikt wurde zwar kurzfristig geschwächt, jedoch war die Pat. sehr kritisch und konnte nicht glauben, daß sie wirklich weiterleben würde. Erst Ende Oktober gelang es, diesen Konflikt vollständig zu lösen.

Verlauf

Vom 6. 9. 83 bis Ende Oktober 83 Wachstum des Knotens über der linken Mammille auf Bohnengröße, dann seit Anfang November 83 Induration nach Konfliktlösung Ende Oktober 83. Seitdem ist die Pat. im Vagotonus, hat an Gewicht 8 kg zugenommen, macht Gartenarbeit und fühlt sich ausgesprochen wohl. Entsprechend der Konfliktolyse traten am 18. 11. 83 Doppelsehen, Kopfschmerz, Brechreiz ein, die aber nach einigen Tagen wieder abklangen. Im CCT sieht man ein umschriebenes perifocales Oedem im rechten Kleinhirnbereich.

Histologie

1. Cytologisch gesichertes mäßig differenziertes Adeno-Ca (MHH Hannover).

2. Undifferenziertes Carcinom, entdifferenziertes Adeno-Ca (Städt. Krankenhaus Kirn).

3. Keine Histologie – Palpation eindeutig. Zytostatische Behandlung am 26. 10. 1983 mit Adriblastin, Platinex.

Fall 24

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

D., R.

Übersicht

1. MAMMA-CARCINOM rechts

DHS

6. März 81, Fehlgeburt

Am 24. März winzig-kleines Knötchen bemerkt, das bis Erbsen-größe wuchs und dann bis Juli konstant blieb, von Juli an schmerzte es, deshalb ging die Pat. im August zum Arzt, es erfolgte Ablatio Mammae (Wegnahme der Brust).

Rezidiv – DHS

Okt. 1982 platzte die Operationswunde der Mammaoperation wieder auf: »Habe gemerkt, alles ist voll Blut.« Drei Tage vorher hatte sie Schmerzen (Operationshämatom), 6. Januar 83 wurde Weichteil-Ca festgestellt im Op.-Gebiet.

2. MAMMA-CARCINOM links

DHS

2. 7. 83, nachts Kreislaufzusammenbruch. Panische Angst vor dem Krankenhaus, Pat. bekam keine Luft mehr.

Anfang August 83 knapp erbsenroßen Knoten in der linken Achsel bemerkt, der bis 28. 9. 1983 bis auf Haselnußgröße anwuchs.

Konfliktlösung 28. 9. 83 (stat. Aufnahme). Seit 28. 9. schmerzt er. Am 28. 10. Knoten kleiner, schmerzend.

3. LUNGENRUNDHERD-CARCINOM

DHS

27. 9. 83, Rezidiv 20. 11.83

27.9.83 Prof. Luh, Krankenhaus links der Weser: operieren kann man nicht, bestrahlen kann man nicht, Chemo hat nicht ange-

schlagen, machen Sie sich noch ein paar schöne Wochen zu Hause. Pat. war für einen Tag in Todesangstpanik. Am 28. 9. Abschwächung oder Lösung des Konfliktes, wahrscheinlich nur Abschwächung oder häufig rezidierend. Letztes Rezidiv am 20. 11. 83, als die Pat. 25 Thomapyrin täglich nahm, eine ganze Woche lang. Pat. kam in völliger Panik und in völliger Sucht am 27. hier an, hatte dann 3 Tage ein Suchtentziehungsdelir, am 1. 12. HAMERScher HERD an typischer Stelle.

Verlauf

Nach endgültiger Konfliktlösung am 27. 11. jetzt Pat. in deutlicher Ruhe, Vagotonus, warme Handflächen, noch Wirbelsäulenschmerzen durch Fehlhaltung bedingt.

Die Konfliktlösung war dadurch möglich, daß die Pat. erlebte, daß die Haut-Ca-Herde in dem bestrahlten Mammaoperationsbereich inzwischen wunderbar abheilen.

Histologie

Für Mamma-Ca rechts samt Hautherde gesichert.

Schulmed. Therapie

Radiatio und Chemotherapie ohne Erfolg.

Fall 25

Vorlage beim Internat. ärztl. Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 83

Z., P., – 56 Jahre

Übersicht

1. KLEINZELLIGES PERIBRONCHIAL-CARCINOM rechts

Sub. Beschwerden

DHS April 82, am 1. Juni 83 zufällig durch Röntgenuntersuchung entdeckt.

Manifestationszeit

14½ Monate – von Ende April 82 bis zum 1. Juli 83

DHS

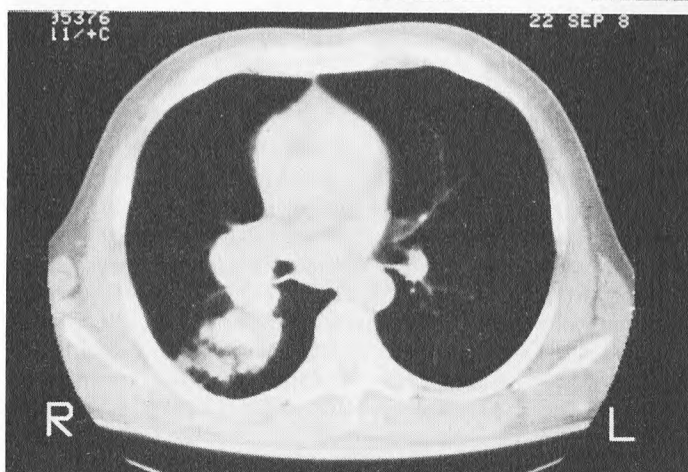
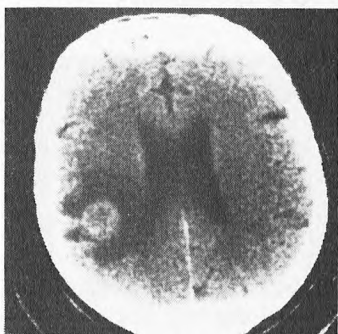
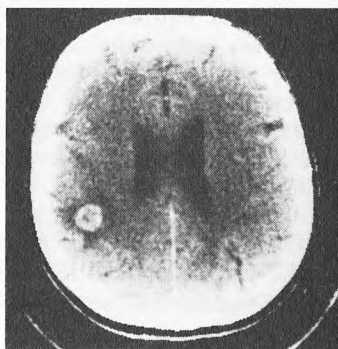
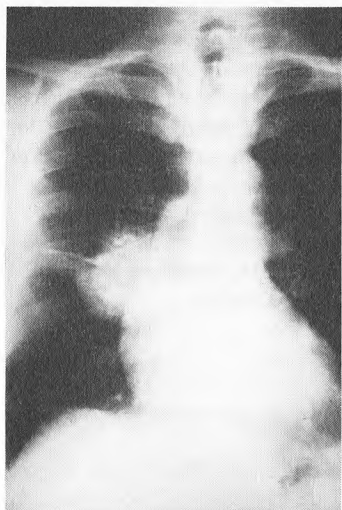
April 82: Patient wurde arbeitslos und dachte, jetzt kann ich das Zimmer für meinen Sohn nicht mehr fertig bauen. Daß der Sohn ein eigenes Zimmer hätte, war sein großer Traum seit vielen, vielen Jahren, weil er sich Vorwürfe machte, daß seine Töchter wegen der Tatsache, kein eigenes Zimmer gehabt zu haben, zu früh aus dem Haus gegangen seien.

Diagnosestellung

1. Juli 83

Konflikt

Im April wurde der Patient arbeitslos. Das war für ihn aber nicht der Konflikt, sondern die Tatsache, daß er nunmehr seinen alten Traum, das eigene Zimmer für den Sohn zu bauen, nicht mehr fertigbringen konnte, weil die finanziellen Mittel fehlen würden. Da dachte ich, sagte der Patient: *»Jetzt bekommst du das Zimmer nie mehr fertig.«* Dieser Punkt war für den Patienten ein besonderes Trauma, weil seine erste Tochter, wie er glaubte, nur deshalb so früh aus seinem Haus gegangen war, weil sie kein eigenes Zimmer hatte. Nun sollte das bei dem einzigen jüngsten Sohn anders sein.



Seit Ende August ist der Konflikt gelöst, seit der Sohn das Zimmer bezogen hat.

Verlauf

Die Konfliktlösung, Ende August 83, erfolgt 2 Monate nach der Diagnosestellung. Seit der Konfliktlösung ist dieser Bereich für den Pat. abgehakt.

2. LUNGEN-RUNDHERD-CARCINOM, DHS am 1. Juli 83 – bei Diagnoseeröffnung: Todesangst-Konflikt

Sub. Beschwerden
keine

Manifestationszeit

Nach 3 Wochen wurden schon die ersten Rundherde festgestellt, die bis zur Konfliktlösung am 15. 9. 83 (Telefonat mit Dr. Hamer, endgültige Konfliktlösung 22. 9. 83 bei stationärer Aufnahme).

DHS

Bei Diagnoseeröffnung geriet der Patient in Todesangst-Konflikt, der sich erst wieder löste am 15. 9. bzw. 22. 9. 83 bei stationärer Aufnahme in Gyhum.

Diagnosestellung
1. Juli 83

Konflikt

Patient gerät in Todesangst, Konflikt bei Diagnoseeröffnung. Konfliktlösung bei Aufnahme in Gyhum. Am 15. 9. 83 (ausgiebiges Telefonat), 22. 9. 83 stationäre Aufnahme.

Verlauf

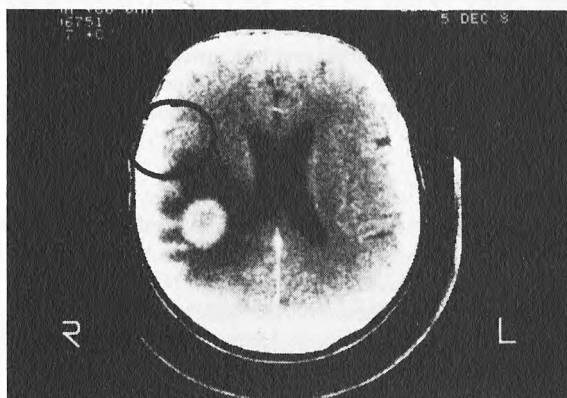
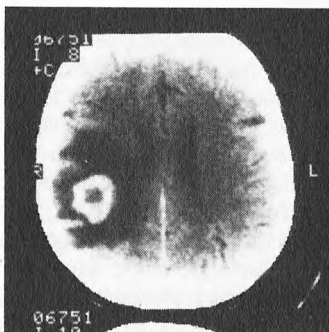
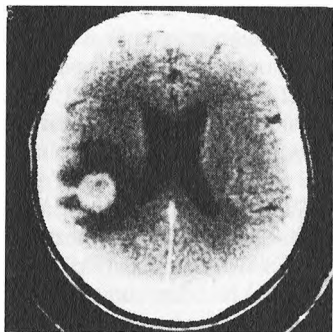
Seit der stationären Aufnahme am 22. 9. 83 ist sowohl Konflikt 1 – schon seit Ende August, als auch Konflikt 2, endgültig seit 22. 8. 83 gelöst. Der Patient hat fortlaufend warme Handflächen. Seit Ende August HAMERScher HERD rechts par/occ., der auf den nächsten Aufnahmen zugenommen hat. Lungenrundherde nehmen seit dem 22. 9. ab.

Histologie

1. Histologisch gesichertes kleinzelliges Peribronchial-Ca dorsal rechts, 6. Segment seit Ende August nicht mehr gewachsen, bis Ende August gewachsen.
2. Lungenrundherde röntgenologisch eindeutig, histologisch nicht verifiziert.

Schulmed. Therapie

Keine. Weder Zytostase noch Bestrahlung, noch Operation.
Kein Morphium.



Bei diesem Fall hatte ich einen Fehler gemacht, einen sehr gravierenden, den ich gleichwohl nicht habe vermeiden können, weil meine Erkenntnisse noch nicht weit genug reichten. Vielleicht hat aber dieser Fehler dem Patienten das Leben gerettet.

Erst durch die Erkenntnis des Coronar-Carcinoms konnte ich die Zusammenhänge dieses Falles verstehen:

Was in diesem Fall beschrieben ist, ist richtig, aber eben unvollständig, wie sich jetzt erwiesen hat: Der Patient hat nebeneinander, teilweise gleichzeitig, teilweise zeitversetzt:

1. ein Herzcoronar-Carcinom,
2. ein vom Mediastinum (Herzhinterraum) ausgehendes kleinzelliges Peribronchial-Carcinom.

Beide Erkrankungen hängen sowohl konfektiv zusammen (Folge des Arbeitsplatzverlustes des Patienten, der fast 40 Jahre *an seinem* Arbeitsplatz gearbeitet hat) und hängen auch anatomisch zusammen, denn das Peribronchial-Carcinom wächst von der Herzbasis in den rechten Lungenflügel hinein.

Der Konflikt des Arbeitsplatzverlustes hat gleichsam 2 Seiten. Die eine Seite, nämlich der Revierkonflikt, zeigte sich früher und machte Herzrhythmusstörungen, der andere, der nur die Folge des verlorenen Reviers ist, ist der »Zimmerkonflikt« mit seinem Korrelat im rechten Lungenflügel. Die Lösung des Zimmerkonfliktes erfolgte Ende August 83, die des Coronar-Konfliktes begann Anfang Dezember 83. S. auf der Abb. den eingekreisten HAMERSchen HERD auf der Aufnahme rechtstemporal, richtig aber erst Mitte Januar 84. Das DHS des Coronar-Konfliktes (Revierkonflikt) lag im Frühjahr 82 mit dramatischer erneuter Konfliktverdichtung (Konfliktrezidiv) im März 83. Seit März 83 wurde eine sehr starke Zunahme der Herzrhythmusstörungen bemerkt, die seit der Konfliktlösung Mitte Jan. vollständig verschwunden sind.

Revierkonflikt

(zunächst drohender, später erfolgter Verlust des fast 40 Jahre innegehabten Arbeitsplatzes als Maschinenbauer (quasi Meister))

1. DHS Frühjahr 1982
2. DHS März 1983

Menschlicher Konflikt

(Zimmer wird nicht mehr fertig, bedingt durch Arbeitsplatz-Verlust)

DHS April 83

Endgültige Conflictolyse Ende August 83

Zimmer wird bezogen

Konfliktabschwächung Anfang
Dez. 83

Sozialplan sichert Patient sorgenfreien Lebensabend

Wiederaufflammen des Konfliktes, weil der Sozialplan für den Patienten hinfällig wird für den Fall, daß er behandelt wird

Endgültige Konfliktolyse Mitte Januar 84, Patient reicht endgültig Rentenantrag ein

1. DHS April 82

Man sprach von Entlassung der alten Mitarbeiter oder von Versetzung:

Bei dem Patienten Beginn der Herzrhythmusstörungen

2. DHS März 83

Gewaltige Auseinandersetzung mit dem Betriebsleiter, der dem Patienten ankündigte, er würde jetzt auch entlassen werden.

Patient: Ich war so außer mir, daß nicht viel gefehlt hätte und ich hätte ihm mit dem Hammer auf den Kopf geschlagen.

Das war eine solche Gemeinschaft, wo ich fast 40 Jahre bei der Firma treu gedient habe.

Von da ab täglich schwere Herzrhythmusstörungen.

April 83

Zwar Revierverlust, aber durch inzwischen festgestellten Sozialplan glimpflich davongekommen und finanziell gut abgesichert. Kein neues DHS-Rezidiv.

DHS April 83

Schwerer menschlicher Konflikt durch vermeintlichen Zusammenbruch seines Lebenswerkes: kleinzelliges Peribronchialcarcinom vom Herzhinterraum ausgehend und in den rechten Lungenflügel einwachsend.

Konfliktlösung Ende August 83
Seit September 83 HAMER-
scher HERD rechtsparietal fest-
gestellt und in Aufquellung be-
griffen, periintra- und perifoca-
les Oedem nehmen zu. Seit Ja-
nuar 84 Oedem rückläufig, deut-
liche Schrumpfungsvorgänge
des dem Lungentumor zugehö-
rigen perivokalen Oedems samt
HAMERschen HERD.

Dezember 83

Teillösung des Konflikts

Anfang Dezember: Patient
scheint gute Altersversorgung
zu haben durch den Sozialplan.
Im Laufe des Dezembers erfährt
der Patient, daß der Sozialplan
für ihn nicht zutrifft, weil er
durch seine Krankheit in vorzei-
tige Pension gehen muß.

Erneute Verdichtung des Re-
vierkonfliktes. Mitte Januar 84
gibt der Patient auf und reicht
seinen Rentenantrag ein.

Seit Mitte/Ende Januar 84 Aus-
bildung eines schon am 5. 12.
feststellbaren HAMERschen
HERDES (damals noch ohne
perivokales Oedem) mit jetzt
ausgeprägtem großem perifoca-
lem Oedem rechtstemporal.

Das CCT-Bild vom 25. 2. 84 zeigt folglich 2 Krankheitsbilder auf
einer Bildfolge:

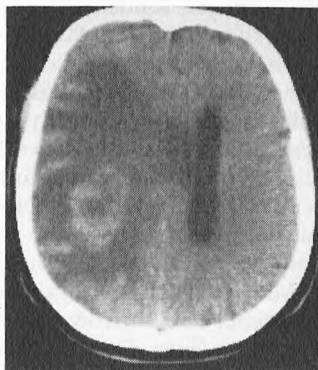
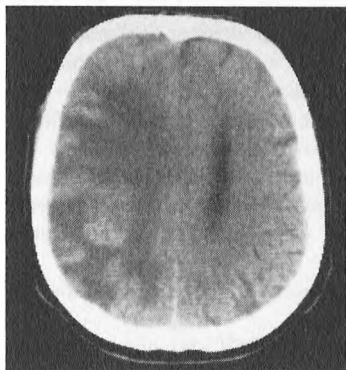
Das in Auflösung begriffene (schrumpfende) Oedem des Lun-
gentumors und das noch relativ frische (ausgespannte) Oedem des
Coronar-Carcinoms, von dem man den HAMER'schen HERD
schon am 5. 12. sehen konnte, jedoch noch ohne Oedem. Wir
haben uns alle gewundert, daß der Patient zwischen Ende August

83 und Anfang Dezember 83 nur im halben Vagotonus war, er noch keinen so rechten Appetit hatte, die Handflächen nur halbwarm waren, andererseits der Lungentumor aber nicht mehr weiterwuchs.

Klinisch ging es dem Patienten zwischen Mitte/Ende Januar 84 (obwohl seither die Herzrhythmusstörungen aufgehört haben) von seiten des Gehirns schlechter: Das neue Oedem rechtstemporal hat sich auf das alte inzwischen abklingende Oedem rechtsparietal quasi aufgepfropft. Der Patient schleift das linke Bein beim Gehen nach, hat in der linken Hand keine Kraft mehr, hat auch Sensibilitätsstörungen und Stimmungseinbrüche. Zudem hat er jetzt starken Husten. Der Kernschatten des Lungentumors, der sich zwischen Anfang Juli und Ende August an Größe verzehnfacht hatte, bleibt weiterhin unverändert. Um den Kernschatten hat sich eine reparative Heilzone gebildet, die für den Husten verantwortlich ist. Am Ende dieser Phase wird eine Einkapselung des Tumors stehen.

Der Patient ist jetzt voll in der Vagotonie, hat mächtig Appetit (seit Mitte/Ende Januar) und hat heiße Handflächen.

Auf der Kopfhaut ist die Stelle rechtstemporal und rechtsparietal, die genau über dem Hirnoedem liegt, ziemlich scharf markiert heiß und hyperämisiert. Der Patient zeigt sich stolz jedem Besucher mit den Worten: »*Fühl mal, bei mir heilt es zu stark.*« Um das Oedem abzumildern, bekommt der Patient jetzt in Einvernehmen mit seinem Hausarzt Cortison, Theophyllen, er trinkt Kaffee, (raucht absichtlich Zigaretten) und bekommt die Wasserzufuhr eingeschränkt. Seit wir wissen, was los ist, können wir auch gezielt cerebral behandeln.



25-FEB-84

ECHTER TODESANGST-KONFLIKT DURCH »LETZTE ÖLUNG« DES PRIESTERS

Eine junge Frau von ca. 34 Jahren war erkrankt an Magen-Netz- und Leber-Carcinom. Sie befand sich in stationärer Behandlung und war auf dem Wege der Besserung. Es ging ihr relativ recht gut.

In dieser Zeit wurde vom Norddeutschen Rundfunk eine Sendung ausgestrahlt (Extra-drei), Tenor: Hamer ist ein Scharlatan, glaubt nicht an ihn, seine Patienten werden alle sterben.

Die Patientin hatte diese tendentiöse Rufmord-Sendung selbst nicht gesehen. Aber seitdem wurde sie von ihrer Familie, bes. ihrem Bruder, der Laienhelfer in der kath. Kirche ist, sogar telefonisch ständig bedrängt, sich die sog. Krankensalbung geben zu lassen, was die Patientin jedoch immer ablehnte.

Als sie übers Wochenende nach Hause kam, hatte man die Kinder weggeschafft, und eröffnete ihr, daß man den Pfarrer bestellt habe. Sie bekam panische Angst – Todesangst!!!

Sie fühlte sich isoliert und konnte mit niemand darüber sprechen. Um die Familie nicht zu enttäuschen, ließ sie alles geschehen: die Rosen vom Tisch, der Tischläufer mußte weg; statt dessen eine weiße Tischdecke her, Kerzen darauf; sie wurde gesalbt, mußte die Beichte ablegen, um ihr Gewissen zu erleichtern.

Nein, sie hatte ein gutes Gewissen, denn sie war es, die immer für andere da war; sie überlegte dennoch krampfhaft, ob sie vielleicht die Kinder mal ungerecht behandelt habe. Am Ende besprach sie mit dem Pfarrer, wo und an welcher Stelle sie denn beerdigt würde.

Sie hatte die Krankensalbung (die von der Familie – aus religiöser Sicht – sicherlich gut gemeint war) als »Letzte Ölung« empfunden – als endgültiges Todesurteil!!!

Die Patientin kam zurück in die Klinik – nicht wiederzuerkennen – in wilder aufgelöster Todesangstpanik! Sie konnte keine Rosen mehr riechen oder sehen; wenn sie einen Pfarrer im Radio sprechen hörte, übergab sie sich.

Mühsam gelang es den anderen Patienten und mir, die Patientin aus dieser Panik wieder zu befreien.

Wenige Tage danach ergab sich im CCT der entsprechende

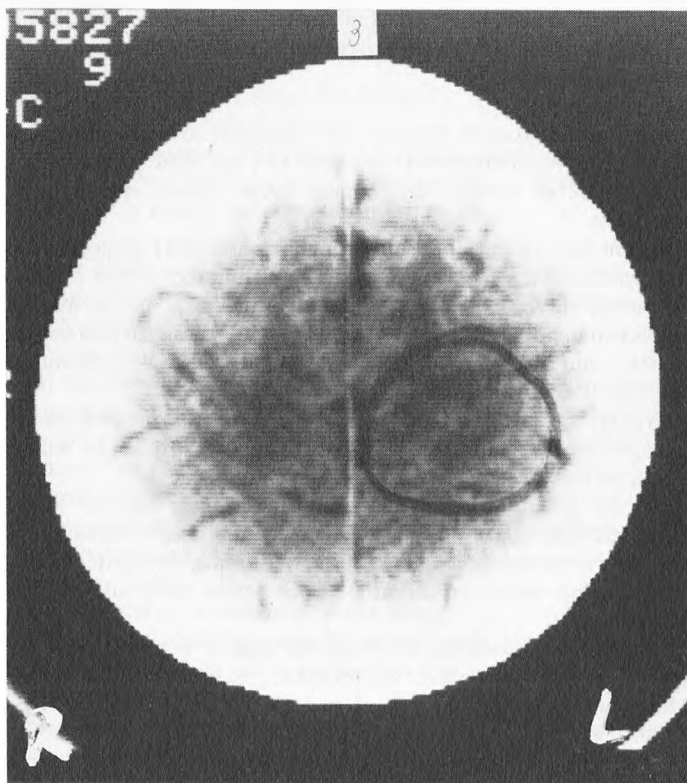


Bild oben:

Deutlicher HAMERScher HERD mit perifocalem Oedem in der Hirnrinde bei 34jähriger Patientin mit Todesangstkonflikt, den ihr ein Pfarrer mit der letzten Ölung beigebracht hatte. Er hatte sich mit der Pat. anschließend darüber unterhalten, wo sie auf dem Friedhof begraben sein wolle. Dabei hätte die Patientin gar nicht zu sterben brauchen. (Siehe Fall 26)

typische HAMERsche HERD in der Hirnrinde unter dem Scheitel, mit dem entsprechenden frischen perifocalen Oedem (siehe Abb. 287).

Nach einigen Wochen hatte sich die Patientin so weit erholt, daß sie glaubte, vorübergehend schon mal 14 Tage zurechtkommen zu können. Jetzt, meinte sie, könne ihr zu Hause nichts mehr passieren.

Kaum war sie zu Hause und klagte wieder über gelegentliche Magenschmerzen (nach ERK normale Schmerzen durch narbige Schrumpfung in der Heilphase), die bei uns stets mit harmlosen Zäpfchen behoben worden waren, kam die Hausärztin und verabreichte – auf obersten Rat des Professors angeblich! – Morphium! (Devise: Bei Krebs gibt man Morphium!)

Wieder kam die Patientin in die Panik hinein, diesmal in die iatrogen-medikamentöse Sucht-Panik. Als sie wieder in wilder Panik zu uns zurückkehrte, war sie süchtig.

Wieder gelang es noch einmal, die Patientin aus der Panik herauszubringen und kurzfristig vom Morphium zu entwöhnen. Die Schwester und Schwägerin der Patientin wachten in der Klinik abwechselnd nachts an ihrem Bett. Es schien noch alles gut zu werden.

Da ließ die Hausärztin die Patientin wissen, wenn sie vom Dr. Hamer weggehe und zu ihr zurückkehre, sei sie bereit, ihr wieder Morphium zu geben. Von da ab war die Patientin nicht mehr zu halten. Sie zwang ihre Angehörigen praktisch, sie zu der Hausärztin zu bringen, noch bevor sie nach Hause fuhr. Zu diesem Zeitpunkt hatte sie keinerlei Schmerzen. Sie bekam trotzdem ihre Morphium-Spritze von der Hausärztin, wie gesagt nach dem Motto: Bei Krebs gibt man Morphium!, noch bevor sie nach Hause kam. Von da ab stand sie nur noch unter Morphium und starb wenige Tage später.

Fall 27

Junger Mann von 21 Jahren, bei Köln

Fehldiagnose: Glutäal-Sarkom

Richtige Diagnose: Organisierter Spritzenabszeß im re Glutäalbereich durch ölige Spritzen eines Orthopäden. – Später Lungenrundherd-Ca durch Todesangstkonflikt.

Folge

Bei der Eröffnung der Fehldiagnose »Sarkom« durch den Arzt: *»Da ist praktisch nichts zu machen«*, akut dramatischer Todesangstkonflikt!

Zweite Folge

Sofortige *»prophylaktische Radikaloperation.«* Das bedeutete: Wegnahme der ganzen rechten Glutäalgegend (Gesäßgegend), also aller Muskeln, sowie eines großen Teils des re knöchernen Beckens (je mehr, desto besser!) Zytostatika-Vergiftung und dadurch völliger Haarausfall mit Entstellung, Bestrahlung der re Beckengegend, dadurch starke Schwellung und Beeinträchtigung der Ischiasnerven, Lähmung des re. Beins.

Weitere Folge

2 Monate später Rundherde in der Lunge

Ärzte: *»Jetzt haben Sie schon Metastasen, sehen Sie, da hatten wir recht gehabt, daß da nichts zu machen war.«*

Weitere Folge

Gewaltige Zunahme der Todesangst und der Lungenrundherde, obgleich ich zu dieser Zeit bereits herausgefunden hatte, daß es sich gar nicht um ein Sarkom handelte, sondern um einen schlichten Spritzenabszeß, den man unsinnigerweise operiert hatte, und zwar *»prophylaktisch radikal«* unter Mitnahme eines Teils des knöchernen Beckens.

Aber an dem Lungenrundherd-Carcinom gab es jetzt natürlich gar keinen Zweifel – obgleich der Unsinn, daß ein Sarkom zu einem Carcinom *»metastasiert«* sei, natürlich auf der Hand lag.

Letzte Folge

Tod des jungen Mannes unter Morphium, Lähmung des rechten Beins bei radikal völlig wegoperierter Glutäalgegend. Patient ist aus der verzweifelten Todesangstpanik nicht mehr herausgekommen!

Fall 28

P. F.

Diagnose: altes Hoden-Carcinom

Dieser Fall besticht durch seine Klarheit und die Eindeutigkeit der »Brückensymptome«:

Ein 18jähriger Junge, bei dem in der Kindheit wegen unklarer Bauchbeschwerden ein sog. »Gleithoden« unter der Verdachts-Diagnose »Leistenbruch« entfernt worden war, erlebte den schwärzesten Tag seines Lebens, als sein bester Freund und Kumpel bei einem Autounfall plötzlich ums Leben kam, gräßlich verstümmelt. Der Patient war dabei nicht anwesend.

Er war, sagen seine Angehörigen übereinstimmend, wie versteinert. Er konnte zunächst Tage lang nichts sagen, lief wie erstarrt umher. Er wollte seinen toten Freund im Leichenschauhaus besuchen, wurde aber nicht an die Bahre gelassen, weil der Freund zu sehr verstümmelt war. Die Angehörigen berichten auch, der Pat. habe sich wegen irgend etwas große Vorwürfe gemacht, den Grund habe er nicht verraten.

Nach einigen Tagen brach es dann aus ihm hervor. Er habe dann eine ganze Woche nur hemmungslos geheult »wie ein Schloßhund«.

Erst nach 2 bis 3 Monaten beruhigte sich der Pat. allmählich wieder.

Seit dieser Zeit, berichtet die Mutter, war mit dem einen verbliebenen Hoden etwas nicht in Ordnung. Es war nichts Schlimmes, sondern ein kleiner harter Knoten, der sich nicht mehr veränderte, aber dem Pat. das Gefühl gab, daß der Resthoden eben nicht ganz in Ordnung sei.

4 Jahre waren vergangen. Der Pat. war inzwischen verheiratet und hatte ein Kind. Bei der Musterung wollte er sich auf diese kleine Stelle, die da nun seit 4 Jahren zu tasten war, »herausreden«. Dabei wurde sie nunmehr genau untersucht. Man operierte ihn und fand ein (altes) Hoden-Carcinom.

Der Resthoden wurde nun herausgenommen, der Pat. dadurch kastriert, er wurde bestrahlt und mit Zytostatika behandelt.

Der Patient hat die Tortur bisher – als Kastrat – überlebt. Sein Selbstwertgefühl ist aber seither als Kastrat verständlicherweise sehr empfindlich. Die Ehe droht daran zu zerbrechen, daß er keine weiteren Kindern mehr zeugen kann.

Bei richtigem Zusehen hätte er gar nicht operiert werden dürfen!

Fall 29

C. F., 28 Jahre

Diagnose: 1. Gebärmutterhals-Ca

2. Halslymphknoten-Ca

Eine 28jährige Patientin, Mutter eines Kindes, war an einem schweren sexuellen Konflikt erkrankt: Sie erwischte ihren Freund, den Vater ihres Kindes, mehrmals »*in flagranti*« mit einer Freundin. Der Konflikt war mit Unterbrechungen – rezidivierend hochaktiv! Nach etwa 15 Monaten wurde ein Gebärmutterhals-Ca, Stadium I bis II, festgestellt. Es wurde conisiert (ausgeschnitten). Nach der Operation fiel zum 1. Mal das Wort »*Krebs*«, für die äußerst sensible Pat. ein furchtbarer Schock (Febr. 82).

Sie trennte sich daraufhin von ihrem Freund, dadurch war der Grundkonflikt gelöst. Ohne Bestrahlungen und ohne Zytostatika wurde von dem Collin-Ca nichts mehr gesehen.

Seit Febr. 82 war sie dafür in einer völligen Krebsangstpanik. Im März 82, also 1 Monat später, tastete die Pat. einen erbsengroßen Knoten an der re Halsseite. Die Ärzte meinten, es sei eine »*Metastase*«. Nun geriet die Pat. in völlige Krebsangstpanik, weigerte sich zugleich, sich operieren zu lassen, weil sie Angst vor der Diagnose hatte. Sie fühlte die typischen »*Würgegefühle am Hals*«. Im Sept. 82 war die Pat. in so völliger Krebsangstpanik, daß sie Tag und Nacht an nichts anderes mehr denkt und von nichts anderem mehr träumte als von Krebs. Der Knoten wuchs auf Doppelbohnengröße. Im Sept. 82 sah sie die Sendung III nach neun von Radio Bremen. Erstmals schöpfte die junge Pat. wieder ein bißchen Hoffnung, kam aber aus der Krebsangstpanik gleichwohl nicht mehr heraus.

Dies änderte sich schlagartig, als sie im Oktober 82 – ungewollt – schwanger wurde. Sie sagt: Ich wurde ruhiger, gelöster, kam aus der Panik heraus. Im November 82 konsultierte mich die Patientin zum 1. Mal. Sie schrieb mir einen verzweifelten Brief, daß sie ein aufgegebenener Krebsfall sei. Ich besprach den Fall eingehend mit ihr, wunderte mich eigentlich, daß sie längst nicht so in Panik war, wie ich nach ihrem Brief vermutet hatte. Sie war gleichsam nur noch »*theoretisch*« in Panik, praktisch machte sie einen relativ gelösten Eindruck. Die Ärzte hatten ihr geraten, das Kind abzutreiben und den Halslymphknoten exstirpieren zu lassen.

Einer instinktiven Eingebung meines Gefühls folgend, entgegen dem bisher auf allen Universitäten Gelehrten, riet ich ihr, an dem derzeitigen Zustand, der sich ja ganz offenbar seit dem Beginn der Schwangerschaft deutlich gebessert hatte, nichts zu ändern, sondern das ungeborene Kind auszutragen. Die Pat. befolgte diesen Rat genau. Sie bekam im Juli 83 einen sehr hübschen Jungen, der seither ihr ganzes Glück ist.

Der Halslymphknoten blieb stationär, d. h., er wuchs nicht einen Millimeter weiter, im Gegenteil, er schrumpfte etwas und wurde etwas derber.

Der Pat. geht es heute sehr gut. Sie ist gelöst und auch nicht in Gefahr, ein Krebsangst-Panik-Rezidiv zu erleiden, solange sie nicht den inzwischen inaktivierten Knoten am Hals operieren läßt. Sie weiß, daß sie dann durch die schulmedizinische »Pseudodiagnose« »Krebs-Metastase« mit allen daraus folgenden Konsequenzen bisher geübter onkologischer Art und Umfangs mit absoluter Sicherheit ein Krebsangst-Konflikt-Panik-Rezidiv hineinkommen und vermutlich nicht mehr herauskommen würde. Die Pat. ist klug genug, das zu vermeiden.

Der Fall erscheint uns deshalb so bedeutend, weil er gleichsam, im nachhinein gesehen, ein natürliches Experiment der Praxis in der praktischen Therapie darstellt, und zudem ein geglücktes mit positivem Ausgang. Gerade weil es nicht möglich ist, unseren Patienten eine Schwangerschaft »zur Therapie ihres Krebs« zu empfehlen, ist dieser Fall um so bedeutsamer.

Wir müssen allerdings berücksichtigen, daß es Konflikte gibt (die meisten), die besonders handfeste Probleme und einen handfesten Anlaß zur Ursache haben (reale Konflikte). Daneben gibt es aber Konflikte, die der Pat. mit sich selbst hat. Konflikte, die zwar auch einen handfesten Anlaß haben (Selbstwerteinbruch, Todesangstkonflikt, Krebsangstpanik), bei dem aber das weniger oder nicht reflektierende Tier wahrscheinlich keinen Konflikt erlitten hätte. Solche Konflikte und »Paniken« eignen sich offenbar zur »Therapie durch Schwangerschaft« ganz besonders gut. Denn die Vagotonie ist ja in der Schwangerschaft besonders ausgeprägt. Offensichtlich ist die Schwangerschaft ein biologisch so stark instinktiv verankerter elementarer Vorgang (zur Erhaltung der Art), daß alle anderen Lebensvorgänge dahinter zurückzutreten haben. Die Schwangerschaft hat absoluten Vorrang!

Wenn sich diese Beobachtung in der Zukunft bewahrheitet, ist sie vielleicht als Therapie doch nicht so verkehrt.

Eine Komplikation soll auch nicht verschwiegen werden: Eklampsie. Die Eklampsie, die praktisch der Zusammenfall der postconflictolytischen Phase nach Krebserkrankung mit der Schwangerschaft darstellen könnte, trat in diesem Fall nicht auf. Sie könnte durch eine Potenzierung der Vagotonie, also einer besonders starken Vagotonie durch 2 »*Vagotoni-Vektoren*«, die beide in die gleiche Richtung zielen, bedingt sein. Sie würde dann abhängen von Art bzw. Lokalisation und Ausdehnung des HAMERSchen HERDES und einer spezifisch rezidivierenden Reaktionsweise des einzelnen Organismus und Gehirns.

Doppelkonflikt (Speiseröhren-Carcinom und Unterhautknoten-Carcinom) wegen fälschlichem Unterschlagungsverdacht sowie als Drittcarcinom Halslymphknoten-Carcinom durch Krebsangstkonflikt sowie als Viert-Carcinom Lungenrundherd-Carcinom durch Todesangstkonflikt.

Der Fall dieses Patienten ist höchst typisch und höchst dramatisch, dazu in seiner Koinzidenz durch das Tagebuch der Ehefrau und die Befundaufzeichnungen des Hausarztes lückenlos festgehalten. Dreimal läßt sich das DHS auf die Minute genau festlegen!

Das 1. DHS und den 1. Doppelkonflikt erlitt der Patient im Sommer 82, als er, von Beruf Postbote, eines Tages zu seinem Chef zitiert wird und dort vom posteigenen Kriminalmeister verhört wird. Er wird – ahnungslos und völlig unschuldig – mit dem Verdacht konfrontiert, er könne ein Paket und zusätzlich 200 DM unterschlagen haben. Herr H., ein grundehrlicher braver Mensch, stand da, sprachlos und völlig außer sich und schluckte, schluckte, schluckte . . . Die Indizien sprachen gegen ihn, zudem ein angeblicher Zeuge.

Der Patient erlitt einen Doppelkonflikt: Er erkrankte gleichzeitig an einem Speiseröhrenkonflikt und einem Unterhaut-Knoten-Carcinom. Er fühlte sich besudelt und ungerechterweise beschmutzt. Denn bei seinen Arbeitskameraden mußte er jetzt Spießbruten laufen. Plötzlich waren alle davon überzeugt, er könne vielleicht doch ein Dieb sein. Die Ermittlungen zogen sich hin.

Nach gut ½ Jahr stellte sich dann heraus, daß der Pat. völlig unschuldig war. Ein Hausbewohner (der »Zeuge«) hatte Paket und Geldbetrag entgegengenommen und unterschlagen, statt es seinem Nachbarn auszuhändigen.

Kurz darauf wurde bei dem Pat. im März 83 der Speiseröhrenkrebs festgestellt. Bei der Diagnose erleidet der Pat. ein neues DHS, er kommt in Krebsangstpanik. Es wird der 7 cm lange erkrankte Teil der Speiseröhre bestrahlt mit Kobaltbombe.

Nach etwa 6 Wochen kommt der Pat. aus seiner Krebsangstpanik heraus, als ihm die Ärzte sagen, offenbar schlage die Bestrahlung so gut an, denn der Speiseröhrenkrebs wachse nicht weiter – der Konflikt war ja gelöst!

Im Oktober wird er nochmals gründlich untersucht: Man findet das erbsgroße Knötchen am linken Hals – das da schon seit April,

also seit 6 Monaten, unverändert ist. Jetzt heißt es: Das ist eine Metastase! Wieder kommt der Patient in Panik, aber nur für wenige Tage. Er fährt zu mir nach Cyhum, und ich *kläre ihn auf*. Er versteht, wann das Knötchen am Hals dort entstanden ist und warum es entstanden ist. Er kommt wieder in den Vagotonus, ißt wieder normal und fühlt sich wohl.

Jetzt aber geschieht etwas, was bei dem sensiblen und inzwischen auf alles, was mit Krebs zu tun hat, geradezu allergisch reagierenden Mann schwere Folgen hat: Er sieht einen Patienten, der auch an einem Speiseröhrenkrebs erkrankt gewesen war und dem es seit Monaten wieder gutgegangen war, der auch wieder volles Gewicht hatte, daß der ein völliges echtes Konflikt-Rezidiv erlitt, indem der gewaltige Streit mit der Ehefrau um die Freundin des Patienten wieder in voller Schärfe entbrannte.

Da geriet der Postbote in eine »Vorpanik« und fuhr sofort ab nach Hause. Hier fing er sich wieder, nahm nicht an Gewicht ab. Der Hausarzt, der gewissenhaft jede Woche die Blutsenkung kontrollierte, stellte fest, daß die Blutsenkung in Ordnung war.

Am 17. Nov. 83 aber – der Pat. war inzwischen schon wieder 3 Wochen zu Hause – spuckte er plötzlich etwas Blut, ganz wenig. Folge der Bestrahlungsschäden an der Speiseröhrenschleimhaut.

Die Ehefrau, die gewissenhaft Tagebuch geführt hat, notierte: F. seit heute in völliger Panik, nachdem er etwas Blut gepuckt hat! Der Patient selbst berichtet: In diesem Augenblick mußte ich sofort an Herrn B. denken, der die gleiche Krankheit gehabt hat wie ich, und seither denke ich nur, daß ich sterben muß!!

Herr H. nahm von Mitte Nov. bis Mitte Febr. über 20 kg an Gewicht ab. Die Blutsenkung schnellte schon Ende Nov. gewaltig in die Höhe. Herr H. hatte keinen Appetit mehr, konnte nachts nicht mehr schlafen, dachte immer an den Tod. Mit jedem Kilo, das er an Gewicht abnahm, und mit jedem weiteren Anstieg der Blutsenkung nahm die Todesangst noch zu und wurde wiederum die Gewichtsabnahme rascher.

Am 17. 2. 84 erfuhr der Pat., daß ich ihn besuchen werde und »daß wir dann die Sache schon wieder ins Lot bringen würden«. Und richtig, die Ehefrau berichtet: Seit diesem Tag hat er erstmals, zuerst nur auf einer Körperhälfte, dann stundenweise auf beiden, wieder warme Hände gehabt. Er konnte auch ein bißchen wieder essen, konnte auch wieder etwas besser schlafen.

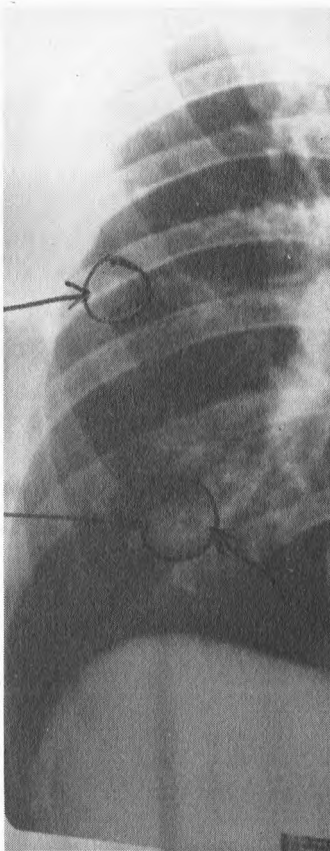
Ich blieb einen Tag bei dem Patienten, ging zu seinem Röntgenologen, zu seinem Heilpraktiker und seinem Hausarzt und be-

sprach mit ihnen den Fall und erklärte ihnen die Zusammenhänge. Dann erklärte ich sie dem Patienten selbst. Seither herrscht bei allen Beteiligten Übereinstimmung. Der Patient verabschiedete mich mit heißen Handflächen, setzte sich an den Tisch und aß spontan und mit Appetit. Nachts hatte er die erste Nacht richtig wieder schlafen können. Selbst morgens war er noch so müde, schlapp und verschlafen, daß er noch nicht aufstehen mochte, er wolle noch eine Runde schlafen. Als er schließlich ausgeschlafen hatte, verlangte er nach der Zeitung, was er schon seit Wochen nicht mehr getan hatte. Am Kopf (scheitelbereich rechts) kann der Pat. eine fünfmarkstückgroße heiße Stelle zeigen, unter der mit den Lungenrundherden korrelierende frisch aufgebrochene und mit perifocalem Oedem umgebene HAMERsche HERD in der Hirnrinde gelegen ist.

Der Oesophagus-Krebs (Speiseröhrenkrebs) ist nach übereinstimmender Ansicht aller Ärzte stationär, d. h. nicht weiter fortgeschritten seit März 83, seit der Konflikt gelöst und der Pat. wieder rehabilitiert worden ist.

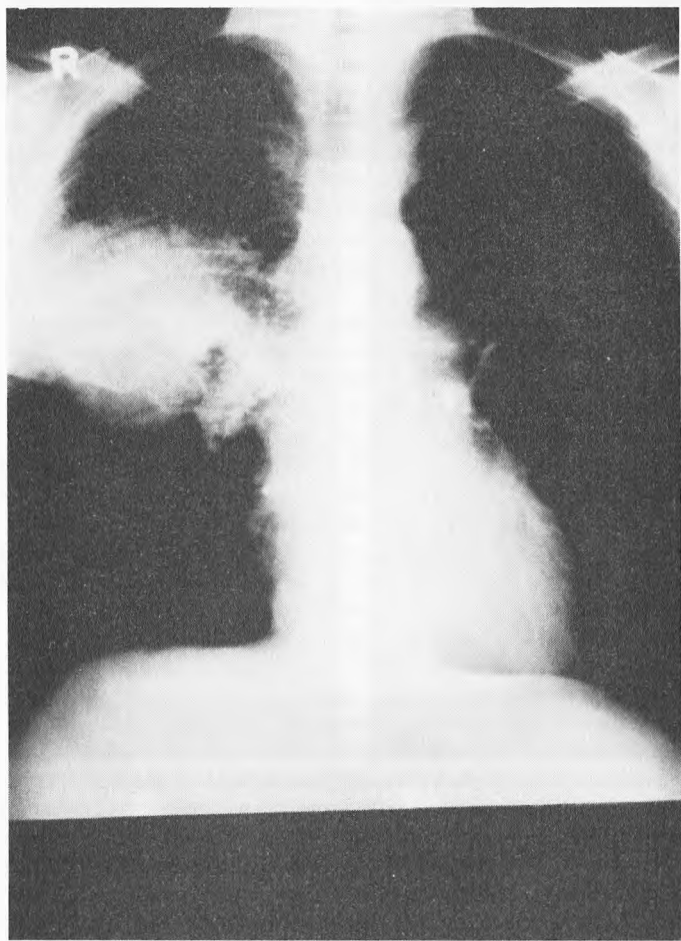
Auf den Lungenaufnahmen vom 6. Febr. 84 sieht man deutlich mehrere Lungenrundherde. Am Hals ist noch ein bohnergroßes Knötchen zu tasten, das auch nicht mehr wächst. Nicht mehr wachsen tun seit März 83 auch die etwa haselnußgroßen derben Unterhautknoten-Carcinome, von denen der Patient einige an der Rückenseite des Körpers hat.

Wenn nicht irgend noch ein dummer Zufall oder eine schlimme Eselei passiert, wird der Pat. bald wieder sein volles Gewicht zurückgewonnen haben und zum Anfang Mai wieder zur Arbeit gehen können. Der HAMERsche HERD in der Hirnrinde, den man in den nächsten Tagen bei einer Kontrolle des CCT finden wird, wird bis dahin hoffentlich und wahrscheinlichweise wieder abgeklungen sein. – Und das, obgleich der Patient nach schulmedizinischer Lehrmeinung mit Carcinomen an 4 verschiedenen Stellen (schulmed.: »Generalisierte Metastasierung«) auch nicht die Spur einer Überlebenschance hätte!

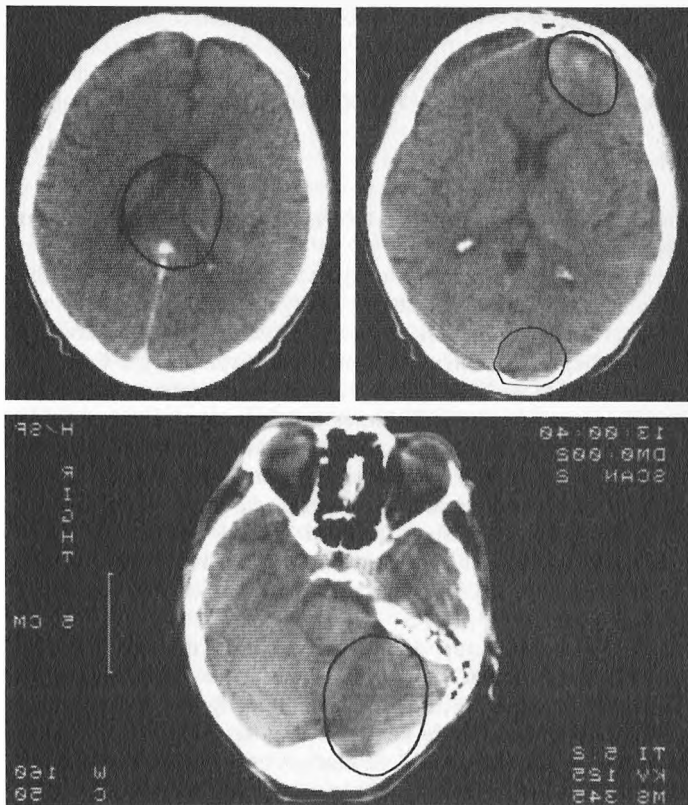


Patient mit Speiseröhren-Carcinom im obersten Drittel auf 7 cm Länge. Seit März 83, dem Zeitpunkt der Lösung des Konfliktes, keine Veränderung, insbesondere kein Krebswachstum; deutlich sichtbare, durch Pfeile und Einkreisung markierte Lungenrundherde im re. Lungenflügel. Todesangst-Konflikt vom 17. 11. 83 bis 17. 2. 84. Seither Conflictolyse und Carcinostase, Vagotonie!

Zusatzfall (während des Drucks eingefügt)



Bronchial-Carcinom rechts im Röntgenbild



Plattenepithel-Bronchial-Carcinom bei 55jährigem Patienten, der einen gewaltigen Konflikt erlebte, weil er »zwischen zwei Frauen« stand, zwischen denen es zum erbitterten Streit um den Patienten kam. Seither hatte der Patient die Hölle. 18 Monate später wurde das inoperable und incurable Bronchial-Carcinom entdeckt. Dabei erlitt der Pat. einen neuen Konflikt (schwerer Krebsangstkonflikt). Folgerichtig sehen wir in der pcl-Phase für das rechtsseitige Bronchial-Ca (oben links Bild) den zuständigen HAMERschen HERD zwischen den beiden Seitenventrikeln (1) sowie im re. Occipitalbereich (2), dazu den für den gelösten Angstkonflikt typischen Herd im Frontal-Bereich.

Sonderfälle

SONDERFÄLLE CORONAR-CARCINOME:

Fall 1:

Herzinfarkt nach Lösung eines »Revierkonflikts« bei altem Bürgermeister.

Ein 78jähriger Bürgermeister eines Nachbarlandes, der seit über 50 Jahren Bürgermeister seiner Dorfgemeinde war, stellte sich nochmals wieder zur Wahl. Da er sehr beliebt war (konservativ), war der Sieg über seinen sozialistischen Rivalen keine Frage.

Als die Wahl vorbei war und man bei der Stimmauszählung ist – der Bürgermeister ist kraft Amtes bei dieser Auszählung, die im Rathausaal stattfindet, zugegen – stürzt plötzlich der Kontrahent in den Saal, reißt alle Wahlurnen von den Tischen und schreit: *»Das ist alles Manipulation und Betrug, die Wahl ist ungültig!«*

Der Bürgermeister ist erstarrt vor Schreck und Entsetzen, ist außer sich vor allem ob dieser ehrenrührigen Unterstellung, weil er sich, mindestens was ihn persönlich betraf, nicht der mindesten Schuld bewußt war!

Es stellte sich heraus, daß es sich um ein Komplott handelte, denn der junge Pfarrer, bei dem eine Cousine des Kontrahenten als Haushälterin arbeitete, stellte sich eindeutig auf die Seite des Kontrahenten des Bürgermeisters. Der sozialistische Kandidat setzte nun, zusammen mit dem Pfarrer, angeblich eine Hetzkampagne gegen den alten Bürgermeister in Gang, der Präfekt verfügte eine neue Wahl, die der alte Bürgermeister verlor. Ein klassischer Revierkonflikt! Der alte Bürgermeister hatte in den 4 Monaten bis zur Wiederholungswahl starke Angina-pectoris-Anfälle, die man auf die Aufregungen zurückführte.

Der alte Bürgermeister hatte einen Favoriten und designierten Nachfolger gehabt, der gleichzeitig der Vetter des Konkurrenten war. Er gab deshalb jetzt nicht auf, sondern versuchte, den Nachfolger bis zur nächsten Wahl *»aufzubauen«*.

Kurz vor der nächsten Wahl aber starb dieser Favorit des Bürgermeisters. Ein schwerer Schlag, ein endgültiger Revierverlust! Denn jetzt war die Gemeinde auf unabsehbare Zeit für die Konservativen verloren, zumal der sozialistische Kontrahent jetzt immer fester im Sattel saß.

Wieder bekam der Altbürgermeister Angina-pectoris-Anfälle. Aber nach einigen Monaten resignierte er und beschloß, seinen persönlichen Frieden zu machen. Das gleiche hatte auch – unabhängig von ihm – seine Ehefrau beschlossen, während seine Tochter davon nichts wissen wollte. Er schrieb dem Kontrahenten und damaligen Bürgermeister einen Brief und bot ihm den Frieden an – zu dessen großem Erstaunen.

Seine Frau ging ostentativ vor der Kirchentür, nach dem Sonntagsgottesdienst, auf die Mutter des Kontrahenten zu und gab ihr einen Kuß.

Seit der Altbürgermeister resigniert hatte und seinen persönlichen Seelenfrieden gemacht hatte, hatte er keine Angina-pectoris-Anfälle mehr. Wenige Wochen später starb er an cerebralen Symptomen, man nannte es einen Herzinfarkt.

Der Kampf um das Revier war endgültig entschieden und mit dem Kampf des Unterlegenen geendet.

Zu diesem Fall läßt sich folgendes sagen:

1. Der Fall des alten Bürgermeisters ist ein typisches Beispiel für einen Revierkonflikt. Man sieht förmlich einen alten Platzhirsch vor sich, der sein Revier nicht mehr verteidigen kann und von dem jüngeren und stärkeren neuen Platzhirsch aus dem Revier gejagt wird.
2. Die Unterscheidung zwischen Revierverteidigungskonflikt *»nach außen«* und Revierverteidigungskonflikt *»nach innen«* schließt sich nicht immer aus. In diesem Fall kommt der Rivale aus dem eigenen Revier. Folglich ist es gleichzeitig ein Kampf um das äußere Revier und ein Sorgekonflikt um das innere Gefüge des Reviers.
3. Daß der alte Revierherrscher stirbt, ist biologisch ein nahezu zwangsläufiges Geschehen. Er ist jetzt im Revier echt überflüssig, ja geradezu störend. Auch wenn der neue Revierherrscher dem alten Herrscher im Kampf nicht gleich den Todesstoß versetzt, sondern erst mit Verzögerung, so war eben dieser Revierkampf doch tödlich!
4. Wir unterscheiden im Prinzip zwei Lösungsmöglichkeiten des Revierkonfliktes
 - die aktive Lösung: Der geschlagene Kämpfer rafft sich nochmals auf und gewinnt die Revanche,
 - die passive Lösung: Der Besiegte gibt sich endgültig geschlagen.

Folge: Er gerät in den Vagotonus, taugt, mindestens vorübergehend als Kämpfer nichts mehr und – stirbt! Ein biologisch folgerichtiger Vorgang im Interesse der Arterhaltung!

5. Im vorliegenden Fall haben wir es ja zuerst mit der aktiven, später mit der passiven Lösung des Revierkonfliktes zu tun: Der Besiegte (alte Bürgermeister) gibt sich geschlagen und räumt das Feld. Vielleicht fällt uns an diesem Beispiel die biologisch »normale« Vorstellung leichter, daß die Resignation des Besiegten quasi den Tod bedeutet, weil der Besiegte damit seine biologische Aufgabe und Rolle verspielt hat. Die Natur sorgt aus Gründen der Arterhaltung dafür, daß er jetzt nicht mehr den jungen Revierherrscher stört und »zieht ihn aus dem Verkehr«. Insofern wäre der Herzinfarkt, biologisch gesehen, eine Art notwendiger und sinnvoller Suicid eines biologisch überflüssigen und damit für die jüngere Generation störenden Exemplars der Art.

Fall 2:

Herzinfarkt nach Lösung eines Revierkonfliktes eines alten Wassermeisters, der aus seinem »Revier« vertrieben wurde.

Diagnose:

Coronar-Carcinom mit schwersten Angina-pectoris-Anfällen unmittelbar nach akut dramatischem schwerstem Revierkonflikt von August 67 bis November 68

Lösung des Konfliktes Anfang Nov. 68

Herzinfarkt Mitte Dez. 68

Vagotone Phase bis März/April 69, danach wieder voll leistungsfähig.

Später Prostata-Carcinom, Diagnose Herbst 81 (DHS nicht bekannt).

Diagnose des Prostata-Ca war neues DHS, Konflikt Herbst 81 bis Juni 82, Peribronchial-Carcinom.

Nach Lösung Juni 82 prolongierte reparative Phase mit HAMER-schem HERD in der Nähe der Hirnbasis und im Kleinhirn. Tod durch zentrale Atem- und Kreislaufstörung Aug. 83.

Schwerster Konflikt mit Wasseringenieur, der die Stelle des Pat. übernehmen sollte, im Aug. 67. Schlimmster Streit vor allen Arbeitern und in Gegenwart des Bürgermeisters, der sich auf die Gegenseite stellte. Wenige Tage später Beginn schwerster Angina-

pectoris-Anfälle, die bis Nov. 68 anhielten, ebenso der Konflikt, den der Pat. so leidenschaftlich und verbissen führte, daß er schon einen Anfall bekam, wenn er seinen Widersacher nur von Fernesah.

Im Mai 68 gab ihm ein Arzt während eines Kuraufenthaltes den Rat, sich invalidisieren zu lassen, da die Angina pectoris immer mehr zunehmen werde, was auch bis dahin so gewesen war. Pat. faßte auch wirklich den Plan dazu, da er ja in 18 Monaten ohnehin pensioniert worden wäre.

Als man von diesen Absichten im Dorf erfuhr, schlug die Stimmung zugunsten des alten und bis dahin sehr beliebten Wassermeisters wieder zurück. Als der alte Wassermeister Ende Oktober 68 sein Pensionsgesuch einreichte, geriet der neue Wasseringenieur so sehr unter Druck, daß er den Patienten zu Hause aufsuchte und sich im Nov. 68 in aller Form entschuldigte. Er gab auch zu, große Fehler gemacht zu haben, und bat den Wassermeister, doch wenigstens halbtags weiterzuarbeiten. Dem Wassermeister fiel endlich ein großer Stein von der Seele. Er blieb zwar bei seiner Pensionierung, versprach aber, hier und da mit Rat und Tat zu helfen, wenn es nötig sei. Für ihn war damit der Streit beendet. In den nachfolgenden Tagen ließen auch die Angina-pectoris-Anfälle nach und kamen nie mehr wieder.

Einen Monat später wurde der Pat. mit den Symptomen Kopfschmerz, Schwindel, Brechreiz und Kreislaufkollaps (keine Angina pectoris!) mit Verdacht auf Herzinfarkt ins Krankenhaus eingeliefert. Dort erschien den Ärzten der Herzinfarkt wegen der vorausgegangenen Angina pectoris zwar unzweifelhaft, gleichwohl konnte man offenbar keine wesentliche Veränderung gegenüber den letzten Angina-pectoris-Ekgs feststellen. Der Pat. wurde nun pensioniert, kam aus dem Krankenhaus zu Weihnachten nach Hause und fühlte sich wohl, aber so schlapp und müde, daß er kaum hundert Meter weit gehen konnte. Er hatte guten Appetit, jedoch Schwindel und Kopfschmerzen.

Nach 4 bis 5 Monaten jedoch fühlte sich der Pat. wieder so stark, daß er viele Kilometer am Stück gehen konnte, genau wie früher, hatte keine Angina pectoris mehr und wußte eigentlich gar nicht mehr, warum er eigentlich vorzeitig pensioniert worden war.

Bis Herbst 81 ging es dem Pat. gut.

Seit Feststellung eines alten Prostata-Carcinoms (dessen Konflikt-Ursache wir nicht wissen) im Herbst 81 erneutes DHS mit dringendem Verdacht auf Peribronchial-Carcinom. Konfliktlösung im Juni 82, als man bei der Kontrolluntersuchung feststellte,

daß sich das Prostata-Carcinom ja nicht im geringsten verändert hatte, also nicht etwa gewachsen war.

2 Monate später, im Aug. 82, wieder: Schwindel, Kopfschmerzen, Fallneigung zur linken Seite, Doppelbilder. Vagotonus mit warm durchbluteten Extremitäten, gutem Appetit, gutem Schlaf. Die cerebralen Symptome besserten sich zwar, hielten aber an bis August 83, als der Pat. morgens im Badezimmer umfiel und auf der Stelle tot war.

FOLGERUNGEN:

Die 2. Erkrankung an Peribronchial-Carcinom, das abortiv verlief (Konfliktlösung 8 Monate nach dem DHS), hat einen ganz und gar normalen Verlauf mit einer auch in diesem Alter normalen protrahierten Heilverlaufphase.

Wichtig ist an diesem Fall der 1. Teil:

Ein Patient, der ganz eindeutig an einem DHS im Aug. 67 erkrankt und über ein Jahr mit diesem Konflikt zu tun hat, der übrigens der mit Abstand schlimmste seines Lebens war, unmittelbar nach dem DHS Angina-pectoris-Anfälle erlitt, die immer stärker wurden und schließlich zu seiner Invalidisierung führten. Dann wieder Konfliktlösung im November 68 (Kontrahent entschuldigte sich bei ihm), dann 3 bis 4 Wochen später Einlieferung mit Verdacht auf Herzinfarkt wegen cerebraler Symptome: Schwindel, Brechreiz, Kreislaufkollaps, Doppelbilder, dann die vagotone Phase etwa 4 bis 5 Monate lang. Danach war der Pat. wieder im Vollbesitz seiner Kräfte und konnte wieder kilometerlange Wanderungen mit steilem Berganstieg unternehmen ohne die geringsten Ermüdungserscheinungen. In diesem Fall ist der Pat. laufend von einem Internisten gründlich röntgenologisch untersucht worden, so daß man ein Übersehen eines Mediastinal-Peribronchial-Carcinoms ziemlich sicher ausschließen kann.

Es gibt nur 3 Möglichkeiten der Erklärung:

1. Der Pat. hat doch ein Mediastinal-Carcinom erlitten und zufällig gleichzeitig Angina-pectoris-Anfälle gehabt.
2. Der Patient hat ein »Herz-Carcinom«, genauer gesagt ein Carcinom der Intima (= innere Gefäßwand) einer Coronararterie erlitten.
3. Der Patient hat gleichzeitig ein Mediastinal-Carcinom und ein Coronar-Carcinom des Herzens.

Gegen die 1. Möglichkeit würde sprechen, daß alle Mediastinal-Carcinomfälle, die ich gesehen habe, nie Angina-pectoris-Anfälle gezeigt haben.

Das spricht gleichzeitig auch gegen die 3. Möglichkeit. Weiter würde dagegen sprechen, daß ansonsten, da der Herzinfarkt ein weit verbreitetes Krankheitsbild ist, die Pathologen bei ihren Sektionen viel häufiger Mediastinal-Carcinome finden müßten.

Die größte Wahrscheinlichkeit ist also, daß die 2. Möglichkeit zutrifft, wofür auch alle Symptome sprechen, nämlich daß es sich um ein echtes »Herz-Carcinom« gehandelt hat, genauer Coronar-Carcinom, dessen Ausheilung mit der Konfliktlösung im November 68 begann, als sich der Kontrahent bei dem Pat. entschuldigte. Seither hatte der Pat. seinen Seelenfrieden wiedergefunden. Er bewältigte die reparative, vagotone Phase, in der er so schwach war, daß er nur wenige Schritte vors Haus gehen konnte (übrigens das übliche nach Herzinfarkt!), obwohl er sich in dieser Phase sehr wohl fühlte und nicht einen Angina-pectoris-Anfall hatte.

Der ganze Verlauf spricht eindringlich für die Möglichkeit oder sogar Wahrscheinlichkeit eines Coronar-Carcinoms des Herzens, das genauso verläuft wie die übrigen Carcinome und das offenbar zwei große Gefahrenmomente hat:

1. daß nämlich eine Coronararterie wirklich durch die in der Arterie erfolgenden atherosklerotischen Auflagerungen (eigentliche Krebsgeschwulst!) völlig verschlossen wird,
2. die offenbar viel schwerere Komplikation, die nach der Lösung des Konfliktes durch den HAMERSchen HERD im Stammhirn und im Kleinhirn eintritt.

Der HAMERSche HERD mit seinem perifocalen Oedem in der vagotonen Phase führt wohl oftmals zu einem herzinfarktähnlichen Zustand, wird wahrscheinlich auch meistens als Herzinfarkt bezeichnet und hat meistens auch die kardialen Symptome, die die Kardiologen sehen: weitgehender oder völliger Verschluß einer Koronararterie mit entsprechenden Ekg-Veränderungen. Für die Kardiologen war damit bisher der Casus jeweils klar. Darüber, warum alle Herzinfarkte »cerebrale Symptome« haben, machte man sich wenig Gedanken. Das ist eben so. Daran erkennt man sogar den Herzinfarkt!

Fall 3:

Vorlage beim Intern. ärztlichen Schiedsgericht Gyhum, am 6. und 7. Dezember 1983

ÜBERSICHT:

MEDIASTINAL- ODER CORONAR-CARCINOM

röntgenologisch sehr wahrscheinlich gemacht, histologisch nie gesichert.

Sub. Beschwerden:

Manifestationszeit:

Von Juli 82 bis Mai 83, also etwa 10 Monate, danach abortiv in Heilung übergegangen. Cerebrale Beschwerden, Anfang Juni 83.

DHS:

Juli 82 großer Streit mit der Freundin, der jetzigen Braut bzw. Ehefrau. Es ging um die Scheidung, die dann Anfang/Mitte Mai 83 avisiert und Anfang Juni 83 ausgesprochen wurde.

Konfliktlösung:

Mitte Mai 83.

Diagnosestellung:

Im Mai 83 wurde ein HAMERscher HERD rechts centroparietal festgestellt, der dann frustanerweise operiert wurde, aber nicht herausgebracht wurde (am 18. August).

Konflikt:

Im Juli 82 hatte der Patient mit seiner damaligen Freundin, seiner jetzigen Ehefrau, einen gewaltigen Konflikt, weil die Freundin wollte, daß sich der Patient scheiden lassen sollte. Die Scheidung war dann auch Anfang/Mitte Mai 83 perfekt, so lange dauerte der Konflikt in gewaltiger Stärke an. Etwa 4 Wochen später bekam der Patient cerebrale Symptome und wurde am 2. 8. 83 operiert. Es war der nicht nur bei weitem dramatischste sondern, auch der aller-schwerste Konflikt seines Lebens, besonders weil er immer alles gerne korrekt haben will. Unmittelbar nach Bekanntwerden der bevorstehenden Scheidung wurde die neue Hochzeit festgesetzt.

Verlauf:

Der Pat. kam am 7. 9. 83 hierher zur Aufnahme in wilder Panik, weil er entmündigt worden war und weil man ihm bedeutet hatte, er würde nur noch wenige Wochen leben können. Der HAMER-sche HERD war bei der Operation versehentlich nicht mit exstirpiert worden. Trotzdem hatte der Pathologe einen Hirntumor histologisch diagnostiziert. Der eigentliche Konflikt war zu dieser Zeit schon, nämlich seit Anfang/Mitte Mai 83, gelöst. Infolgedessen hatten sich auch Anfang Juni der HAMERsche HERD dargestellt. Nach Eruierung der Zusammenhänge habe ich dem Patienten gesagt, daß er mit Sicherheit davon ausgehen könne, daß

weder sein bisher histologisch nicht diagnostizierter noch verifizierter Mediastinal-Tumor noch sein HAMERScher HERD im Gehirn irgend etwas bewirken könnten. Ich habe an das Gericht ein Gutachten geschrieben, daß es sich bei der Operation um eine Fehldiagnose gehandelt habe und der Pat. eine hervorragende Lebensprognose habe. Daraufhin wurde die Unmündigkeitserklärung wieder aufgehoben, und der Pat. hat am nächsten Tag, nach der Entlassung, geheiratet. Vor einigen Tagen fand das letzte Gespräch mit dem Pat. statt, es geht ihm hervorragend, weder hat das Mediastinal- oder Coronar-Ca irgendwelche Symptome gemacht noch der HAMERSche HERD im Gehirn. Der Pat. kann seine Massage- und Saunapraxis sehr gut versorgen, hat nicht mehr die geringsten Beschwerden, ist glücklich verheiratet und im Eutonus.

Histologie:

Mediastinal- oder Coronar-Ca nicht histologisch verifiziert. Entnahme des Hirnstücks ergab angeblich einen Hirntumor, was aber völlig unsinnig ist, da der HAMERSche HERD gar nicht mitextirpiert wurde.

Schulmed. Therapie:

Lediglich Operation, und es war Chemo-Behandlung vorgesehen, die aber nicht mehr durchgeführt wurde.

Verlauf und Bemerkung:

Auch diesen Fall kann ich im Original wiedergeben, weil ihn der Pat. selbst in einer Zeitschrift geschildert hat. Dem Patienten geht es gut. Er arbeitet schon seit fast einem halben Jahr wieder, hat keine nennenswerten Beschwerden mehr. Der HAMERSche HERD zeigt zwar keine Veränderungen in der Grundstruktur, erscheint mir aber noch deutlich in der reparativen oedematisierten Phase (pcl-Phase).

Im nachhinein stellte sich der Konflikt bei nochmaliger Befragung jedoch als ein typischer Revierkonflikt heraus. Denn im Falle eines Bruchs mit der Freundin hätte nicht die Freundin, seine jetzige Ehefrau, sondern er das Revier verlassen müssen. So stark war die finanzielle Verflechtung. Es besteht deshalb eine nicht unerhebliche Wahrscheinlichkeit, daß es sich hier um ein Coronar-Carcinom handelt bzw. gehandelt hat.

Fall 4

Revierkonflikt bei 48jährigem Wochenendhausbesitzer

Ein 48jähriger Inspektor hatte sich in mühevoller Arbeit vieler Jahre ein Wochenendhaus am Meer erarbeitet, das aber trotz

allem stark verschuldet war, weil der Patient die Zinsbelastung nicht tragen konnte.

Eines Tages wurde er zur Bank bestellt. Der Banker eröffnete ihm klipp und klar, daß man sein Wochenendhaus versteigern wolle, daß er über sein Konto nicht mehr verfügen könne, selbst das Gehalt, was eingehe, werde gleich einbehalten. Wasser, Strom und Miete werde nicht mehr überwiesen. Wenn er noch aufmucke, werde man seiner (Zoll)-Dienststelle Mitteilung machen, daß er verschuldet sei.

Der Patient war am Boden zerstört, auf der Bank sah er über Jahre kein Land mehr in Sicht. Selbst aus seinem Ferienhaus würde er nicht eine müde Mark übrig behalten, sondern noch 20 000 DM Schulden. Seine ganze Plackerei über 15 Jahre wäre für die Katz gewesen. Die Nachbarn würden ihn höhnisch anschauen. Auch die Nachbarn am Meer würden ihn verhöhnen. Seine Frau, die bisher in einem Supermarkt gearbeitet hatte, verlor ihre Arbeit, war auch fix und fertig. Sie hatte ein eigenes Gehaltskonto gehabt, von dem man das Allernötigste bestritten hatte.

Es war so schlimm, daß der Patient nicht mehr ein und aus wußte. Er verfluchte die brutalen Banken, die er für sein Unglück verantwortlich machte. Es kamen noch laufend Briefe von der Bank, er solle vorbeikommen. Er ging nicht hin. Seit dem Schock, als er auf die Bank zitiert wurde, hatte der Patient schwerste Angina-pectoris-Anfälle sowie Herzschmerzen und Herzrhythmusstörungen. Er konnte nicht mehr schlafen, nahm 15 kg an Gewicht ab: Streßtonus, kalte Hände und dauernd feuchte kaltschweißige Haut.

Nach einem halben Jahr machte ihm die Bank einen Vorschlag, er solle eine neue Hypothek auf sein Ferienhäuschen eintragen lassen, dann wolle man die Daumenschrauben etwas lockern und er dürfe über einen Teil des Gehaltes wieder verfügen.

Dem Patienten fiel nun der berühmte »Stein vom Herzen«.

Dazu fand seine Frau wieder Arbeit, und die Ehe kam wieder ins Lot.

3 Wochen später – der Patient hatte jetzt heiße Hände, – nahm an Gewicht rasch zu und war wieder ruhig – erkrankte der Patient an Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Doppeltsehen. Sein Internist meinte, »das käme von der Leber«, er solle mal das abendliche Bierchen weglassen. Im EKG wurde nichts Aufregendes mehr festgestellt, sogar eine Besserung der vormals so schlechten Coronar-Durchblutung und ein normaler Herzrhythmus. Typische Beschwerden bei HAMERScher HERD Coronar-Carcinom (rechtstemporal).

Sonderfälle: Plasmozytom

Schwerste Eifersucht einer Ehefrau wegen Angst vor Seitensprung des Ehemannes.

Eine Patientin lag im Krankenhaus wegen einer Gebärmuttersektomy, gleichzeitig Tubenligatur.

Da kam eine Freundin zu ihr und berichtete ihr, ihr Mann habe ihr einen Antrag gemacht, mit ihr schlafen zu wollen.

Die Patientin war schockiert, ihr Selbstwertbewußtsein brach kurzfristig ein, zumal sie sich völlig insuffizient fühlte in ihrem damaligen Zustand und sterilisiert.

Ihr Gedanke war: Aha, kaum bin ich außer Gefecht gesetzt, schon betrügt er mich mit einer anderen. Sie selbst liebt ihren Mann geradezu abgöttisch. Deshalb hatte der Schock für sie diese Dimension.

Von da ab verließ sie die Eifersucht nie mehr ganz. Wenn ihr Mann, was beruflich häufiger vorkommt, eine Nacht weg ist, dreht die Patientin völlig durch, behauptet aber immer, es mache ihr nichts aus. Unter vier Augen aber gesteht sie, wie wahnsinnig eifersüchtig sie dann wird, wenn sie nur daran denkt, was alles passieren kann und daß er sie dann vielleicht nicht mehr leiden kann...

½ Jahr später wurde bei der Pat. wegen einer hohen Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit ein Plasmozytom festgestellt, beginnende Anämie und Osteolysenherde im Schädelknochen.

Als ich mit dem Ehepaar das Problem besprochen hatte, ging es der Pat. eine Zeitlang gut, so lange, bis der Anlaß zur Eifersucht zurückkehrte. Es braucht nicht erwähnt zu werden, daß das Wissen um die Krankheit und damit vermehrte Insuffizienz natürlich die Minderung der Selbstwertachtung noch verstärkt.

Trotzdem schafften wir es, daß die Pat. Ende Nov. 83 fast normales Blutbild hatte, die Osteolysen nahezu verschwunden waren und die Albuminurie zeitweilig ebenfalls vollständig verschwunden war.

Mit einer vollständigen Ausheilung des Konfliktes dürfte, darüber bin ich mir klar, erst zu rechnen sein, wenn aus dem Ehepaar Großvater und Großmutter geworden sind und die Patientin sich ihres Ehemannes dann endlich ganz sicher ist.

Fall 2:

Schwerwiegender Familien-Milieu-Einbruch und Selbstwerteinbruch mit Plasmozytom und Knochen-Carcinom eines Zimmermeisters.

Im März 67 starb der Vater des Patienten, mit dem sich der Patient »*blindlings verstanden*« habe. Beim Tod des Vaters hat er furchtbar geweint, was er sonst nie tat. Seither war die Blutsenkung immer stark beschleunigt. Das Plasmozytom wurde jedoch nicht erkannt, auch so genau nicht untersucht. Den Tod des Vaters hat der Pat. nie richtig überwinden können.

Bis August 82 war immer nur die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit stark beschleunigt, Knochenherde wurden nicht gefunden, auch nicht gesucht.

Im März 82 erlitt die Mutter des Pat. einen Schlaganfall, starb im August 82. In dieser Zeit starben außer der Mutter noch zwei dem Pat. sehr nahe stehende Menschen: der »*Altgeselle*«, der 30 Jahre schon in der Firma war und in der Familie lebte, quasi der »*Ersatzvater*«, sowie eine Tante, die der Pat. als seine »*Ersatzmutter*« bezeichnet und die auch seit Jahrzehnten in der Familie lebte.

Seit Mai 82 wurde vom Hausarzt ein starker BKS-Anstieg beobachtet, Ende 82 wurden röntgenologisch erstmals Knochenherde bds. im Oberschenkelhals, in der Halswirbelsäule, der Brustwirbelsäule, in der Lendenwirbelsäule, im Becken und in beiden Oberarmkugeln festgestellt. Zu diesem Zeitpunkt (vor der Diagnose) war sein Selbstwertbewußtsein völlig eingebrochen. Er sagt: Ohne diese Menschen, mit denen ich jahrzehntelang zusammengelebt hatte, konnte ich nicht leben. Sie waren ein Teil meiner selbst – und das brach wie auf einen Schlag weg! Besonders deshalb warf es den sehr sensiblen, introvertierten Mann um, weil er sich mit all diesen Menschen besonders gut verstanden hatte.

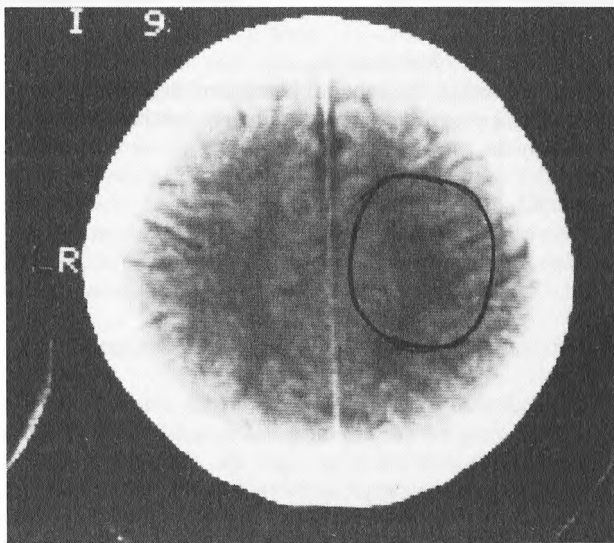
Verlauf: Der Patient bekam nach Teillösung des Konfliktes starke Schmerzen in der Wirbelsäule, die in Gefahr war, einzubrechen. Er begab sich deshalb wieder in schulmedizinische Behandlung in der Hoffnung, durch Bestrahlung gebessert und schmerzfrei zu werden. Die Schulmediziner bestrahlten ihn mit Röntgenstrahlen und – da sie ihm gleichzeitig Morphium gaben – ohne jeglichen Erfolg.

Besonders eindrucksvoll sind die nachstehenden Bilder des CCT: Es ist der einzige Fall von Knochen-Ca, wo ich Oedeme (in

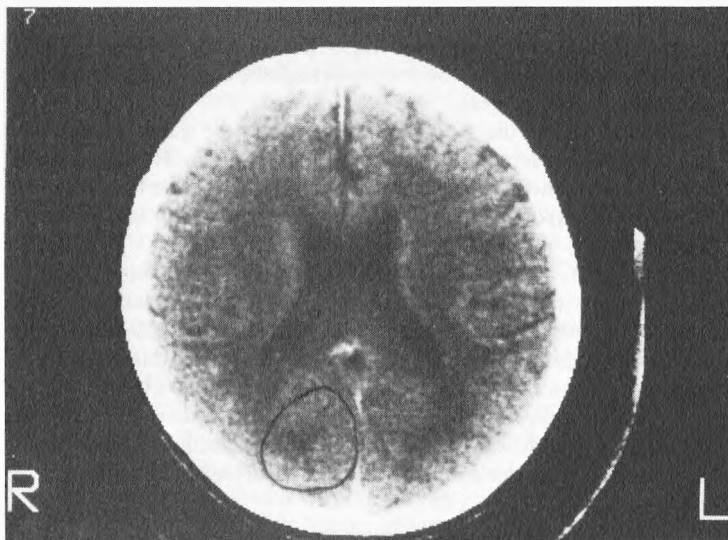
der Marksubstanz) gesehen habe. Im Falle des Plasmozytoms Fall 1 war das gesamte Hirn-Marklager geschwollen gewesen (Pan-Oedem des Gehirns, besonders eindringlich sichtbar an der Kompression der Ventrikel).

Die Areale für die Knochen scheinen auf die ganze Marksubstanz verteilt zu sein. Gut anfärbbare HAMERsche HERDE habe ich bei Knochen-Carcinom genausowenig gesehen wie bei Plasmozytom. Der HAMERsche HERD ist hier gleichsam »im Oedem gelöst«.

Überhaupt: An diesem Fall, der ja beides ist, Plasmozytom und Knochenkarzinom, scheinen die Grenzen zwischen Plasmozytom und Knochen-Ca sowohl röntgenologisch als auch nach dem CCT fließend zu sein. Wahrscheinlich ist es ein und dasselbe und unterscheidet sich hauptsächlich dadurch, daß das Plasmozytom einen mehr larvierten-introvertierten vikariierenden Selbstwert-einbruch darstellt, oft auch im Sinne eines Familien-Milieu-Einbruchs, mit dem der Patient sein Selbstwertbewußtsein identifiziert.



Plasmozytom bzw. Knochen-Ca. Deutlich oedematös vergrößertes Marklager in Scheitelnähe. Man könnte sagen: perifocales Oedem ohne sichtbaren typischen HAMERschen HERD.



Plasmozytom bzw. Knochen-Ca

Man sieht eigentlich wenig, eine Unregelmäßigkeit der Marksubstanz des Gehirns evtl. unten rechts ein umschriebenes Oedem, das aber auch nicht ganz sicher ist.

Sonderfälle Vitiligo (Weißfleckenkrankheit)

1. FALL: Bruch des Vater-Tochter-Verhältnisses

Ein etwa 12jähriges Mädchen, das ein ausgesprochen positives Verhältnis zu seinem Vater hatte, erlebte folgendes:

Neben dem Haus war eine Baugrube. Der Vater hatte verboten, dort zu spielen. Die Kinder hielten sich aber nicht an das Verbot, sondern spielten trotzdem dort. Das Mädchen fiel hinein und schlitzte sich an einem Eisenträger das Gesäß auf zu einer tiefen klaffenden Wunde.

Blutüberströmt und wimmernd wurde das Mädchen ins Haus getragen. Und was tat der Vater? Er tröstete seine kleine Tochter nicht, wie sie es jetzt notwendig gebraucht hätte, sondern schimpfte statt dessen wie ein Wüterich. »Zur Strafe« wurde auch kein Arzt geholt. Für das Mädchen brach eine Welt zusammen. Sie bekam einen Zorn auf ihren Vater, der bis heute nicht nachgelassen hat (nach 15 Jahren). Die Wunde eiterte monatelang, weil sie nicht fachgerecht versorgt worden war.

Das Mädchen fühlte sich nicht nur zutiefst gedemütigt und von ihrem Vater enttäuscht, sondern, besudelt, wie sie war, gänzlich im Stich gelassen, während sie ihrerseits zu diesem Zeitpunkt für ihren Vater durchs Feuer gegangen wäre.

6 Monate später bemerkte man die ersten Vitiligoflecken, die sich inzwischen über die Arme und den ganzen Oberkörper erstrecken. Immer dann, wenn ihr Mann das inzwischen erwachsene Mädchen an ihren Vater durch irgend etwas erinnert, dehnt sich die Vitiligo aus, in Zwischenzeiten geht es wieder rückwärts.

2. FALL: Vater eines jungen Mädchens verunglückt tödlich

Eine etwa 11jährige junge Französin aus Nordfrankreich verlor ihren heiß und schwärmerisch geliebten Vater ganz plötzlich bei einem Motorradunfall. Sie sagt, sie habe immer daran denken müssen, wie er mit zerschmettertem Kopf in seinem Blut gelegen habe.

Etwa 3 bis 4 Monate später wurde ein Vitiligofleck am re Arm bemerkt. Er wuchs auf etwa 5-Mark-Stück-Größe, ging dann wieder etwas zurück, schließlich auf 10-Pfennig-Stück-Größe.

Genau mit der Größe parallel lief auch die »Trauerkurve« des

jungen Mädchens. Ganz überwunden hat sie den Tod des Vaters noch nicht, aber sie kann jetzt damit leben.

Man könnte die Weißfleckenkrankheit (Vitiligo) als »vikariierende Krebs-Erkrankung« auffassen.

Wäre die junge Französin 10 Jahre älter gewesen beim Unfall ihres Vaters, dann hätte sie möglicherweise ein Mamma-Ca erlitten. Aber dann hätte sie eben auch nicht mehr diese besondere unreif-schwärmerische Einstellung zu ihrem Vater gehabt.

Sonderfälle Epilepsie

Fall 1:

Epilepsie nach Lösung eines 3fachen Todesangstskonfliktes

1. MAMMA-CARCINOM links, Ablatio Mammae – Dezember 80, zufällig festgestellt, altes Carcinom

2. LUNGENRUNDHERDE

DHS

1. 1. Februar 1982.

Ehemann wurde 3- oder 4mal angeschossen, im Abstand von 3 bis 4 Wochen (Taxifahrer). Das erste Mal am allerschlimmsten.

2. Juli/August, 2mal hochfieberhafte Allergie, Patientin glaubte an Krebs sterben zu müssen. Dauer insgesamt 10 Wochen.

3. KNOCHEN-CARCINOM

DHS

Oktober 82 – Diagnosestellung der Lungenrundherde. Völliger Selbstwerteinbruch. Patientin dachte: »Jetzt ist es vorbei, jetzt bin ich ein Wrack.«

Verlauf

Am 16. 8. 83 bekommt Patientin in Gegenwart von Dr. Hamer und seiner Sekretärin zwei tonisch-klonische Krämpfe der linken Seite (Jakson-Anfälle), schläft nach dem 1. Mal – 10 Min., nach dem sich daran anschließenden 2. Mal – und einem 3. und 4. Mal – jeweils 5 bis 10 Minuten. Patientin wird verlegt in eine Tumor-Klinik nach Stade, dort werden frische HAMERsche HERDE unter dem Scheitel festgestellt und im Occipitalbereich cortical. Die Pat. ist dort fast 1 Woche, krampft weiter, wird verlegt in die St.-Jürgens-Klinik nach Bremen, wo sie weiter krampft und bestrahlt wird, und die Patientin stirbt dort am 22. 9. 83.

FALL 2:

Epilepsie – Folge eines HAMERschen HERDES nach Todesangst-Sorgekonflikt

Ein 15jähriges Mädchen spielt Trompete in einem Orchester, das ein alter, begeisterter Musiker-Idealist und selbst Trompetenbläser, praktisch aus dem Nichts aufgebaut hatte. Alle, besonders die Jungen und Mädchen, hingen mit schwärmerischer Verehrung an diesem so ungewöhnlichen, weil uneigennützigen Menschen, auch unser 15jähriges Mädchen K. Bei dem 1. und zugleich wichtigsten Konzert, bei dem man den Durchbruch erhoffte, spielte sich folgendes ab (7. 2. 75):

Der Orchesterleiter, Dirigent und meisterlicher Trompetenso-list in einem, hatte schon vor Jahren großen Ärger gehabt mit einem älteren Mann, der sich an ein minderjähriges Mädchen seines Orchesters herangemacht hatte. Jetzt hatte er Angst, daß er sich wieder an die jungen Mädchen des neuen Orchesters heranzumachen wolle, und es war kurz vor der Aufführung zu einer gewaltigen und hitzigen Auseinandersetzung (Revier-Konflikt-Rezidiv) gekommen. Der Orchesterleiter hatte diesen »Revier-Erzfeind« abgewehrt.

Während des Konzerts spielte »Willi«, wie der Orchesterleiter von seinen jungen Fans zärtlich genannt wurde, ein Trompetensolo, wahrhaft meisterlich! Es war der Höhepunkt des Abends.

Als er zu Ende war und die Spannung von ihm abfiel, sackte er plötzlich zusammen und stürzte 1 Meter vor den Füßen des Mädchens K. tot zu Boden. Das Mädchen K. und ihre Kameraden waren erstarrt und entsetzt. Nach 2 Stunden kam die Nachricht, daß auch die Reanimationsversuche im Krankenhaus keinen Erfolg gehabt hatten.

Das Mädchen K. war untröstlich. Es erbat sich und bekam die Trompete des Meisters. Sie ging jeden Tag an sein Grab, was keiner der Orchesterkameraden tat. Sie sagt, sie habe ganz besonders an ihm gehangen und immer an den Tod denken müssen. Nach einem halben Jahr war sie über das Allerschlimmste hinweg. Unmittelbar nach dem Tod des Meisters bekam K., wenn sie große Angst hatte, Asthma-Anfälle.

1 Jahr später erlebt sie die Einsargung der verstorbenen Untermieterin. 1 Woche später erleidet sie den 1. epileptischen Anfall. Der vikariierende Todesangstkonflikt war zurückgekehrt. 2 Jahre

später, 1978, findet K. ihre Oma vor dem geöffneten Kühlschrank in deren Küche liegend, den Kopf im Kühlschrank, »wie tot«. Wieder erschrickt sie sich »zu Tode«. Sie sagt, sie habe dabei ganz intensiv an Willi denken müssen, und seinen Tod. Die Oma bleibt zunächst am Leben, der Konflikt wird gelöst. Wenige Wochen später, im Dez. 78, erleidet die Pat. 4 epileptische Grand-mal-Anfälle. Im Januar 1979 wird im Rahmen einer Durchuntersuchung der Univ. Bonn auf einem CCT ein HAMERscher HERD mit einem ausge dehnten perifocalen Oedem entdeckt und natürlich fehlgedeutet.

Die Janker-Klinik in Bonn schreibt an den Hausarzt am 5. 1. 79:

»Auf der 6,5-cm-Schicht kommt rechts occipitoparietal ganz eben angedeutet nach Kontrastmittelgabe eine rindennahe rundliche hyperdense Region zur Darstellung (hyperdens heißt kontrastverdichtet). Doch fällt auf mehreren Schichten eine deutliche Parenchyminhomogenität auf, wie wir sie häufig bei angiospastisch bedingten cerebralen Durchblutungsstörungen beobachten.« Unterschrift Dr. Scheef

So hat man früher einen HAMERschen HERD umschrieben, als eine hyperdense Zone mit dem perifocalen Oedem, das dann »Parenchyminhomogenität« genannt wurde. Man sieht die ganze Ratlosigkeit dieses rein beschreibenden Befundes, weil der Untersucher damit praktisch nichts anzufangen weiß. Noch weniger hat er eine Erklärung dafür, wie ein so junges Mädchen an ein solches Gebilde kommen kann. Das Mädchen wurde damals neurologisch und psychiatrisch in der Univ.-Klinik Bonn »gründlich fachärztlich durchuntersucht«, nach ihrem zentralen furchtbaren Erlebnis aber hat sie nie jemand gefragt. Das paßt eben mit Freudschen Konflikten nicht zusammen, also war es »fachpsychiatrisch nicht relevant«, bzw. uninteressant.

Im Februar 79 stirbt die Oma dann doch. Dieser Konflikt ist nach etwa 1 Woche gelöst, da alle der Meinung sind, es sei so das Beste gewesen. Weitere 14 Tage später erneute epileptische Grand-mal-Krampfanfälle, immer nachts, aus dem Schlaf heraus. Allmähliche Besserung. Aber immer bekommt das Mädchen, wenn sie große Angst hat, Asthma!

Im Mai 83 stirbt der Vater, für K. mit starken Selbstvorwürfen verbunden, wie übrigens auch in dem Fall, als K. die Oma vor und den Kopf der Oma im Kühlschrank gefunden hatte. Sie hatte sich große Vorwürfe gemacht, daß sie nicht schon lange nach der Oma geschaut hatte. Sie hatte sie nämlich viele Male angerufen und keine Antwort erhalten.

4 Tage nach der Beerdigung des Vaters wieder epileptischer generalisierter Krampfanfall. In den nachfolgenden Wochen noch mehrere solcher Anfälle. – Immer Asthma-Anfälle.

Im Jan. 84 stirbt die andere Oma, mit der sich K. gut verstanden hatte, die sie aber nicht in der Klinik besuchen wollte aus Angst. Wieder macht sie sich beim Tod Vorwürfe deswegen. Wieder bekommt sie 14 Tage später einen generalisierten Krampfanfall – trotz Einnahme von Medikamenten seit 1975! –, obwohl sie seit Juli 83 keinen epileptischen Anfall mehr erlitten hatte.

AUFFÄLLIGKEITEN AN OBIGEM FALL:

Das Rätsel um die Epilepsie, die Fallsucht, im Altertum auch »*morbis sacer*« (heilige Krankheit) genannt, weil der Krampfanfall als das Zeichen göttlicher Gewalt verstanden wurde, die den Menschen überkommen hatte; diese Epilepsie hat zwar nicht annähernd die Bedeutung der Krebserkrankung, aber sie war den Ärzten bisher ähnlich unbekannt in ihren Zusammenhängen.

Deshalb ist hier dreierlei von besonderer Wichtigkeit:

1. Offensichtlich verläuft dieser Fall exakt nach der EISERNEN REGEL DES KREBS. Ja, ich kann durch eidesstattliche Versicherung der Patientin und deren Angehörigen nachweisen, daß ich schon lange, bevor ich irgendwelche Befunde kannte, allein aus der Vorgeschichte zu dem Schluß kam, es müsse sich hier um einen Todesangstkonflikt gehandelt haben mit Conflictolyse, HAMERschen HERD und perifocalem Oedem – mitsamt echten Konfliktrezidiven, jeweils als Todesangst-Identifikationskonflikt oder Todesangst-Sorgekonflikt (sog. vikariierender Todesangstkonflikt oder stellvertretender Todesangstkonflikt).
2. In diesem Fall trat das Asthma bronchiale ganz auffällig unmittelbar nach den Tod des Meisters erstmalig auf und verstärkte sich jedesmal deutlich bei jedem neuen Todesfall. Das Asthma wäre demnach die Zwillingschwester der Todesangst.
Das Asthma wäre dann die weniger starke Reaktionsform des gleichen HAMERschen HERDES wie bei Todesangstkonflikt (immer in der Hirnrindennähe).
3. Sowohl epileptischer Anfall als ein Asthmaanfall wären demnach vielleicht beide ähnliche, unterschiedliche Symptome eines Vorgangs im Gehirn, der darauf abzielt, die übermäßige Vagotonie, den überschießenden Heilungsvorgang im Gehirn abzuzeichnen. An dieser Vorstellung müßte sich deshalb in Zukunft auch unsere Theorie orientieren!

Sonderfälle: Schlaganfall

Fall 1:

Schlaganfall eines 45jährigen Patienten mit Plattenepithel-Bronchial-Carcinom rechts, nach Konfliktlösung (pcl-Phase)

Ein 45jähriger Patient hatte beim Neubau seines Hauses einen großen dramatischen Konflikt erlitten, weil ihm eine Treppe zur ersten Etage falsch eingesetzt worden war. Das Bauamt hatte verfügt, die gesamte Treppe müsse wieder heraus und eine neue Treppe hinein. Kosten etwa 10000 DM. Es war aber nicht nur das Geld, was ihn so ärgerte, sondern der ganze Streit, der nun entbrannte, die Tatsache, daß das Haus nicht fertig wurde, weil es vom Bauamt nicht abgenommen wurde, und vieles mehr. Wie schwer der Streit wirklich war, konnte man nur ermessen aus der Persönlichkeit des Patienten und aus der ganzen Situation heraus. Es war der allerschlimmste Konflikt, den dieser so gewissenhafte und pünktliche Baggerfahrer, der nie in seinem Leben nur 5 Minuten zu spät zur Arbeit erschienen war, je erlebt hatte. Schon beim Beginn des Neubaus war es zu einer Katastrophe gekommen, als in der Situation, wo alles quasi auf die Stunde genau geplant war, die Ehefrau sich den Arm brach und damit sämtliche Plandaten in sich zusammenbrachen. Diese Katastrophe hatte man noch mit Aufbietung aller Kräfte auffangen können. Als aber die Treppengeschichte noch dazu kam, schlug die Sicherung durch.

18 Monate später wurde bei dem Patienten ein Bronchial-Carcinom rechts festgestellt, nachdem der Patient blutigen Auswurf hustete und bis dahin 14 kg an Gewicht abgenommen hatte.

Der Konflikt war bis dahin immer noch aktiv, denn jedesmal, wenn er die (provisorisch geduldete) Treppe seines Eigenheims betrat, überkam ihn innerlich wieder ein »heiliger Zorn« auf die, die er dafür verantwortlich machte.

Da die Erkrankung für inoperabel und incurabel erklärt wurde, kam der Patient zu mir. Der Konflikt war rasch herausgefunden, wurde auch mit vereinten Kräften rasch gelöst, indem jetzt endlich die neue Treppe eingesetzt wurde. Der Patient kam in die Vagotonie, nahm an Gewicht wieder zu, fühlte sich wohl. Nach 3 Monaten verstarb er unter den Zeichen eines Schlaganfalls: Bewußtlosig-

keit, Halbseitenlähmung. Die Ärzte, die ihn behandelten, konnten sich das Krankheitsbild nicht erklären.

Meine Diagnose: Komplikationen durch HAMERschen HERD in der pcl-Phase.

Fall 2:

Schlaganfall in der Heilungsphase nach Lösung eines Ärger-Konfliktes mit dem Sohn (riesiges Leber-Carcinom)

Eine 45jährige Patientin, die mit ihrem Mann in brav-bürgerlichen Verhältnissen lebte, hatte einen mißratenen Sohn, der nicht nur Ärger machte, sondern der ein einziger Ärger war. Abwechselnd war er entweder in Fürsorgebetreuung, als Penner unterwegs, kurzfristig im Gefängnis oder in der Nervenklinik. Die Patientin lebte in panischer Angst davor, was der Sohn als nächstes anstellen werde. Mehrmals war er aus Nervenkliniken getürmt, man hatte ihn dann wieder »eingefangen«. Sie war eigentlich immer nur mal kurzfristig etwas erleichtert, wenn er irgendwo sicher untergebracht war, so daß er nicht zu ihr nach Hause kommen konnte. Ich habe selten einen Menschen erlebt, der – laufend unterbrochen von hochakuten dramatischen Ereignissen – so unendlich viel Ärger mit seinem Sohn erlebt hat wie diese Frau.

Sie war erkrankt an einem kindskopfgroßen Carcinom der Leber und einem zusätzlichen kleineren Tumor ebenfalls in der Leber.

Etwa 5 bis 6 Wochen, nachdem eine vorübergehende Lösung des Konflikts erreicht worden war durch eine Dauereinweisung des Sohnes in eine Nervenheilanstalt, erlitt die Patientin einen Hirn-schlag, zunächst nur mit Bewußtseinstrübung, später übergehend in tiefe Bewußtlosigkeit mit diversen Lähmungen, schließlich zentrale Atemlähmung.

Die Klinikärzte des Krankenhauses standen ratlos vor dem Fall, denn alle Laborwerte waren in Ordnung, ebenfalls Ekg, Röntgenbild der Lunge. Die Patientin starb schließlich an zentraler Atemlähmung.

19. Änderung der Häufigkeit bestimmter Krebslokalisationen durch sozialen Strukturwandel der Gesellschaft und damit auch Änderung bestimmter Konflikt-Inhalte

Wenn die EISERNE REGEL DES KREBS stimmt, dann muß sich die Häufigkeit der Erkrankung an einer bestimmten Krebsart bzw. einer bestimmten Krebslokalisation im Körper (denn danach teilen wir ja unsere Krebse ein), z. B. Magenkrebs oder Gebärmutterhalskrebs oder dgl., danach richten, wie häufig diese Konflikte als Schockerlebnis (DHS) mit anschließend andauerndem Konflikt vorkommen. Wenn sich nun die gesellschaftliche Situation, z. B. hinsichtlich der Moralvorstellungen, ändern, indem ein Konfliktthema gleichsam neutralisiert wird, wie es bei der Sexualität in den letzten 15 bis 20 Jahren der Fall war, dann müssen wir folgerichtig einen Rückgang der dazugehörenden Krebslokalisation finden.

Genau das ist der Fall: Das Gebärmutterhals-Carcinom war noch vor 20 bis 25 Jahren das häufigste gynäkologische Carcinom, das wir kannten. Heute ist es mit unter 1 % der gyn. Carcinome das seltenste. Sexualität ist eben einfach kein Konflikt-Thema mehr. In einer Zeit, wo ein Seitensprung einer verheirateten Frau nichts Außergewöhnliches, sondern geradezu etwas Normales ist, oder wo überhaupt erst gar nicht geheiratet wird, damit man für alle Partner frei bleibt, da ist eben die Situation gar nicht zu vergleichen mit der damaligen Zeit, wo ein »Ehebruch« eine Frau bis an ihr Lebensende verfolgt hat, wo sie quasi geächtet und ihr Leben ein einziges Spießrutenlaufen war.

Übrigens besteht, wenn wir je noch einmal einen solcher Fälle zu Gesicht bekommen, die schulmedizinische Therapie in der Ausräumung der Gebärmutter samt Eierstöcken oder Bestrahlung der Gebärmutter und der Eierstöcke. Die Frauen werden also bei diesen Eingriffen kastriert. Von der Sicht der EISERNEN REGEL DES KREBS her gesehen ist diese Therapie der Kastration zwar eine geradezu bestialisch-brutale Methode und eine drakonische Bestrafung in Form einer halben Hinrichtung, aber die »Erfolge« der Schulmedizin gerade für diese Krebsart dürften darauf zurückzuführen sein, daß durch die Kastration die gesamte sexuell-hormonale Situation grundlegend verändert wird und für eine solche Frau die Sexualität nach der Kastration praktisch kein Thema mehr ist.

Auch in anderen Konfliktbereichen bzw. den dazugehörigen Krebserkrankungen, wie Magenkrebs oder Gebärmutter-Körperkrebs oder Brustkrebs, hat uns die gesellschaftliche Entwicklung der letzten Jahrzehnte sehr bedeutsame Aufschlüsse gegeben. Der Magenkrebs beispielsweise, der typische Krebs bei Konflikten zwischen Familienangehörigen in einer großen oder zumindest intakten zusammengehörigen Familie, wobei die Familienangehörigen sich gegenseitig nicht aus dem Wege gehen können, ist nahezu aus unseren Statistiken verschwunden. Man kann sich eben heute allzugenug aus dem Wege gehen. Ein Mensch, der mit seinen Familienangehörigen ein DHS erlitten hat mit nachfolgend andauerndem Konflikt, der zieht eben heute kurzerhand aus der Familie weg und löst i. A. damit rechtzeitig seinen Konflikt. Meist aber kommt es erst gar nicht mehr zu einem solchen DHS mit andauerndem Konflikt, da die meisten Familien in der Bundesrepublik derart dissoziiert (auseinander) sind, daß sie nach früheren Vorstellungen das Prädikat »*Familie*« nicht verdienen würden.

Bei Völkern, wo die Großfamilie noch intakt ist, sehen wir dagegen den Magenkrebs noch weit häufiger, und eben stets bei solchen Streits zwischen Familienangehörigen, die sich nicht aus dem Wege gehen können.

Es gibt Untersuchungen aus Amerika darüber, wie die Krebshäufigkeit bei Japanerinnen sich ändert, wenn sie nach Amerika ausgewandert sind. Die Japanerinnen bekommen dann keinen Magenkrebs mehr, den sie in einem gewissen Prozentsatz zu Hause bekommen hätten, sondern bekommen dafür mehr Brustkrebs, an dem sie zu Hause nicht oder weit weniger häufig statistisch erkrankt wären. Der Brustkrebs nämlich betrifft viel eher Frauen in einer dissoziierten (aufgelösten, auseinandergerissenen) Familie, wo die Vereinsamung viel größer ist für den einzelnen.

Ich werde oft gefragt, warum man im Krieg nicht häufiger Krebserkrankungen beobachtet hätte, dagegen heute viel häufiger. Stellen wir uns die Situation im Krieg vor, die jeder von uns damals viele Male miterlebt hat, daß der Postbote oder im Dorf der Bürgermeister zu der Ehefrau eines an der Front kämpfenden Soldaten ins Haus kam und ihr mitteilen mußte, daß ihr Mann an der Front gefallen sei. Eine solche junge Witwe blieb nicht einen Augenblick allein. Die Nachbarn kamen sofort und versuchten, sie zu trösten. Die junge Witwe konnte sich ausweinen, das ganze Dorf stand hinter ihr. Sie war eingebunden in das Mitleid und den Trost der ganzen Dorfgemeinde.

Eine vergleichbare Situation heute: Ein Polizeibeamter der Verkehrsabteilung kommt zu einer Frau, die – aus Gründen der Optimierung der Lebensqualität keine Kinder hat und mit ihrem Freund oder Ehemann im 27. Stockwerk eines Hochhauses wohnt – und teilt ihr mit, daß ihr Freund oder vielleicht auch Ehemann bei einem Verkehrsunfall ums Leben gekommen ist. Die Frau ist ganz alleine, nicht einmal ihre Nachbarn kennen sie, ihre Angehörigen wohnen weit entfernt. Auch hat sie selbst zu denen nur noch ein lockeres Verhältnis. Was nützt ihr jetzt, daß sie eine supermoderne komplette Wohnungseinrichtung hat, sie ist gänzlich allein. Solche Frauen sind in Gefahr, sofern sie dabei ein DHS erleiden (z. B. wenn sie sich Vorwürfe machen), an einem Brustkrebs zu erkranken.

Vielleicht wird man eines Tages das »*konfliktfreie Leben*« anstreben, quasi eine psychische »*vita minima*«, die darauf ausgerichtet ist, daß der Mensch möglichst lange lebt und sich überhaupt gar nicht mit Konflikten belastet.

Ich selbst mag dazu nichts sagen, da diese Art zu leben meinem Lebensnaturell konträr widerspricht. Ich selbst lebe sehr konfliktgefährdet, gehe immer auf volles Risiko, lebe immer »*full life*«.

20. Familien- und Gesellschafts-Therapie

Die ärztliche Therapie der Zukunft kann nicht die Individual-Therapie alleine sein. Der Organismus des Patienten ist nicht mehr losgelöster Einzelorganismus, den man mit Tabletten, Operationen u. dgl. »behandeln« kann wie ein Handwerker ein Möbelstück oder ein Schmied ein Hufeisen. Der Organismus des Patienten ist Teil eines größeren Organismus, nicht nur seiner Familie – dies würde so manchem noch einleuchten, sondern sogar seiner Freunde, seiner Gegner, seiner ganzen Gesellschaft. Die Therapie muß deshalb auch eine Familien-, Sippen-, Gesellschafts-Therapie sein, zu der die Therapie des Arbeitgebers, Meisters, Sportkameraden oder des Polizisten, Bankdirektors oder Hausmeisters eben mit dazu zählt. Denn mit all diesen Menschen kann der Patient Konflikt-Erlebnisse haben, zu deren Lösung man den »Kontrahenten« unbedingt braucht, auch zu der weiteren Therapie, der Rezidiv-Prophylaxe. Denn vom guten Willen des »Kontrahenten« hängt ab, ob der Pat. nochmals mit dem gleichen Konflikt-Erlebnis konfrontiert werden kann, was zu einem Krankheits-Rezidiv und möglicherweise zum Tod führen kann. Andererseits leben wir nicht im luftleeren Raum. Wir können nicht alle »Kontrahenten« zu Engeln machen und jeglichen Streit aus der Welt schaffen. Zudem ist eine gewisse Portion Streit notwendig und biologisch normal.

Die große Frage erhebt sich: Ist unsere Gesellschaft denn im biologischen Sinne normal? Sind vielleicht viele Konflikterlebnisse mit DHS dadurch bedingt, daß unsere Gesellschaftsformen wenig oder gar nichts mehr mit biologischen Gesellschaftsformen zu tun haben? Ein Beweis hierfür könnte sein, daß die Gesellschaftsform weitgehend über die Häufigkeiten von bestimmten Krebslokalisationstypen, mithin auch über bestimmte Konflikt-Erlebnis-Inhalte entscheidet (siehe Gebärmutterhals-Krebs).

Die Frage ist auch, woher wir eigentlich unsere Normen für unser Gesellschaftssystem bezogen haben, z. B. aus der paulinisch-jüdischen theologisch orientierten Anthropologie. Wenn der Theologe – gleich welcher Richtung – sagt, wie der Mensch zu sein hat und wie er zu leben hat, dann sagt das biologisch-anthropologisch oder gar rassisch noch gar nichts, z. B. wurden die im germanisch-indogermanischen Europa seit Jahrtausenden entwickelten Gesellschaftsformen durch eine religiös kultische Gesell-

schaftform einer semitisch-orientalischen Kultur durch die Christianisierung vollständig überfremdet. Seit 1500 Jahren sollen die Germanen »*paulinisch*« leben, ein auf Konflikte vorprogrammierter kulturell-religiöser Zwang. Vollends schwierig wird aber dieses Problem, wenn man bedenkt, daß Paulus wahrscheinlich Epileptiker war, wie die Theologen allgemein annehmen und homosexuell (mit einer sehr großen Abneigung gegen Frauen, Ehe, Sexualität). Da aber das europäische Christentum – katholischer und protestantischer Prägung – hauptsächlich »*paulinisch*« ausgerichtet war und ist, zudem jüdisch-semitisch-orientalisch, haben die europäisch-indogermanischen Lebens- und Gesellschaftsformen seit ein- einhalb Jahrtausenden eine trostlose gesellschaftlich-religiöse und anthropologische Sklaverei hinter sich. Den anderen Völkern, z. B. in Afrika, ist es nicht viel anders ergangen, von weiter entfernten Beispielen wie den vom Islam unterworfenen Völkern ganz zu schweigen.

Aber selbst wenn wir versuchen, unsere gleichsam ureigenste Art zu leben, wiederzufinden, wie es ja durch die heute mögliche Christentums-Emanzipation allmählich zu verwirklichen sein könnte, sind schon wieder neue Konflikte, jedenfalls für unsere Generation, vorprogrammiert durch die Umwälzung der Gesellschaft.

Aber wir brauchen gar nicht soweit zu gehen: Allein die »*Urlebensformen*«, die so ziemlich bei allen Menschen auf der Welt einigermaßen ähnlich sind, Familien zu bilden, Kinder zu bekommen, Kinder aufzuziehen und Enkel aufzuziehen, all das ist heute ja alles andere als »*normal*« in unserer dissoziierten europäischen Gesellschaft. Technik, Pharmazie und Bürokratismus greifen zutiefst in die Normen ein, die in unserem Gehirn seit Hunderttausenden, wenn nicht gar seit Millionen von Jahren einprogrammiert sind. Störungen dieser »*Urprogramme unseres Gehirns*« bedeuten unweigerlich größte Gefahren und Vorprogrammierung von Konflikten. Dazu gehören natürlich auch das rapide Anwachsen der Lebenserwartung mit seinen Begleiterscheinungen (»*Altersheimen*«) und das Ausschalten jeglicher Art von Selektion durch unsere moderne Medizin.

Für den Arzt ist da die Auswahl der Therapie zwischen der möglichen, wünschenswerten, biologischen, gesellschaftlich-realisierten, weltanschaulich-religiös verantwortbaren und ärztlich-ethisch vertretbaren und machbaren Behandlung eine dauernde Auswahl des möglichst kleinsten Übels.

In einer cool-rational-bürokratisch orientierten Welt Menschlichkeit verströmen zu wollen, ist vielleicht das gleiche hoffnungslose Unterfangen als die Polar-Eisdecke aufschmelzen zu wollen.

Um es kurz zu sagen: Ich weiß, daß es so nicht weitergehen darf, aber wie es besser gehen kann, wenn man gleichzeitig noch möglichst alle »*Errungenschaften der Zivilisation*« erhalten will, das weiß ich im Moment auch noch nicht zu sagen.

21. Änderung des Weltbildes und des Menschenbildes des Therapeuten

Die Therapie nach der EISERNEN REGEL DES KREBSSES kann man nur, glaube ich, mit ganzem Herzen betreiben, oder lieber gar nicht. Man muß sich ihre quasi mit Haut und Haaren verschreiben. Auf keinen Fall kann man das so »betreiben« wie die derzeitigen Onkologie-»Medizyniker« die Medizin zu »betreiben« versuchen, nämlich vermeintlich »objektiv«. Darunter verstehen sie ein Betreiben ohne jegliches persönliches Engagement! Natürlich wenn es die Zellgifte, die sogenannten Zytostatika, sind, die den Patienten gesund machen, während er hoffnungslos stirbt, falls er die Zytostatika nicht gespritzt bekommt, dann ist der Arzt nur dazu da, die, wie es zynisch heißt, maßgeschneiderte Kombination von Zytostatika auszusuchen, die den Patienten sicher heilen soll. Nach meiner Meinung abzulehnen. Die Persönlichkeit des Arztes spielt bei dieser Art von »Un-medicin« überhaupt keine Rolle. Ein Computer kann das sogar noch weit besser! Die meisten Onkologen in der Klinik bekommen den Patienten, dem sie die Zytostatika verordnen, niemals zu Gesicht. Bei diesem unsinnigen »Nicht-system« (denn ein System, nach dem man maßschneidern könnte, ist allbekanntlich die reine Lüge) schaffen es immer einige Patienten zu überleben, trotz massiver Zellvergiftung! Mildred Scheel und ihr ganzer Krebsklüngel, auf den das ganze Heer der an Krebs leidenden Patienten so große Hoffnungen gesetzt hatte, hat sich als einer der eifrigsten Totengräber meiner Patienten erwiesen und dem Volk seit mindestens zwei Jahren eine Lüge aufgetischt, obgleich der ganze Krebsverein seit zwei Jahren (Oktober 81) ganz genau weiß, daß das System der EISERNEN REGEL DES KREBS richtig ist. Es ist sogar u. a. in Heidelberg in der Chirurgischen Klinik nachgeprüft worden, in der gleichen Klinik, wo mein Sohn Dirk gestorben ist, und man hat herausgefunden, daß die EISERNE REGEL DES KREBS stimmt, hat es aber nie veröffentlicht. Wenn aber die EISERNE REGEL DES KREBS also richtig ist, dann gibt es nicht nur ein Geben und Nehmen zwischen Arzt und Patient, sondern der Arzt ist ein Mitpatient unter anderen Patienten. Er identifiziert sich mit dem Patienten, denn ihm kann jeden Tag dasselbe passieren, was dem Patienten heute passiert ist. Entscheidend aber für die Therapie ist in Zukunft das persönliche menschliche Engagement des Arztes, der

ein guter Menschenkenner, also ein guter Kenner der menschlichen Seele sein muß, gleichzeitig aber auch einen gesunden Menschenverstand haben muß, um für diese diversen Konflikte eine vernünftige, tragbare jeweilige Lösung zu finden.

Symbolisch für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient bisheriger Art ist die ganz typische »Lage« des Patienten, nämlich liegend im Bett. Der Arzt steht wie ein Beherrscher über ihm, meistens der Chefarzt bei der Visite umgeben von 10 oder 20 Assistenten, wie ein Richterghremium über dem liegenden Angeklagten steht. In der Medizin meiner Vorstellung ist der Arzt ein Kamerad des Patienten, der mit ihm am Tisch zusammensitzt und mit ihm beratschlagt, wie man den Konflikt bzw. das Problem, das zu der Erkrankung geführt hat, am besten und am vernünftigsten lösen könnte. In solchen Fällen kann der Arzt nicht immer Fachmann sein für bestimmte Bereiche, sondern er kann lediglich Hermeneut sein, also Übersetzer, der die Notwendigkeiten und Möglichkeiten gegeneinander abwägen kann.

22. Gibt es lokalwirkende Carcinogene? Gibt es hirnwirksame cerebrotrope Carcinogene?

Es ist bewiesen, daß der Krebs eine Erkrankung des Gehirns ist. Und zwar ist er ein Feldeinbruch im Großhirn, der bei Lösung des Konflikts (conflictolyse) teilweise oder weitgehend oder ganz wieder aufzubauen ist. Folglich werden alle Substanzen oder Psychopharmaka, Neuropharmaka, Narcotika, Neuroleptica etc., kurz alle solche Substanzen auch auf den Feldeinbruch einwirken können. Ob diese allgemein cerebrotrope Wirkung beim einzelnen Pharmacon für einen bestimmten Feldeinbruch von bestimmter Lokalisation nun günstig, ungünstig, neutral ist, muß noch im einzelnen untersucht werden. Sicher scheint nur eins zu sein: Sog. Sympathicomimetica, das sind solche Substanzen, die den Sympathicotonus forcieren oder unterstützen sind jedenfalls für die Erkrankung negativ anzusetzen, denn der Organismus soll ja aus dem Sympathicotonus heraus in den Vagotonus (Ruhetonus) gebracht werden. Andererseits scheinen die Sympathicolytica, also die Substanzen, die den Streßtonus auflösen, im Prinzip gut zu sein in Richtung Feld-Wiederaufbau.

Nun dürfen wir bei allem eins nicht vergessen: Die Innervation bzw. die nervöse Steuerung unseres Körpers ist nicht etwa ein Entweder-Oder, sondern ein normalerweise rhythmischer Wechsel zwischen beiden Innervationsformen. Dem Organismus ist diese Rhythmik, vielleicht besser gesagt die Fähigkeit zur Rhythmik, verlorengegangen. Das erscheint mir auch die eigentliche Krankheit des Krebs zu sein.

So etwas kann man wiederum Psychologen so schwer klarmachen, die die Körperlichkeit mehr oder weniger negieren und die Krankheit dann immer gleich als Persönlichkeitsstruktur-Erkrankung ansehen wollen, die Krankheit gleich bis in die Säuglingszeit verlängern wollen. So ein Quatsch. Was hat das mit Persönlichkeitsstruktur-Erkrankung zu tun, wenn eine Frau, der man die Brust abgeschnitten hat wegen eines Krebs, nun Angst hat, der Mann würde sich eine Freundin suchen, weil ihm seine Frau nicht mehr gefällt ohne die eine Brust: doch ein sehr naheliegender Konflikt, für jeden Psychologen (wegen mangelnder Verlängerbarkeit in die Kindheit) ein denkunmöglicher Vorgang. »*Da müssen doch schon geheime Ängste aus der Kindheit, vielleicht ein über- oder untermächtiges Vaterbild oder ein gestörtes Tochter-*

Vater-Verhältnis u.s.w. eine Rolle spielen«, meint dann der Psychologe. Alles unsinnige, rein intellektuelle Gedankenspiele, für die man sicher immer einen Anstoß oder vermeintlichen Anlaß findet, wenn man ihn finden will.

Für mich als »*Realmediziner*« ergibt sich, daß ein handfestes psychisches Konflikt-Erlebnis einen handfesten Kurzschluß im Gehirn ausgelöst hat, eine reale cerebrale Erkrankung verursacht hat (Feldeinbruch im Gehirn) mit einer nervösen Erkrankung (Dauer-Sympathicotonus) und last not least mit einer Fehlkodierung der Zellen in einem umschriebenen Organbereich: nämlich dem Krebs! Das akute Erlebnistrauma oder Konflikterlebnis trifft zwar oftmals in eine alte Psycho-Narbe der Persönlichkeit – das ist mit jeder Krankheit so und nichts Besonderes –, aber es trifft den Patienten auch oftmals bei scheinbar harmlosen Bagatellen, die »*konfliktiv*« sind und die dem Pat. in dem Moment eben nicht verarbeitbar sind, während er sie normalerweise locker abschütteln würde. Das heißt: es ist nur zu einem Teil die Persönlichkeitsstruktur verantwortlich, oftmals nur zum allerkleinsten Teil oder gar nicht, sondern es ist eben das Zusammenwirken der Umstände, die »*Kombination*« des DIRK-HAMER-SYNDROMS im Zeitpunkt X dasjenige, was den Krebs bewirkt hat bzw. den Feldeinbruch des Gehirns.

Kehren wir zunächst noch einmal zu unseren Pharmaka zurück: Es gibt inzwischen Hunderttausende von Pharmaka-Substanzen. Die meisten wirken auf den gesamten Organismus, auf einzelne Organe nur stärker und folgenschwerer als auf andere oder nur sichtbarer als auf andere.

Aber praktisch jede chemische Substanz, die wir einnehmen, wirkt auch auf das Gehirn, das ist mal klar. Dabei fallen uns nur die mit den folgenreichsten Wirkungen auf, die z. B. einen Dämmerzustand machen (Tranquilizer) oder die eine Narkose machen (Narkotika) etc.

Klammern wir hier zunächst die Frage aus, die wir in dem Kapitel über medikamentöse Therapie behandeln wollen, mit welchen Pharmaka wir vielleicht den Feldeinbruch nach der Konfliktlösung medikamentös unterstützen können.

Wenden wir uns also wieder der Frage zu, ob es chemische Stoffe, Medikamente, Substanzen gibt, die die Entstehung eines Krebs begünstigen, erleichtern oder forcieren. Das ist ja immerhin denkbar, denn warum sollte man einen Feldeinbruch nicht auch künstlich verursachen können. Der Normalfall ist es sicher nicht.

Der Normalfall ist das DHS. Aber die chemische Einflußnahme könnte ja irgendwo bei der Kombination angreifen: z. B. war ich am 7. Dez. 78, als ich an meinem akuten Konflikt-Erlebnis erkrankte, als mein Sohn DIRK in meinen Armen starb, schon vorher im Dauer-Streßtonus, hatte wochenlang nachts Kaffee getrunken, um mich wachzuhalten, weil ich den Ärzten und Schwestern in der Klinik nicht traute. Es könnte also sein, daß dieser vorherige Streßtonus eine gewisse »*Bahnung*« für den Kurzschluß geschaffen hätte. Grundsätzlich ist ja bei einer »*Kombination*« von Komponenten, wie es ja das DIRK-HAMER-SYNDROM (DHS) zur Bedingung für die Entstehung des Krebs macht, die Stärke oder Valenz der einzelnen Komponente durchaus variabel, entscheidend ist ja wohl, daß die Kombination dieser einzelnen Komponenten *zusammen* eine bestimmte Höhe erreicht: Folge Kurzschluß! Nun kann ja theoretisch der Ansatz oder das Hochtransformieren durch die verschiedenen Substanzen bei jeder Komponente bzw. jedem Faktor dieser Kombination einsetzen:

1. Die Schwere eines Konflikterlebnisses, die ja *rein subjektiv* bestimmt ist und *momentan* definiert ist, könnte z. B. durch Psychopharmaka oder Rauschgifte, die die subjektiv empfundene Schwere des Konflikterlebnisses ins Unermeßliche steigern, stark aggraviert werden.
2. Auch die akute Dramatik kann natürlich durch solche Pharmaka Rauschgifte etc. beeinflusst werden, schon erst recht, wenn eine Art Dauermedikation besteht wie damals bei mir durch den Kaffee.
3. Natürlich kann man auch die subjektive Isolation durch Pharmaka provozieren, den Patienten geradezu in Apathie oder Streß oder in sonstige isolative Ausnahmezustände versetzen und dadurch auch diese Komponente hoch provozieren.

Wenn mir meine Gegner sagen würden, sie würden diese Wirkung auf das Gehirn bzw. auf die Psyche, nämlich auf die Funktion des Gehirns, mit Carcinogenen meinen, wäre ich sofort einverstanden. Ob unter den bisherigen sog. Carcinogenen solche Substanzen sind, halte ich für möglich, evtl. sind sie es sogar in ganz anderer Hinsicht, als ihre Entdecker bisher vermutet hatten, nämlich eben via Gehirn. Unsinnig aber ist es, anzunehmen, daß die sogenannten Carcinogene »*lokal*« wirken könnten. Denn das hat man ja in

Tausenden von Versuchen ausprobiert und gefunden, daß man in keinem Organ einen Krebs erzeugen kann mit sog. »Carcinogenen«, sobald dieses Organ vom Gehirn getrennt ist, die Nerven also durchtrennt sind.

Wiederum für möglich halte ich aber, daß man durch Quälen von Versuchstieren an einem bestimmten Organ – via Gehirn – an dem gequälten Organ einen Krebs erzeugen kann, weil das Gehirn ja sicherlich in dem organbezogenen Gehirnteil seinen Feldeinbruch erleben wird und dieser Feldeinbruch in dem korrelierenden Organ das obligate »Symptom Krebs« entstehen lassen wird. Die Zauberlehrlinge haben einfach 2 Stufen zu wenig gedacht. Einfache Dinge sind eben nicht unbedingt so primitiv, wie die hochintellektuellen Krebsforscher sich das vorgestellt haben.

Folgende Einflüsse auf das Gehirn, die den Feldeinbruch begünstigen oder sogar provozieren können, halte ich für möglich, z. T. für erwiesen:

1. Pharmakologische, cerebrotrope Einflüsse, »insbesondere alle Hormone« (wie z. B. bei Schwangerschaft)
2. Chemische und mechanische Reizungen mit Schmerzen am Organ, die – via Gehirn – nach Feldeinbruch (DHS) korrespondierenden Organ-Krebs hervorrufen können.
3. Genetische Mißbildungen des Gehirns oder der elektrischen Leitungen (Nerven) bis zur Zelle.
4. Mechanisch-physikalisch-radiogene Manipulationen am Gehirn.

Ich wurde oft darauf angesprochen, daß ich mir selbst widersprechen würde, wenn ich behaupte, das DIRK-HAMER-SYN-DROM sei der Entstehungsmechanismus für jeden Krebs, gleichzeitig aber einräumen würde, daß es bereits genetische Mißbildungen geben könne, die schon beim Säugling zu Krebs geführt hätten auch ohne Konflikt-Erlebnis.

Dieser (scheinbare) Widerspruch soll nicht abgestritten werden. Er ist aber nur für die ein Widerspruch, die das System nicht verstehen wollen!

Das DHS ist eben der Normalfall in 99 %, wie ein handfester Feldeinbruch im Gehirn verursacht wird. Aber nur ein Böswilliger oder dummer Mensch könnte doch annehmen, daß es nicht möglich sein dürfte, einen solchen Feldeinbruch im Großhirn artefiziell (künstlich) zu manipulieren.

Für mich und alle Wissenschaftler, die das System der ERK verstanden haben, ist das eben kein Widerspruch, nicht einmal eine Ausnahme von der Regel, sondern die logische Konsequenz. Das ist doch klar: Von dem Augenblick an, seit dem wir wissen, daß es sich bei dem elektrophysiologischen Feldeinbruch im Gehirn um einen ganz handfesten, fotografierbaren und manipulierbaren Prozeß im Großhirn handelt, sind doch eben jeder pharmakologischen, hormonalen, genetischen, mechanisch-physikalisch-chirurgischen-radiogenen oder sonstwie gearteten Manipulation Tor und Tür geöffnet. Sicher wird man von dem einen oder anderen auch in Zukunft therapeutischen Gebrauch machen. Ich bin stolz darauf, die »einfachste« und natürlichste Therapie entwickelt zu haben, die darin besteht, den Konflikt zu lösen und Mutter Natur den Rest zu überlassen. Sie kann das nämlich weit besser als wir Zauberlehrlinge.

Die Frage also, ob es lokal wirkende Carcinogene gibt, ist ganz klar und schlicht zu beantworten: in dem bisher gemeinten Sinne sicher nicht. Denn man kann in einem Organ, das vom Gehirn nervös getrennt ist, keinen Krebs mehr erzeugen. Aber bei starkem Schmerzreiz eines Organs kann – via Gehirn – Feldeinbruch im Gehirn (DHS) – Fehlcodierung des korrespondierenden (schmerzapplizierten) Organs – Organkrebs – auf dem üblichen Weg der EISERNEN REGEL DES KREBS ein Krebs entstehen. Denn wohin soll wohl der durch den akuten Schmerz am Organ erzeugte, in dem dem Organ zugeordneten Gehirnbereich hervorgerufene Feldeinbruch seine Fehlcodes wohl anders senden als an das Organ, durch dessen akuten Schmerz der diesem Organ zugeordneten Gehirnbereich zum Einbruch gekommen ist. Das Ganze ist doch ein nervlich psycho-cerebraler Vorgang, eben exakt nach dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS. Eine Patientin beispielsweise, die von ihrem Ehemann einen Tritt in die Analgegend bekommt und dies samt Schmerz als anale Demütigung empfindet, die erkrankt eben an einem Rectum (Enddarm-) Carcinom, im Grunde der gleiche Vorgang.

23. Bekommen an Krebs erkrankte oder erkrankt gewesene Patienten leichter wieder eine Krebserkrankung als nicht erkrankte oder erkrankt gewesene Menschen?

- a. während der Dauer der Erkrankung?
- b. während der Heilungsphase?
- c. nach Abschluß der Heilungsphase?

Die Themen meiner Kapitel sind nach den häufigsten Fragen meiner Patienten ausgerichtet. Einer der brennendsten Fragenkomplexe ist natürlich der, ob ein Patient, der bereits an Krebs erkrankt ist oder an Krebs erkrankt war, leichter wieder eine neue Krebserkrankung bekommt als ein nicht Erkrankter oder erkrankt Gewesener. Hier müssen wir sehr sorgfältig unterscheiden, nämlich einmal wollen wir lediglich die Prädispositionsumstände berücksichtigen, die durch die Krankheit selbst gesetzt sind, z. B. Dauersympathicotonie oder die spezifischen Komplikationen im Gehirn in der Heilphase, wohingegen die zusätzlichen Schocks, die dem Patienten durch seine Umwelt, insbesondere natürlich in erster Linie durch seine Ärzte während und nach der Erkrankung zugefügt werden, lediglich der Gedankenlosigkeit, Unkenntnis, um nicht zu sagen der Dummheit der Mitmenschen zuzuschreiben sind. Eigentlich wären diese Schocks bei richtiger Kenntnis der Erkrankung und Kenntnis der EISERNEN REGEL DES KREBS völlig unnötig, ja geradezu verboten!

Wir wollen also in diesem Kapitel die 3 Stadien des Krankheitsverlaufs, nämlich

- a. während der Dauer der Erkrankung,
- b. während der Heilphase und
- c. nach Abschluß der Heilphase

untersuchen, darauf, ob eine negative Disposition vom Organismus her vorliegt durch die Erkrankung selbst, und zum anderen, ob durch den Unverstand der umgebenden Menschen eine negative Milieu-Disposition in Richtung auf Erleidung einer neuen Krebserkrankung oder eines Rezidivs der alten Erkrankung Krebs gegeben ist.

a. WÄHREND DER DAUER DER ERKRANKUNG:

1. Gruppe: krebsspezifische Disposition durch den erkrankten oder erkrankt gewesenen Organismus selbst:

Der Körper ist nach dem ersten DHS während der aktiven Krebserkrankungsphase bis zur Konfliktlösung im Dauer-Sympathicotonus. In dieser Phase, in der der Organismus ohnehin unter Dauer-Sympathicus-Innervation steht, kann er auch ein 2. DHS und damit eine 2. Krebserkrankung einfangen, tut es jedoch viel seltener, als wir eigentlich theoretisch erwarten könnten. Die allermeisten Zweitkrebsse, bisher fälschlich als Metastasen bezeichnet, entstehen erst nach Aufdeckung der 1. Krebserkrankung bzw. nach Diagnosestellung. Mit zunehmender Krebserkrankung jedoch wird der Patient kachektischer, und damit sinkt die Widerstandskraft sowohl psychisch als auch somatisch. Der Patient ist in diesem Stadium für psychische Konfliktkämpfe nicht mehr belastbar. Allerdings scheint er auch meist mit seinem Konflikt so sehr beschäftigt, daß er dadurch andere Konflikte weniger leicht annimmt.

Die 2. Gruppe in dieser Rubrik umfaßt nun solche Disposition, die eigentlich nur gesellschaftlicher oder wissenschaftlich-iatrogener Art ist und weitgehend von dem Takt oder Einfühlungsvermögen oder der Dummheit und Brutalität der Umgebung abhängig ist. Da sind keineswegs nur die Ärzte als Schuldige, sondern die gesamte moderne Zivilisations-Gesellschaft hat den an Krebs Erkrankten praktisch ausgestoßen wie einen Aussätzigen. Bezeichnungen wie »Friedhofspflanzen« für an Krebs erkrankte Patienten, wie wir sie in einem Kolonialwarenladen in Oberaudorf gehört haben, treffen ziemlich die allgemeine Meinung über »Krebspatienten«, die meist nur nicht geäußert wird. Im Hinterkopf glauben auch die meisten Menschen daran, daß die Krankheit vielleicht doch ansteckend sei. Die Tatsache, daß man die »Krebspatienten« in Datenkarteien ähnlich wie Strafregister führt (im Saarland bereits seit Jahren, demnächst in der ganzen BRD), zeigt, daß man diese Menschen schlichtweg eliminiert. Kommt ein Patient, bei dem Krebs festgestellt worden ist oder auch nur vermutet wird, zum Bankdirektor seiner Hausbank, mit der er viele Jahre gearbeitet hat, dann begegnet er betretenem Schweigen. Der Bankdirektor fordert ihn mitleidig-höflich auf, seine Kredite möglichst bald zurückzuzahlen. Kommt ein solcher Mensch unvermutet in sein eigenes Wohnzimmer, so kann es ihm

passieren, daß man dort gerade über die Erbschaftsangelegenheit nach seinem Tode bereits verhandelt hat. Ich will damit sagen: Für den Patienten ist die Diagnosestellung »Krebs« nahezu gleichbedeutend mit einem Todesurteil, dessen Vollstreckung im günstigsten Fall noch etwas auf sich warten läßt. Von dem Moment an, wo der Patient, von wem auch immer, weiß, daß er an Krebs erkrankt ist, sieht für ihn die Welt völlig verändert aus. Er ist nur noch ein »Mensch auf Zeit«, was wir zwar im Prinzip alle auf dieser Erde sind, er aber ist ein Verurteilter, dessen Hinrichtung bereits anberaumt ist.

Derzeit spielt sich das normalerweise so ab, daß der Patient in irgendeiner Klinik gründlich untersucht wird wegen des Verdachts auf Krebs. Schließlich findet man ein suspektes Organareal oder einen Tumor, der dann histologisch untersucht wird. Die Spannung des Patienten und seine inzwischen schon grenzenlose Angst vor dem Ergebnis wird über Tage und Wochen schier zum Zerreißen gespannt: Schließlich sagt ihm irgendein Arzt zwischen Tür und Angel brutal die Wahrheit, oder was der dafür hält, an den Kopf, daß er an Krebs erkrankt sei und daß man eigentlich grundsätzlich nichts mehr machen könnte, allenfalls die Krankheit noch etwas hinauszögern könne durch Operation, Kobaltbestrahlung und Chemobehandlung (Zytostatika). Für den Patienten ist das ein Keulenschlag auf den Kopf, er verliert den Boden unter den Füßen und glaubt, in den Abgrund zu stürzen. Dies ist für ihn der Anfang vom Ende. Daneben gibt es die etwas schonendere Art, daß der Arzt z. B. einer an Mamma-Ca erkrankten Patientin sagt, sie sei zwar an Krebs erkrankt, habe jedoch noch eine Chance, wenn man ihr die Brust wegschneide, die Achselhöhle ausräume und sie nachbestrahle und sie mit Zytostatika chemotherapiere. Die Patientinnen lassen das dann meistens auch mit sich geschehen, empfinden das aber (besonders bei dem ersten Blick in den Spiegel nach der Op.!) als Verstümmelung nicht nur ihres Körpers, sondern ihrer ganzen Persönlichkeit, wenn sie anschließend nur noch mit einer Brust, mit durch die Bestrahlung verbrannter oder mazerierter Haut und jahrelang ohne Haare wegen des Totalausfalls der Haare nach Chemobehandlung weiterleben müssen. Sie fühlen sich ganz einfach verstümmelt, besonders in dem Teil ihres Körpers, der für das Empfinden jeder Frau ihre Weiblichkeit ausmacht. Sie ekeln sich dann buchstäblich vor sich selbst, mögen sich überhaupt nicht mehr ansehen und schämen sich vor den Mitmenschen, vor ihren Kindern und vor ihrem Ehemann. Inzwi-

schen ist die moderne Schulmedizin dazu übergegangen, die einmal an Krebs erkrankt gewesenen Menschen dauernd weiterzubehandeln, Nachbehandlung und »Nachsorge« nennt man das. Der Patient kommt aus dem Teufelskreis gar nicht mehr heraus. Am Ende einer solchen Nachbehandlung oder Nachsorgeuntersuchung steht dann zynisch: »Derzeit noch« keine Metastasen, so als sei das nur eine Frage der Zeit. Und die wird es dann auch durch die dauernde Provozierung der Angst, der Carcinophobie (Krebsangst). Für die allermeisten Patienten gibt es dann schließlich auch kein Entrinnen mehr, bis sie schließlich sterben, geradezu eine Gnade angesichts dieser Hexenjagd!

Diese gesellschaftliche Negativ-Disposition (Milieu-Disposition) oder auch Disposition zum Krebs, die aber im Grunde ja induziert wird durch die gedankenlosen, oft aber auch böswilligen Mitmenschen, einschließlich Ärzten, diese Disposition zum Krebs halte ich für äußerst gefährlich, für sehr, sehr häufig, sogar für den Grund der allermeisten sog. Metastasen, die wir in der Klinik und Praxis zu sehen bekommen. Man sieht nämlich, daß Tiere quasi überhaupt nie sog. »Fernmetastasen« erleiden, also Krebsgeschwülste in entfernten Organen bekommen. Das zeigt uns deutlich, daß die Menschen durch ihre Reaktion und Reflexion auf die vermeintliche Unvermeidlichkeit der Todesfolge bei Krebserkrankung in diese Panik gebracht werden. Ich schätze, daß derzeit 70 % der sog. Metastasen, wenn nicht mehr, ihren Ursprung in der gedankenlos gefühllosen Diagnoseeröffnung durch den Arzt und in der Panikmache durch die Umgebung der Patienten haben. Dieser Faktor muß schleunigst wegfallen dadurch, daß jeder Arzt die EISERNE REGEL DES KREBS kennenlernt.

b. WÄHREND DER HEILUNGSPHASE:

Hier bewegen wir uns praktisch auf Neuland, allerdings nur auf wissenschaftlichem Neuland, weil Krebs ja bisher grundsätzlich als unheilbar galt, als bösartiger Parasit, der sich in den Körperteil eingenistet hatte und nur durch Stahl, Strahl und Chemie einigermaßen niederzuhalten war. Daß man aber Krebs mit System heilen und die postconflictolytische Heilphase systematisch beobachten kann, das ist wissenschaftliches Neuland.

Untersuchen wir auch hier wieder die fragliche Disposition zum Krebs in den beiden unterschiedlichen Gruppen, wieder zunächst in der Gruppe, die durch den Heilverlauf des Krebs vom Organis-

mus her selbst gegeben ist. (Eigendisposition zum Krebs im Gegensatz zur exogenen oder milieubedingten Disposition.) Hier sehen wir, daß durch die cerebralen Symptome der Patient deutlich alteriert ist. Der Patient ist praktisch in diesem Zustand ein »Hirnorganiker«, worunter wir einen Menschen verstehen, der ein nachweisbares Trauma (Verletzung, Blutung, Infektion, HAMERScher HERD etc.) im Gehirn aufweist. Es ist bekannt, daß diese Menschen in dieser Phase oder Zustand psychisch verändert sind. In unserem Fall weist das Gehirn des Patienten den HAMERSchen HERD mit perifocalem Oedem auf, ist zudem ein Dauer-Vagotoniker. Aber nicht genug damit, er hat auch oft cerebrale Symptome, Ausfallserscheinungen der periph. Innervation, die ihn in höchstem Grade beunruhigen und ängstigen. Zwar habe ich selten beobachtet, daß ein Patient – vorausgesetzt, er wird psychisch optimal betreut – einen neuen Zweitkonflikt erleidet, wenn ihn der Arzt darauf vorbereitet hatte. Aber ich habe oftmals beobachtet, daß ein Patient in dieser Heilphase sehr leicht ein echtes *Konflikt-Rezidiv* erleiden kann, wobei dies Konfliktrezidiv schlimmer ist als die erste Erkrankung selbst, was die Vorgänge im Gehirn anbelangt. Sogar in Fällen, wo das Hirnoedem um den HAMERSchen HERD bereits vollständig zurückgezogen war, erschien nach einem Konflikt-Rezidiv das perifocale Oedem größer, als es vordem gewesen war, und war in manchen Fällen letal (tödlich verlaufend).

Die zweite Gruppe in dieser Rubrik umfaßt eigentlich die Reaktion der Umgebung, aus Unkenntnis und Unverstand herrührend, die den Patienten zusätzlich beunruhigen kann dadurch, daß man diese Symptome in der Heilphase ja bisher nicht kannte oder nicht zur Kenntnis nehmen wollte. Fühlt sich der Patient schlapp und müde (für den Kenner ein höchst erfreuliches Symptom der Vagotonie), dann sagt die Umgebung in ihrer Unkenntnis: Ach Gott, jetzt geht es immer mehr zu Ende! Hat der Patient cerebrale Symptome, dann ist das für den Kenner zwar kein erfreuliches, aber in den meisten Fällen ein nicht besorgniserregendes Symptom, dann tippt die Umgebung und der Arzt in ihrer Unwissenheit sofort auf »Hirnmetastasen«, und der Arzt verkündet: Nun sei der Anfang vom Ende gekommen. Das heißt: Wenn bisher mal ein Patient durch eine Spontan-Konfliktlösung eine Heilphase erreicht hatte, dann hat ihm das meistens nicht viel genützt zum Überleben, sondern die Unwissenheit seiner Umgebung hat die Heilung rasch wettgemacht entweder dadurch, daß der Patient einen neuen

Schock (DHS) erlitt oder indem der Patient wieder unter Zytostatika oder Kobaltbomben gebracht wurde, so daß er diese vermeintlichen therapeutischen Eingriffe nicht überlebte. All dies sollte in Zukunft dringend abgestellt werden. Es bleiben immer noch einige, glücklicherweise ganz wenige, Fälle, wo auch der erfahrene Arzt ein bedenkliches Gesicht macht, möglichst aber alleine und nicht vor dem Patienten. Ich meine die Fälle, wo der HAMERSche HERD mit seinem perifocalen Oedem im Stammhirn, Mittelhirn oder Kleinhirn lokalisiert ist und auf vegetative Zentren drückt, so daß es zu zentralem Atem- oder Kreislaufversagen kommen kann.

c. NACH ABSCHLUSS DER HEILUNGSPHASE:

Auch hier wollen wir wieder unterteilen zwischen den beiden Gruppen. Nach Abschluß der Heilungsphase ist der Patient wieder gesund. Ob er nun gleich wieder voll belastbar ist oder noch eine gewisse Zeit braucht, bis er wieder voll belastbar ist, ist zunächst dahingestellt. Auch einem an Hepatitis erkrankt gewesenen Patienten rät man, nach Möglichkeit die nächsten Jahre Alkohol zu meiden. Im Prinzip besteht nach meiner Erfahrung für einen solchen Patienten keine wesentliche Disposition, wieder an einem neuen Krebs zu erkranken. Der bisherige Patient vor Kenntnis der EISERNEN REGEL DES KREBS ist zwar, wenn er je dieses Stadium erreicht hat, oftmals wieder seinem alten Konflikt voll ins Messer gelaufen, weil er ja die Zusammenhänge nicht kannte. Dann konstatierten die Mediziner oftmals noch nach Jahren ein »lokales Rezidiv«, also ein Rezidiv an der gleichen Stelle wie beim 1. Mal.

Zwar haben meine Patienten gelernt, ihren Konflikt, der den Krebs ausgelöst hatte, tunlichst zu umgehen, doch es ist auch mir zweimal passiert, daß Patienten, die sich schon wieder stark genug fühlten, ihren Konflikt jetzt »bestehen« zu können, ein volles Konflikt-Rezidiv erlitten und daran gestorben sind.

Was wiederum die Gruppe der von außen verursachten Vermehrung der Disposition zur Krebserkrankung angeht, so gilt derzeit noch, daß ein Patient, der mal am Krebs erkrankt war, nie mehr in seinem Leben in den Augen der Umgebung ein »normaler Mensch« werden kann. Er lebt in Zukunft, wie oben schon mal beschrieben, als Aussätziger. Findet er sich mit seinem Zustand ab, dann kann er noch einige Jahre leben, besitzt er aber die Frechheit, wieder ein »normaler Mensch« werden zu wollen und so

zu tun, als ob nichts gewesen wäre, dann wird er von seiner Umgebung gnadenlos fertiggemacht. Die mannigfaltigen Folgen wollen wir hier nicht aufzählen. Die Bezeichnung »Krebspatient« ist im Grunde viel schlimmer und grausamer als z. B. die Bezeichnung »ehemaliger Zuchthäusler«. Daß dies in Zukunft aufhören muß und auch, wenn sich die EISERNE REGEL DES KREBS durchgesetzt haben wird, aufhören wird, braucht nicht weiter erwähnt zu werden.

Wenn man nun noch einberechnet, daß jeder Patient ganz verschieden strukturiert ist und kein Charakter dem anderen gleich ist, dann ist die ganze Angelegenheit noch komplexer und noch schwieriger. Ich habe erlebt, daß ein Patient, der an Leberkrebs erkrankt war und ihm die Diagnose mitgeteilt wurde, nicht etwa an einem Todesangstkonflikt erkrankte, sondern er erkrankte an einem DHS mit Bronchial-Carcinom und brütete in der Folgezeit nur darüber, daß nunmehr die Firma pleite gehen würde, wenn er gestorben sei. Andere Patienten würden in dieser Situation an nichts anderes mehr denken als daran, ob und wann sie sterben müßten. Wir sehen auch hier, daß uns in den wesentlichen menschlichen Bereichen Statistiken nicht weiterhelfen, sondern nur eine sehr individuelle Betreuung durch einen guten Arzt-Beichtvater durch die Familienangehörigen, durch die gesamte Gesellschaft.

24. Gibt es primäre »Krebs-Typen«, also Menschen, die leichter Krebs oder leichter irgendeinen bestimmten Krebs bekommen können?

Es gibt viele Psychologen, die versucht haben, herauszufinden, ob es irgendwelche für Krebs psychisch besonders disponierte Menschen-Typen gibt. Z. B. Depressive, Neurotiker, Psychastheniker, Psychopathen, Oedipale, Pubertäts- oder Kindheitsgestörte, Schizophrenen, Selbstwertgestörte, Willensschwache, Epileptiker, Zyklothymiker oder Schizothymiker. In der Gruppe der Depressiven z. B. konnte man eine vermehrte Häufung von Brustkrebs feststellen. Das ist auch verständlich: Die Depression ist eine Krankheit. Und daß kranke Menschen häufiger an Krebs erkranken als Gesunde, ist bekannt, genauso wie bekannt ist, daß arme Leute häufiger an Krebs erkranken als Reiche oder in guten gesicherten Verhältnissen Lebende, oder daß Krebskranke häufiger einen zweiten Krebs bekommen als Gesunde.

Aber nach meiner Erfahrung bildet der Einbruch der Depression oftmals das DIRK-HAMER-SYNDROM, da er alle drei Komponenten enthalten kann: Schwerstes Konflikt-Erlebnis (oft mit Versündigungswahn), hochakut-dramatischer Beginn (oftmals Suicidversuch) und Isolation (bei der Depression schlimmste Isolation bis zum Autismus).

Grundsätzlich gilt: Jeder »angeschlagene Mensch«, der gleichsam auf dem »Reservetank« seiner nervösen (und körperlichen) Belastbarkeit läuft, kann leichter an Krebs erkranken als ein Gesunder. Das ist aber mit allen Krankheiten so. Hier ist auch der Arme dem Reichen gegenüber sehr im Nachteil: Der Reiche kann einen Großteil möglicher Konflikte mit seinem Geldbeutel neutralisieren. Ein Gerichtsvollzieher z. B., für den Armen eine Katastrophe, ist dem Reichen gänzlich unbekannt. Auch gibt das Geld dem Reichen Selbstwertbewußtsein und Sicherheit, das Gefühl, daß er nicht von Notlagen überrascht werden kann. Bei dem Armen kann jeder Schicksalsschlag und jeder Konflikt (z. B. Streit mit dem Chef = Arbeitslosigkeit) gleich das Mark der Existenz treffen. Für die Wahrung seines Charakters z. B. muß er jeweils volles Risiko eingehen und die Existenz seiner selbst und der ganzen Familie aufs Spiel setzen. Und tut er das, dann ist sofort der nächste Konflikt innerhalb der Familie vorprogrammiert. Alles

Gefahren, die der Reiche gar nicht verstehen kann. In großen Statistiken hat sich deshalb zweifelsfrei erweisen lassen, daß der Arme im Durchschnitt viel häufiger an Krebs erkrankt als der Reiche, was auch nach der EISERNEN REGEL DES KREBS so sein muß.

Gehen wir aber von der allgemeinen Feststellung, daß Kranke und Arme leichter an Krebs erkranken können als Gesunde und Reiche (*»lieber reich und gesund als arm und krank«*,) einmal ab zu der Frage, ob bestimmte Typen von Menschen insgesamt leichter an Krebs erkranken als andere, so müssen wir diese Fragestellung zunächst aufsplitten, differenzieren:

Schwierig ist zunächst einmal die Trennung zwischen krank und gesund, z. B. zwischen Neurotiker und Psychopath, Psycho- oder Organo-Migräniker z. B., lauter Bezeichnungen, Namen fürs Kind, ohne fest umrissene Krankheitseingrenzungen. Noch schwieriger wird die Unterscheidung, wenn wir eine Unterscheidung zwischen cerebral krank oder gesund treffen wollen, den tausend Übergängen zwischen Streß, Nervosität, Migräne, Epilepsie und hirnorganischem Syndrom, die zudem durch die EISERNE REGEL DES KREBS noch eine neue Bewertung erhalten werden. Hier genau unterscheiden zu wollen, was hier primär krank und primär gesund und sekundär krank war und dann leichter oder weniger leicht an Krebs erkrankt ist, was ja dann ebenfalls eine cerebrale Erkrankung ist und frühere cerebrale Veränderungen überlagern könnte, halte ich derzeit für äußerst problematisch. Für ein fast aussichtsloses Unterfangen halte ich es deshalb, nachträglich differenzieren zu wollen, was cerebralorganisch durch die Krebserkrankung bewirkt worden ist und was seinerseits Ursache für eine neue Krebserkrankung ist.

Aber kehren wir zunächst zu handfesten Beispielen zurück: Gewisse vererbliche Dispositionen sind sicher vorhanden, das weiß jeder erfahrene Landarzt und Familienkenner: Der Großvater war magenkrank, der Vater war magenkrank, der Sohn ist magenkrank: Es ist schon eine gewisse Wahrscheinlichkeit vorhanden, daß der Enkel auch magenkrank werden könnte, quasi sein persönliches Naturell. Solche Menschen haben den Magen als ihren *»schwächsten Punkt«*. Im Prinzip stimmt das, aber eben nur im Prinzip! Es setzt nämlich voraus, daß sich die gesellschaftlichen Verhältnisse nicht ändern, also bei diesem Vergleich konstant bleiben. Aber das ist eben nicht der Fall:

Einfluß der Gesellschaftsstruktur auf die Krebshäufigkeit:

In den letzten Jahrzehnten sind gewaltige gesellschaftliche Strukturänderungen weltweit eingetreten. Und erstaunlicherweise – nach der EISERNEN REGEL DES KREBS aber geradezu zwangsläufigerweise – hat sich eine erhebliche Verschiebung der Lokalisationstypen des Krebs ergeben: Bleiben wir zunächst bei dem obigen Beispiel, daß über Generationen eine gewisse Magenanfälligkeit beobachtet wird (*»gastrische Typen«*). Jetzt plötzlich sehen wir, daß der Enkel keine Magenbeschwerden, kein Magen-Ca z. B. bekommt. Der Enkel wohnt allerdings auch nicht mehr, wie die drei vorherigen Generationen, im Familienverband, wo er Streit mit seinen Angehörigen bekommen konnte, denen er *»nicht aus dem Wege gehen konnte«*, sondern der Enkel ist frühzeitig zu Hause ausgezogen und lebt mit wechselnden Freundinnen zusammen. Statistisch wirkt sich das dann so aus, daß wir kaum noch Magen-Carcinome sehen, dafür andere Carcinome, die wir früher selten sahen, heute häufig sehen, wie z. B. Brustkrebs.

Ein besonders auffälliges Beispiel in dieser Richtung ist das Gebärmutterhals-Carcinom, früher, als die Sexualität noch *»verboten«*, sündig und konfliktiv war, das häufigste gynäkologische Carcinom, heute, wo die Sexualität *»entkonfliktisiert«* ist – nach Pillenverbreitung und Sexualaufklärung –, ist es das seltenste gynäkologische Carcinom geworden. Aber nicht etwa durch *»Vorsorgeuntersuchungen«*, denn nur etwa 1 % der Collum-Ca-Fälle, der seltenen, die es heute noch hierzulande gibt, werden durch Vorsorgeuntersuchung entdeckt, wie jeder Gynäkologe weiß.

In unserer hochdissoziierten Gesellschaft haben wir ganz andere Probleme und Konflikte als in der weitgehend familienintegrierten Gesellschaft der letzten Jahrhunderte oder Jahrtausende. Für einen besonders jüngeren Menschen, dem es in der Familie *»stinkt«*, weil er mit einem Familienmitglied einen gewaltigen Krach (mit DHS) gehabt hat und ihm täglich aufs neue begegnet, für den ist es heute keine Schwierigkeit, schlicht und einfach wegzuziehen und sich eine eigene Wohnung zu nehmen. Der Konflikt ist augenblicklich gelöst. Ähnlich locker kann man heute einen sexuellen Konflikt gewöhnlich beheben. Scheidungen – falls überhaupt noch geheiratet worden war – oder Trennungen zwischen Ehe- oder Sexualpartnern sind ja an der Tagesordnung. Der *»Konflikt-Zwang«*, der früheren Sexualität als einer *»im Grunde sündigen Angelegenheit«*, die auch entsprechend bestraft wurde, ist

aufgehoben. Solche Konflikte sind heute leicht abzuschütteln. Selbst wenn es mal noch zu einem DHS gekommen war, so wird selten die Manifestationszeit auch nur annähernd erreicht. Die Folge sind eben die so selten gewordenen Collum-Carcinome – exakt entsprechend der EISERNEN REGEL DES KREBS!

Dieses Phänomen beobachten wir überall, wo wir den abrupten Übergang zwischen verschiedenen Gesellschaftsstrukturen vor Augen haben: z. B. wenn Japaner und Japanerinnen aus dem festgefügtten Familienverband der japanischen Familie nach Amerika auswandern, sehen wir sofort einen eklatanten Anstieg der Brust-Krebse, einen auffälligen Rückgang der Magen-Krebse, einen deutlichen Anstieg der Corpus-Carcinome und einen drastischen Rückgang der Gebärmutter-Hals-Krebse, weil sie zwar in der amerikanischen, auch weitgehend dissoziierten Gesellschaftsstruktur gewisse Arten von Konflikten nunmehr leicht abschütteln können, dagegen den Konflikten der Dissoziation, der mangelnden Kommunikation, der Vereinsamung ausgesetzt sind, die sie nicht abschütteln können. Diese gesellschaftsstrukturbedingte Umverteilung der Krebs-Lokalisations-Häufigkeit entspricht genau den Kriterien und Konflikt-Erlebnisgehalten der EISERNEN REGEL DES KREBS!

Das beantwortet auch die Frage, ob es beispielsweise einen Gebärmutterhals-Krebs-Typ gibt, in der Weise, daß es offenbar überwiegend nur eine gesellschaftsstrukturbedingte Gebärmutterhals-Krebs-Häufigkeit gibt, denn wir beobachten das Phänomen ja quer durch alle Rassen, Nationalitäten und Gesellschaftsklassen. Hier kommen auch zwei interessante Aspekte ins Spiel:

1. Je höher die soziale Gesellschaftsklasse, also je reicher der Pat. ist, desto dissoziierter ist, von Ausnahmen abgesehen, durchweg das Familiengefüge, je ärmer der Patient ist, desto familienintegrierter ist er – der Not gehorchend, bzw. den Notwendigkeiten. Entsprechend verschieben sich auch statistisch die Krebs-Lokalisierungshäufigkeiten.
2. Bei den allermeisten Krebsen ist Zunahme des Alters und Zunahme an Krebserkrankungen direkt proportional, wenn auch – gesellschaftsstrukturbedingt – in verschiedenem Maße. Nicht so bei den Genital-Carcinomen: Collum-Carcinom und Hoden-Carcinom. Beides sind Carcinome relativ junger Menschen und nehmen mit zunehmendem Alter deutlich ab. Sogar das Ovarial-Carcinom (genital-analer Konflikt) nimmt jenseits

der 55 Jahre deutlich und rasch ab, nimmt jedoch, wie auch das Corpus-Carcinom, mit steigender Familien-Dissoziation insgesamt zu.

Hier laufen also zwei gegensinnige Häufigkeits-Funktionen ineinander.

Nach der EISERNEN REGEL DES KREBS müssen wir erwarten, daß die sexuellen Konflikte und die Collum-Carcinome mit zunehmendem Alter insgesamt an Häufigkeit abnehmen, weil auch die sexuelle Konflikt-Wahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter abnimmt.

Wie weit nun die ganz offensichtlich sehr entscheidenden gesellschaftsstrukturbedingten Konflikt-Häufigkeitsverteilungen nicht nur von der Dissoziation selbst bzw. der Familienintegration abhängen, sondern auch von den Folgen z. B. in hormoneller Hinsicht, können wir noch nicht abschätzen. Z. B. daß in einem familiendissoziierten Gesellschaftssystem nur noch sehr wenige Kinder geboren werden und die wenigen von relativ alten Müttern, so daß es so gut wie kaum noch ein intaktes »Großmutter-Enkel-Verhältnis« wie in früheren Zeiten gibt, wie es z. B. in Italien noch üblich ist. Entsprechend ändern sich natürlich die Konflikterlebnisse. Wo keine Enkel mehr sind, kann man auch mit oder wegen Enkeln keine Konflikterlebnisse des Kommunikationsmangels, der sublimiert sexuellen Frustration (Großmutter-Enkel-Verhältnis), der Vereinsamung, z. T. aber evtl. wieder sexuelle Konflikte in Zukunft, wenn vereinsamte Rentner und Altersheiminsassen – in Ermangelung von familiären Kommunikationsmöglichkeiten – sexuelle Kommunikationen im Greisenalter anzuknüpfen versuchen (»Partnerliebe«) und mehr oder weniger frustrane Kohabitationsversuche unternehmen, aus lauter Verzweiflung vor der Einsamkeit.

Ein Blick auf unsere Kurorte, in denen ja zu 90 % Rentner und Pensionäre kuren, zeigt uns, daß der »Kurschatten« vom 2. Tag der Kur an geradezu obligatorisch ist und zum »Statussymbol« geworden ist. Er ist bereits zum festen Bestandteil der Kur, bzw. der Therapie geworden.

Aber kehren wir noch einmal zurück zu den verschiedenen psychischen Habitus:

Könnte man sagen: Wer viele Konflikterlebnisse hat, bekommt leichter einen Krebs?

Antwort: ganz klar nein.

Gründe: Der Neurotiker z. B. hat fortlaufend Konflikterlebnisse, er braucht sie geradezu für sein egozentrisches Mittelpunktbedürfnis, um sein Selbstwertgefühl intakt zu halten. Aber er kann diese Konflikte auch leicht wieder loswerden, weil er meist extrovertiert ist. Ihm fehlt zum DHS trotz Egozentrik meist die dritte Komponente, die Isolation.

Dagegen der Verschlussene, Introvertierte bekommt selten einen Konflikt. Aber wenn ihn mal ein Konflikterlebnis trifft mit allen 3 Komponenten des DHS (schwerst, akut, isolativ), dann ist es oftmals zugleich das erste und zugleich das letzte gewesen. Denn er frißt den Konflikt in sich hinein, hat niemanden, mit dem er darüber sprechen kann. Die Folge ist oft die manifeste Erkrankung an Krebs.

Dafür ist wiederum bei »*Konflikten mit sich selbst*« der extrovertierte Neurotiker und Psychopath gefährdeter als der introvertierte Verschlussene. Denn letzterer kann die Diagnose »*KREBS*« gewöhnlich etwas leichter ertragen als der Neurotiker, der sofort in Panik gerät. Aber man kann da keine festen Regeln aufstellen für den einzelnen Fall. Lediglich die allgemeine Wahrscheinlichkeit kann man feststellen. Ich habe bei den nunmehr über zweitausend Fällen schon alles gesehen, so herum und auch anders herum, jeder Mensch ist eben eine individuelle und unverwechselbare Persönlichkeit. Zudem kommen so viele Zusatzfaktoren ins Spiel, wunde Stellen, Achillesfersen, wie man sagt, oder eben auch einfach, daß von den 6 notwendigen Bedingungen für die Entwicklung eines manifest sichtbaren Krebs die eine oder andere eben nicht erfüllt sind, so daß es nicht zur hinreichenden Bedingung kommt.

Die notwendigen Bedingungen sind:

1. schwerstes
2. akut dramatisches,
3. isolatives,
4. konfliktives Erlebnis
5. bestimmter Konflikt-Inhalt entspr. Organbezogenheit
6. bestimmte Konflikt-Dauer (Manifestationszeit), bis der Patient die Erkrankungssymptome gewöhnlich bemerkt.

Die letzte Bedingung ist natürlich so zu verstehen, daß der Patient realiter von der ersten Stunde an den Krebs hat, ihn aber als solchen nur noch nicht bemerken kann. Stoppt der Konflikt innerhalb der Manifestationszeit, dann bemerkt der Pat. den

Krebs hoffentlich nie. Da ein Krebs manifest nur dann bemerkt wird (außer im Szintig- oder Röntgen-Apparat), wenn alle 6 Bedingungen (notwendige Bedingungen) erfüllt sind, kann man die Frage, welcher Typ von Menschen etwa leichter oder schwerer an Krebs erkranken könne, und weiter, unter welchen Gesellschaftsstrukturverhältnissen welcher Typ von Menschen wann und wie vielleicht leichter oder weniger leicht an Krebs erkranken können, so überhaupt nicht stellen. Deshalb waren auch alle diesbezüglichen psychologischen Versuche und Untersuchungen ein riesengroßer Reinfall. Außer daß man sich dabei selbst in die Tasche gelogen hat, konnte überhaupt nichts dabei herauskommen. Alle vorgegebenen sog. psychologischen Merkmale waren der reinste Bluff, um nicht noch treffendere und bissigere Vokabeln zu verwenden.

25. Der Krebs ist nicht mehr als ein Symptom einer Krankheit im Gehirn

Das, was wir bisher »Krebs« genannt haben, ist wirklich nur ein Teil, und zwar ein nicht einmal bedeutender Teil, der Krankheit, die wir jetzt als Krebs kennen. Die wirkliche Krankheit Krebs ist eine Erkrankung des Gehirns (Feldeinbruch), die glücklicherweise weitgehend oder nahezu ganz reversibel ist – ich meine im Gehirn.

Es fällt uns allen natürlich schwer – mir selbst bisweilen zugegebenermaßen auch, wenn ich einen großen Tumor sehe – den sichtbaren und bisher so gefürchteten Krebs-Tumor nun plötzlich für ein mehr oder weniger harmloses Symptom einer Krankheit des Gehirns zu halten, harmlos natürlich nur dann, wenn es gelingt, den Konflikt zu lösen (Conflictolyse).

Zu meinem Erstaunen verstehen diese Zusammenhänge die medizinischen Laien viel besser als die Ärzte. Sogar die betroffenen Patienten – bisher habe ich etwa 100 davon – verstehen es erstaunlich gut und sicher, wenn ich ihnen sage, sie hätten da einen »eingekapselten, inaktivierten Krebs von früher«, also gleichsam eine knotige Narbe, die völlig harmlos ist, mit Sicherheit nicht weiterwächst und bei der die einzige Gefahr besteht, daß dieser Knoten einem unerfahrenen, intellektuellen Mediziner ohne gesunden Menschenverstand, unter die Finger oder unter den Röntgenschirm gerät. Wenn diese einzige Gefahr vermieden wird, dann lebt der Pat. ruhig und friedlich mit seinem harmlosen Knoten weiter.

Besonders groß ist die Gefahr dann, wenn der Pat. aus irgendeinem Grunde einen neuen schweren Konflikt mit DHS bekommt, der mit dem früher einmal durchgemachten Konflikt und dem früheren Krebs überhaupt nichts zu tun hat. Dann kommt der überschlaue Medi-Zyniker und sagt: »Jetzt haben Sie Metastasen«, eben hat der Knoten »gestreut«. Alles Unsinn natürlich oder Ingoranz. Warum soll man nicht 2mal eine Angina kriegen können oder sogar 3mal. In solchem Fall beginnt wieder der »Panik-Teufelskreis« mit meist sofortigem DIRK-HAMER-SYNDROM und einem weiteren Krebs. Sofort schreit der Medizyniker-Ignorant: »Seht ihr wohl, habe ich es nicht gesagt, jetzt hat der Patient schon Lungenmetastasen (Lungenrundherde), jetzt ist das Todesurteil besiegelt«. Diesmal ist es nicht nur Unsinn, auch nicht mehr gefährlicher Unsinn eines Ignoranten, nein diesmal ist es kriminell

gefährlicher Unsinn eines ganzen Ärztstandes! Deshalb muß ich alle Patienten vor meinem ganzen Ärztstand dringend warnen. Bevor Sie mit Ihrem Knoten oder Krebsgeschwür zum Arzt gehen, spätestens aber, bevor Sie sich seinen ignoranten zynischen Kommentar dazu anhören, lesen Sie sich in Ihrem Kämmerlein in Ruhe und ohne Angst dieses Buch durch und sehen Sie sich die zugehörige Video-Kassette an. Dann werden Sie keine Panik mehr haben, sondern werden Sie ruhig und überlegt handeln wie ein kluger Feldherr in der Schlacht, souverän, überlegt, ohne Panik, ohne Angst, nicht wie ein kopfloses Huhn in panischer Flucht vor dem messerwetzenden Chirurgen oder dem giftspritzenden Onkologen (Krebsmedizyniker). Es ist immer wieder wie im Märchen mit dem Rumpelstilzchen. Weiß ich erst den Namen des Rumpelstilzchen, hier das System des Krebs, dann brauche ich keine Angst mehr zu haben, dann hat die gefährliche Krankheit ihre Undurchschaubarkeit, ihre Unberechenbarkeit, verloren. Sonnenklar, was man tun muß, natürlich den Konflikt lösen – und aufpassen, daß möglichst keine Komplikationen die Heilung behindern!

Aber die Heilung des Gehirns ist das Entscheidende. Die Schlacht im Gehirn, die Schlacht um die Lösung des Konflikts, ist das Entscheidende, nicht die Behandlung des Krebsknotens.

Die Krebsknoten kapseln sich in den meisten Fällen ein, oftmals verkalken sie sogar, sind dann mit einer Bindegewebsschicht umgeben. Nur die Schleimhaut-Plattenepithel-Krebse können sich abstoßen und ganz verschwinden, weil es für den Körper in diesen Fällen das einfachste ist, die fehlcodierten Krebszellen einfach abzustößen und durch neue zu ersetzen, die von unten nachwachsen.

Im wesentlichen können Krebsknoten nur 3 Komplikationen machen, was nicht heißt, daß die Heilung des Feldeinbruchs im Gehirn nur drei Komplikationen machen könnte:

1. Der Krebsknoten kann ein mechanisches Hindernis darstellen, z. B. im Darm oder im Herzhinterraum. Dann muß der Chirurg ran oder der Radiologe, der den Tumor zusammenschmelzen kann. Im ersteren Fall kann der Tumor bewirken, daß keine Nahrung mehr durch den Darm passieren kann, dann verhungert der Patient oder erleidet einen Darmverschluß, auch wenn der Konflikt ausgeräumt ist und der reparative Vorgang im Gehirn bereits im Gange ist.

Im zweiten Fall können große Tumorpakete einen Rückfluß des

Blutes in den Brustraum und zum Herzen behindern oder sogar verlegen. Sogar bei und nach der Heilung kann dies noch bedrohliche Ausmaße haben, die nicht konservativ zu behandeln sind, sondern »mit Stahl oder Strahl«. Diese Komplikation kommt glücklicherweise relativ selten vor, ist aber trotzdem eine Komplikation, mit der man rechnen muß.

2. Der Krebsknoten zieht sich narbig schrumpfend zusammen und macht gewöhnlich Schmerzen! Für den »*unaufgeklärten Patienten*« Anlaß zu erneuter Panik! Für meine aufgeklärten Patienten Anlaß zu großer »*Freude unter Schmerzen*«, denn sie wissen, daß die Krebsknoten zurückgehen.

Aber es kommt bisweilen vor, daß auch dieser, an sich begrüßenswerte Vorgang, Komplikationen machen kann. Denn wuchs z. B. der Krebs »*zirkulär um den Darm herum*«, dann kann er bei der Heilung, also bei der narbigen Schrumpfung, eine Einengung des Darms verursachen, unter den ignoranten Ärzten dann zu der irrigen Vermutung verleitend, der Krebs wachse weiter.

Der folgenschwerste Irrtum beim Krebs, insbesondere beim heilenden Krebs im narbig-schmerzenden Schrumpfungsstadium ist die Gabe von Morphin: Das Morphin nimmt dem Patienten zwar die Schmerzen, nimmt ihm aber auch den Appetit, legt den Darm völlig lahm, versetzt den Patienten in den Sympathicotonus und macht ihn süchtig. Der Patient ist nach wenigen Wochen verhungert, obwohl er eigentlich hinsichtlich seiner Erkrankung schon auf dem Weg der Gesundung war.

3. Große Tumoren zerfallen im Inneren und machen Stoffwechselprobleme, bisweilen auch Abszesse, manchmal Blutungen, Oedeme (Schwellungen), Ergüsse. Diese Komplikationen können auch gelegentlich zum Tod führen, sind aber im allgemeinen gut zu beherrschen, wenn man sie nach dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS einzuordnen weiß.

Ich kann es nicht oft genug wiederholen: Wichtig ist, daß der Patient diese Vorgänge und auch möglichen Komplikationen versteht, einordnen kann, besprechen kann und psychisch mithelfen kann, statt in Panik und Resignation zu verfallen oder in wilden Panik-Trotz, der fast genauso schlimm ist. Der Patient muß einfach seine Ärzte zwingen, mit seinem eigenen Fell nach seinem Wunsch umzugehen. Und dazu gehört, daß der Patient verlangen kann,

daß sich seine Ärzte mit dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS beschäftigen und sich mit ihr auseinandersetzen.

Wer hätte früher gewagt, das Wort Tuberkulose (Schwindsucht, »die Motten«) laut auszusprechen, heute bewirkt das Wort keine Angst mehr. In 2 oder 3 Jahren wird man auch das Wort Krebs hoffentlich ruhig aussprechen können, ohne damit Panik zu erzeugen. Dann werden wir alle wissen, daß der Krebstumor oder das Krebsgeschwür am Organ »nur« ein Symptom ist, nicht die eigentliche Krankheit! Aber jedes Symptom gehört eben zur Krankheit, ist gleichsam Teil der Krankheit. Es hilft ihm schließlich nicht, wenn sein Gehirn zwar gesund wird nach der Lösung des Konfliktes, der Patient aber am Darmverschluß stirbt, weil ein großer Tumor das Darmrohr verschlossen hat. Wenn ich sage, daß man keine Panik mehr vor dem »Symptom Krebs« haben soll, dann heißt das nicht, daß ich irgend einem Mediziner oder gar Arzt raten möchte, hierbei leichtsinnig zu sein.

26. »System-Erkrankungen« und »Symptomen-Komplexe«

Wahrscheinlich sind die meisten »System-Erkrankungen« und »Symptomen-Komplexe« körperlicher Organerkrankungen in Wahrheit Erkrankungen des Gehirns!

Die Erkrankung an Krebs war eines der großen Menschheitsrätsel. Sie galt als zentrale Erkrankung, gegen die es kein Mittel gab. Vielleicht war sie sogar in der gesamten Medizin die wichtigste Erkrankung, aber im Grunde nur eine unter vielen, ein Spezialfall eines grundsätzlichen Krankheitsgeschehens, nämlich im Gehirn.

Es spricht nichts dagegen, daß die allermeisten Systemerkrankungen oder solche Erkrankungen, von denen wir nur Symptome kennen und auswendig lernen, deren Ursache und Ursprung wir aber in keinem Lehrbuch lesen können, daß diese Krankheiten alle auch Krankheiten des Gehirns sind.

Dies glaube ich, für 2 Erkrankungsarten oder Krankheiten nachgewiesen und schon vor vielen Monaten veröffentlicht zu haben:

a) für die Vitiligo (Weißfleckenkrankheit), eine scharf markierte Entfärbung des Hautkolorits (scharfrandige weiße Hautflecken), und

b) für das Plasmozytom, eine Erkrankung des Skelettsystems, die mit einer Albuminurie (Eiweiß im Urin) einhergeht. Es spricht alles dafür, daß die allermeisten nichtinfektiösen Krankheiten, wenn auch nicht nach dem gleichen Schema, so doch nach einem ähnlichen Schema wie der Krebs verlaufen und Krankheiten des Gehirns sind!

Bisher waren wir Ärzte wie befangen in der Beobachtung der äußeren Symptome einer Krankheit. Dann begannen wir, die Veränderungen der Serum-Parameter hinzuzulernen und die Funktion der Drüsen und Hormone zu begreifen. Wir wußten auch, daß die Hormone vom Gehirn, z. B. von der Hypophyse, der Hirnanhangsdrüse, gesteuert oder dirigiert werden. Die Erkenntnis, daß eigentlich so ziemlich alle nichtinfektiösen Krankheiten im Grunde Krankheiten oder Erkrankungen des Gehirns sind, liegt

eigentlich in der konsequenten Weiterentwicklung unserer diagnostischen Möglichkeiten. Wenn bei uns nicht die Psyche stets in wissenschaftlichem Mißkredit gestanden hätte, weil sie schlecht mit Parameterwerten ausdrückbar ist, die man durch Messung und Wägung finden kann, dann hätten wir schon viel früher auf die Ursache aller oder fast aller Krankheiten kommen können. Es wird später Kritiker geben, die behaupten, im Zeitalter der CCTs, der Hirn-Computer-Tomogramme, wäre es ohnehin eine Frage der Zeit gewesen, bis man die Zusammenhänge zwischen Hirn und Körper genauer erforscht hätte und dabei auch dem Krebs auf die Spur gekommen wäre. Dies ist unrichtig. Einmal haben wir schon seit einem Jahrzehnt die CCT's und zum anderen habe ich die EISERNE REGEL DES KREBS entdeckt ohne ein einziges Hirn-CT gesehen zu haben. Zudem lief die Entwicklung der Erkenntnis genau in die entgegengesetzte Richtung, weil viele Carcinome in der Peripherie, insbesondere die Coronar-Carcinome, nicht erkannt waren, wenn man in der post-conflictolytischen Phase (pcl-Phase) einen HAMERschen HERD entdeckte und für einen Hirntumor hielt, oder ein altes inaktiviertes Carcinom fand und einen dazugehörigen Rest eines alten HAMERschen HERDES oder auch keinen Herdes. Man hätte kein System darein bringen können, wenn nicht zuvor jemand auf das System der EISERNEN REGEL DES KREBS gekommen wäre.

Seit wir das System jetzt wissen und den Schlüssel haben, ist es relativ leicht, sämtliche Krankheiten auf dieses System oder einen ähnlichen Mechanismus hin abzuklopfen. Es ist jetzt nicht einmal mehr ein Kunststück, z. B. das Korrelat der Colitis ulcerosa im Gehirn zu finden, bzw. eine systematische Korrelation zwischen Psyche, bzw. psych. Konflikt, bestimmter Veränderung im Gehirn und Colitis ulcerosa des Dickdarms. Es hat quasi keine Erfindungshöhe mehr.

Im nachhinein werden wir über uns selbst erstaunt sein, mit welcher Unbekümmertheit und Wissens- und Erkenntnisverkürztheit wir schon glaubten, »*Krankheitsbilder*« ursächlich beschreiben zu können, obgleich wir die eigentliche Ursache ja gar nicht wußten. Quasi aus dem unwichtigsten Viertel der Krankheit haben wir Pseudo-Wissenschaft gemacht und uns dabei unendlich klug und wissenschaftlich gefühlt! In Zukunft wissen wir zwar nunmehr, wo die Glocken hängen, aber jetzt geht die Forschung und Systematisierung erst richtig los.

ENTWICKLUNGSGESCHICHTLICH ALTE KONFLIKTMUSTER:

Die Feldeinbrüche in den verschiedenen Bereichen des Gehirns, sichtbar in der pcl-Phase als HAMERscher HERD, und der zugehörige Konflikt-Erlebnisinhalt sind ja so alt wie die Teile des Gehirns, in dem wir sie finden. Das heißt: Es handelt sich ja hierbei um entwicklungsgeschichtlich »archaische Konflikte«, ja, wir können geradezu eine »Entwicklungsgeschichte der Konflikte« schreiben, wie das am Todesangstkonflikt, dem Beginn des Individualbewußtseins, oder dem Revier-Verteidigungs- und Revier-Sorgekonflikt, dem Beginn des Rudel- oder Familienbewußtseins, sehr anschaulich zu sehen ist. Der eine ist entwicklungsgeschichtlich ein Urkonflikt, der andere ist ein entwicklungsgeschichtlich viel jüngerer Konflikt.

Aufgaben und Regler des Nervensystems

(aus Herders großem Gesundheitsbuch)

Das Nervensystem dient dem Organismus einerseits zur Verbindung und Steuerung aller anderen Organsysteme, andererseits dem Kontakt mit der Umwelt. Umwelteinwirkungen werden aufgenommen, verarbeitet und können Antworten oder Reaktionen des Organismus auslösen. Die Steuerung der anderen Organsysteme wie auch der elementaren Lebensfunktionen (Atmung, Herztätigkeit, Nieren- und Geschlechtsfunktion, Verdauung) erfolgt über das vegetative Nervensystem oder Lebensnervensystem, dessen Tätigkeit in der Regel dem Bewußtsein nicht unterliegt.

Das vegetative Nervensystem besteht aus zwei Funktionseinheiten: dem sympathischen und dem parasympathischen Nervensystem, die stets in einem bestimmten dynamischen Gleichgewicht miteinander funktionieren (siehe Tafel). Hemmende und fördernde Reaktionsleitungen halten jedes Organ wie zwischen zwei Zügeln.

Das parasympathische System entstammt zum größten Teil dem 10. Hirnnerv (Nervus vagus), einzelne parasympathische Fasern für die Bewegung der Pupillen, der Tränen- und Speicheldrüsensekretion verlaufen jedoch mit einer Reihe anderer Hirnnerven.

Ein weiterer Teil des Parasympathikus entspringt den unteren Abschnitten des Rückenmarks und regelt Darm- und Blasentätigkeit sowie die Tätigkeit der Geschlechtsorgane.

Ein anatomisch selbständiges Gebilde ist der sogenannte Grenzstrang des Sympathikus, der zu beiden Seiten der Wirbelsäule eine Kette von Nervenzellknoten bildet, die einerseits mit dem Rückenmark, andererseits mit den Eingeweiden in Verbindung stehen. Die sympathischen Nervenfasern schließen sich auf dem Wege zur Peripherie meist den Blutgefäßen an, mit denen sie in alle inneren Organe eindringen. Über das vegetative Nervensystem können auch psychische Einflüsse (Freude, Schreck, Angst) Reaktionen an den inneren Organen und am Gefäßsystem auslösen (z. B. Herzklopfen, Erröten, kalter Schweiß usw.).

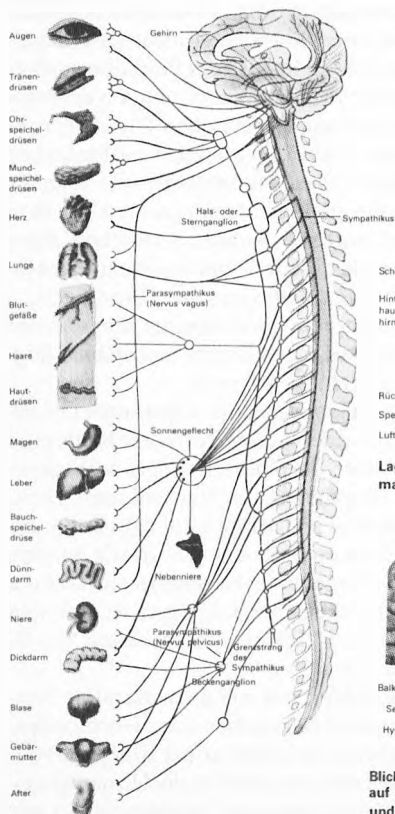
Eine ähnliche zentrale Steuerfunktion wie das vegetative Nervensystem haben auch die innersekretorischen oder Hormondrüsen (siehe Tafel), die ihre Sekrete unmittelbar ins Blut abgeben.

Den anderen Hormondrüsen übergeordnet ist die Hirnanhangsdrüse (Hypophyse), die ihrerseits in innigem Zusammenhang mit

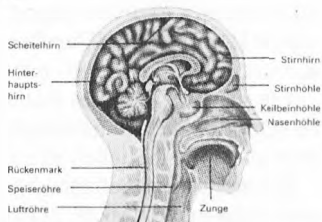
den nervösen, vegetativen und Stoffwechselzentren im Zwischenhirn steht.

So gehen vegetative, seelische, physische und hormonale Reaktionen ohne scharfe Grenzen ineinander über. So wie der Blutstrom alle Teile des Organismus verbindet, so faßt auch das Nervensystem mit seinen Aufnahmeapparaten, Zuleitungen, Schalteinrichtungen und Umformungszellen sowie seinen Befehlsleitungen zur Peripherie die einzelnen Teile des menschlichen Organismus zu einer sinnvollen Ordnung zusammen.

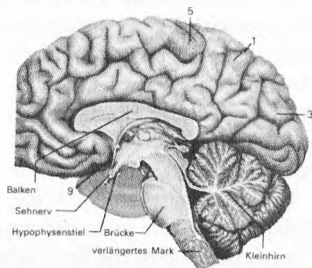
(Ende des Zitats)



Gehirn des Menschen



Lage des Gehirns im Schädel mit Rückenmark im Wirbelkanal



Blick auf eine Gehirnhälfte, auf das angeschnittene Kleinhirn und das verlängerte Rückenmark

27. Entwicklungsgeschichte der Konflikthalte

Die HAMERschen HERDE sprechen eine klare Sprache: Zunächst habe ich nur konstatiert und jeweils bestimmten Konflikthalten bestimmte Lokalisationen von HAMERschen HERDEN im Gehirn zugeordnet.

Allmählich fand ich das System der jeweiligen Korrelation.

Sofort aber warfen sich neue Fragen auf:

- Was hat die spezielle Lokalisation zu bedeuten?
- Was hat es zu bedeuten, wenn mit einem Konflikthalt zwei HAMERsche HERDE an verschiedenen Stellen des Gehirns korrelieren, sogar in entwicklungsgeschichtlich verschiedenen Teilen des Gehirns?
- Was hat es überhaupt zu bedeuten, daß manche Konflikthalte in den alten Teilen des Gehirns, also dem Stammhirn, lokalisiert sind (dazu zugehörig: Leber-Ca, Colon-Ca, Corpus-Ca etc.) andere aber im Mittel- und Großhirn (z. B. Gesichts- und Kiemenbogen-Konflikte, was solche Konflikte bedeuten, deren zugehöriges Carcinom im Gesicht und dem Bereich der Kiemenbögen lokalisiert ist.)?

Alle diese Fragen stellen sich zwangsläufig. Und als ich die bisher gewonnenen Ergebnisse zusammengestellt hatte, machte ich eine ganz erstaunliche, im Grunde aber sehr einleuchtende und folgerichtige Entdeckung; sie ist geradezu atemberaubend schlüssig, wie die ganze EISERNE REGEL DES KREBS:

1. Die Konflikt-Inhalte sind alte und sogar uralte Konfliktmuster, die aus der Zeit stammen, in der der jeweilige Hirnbereich sich entwickelt bzw. ausdifferenziert hat, in dem wir den HAMERschen HERD finden, der zu diesem Konflikthalt gehört.
2. Folglich entsprechen die Konflikthalte der jeweiligen Entwicklungsstufe unseres Gehirns in dem Zeitraum der Entwicklung und der speziellen Konfliktproblematik dieser Entwicklungsstufe.
3. Je älter die Entwicklungsstufe ist, der der jeweilige Konflikthalt zugehört, desto näher rückt der HAMERsche HERD in die Nähe der uralten sog. vegetativen Zentren unseres Urhirns, wo

die Entscheidung über Tod oder Leben fällt. (Zentraler Atemstillstand, Kreislaufversagen...)

In der Entwicklungsgeschichte gilt der Satz:

Die Embryonalentwicklung stellt eine verkürzte Stammesentwicklung des Menschen dar.

Bei jedem Tier gilt natürlich analog das Gleiche. Das bedeutet, daß jeder Embryo gleichsam in Zeitraffung die gesamte Stammesgeschichte der vielen Millionen Jahre durchläuft.

Wenden wir diesen obersten Satz der Entwicklungsgeschichte auf die einzelnen Teilbereiche an, z. B. hier auf die Entwicklung des Gehirns, so sehen wir, daß auch die Entwicklung des Gehirns beim Embryo ebenfalls ein zeitgeraffter Entwicklungsverlauf des Gehirns während der gesamten Stammesgeschichte des Menschen ist: von den allerersten Anfängen des Einzellers an bis zur heutigen Hirnformation mit Großhirn des »*homo sapiens*« (des jetzigen Menschen). Dabei wollen wir nicht vergessen, daß wir über 99 % unserer Embryonalentwicklung mit dem Affen gemeinsam zurückgelegt haben.

Jedem Entwicklungsstadium des Gehirns entspricht das zugehörige biologisch-soziale Muster der Konflikthalte dieser Zeit der Entwicklungsstufe!

Das heißt: Die Konfliktmuster oder Konflikthalte, die unsere Psyche ausmachen und die bei uns – in der Konstellation des DHS – zu einer Krebserkrankung führen können, stellen uralte Konfliktmuster unserer Stammesgeschichte dar, die jeweils zu einer stammesgeschichtlichen Zeit ausgebildet wurden, als sie zum Überleben notwendig wurden.

Das »*Urgehirn*« allen Lebens auf dieser Erde ist der Zellkern, auch dann, wenn er nicht als Kern zu sehen ist, sondern auf die Zelle verteilt ist. Der Zellkern, Träger der Chromosomen und Gene, ist der kleinste Computer des Lebens überhaupt. Das Gehirn ist gleichsam »*nur*« der Obercomputer, der die Milliarden von Kleinstcomputern steuert. Das Gehirn ist mit allen Zellkernen in nervaler Verbindung. Aus diesem Grunde ist es nur folgerichtig, daß die Zellkerne »*entarten*«, wenn der Hauptcomputer oder »*Kopfcomputer*« falsche Codes an den entsprechenden Bereich herausgibt.

Man wird noch viele Jahre zu forschen haben, um die hier aufgezeigten Zusammenhänge zwischen

Konflikthalt – Hirnlokalisation – Hirn-Entwicklungsstufe im

Detail zu erfassen. Das kann und will dieses Büchlein noch nicht leisten, dagegen will es die großen Perspektiven aufzeigen:

Greifen wir uns, zum besseren Verständnis, willkürlich ein paar Entwicklungsstufen unserer Stammesgeschichte heraus. Dann können wir zuerst einmal die Konflikte verstehen, denen unser »*Vorfahr-Lebewesen*« ausgesetzt war auf dieser Entwicklungsstufe, um überleben zu können. Diese Konflikt-Inhalte müssen sich ja in dem Gehirnteil widerspiegeln, der damals speziell zur Bewältigung dieser Konfliktproblematik entwickelt wurde. So müssen wir uns das doch in groben vereinfachten Zügen wohl vorstellen. Beispiel: Säugetier-Konflikthalt, Mutter-Kind-Konflikt, wurde zu einer Zeit aktuell, als die Menschen in der Evolutionsentwicklung auf die Schiene der Säugetierfamilien gerieten. Konflikte entstehen dadurch, daß das Jungtier zwar eigenständig, aber von der Säugetiermutter abhängig ist. Eine Störung dieser komplizierten »*Bindung*« kommt einer Katastrophe gleich. Mutter Natur entwickelte daher einen komplizierten Mechanismus, der diese Bindung so absicherte, daß der Fortbestand der Art gesichert werden konnte. Dies war in der Zeit, als das Kleingehirn angelegt wurde. Dort wurden auch die entsprechenden Computerengramme gespeichert. Deshalb finden wir stets bei Mutter-KindKonflikthalt ein Mamma-Carcinom und nach DHS in der pcl-Phase den zuständigen HAMERSchen HERD im contralateralen seitlichen Kleinhirnbereich.

WEITERES BEISPIEL:

Der Revierverteidigungskonflikt des männlichen Tiers oder des Mannes ist ein relativ junger Konflikthalt. Er stammt aus der Zeit, wo der Rudel- oder Familieninstinkt ausgebildet wurde. Störungen oder Konflikte in diesem sehr diffizilen Instinktverhalten hätten unweigerlich die Katastrophe und den Untergang der Art nach sich gezogen. Darum kam es darauf an, hierfür ein sicher funktionierendes Computer-Engramm-System zu bauen, um eine solche Katastrophe zu vermeiden. Deshalb ist auch heute ein Revierverteidigungs oder Reviersorgekonflikt immer im rechten seitlichen basisnahen Temporalbereich des Gehirns lokalisiert und dort in der pcl-Phase als HAMERScher HERD sichtbar, während er im Körper das Herz-Coronar-Carcinom bewirkt. Für diese Zeit seit Ausbildung der Zweigeschlechtlichkeit braucht man auch 2

Hirnhälften, eine linke weiblich ausgerichtete und eine rechte, männlich ausgerichtete. Entsprechend finden wir auf der Gegenseite des Bereichs, wo das Korrelat zum Coronar-Carcinom lokalisiert ist, auf der linken Seite bei der Frau und dem weiblichen Tier in der pcl-Phase den HAMERschen HERD des weibl. Sexualkonflikts. Auch die Ausbildung des Instinktverhaltens für diesen Bereich wurde erst notwendig, seit im Zuge der entwicklungsgeschichtlichen Zweigeschlechtlichkeit etc. das Instinktverhalten höchst kompliziert wurde. Die Medizin hat sich bisher mit der Erforschung des Gehirns noch nicht ausreichend beschäftigen können, weil es einerseits durch die knöcherne Umhüllung (Schädelkalotte) relativ unzugänglich ist, andererseits unsere Meßmethoden für die elektrophysischen Vorgänge des Gehirns viel zu grob sind.

Da aber jedermann heute verstehen kann, was ein Computer ist, so kann auch jedermann verstehen, daß das Gehirn der Computer des menschlichen und auch des tierischen Körpers ist. Wie in einem von uns Menschen geschaffenen Computer müssen neue Aufgaben, die der Computer lösen soll, durch Computeranbauten oder weiterentwickelte Computer übernommen werden, wenn dazu die Kapazität des bisherigen Computers nicht mehr ausreicht. Das war auch in der Entwicklungsgeschichte des Menschen und des Tiers so, wobei wir Menschen, wie schon erwähnt, den allergrößten Teil unserer Entwicklungsgeschichte (Evolution) der Fall, die wir mit den Tieren, insbesondere den Säugetieren, gemeinsam zurückgelegt haben, mit den Affen (Primaten) sogar über 99 % der Evolution!

Da der Mensch, wie bereits oben erwähnt, verschiedene Stadien und Stufen der Entwicklung durchgemacht hat und dabei von primitiveren Stufen zu höheren Stufen sich entwickelt hat, so wurden in diesem Verlauf immer größere Computeranbauten notwendig. Dies können wir in der Entwicklung des Gehirns des menschlichen Keims verfolgen, deren Zeitraffung eine genaue Wiedergabe der einzelnen Entwicklungsstufen des Gehirns ist.

Auf Seite 365 sehen wir die fortschreitenden Entwicklungsstufen des Gehirns, beginnend mit einem Embryo, der erst 3,5 mm Länge mißt, bis zu dem Gehirn eines Neugeborenen. An Hand dieser Bilder können wir auch verfolgen, welch komplizierte Entwicklung unser Computer Gehirn im Laufe der vielen Millionen Jahre durchgemacht hat.

Auch mit dieser Entwicklungsgeschichte haben wir Ärzte uns viel zu wenig befaßt, sonst wäre es uns nachgeradezu selbstver-

ständig, daß Störungen in gewissen Konfliktbereichen entsprechende Störungen in dem Bereich des Computers ausmachen, der gerade diese Mechanismen, Instinkte, Verhaltensnormen oder wie wir sie nennen wollen, gespeichert hat.

Aber nicht nur für die Diagnostik ist die Entwicklungsgeschichte des menschlichen Gehirns von größter Wichtigkeit, sondern auch für das Verständnis der Therapie und der Komplikationen bei der Therapie der Carcinome. Die Komplikationen während und nach der Konfliktlösung sind entweder ein Konstruktionsfehler der Natur oder sie sind im nachhinein geradezu in die Konstruktion mit aufgenommen und »hineinkonstruiert« worden.

Wenn wir davon ausgehen, daß ursprünglich das Gehirn ein »Neuralrohr« war, also ein Rohr, das außen und innen von Flüssigkeit umspült und durchspült war (was es im Prinzip auch heute noch ist), so werden wir verstehen können, daß Reparaturen der Kurzschlüsse in unserem Computer Gehirn, wie wir sie in der postconflictolytischen Phase (pcl-Phase) in Form des HAMERschen HERDES und des perifocalen Oedems sehen, noch kein Problem darstellte. Sowohl nach außen als auch ins Innere des Neuralrohrs war genügend Platz vorhanden, so daß eine Oedembildung keine Probleme bereitete. Erst durch die komplizierten Knickungen unseres Neuralrohres (siehe Abb. Seite 365) wurde der Aquädukt, das ist der Hirnflüssigkeit führende Verbindungskanal vom Großhirn zum Rückenmark, immer enger und immer anfälliger. Dadurch, daß sich auch nach außen durch Wirbelkanal und Schädelkalotte (Schädelknochen zum Schutz des Gehirns) eine Druckausdehnung nach außen nicht mehr ermöglichen ließ, wurde die Konfliktlösung in vielen Fällen – besonders durch eine oedembedingte Verstopfung des Aquäduktes – besonders in den Fällen, die im verlängerten Rückenmark, Stammhirn, Kleinhirn und Mittelhirn, also dem sog. »Rautenhirn« das für diese Konflikte zuständige Computerareal haben, sehr gefährlich.

Ich habe allerdings das Gefühl, da die Natur ja Millionen Jahre dafür Zeit gehabt hat, daß sie auch hier aus der Not eine Tugend gemacht hat und diese Not gleichsam zu einem der vielen Auslese-kriterien zur Erhaltung der Art zur Tugend umfunktioniert hat. Es könnte eine Art Auslese sein, daß z. B. das im Revierkampf unterlegene Tier, besonders wenn es älter ist, auf diese Weise von der Natur »aus der Konkurrenz genommen« wird, um das weitere Funktionieren des Rudels oder der Herde nicht zu stören, sofern der Verlierer nicht kurzfristig mit seinem Revierkonflikt fertig

werden kann. Ebenso könnte es ein Auslesekriterium sein für Exemplare, die – mit fortschreitendem Alter immer häufiger – mit der Bewältigung eines Konfliktes nicht mehr fertig werden können.

SYMPATHICOTONIE (= STRESSINNERVATION) – VAGOTONIE (= RUHE-INNERVATION)

In der Medizin gibt es einige Bereiche, über die niemand so recht etwas weiß und die in allen Lehrbüchern immer nur mit wenigen Zeilen abgehandelt werden mit dem Hinweis, man wisse hierüber noch nichts Genaues. Dies ist genau der Fall für den sog. »*Parasympathicus*« mit der sog. »*Parasympathicotonie*«, die praktisch gleichbedeutend ist mit der »*Vagotonie*«. An anderer Stelle ist darüber schon geschrieben worden. Wir wollen uns hier auf die entwicklungsgeschichtlichen Unterschiede beschränken.

Die sympathische oder Streß-Innervation steht ganz deutlich im Gegensatz zu der parasympathischen, Vagus- oder Ruhe-Innervation. Störungen in diesem Innervationswechsel dieser beiden Innervationen, die in der Medizin auch als die beiden Zügel bezeichnet werden, unter denen der menschliche und tierische Organismus läuft, werden in der Medizin schlicht als »*vegetative Dystonie*« abgetan und nicht einmal in den psychosomatischen Werken und Lehrbüchern eingehender behandelt, weil niemand etwas Rechtes damit anzufangen weiß.

Dies ist für die Forschung nach den Ursachen des Krebs bisher ein großer Nachteil gewesen, denn damit steht und fällt das gesamte Verständnis der Zusammenhänge des Krebs. Denn Vorgänge, die so wichtig sind wie die Streßinnervierung und die Ruheinnervierung, ja die für den gesamten menschlichen Lebensrhythmus praktisch die entscheidende Rolle spielen, darf man in der Medizin nicht so sträflich vernachlässigen, wie das bisher leider getan wurde.

In keinem Entwicklungsgeschichts-Buch kann man beispielsweise nachlesen, seit wann es denn eigentlich nun entwicklungsgeschichtlich einen Wechselrhythmus zwischen Sympathicotonie und Parasympathicotonie gibt, der von da ab der Zügel dieses Organismus gewesen wäre. Denn diese beiden Seiten des Zügels sind doch entscheidend beteiligt bei jeder Erkrankung, sowohl infektiöser Art als auch z. B. bei der Krebserkrankung, die wir ja als Dauerstreßtonus kennengelernt haben, als Dauerkurzschluß im Gehirn, durch den ein Dauerstreßtonus ausgelöst wird. Ebenso

haben wir ja die Lösung des Konflikts (Conflictolyse) kennengelernt als vorübergehende, allerdings oft länger dauernder Vagotonie (Ruhetonus), wodurch ja die Komplikation ausgelöst wird, daß das Oedem im Gehirn zu große Ausmaße annehmen kann. Ziel der endlichen Heilung ist ja, den »Eutonus« oder die »Eutonie«, also den Normaltonus herzustellen, der sich wieder durch einen Wechsel von Streß und Ruhe auszeichnet.

Nach allen Autoren müssen wir exemplarisch dem Nerven Vagus die Hauptrolle an dieser Funktion der Vagotonie oder des Ruhetonus zuerkennen. Der Vagus ist ein sog. »Kiemenbogensnerv«, der vom Mittelhirn her innerviert wird. Dieses Mittelhirn ist ein relativ altes, vor allem aber in der Entwicklungsgeschichte kaum veränderter Hirnteil. Hier im Hirnstamm, der praktisch die Basis des Mittelhirns bildet, sind sämtliche vegetativen Zentren des Gehirns gelegen. Es ist einzusehen, daß von hier aus die gesamte vegetative Steuerung des Organismus, einschließlich des Rhythmus zwischen Streßtonus und Ruhetonus, dirigiert wird.

Hier im Mittelhirnboden ist auch der Ursprung des Nervus Vagus, dem 4. bis 6. Kiemenbogensnerv, der, verbunden mit den parasympathischen Nervengeflechten und Ganglien des Bauchraumes (Sonnengeflecht) für den »Vagotonus« verantwortlich ist. Kiemenbogensnerv heißt er deshalb, weil er insbesondere die Kiemenbogensegmente alle, besonders aber die Segmente 4 bis 6 nervös versorgt.

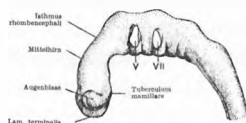
Bisher wußte man sich jedoch keine rechte Erklärung dafür, warum der Parasympathicus auch die Genital-Anal-Region motorisch direkt aus den Vorderhörnern des Rückenmarks versorgt – im Gegensatz zu allen anderen Bauchorganen –, obwohl sie doch von den Kiemenbogensegmenten so weit entfernt liegt.

Es könnte so sein: Die embryonale Lage ist die eines fast runden ovalen Rings, wobei die äußere Rundung der Rücken ist, gut geschützt durch Muskulatur und knöcherne Anteile der Wirbelsäule. Die innere oder ventrale (bauchseitige) Seite benötigt daher keinen Schutz. Sie ist zuständig für Nahrungsaufnahme und -verarbeitung, Wasserhaushaltsausgleich wie für Fortpflanzung und Austragung der Frucht. All dies sind Funktionen der Vagotonie. Denken wir dabei nur an die Schwangerschaft, bei der der Organismus ruhiggestellt wird in Vagotonie, um für die Frucht optimale Bedingungen zu schaffen.

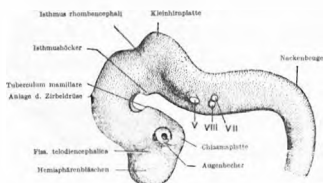
Nun ist es nicht einzusehen, warum die sog. »Kiemenleiste« – was die Nerven dieser Kiemenleiste anbetrifft – keine Fortsetzung nach

unten (caudal = schwanzwärts) haben sollte. Ganz im Gegenteil, wir finden nämlich, daß der Embryo in der ersten Zeit für die gesamte Bauchseite homogen (gleichmäßig) innerviert ist. Das würde bedeuten, daß die paarig angelegte Milchleiste – wohlge-merkt immer nur, was die Innervation angeht – die Fortsetzung der Kiemenbogenleiste nach unten bedeutet. Da wir bei vielen Säugern die Milchleiste bis in den Genital-Anal-Bereich ausgedehnt finden, so wäre die Vermutung naheliegend, daß die bisher den Medizinern nie so recht verständliche Innervation des Genital-Anal-Bereichs durch den Parasympathicus doch nicht ganz so zufällig ist, wie sie zunächst anatomisch erscheint. In dieser Vermutung werden wir bestärkt dadurch, daß z. B. bei Frauen eine Berührung der Brustwarzen eine sofortige motorische Innervation der Beckenboden- und Scheidenmuskulatur zur Folge haben kann. Die Frauen sagen: »*Es telefoniert nach unten.*« In früheren Zeiten bedienten sich Hebammen dieses Hilfsmittels, um Wehen in Gang zu bringen. Auch weiß jede Wöchnerin, daß der Wochenfluß sofort zu laufen beginnt, wenn der Säugling an die Brust gelegt wird. All das zeigt uns nicht nur, daß eine enge Verbindung zwischen den nervösen Arealen der Milchleiste und der Genital-Anal-Region besteht, sondern eine innige Verbindung der Inner-vation der gesamten »*Bauchseite*«, also der Kiemenbogenregion, der Milchleiste und der Genital-Anal-Region. Es deutet jedenfalls vieles darauf hin, daß das parasympathische Nervensystem ein eigenes System ist, das schon immer angelegt war von der Genital-Anal-Gegend bis zum Gehirn und dessen eigenes Gehirn-Schalt-system quasi der Mittelhirnbereich mit den vegetativen Zentren wurde. Das Ganze würde auch einen Sinn ergeben und uns viele Fragen einfach und sehr einleuchtend beantworten, die wir uns bisher nicht beantworten konnten. Denn daß die Genital-Anal-Gegend entwicklungsgeschichtlich mal der Mund und Kiemenbo-gen-Gegend unmittelbar benachbart war, ist unstrittig. Denn durch die Streckung des Embryos wandern diese Regionen ja erst auseinander. Diese Zusammenhänge sind möglicherweise der Schlüssel zum Verständnis der im Kap. 28, S. 367 über Herzinfarkt aufgezeigten Korrelationen zwischen Sexualkonflikt bei der Frau mit Gebärmutterhals-Carcinom und Sexual-Konflikt beim Mann, sprich Revier-Verteidigungs- oder Revier-Sorge-Konflikt beim Mann und dem Coronar-Carcinom, beide Korrelate im pcl-Sta-dium als HAMERsche HERDE entsprechender gegenüberliegen-der Seite auffindbar.

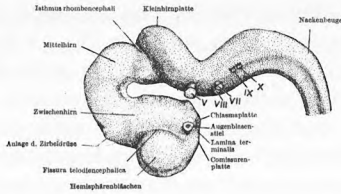
Ich bin weit davon entfernt, zu behaupten, daß dies alles definitiv so sein muß, was ich da z. T. an Vermutungen und nachweisbaren reproduzierbaren Fakten ineinander gemischt habe. Aber wenn über diese so wichtigen Bereiche unserer Entwicklungsgeschichte niemand so recht etwas weiß, ist es ja sicher nicht verboten, sich über die nachweisbaren Ergebnisse, die man gefunden hat, Gedanken zu machen, warum sie so sind. Und ich meine, daß die einfachsten Erklärungen immer die schlüssigsten und meistens die richtigen sind.



Seitenansicht des Gehirns eines menschl. Keimlings von ca. 3,5 mm Länge.



Seitenansicht des Gehirns eines menschl. Keimlings von fast 1 cm Länge.

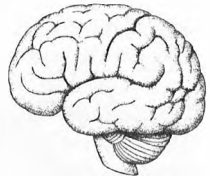
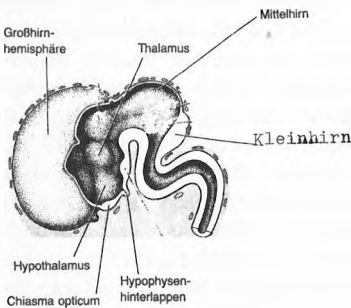


Gehirn eines menschl. Keimlings von etwas über 1 cm Länge.

Sagittalschnitt durch das Gehirn eines menschl. Keimlings in der 7. Woche.

Seitenansicht des Gehirns eines Neugeborenen.

Abb. in Anlehnung an Hochstetter (1929) und Boenig/Bertonini (1971)



28. Der Herzinfarkt, cerebrale Komplikation des Herz-Coronar-Carcinoms durch HAMERschen HERD nach Konfliktlösung

HERZINFARKT

Im Falle des Herzinfarkts ist es mir bisher in einigen wenigen Fällen gelungen, einen Zusammenhang zwischen DHS, Koronarsklerose, bzw. Angina pectoris, Konfliktlösung mit herzinfarktartigem Krankheitsbild in der postkonfliktolytischen Phase nachzuweisen, und zwar herrührend von einem cerebralen Geschehen wie beim Krebs.

Dieses Medizinerdeutsch heißt übersetzt: Es spricht einiges dafür, daß die Koronarsklerose quasi der Krebs des Herzens ist.

Die Koronarsklerose würde dann ebenfalls mit einem DHS entstehen und bei andauerndem Konflikt zu Kalk/Fett-Ablagerungen (Atherosklerose der Koronargefäße) führen, möglicherweise aber auch nur eines jeweils bestimmten Koroargefäßes. Wenn es zur Konfliktlösung (Conflictolyse) kommt, zeigt sich bei dem Patienten – genau wie bei den an Krebs erkrankten Patienten in der Heilphase – ein HAMERscher HERD im re. Großhirn. Ist dieser HAMERsche HERD ausgedehnt, dann kommt es zum sogenannten Herzinfarkt, den wir immer nur in der vagotonen Phase sehen, nie in der sympathicotonen Phase. Der Herzinfarkt wäre demnach nicht eigentlich nur eine Erkrankung des Herzens – obwohl man dort natürlich das verstopfte Koronargefäß sieht –, sondern in primärer Weise eine Erkrankung des Gehirns, genauer gesagt, des re. Großhirns. Der Herzinfarkt wäre demnach eigentlich »nur« eine Komplikation im Heilverlauf des Herz-Koronarkrebs nach der Konfliktlösung. (Siehe dazu Fallbeispiel 179a ff.)

Folgendes spricht für diese Annahme, die zwar mit wenigen Fällen noch nicht bewiesen, aber doch sehr wahrscheinlich ist:

1. Nie tritt der Herzinfarkt in der Anspannungsphase, also im Sympathicotonus ein, sondern immer in der Vagotonie. Dies spricht sehr stark gegen die bisherigen Annahmen der Herzinfarkt-Ursachen. Auch der sog. »Epileptiker« bekommt ja seine Anfälle stets nur im Vagotonus, niemals im Sympathicotonus!

2. Immer ist ein frisch an Herzinfarkt erkrankter Patient »zentralisiert«, wir können auch sagen »zerebralisiert«, das bedeutet, daß wir schon immer zwar gewußt haben, daß das Gehirn irgendwie mitspielt bei diesem Geschehen, aber wir haben uns das früher so vorgestellt, daß Stoffwechselprodukte des zerfallenden Herzmuskel diese cerebralen Symptome bewirken könnten. Dies war ein Irrtum. Die cerebralen Symptome beim Herzinfarkt wie Schwindel, Brechreiz, Bewußtlosigkeit, zentraler Kreislaufkollaps sowie Herz-Rhythmusstörungen etc. waren immer genau das gleiche – zumindest im Prinzip das gleiche, wenn auch an etwas anderer Stelle im re. Großhirn wie bei allen übrigen Krebspatienten im postconflictolytischen Stadium: Eine Komplikation durch die intra- und perifocale Oedematisierung des HAMERSchen HERDES.
3. Daß die Kardiologen den Herzinfarkt »am Herzen« feststellen, spricht nicht dagegen: das ist mir als Internisten ja geläufig und wird auch nicht bestritten: nur ist es stets der periphere Organkrebs und seine Auswirkungen, die wir da stets diagnostiziert haben, das Gehirn hatten wir schlicht immer übersehen. Wir haben ja auch früher nur den peripheren Krebs diagnostiziert, auch da hatten wir ja das Gehirn stets völlig außer Betracht gelassen.
Jetzt können wir auch verstehen, warum gar nicht unbedingt die oder eine Koronararterie verstopft sein muß, vielmehr hängt es von der Größe des Konfliktes ab und von dem Oedem des HAMERSchen HERDES, wie der Herzinfarkt verläuft. Meistens wird es aber in etwa übereinstimmen – wie beim Krebs der übrigen Organe ja auch –, dann kann der Kardiologe aus den Durchblutungsstörungen am Herzmuskel auf die Schwere des Infarktes schließen. In Wirklichkeit schließt er, ohne es zu wissen, auch auf Größe und Oedemausdehnung des HAMERSchen HERDES.
4. Bewährt haben sich beim Herzinfarkt Mittel, die eigentlich nach bisheriger schulmedizinischer Vorstellung ganz verkehrt waren: nämlich Sympathicotonica (Streßtonus herbeiführende Medikamente), Kreislaufspritzen, Cortison, während man den Patienten doch eigentlich hätte entspannen müssen, wenn man davon ausging, daß man das betroffene Koronargefäß eigentlich hätte entkrampfen und öffnen müssen. Offenbar hat aber der Organismus in langer Entwicklungszeit selbst einen solchen Gegenregulationsmechanismus entwickelt: Er schüttet Adrena-

lin aus, bringt sich in den zentralen sympathicotonen Schock mit kalten, schweißnassen Extremitäten. Diese sympathicotone Zentralisation des Organismus ist offensichtlich ein Mittel, den übermäßigen Vagotonus zu stoppen, weil das ausgedehnte Oedem des HAMERschen HERDES sonst zum Tode führen würde. Oft gelingt es dem Organismus, durch diese Maßnahme das Oedem des HAMERschen HERDES zurückzudrängen, auszuschwemmen (Harndrang nach Angina pectoris!) und dadurch zu überleben.

5. Nach dem DHS des Herzkrebs (Coronar-Atherosklerose) und augenfällig nach der Konflikt-Lösung hatten wir eine Krankheit mit 3 Schlachtfeldern:

a) dem psychischen, auf dem aber die Schlacht nach der Konfliktlösung bis zu einem etwaigen Konfliktrezidiv zunächst gewonnen war.

b) dem peripher-organischen am Herzen, das wir mit Hilfe des Ekg, Herz-Szintigramm etc. gut beurteilen und auch symptomatisch therapieren können, notfalls sogar eine verstopfte Koronararterie durch Bypass-Operation (Einpflanzung einer Ersatzarterie). Dabei kann man sogar in gewisser Hinsicht von einer »mechanisch-ursächlichen« Therapie sprechen.

c) dem cerebralen Schlachtfeld, auf dem die Schlacht um Tod und Leben geschlagen wurde und täglich geschlagen wird, ohne daß wir es bisher gewußt haben.

Deshalb haben wir uns gewundert, immer und immer wieder gewundert, daß so viele Patienten am Herzinfarkt gestorben sind, die nach der bisherigen mechanisch-kardinalen Vorstellung eigentlich gar keinen Grund gehabt hätten zu sterben.

6. Daß der Herzinfarkt mit Streß zu tun hat, und zwar mit einer gewissen Sorte von Streß, weiß man ja nicht erst seit Hamers EISERNER REGEL DES KREBS. Hätte man noch den HAMERschen HERD mit seiner Zuordnung zum Herzen entdeckt gehabt, hätte man das Rätsel um den Herzinfarkt vielleicht lösen können. Aber auch bei der Beurteilung der sog. »Streß-Faktoren« hat man sich offenbar nie die Mühe gemacht, seinen gesunden Menschenverstand einzusetzen. Daran gebe ich den Psychologen die Schuld, die vor lauter Intellektualisieren stets den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr sehen. Man hätte eben den Patienten im Beichtkämmerlein befragen müssen, statt von »Streßfaktoren« zu schwafeln und große Statistiken aufzustellen. Und meinen Kollegen (und mir selbst) mache

ich den Vorwurf, daß wir das Beichtkämmerlein, den wichtigsten Ort unserer Diagnostik, glauben Psychologen überlassen zu können, Leuten, die mit sich selbst genug zu tun haben und auf dem Gebiet der Zusammenhänge von Psyche, Gehirn und Körper doch von Tuten und Blasen keine Ahnung haben.

7. Jeder Internist und Kardiologe weiß, daß der Reinfarkt, also der Zweit- oder Drittfarkt, eine weit über das Doppelte hinausgehende Mortalität (Sterblichkeit) hat gegenüber dem 1. Infarkt. Und meist ist er auch am Herzen lokalisiert in der Nähe des 1. Infarktes. Daraus ergibt sich doch nach der EISERNEN REGEL DES KREBS folgende Lesart: Der Patient meint meistens, er muß nach dem Herzinfarkt Streß abbauen. Von Konflikt hat ihm niemand etwas gesagt. In einer großen Anzahl muß es dabei zwangsläufig passieren, daß er in seinen alten Konflikt ahnungslos wieder »hineintappt«. Der Teufelskreis beginnt von vorne. Aber nach den Erfahrungen mit der EISERNEN REGEL DES KREBS wissen wir, daß ein echtes Konfliktrezidiv von der cerebralen Seite her bei weitem gefährlicher ist als der erste, weil beim 2. Mal der HAMERSche HERD und sein Oedem wesentlich ausgedehnter und gefährlicher sind als beim 1. Mal. Diese Erklärungen sind so logisch und konsequent, daß wir auch wieder fragen werden, warum wir darauf nicht schon längst mal gekommen sind.

8. WARUM BEKOMMEN NUR MÄNNER DEN HERZINFARKT?

Jeder Arzt, der sich mit Herzinfarkten beschäftigt hat, weiß, daß so gut wie niemals eine Frau im geschlechtsreifen Alter einen Herzinfarkt erleidet. Dies kann wohl kaum an der Anatomie des Herzens liegen, sondern wohl mehr an dem geschlechtsspezifischen Unterschied der hormonellen und spezifischen psychischen Struktur des einzelnen Organismus.

Wenn der Herzinfarkt eine typisch männliche Reaktionsweise des Organismus auf eine besondere Art von Konfliktschock mit anschließendem Dauerkonflikt darstellt, dann verstehen wir jetzt auch viel besser, warum Frauen im geschlechtsfähigen Alter keinen Herzinfarkt bekommen. Ein Blick auf die Verhaltensweisen unserer uns kreatürlich verbundenen Säugetier-»Verwandten« zeigt uns, daß dort bei vielen Arten die Verteidigung des Reviers

gegen äußere Feinde von den männlichen Tieren wahrgenommen wird. (Pferde, Kühe, Hirsche, Wildschweine etc. etc.). Die weiblichen Tiere haben dagegen andere Aufgaben, nämlich die Sorge für die Aufzucht der jungen Tiere. Wird ein weibliches Tier dabei gestört oder in Konflikt gebracht, dann wird es dort im schlimmsten Falle mit einem DHS reagieren. Es wird aggressiv. Der typische Konflikt ist der bei den Frauen zum Mamma-Carcinóm führende allgem.-menschliche Konflikt. Dagegen kümmert sich das weibliche Tier nicht um die Abgrenzung des Reviers.

Ich will damit sagen: Daß Herzinfarkt in der geschlechtsreifen Phase nur bei Männern vorkommt, muß doch einen bestimmten Grund haben: Dieser Grund kann doch nur in der Verschiedenheit der geschlechtlichen Determination zu suchen sein. Ich bin deshalb der Auffassung, daß es sich bei dem Herz-Coronar-Carcinom um einen entwicklungsgeschichtlich rel. jungen Konflikt, nämlich den der Revierverteidigung und Revier-Hege handelt. Im Fall des Beispiels des alten Wassermeisters (siehe Seite 179a ff.) kommt das auch besonders gut zur Geltung.

Ich neige auch zu der Ansicht, daß die Anschuldigung der Eßgewohnheiten nur scheinbar einen Zusammenhang mit dem Herzinfarkt zeigt, in Wirklichkeit aber jeweils das Zeichen eines überstandenen Konflikts bedeutet. Wenn ich von einem Patienten höre, der während einer gewissen Zeit viel an Gewicht abgenommen hat und dann plötzlich in kurzer Zeit sehr viel an Gewicht wieder zunimmt, dann bin ich immer sofort hellwach und forsche nach, ob dort nicht ein DHS mit später erfolgter Conflictolyse stattgefunden hat.

Genauso könnte es auch hier sein, d. h. nach einer solchen Conflictolyse eines solchen »*Revierverteidigungs-Konfliktes*« ißt der Pat. große Mengen und nimmt rasch an Gewicht wieder zu. Da das »*Post*« oder »*Propter*« im allgemeinen sehr schwierig statistisch und in der Konsecutio zu erfassen ist, hat sich die irrige Ansicht gebildet, Eßgewohnheiten hätten ursächlich was mit dem Herzinfarkt zu tun.

Der dem Herzinfarkt vorausgehende Herzcoronar-Carcinom-Konflikt, dessen Conflictolyse den Herzinfarkt scheinbar auslöst, in Wirklichkeit aber eine Komplikation des perifocalen Oedems des entsprechenden HAMERSchen HERDES ist, ist ein REVIER-VERTEIDIGUNGS- UND REVIER-HEGE-KONFLIKT. Er ist deshalb nur den Männern bzw. männlichen Tieren vorbehalten. Frauen erleiden erst nach der geschlechtsreifen Phase

Herzinfarkte, im Senium also, wenn auch psychisch eine Maskulinisierung eingetreten ist.

HERZINFARKT = REVIER-VERTEIDIGUNGS- UND HEGE-KONFLIKT IM CCT

Fast 3 Jahre lang schon zerbreche ich mir den Kopf darüber, welcher sexuelle Konflikt beim Mann dem sexuellen Konflikt bei der Frau mit Gebärmutterhals-Carcinom entspricht. Daß das Prostata-Carcinom dem Gebärmutterkörper-Carcinom hinsichtlich Konflikt und Organbezug entspricht, ist leicht einzusehen. Und daß sich Vulva und Scrotum entsprechen und Clitoris und Penis, ist auch selbstverständlich. Aber was entspricht dem Muttermunds- und Gebärmutterhals-Carcinom der Frau als Äquivalent beim Manne???

Heute glaube ich diese Frage, mit allem Vorbehalt, beantworten zu können:

Männer:	Frauen:
Plattenepithel-Intrabronchial-Ca	Mamma-Ca
und Coronar-Herz-Ca	und
	entsprechen Portio- u. Collum-Ca
	(Gebärmutter-
	mund-
	und -hals-Carcinom)

Plattenepithel-Intrabronchial-Ca	Mamma-Ca kommt
kommt nur bei Männern vor	nur bei Frauen vor.
Coronar-Herz-Ca kommt in der	Portio- und
geschlechtsreifen Phase nur	Collum-Ca
bei Männern vor	kommt nur bei
	Frauen vor.

Betrachten wir jetzt das CCT unseres Herzinfarkt-Patienten auf Seite 118 und vergleichen es mit CCT bei Gebärmutter-Hals-Ca, so sehen wir hier (nicht die gleiche Schicht, aber etwa die gleiche Gegend), daß sich die Konflikte »*kontralateral*« (gegenüberseitig) entsprechen. Das ist eine Sensation. Ich sage nicht: Coronar-Carcinom und Collum-Carcinom sind gleich, sondern ich sage: Sie entsprechen sich (während der geschlechtsreifen Phase) weitgehend im biologischen Sinne. – Wie auch Mann und Frau nicht gleich sind biologisch, sondern sich entsprechen.

Um das zu erklären, und zu verstehen, müssen wir einen Blick in die Embryologie und in die Entwicklungsgeschichte des Säugetiers tun:

1. Beziehung zwischen Bronchien, Coronararterien, weiblicher Brust und Muttermund:

Wenn man einen Arzt fragen würde, welche Beziehungen es da gibt, würde er verständnislos schauen und meinen, man wolle ihn verulken. Halten wir uns aber 3 Momente vor Augen, dann ist das alles gar nicht mehr so abwegig:

a) niemals kommt es vor, daß ein Gebärmutterhals-Carcinom auf den Gebärmutterkörper »*übergreift*«. In der wiss. Literatur ist kein solcher Fall bekannt. Es handelt sich also entwicklungsgeschichtlich offenbar – und nachweislich – um 2 verschiedene Organe (mit verschiedenen Konflikt-Bereichen), die erst nachher zusammengefügt worden sind. Der Gebärmutterhals ist, so sagen wir Mediziner, »*eingewandert*«.

b) Die sog. »*Milchleiste*« der Säugetiere (bei Schwein, Hund und Katze sehr deutlich zu sehen) verläuft nach caudal bis zum After, sogar bis 10 cm in den After einwärts, und nach Kranial (kopfwärts) setzt sie sich in den ebenfalls paarigen Kiemenleisten fort, aus denen die Öffnungen des Kopfes entstehen. Daß die Auskleidung der Bronchien speziell beim Mann, von der Rachenschleimhaut aus »*eingewandert sein kann*«, habe ich mich bemüht, in der Arbeit »*Krebs und Rauchen*« (siehe Anhang) darzulegen. Die große Frage ist, die ich auch noch nicht definitiv beantworten kann, ob nicht die Koronararterien, die ja unter den Arterien eine Sonderstellung einnehmen, ebenfalls von der Kiemenbogenleiste eingestülpt bzw. »*eingewandert*« sind, und erst später, nach der »*Meeresphase*«, umfunktioniert worden sind. Es scheint bewiesen für den Sinus coronarius (6. Kiemenbogen) zu sein, aus dem die

Coronarien »aussprossen« wie auch das Reizleitungssystem des Herzens (im Fall 25 Herzrhythmusstörungen).

c) Schauen wir uns einen Wurf junger mehrfarbiger Hundewelpen an, dann machen wir eine alltägliche Entdeckung: Es sind fast immer welche darunter, die eine weiße Schnauze – einen weißen Brustschild – einen weißen Bauchfleck – vier weiße Stiefelchen – eine weiße Schwanzspitze gleichzeitig aufweisen! Diese Teile liegen beim Embryo (typische Embryolage!) in der Phase zusammen, in der sich die Färbung ausbildet. Die »Milchleiste/Kiemenleiste« muß also ursprünglich mal ein enges Gebiet zwischen Ein- und Ausgang des nahezu ringförmigen Darmrohres gewesen sein. Später hat sich der »Kiemen-Milchfleck« zur »Kiemenbogen-Milchleiste« auseinandergezogen.

Betrachten wir unter diesem Aspekt einmal die beiden CCTs auf den Seiten 117b und 118, dann fällt nicht nur auf, daß sich die HAMERschen HERDE konträr gegenüberliegen, sondern sie sehen auch sehr ähnlich aus.

Angenommen, wir würden unsere These in einer repräsentativen Anzahl von Fällen bestätigt finden, dann würde daraus folgendes folgen:

1. Jedes Individuum hätte eine »weibliche Sexualität«, die in der linken Großhirnseite lokalisiert wäre, und eine »männliche Sexualität«, die in der rechten Hemisphäre lokalisiert wäre. In der geschlechtsreifen Phase ist der »typische Mann« ein »Rechtshemisphäriker«, der die Revier-Verteidigung u. -Hege übernimmt und den »Boß« macht. Die typische Frau ist in der geschlechtsreifen Phase die »Linkshemisphärikerin«, die sich um die Revier-Verteidigung nicht kümmert, sondern die sich um »schwanger werden« und Kinderaufzucht kümmern möchte. Konfliktiv und aggressiv wird sie erst, wenn ihr jemand an ihre Kinder herangeht oder wenn der zur Schwangerschaft führende Begattungsakt nicht vollzogen werden kann. Dies nennt man dann sexuelle Konflikte im engeren und im weiteren Sinne.
2. Der Sexualität der Frau entspricht auf männlicher Seite eine Sexualität im engeren und im weiteren Sinne, die man mit dem Begriff »Revier-Verteidigung« und Revier-Hege umschreiben kann. Die Abwehr eines Nebenbuhlers aus dem Revier ist dabei wohl die wichtigste Seite der Sexualität. Denn das weibliche Tier handelt und empfindet in den uns Menschen vergleichba-

ren Säugetierfamilien nach dem Grundsatz: In wessen Revier ich lebe, dessen Paarungspartnerin bin ich.

3. Da die Sexualität im Gehirn ambivalent angelegt ist, können wir uns jetzt auch erklären, warum im Senium (Greisenalter) oft aus dem einstmaligen so urwüchsigen gestandenen Mannsbild nun ein weinerlicher ängstlicher Schluff wird, der seiner Frau aufs Wort gehorcht – und warum aus der einst so zärtlichen femininen kleinen Schmusekatze von Frauchen nun zunächst eine postklimaterische Xanthippe und schließlich eine alte herrschsüchtige bissige Hexe wird, die ihr Revier mit Klauen und Zähnen verteidigt. Die Hexe wird immer dargestellt: mit der linken Hand auf den Stock gestützt, mit der Rechten angreifend und grapschend. Auch eine alte Wölfin kann oft zur Rudelführerin werden!
4. Da die Sexualität im Gehirn ambivalent angelegt ist, muß es also wohl auch psychisch und sexuell ambivalent veranlagte Menschen geben. Ein Beispiel dafür war die Änderung der Sexualität im Alter.

In einem Wolfsrudel oder einer Affenfamilie kann es niemals 2 Rudelführer oder Familienbosse geben. Da wäre ein Dauerkonflikt vorprogrammiert. Ein einzelnes männliches oder altes weibliches Tier aber außerhalb des Rudels oder der Familie ist in freier Wildbahn verloren. Deshalb ist die Homosexualität, bedeutend soviel wie Unterordnung des schwächeren männlichen Familienmitglieds unter den Boß, ein wichtiges Moment der Arterhaltung, gleichsam der Luxus des Ersatzmannes für den Notfall. Zwischen Heterosexuellen und Homosexuellen wären dann die Oedipalen anzusiedeln. Man muß sich, gerade vom cerebralen Aspekt her, klarmachen, daß jede Sexualität nie eine statische, endgültige »Eigenschaft« ist, sondern fakultativ variabel, wie wir ja schon bei dem Wechsel durch das Alter gesehen haben. Ob nun ein feminin gewordener Greis an der Stelle im Gehirn, die für den Gebärmutterhals zuständig ist, einen HAMERSchen HERD (und einen weiblich-sexuellen Konflikt) ohne Gebärmutter und folglich auch ohne Gebärmutterhals-Krebs erleiden kann, ist wahrscheinlich weniger die Frage, weil er tunlichst allen Konflikten aus dem Wege geht, als ob eine maskulinisierte aggressive alte Frau ein Coronar-Carcinom erleiden kann. Und das kann sie ganz offensichtlich. Wir müßten also fordern, daß eine Greisin, die einen Revier-Verteidigungskonflikt als »männlich-sexuellen Konflikt« durch-

macht, ebenfalls in der rechten Hemisphäre temporal/parietal randständig einen HAMERSchen HERD im CCT zeigt. Und dies kann ich aus meinem Krankengut bestätigen!

5. Da die weibliche Sexualität in der linken Hemisphäre lokalisiert ist und seitengleich, also links innerviert, so ist links die weibliche Seite. Niemals wird eine Mutter ihr Kind mit der rechten Hand an sich reißen, stets mit der Linken (*»sie drückt es an ihr Herz«*). Die linke Hand ist die *»Schutzhand«* = *»Schildhand«*, die rechte, männliche Hand die *»Angriffshand«* (*»Schwerthand«*). Deshalb sind auch die Linkshänder so gefährlich, weil instinktiv von der Linken, weiblichen, der Schutzhand, niemand etwas Böses argwöhnt!

Fassen wir unsere Ergebnisse zusammen:

Die Sexualität ist bei Mann und Frau zwar ambivalent im Gehirn angelegt, jedoch während der geschlechtsreifen Phase, wahrscheinlich aber seit Geburt, eindeutig festgelegt.

Danach ist die Sexualität bei Mann und Frau konfliktiv gänzlich unterschiedlich:

Weibliche sexuelle Konflikte sind:

Störung des Paarungsverlangens

führt zum Gebärmutterhals-Carcinom bei DHS.

Gefahr und Störung der Aufzucht der Säuglinge u. Kinder

führt bei DHS zum Mamma-Ca oder Pleura-Ca.

Männliche sexuelle Konflikte sind:

indirekte Beeinträchtigung der Revier-Herrschaft oder Revier-Sorge-Konflikt

führt zu Plattenepithel-Intrabronchial-Ca bei DHS

direkte Beeinträchtigung oder gar das Streitigmachen des Reviers und der Revierherrschaft oder Revier-Sorge-Konflikt

führt zu Herz-Coronar-Carcinom bei DHS

Daraus folgt: Sexualität ist für den Mann weniger nur das *»Sich-Paaren«*, als vielmehr die Revierherrschaft, die die Paarung ohnehin mit einschließt. Entsprechend ist es auch verständlich, daß im geschlechtsreifen Alter von Intrabronchial-Ca und Herz-coronarc Ca nur Männer und vom Mamma-Ca und Gebärmutterhals-Ca nur Frauen betroffen werden.

Die Psyche der Frau scheint hauptsächlich links-hemisphärisch ausdifferenziert zu sein, die des Mannes rechtshemisphärisch. Linkshänder sind deshalb für ihren Gegner gefährliche Zwitter der Natur, da sie mit der linken Hand angreifen, was kein Mensch erwartet.

Der männliche und weibliche Konfliktbereich der Sexualität sind paarig angelegt – entsprechend unseren beiden Hemisphären – und die Konfliktpräferenz verschiebt sich in den verschiedenen Lebensaltern.

Der sexuelle Konflikt im weiteren Sinne einschließlich Herz-Coronar-Konflikt sind entwicklungsgeschichtlich jüngere Konflikte aus der Zeit eines Rudel- oder Familienbewußtseins und der zugehörigen »Revierverteidigung« und Revier-Sorge.

Der HAMERsche HERD »nach« Herzinfarkt wurde auch früher schon öfter beobachtet, wurde dann aber als Erweichung infolge Durchblutungsstörung aufgefaßt. Man sagte: Das Gehirn hat durch den Infarkt Schaden genommen. Manche faßten es auch als Abszeß oder Blutung auf. Ich bin sicher, wenn mein Buch veröffentlicht ist, werde ich noch eine weitere Gruppe von Gegnern haben, die Kardiologen, mit denen ich bisher noch gar nicht ins Handgemenge gekommen war.

Sie werden schreien, der Hamer sei wohl übergeschnappt, sich einzubilden, er könne mal eben im Vorbeigehen auch gleich noch die ganze Kardiologie mitentdecken. Ich kann nur sagen: Es ist viel gescheiter, miteinander zu untersuchen, ob es stimmt, was ich vermute, als ständig nur unsachlich herumzuschwadronieren und sich feige einer Nachprüfung zu entziehen, wie die Onkologen es seit 3 Jahren machen, aus Angst um ihre Pfründen und aus Angst vor der Blamage. Die Kardiologie wird in Zukunft in hohem Grade ein Teil der Encephalologie werden, der Wissenschaft vom Gehirn, wenn auch in Zukunft natürlich ein verstopftes Gefäß ganz brav wieder durchgängig gemacht gehört, wie es jeder gute Klempner auch macht (Bypass).

Jedenfalls wird jeder vernünftige Arzt anerkennen, daß meine Beobachtungen und Folgerungen absolut schlüssig und erklärend sind. Wir müssen sie schnellstens in einer möglichst großen Anzahl von Krankenfällen mit der Realität konfrontieren: d. h. wir müssen bei jedem Patienten CCTs des Gehirns anfertigen!

UNTERSCHIED ZWISCHEN ANGINA-PECTORIS-SCHMERZ UND SCHMERZEN BEI NARBIG SCHRUMPFENDEM UMBAU UND EINKAPSELUNG

Wichtig scheint noch zu bemerken, daß der Angina-pectoris-Schmerz von einer grundsätzlich anderen Qualität und Ursache ist als der Schmerz, an dem der krebserkrankte Patient in sehr vielen Fällen im Stadium nach der Konfliktlösung durch die narbige Schrumpfung des Krebstumors leidet. Denn der Angina-pectoris-Schmerz, da gebe ich den Kardiologen recht, resultiert aus der sympathicotonen Spastik der Coronargefäße, die den Herzmuskel mangelhaft mit Sauerstoff versorgt, besonders im Falle von Coronar-Krebs, wenn die Innenwände einer bestimmten Coronarstrecke mit einer dicken atherosklerotischen (kalk-fettigen) Schicht ausgekleidet sind und dadurch der Rohrdurchmesser verkleinert wird.

Wir sehen nämlich bei genauer Beobachtung, daß die meisten Patienten nach dem Herzinfarkt, der ja die – mindestens vorübergehende – erfolgte Lösung des »Revierkonflikts« zur Voraussetzung hat, keine Angina-pectoris-Anfälle mehr erleiden, ja sogar schon einige Wochen vorher nicht mehr im Normalfall.

ZEITRAUM VON DER KONFLIKTLÖSUNG DES REVIERKONFLIKTES BIS ZUM HERZINFARKT

Zunächst muß man ja noch mal ganz klar betonen, daß der Herzinfarkt ja nur ein Symptom der cerebralen Vorgänge um den HAMERSchen HERD darstellt, wobei »nur« nicht bedeutet, daß nicht der Bereich der Herzmuskulatur, der im vom Coronarkrebs betroffenen Versorgungsbereich gelegen ist, nicht auch mangeldurchblutet und damit geschädigt wäre! Da ja zwischen dem betroffenen Coronararterienabschnitt und dem entsprechenden Hirnbereich, in dem wir dann ja den HAMERSchen HERD sehen, eine strenge Korrelation herrscht, ist man früher zu der irrigen Auffassung gelangt, daß die nahezu immer vorhandenen cerebralen Symptome beim Herzinfarkt durch Abbaustoffwechselprodukte aus dem mangeldurchbluteten Herzmuskelbereich resultieren. Das war falsch!

29. Die Epilepsie

Die Epilepsie ist ein Symptomkomplex, keine Krankheit im eigentlichen Sinne, also eigentlich das Symptom einer Krankheit.

Wir Mediziner haben früher die epileptischen Anfälle unterteilt in sog. »große Anfälle« (grand-mal-Anfälle), »kleine Anfälle« (petit-mal-Anfälle) oder auch in lokal umschriebene Anfälle (Jackson-Anfälle) und generalisierte Anfälle. Auch erbliche Epilepsie (sog. genuine Epilepsie) wurde unterschieden von »erworbenener Epilepsie« usw. Im Altertum nannte man diese epileptischen Anfälle die »Heilige Krankheit« (morbus sacer), weil man glaubte, der Epileptiker sei während seines Anfalls von einem Gott »besessen«, also in Besitz genommen worden. Zudem sah man offenbar Ähnlichkeiten zu Trancezuständen, z. B. der Pythia des delphischen Orakels oder zum Zustand des Orgasmus, dem Höhepunkt des Liebesaktes, wobei das Paar auch vom Gott Eros »besessen« ist. Die »posttraumatischen Epilepsien«, also die durch eine Unfallverletzung des Schädelinnenraumes (Gehirns) entstandenen Epilepsien kennt man ebenfalls schon lange.

Jetzt scheint durch die HAMERschen HERDE etwas Licht in das Dunkel der Krampfanfälle der Epilepsie, zumindest der nicht traumatisch bedingten Fälle, gekommen zu sein.

Die Epilepsie scheint die Folge eines HAMERschen HERDES, meistens eine Folge eines gelösten Konfliktrezidives zu sein. Zwar sind 2 Fälle noch nicht »repräsentativ«, aber sie sind beide so überzeugend und eindeutig, daß wir sie systematisieren können.

Teilen wir die Epilepsie ursächlich ein in 3 große Gruppen, wobei allen Epilepsien gemeinsam ist, daß sie einen dauernden oder vorübergehenden Defekt oder eine organische Beeinträchtigung des Gehirns haben:

1. Posttraumatische Epilepsien (z. B. nach Kriegsverletzungen des Gehirns, Autounfällen mit Schädel-Hirn-Traumen etc.). Mit dieser Gruppe wollen wir uns hier nicht befassen, weil hier die Ursache unstrittig ist.
2. Congenitale, mißbildungsbedingte Epilepsien. Auch mit denen wollen wir uns hier nicht befassen, da sie sich im Prinzip nicht von der 1. Gruppe unterscheiden.
3. Epilepsien durch HAMERschen HERD und perifocales Oedem. Dies sind die bei weitem häufigsten Epilepsien, im

Grunde cerebrale Komplikationen bei einer Krebserkrankung, die nicht erkannt wurde und abortiv (abgekürzt) verlaufen ist. Hierunter zählen die allermeisten »Hirnschläge«, apoplektische Insulte, die man früher für Durchblutungsstörungen des Gehirns oder Gefäßrisse angesehen hat.

Vielleicht ist sogar die Epilepsie in der überwiegenden Zahl das Zeichen einer Läsion in der Hirnrinde bei Todesangst-Konflikt. Lungenrundherde, die ja dazu gehören, kann man nämlich leicht eine Zeitlang übersehen, solitäre Rundherde in der Lunge, die z. B. vom Herzschaten verdeckt werden, sind sogar lange Zeit zu übersehen, oft auch als Projektion der Brustwarze fehlgedeutet.

Dies würde auch verständlich machen, warum man bei Epilepsien häufig Veränderungen im FEG findet, womit man ja nur den Bereich 1 Zentimeter unter der Hirnrinde erfassen kann. Unter diesem Aspekt könnten wir auch verstehen, warum post-apoplektische Krämpfe (Krämpfe nach Schlaganfall) und epileptische Krämpfe im Grunde ein und dasselbe sind. In beiden Fällen handelt es sich um HAMERSche HERDE mit perifocalem Oedem, die durch den Druck eine vorübergehende oder dauernde Lähmung einer Gesichtshälfte oder einer ganzen Körperhälfte verursachen. Die Epilepsien scheinen zwar im Prinzip das gleiche zu sein, de facto (in Wirklichkeit) aber kurzdauernde Konflikt-Rezidive mit anschließender Lösung und HAMERSche HERD-Rezidive mit perifocalem Oedem, also ein kurzdauerndes Rezidiv einer Krebserkrankung, die zum HAMERSchen HERD geführt hat. Der Fall 2 ist doch in dieser Richtung sehr typisch.

Im Fall 1 sehen wir, daß die Conflictolyse momentan zu einem Krampfanfall führen kann, es sich noch nicht um große Oedeme handeln konnte, die einen Masseneffekt haben konnten, sondern es mußte sich hier um einen spezifischen Effekt oder Reaktion der Hirnrinde handeln. Denn die Patientin im Fall 1 hatte nur Minuten nach der Konfliktlösung ihren Krampfanfall.

Wir können also folgende Phänomene zusammenfassen:

1. Der epileptische Anfall kann unmittelbar nach der Konfliktlösung, also bei ganz frischem perifocalem Oedem und frischem HAMERSchen HERD auftreten.
2. Der Fall 2 hat uns gezeigt, daß die Anfälle immer nach der Lösung eines Konfliktrezidivs auftraten.

3. Die Epilepsie verschwindet wieder nach Abheilung des HAMERSchen HERDES und Rückgang des perifocalen Oedems, um wieder erneut sich einzustellen nach der Lösung des nächsten Konflikt-Rezidivs.

Fassen wir zusammen:

Die Epilepsie – sofern nicht durch eine Hirnverletzung oder eine angeborene Mißbildung erworben – scheint in den allermeisten Fällen eine Komplikation eines HAMERSchen HERDES nach einer erkannten oder auch nicht erkannten, jedenfalls meistens wohl frühzeitig gestoppten Krebserkrankung zu sein. In den meisten Fällen scheint es sich um Angstkonflikte oder Todesangstkonflikte zu handeln, die in der Peripherie (körperlich) Halslymphknoten-Carcinome oder Lungenrundherd-Carcinome verursacht hatten.

Entweder hat man den Patienten in solchen Fällen nicht genau genug untersucht, so daß dem Untersucher diese diskreten Symptome nicht aufgefallen sind, oder die Krankheit war schon in einem so frühen Stadium durch Konfliktlösung wieder beendet, daß die körperlichen Symptome mit dem üblichen diagnostischen Instrumentarium nicht oder noch nicht dokumentierbar waren.

Zu dieser Annahme bringen uns – außer den selbst beobachteten Fällen – besonders auch 2 Gründe:

1. Grund: Dem epileptischen Anfall geht fast immer ein sympathicotoner Spannungszustand voraus. Der Anfall selbst passiert aber nie in dieser Anspannungsphase, sondern stets in der Ruhe- oder Erholungsphase, meist im Schlaf, besonders nach dem Einschlafen, also in der Vagotonie!

Nie hat man sich dieses Phänomen erklären können, das allem herkömmlichen Verständnis der Epilepsie konträr widersprach! Genau so verhält sich die Migräne, quasi das abgeschwächte Äquivalent der Epilepsie

2. Grund: In einem Großteil der Epilepsien findet man Zacken (spikes) im EEG (Elektro-Encephalogramm). Man weiß aber, daß das EEG nur das Hirngeschehen bis 1 cm unter der Hirnoberfläche wiedergibt. Dies bedeutet, daß die meisten Epilepsien »rindennah« ihren Ursprungsort genommen hatten.

Typisch war auch, daß wir bei Epilepsien – außer wenn

sie als Begleitsymptom von »Hirnschlägen« auftraten – so gut wie nie raumverdrängende Effekte der Hirnarterien gesehen haben, was ebenfalls auf einen rindennahen Prozeß schließen ließ.

Typisch war weiter, daß die sog. »kleine Epilepsie«, bzw. das Pendant zur großen Epilepsie, nämlich die Migräne, sich genau so verhält!

Sämtliche Erscheinungen der Epilepsie zusammen besehen geben nur einen Sinn, wenn

a) alle Epilepsien organische Feldeinbrüche in jeweils bestimmten Hirnbereichen sind. Dies ist ja für die posttraumatischen und die mißbildungsbedingten Epilepsien auch nachweisbar.

b) das restliche Gros der Epilepsien praktisch rindennahe Komplikationen HAMERScher HERDE sind, jeweils im reparativen, vagotonen oder auch Erholungsstadium auftretend, wie das bei den Komplikationen der HAMERSchen HERDE üblich ist.

Nahezu sämtliche Phänomene der Epilepsie erklären sich dann auf eine sehr begreifliche und sehr anschauliche Art und Weise.

Das würde aber auch bedeuten, daß das Gros der Epilepsien nichttraumatischer Art und nicht mißbildungsbedingter Art, auf das Vorangehen einer (meist abortiv verlaufenen) Krebserkrankung zurückgeführt werden muß.

Dies würde uns weiter 3 Phänomene auf sehr begreifliche Weise erklären, die wir uns auch bisher nicht erklären konnten.

1. warum eine Epilepsie so häufig in der Pubertät auftritt, der konfliktreichsten Phase eines Menschen, insbesondere was die Ängste anbelangt,
2. warum eine Epilepsie – wenn der Konflikt »endgültig« gelöst ist – wieder verschwinden kann. Allerdings: Wann ist ein tief eingewurzelter Angstkonflikt schon »endgültig« gelöst?
3. warum Schwangere ein meist vorübergehendes Krampfleiden, die sog. »Schwangerschafts-Eklampsie« erleiden. Die Schwangerschaft ist eine hochvagotone, und zwar andauernd vagotone Phase. Denkbar ist sowohl, daß diese stark vagotone Phase einen in der Schwangerschaft durchgemachten Konflikt lediglich potenziert, also verstärkt – andererseits aber ist auch denkbar, daß dadurch ein abgeheilter HAMERScher HERD in

dieser stark vagotonen Phase vorübergehend »reaktiviert« oder oedematisiert wird und dadurch Komplikationen verursacht. Jedenfalls hatten meine Patienten, die mir infolge von Komplikationen HAMERScher HERDE verstorben sind, »eklampsie-ähnliche« Krankheitsbilder mit Nierenversagen, Wassereinlagerung in der Peripherie, Bewußtseinstrübungen, Lähmungen und dgl.

Aus all diesen Gründen, Phänomenen und der Wertung und Zusammenschau dieser Dinge drängt sich uns nahezu zwingend die Schlußfolgerung auf, daß die Epilepsie im großen und ganzen (immer die posttraumatischen und mißbildungsbedingten Epilepsien ausgenommen) schlicht eine spezielle Phase (nämlich die pcl-Phase) und eine spezielle Komplikation oder Komplikationsform des Krankheits- oder besser des Heilungs-Verlaufs des Krebs ist.

Das gleiche gilt dann – mutatis mutandis – für die Migräne, die abgeschwächte oder »kleine Form der Epilepsie«.

Die Nachprüfung meiner Ergebnisse, die ja nach dem ersten Sturm der Entrüstung dann wohl in den entsprechenden Spezialdisziplinen rasch erfolgen wird, wird – davon bin ich überzeugt – meine Ergebnisse lückenlos bestätigen und im Detail ergänzen. Dann wird man wieder fragen, warum man darauf nicht schon früher gekommen ist.

Antwort: Wenn man erst den »Universal-Schlüssel« gefunden hat, ist es relativ einfach, mit diesem Vorverständnis alle Türen aufzuschließen. Es fällt einem gleichsam »wie Schuppen von den Augen«! Es bleibt die Frage zu beantworten, warum der epileptische Anfall in der Regel so rasch wieder vorüber ist. Hierfür kann ich eine auf der Hand liegende Erklärung geben, deren Richtigkeit sich in der Folgezeit erweisen wird: Der epileptische Anfall ist gleichsam das überschießende Umschalten in die Sympathicotonie, um das übermäßige, vagotonbedingte, Oedem des perifocalen Oedems zu stoppen. Durch diesen Mechanismus werden die Nieren in Gang gesetzt, Flüssigkeit aus den Oedemen, insbesondere aus dem intra- und perifocalen Oedem des HAMERSchen HERDES ausgeschwemmt und dadurch der drohenden Gefahr der »oedematösen Blockade« wichtiger vegetativer, d. h. lebenswichtigen Zentren im Gehirn, entgegengewirkt.

Vermutlich war unsere Therapie, zumindest des akuten Anfalls, bisher genau verkehrt. Wir haben immer versucht, den Patienten durch Tranquillizer und Schlafmittel, wie Barbiturate, zu »beruhi-

gen«, weil wir den Mechanismus ja nicht kannten und somit auch nicht ursächlich zu behandeln verstanden. Natürlich ließen die Krampfanfälle dann nach, weil wir den Patienten ja wieder zwangsweise in die Vagotonie zurückbrachten. Das aber, was der Organismus erreichen wollte mit dem ganzen Mechanismus des Krampfanfalles, nämlich das Abschwellen des intra- und perifocalen Oedems des HAMERschen HERDES, wurde nicht erreicht, sogar verhindert. Wahrscheinlich müssen wir hier völlig umdenken lernen.

30. Der Hirnschlag (Apoplektischer Insult)

Wir haben bei der Behandlung der Komplikationen der Therapie bereits die apoplektischen Insulte erwähnt, die wichtigsten und zugleich die schlimmsten Komplikationen der Therapie des Krebs. Schon am 13. März 83 habe ich in Mainz auf dem internationalen Kongreß für Naturheilkunde (siehe Anhang) folgendes referiert: Zitat:

»Ich würde mich freuen, es könnte mir gelingen, Ihnen nur einen Teil der Faszination zu vermitteln oder gar zu übertragen, die mich erfaßt hat, seit ich den Beweis dafür gefunden habe, daß der Krebs wirklich eine Erkrankung des Gehirns ist. Ich muß sagen: den handfesten Beweis, der selbst noch die allerletzten Zweifel ausräumt. Und diesen Beweis haben teilweise meine verstorbenen Patienten erbracht, von denen jeder einzelne mir wie ein Familienmitglied ans Herz gewachsen war. Ihr Tod ist nicht sinnlos gewesen, sondern wird helfen, daß unendlich viele Menschen am Leben bleiben können.«

Drei bis sechs Wochen nach der Ausräumung des Konfliktes (meistens ziemlich genau 6 Wochen danach) haben 12 Patienten während ansonsten völligen Wohlbefindens – teilweise offenbar provoziert durch fieberhafte grippale Infekte – das Bild eines passageren cerebralen Insults, in 2 Fällen sogar eines Re-Insults, geliefert. 5 Patienten haben überlebt, 7 sind gestorben.

Den Patienten ging es zu dieser Zeit bereits wieder klinisch sehr gut, sie hatten zumeist bereits wieder volles oder fast volles Gewicht, waren z. T. schon wieder am Arbeiten – und plötzlich das: Relativ junge Menschen bekamen einen apoplektiformen, insultartigen cerebralen Anfall mit Verwirrtheit bis zur Bewußtlosigkeit, passageren Lähmungen, tonischen und klonischen Krämpfen. Jeder dieser apoplektiformen cerebralen Insulte war vom anderen etwas verschieden (hatten wir auch erwartet, waren ja alles verschiedene Carcinome). Im Hirnszintigramm sowie im CT konnten bei einem Patienten (angebl.) nichts nachgewiesen werden. Jedenfalls konnte bei diesem Patienten, der dann beim Re-Insult starb, kein auffälliger Befund erhoben werden. Auch fanden sich bei keinem Patienten Hirndrucksymptome, die evtl. das Vorhandensein eines Hirntumors nahegelegt haben könnten. Hirnblutungen schieden ebenfalls aus. Es handelte sich meistens um junge Patienten um 40 bis 50. Hatten die Patienten überlebt

und war eine längere Zeit von 3 bis 4 Wochen vergangen, dann waren sie anscheinend endgültig »über den Berg«. Sie hielten auch keinerlei auffällige Restschäden zurück (deshalb sprach ich von »passageren Insulten«, obwohl diese Insulte bei den verstorbenen Patienten natürlich terminal definitiv waren). Ich möchte diese Zustände einfach als »cerebrale Komplikationen nach weit fortgeschrittenem Krebs« bezeichnen. Provozierend wirken offenbar alle cerebrotropen Noxen und Intoxikationen, wie grip-pale Infekte mit hohem Fieber, Alkoholintoxikation oder medikamentöse Intoxikation – überhaupt Drogen aller Art. In Zukunft werde ich darüber wachen, daß meine Patienten solchen provozierenden Noxen während des Stadiums der Genesung möglichst nicht ausgesetzt sind. Sie können offensichtlich limitierend sein, obgleich der Patient sonst die allerbesten Chancen hätte, endgültig gesund zu bleiben. Wir sollten in Zukunft alle gemeinsam daran arbeiten, auf diesem Gebiet Erfahrungen zusammenzutragen und danach zu suchen, diese Gefahren therapeutisch anzugehen, vielleicht sogar schon prophylaktisch zu verhindern, z. B. mit Lecithin, Vitamin-B-Komplex usw.

Diese Ausführungen, die bereits fast ein Jahr her sind, trafen schon ziemlich genau den Kern der Sache, sind aber durch die HAMERschen HERDE präzisiert und detailliert worden, sowohl hinsichtlich der Diagnostik als auch hinsichtlich der daraus zu folgernden Therapie. Damals hatte ich ja die Patienten alle nicht mehr weiter behandeln und aus der Nähe beobachten können, sondern war angewiesen auf die Angaben der Krankenhausärzte und der Angehörigen. Jetzt weiß ich, daß mindestens ein Teil der verstorbenen Patienten mit Sicherheit Hirndrucksymptome gehabt haben muß, nur nicht gewissenhaft untersucht wurde. Welches Krankenhaus macht sich schon noch irgendwelche diagnostischen Mühen, wenn ein Patient zur Aufnahme kommt mit weit fortgeschrittenem Bronchial-Carcinom und akutem Hirnschlag? Das können dann doch nur »Hirn-Metastasen« sein. Folge: Der Patient bekommt quasi schon an der Eingangstür Morphium, nach 1 bis 2 Wochen ist er tot!

Mindestens nämlich die Patienten, die ein Bronchial-Carcinom hatten, müssen Hirndrucksymptome gehabt haben, die anderen Patienten, z. B. die an Bauch-Carcinomen erkrankten, die also einen HAMERschen HERD im Hirnstamm hatten, müssen im Anfang noch nicht unbedingt einen feststellbaren Druckanstieg des Hirnninnenraumes gehabt haben. Denn der Kompressions-

Verschluß des Aquäduktes folgt ja erst später, wenn durch die Kompression des Aquäductus cerebri das Hirnwasser in den Hirnkammern aufgestaut und dadurch der Hirndruck durch Vorwölbung des Augenhintergrunds sichtbar wird. Meistens sprechen aber schon die klinischen Symptome vorher eine beredte Sprache: Schwindel, Brechreiz, Doppelsehen, Benommenheit, Gleichgewichtsstörungen, Krampfanfälle und Lähmungen.

Nach meinem derzeitigen Kenntnisstand möchte ich annehmen, daß es sich bei den allermeisten Hirnschlägen um eine Komplikation in der pcl-Phase, also dem Stadium nach der Konfliktlösung bei unerkannt gewesenem Krebs handelt. Selbstverständlich gehören dazu auch Coronar-Carcinome. Denn es ist schließlich unerheblich, ob diese dann schließlich als Herzinfarkt oder als Hirnschlag bezeichnet werden. Man sollte sie in Zukunft schlicht als Komplikation bei HAMERschem HERD bezeichnen. Das ist auf jeden Fall eindeutig.

Siehe dazu die beiden exemplarischen Fälle auf den Seiten 319 und 320 dieses Buches.

Der Hirnschlag ist also praktisch eine Art von großer Epilepsie, im Gegensatz zu dieser aber an tieferen Hirnregionen gelegen, wo insbesondere durch das perifocale Oedem Lähmungen resultieren, sowie längerdauernde Bewußtseins-Eintrübungen als bei der Epilepsie.

In Zukunft sind wir Ärzte gezwungen, diese Vorgänge im Gehirn viel genauer zu untersuchen und zu differenzieren, damit wir dem Patienten ursächlich und gezielt helfen können.

Bisher haben wir uns nur auf die Peripherie beschränkt, wo sich alle Sparten der Medizin (Chirurgen, Bestrahlungsärzte, Zytostatikologen oder Onkologen) ausgetobt haben, um den bösen Krebs mit Stahl, Strahl und Chemie auszurotten, ohne Erfolg!

Jetzt wird es höchste Zeit, daß wir diese ganze Krankheit, gleichermaßen der Seele, des Gehirns und des Körpers, ursächlich und erkrankungsgerecht zu behandeln lernen!

30a Hirntumore – was ist das?

Seit ich die EISERNE REGEL DES KREBS entdeckt habe, bin ich mir über viele Dinge nicht mehr klar, die mir früher selbstverständlich erschienen sind. Dazu gehören die »Hirntumoren«. Ich betrachte mich zwar nicht als Fachmann auf diesem Gebiet, immerhin habe ich eine Zeitlang auf dem Gebiet der Neurochirurgie und ebenfalls der Neurologie und der Psychiatrie gearbeitet, und meine Frau hat ihre Doktorarbeit über die Diagnostik der Hirntumoren durch das Carotis-Angiogramm gemacht. So ganz und gar Laien sind wir also nicht. Trotzdem wäre es mir nie in den Sinn gekommen, an der Existenz von »Hirntumoren« zu zweifeln. Denn welcher Mediziner würde es schon wagen, zu zweifeln, wenn Millionen von Neurochirurgen und Patho-Histologen tagtäglich »Hirntumoren« diagnostizieren, und zwar mit solch absoluter Sicherheit diagnostizieren, daß daraufhin Menschen als zum Tode verurteilt zu gelten haben in Millionenanzahl, mit dem Hinweis, da sei nichts mehr zu machen.

Und wenn auch das nun alles nur »des Kaisers neue Kleider« gewesen wären?

Aber raumverdrängende Prozesse, die gibt es doch ohne Zweifel?

Antwort: Selbstverständlich, daran zweifele auch ich keine Sekunde, denn die sind schlicht und einfach nachzuweisen:

Typischer raumverdrängender Prozeß, fälschlich für Hirntumor gehalten, Pfeil zeigt in Richtung der Ausdehnung, die senkrechten Hirnarterien werden »ausgebeult nach links«. In Wirklichkeit zwei HAMERSche HERDE, der obere (frontale) entspricht einem Kehlkopf-Ca, der rechts-seitliche einem kleinzelligen Peribronchial-Mediastinal-Carcinom hinter d. Herzen.

Die Frage ist nur: Was sind diese raumverdrängenden Prozesse? Noch bis vor einem Jahr hielt ich Hirntumoren für möglich, wenn ich auch schon immer ein ungutes Gefühl dabei hatte. Ich muß heute zugeben, ich habe mich geirrt. Das, was ich damals dafür hielt, waren HAMERSche HERDE im Zusammenhang mit verschiedenen Carcinomen, die meist nicht erkannt worden waren.

Seit 1 Jahr habe ich nun speziell in dieser Richtung die Augen sehr gut offen gehalten. Es sind mir auch viele sog. »Hirntumoren« als solche offeriert worden. Aber zu meinem geringen Erstaunen habe ich nicht einen einzigen echten Hirntumor dabei finden können, der wirklich ein Hirntumor gewesen wäre in dem Sinne, wie wir es bisher verstanden haben und verstehen sollten. Bei näherem Hinsehen waren es stets HAMERSche HERDE und verhielten sich auch exakt so wie die HAMERSchen HERDE, die ich schon bei der Lösung eines Konfliktes voraussagen kann. Meistens waren es HAMERSche HERDE mit perifocalem Oedem bei Coronar-Carcinom oder Peri- oder Intrabronchial-Carcinom, die selbstverständlich auch entsprechende Raumverdrängungs-Symptome verursachten mit klassischer Verdrängung der mittelständigen Hirnarterien auf die gegenüberliegende Seite, Hirndruck und all den klinischen Symptomen, die man sonst als notwendige Kriterien für das Vorhandensein eines Hirntumors angesehen hat. Ich möchte hier meine Kollegen nicht über Gebühr bloßstellen, aber ich könnte hier Fälle erzählen, insbesondere was die vermeintlichen histologischen Diagnosen über angebliche vermeintliche Hirntumoren betrifft, daß sich meinen Lesern die Haare sträuben würden.

Was sehen nun aber die Pathologen, wenn sie die Diagnose stellen: Hirntumor? bzw. atypisches Hirngewebe?

Antwort: Ja, sie sehen wirklich atypisches Hirngewebe. Sie sehen auch, je nach der Lage des HAMERSchen HERDES mit seinem Oedem, um den es sich nämlich stets handelt, verschiedene Arten von Hirnzellen (Astrozyten, Oligodendrozyten, Glioblasten etc., um nur ein paar der blumigen Namen zu nennen). Und diese Zellen, die die Pathologen im Falle eines solchen HAMERSchen HERDES mit perifocalem Oedem finden, sind wirklich »atypisch«.

Nun, wenn der Patho-Histologe atypische Zellen sieht, und der Kliniker – in diesem Falle der Neuroradiologe und Neurochirurg – ihm zuvor verraten hat, daß es sich klinisch um einen raumfordern- den Prozeß handelt, dann ist die Diagnose klar für den Pathologen: Hirntumor!

Wenn wir uns aber überlegen: Was soll denn der HAMERSche HERD histologisch gesehen sein?, dann können wir jetzt die Antwort auf diese Frage geben: Elektrophysiologisch gesehen ist es ein Feldeinbruch im Gehirn, histologisch gesehen ist es eine veränderte Zelle, bzw. ein ganzes Areal von Milliarden vorüberge-

hend oder dauerhaft veränderter Nerven- bzw. Gehirnzellen. Und diese veränderten Zellen haben die Pathologen bisher eben Hirntumoren genannt, jedoch wohlweislich nie Hirn-Carcinome. Die Zusatzprognose: rasch wachsender oder langsam wachsender Tumor hat auch meist gestimmt, weil die allermeisten Patienten bei der Diagnose »Hirntumor« in panische Angst verfallen und Lungenrundherde bekommen und dann ohnehin nicht mehr lange leben.

An sich ist ja das Auftauchen eines HAMERschen HERDES, wie wir gesehen hatten, ein höchst erfreuliches Ereignis, zeigt es uns doch, daß ein Konflikt offensichtlich gelöst worden ist und ein Carcinom im Körper zum Wachstums-Stillstand gekommen ist. Aber wir hatten auch gesehen, daß die postconflictolytische Heilungsphase keineswegs problemlos ist, sondern manchmal zum Tode führen kann. Und genau ein solch problematischer Verlauf ist der Verlauf, den die Neurochirurgen und Neurologen bisher als den Verlauf eines Hirntumors gesehen haben.

Was haben die Neurochirurgen gemacht?

Antwort: Sie haben versucht, den HAMERschen HERD samt seinem perifocalen Oedem aus dem Gehirn herauszuschneiden.

Frage: Hat es genützt?

Antwort: In einigen Fällen sicherlich ja. Denn die Herauslösung eines gewissen Volumens Gehirn, oft mit Eröffnung der Seitenventrikel (seitl. Hirnkammern) und Schaffung eines Abflusses nach außen durch eine Liquor-Drainage, bringt auf jeden Fall eine Massenentlastung des raumfordernden Prozesses.

Neue Frage: Warum sind trotzdem die meisten Patienten gestorben?

Antwort:

a) Hatte man ein multiloculöres Geschehen von HAMERschen HERDEN vor sich, dann sprach man davon, daß der Tumor weitergewachsen sei und Metastasen gesetzt habe, falls man sie überhaupt entdeckt hat.

b) Wurde der Pat. in Panik versetzt, dann war er ohnehin verloren und starb rasch an Lungenrundherden.

c) Hat man aber die Schädeldecke wieder zugemacht, wie in unserem Fall auf Seite 107/108, dann begann meist das perifocale Oedem von neuem sich durch Quellung auszudehnen, und man sagte dann, der Tumor wachse wieder weiter. Denn im Grunde hatte man ja nur ein Symptom beseitigt, dagegen stand die Ursache dieses Symptoms, nämlich die Heilung des HAMERschen HERD-Bereiches, noch an.

d) Fand man zu allem Übel noch das ursprüngliche Carcinom, wie in unserem Fall auf Seite 278 ff, dann stürzte der Patient, was die Prognose anging, in schwindelnde Abgründe.

Große Frage: Wird es jemals noch zu meinen Lebzeiten möglich sein, daß Neurologen und Pathologen so viel Courage und Format aufbringen werden, zuzugeben, daß alle Operationen bisher mehr oder weniger in frommer Unkenntnis durchgeführt wurden?

HIRNHAUT-TUMOREN (MENINGEOME)

Ausdrücklich von den obigen Betrachtungen ausgenommen sind Tumore der Hirnhäute, sog. Meningeome, von denen man schon immer wußte, daß sie nicht metastasieren, weil man ja sonst an anderer Stelle Tumoren mit derselben Formation hätte finden müssen. Das aber fand man nie. Diese Meningeome werden von mir absolut nicht bestritten. Sie sind auch im allgemeinen harmlos, sofern sie nicht so groß werden, daß sie eine Impression auf das benachbarte Hirngewebe verursachen, die lebensbedrohlich ist und eine Operation notwendig macht.

Würden wir heute nach unseren derzeitigen Kenntnissen von der EISERNEN REGEL DES KREBS uns selbst die Frage vorlegen – angenommen wir wüßten nichts über Hirntumoren –, ob es überhaupt Hirntumoren geben kann, dann müßten wir antworten: Carcinome von Hirngewebe selbst kann es nicht geben und gibt es auch aller Wahrscheinlichkeit nach nicht. Dagegen kann es natürlich Carcinome oder Tumoren der Hirnhäute durchaus geben, genau wie an jedem anderen Organ des Körpers. Denn daß der Computer sich selbst Fehlcodes gibt, ist ja wohl sehr unwahrscheinlich.

Sehe ich mir daraufhin meine Fälle des letzten Jahres an, insbesondere die sehr vielen Fälle, die mir als Hirntumoren »verkauft« worden sind, dann kann ich jetzt sagen: Es stimmt wirklich, Hirntumoren aus Hirngewebe scheint es nicht zu geben, wohl durch einen HAMERSchen HERD verdrängtes Hirngewebe.

Dagegen gibt es selbstverständlich Tumoren der Hirnhäute, die vom »Computer Gehirn« fehlcodiert werden können wie alle anderen Organe des Körpers. Welche Konflikte evtl. den Meningeomen zugrunde liegen, habe ich noch nicht erforschen können.

31. Wann stimmt die EISERNE REGEL DES KREBS nicht oder scheinbar nicht?

1. bei Leukämien
2. bei histolog. Fehldiagnosen
3. sie stimmt scheinbar nicht bei alten, inaktivierten Krebsen.

1. Die EISERNE REGEL DES KREBS ist nicht eine Eiserne Regel für Virusentzündungen. Denn diese haben einen völlig anderen Wirkmechanismus. Leukämien und Lymphomatosen sind nach meiner Ansicht Virusentzündungen, also Infektionskrankheiten.

Die Bezeichnungen »Blutkrebs« oder »Lymphknotenkrebs« sind deshalb nach meinem System der EISERNEN REGEL DES KREBS irreführend und sollten möglichst unterbleiben. Einzelne vergleichbare Symptome, wie der meist letale Ausgang der akuten Leukämien oder das tumoröse Anschwellen der Lymphknoten, z. B. beim Morbus Hodgkin, haben bei den meisten Medizinern zu dieser unglücklichen Gleichsetzung geführt. In Wirklichkeit können bei verschiedenen Krankheiten völlig verschiedener Genese zwar einzelne Symptome gleich sein, aber was hat im Prinzip eine Virusentzündung, also ein Eindringen von Fremdorganismen, mit einem Feldeinbruch im Gehirn zu tun, der zu einer Fehlcodierung der Zellen eines bestimmten Gewebe- oder Organbereichs führt?

2. Ich habe schon eingangs gesagt, daß ich nicht fürs »Fischen im Trüben« zu haben bin. Diagnostisch kann man gar nicht exakt genug arbeiten, was nicht heißen soll, daß die Diagnostik stets perfektionistisch-komplett sein muß, auch wenn wir dem Patienten damit psychischen Schaden zufügen würden.

Eine unendliche Quelle von Fehldiagnosen haben wir im histologischen feingeweblich-mikroskopischen Bereich sprudeln. Diese Fehldiagnosen sind grausam verhängnisvoll!

Bei meinen ersten 100 Fällen in der Klinik in Oberaudorf fand ich 7 Fehldiagnosen des histolog. Befundes. Die Patientinnen hatten kein DHS und von EISERNER REGEL DES KREBS war nichts zu sehen. Ich habe dann, z. T. über andere Professoren, die histologischen Präparate angefordert, die aber in allen 7 Fällen nicht mehr herausgerückt wurden, weil die Chefs der pathologischen Institute Angst vor Regreßprozessen hatten und

sich ihrer Diagnosen plötzlich nicht mehr sicher waren. Die häufigste histologische Fehldiagnose ist das sog. Sarkom. Manche Autoren schätzen die Fehldiagnosen hier auf 60 bis 70%, andere sogar noch höher. Würde der Patient nicht meistens durch die niederschmetternde Diagnose »Sarkom« meistens ein DHS und dadurch eine scheinbare »Metastase«, in Wirklichkeit überhaupt erst einen Erstkrebs bekommen, dann wären wahrscheinlich über 80% der Diagnosen Sarkom histolog. Fehldiagnosen. Denn mir ist kein Fall bekannt, wo die sog. »Metastase« den histolog. Aufbau des angeblichen Sarkoms gehabt hätte. Also: Wenn der Patient keinen Krebs hat, kann auch keine EISERNE REGEL DES KREBS bei ihm zutreffen. Und die Histopathologen machen viele Fehler, leider. Oftmals will aber der Chirurg rasch eine Diagnose haben, und der Histopathologe soll rasch entscheiden, ob das Gewebe Krebs ist oder nicht. Er könnte es eigentlich nicht so schnell entscheiden, sondern müßte eigentlich noch Spezialfärbungen machen, was viel Zeit beansprucht. Dadurch würde er den Chirurgen verärgern. Also sagt der Histopathologe dann gewöhnlich, im Zweifelsfall lieber: bösartig, Krebs. Später, wenn er sich seine Präparate in Ruhe nochmals durchsieht oder bei einer Rückfrage nochmals durchsehen muß, kommen ihm Bedenken. Aber er darf diese Bedenken niemals laut äußern, denn inzwischen ist ja z. B. die Brust schon ab, die Patientin schon mit Zytostatika behandelt, mit Kobalt bestrahlt. Wenn der Pathologe jetzt ehrlich sagen würde: *»Ich habe mich damals oder vor einer Woche in der Eile geirrt«*, dann wäre das eine Katastrophe: für die Patientin, für das Krankenhaus, für den Chirurgen, für die Ärztekammer, für die Versicherung des Pathologen... Ein Schaden, der außer dem menschlichen Schaden, der nicht wiedergutzumachen ist, leicht eine Million und sogar weit mehr übersteigen kann. Und natürlich bekommt der Pathologe kein Präparat mehr überwiesen. Deshalb bleibt der Pathologe in solchen Fällen einfach und strikt bei der Unwahrheit, vernichtet möglichst alle Präparate. Dann sind alle zufrieden: Die Patientin muß dankbar sein, daß sie geheilt wurde, die Krankenkasse zahlt anstandslos, der Chirurg ist der große Meister, weil die Operation so erfolgreich war, der Radiologe verbucht den Fall ebenfalls als Erfolg, ebenso natürlich der Onkologe (Krebsdokter).

Ich selbst habe in den letzten 4 Monaten mindestens 5, wahr-

scheinlich aber 10 histologische Fehldiagnosen gesehen, bei denen die Patienten teilweise durch die Panik, in die sie versetzt worden sind, an einem Zweit- und Dritt-Carcinom erkrankt sind und gestorben sind oder an der Zytostatika-(Zellgift-)Behandlung gestorben sind. Wahnsinn, was da passiert.

3. Die ERK stimmt scheinbar nicht bei alten inaktivierten Krebsen! In Wirklichkeit hat sie aber bis zur Inaktivierung (Einkapselung) des Krebs ganz exakt gestimmt:

Hier ist die Sachlage ganz einleuchtend: Wenn entweder spontan (von allein) oder durch Therapie eine Lösung des Konfliktes und auch eine Inaktivierung des Krebs erreicht worden ist, dann ist für die Zeit danach keine EISERNE REGEL DES KREBS mehr anwendbar. Wir müssen allerdings fordern, daß die ERK bis zur Lösung des Konflikts exakt anwendbar war! Schwierigkeiten bereitet unserem bisherigen Verständnis die Tatsache, daß der Krebs von der Inaktivierung zwar als Krankheit beendet ist, real aber – zwar eingekapselt und harmlos – noch an der gleichen Stelle liegt, wo er schon lag, als er noch aktiv, also wachsend, war.

Der inaktivierte Krebs ist zwar mitosenarm, also die Zellen teilen sich selten oder gar nicht, aber es sind lebende Zellen wie die normalen Körperzellen auch. Deshalb kann der Pathologe unter dem Mikroskop bisher nicht unterscheiden, ob der Krebs aktiv ist oder passiv oder inaktiv. Bisher ist eben Krebs gleich Krebs.

Nach der EISERNEN REGEL DES KREBS wird auch der Pathologe in Zukunft zu unterscheiden lernen müssen zwischen einem aktiven progressiven Krebs und einem inaktivierten oder eingeschlafenen Krebs.

Sagt jemand »KREBS«, dann meint er gewöhnlich immer »aktives Krebswachstum«, denn mit Krebs verbindet man einfach die Vorstellung von geradezu unaufhaltsamem bösartigem Wachstum, wenn nicht der tüchtige Chirurg diesem bösartigen Wachstum ein Ende bereitet, indem er das Gewächs oder Knoten »mit Stumpf und Stiel« herausoperiert. Daß diese Vorstellung der Unsinn in Reinkultur ist, nichts weiter als absoluter Blödsinn, das muß man erst ganz langsam begreifen lernen.

32. Frage: Wann entsteht der Krebs?

Antwort: In der ersten Minute beim DIRK-HAMER-SYNDROM!

Die Frage, wann der Krebs entsteht, ist, glaube ich, durch über 2000fachen Beweis inzwischen exakt geklärt: Er entsteht akut in der Minute oder Stunde, in der der Pat. das DIRK-HAMER-SYNDROM erleidet, also sein allerschlimmstes, hochdramatisch-akutes und isolatives Konflikt-Erlebnis. So wie ein Kurzschluß plötzlich entsteht, akut, so trifft den Patienten dieses akute Konflikt-Erlebnis wie ein Keulenschlag.

Wie konnten unsere Schulmedizin-Dogmatiker nur jahrzehntelang das Dogma verteidigen, daß ein Krebs bis zum Stadium des Sichtbarwerdens 20 Jahre und länger brauchen würde. Von da her glaubte man in dem Krebs einen schicksalsmäßig verlaufenden Erkrankungsprozeß zu sehen. Man stellte sich vor, irgendwann in der Kindheit oder auch später würde eine Zelle entarten zu einer Krebszelle und diese Zelle würde dann durch Teilung sich vermehren, wie das in der Natur bei der Entstehung eines Embryos aus einer befruchteten Eizelle zu beobachten ist. Nur hatte man auch hier viele Kurzschlüsse gezogen, denn ein Mäuseembryo wächst innerhalb von 14 Tagen auf mehr als 1 cm Größe, von der Krebszelle meint man aber, sie brauche 20 Jahre, um 1 cm Größe zu erreichen. Als ich dem obersten deutschen Onkologen diesen Widerspruch vor Augen führte, wußte er gar nichts mehr zu sagen. Außerdem habe ich Hunderte von per Röntgenbilder nachweisbaren Fällen, wo Lungenrundherde mit absoluter Sicherheit innerhalb von 4 bis 6 Wochen von Null auf 2 cm und größer gewachsen sind, die also mit absoluter Sicherheit vor diesen 4 Wochen weder auf dem Röntgenbild noch auf dem Szintigramm auch nur spurenmäßig zu erkennen gewesen wären. Und es gibt Tausende von Fällen (ich selbst habe eine ganze Reihe davon), wo bei engmaschigeren Kontrollen das Wachstum der Rundherde in der Lunge von Tag zu Tag geradezu Millimeter für millimeterweise zu erkennen ist. Eine völlig schwachsinnige Annahme, daß diese Rundherde dort 20 Jahre lang in Frieden schlummern, um anschließend innerhalb von 4 Wochen von Null auf über 2 cm Größe anzuwachsen. Ich konfrontierte den Onkologen in der Fernsehsendung mit dem Vergleich, eine Frau würde berichten, sie sei vor 20 Jahren

geschwängert worden, jetzt endlich sei das Kind zur Welt gekommen, das 19 Jahre lang in ihrer Gebärmutter als Eizelle gelegen habe. Diese weitgehend mythologische Betrachtungsweise naturwissenschaftlich-biologischer Vorgänge durch unsere hochqualifizierten Onkologen leuchtet heute nicht mal mehr theologischen Mystikern ein. Sie haben den Schwachsinn und den onkologischen Dogmenglauben einfach übertrieben – ohne Rücksicht auf die Patienten.

Und das Allertollste an der Sache ist noch folgendes: Den Nachweis dafür glaubte man, man höre und staune: ausgerechnet röntgenologisch geführt zu haben! Und dabei ist man einem riesengroßen Irrtum aufgesessen, nämlich unseren gut bekannten, inaktivierten oder schlafenden Krebsen! Natürlich kann man die schlafenden Carcinome 20 Jahre lang röntgen, die rühren sich nicht. Aber das Drum und Dran ändert sich mehr als der ruhig schlummernde Krebsknoten. D. h. röntgt man z. B. bei einer jungen Frau oder Mädchen einen Lungenrundherd von 2 cm Größe, der inaktiviert ist, dann ist dieser Rundherd mit 40 Jahren scheinbar kleiner, weil der Thorax der Frau größer geworden ist. Die Frau ist etwas korpulenter meist, das Zwerchfell wird hochgedrückt, der Lungeninnenraum ist breiter als er war, als die Frau ein zerbrechliches 20jähriges »Püppchen« war. Röntgt man aber umgekehrt die Frau zum 1. Mal mit 40 (was ja gewöhnlich der übliche Fall ist), und dann später mit 60 oder 70 wieder, dann hat der Rundherd scheinbar ganz langsam zugenommen, weil die liebe Oma jetzt wieder ein zerbrechlich kleines zartes »Hutzelweibchen« ist mit einem schmalen Thoraxinnenraum, so daß der Rundherd gegenüber vor 20 oder 30 Jahren langsam gewachsen zu sein scheint, *aber eben nur relativ!* So kann man und hat man sich unendlich schöne Lügen in die wissenschaftliche Tasche gezaubert, wurde dafür zum Professor ernannt und fühlt sich dann ein Leben lang verpflichtet, diese Lügen aufrechtzuerhalten, weil man ja sonst für lauter Unsinn Professor geworden wäre und alle Studenten in ein Hohngelächter einstimmen würden! Ähnliche Tricks könnte man auch erzielen, wenn man den Abstand der Röntgenröhre etwas und möglichst systematisch, verändert.

Man braucht gar nicht mal bewußt die Absicht haben, es kommt nachher fast von alleine.

33. Wann ist der Krebs nachweisbar?

Diese Frage ist nicht einheitlich zu beantworten, weil man eigentlich nicht von »dem Krebs« sprechen kann, wenn man sich auf die heute übliche Diagnostik des Krebs bezieht.

Gäbe es einen sicheren Nachweis für Krebs, wie man ihn in Zukunft vielleicht durch den Nachweis des Dauer-Sympathicotonus oder des HAMERschen HERDES unmittelbar nach dem DHS haben wird, dann wäre diese Frage sehr einfach zu beantworten. Für einen sehr guten Menschenkenner ist der Krebs schon am 1. Tag seines Entstehens offensichtlich, für einen Schulmediziner erst, wenn der Histologe ihm bescheinigt hat, daß es sich um Krebszellen handelt. Da fängt schon die Problematik an. Denn es handelt sich ja in allen Fällen – auch nach der Lösung des Konfliktes – immer noch um »Krebszellen«, selbst wenn keine Mitosen (Zellteilungen) mehr nachweisbar sind. Manche Krebse sind schon auf dem Röntgenbild der Lunge nachweisbar nach 14 Tagen (Lungenrundherde), während in einem solchen Stadium ein Darmkrebs sich noch jeglicher sog. »objektivierbarer Diagnostik« entzieht. Auch die Szintigraphie muß in diesem Sinne sehr kritisch beurteilt werden, hat sie uns doch bei den Knochenherden vollständig im Stich gelassen, weil man nämlich mit ihr nicht unterscheiden kann zwischen dem »Kommen eines Krebses« und dem »Gehen eines Krebses«. In beiden Fällen handelt es sich um eine stoffwechsel-hochaktive Phase, die im Szintigramm registriert wird, ohne daß es dabei eine Aussage machen kann, ob der Stoffwechsel durch das Kommen oder durch das Gehen (Rekalzifizieren) im Knochen zu erklären ist. Auch andere Krebsuntersuchungstests (CEA, Blutsenkung etc.) sind mit großen Unsicherheitsfaktoren behaftet oder nur differentialdiagnostisch verwertbar.

Ich meine, man sollte in Zukunft 5 diagnostische Säulen verwenden:

1. Der Patient sollte, wenn er das Gefühl hat, ein DHS erlitten zu haben, und Tag und Nacht nur noch an seinen Konflikt denkt, Vertrauen fassen und zu einem Beichtvater, sprich erfahrenen Arzt gehen und mit ihm diesen Konflikt durchsprechen.
2. Der Arzt sollte ein guter Menschenkenner sein und den Patienten beurteilen können, ob der Patient im Dauer-Sympathicoto-

nus ist, d. h. ob es wahrscheinlich ist, daß ein DHS abgelaufen ist und der Konflikt noch andauert. Gleichzeitig mit der Diagnostik sollte die Therapie beginnen!

3. Der Arzt sollte in Zukunft die Möglichkeit haben, mit objektiven Parametern einen Dauersympathicotonus festzustellen. Dies dürfte nicht schwierig sein. Im Grunde würde fast eine »Dauergrundumsatzbestimmung« genügen. Wenn man erst mal das Prinzip erkannt hat, ist diese Diagnostik eigentlich überhaupt kein Problem.
4. Man sollte schnellstens Kontrastmittel entwickeln oder elektrophysiologische Parameter entwickeln, mit deren Hilfe man einen HAMERSchen HERD auch schon nach dem DHS, also vor der Konfliktlösung, lokalisieren und messen kann. Dadurch könnte man das DHS bestätigen und terminieren und objektivieren.
5. Wenn wir den HAMERSchen HERD schon nach dem DHS ausmachen, also lokalisieren können, dann haben wir in Zukunft auch die Möglichkeit, aufgrund der Lokalisation des HAMERSchen HERDES den Krebsherd im Körper zu finden, denn wir kennen ja jetzt die strenge örtliche Korrelation. Durch dieses Verständnis der Korrelation können wir uns in Zukunft fast sämtliche diagnostischen operativen Eingriffe samt histologischer Untersuchung ersparen.

Am Ende wird sich die Diagnostik auf die Psyche und das Gehirn des Patienten beschränken, da der Organbefall in der Peripherie des Körpers zwangsläufig daraus resultiert. Und man wird nur noch operativ eingreifen, wenn es mechanische Behinderungen durch einen Tumor gibt.

Der erste feste Punkt, an den ich mich halten mußte und der auch in meiner diagnostischen Übersichtstabelle aufgeführt ist (siehe Seite 442, war der gewöhnlich durchschnittliche Zeitpunkt des subjektiven Bemerkens einer Krebsgeschwulst durch den Patienten selbst, bzw. der Symptome, wenn er die Krebsgeschwulst selbst nicht tasten konnte – bei Mamma-Ca 7 mm großer Knoten, beim Darm-Ca Blutungen, Darmspasmen, Obstipation oder Diarrhoe, beim Bronchial-Ca Husten, Hämoptoe (blut. Auswurf.) Auch dieser subjektive Zeitpunkt, wann man einen Krebs bemerken kann, hat naturgemäß Unsicherheiten, z. B. beim Peribronchial-Carcinom, wo entscheidend ist, wo der Tumor sitzt, bzw. wie groß er an eben dieser Stelle werden kann, bevor er einen Bronchus imprimiert (eindrückt) und dadurch entsprechende Symptome macht.

34. Wann kann der Patient den Krebs bemerken?

Entstehen tut ein Krebs immer und ausnahmslos beim akuten Kurzschluß des Gehirns, beim DIRK-HAMER-SYNDROM, diesem hochdramatischen Ereignis, bei dem sich der Feldeinbruch im Gehirn ereignet.

Wären unsere Untersuchungsmethoden genau genug, dann könnten wir den Krebs – sowohl im Körper am Organ als auch im Gehirn – messen! Das könnten wir teils mit direkten Methoden (Operation eines Mikro-Krebses), teils mit indirekten Methoden (Rö-Kontrast-Computertomogramm, Szintigramm, Elektro-Encephalogramm, Protonen-Emissionstomogramm etc.) Der Krebs ist grundsätzlich von der 1. Minute an feststellbar und meßbar. Aber er unterschreitet, wie gesagt, die Genauigkeiten unserer Meßmethoden.

Dagegen gibt es einen Maßstab, mit dem ein sehr erfahrener Arzt – allerdings mit einem großen Maß an Unsicherheit – feststellen könnte, ob ein Krebs »im Gange« ist: durch Beurteilung der Innervation. Der an Krebs erkrankte Patient ist stets in der fast ausschließlichen oder überwiegenden Innervation des Sympathicotonus (genannt auch Anspannungs- oder Streßtonus, Angriffstonus, Arbeitstonus oder dgl.).

Würde ein sehr erfahrener Arzt, der den Patienten gut kennt, eine solche plötzliche Innervations-Umschaltung bemerken, könnte er natürlich sofort nach dem DIRK-HAMER-SYNDROM fragen und wäre dann ganz sicher, ob ein solches DHS vorgelegen hat und der Konflikt andauert, bzw. sich da ein Krebs entwickelt. Weiß der Arzt den subjektiven Konflikt-Erlebnis-Inhalt, dann weiß er auch, welches Organ betroffen sein muß.

Ich habe bisher einen solchen Fall erlebt, wo ich mir ganz sicher war – bei einer jungen Krankenschwester wegen ihres Kindes, Brustkrebs –, daß ein DHS entstanden sein mußte. Bei ihr konnte ich innerhalb von Stunden die Conflictolyse herbeiführen, den Konflikt lösen. Unter einem Strom von Tränen schlief die Patientin ein. Als sie nach 2 Stunden aufwachte, hatte sie eine Gesichtshalbseiten-Parese, klobige Sprache, Kopfschmerzen, offensichtlich Zeichen eines Hirnoedems. Nach weiteren 3 Stunden war alles wieder normalisiert.

Uns fehlen bisher, weil ja noch niemand auf solche Vorgänge gezielt geachtet hat, zahlenmäßig repräsentative Beobachtungen.

Ich glaube aber, daß wir sie in Kürze zuhauf haben werden. Denn inzwischen ist das Interesse dafür, zumindest bei Heilpraktikern und Naturärzten, geweckt.

Wann kann aber nun der Patient den Krebs bemerken? Der Pat. ist nach dem DHS wie in einem Bann gefangen oder in einen Bann geschlagen. Er ist nicht in der Lage, sich selbst objektiv zu beobachten. Außerdem wäre das wohl gar nicht so gut, wenn er sich dauernd daraufhin beobachten würde. Sehen wir doch, die heutige Form der »Dauer-Vorsorge-Untersuchungen« ist praktisch einerseits wie eine »Dauerbauchnabelschau« des Patienten und eine geradezu sklavische Unterwerfung unter den Vorsorgearzt, der schließlich alle 14 Tage feststellt: Gott sei Dank, noch nichts passiert. Das unmündige Kind Patient, das in panischer Angst vor den 1500 sogenannten Carcinogenen, den vermeintlichen Krebserzeugern, sich alle 14 Tage auf den Prüfstand des Vorsorgearztes stellen muß und erst – aber nur für 14 Tage – aufatmen kann: *noch* ist nichts passiert, aber wer weiß, was nächstes Mal ist.

Sehen wir also einmal von diesen Fällen der Selbstbeobachtung durch den Pat. ab, dann wollen wir uns ja in diesem Kapitel mit der Frage beschäftigen, wann der Pat. *normalerweise* seinen Krebs an sich bemerkt.

Die dabei gefundenen Zeitwerte sind reine Erfahrungswerte und auch nur ungefähr genau, denn wir wissen ja von dem 3. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS, daß der Konfliktverlauf genau dem Krebserkrankungs-Verlauf entspricht. Folglich: ist der *Konfliktverlauf sehr intensiv*, dann ist auch der *Erkrankungsverlauf sehr intensiv*.

Diese Abläufe sind funktional-psycho-cerebral. Sie haben deshalb naturgemäß Schwankungsbreiten, die wir aber ja verstehen und sogar diagnostisch verwerten können.

So kann ein Patient schon nach 3 Monaten Husten und Atemnot bekommen, wenn er einen gewaltig aktiven und intensiven Todesangstkonflikt hat, wobei die Rundherde in der Lunge schon auf Markstückgröße kommen können, während »normalerweise«, also bei weniger intensivem Todesangstkonflikt, die Zeit dafür etwa 7 Monate beträgt.

Dagegen sind die »allgemein-menschlichen Konflikte« z. B. beim Mann, die ein Plattenepithel-Bronchial-Carcinom bewirken, und die über 18–19 Monate laufen, meist etwas »temperierter«, d. h. selten so fudroiant, so dauerintensiv, so daß die Zeit, bis wann der Pat. seine Erkrankung bemerkt, meist ziemlich gleichlautend bei

allen Fällen 18 bis 19 Monate beträgt. Aber es kommt hier noch etwas hinzu: Im Gegensatz zu dem »peribronchialkleinzelligen«, vom Hilus ausgehenden und sich auch stark im Mediastinum (Herzhinterraum) ausbreitenden Carcinom, der also *um den Bronchus* wächst, bis er den Bronchus schließlich verschließt, wächst das intrabronchiale Plattenepithel-Carcinom *im Rohr des Bronchus*. Und dieses Bronchusrohr ist eben gewöhnlich durch den gewachsenen Krebs nach 18 bis 19 Monaten verschlossen. Wir haben hier also eine einigermaßen vorgebene Größe des Bronchusrohrs, ein einigermaßen temperiertes gleichmäßiges Wachstum des Krebs und damit auch eine einigermaßen ziemlich gleiche Zeit für alle Fälle, wann das Bronchusrohr sich verschließt. Diese Zeit schwankt gewöhnlich um 1 bis 2 Monate, hängt natürlich auch noch mit der Empfindsamkeit des Patienten ab, die wiederum den Zeitpunkt bewirkt, wann der Pat. mit seinen Beschwerden endlich zum Arzt geht und eine Röntgenuntersuchung der Lunge veranlaßt. (Siehe dazu Abb. am Ende des Kapitels).

Dagegen kann der peribronchiale (um den Bronchus herumwachsende) kleinzellige Krebs manchmal schon sehr frühzeitig einen Bronchus abklemmen, oftmals passiert das aber auch erst sehr spät, wenn der Krebs schon gewaltige räumliche Ausmaße angenommen hat, ohne daß bis dahin ein Bronchus abgeklemmt wurde. Für jeden Menschen mit gesundem Menschenverstand, der sich diese mechanisch-funktionellen und psychisch-cerebral bedingten Zusammenhänge vorstellen kann, sind diese Zusammenhänge auch sehr gut verständlich und einleuchtend.

Oder: Eine körperbewußte Patientin mit kleinem weichem Busen wird ohne Zweifel ihren Brustkrebs nach 2 Monaten spätestens bemerken, wenn er 0,7 cm groß ist. Dagegen kann es leicht passieren, daß eine sehr prude Patientin, die sich vor Scham so gut wie niemals an den Busen greift, einen 2,5 cm großen Knoten über Jahre nicht entdecken wird, wie ich jetzt einen Fall hatte, wo der Konflikt nach 5 Monaten gelöst wurde und der bis dahin bereits 2,5 cm große Knoten 4 Jahre lang inaktiviert friedlich dort geschlummert hat – und auch weiter schlummern wird –, bis die Patientin ihn mal »zufällig« beim Waschen bemerkt hat. Diese Patientin von 80 Jahren hatte ebenfalls einen mäßig kleinen, weichen Busen.

Hinzu kommen nun aber im allgemeinen noch Unterschiede in der Größe und Konsistenz der Brüste bei den verschiedenen

Patientinnen; außerdem ist die Lokalisation des Knotens mal mehr äußerlich (peripher), mal mehr innerlich (zentral) in der Brust.

All diese Unterschiede, die natürlich unterschiedliche Manifestationszeiten bis zur Entdeckung des Knotens bewirken können, muß man sofort einbeziehen und einberechnen, wenn uns eine Patientin gesagt hat, wann sie ihren Knoten in der Brust entdeckt hat und wie groß er war. Die Unterschiede der Manifestationszeit, so nennen wir eine Zeit, die verstreicht, bis eine Sache wirklich oder scheinbar »manifest« wird, hängen, wie wir sahen, sehr stark von der topographischen Lage (Lage im Körper), speziell aber der genauen Lage im Organ, ab.

Wieder ein Beispiel: Ein Krebs am Magenausgang wird meist relativ frühzeitig bemerkt, weil er den Magenausgang verschließt und dadurch frühzeitig Symptome macht (Erbrechen nach der Mahlzeit etc.). Dagegen kann ein Krebs im Magenfundus (der großen Rundung des Magens) manchmal Doppelfaustgröße erreichen und noch mehr, bevor er bemerkt wird. Dagegen ist wiederum das Bluten eines Gebärmuttermund-Krebses ein Vorgang, der in den meisten Fällen ziemlich genau 12 Monate nach dem DHS (DIRK-HAMER-SYNDROM) beobachtet wird. Auch hier gibt es natürlich im Einzelfall mal Unterschiede in der Manifestationszeit, wenn durch Schwangerschaft, mechanische Verletzungen oder obnorme Reizungen bei Cohabitationen, Infektionen oder Manipulationen ein solche Blutung »vorzeitig« provoziert wird. Auch hier muß man solche Momente in die Manifestationszeit-Berechnung mit einbeziehen. Trotzdem sind die Unterschiede meistens relativ nur klein.

Beim Mundschleimhaut-Carcinom, ebenfalls einem Plattenepithel-Carcinom wie im Bronchus oder am Muttermund, ist der Unterschied der Manifestationszeit manchmal erheblich, je nachdem z. B., ob der Krebs in der weichen Wangenschleimhaut wächst – und dann ziemlich spät erkannt wird, weil er kaum Beschwerden macht –, oder ob er auf Kiefer z. B. wächst, wo er sofort eine Spannung der Schleimhaut auf dem Kieferknochen macht und von dem Patienten schon nach wenigen Wochen bemerkt wird.

Deshalb meine ich ja, daß der Diagnostiker für Krebs unmöglich ein Psychologe sein darf, der keine klaren topographischen und anatomischen Vorstellungen vom menschlichen Körper hat, noch weniger von den Funktionen der menschlichen Organe, sondern alles nur durch die »Psychobrille« sehen will, die Körperlichkeit im Grunde leugnet oder skotomisiert. Vielmehr müssen wir Ärzte

ausbilden, die das Zusammenwirken aller dieser Komponenten, körperlicher wie seelisch-cerebraler Komponenten, herausfinden, vergleichen und beurteilen können, sogar funktional, wie etwa der Mathematiker das momentane Integral aus der Funktion verschiedener Kurven bilden kann. Nur so kann man sinnvolle Krebsdiagnostik mit gesundem Menschenverstand betreiben. Dabei ist es nicht nötig, sämtliche apparativen Techniken bis zum Letzten zu beherrschen, sondern der Arzt muß beurteilen können, was ihm die damit gewonnenen Ergebnisse bei seiner Diagnostik der funktionalen Vorgänge von Körper und Seele an Hilfestellung geben können.

Z. B. der im Computertomogramm sichtbare Knoten eines Magenkrebses besagt noch gar nicht mehr als daß dort wirklich einmal ein solcher Krebsknoten entstanden ist. Wann, das sagt das Tomogramm uns nicht. Dieses Wann ist aber entscheidend für das, was entweder folgen muß, folgen kann oder ob möglichst gar nichts folgen muß, wenn es sich um ein altes inaktiviertes Geschehen handelt, was schon mit Sicherheit Jahre zurückliegt.

Aber auch in einem solchen Fall z. B. wäre es noch wichtig, diese alte Achillesferse aufzudecken und den Patienten notfalls zu warnen, sich diesem Konflikt oder einem ähnlichen Konflikt dieses Konfliktbereichs möglichst nie wieder zu konfrontieren.

Z. Z. kann man z. B. Lungenrundherde schon nach 4 bis 6 Wochen im Röntgenbild der Lunge sehen, dann machen sie aber noch lange keine Beschwerden subjektiver Art in Form von Husten u. dgl. Natürlich ist der Pat. im Sympathicotonus, was aber nur sehr erfahrenen Ärzten auffällt.

Im Szintigramm, das uns praktisch Gradmesser für die Stoffwechselaktivität der verschiedenen Organe des Körpers ist, kann man Krebsherde auch schon recht frühzeitig feststellen, etwa nach 1 bis 3 Wochen. Allerdings kann es zu diesem frühen Zeitpunkt szintigraphisch noch alles Mögliche sein. Es ist eben nur eine stoffwechselaktive Zone oder Gebiet.

Die Beurteilung all dieser sogenannten objektiven Befunde, die aber wieder so objektiv nicht sind, weil nur die Beurteilung dieser Befunde erst von Wichtigkeit wird, die sollte in die Hände des möglichst ärztlich und menschlich erfahrensten Arztes, den man überhaupt auftreiben kann. Hinzu kommt ja noch, daß die Art und Weise, wie ich evtl. dem Pat. die objektiven Befunde und die Bewertung dieser Befunde, die wiederum von der Auswertung der dem Arzt vom Patienten gemachten subjektiven anamnestischen

Angaben abhängt, mitteile und mit ihm *zugleich* wie ein guter Freund seines Vertrauens mit ihm bespreche.

Es tut mir leid, wenn ich jetzt meine Leser vielleicht nur verwirrt habe, indem ich aufgezählt habe, welche unterschiedlichen Manifestationszeiten es bei den scheinbar gleichen Krebsen geben kann. Aber mir kommen immer die Wissenschaftler höchst verdächtig vor, die mit einer Methode viel mehr aus einer Sache herausholen, als überhaupt darin sein kann. Mir geht es nicht so sehr darum, daß der Patient ein festes Schema auswendig lernt, sondern mir ist viel mehr daran gelegen, daß er es auch versteht. Zugleich auch die Grenzen der Meßbarkeit versteht, überhaupt das ganze System versteht.

Denn gleich ist in dem System, daß alle Krebse am ersten Tag entstehen. Daß man sie auch bei oft ungleichen Manifestationszeiten erst finden kann, hat eben mehrererlei Gründe, wir sahen:

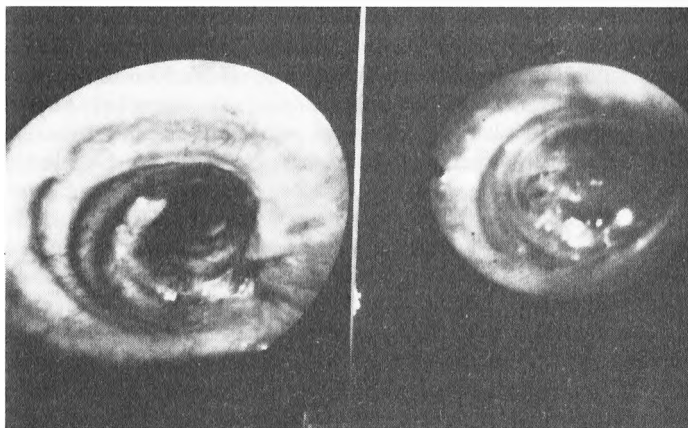
1. verschieden schnelles Wachstum entsprechend
der Intensität
des Konfliktes
2. verschiedene Ausdehnung d. Krebs entspr.
der Ausdehnung
des Konfliktes
3. verschiedenzeitige Auffindbarkeit des oder der Krebsknoten
oder des Krebsgeschwürs entspr.
Größe des Organs,
Konsistenz,
Lokalisation
des Krebs innerhalb des Organs,
Empfindlichkeit und Empfindsamkeit des Patienten u.s.w.
4. Verschiedenartigkeit der Untersuchungsmethoden
Rö, CT, Szintigr., EEG, Histologie, PET, Kernspin, etc.
5. Verschiedenartigkeit der psychocerebralen Untersuchungsmethoden (Beurteilung des Sympathicotonus, EEG, Hirn-Ct, Anamnese)

An sich könnten wir scheinbar ganz einfach unterteilen, wie ich es zu Anfang auch getan habe, zwischen der Manifestationszeit und der Zeit, die vergeht, bis ich den Krebs apparativ diagnostizieren kann.

Aber nicht nur die Apparate werden verbessert in ihrer Genauigkeit, sondern es wird auch so sein, daß die Patienten, wenn sie

erst einmal gelernt haben auf Symptome zu achten, auf die heute noch keiner achtet, dann wird man gewisse Krebse an bestimmten Lokalisationen, bzw. von bestimmten Konflikterlebnis-Inhalten, immer früher diagnostizieren und auch gleich therapieren. So, wie in dem oben angeführten Fall, wo ich sofort wußte, daß ein DHS resultiert war und ein Krebs entstanden sein mußte! Deshalb soll die Tabelle am Ende dieses Buches lediglich helfen, einmal die Norm oder die übliche Regel der Manifestationszeit zu finden, zum anderen an der Schwankungsbreite zu ersehen, daß jede Krebslokalisation auch am einzelnen Organ wieder verschiedene Lokalisationen haben kann, die wiederum zu den unterschiedlichen Manifestationszeiten führen, ganz zu schweigen natürlich von der jeweils verschiedenen Intensität und Ausdehnung des Konfliktes, die ihr Spiegelbild gleichsam im Wachstum der Krebsgeschwulst am Organ haben.

Deshalb ist es so wichtig, daß der Patient – und möglichst die Patienten miteinander – den gesamten Mechanismus dieses Geschehens, das *System* kennenlernen, damit sie keine Angst mehr vor diesem »*Rumpelstilzchen*«, diesem bisher Undurchschaubaren, haben brauchen.



Fotografie: Intrabronchial-Plattenepithel-Carcinom im Bronchus wachsend als Geschwür etwa 3 Monate nach DHS.

35. Wie erfolgt die Lokalisation des Krebs?

Es tut mir leid, wenn in diesem Kapitel zusammenfassend nochmals auch Dinge wieder genannt werden, die in vorangehenden Kapiteln schon gestreift worden sind. Hauptzweck dieses Buches ist es, den Patienten das System der EISERNEN REGEL DES KREBS (ERK) so vertraut zu machen, daß sie damit umgehen können. Dazu gehört auch, daß man manche Dinge von verschiedenen Seiten beleuchtet und erklärt.

Das Gehirn ist der Riesencomputer oder die Kommandozentrale für alle Organe des Körpers, ja für jede einzelne Zelle des Körpers. Jede einzelne Zelle wird von einem elektrischen Impuls-Raster gelenkt, *funktionell*, *genetisch* und auch *psychisch*! Das ist eine entscheidende neue Erkenntnis, die uns die EISERNE REGEL DES KREBS gebracht hat, daß eben jede Zelle des Körpers auch psycho-cerebral gesteuert wird!

Unser Gehirn »*lokalisiert*« gleichsam z. B. psychische Konflikte in eine bestimmte Körperregion, die wiederum einem entsprechenden Großhirnbereich zugeordnet ist. Es wird sicherlich noch mannigfaltiger und ausgedehnter Untersuchungen und Beobachtungen bedürfen, bis wir ganz genau wissen, wie das eigentlich ganz genau alles zusammenhängt. Es wäre einfach dumm, wenn ich so tun wollte, als ob ich das schon alles wüßte. Soviel können wir sagen, daß der Patient die subjektiven Empfindungen, die er spontan bei seinem akut dramatischen schweren Konflikterlebnis (DIRK-HAMER-SYNDROM) assoziiert, in einen bestimmten Gehirnbereich lokalisiert, der ihn wiederum in einen diesem Bereich korrespondierenden Organbereich lokalisiert. Nageln Sie mich nicht fest, liebe Leser, wie dieser Bereich im Gehirn »*aus-sieht*«. Wie sieht das Innenleben eines vergleichsweise kümmerlichen von unseren Supercomputern aus? Ich stelle mir diesen Bereich 4dimensional vor, wobei die räumlichen Dimensionen (3 Dimensionen) mit einer 4. elektrischen, vielleicht mit einer 5. (Widerstände) sowie einer 6. (intrazelluläre Vorgänge) kombiniert wären. Irgend etwas in dieser Richtung muß es sein. Die Medizinforschung der Zukunft wird sich in erster Linie mit der Aufklärung dieser neurocerebralen Vorgänge im Gehirn, den Nerven und den »*Erforgsorganen*« (also den Zellen im Körperorgan) beschäftigen.

Reden wir also einstweilen nicht genauer davon, weil wir es nicht genauer wissen. Reden wir einstweilen schlicht von einem »*Feld-*

einbruch im Gehirn«, der bei dem DIRK-HAMER-SYNDROM entsteht: Dem HAMERschen HERD.

Das entsprechende Feld, was da einbricht, hat bis dahin normale Codes an einen bestimmten umschriebenen Bereich von Zellen eines Organs geliefert. Jetzt liefert es plötzlich falsche Codes. Die korrespondierenden Zellen, die den falschen Code bekommen, entarten jetzt zu Krebszellen. Diese Zellen sind ebenfalls Körperzellen, nur etwas anders gebaut, weil sie »*fehlcodiert*« sind.

Das Feld des Gehirns, was da bei dem akuten Konflikterlebnis (DHS) zusammenbricht, entspricht der Gegend des Gehirns, die für die mit dem Konflikterlebnis subjektiv assoziierte Vorstellung »*zuständig*« ist. Das hat man bisher nicht gewußt, höchstens geahnt. Man kennt natürlich das Riechzentrum, Sehzentrum und dgl., archaische Zentren. Aber daß sich eine Vorstellung konkret cerebral manifestiert und gleichzeitig korrespondierend organbezogen manifestiert, das ist eine ganz neue Vorstellung, die erst durch die EISERNE REGEL DES KREBS gefunden und auch gleich bewiesen worden ist. Eine zugleich faszinierende und gigantische Vorstellung, sogar bewiesene Vorstellung, daß jedem Vorstellungsbereich im Großhirn der »*zugehörige*« Organbereich im Körper entspricht. Bricht also z. B. ein Feld des Gehirns ein, in dem die Vorstellung eines Teils des Mundes gespeichert oder lokalisiert ist, dann erkrankt ein umschriebener, diesem Vorstellungsbereich entsprechender Bereich der Wangenschleimhaut beispielsweise, der diesem Zerebralbereich korrespondierend zugehört oder entspricht, an fehlcodiertem Zellwachstum, also an einem Krebsgeschwür. Sehen und fotografieren kann ich den Feldeinbruch im Gehirn im Kontrast-Computertomogramm erst dann, wenn die Reparationsphase mit dem obligaten Begleitödem einsetzt. Dann kann ich sagen: Dort, wo das Ödem ist, da sind auch die Reparationsvorgänge, und wo die sind, da muß auch das Feld eingebrochen gewesen sein (HAMERscher HERD).

Diese sehr komplizierten Vorgänge umschreibt die EISERNE REGEL DES KREBS sehr einfach mit dem 2. Kriterium:

Der Konflikt-(Erlebnis-)Inhalt entspricht der (Organ-)Lokalisation des Krebs.

Über 2000 inzwischen von mir untersuchte Fälle haben das auf die anschaulichste Art und Weise belegt. So viele Konflikt-Erlebnis-Varianten könnte man sich gar nicht ausdenken, wie das Leben selbst uns aufzeigt. Und niemals gibt es dabei eine Ausnahme.

36. Wie verhält sich das Gehirn zum Körper? Welche Korrelation besteht?

Wie sich genau das Gehirn zum Körper verhält, das weiß noch so richtig genau niemand. Seltsamerweise ist dieser Bereich bisher ein Stiefkind der medizinischen Forschung geblieben. Es ist so, als wollten Abc-Schützen einen hochkomplizierten Computer befor-schen. So stehen wir Zauberlehrlinge Mediziner vor diesem Super-computer Gehirn, der etwa Millionen mal größer und komplizierter ist als alle von uns gebauten Computer, auf die wir schon so stolz sind. Wenn wir uns nur an einem Beispiel vorstellen, welche Präzision und welch kompliziertes Zusammenwirken von Tausenden von Informationen, Datenverarbeitungen, Befehlen aus der Kommandozentrale dazugehören, die Gemse innerhalb von Bruchteilen einer Zehntelsekunde mit dem richtigen Fuß sicher auf dem exakt berechneten Zentimeter des Felsens landen und sofort wieder abspringen zu lassen, jeglichen einzelnen Muskel anzuweisen, den exakt richtigen Zug die exakt richtige Zeitlang zu vollführen, das alles ist so atemberaubend kompliziert und präzise, daß wir Menschen und Mediziner davor wie erbärmliche Stümper stehen, die sich gleichwohl einbilden, die klügsten Geschöpfe der Erde zu sein.

Ich will hier deshalb auch nicht lange Abhandlungen über das Gehirn verfassen und so tun, als wüßte ich viel oder mehr als andere, die es auch nicht wissen.

Die wenigen Dinge, die ich glaube, herausgefunden zu haben, sind folgende:

1. Beim DIRK-HAMER-SYNDROM entsteht eine Art Kurz-schluß im Gehirn, ich nenne das einen elektrophysischen »*Feldeinbruch*« im Gehirn, ähnlich, als wenn die Zelle einer Batterie zusammenbricht, nur millionenfach komplizierter.
2. Dieser Feldeinbruch, den wir uns 4dimensional vorstellen müssen (3 räumliche Dimensionen und als 4. die elektrische Dimension), bewirkt offensichtlich eine völlige nervöse (zentralnervöse) Umschaltung des Gehirns auf »*Dauer-Sympathico-Tonus*«.

Dieser Dauersympathicotonus bewirkt die rasche Gewichtsabnahme des Patienten, die Blutsenkungserhöhung infolge von Stoffwechselbeschleunigung sowie sämtliche sonstigen Sympto-

me, die die Ärzte bisher als sog. krebsverdächtige Symptome entdecken konnten.

3. Der Feldeinbruch bewirkt eine Fehlcodierung einer bestimmten, umschriebenen Körperregion, die unter diesem Dauerfehlcodcode fehlgebaute Zellen entwickelt, eben die Krebszellen. Die Krebszellen entstehen also von der ersten Minute an nach dem DIRK-HAMER-SYNDROM. Lage, Ausdehnung und Art der Fehlcodierung bestimmen offenbar den sogenannten histologischen Typ der Krebszellenwucherung (oftmals sind es Mischtypen).
4. Wir müssen davon ausgehen, daß jeder Körperzelle ein elektrophysiolog. faßbares »*Etwas*« im Gehirn korrespondiv entspricht und umgekehrt. Dieses »*Etwas*« muß nicht gleichbedeutend mit einer Gehirnzelle sein. Es müßte also theoretisch und praktisch möglich sein, das Krebswachstum der Zellen am Organ zu stoppen durch Unterbrechung der Elektroleitung zwischen Gehirnbereich (Bereich der Fehlcodierung) und der peripheren Zelle, obgleich dadurch nicht die eigentliche Erkrankung, nämlich die des Feldeinbruchs im Gehirn, beseitigt würde. Der Patient könnte also symptomfrei werden hinsichtlich eines Weiterwachstums der peripheren Krebszellen am Organ, ohne von der Krankheit (Feldeinbruch in Gehirn) gesund zu werden. Die Fehlcodes würden lediglich »*ins Leere gehen*«, der Dauer-Sympathicotonus mit allen damit zusammenhängenden Symptomen würde bleiben.
5. Korrelation zwischen Empfindung, Erlebnisinhalt – und Organlokalisation, als *Psycho-Organbezug*:

Das 2. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS hat uns empirisch einen entscheidenden Zusammenhang offengelegt: Die Psyche »*empfindet*« den Körper offenbar viel intensiver und gezielter, als wir das bisher gehant haben. Das sind offenbar archaische Zusammenhänge aus der Zeit, als bei uns der Intellekt noch nicht unsere Empfindungen gefiltert und entspontaneisiert hat. Diese innige Beziehung zwischen Gehirn und Organ nennen wir beim Tier Instinkt.

Jedenfalls sehen wir, daß die Menschen ihre Erlebnis-Inhalte stets auf das »*zugehörige Organ*« projizieren. Das Gehirn reicht also offenbar via Nerv bis zur Zelle. Für manche Bereiche unseres Körpers ist das gar nicht so furchtbar neu: Bei einem optischen sexuellen Reiz kommt es beim Mann normalerweise in Sekundenbruchteilen zu einer Erektion des Penis, ein Zei-

chen, daß das Signal »*angekommen*« ist. Oder bei dem Wort »*Säugling*« kommt es bei einer laktierenden Mutter innerhalb von Bruchteilen von Sekunden zu einer Erektion der Brustwarzen und zum Milchfluß, ebenfalls ein Zeichen, daß der akustische Reiz »*angekommen*« ist. Diese Beispiele ließen sich für Harnblase, Magen, Enddarm, Speichelfluß etc. beliebig fortsetzen.

Aber offenbar ist auch unsere Gedankentätigkeit stets und untrennbar unseren peripheren Organen und Organzellen kommunizierend verbunden. Gehirn ist nie ohne Körper, Körper ist nie ohne Gehirn. Ja sogar die einzelnen Gedanken, noch mehr die Konflikt-Erlebnisse, scheinen nie ohne die »*zugehörigen Organe*« abzulaufen.

Folglich:

Erleidet ein Patient einen DHS, also ein schwerstes, akutes und isolatives Konflikterlebnis, dann resultiert nicht nur ein Feldeinbruch im Gehirn, sondern das »*zugehörige Organ*« erkrankt ebenfalls mit. Dieses »*zugehörige Organ*« ist offenbar diesem elektr. Feld angeschlossen.

6. Das Erstaunliche, was wir nicht vorher erschließen konnten, sondern rein empirisch gefunden haben, ist, daß der Feldeinbruch offenbar nicht irreversibel ist. Ob er vollständig wieder reversibel ist, jedenfalls im Normalfall, kann ich noch nicht sicher sagen, aber er ist es insoweit, als wir durch die Lösung des Konfliktes (Conflictolyse) einen Wiederaufbau dieses Feldes und einen Stopp der Fehlcodierung, also auch einen Stop des Krebswachstums (Carcinoston), bewirken können. An diesem Merkmechanismus besteht nicht mehr der geringste Zweifel, wie in vielen Hunderten von Fällen sogar prospektiv nachgewiesen wurde. D. h. man kann vorher – sobald man den Konflikt kennt – genau sagen, wie die Krankheit nach Lösung des Konfliktes *ab sofort* verlaufen wird (HAMERScher HERD). Hätte ich nur von den vielen Milliarden, die man für die sog. Krebsforschung zum Fenster hinauswirft, einen Bruchteil davon zur Verfügung, wir könnten über dieses Gebiet seit 2 Jahren schon unendlich viel mehr wissen. So aber muß ich alles der Natur und meinen Patienten mühsam ablauschen und abspionieren. Nur gelegentlich bekomme ich mal ein paar objektive »*Befunde*«, wie Computertomogramme, Röntgenbilder u. dgl. zu fassen. Meist werden mir sämtliche Befunde vorenthalten mit der Begründung, der Hamer wolle ja doch nur beweisen,

daß alle Mediziner seit Jahrzehnten Idioten gewesen seien und ihre vermeintliche oder Pseudo-Therapie der schlimmste Unsinn. Ich ziehe es dann meistens vor, nicht zu widersprechen, vielmehr ich kann gar nicht widersprechen.

Entgegen der bisherigen Psychosomatik postuliere ich für die Zukunft eine

Psycho-Enzephalo-Somatik.

Diese quasi Umbenennung ist nicht nur etwa ein Spiel mit Worten, sondern hat folgenden Sinn: Die meisten Psychologen, und mit ihnen ein großer Teil der Psychosomatiker, sehen zwar das Gehirn auch als Träger der Seele an, damit ist aber ziemlich dann Schluß. Sie räumen auch noch ein, daß Psyche und Körper miteinander zu tun haben »und viele Krankheiten seelische Ursachen« haben, aber eben nicht cerebrale. Man stellt sich die Seele als eine psychische Struktur vor, etwas Immaterielles, das durch die Kindheits- und Jugendentwicklung bedingt ist und durch alle möglichen Erlebnisse, und das man psychisch mehr oder weniger beliebig verändern kann durch »Psychotherapie«. In meinen Augen kann die Psychotherapie immer nur ein Teil einer »Psycho-Enzephalo-Somato-Therapie« sein. Deshalb wird man demnächst hoffentlich weder reine »Psycho-Logen« noch reine »Somato-Logen« noch »Enzephalo-Logen« an Patienten dranlassen, sondern nur noch Psycho-Enzephalo-Somatologen mit warmen Händen und gesundem Menschenverstand, eben Ärzte und nur wirkliche Ärzte. Denn bei jedem Wort, das ich zu meinem Patienten sage, reagiert das Gehirn und der Körper genauso mit wie seine Seele. Und mit jedem scheinbar rein körperlichen Eingriff – selbst wenn er in Narkose vorgenommen wird, reagiert das Gehirn und die Seele genau und synchron mit. Erleichtert wird uns diese Vorstellung, wenn wir denken: Das Gehirn reicht über die Nerven bis in jede Körperzelle, und über das Gehirn reicht auch die Seele bei Mensch und Tier bis in jede Körperzelle!

36. R. Konflikt-Ausdehnung (psychisch und cerebral) entspricht der lokalen Krebs-Ausdehnung am Organ (*»Krebs-Befall«*)

Das Verständnis von den Zusammenhängen des Krebs könnte eigentlich so einfach sein, wenn es nicht durch die Dogmen vom Krebs eingengt wäre. Eines dieser Dogmen z. B. ist, daß sich der Krebs *»weiterfrßt«*, eben wie die Arme eines Krebses.

Diese Vorstellung ist aber unsinnig, verallgemeinernd und schlecht beobachtet. Sie hat sogar dazu geführt, daß man heute noch glaubt, die Krebszellen würden durch die Lymphe und das Blut (lymphogene und hämatogene Aussaat) in den Körper gespült und würden dort Metastasen bilden. Man sieht, ein Unsinn wird dadurch nicht klüger, daß ihn Millionen von Medizinern *»glauben«*. Überhaupt überrascht diese Glaubensduseligkeit der sonst so arroganten kalten Medizyniker, die sonst immer auf *»Befunde«* pochen, sogenannte *»facts«*, Werte der Labors, die man messen und wiegen kann, Röntgenbefunde etc., in dieser Hinsicht aber ihren Kinderglauben streng bewahren, obgleich noch nie ein Mediziner – abgesehen nach Operationen und nach Tumoreinbruch in ein Gefäßsystem – jemals eine Krebszelle im Blut schwimmend entdeckt hat! Obgleich noch niemals geglückt ist, in einem Gewebe Krebs zu erzeugen, sobald es vom Gehirn getrennt war. Selbst mit Hilfe sog. *»Carcinogene«* ist das nicht möglich, womit die hochintelligenten Medi-Zyniker chemische Gifte bezeichnen, die angeblich einen Krebs an der Zelle erzeugen. Auch dies ist Dogma. Jeder Widerspruch ist strafbar, bis hin zum Ausschluß aus der Ärztekammer! Man muß sich nur mal diese Naivität und diesen Schwachsinn vorstellen: Millionen von Medi-Zynikern *»glauben«* einen Schwachsinn, den noch niemand jemals nachgewiesen hat: wissenschaftlichen Betrug mit Arroganz nenne ich so etwas. Und das, obwohl die Medi-Zyniker immer so über die Theologen und Philosophen herziehen, die auch nichts anderes machen, als gläubig an irgendwelchen Irrtümern zu hängen, die sie Dogmen nennen. In der begründeten Angst, wenn man die Dogmen antasten würde, würden die ganzen Kartenhäuser zusammenfallen. Laß sie doch alle fallen! Ist doch nicht schade darum, wenn Irrtümer fallen, schon erst recht ist es nicht zu verantworten, wenn statt dessen Menschen sterben müssen, nur weil Irrtümer

nicht angetastet werden dürfen, denen man das »Dummheits-Qualitätssiegel DOGMA« verliehen hat, rote Ampel für Dummköpfe! Nur unterscheiden sich die Medi-Zyniker noch durch eine kriminelle Note von den vergleichsweise harmlosen Theologen, von denen keiner behauptet, ein Dogma je bewiesen zu haben, was sie an coolem Quatsch behaupten und für ein »wissenschaftliches Dogma« ausgeben, ein Widerspruch in sich. Nicht zu fassen und zu verantworten, daß daraufhin Millionen von Menschen sterben müssen, weil die Arroganz der Hochschul-Medi-Zyniker nicht einmal zu einer Prüfung solcher Schulmedizin-Dogmen überhaupt bereit ist (siehe »Tübinger Syndrom: Neid, Arroganz, Ignoranz«). Die lokale Ausdehnung des Krebs am Organ kann genauso vielerlei Gestalt und Verlauf haben wie der dazugehörige Konflikt. Alles andere wäre doch unlogisch, nicht einzusehen.

D. h. stellen wir uns den Konflikt ganz real im Gehirn – wie wir ja inzwischen nachweisen können – als irgendein 4dimensionales Gebilde (die 4. Dimension ist die elektrische Felddimension) vor, dann wird der Krebs in der Peripherie, oder am Organ, sich entsprechend der ERK so verhalten, wie sich der Konflikt jeweils verhält. Dieser Konflikt ist aber nichts Statisches, sondern etwas Dynamisches, das sich von einer Stunde auf die andere ändert. Demzufolge ist auch der Krebs am Organ etwas, was sich dynamisch mitverändert. Bis hierher dürfte die Argumentation klar und einleuchtend sein. Aber nun kommt eine etwas schwierige Denkpassage: Wenn der Konflikt sich ausbreitet, also z. B. an Ausmaß zunimmt, dann nimmt auch die lokale Ausdehnung des Krebs am Organ entsprechend zu. Geht aber der Konflikt zurück oder verringert sich die Ausdehnung des Konfliktes, dann beobachten wir folgendes: Selbstverständlich wächst der Krebs ab sofort nicht mehr weiter!

Mehr verspreche ich meinen Patienten nie! Aber die verschiedenen Krebse verhalten sich in diesem Fall verschieden: In der Mundschleimhaut, die ja selbst das »Arbeitsorgan« ist, stört der Krebs und wird abgestoßen. Es kommt zu einer Restitutio ad integrum, zur völligen Heilung, falls der Konflikt vollständig gelöst werden kann. Aber an den meisten anderen Stellen des Körpers hat Mutter Natur das mit dem Abbau des Krebs gar nicht so eilig. Der Krebs, der ja aus körpereigenen Zellen besteht, hindert den Organismus längst nicht so, wie wir bisher annahmen, meist hindert er sogar fast gar nicht. Folglich ist auch der Abbau gar nicht so wichtig: Einkapseln und Stillegen genügt, wie der Körper das

mit den alten Abszessen, Fremdkörpern, alten Blutergüssen, Grützbeuteln u. dgl. mehr auch macht. Wir sehen also bei der Progredienz des Konfliktes auch eine Progredienz des Krebs, dagegen sehen wir bei der Regredienz des Konfliktes ein gewisses Latenzverhalten, also zwar keine Progredienz mehr, sondern einen Stillstand, aber keinen entsprechend korrelierenden Abbau des Krebs. Dieses Verhalten des Organismus, das im Grunde jedem Biologen geläufig ist, verunsichert viele einfältige Medizinerhirne, die nicht über gesunden Menschenverstand verfügen, sondern vermeintlich noch konsequenter sein wollen als die Natur selbst.

Das ist natürlich eine der Tatsachen, die die Entdeckung der Zusammenhänge des Krebs so erschwert hat. Daß man diese Zusammenhänge eben nur mit gesundem Menschenverstand entdecken konnte.

Stellen wir uns also vor, daß der psychisch-cerebrale Konflikt, den wir uns der Einfachheit halber zunächst einmal als 3dimensionales Gebilde denken, mehrere Arten der Ausdehnung haben kann. Er kann z. B. in der Insensität stark zunehmen, im Umfang aber gleich bleiben oder sogar im Umfang abnehmen. Was resultiert dann für den Krebs? Nun, der Krebs wird an einer Stelle an Größe rasch zunehmen, aber in der lokalen »Umgebungsausdehnung« keine Veränderung zeigen, sogar vielleicht etwas schrumpfend zurückgehen. In einem anderen Falle z. B. ist der gesamte Konflikt in voller Ausdehnung gleichmäßig und gleichbleibend aktiv, ohne daß es in einem Konflikt-Teilbereich zu einem Schub kommt. Nun, in einem solchen Fall wächst der Krebs gleichmäßig, ohne an Ausdehnung zuzunehmen in die Umgebung hinein und ohne daß eine einzelne Krebsgeschwulst besonders schnell oder schneller als die anderen wachsen würde.

Wieder in einem anderen Fall weitet sich der Konflikt selbst aus. Nun, entsprechend weitet sich dann auch die lokale Ausbreitung des Krebs aus.

Noch weitere Fälle sind denkbar: z. B. der, daß ein Konflikt zwar schon von Anfang an eine gewisse lokale Ausbreitung hatte, entsprechend auch der Krebs am Organ eine gewisse Ausdehnung hatte, ein Teil dieser Ausdehnung aber – z. B. bei einer Operation – nicht sichtbar war, später aber bei einem Andauern des Konfliktes sichtbar wird, obwohl er schon von Anfang an mikroskopisch klein vorhanden war.

Alle diese Fälle (Kasuistik) müssen wir jetzt erst beobachten lernen, denn früher hat man ja nie eine entsprechende Vergleichsbeobachtung mit den Konfliktvorgängen der Seele angestellt.

Hat man dieses System erst einmal richtig begriffen, dann ist es geradezu faszinierend. So als schaute ein guter Schachspieler einer Weltmeisterschaftspartie zu. Der Laie würde dagegen dort nur ein völlig unvernünftiges Herumgeschiebe und Geschlage von Figuren sehen können. Das alte Märchen vom Rumpelstilzchen. Sobald man seinen Namen kennt, in diesem Falle: das System kennt, ist die Gefahr schon fast gebannt.

Wie nun ganz genau die Korrelation zwischen Funktion der Hirnzellen und der Funktion der Organzellen, dem genetischen Code der Organzellen und andererseits der Fixation des Konfliktes an cerebrale elektische Felder im 4dimensionalen Sinne, ganz genau vor sich geht, vermag ich auch noch nicht sicher zu beurteilen. Wie schon gesagt, nur die Dummen wissen alles ganz genau. Wir müssen einfach weiter beobachten, und zwar möglichst alle zusammen und so schnell wie möglich.

Die EISERNE REGEL DES KREBS soll auch nicht etwa als unsinnig erkannte Medizin-Dogmen durch ein neues Dogma ersetzen, sondern sie stellt eine streng experimentell gefundene Gesetzmäßigkeit dar, die selbst übermorgen durch noch präzisere »*Gesetzmäßigkeiten*« abgelöst werden kann. Und schon gar nicht ist über die Ursachen dieser EISERNEN REGEL DES KREBS, nämlich die Vorgänge im Gehirn, das letzte Wort gesprochen! Das wird vielleicht noch Jahrhunderte dauern, bis wir da einigermaßen definitiv Bescheid wissen, von Überraschungen ganz zu schweigen!

37. Frage: Was ist Tod durch Chemo-»Therapie«? Antwort: Iatrogen (durch Ärzte verursachter) Tod durch Vergiftung

Wenn jemand sagt: *»Frau Meier ist am Krebs gestorben«*, dann unterscheidet er nicht, ob sie nun an dem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit gestorben ist, an Zweit- oder Drittcarcinomen, an Zwischenfällen durch die Krankheit (z. B. Ileus, Blutung, Kachexie durch Unfähigkeit der Nahrungsaufnahme, Anämie durch Knochenmarksherde), oder ob die Patientin durch die vermeintliche Therapie (Chemo-Vergiftung, Kobalt-Bestrahlungsverstümmelung oder überflüssige Operationsverstümmelung) gestorben ist. Immer heißt es: *»Ist am Krebs gestorben.«*

Der Krebs ist quasi immer Grund genug zum Sterben, egal, wie der Hase letztlich gelaufen ist. Viele Mediziner meinen auch: *»Egal, ob ich den Patienten vergifte oder ob er an der Kachexie stirbt. Sterben wird er ja am Krebs ohnehin.«*

Manche schätzen, daß etwa 30 % der Patienten, die mit Chemie zytostatisch vergiftet werden, eigentlich an dieser Vergiftung gestorben sind, an ihrem Krebs gar nicht gestorben wären.

Wenn man den wichtigsten Faktor, die Psyche des Patienten, noch hinzurechnet, kommt man noch auf wesentlich höhere Zahlen.

Wenn ein Patient auf eine *»Krebsstation«* kommt und dort überall die anderen Patienten mit den kahlen Köpfen herumlaufen sieht, von ihnen hört, wie sie erbrechen mußten vor Übelkeit, und all die anderen Schauergeschichten, die aber leider keine Schauer-märchen, sondern allzu bittere Realität für die Patienten bisher sind, dann verläßt den Pat. schon aller Mut. Wenn dann der Doktor noch kommt und ihm sagt, viel Chancen habe der Patient nicht, dann trifft es ihn wie ein Keulenschlag.

Der Tod ist dann meist nur noch eine Frage der Zeit. Nur die härtest Gesottenen vermögen eine solche Seelenfolter ohne Todesangstsyndrom und ohne Einbruch der Selbstwertachtung zu überstehen.

Und kaum hat den Patienten ein solcher Schock getroffen und ein Zweit-Carcinom entstehen lassen – was ja nach dem System der ERK immer noch zu reparieren wäre, dann kommt die seelenlose Diagnostik, von noch seelenloseren Ärzten angewendet, die dem

Patienten sofort die sog. »Metastasen« mitteilt. Wenn er also noch ein Fünkchen Hoffnung hatte oder sogar wieder mühsam aufgebaut hatte, dann ist es jetzt bestimmt weg.

Aber was interessiert den heutigen Arzt schon das Innenleben seiner Patienten. Die Entdeckerfreude einer sog. »Metastase« läßt ihn jegliche Rücksicht auf das zarte Flämmchen Seele seines Patienten vergessen. »Sterben muß er ja doch, ob früher oder später, ist ja egal«. Allerdings muß man zur Entschuldigung sagen, solange der Arzt ja kein System in der Krebserkrankung zu sehen vermochte, empfand er den Tod oftmals zu Recht als Erlösung, die man möglichst rasch herbeiführen wollte.

Immer ungenierter schreiben die Ärzte auch als Todesdiagnose auf: Tod durch Chemotherapie, in der irrigen Annahme, nur wenn der Patient die Chemobehandlung bzw. -vergiftung hätte ertragen und verkraften können, habe er eine Chance gehabt zu überleben.

Man muß sich nur mal bildhaft vorstellen, was unsere arroganten Hochschulmedi-Zyniker da propagiert haben: Ein Patient, der im Sympathiecotonus ist durch seinen Krebs und dessen Seele wie in einem Käfig der Panik eingesperrt ist, der eigentlich über jeden Strohalm dankbar wäre, an dem er sich hinaufziehen könnte oder wenigstens möchte, der wird nun noch vergiftet, planmäßig langsam, jeweils bis zum »Fast-Exitus« vergiftet. Er stirbt schon vorher 100 Vergiftungstode, bevor er endlich den Gnaden-Vergiftungstod sterben darf. Eine Grausamkeit und Dummheit ohne Beispiel, ausgedacht, propagiert und angewendet von Verbrechern. Ich weiß, was ich sage, und ich beweise es: Es gibt auf der ganzen Welt keine einzige ehrliche Arbeit, die beweisen könnte, daß diese Vergiftungsbehandlung bei einem Krebs jemals einen nachweisbaren Erfolg gehabt hat. Deshalb läßt wohlweislich kein Arzt seine Familienangehörigen mit diesen Zellgiften behandeln, weil er genau weiß, daß es völliger Unsinn, ja verbrecherischer Unsinn ist. Die sog. statistischen Erfolgsarbeiten, die es gibt, sind bewußte Lügen in die eigene Tasche, im Grunde wissentlicher und bewußter Betrug an den Patienten: Wenn man nämlich die Indikation für Chemo-Vergiftungsbehandlung auf immer leichtere Fälle ausdehnt, sogar zum Schluß alle Fälle, sogar die wahrscheinlich gutartigen, damit behandelt, dann müssen ja die statistischen »Erfolge« von Mal zu Mal prozentual besser werden als wenn man, wie früher, nur desolate Fälle damit behandelt hat. Schon schreien die Medi-Zyniker, die Erfolge der Zytostatika seien gestiegen. Unsinn, bewußte und absichtliche Lüge! Nein, nur die Anwendung

der Zytostatika (Zellgifte) ist auf leichtere und leichteste Fälle ausgedehnt worden. Das ist alles.

Die Zytostatika hätten, wenn die EISERNE REGEL sich nicht rasch durchsetzen wird, nochmals einen Pseudo-»Erfolgsboom« bekommen können. Es werden nämlich durch unsere Computertomographen von Tag zu Tag mehr inaktivierte Krebs-Knötchen aufgedeckt. Die sind alle nicht nur gutartig, sondern eigentlich realiter überhaupt keine Krankheit mehr, sondern nur noch Narben einer alten Krankheit. Nur feingeweblich-histologisch erscheinen sie noch als »Krankheit«, weil die Histopathologen ein altes Carcinom nicht von einem jungen Carcinom unterscheiden können. In vielen Fällen kann er wenigstens sagen, daß der Krebs bindegewebig eingeschalt ist und wenig oder keine Mitosen (Kernteilungen) aufweist. Oftmals aber bekommt der Histologe nur ein Bröckelchen eingeschickt und soll daraus nur sagen: gutartig oder bösartig. Und im Zweifelsfalle sagt er dann lieber: »bösartig«. Sicher ist sicher, von wegen Regreß. Die Diagnose dieses unschlüssigen Histologen aber ist nun für den meist unbedarften und unkritischen Kliniker ein »*votum ex cathedra*«, ein Urteil, an dem er nicht mehr zweifelt. Und schon beginnt der Teufelskreis, in solchem Fall der völlig unsinnige und überflüssige, ja völlig verbotene, für den Patienten ruinöse, katastrophale, panikmachenden, letale . . . Nun stirbt der Pat. endlich und schließlich nicht etwa an dem alten, längst seit Jahren inaktivierten Krebsknötchen, das den Körper nicht im geringsten mehr stören würde, sondern an den Folgen der ärztlichen Fehleinschätzung dieses alten Carcinoms, oftmals an der Chemo-Vergiftungsbehandlung, die in dieser Folge »nach Schema F« eingesetzt wird.

Besondres grausam ist die Chemo-Pseudotherapie in den Fällen, die durch einen besonderen Umstand eine Lösung ihres Konfliktes erreicht haben und nun auf dem Wege der Heilung sind. Den Ehrgeiz setzt nun der Onkologe darein, den Pat. so fast total zu vergiften, daß er mit seinem Blut so gerade eben am Lebensminimum vorbeischlittert. Man nennt das »*Aggressive Chemotherapie*«. Der Patient, der schon aus dem Sympathicotonus heraus in den Vagotonus (Erholungstonus) gekommen war, hat sich ähnlich wie eine Knospe bereits geöffnet. Nun trifft die Chemo-Vergiftung wie plötzlicher kalter Frost in die geöffneten Knospen. Die Folgen sind oft verheerend.

Das Ganze erinnert an die unsinnigen Behandlungsmethoden der Bader und Ärzte im Mittelalter, die jeden Patienten zur Ader

schlugen. Ganz besonders machten sie dies bei schwangeren Frauen, bei denen sich der Blutkuchen rasch absetzte (heute würden wir sagen: hohe Blutsenkung in der Schwangerschaft, ganz normal). Nun meinten die Bader, das sei ein besonders schlechtes Zeichen (was es bei Nichtschwangeren z. T. auch wäre). Also schlug man die schwangeren Frauen so lange zur Ader, bis sie tot waren, der Blutkuchen setzte sich natürlich mit zunehmender Anämie noch immer rascher. Einfach nur reine ärztliche Dummheit, genau wie heute auch bei unseren intellektuellen Medizynikern mit der Pseudotherapie durch die Chemo-Vergiftung!

In den meisten Dingen, die den Zauberlehrlingen dann zu Unsinn geraten, liegt ja ursprünglich mal ein Körnchen Wahrheit – zumindest von der Vorstellung her. Wenn der Krebs eine Art Parasit wäre – was er für fast alle Onkologen, Immunologen, sogar Bio-Mediziner und Heilpraktiker ist – dann könnte man theoretisch einen Sinn darin sehen, daß die rascher wachsenden parasitären Zellen durch die Zellgifte mehr zum Wachstumsstillstand gebracht werden könnten als die langsamer wachsenden Körperzellen. Man stellte sich vor, man könnte das Risiko eingehen, die bösen, rasch wachsenden Krebszellen rascher abzutöten als die langsamer wachsenden Körperzellen, so daß der Patient noch vor dem Exitus vom Krebs befreit wäre und sich dann von beidem erholen könnte, von den Zytostatika-Giften und vom Krebs.

Und wie das dann mit solchen Vorstellungen ist, die werden rasch zu Dogmen, wenn erst die Pharma-Industrie dahinterfaßt und plötzlich Millionen und Milliarden im Spiel sind, die Onkologie-Professoren sich dumm und dämlich daran verdienen, indem sie pseudowissenschaftliche Erfolgs-(=Betrugs-)Veröffentlichungen machen und sich anschließend auf firmeneigenen Kongressen als große Zytostatika-Spezialisten feiern lassen, nicht enden wollender Betrug am wehrlosen Objekt Patient.

Wer miterlebt hat, wie die »klinische Testung« von Medikamenten vonstatten geht – ein reines Geldgeschäft zwischen Professoren und Pharma-Werk, wobei die positiven Ergebnisse von vornherein gleich mitverkauft werden –, der schämt sich seines ganzen Standes. Und dabei triefen die reichsten unter den Multimillionärs-Professoren nur beständig so von Arzt-Ethik. Mir sind die triefigen Reden auf den Kongressen, insbesondere die »Festvorträge«, ein Greuel. Vielleicht habe ich zu lange und zu gründlich hinter die Kulissen geschaut, um nicht in jedem Satz die obligatorische Lüge genau herauszuhören. Und jedesmal, wenn ich mir dann solch

einen Trief-Salbader am Bett unserer Patienten vorstelle, dann packt mich der Zorn ob dieser unwahrhaftigen Zytostatikologen. Ich finde es einfach eine einzige Unverschämtheit, zu wissen, daß das alles Humbug ist, seinen eigenen Angehörigen dieses mörderische Gift natürlich nicht zu geben und den Patienten das zu füttern mit dem unbeweglichsten Pokergesicht, als gäbe es auf der ganzen Welt nichts Besseres für ihn. Einen Professor aus München kannte ich, der pflegte dabei auch immer noch die Hände zu falten, dem hätte ich jedesmal ein paar Ohrfeigen hauen mögen, so hat mich das angewidert. Und wenn er dann bei besonders jungen Frauen meinte, da müsse man eine besonders aggressive Therapie (mit besonders zellgiftigen Substanzen) ansetzen, das würde sie aushalten, dann hätte ich ihm sein bigottes verlogenes Gesicht zerhacken mögen. Diese Patientinnen starben dann jeweils besonders schnell. Kommentar: *»Da war halt nichts mehr zu machen. Die wäre ja sonst sowieso an ihrem Krebs gestorben.«*

38. Wie sollte die Therapie des an Krebs Erkrankten in der Zukunft sein? (Ärzte der Zukunft, Patienten der Zukunft, Familien der Zukunft)

Ehrlich gesagt, ich könnte mir genau vorstellen, wie man in Zukunft die Patienten therapieren müßte, die an Krebs erkrankt sind. Aber ich wüßte nicht, wo man die Ärzte herbekommen könnte, die eine solche Therapie machen könnten. Es müßten Ärzte mit gesundem Menschenverstand und warmen Händen sein, warmherzige Menschen, die gleichzeitig fachlich qualifiziert sind, so daß sie die oft komplizierten Verhältnisse bei einer Krebserkrankung durchblicken und alle Verlaufsstadien folgerichtig abschätzen können. Gleichzeitig müßten sie Sinn und Verständnis für soziale und familiäre Zusammenhänge und Entwicklungen haben. Wo gibt es heute noch solche Ärzte? Wo gibt es überhaupt noch Mediziner, die man als Ärzte bezeichnen kann. Ich kenne höchstens 2 oder 3. Wenn ich nicht wüßte, daß es früher solche Ärzte auch bei uns gegeben hat, nämlich die guten alten Hausärzte und Landärzte, die Tagelöhners Kathrinchen genausogut einfühlen konnten wie Frau Geheimrats Schwester, die sich noch geweigert haben, sich merkantilisieren und nach Handgriffen bezahlen zu lassen statt nach ärztlicher Kunst – wenn ich nicht wüßte, daß es solche Ärzte mal in unserem Land gegeben hätte, dann würde ich es heute gar nicht mehr für möglich halten, daß es mal wieder solche Ärzte geben könnte. Ein Mediziner, der mit der Beurteilung von 20 Handgriffen, Laborleistungen oder techn. »Leistungen« in einer Stunde 500 DM verdienen kann, der ist ein schlechter Kaufmann, wenn er sich um einen armen Menschen 3 Stunden kümmert und dafür 3,50 DM anschreiben kann. Und ein Arzt, der ein schlechter Kaufmann ist, gilt schließlich auch als schlechter Arzt, weil die Patienten gewöhnt sind, den Arzt heutzutage nach seinen kaufmännischen Qualitäten zu beurteilen.

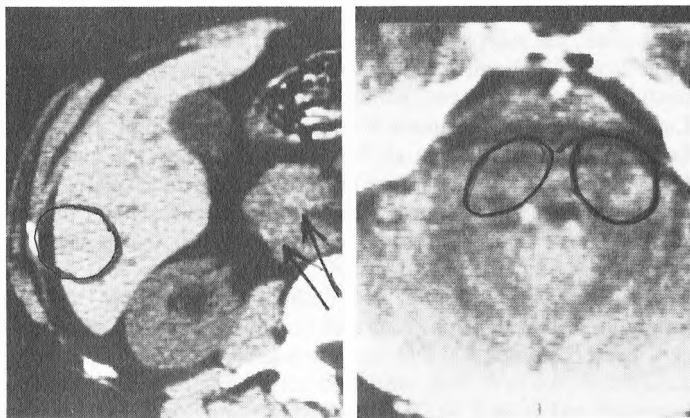
Aber genau hier beginnt sich nämlich der Teufelskreis zu schließen: Die Ärzte sind immer genau so, wie die Patienten sie haben wollen. Der hochnäsige zynische Millionärs-Halbgott in Weiß, der seine Dummheit und menschliche Kümmerlichkeit hinter Arroganz und einer langen Liste von Computerdaten verbirgt, ist offenbar genau das, was der Patient ja sucht: den scheinbar qualifizierten, unengagierten (bzw. objektiven!) »wis-

senschaftlichen« Mediziner, der die Diagnose findet und die dazu gehörenden Pillen verschreibt – Schluß, basta!

Warum sollte der Patient, der seine Eltern ins Altersheim abschiebt, weil sie ihm lästig sind, der zu seinen Mitmenschen keinen als nur den allernotwendigsten Kontakt halten will, warum sollte der zu seinem Arzt eine echte Kommunikation haben wollen. Nein, er benutzt den geldgeilen Arzt genauso wie der Arzt den Patienten benutzt, der eine, weil er eine lästige Gesundheitsstörung rasch behoben haben will, repariert haben will, der andere, weil er damit Geld verdienen will.

Da nun aber Arzt und Patient integrierte Bestandteile einer Politeia, einer Gesellschaft, sind, muß ich im Grunde die ganze Gesellschaft verändern, revolutionieren. Dann ändert sich das Verhältnis Arzt/Patient von alleine.

Und genau darauf läuft die ganze Sache hinaus.



FRÜHERKENNUNG UND FRÜHBEHANDLUNG nach der EISERNEN REGEL DES KREBS:

Links Leber-Pankreas-CT, rechts Hirn-CT: Leber-Ca (eingekreist) und Pankreas-Ca (Pfeile), beides im Beginn bei einer 50jährigen Patientin. Dieser Fall »aus unserer Werkstatt« zeigt erstmals auf der Welt unsere Art der Krebsfrüherkennung und Krebsfrühbehandlung. Die Ehefrau eines an Krebs in einem Krankenhaus verstorbenen Patienten erkrankte nach dem Tod

ihres Mannes nach einem schweren Familienstreit. Sie war völlig außer sich, in totaler Sympathicotonie. Sie kam 6 Wochen nach dem DHS nach Gyhum. Wir diagnostizierten gemeinsam, daß es sich nach Art und Inhalt des Konflikts nur um ein Leber- oder/und Pankreas-Ca handeln konnte. Die Patientin hatte zu der Zeit diskrete Verdauungsbeschwerden, hatte allerdings 10 kg an Gewicht abgenommen, konnte nachts nicht mehr schlafen, hatte kalte Hände, Depressionen. Wir fanden zunächst normale Leberwerte, einen ganz gering angestiegenen Serum-Bilirubin-Wert.

Der Konflikt wurde sofort gelöst mit Hilfe der Angehörigen. Sofort danach hatte die Patientin wieder warme Hände, konnte nachts wieder schlafen, hatte wieder Appetit, nahm an Gewicht wieder zu. Im CCT deutliche HAMERSche HERDE im Stammhirn an typischer Stelle. Klinisch Kopfschmerzen, Brechreiz, Doppelsehen, die nach 4 Wochen abklangen.

Die Leberwerte stiegen an (Bilirubin, alk. Phosphatase und Serum-Diastase) und erreichten erst nach 3 Monaten wieder Normalwerte.

Der Patientin, die bei Andauern des Konflikts nur sehr schwer hätte überleben können, geht es heute gut. Sie arbeitet wieder, hat nicht nur ihre 10 kg Gewichtsverlust aufgeholt, sondern noch 5 kg Übergewicht.

39. Schlußwort

Dieses Buch behauptet nicht von sich, der Weisheit allerletzter Schluß zu sein. Es ist nach bestem Wissen und aus ehrlichem Herzen geschrieben. Ich sagte eingangs schon: es ist mit Herzblut geschrieben. Es wendet sich auch nur an Menschen ehrlichen Herzens. Sollten sich irgendwelche Leute irgendwelche »*Schuhe anziehen wollen*«, so sollen sie das nur ruhig tun. Ich vermag aus meinem Herzen keine Mördergrube zu machen und will es auch nicht.

Dieses Buch ist unter soviel Widerstand und Entbehrungen zustande gekommen, daß es von daher eigentlich nie hätte geschrieben werden können. Stets hat mich die Vorstellung von all den sterbenden Patienten nicht zur Ruhe kommen lassen, dieses Buch fertigzustellen. Was die Vollständigkeit angeht, so glaube ich, daß es schon bald von unseren Detail-Kenntnissen überholt sein wird. Denn bald werden die »*Landkarten des Gehirns*« immer vollständiger.

Eine große Gefahr sehe ich: daß die Verunsicherung, die früher gewöhnlich mit der Diagnosestellung einsetzte, nunmehr eine Stufe vorverlegt worden ist. Die Menschen werden in Zukunft Angst haben, sich Konflikten zu stellen. Statt der Carcinophobie wird es eine Conflictio-Phobie geben. Ich glaube nicht, daß der Sinn darin liegen kann, jeden Konflikt zu umgehen, sondern ich halte es für besser, die Persönlichkeit des Menschen zu festigen und auf Konflikte vorzubereiten. Zudem hat in Zukunft der Patient ja nunmehr den Vorteil, da er auch sofort beurteilen lassen kann, wenn er ein DHS erlitten hat, d. h. wenn die Konfliktbewältigung »*mal danebengegangen*« ist.

Bei diesem Buch habe ich nur geholfen, so wie eine Hebamme einem Kind zum Licht des Tages verhilft. Für mich ist es das Vermächtnis meines toten Sohnes DIRK.

Ihm ist dieses Buch gewidmet und ihm soll, wie es auch der Wahrheit und meinem Empfinden entspricht, für alle Zeiten die Ehre zuteil werden, durch seinen Tod zum Entdecker der Zusammenhänge des Krebs geworden zu sein. DIRK, meinem toten Sohn und Freund!

Genauso wie vor meinem toten DIRK verneige ich mich in Ehrfurcht vor meinen verstorbenen Patienten, die in einem »*grausigen Experiment*« den nachfolgenden Menschen dazu verholfen haben werden, überleben zu können. Ihr Tod ist nicht sinnlos gewesen, und jeden einzelnen der mir ans Herz gewachsenen Patienten werde ich stets in Erinnerung behalten wie einen Freund, der mir vorangegangen ist durch das Tor des Todes.

Fremdwörter und Abkürzungen

abortiv = vorzeitig beendet (wie der Abort die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft ist).

aktiver Krebs = wachsender Krebs bei aktivem Konflikt, vor der Conflictolyse und vor der Carcino-Stase.

Aszites = Flüssigkeitsansammlung im Bauchraum, gebildet durch das Bauchfell, in der postconflictolytischen Heilphase bei Tumoren des Bauchraums, siehe auch unter peritumorales Oedem.

Calotte = knöcherner Teil des Schädels.

Carcino-Stase = Stehenbleiben des Krebswachstums.

Cava-Gefäßsystem = Gefäßsystem der großen Hohlvene, die ins Herz mündet.

CCT = bedeutet Cerebrales Computer-Tomogramm, = Röntgen-Computer-Schichtaufnahmen des Gehirns.

circulus vitiosus = Teufelskreis.

Charisma = motivierende positive Ausstrahlung, Charisma setzt Glaubwürdigkeit und uneigennützigte Unbestechlichkeit voraus.

CL = Conflictolyse, bedeutet Konfliktlösung

Collum uteris = Gebärmutterhals.

CS = Carcino-Stase, bedeutet Stop des Krebswachstums

Destruktion = Auflösung, Zersetzung, hier von Gewebe.

DHS = DIRK-HAMER-SYNDROM: Syndrom bedeutet ein Zusammentreffen mehrerer Krankheitsmerkmale, in diesem Fall ein Zusammentreffen von 3 Merkmalen, die für die Krebsentstehung entscheidend sind:

1. ein allerschwerster Konflikt-Erlebnisschock
2. ein hochakut dramatisches Geschehen (Keulenschlag)
3. ein isolatives Geschehen (Patient ist allein)

Immer ist es auch konfliktiv, also stets ein Streit mit anderen oder mit sich selbst oder eine Sorge um andere oder eine Angst um sich selbst.

duolocular = an 2 Orten gleichzeitig gelegen.

Enzephalo-Logie = Lehre oder Wissenschaft vom Gehirn.

ERK = EISERNE REGEL DES KREBS

Facies = Gesicht.

FL = Focolyse, bedeutet Auflösung des HAMERschen HERDES und des perifocalen Oedems (siehe bei ifO und pfO).

Histologie = Lehre vom biologischen Gewebe, insbesondere die mikroskopische Feinstruktur des Gewebes.

- iatrogen = ärztlich verursacht, durch Kunstfehler, Gedankenlosigkeit oder Arroganz.
- ifO = intrafocales Oedem, bedeutet, daß der HAMERSche HERD nach der Konfliktlösung oedematisiert wird als Zeichen der Heilung (siehe auch reparative Phase). Er quillt auf und wird mit einem perifocalen Oedem umgeben (siehe pfO).
- inaktivierter Krebs = nicht mehr wachsender, später eingekapselter oder vernarbter Krebs, Krebsnarbe, alter, nicht mehr aktiver Krebs, siehe auch Carcino-Stase.
- Innervation = Versorgung eines Gewebes oder Organs durch Nervenleitungen mit der Computerzentrale Gehirn. Die Innervation umfaßt sowohl die Informationsmeldungen aus dem Organ an die Zentrale als auch die Befehle aus der Zentrale an das Organ.
- intrafocal = innerhalb des HAMERSchen HERDES, z. B. intrafocales Oedem = Oedem innerhalb des HAMERSchen HERDES.
- Laparotomie = Probe-Bauchoperation.
- Laparotomie = Operation zur Inspektion der Bauchhöhle oder Brustraums, heute durch Computertomogramm i. A. überholt.
- Metamorphose = Verwandlung, Veränderung.
- Metastasen = Absiedlung von parasitären Krebszellen, die es nur beim Chorion-Epitheliom gibt, das aus embryonalen Zellen des Mutterkuchens besteht, also kein Krebs ist.
- Mitose = Zellteilung.
- multiloculär = an vielen Orten gleichzeitig gelegen.
- Oedem = Flüssigkeitsansammlung, meist verteilt im Gewebe, Bauchraum-Oedem = Aszites, Brustfell-Oedem = Pleuraerguß.
- Onkologe = Krebsforscher, auch Krebsarzt.
- Panoedem = vollständiges Oedem, hier gemeint ein Oedem des ganzen Gehirns.
- parabiologisch = nicht den biologischen Normen entsprechend.
- perifocal = um den HAMERSchen HERD herum, perifocales Oedem ist das Oedem um den HAMERSchen HERD herum.
- pfO = perifocales Oedem, bedeutet das Oedem um den HAMERSchen HERD, man sagt auch, der HAMERSche HERD schwimmt als stoffwechselheißer Hirnbereich im intra- und perifocalen Oedem während der reparativen Phase des Gehirns.
- Pleuraerguß = Flüssigkeitsansammlung im Brustraum, genauer: zwischen dem äußeren und inneren Brustfell, in der postconflik-

tolytischen Heilphase, auch reparative Phase genannt, zum Zweck der Heilung bei Pleura-Carcinom.

Portio = Gebärmuttermund.

Post oder Propter = bedeutet die Frage, ob ein Ereignis nur zufällig zeitlich nach einem vorausgehenden anderen Ereignis stattfindet oder als dessen ursächliche Folge wörtlich: nach oder wegen.

Reparative Phase: bedeutet die Phase von der Konfliktlösung (CL) an, und zwar in Vagotonie. Wir unterscheiden:

- a) Reparative Phase des Gehirns
- b) Reparative Phase des Tumors
- c) Reparative Phase des Gesamtorganismus

Senium = Greisenalter.

Sympathicotonie = Kampfinnervation, Abwehrinnervation, Sorgeinnervation.

Sympathicotonus oder Sympathicotonie: bedeutet Kampf-, Streß-, Abwehrinnervation des Körpers.

Vagotonie = Ruheinnervation, Erholunginnervation, Regenerationsinnervation.

Vagotonus oder Vagotonie: bedeutet Ruhe- und Erholungs- und Heilinnervation.

Zytostase = Stillstand des Zellwachstums, daher »Zytostatica« = stark toxisch wirkende Mittel, die den Mitose-Vorgang blockieren, also das Zellwachstum stoppen, damit aber auch die Blutzellenbildung stoppen und zur Anämie führen, auch das Zellwachstum der Haarwurzeln stoppen und zum Haarausfall führen. Zytostatica sind nach Ansicht der Onkologen keine therapeutischen Medikamente, sondern Gifte, die das Wachsen eines peripheren Carcinoms solange stoppen kann, bis der Patient an Anämie stirbt.

Folgende Taschenbücher sind in Vorbereitung und in Kürze zu erhalten:

II/P

Der HAMERsche HERD im Gehirn. Demonstration der Veränderungen im Gehirn bei der Krebserkrankung (für Laien, für Patienten) Diagnostik-Therapie-Verlauf (einschließlich Komplikationen)

III/P

Die Zusammenhänge des Krebsgeschehens im ganzen: für Laien

DIRK-HAMER-SYNDROM

Die EISERNE REGEL DES KREBS

Die HAMERschen HERDE

IV/P

Die Therapie der Krebserkrankung für Laien, Patienten.

Konfliktlösung

Lösung der konfliktiven Umweltproblematik

Therapie der Hirnkomplikationen einschl. Intensivtherapie

I/A

Krebs, Krankheit der Seele, Kurzschluß im Gehirn, dem Computer unseres Organismus

Die EISERNE REGEL DES KREBS

Ausgabe für Ärzte

II/A

Der HAMERsche HERD im Gehirn. Demonstration der Veränderungen im Gehirn bei der Krebserkrankung. Ausgabe für Ärzte

III/A

Die Zusammenhänge des Krebsgeschehens im ganzen. Ausgabe für Ärzte

DIRK-HAMER-SYNDROM

DIE EISERNE REGEL DES KREBS

DIE HAMERschen HERDE

IV/A

Die Therapie der Krebserkrankung. Ausgabe für Ärzte
Konfliktlösung, Lösung der konfliktiven Umweltproblematik
Therapie der Hirnkomplikationen einschl. Intensivtherapie

Erhältlich ist bereits:

Eine Videokassette in jedem System:

Das DIRK-HAMER-SYNDROM und die EISERNE REGEL
DES KREBS

In Kürze erhältlich: zu II/P bis IV/P und I/A bis IV/A je eine
Videokassette in jedem beliebigen System.

Außerdem: In Kürze für jede einzelne Krebserkrankung ein
besonderes Taschenbuch und eine besondere Videokassette Reihe
P und Reihe A (also für Patienten und Ärzte) einschließlich
Therapie und möglicher Komplikationen erhältlich.

Gynäkologisch-onkologische
KLINIK BAD TRÜSSL
im Tumorzentrum München an
den Medizinischen Fakultäten der
Ludwig-Maximilians-Universität
und der Technischen Universität

Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trüssl - 8203 Oberaudorf

Ärztlicher Direktor und Chefarzt der
Abteilung Gynäkologie I:
Dr. med. A. Leonhardt

Abteilung Gynäkologie II:
Chefarzt Dr. med. H. Merkl

Abteilung Gynäkologie III:
Chefarzt Dr. med. H. Schünemann

Abteilung Innere Medizin:
Chefarzt Dr. med. H. Miel

Abteilung Röntgen und Nuklearmedizin:
Chefarzt Dr. med. G. Sanderhaus

Frau

Dr. med. Mildred S C H E E R

Vorsitzende der

"Deutschen Krebshilfe e.V."

B O N N

Dr. G. Hamer, O.A. d. Inn. Abt.

8203 Oberaudorf/Bad Trüssl

Tel. (08933) 20-1

oder Durchwahl 20

22.10.81

Betr.: Buch mit dem Titel: Das HAMER-SYNDROM und die EISERNE REGEL
des KREBS.

Sehr verehrte Frau Kollegin Scheel !

Anbei übersende ich Ihnen ein Exemplar meines Buches über den
Entstehungsmechanismus des Krebs - eruiert an hand von 200 Fällen
gynäkologischer Carcinome. Es wird Sie sicher interessieren, zusätz-
lich revolutionäre Folgen haben könnte.

Sicher ist aber auch, daß es sehr schwer werden wird, die Ergebnisse
um die daraus hergeleitete Theorie der Krebsentstehung und Krebs-
Therapie gegen eine rigide Lobby von Interessen aus Industrie und
Ärzteschaft in die Tat umzusetzen.

Da ich weiß, daß Sie keiner solchen Lobby angehören, setze ich
meine Hoffnung auf Sie, daß Sie dem "Galliläi schen Verfahren"
noch eine andere Richtung geben können. Schon im Vorfeld, als noch
niemand ein einziges Wort meines Buches gelesen hatte, wurde es von
den Professoren des Münchner Krebszentrums als horrender Blödsinn
verunglimpft (Prof. Ehrhart). Ich selbst wurde, nachdem mir zunächst
alle Möglichkeiten der Weiterarbeit entzogen wurden, entlassen, was
ich nicht "glauben" wollte, daß ein Tumor von der Größe 1 cm
mindestens 10 bis 15 Jahre zum Wachstum benötige, wie es die heutige
Schulmedizin per Dogma postuliert, obwohl ich, wie man mir schriftlich
bescheinigt hat, meine Aufgabe als Oberarzt der inneren Abtl. kor-
rekt und ohne Beanstandung erfüllt habe.

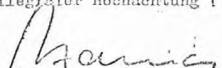
Besuchstrassen: Hans-Hermann-Ringstraße, Verwaltung - Verwaltungsfunktion Dr. G. W. G. "in Bayern" Ring, Aus

Ich glaube - und ich hoffe Sie nach der Lektüre des Buches -
- dass das beiliegende Buch eine Wende der Krebsforschung um
180 Grad herbeiführen wird. Später werden dann alle schreiben,
sie hätten es ja immer schon alle gewußt, am allermeisten
wieder die Professoren !

Sehr verehrte Frau Kollegin Scheel, am besten bilden Sie sich
als Ärztin erst einmal selbst ihre eigene Meinung. Sodann
wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie mir antworten würden und mir
die Möglichkeit verschaffen könnten, z.B. in einem round table
Gespräch im Fernsehen meine Theorie vor Fachleuten zu expli-
zieren. Das Tumorzentrum in München hat aus Angst, sich vor
eigenem Publikum blamieren zu können, ein von mir angebotenes
Referat vor den Ärzten des Tumorzentrums München und der Med
Klinik, abgelehnt - ohne Begründung außer der, daß es ja nur
horrender Blödsinn sein könne. Sie sehen, die deutschen halb-
göttlichen Schulmediziner, zu denen wir einfachen Doktoren
uns schon gar nicht mehr zählen dürfen, haben anscheinend
die wissenschaftlichen Wahrheiten in Monopol gepachtet. Jeder
der anderer Meinung ist, wird ohne Diskussion und ohne daß er
überhaupt weiß, was er sagen will, schon im Vorfeld zum Aufsteigen
seiner gestempelt und abqualifiziert. Dabei hilft auch nicht,
daß man so exakt und redlich gearbeitet hat, wie das nur über-
haupt auf diesem Gebiet möglich ist. Was Wissenschaft ist, be-
stimmen die sog. "Schulmediziner". Wir sind so weit, verehrte
Frau Kollegin, daß nur noch eine Lobby von medizinischen Groß-
verdienern bestimmt, was die wissenschaftliche Wahrheit ist -
genau wie zu Galileis Zeiten ! Jeder, der anderer Meinung
ist, wird durch Entlassung und Schikane reglementiert. Das
Geschehen ist zu einem institutionalisierten Geschäft mit dem Krebs
geworden und hat für meine Begriffe mit ärztlicher Wissenschaft
und ärztlichem Handeln nur noch am Rande zu tun.

Ich hoffe, Sie können meine ärztliche Einstellung als Kollegin
teilen !

Mit kollegialer Hochachtung !


(Dr. G. Haer, Internist)

DEUTSCHE KREBSHILFE E.V.

Gegründet von Dr. Mildred Scheel

DEUTSCHE STIFTUNG FÜR KREBSFORSCHUNG

MILDRED-SCHEEL-KREIS E.V.

Der Vorstand

Herrn
Dr. Ryke Geerd Hamer
Postfach 1711

7400 Tübingen

Vorstandsbüro:
Lindenallee 23, 5000 Köln 51
Tel.: 02 21 / 38 02 18

18. Februar 1982

Sehr geehrter Herr Dr. Hamer,

in der Anlage sende ich Ihnen
das Frau Dr. Scheel überlas-
sene Manuskript zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Annemarie Kerp
(Annemarie Kerp)
Vorstandsassistentin

Deutsche Stiftung für Krebsforschung
Vorstandsvorsitzender: Dr. h.c. Helmut Gieger

Deutsche Krebshilfe e.V.
Präsidentin und Vorstandsvorsitzende: Dr. med. Dr. h.c. Mildred Scheel

Mildred-Scheel-Kreis e.V.
Vorstandsvorsitzender: Dr. Horst Baumann

5300 Bonn 1, Thomas-Mann-Straße 40, Postfach 1467, Telefon 02 28/65 70 81-86, Telex 8 89 378

Konto-Nr. 90 90 90 bei: Sparkasse Bonn, Deutsche Bank, Dresdner Bank, Commerzbank, Volksbanken, Raiffeisenbanken, Bank für Gemeinwirtschaft,
Deutsche Apotheker- & Ärztebank Frankfurt, Bank für Sozialwirtschaft Köln, Postcheckamt Köln 90 90 90-501

Dr. med. Ryke Geerd Hamer
Facharzt f. Innere Medizin
Via Cassia 1280
Roma
Italia

Rom, 22. März 1982

ERKLÄRUNG

betreffend: Ursprung

Lokalisation und

Verlauf des Krebses

das heißt: die sogenannte "EISERNE REGEL DES KREBS".

Ich erkläre hiermit öffentlich - im vollen Bewußtsein und
Verantwortung dessen, was ich sage:

Entsprechend meiner Erklärung vom 4./5. 10.81 im Bayerischen Fernsehen und im italienischen Fernsehen RAI, habe ich die Zusammenhänge von Ursache, Lokalisation und Verlauf der Erkrankung an Krebs entdeckt und bisher an über 500 Fällen, davon über 300 protokollierten Fällen, nachgewiesen. Hierunter fallen nach meinem Verständnis nicht Leukämien und Lymphomatosen.

In einem Schreiben an den Präsidenten der deutschen Ärztekammer, Herrn Prof. Vilmar, habe ich meine ärztliche Approbation zum Pfand dafür gesetzt, daß meine Ergebnisse korrekt und richtig sind nach den Kriterien der naturwissenschaftlichen Medizin.

Diese Ergebnisse, die an den Universitäten Rom, München, Köln und Kiel¹⁾ erhoben worden sind, kommen nicht etwa mit einer gewissen Häufigkeit vor, sondern stellen eine exakte Gesetzmäßigkeit dar, die in jedem einzelnen Fall nachweisbar war, der histologisch eindeutig war. Für den Fall, daß jemand 3 konkret nachprüfbare Fälle aufzeigen könnte, die exakt untersucht und histologisch unzweifelbar sind - und die meinem System widersprechen würden - habe ich angeboten, meine ärztliche Approbation niederzulegen. Noch niemals hat das ein Arzt in Italien oder in Deutschland angeboten !

1) inzwischen sind es bis 31.8.82 neun deutsche und schweizer Universitätskliniken und drei große Lungen-Kliniken

Die Ergebnisse und die daraus gefolgerte Theorie - in Buchform als Habilitationsschrift mit dem Titel: "Das HAMER SYNDROM (benannt nach Dirk Geerd Hamer) und DIE EISERNE REGEL DES KREBS" an der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen eingereicht - sind folgendermaßen:

1. Kriterium (HAMER-SYNDROM): bestehend aus 3 Unterkriterien:
 - a. Der Krebs entsteht bei einem sehr starken Konflikt-Erlebnis, auch Konfliktverdichtung genannt.
 - b. Er entsteht akut an einem Tag. Das Konflikt-Erlebnis muß dramatisch sein.
 - c. Er entsteht so gut wie immer nur dann, wenn gleichzeitig eine initiale Isolation einhergeht (eine räumliche, gesellschaftliche oder auch eine innere Isolation des Patienten).

Der Krebs entsteht umso leichter, je schlechter der psychische und körperliche Allgemeinzustand des Patienten ist. Das heißt: wenn das gemeinsame Zusammenwirken von eventuell reduziertem psychischem und körperlichem Allgemeinzustand, akutem Konflikt-Erlebnis mit gleichzeitiger momentaner Isolation zusammen eine für jeden einzelnen Patienten individuelle Schwelle übersteigt, entsteht Krebs.

Psychische Disposition geht insofern hier mit ein, als der "schwache Punkt" oder die sogenannte "Achillesferse" eines Menschen in diesem Bereich besonders leicht eine psychische Dekompensation geschehen läßt.

Dies ist die notwendige Bedingung für die Entstehung des Krebses (alles zusammen!), jedoch noch nicht die hinreichende Bedingung für die sichtbare Manifestation des Krebs, der aber nichts desto weniger in dem Moment bereits real vorhanden ist!

Dieses Zusammenwirken oder Syndrom habe ich nach meinem Sohn Dirk, nach dessen Tod ich dieses Syndrom zum ersten Mal an mir selbst bemerkt habe, das

(DIRK) - HAMER-SYNDROM benannt.

2. Kriterium (Lokalisation):

Der Konfliktinhalt bestimmt die Lokalisation des Krebses. Entscheidend für den Konfliktinhalt ist einzig und allein das Konflikt-Erlebnis, d.h. wie der Patient das Konflikt-Ereignis subjektiv empfindet.

3. Kriterium (Verlauf der Krebserkrankung):

Der Verlauf des Konfliktes, der durch das Konflikt-Erlebnis ausgelöst ist, ist exakt parallel dem Verlauf der Krebserkrankung selbst. Dies betrifft sowohl Intensität und zeitlichen Verlauf, Progression und Remission, als auch das völlige Sistieren der Erkrankung selbst.

Diese Gesetzmäßigkeit der 3 Kriterien habe ich "DIE EISERNE REGEL DES KREBS" genannt.

Daraus habe ich folgende KREBS-THEORIE entwickelt:

1. Der Krebs entsteht als ein Programmierungsfehler im Gehirn bei Mensch und Tier. Er entsteht wie eine Art elektrischer Kurzschluß, der andauert (Dauer-Kurzschluß).
2. Solange der Programmierungsfehler andauert, sendet dieser Fehl-Codes an die Körperzellen, die darunter entarten zu sogenanntem Krebs.
3. Solange die Fehl-Codes andauern, schreitet die Krankheit voran. Gelingt es, den Konflikt, der aus dem Konflikt-Erlebnis herrührt, zu stoppen, dann stoppt auch das Krebswachstum. Wir haben dann ein "inaktiviertes" oder auch "eingeschlafenes Carcinom".
4. Der Krebs wäre theoretisch sofort nach seiner Entstehung (HAMER-SYNDROM) nachweisbar: als sogenanntes "Mikro-Carcinom". Dafür sind aber unsere Untersuchungsmethoden im Allgemeinen zu grob. Der Patient bemerkt den Krebs erst nach einer sogenannten "Manifestationszeit".

Die verschiedenen Krebsarten haben verschiedene Manifestationszeiten, aber jede Krebsart hat stets in etwa die gleiche Manifestationszeit bei allen Erkrankungen dieser gleichen Krebsart. Die Manifestationszeit ist also die Zeit, die vergeht, bis der Patient gewöhnlich den Krebs - an verschiedenen

Symptomen - frühestmöglich bemerken kann.

Er beträgt für

- a. Brustkrebs 2 bis 3 Monate
- b. Bronchial-Krebs (Plattenepitel-Ca.) 18 bis 19 Monate, Kleinzelliges peribronch. Ca. 5-14 Monate
- c. Gebärmutter-Hals-Krebs 12 Monate
- d. Lungen-Rundherde (Adeno-Carcinom) 7 Monate
- e. Eierstockkrebs 5 bis 8 Monate
- f. Gebärmutter-Körper-Krebs 5 bis 7 Monate

Der Zeitpunkt des spontanen Bemerkens des Krebses ist bis zu einem gewissen Grade von äußeren Faktoren abhängig: z.B. Größe und Konsistenz der Brust, Lokalisation des Krebsknotens innerhalb der Brust, Sensibilität und Schamhaftigkeit der Patientin und dgl. Dadurch können sich die Zeiten der Entdeckung etwas nach früher oder später verschieben, also die Manifestationszeit etwas variieren. Auch die Aktivität oder zeitweilige Inaktivierung des Krebses spielt eine große Rolle entsprechend dem 3. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS. Auch kann z.B. eine innerhalb der üblichen Manifestationszeit angefertigte Röntgen-Lungenaufnahme ein Lungen-Rundherd-Carcinom bereits aufdecken, wenn der Patient noch gar keine Beschwerden hat.

Lokalisation des Krebs

Entsprechend dem 2. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS ist der Konflikthalt des Konflikterlebnisses dafür verantwortlich, wo der Krebs entsteht. So hat also ein Gebärmutter-Hals-Carcinom stets einen sexuellen Konflikthalt.

Eine erstaunliche Feststellung war für mich, herausgefunden zu haben, daß etwa der gleiche - allgemein menschliche - Konflikthalt bei der Frau zu einem Brustkrebs führen kann und bei dem Mann zu einem zentralen Bronchialkrebs führt.

Brustkrebs kommt beim Mann praktisch nicht vor (Ausnahme: nach Behandlung mit weiblichen Sexualhormonen). Zentraler Bronchialkrebs kommt bei der geschlechtsreifen Frau praktisch nicht vor. Seltsamerweise ist bisher nie ein Pulmologe über dieses seltsame Phänomen gestolpert, obwohl es in der gesamten Literatur eindeutig erkennbar ist und nach meinen Untersuchungen der Fälle der Hamburger Universitäts-

Klinik der letzten 12 Jahre evident ist.

Der Brustkrebs einer Frau hat - allein schon von der geringen Zeit her gesehen - eine geringere Chance, gestoppt zu werden bis zu seiner Entdeckung (2 bis 3 Monate) als ein Bronchialkrebs beim Mann, der bis zur Entdeckung 18 Monate braucht. Daraus erklärt sich, daß zwar die Erkrankungs-häufigkeit bei Brustkrebs der Frau und Bronchialkrebs des Mannes möglicherweise gleich oder zumindest vergleichbar ist, die sichtbare Manifestationshäufigkeit jedoch entsprechend der längeren Zeitdauer bis zur für den Patienten bemerkbaren Krankheitssymptomatik beim Bronchialkrebs viel geringer ist. Er hat gleichsam 18 Monate Zeit, gestoppt zu werden und wird auch in diesem langen Zeitraum entsprechend häufiger gestoppt.

Der Patient hat dann zwar seinen Krebs gehabt und hat ihn sogar in Form des "inaktivierten Carcinoms" auch noch weiter, aber er macht keine Beschwerden, wächst vor allem nicht weiter und wird auch nur in den seltensten Fällen - zufällig - entdeckt !

Inaktivierte Carcinome, die jedem Arzt geläufig sind, sind nicht nur Anlaß für häufige Fehldiagnosen, klinische wie histologische, sondern die Konfrontierung des Patienten mit der Diagnose Krebs, die ja eigentlich überhaupt nicht mehr relevant ist, ist höchst gefährlich und kann zu einer neuen unabhängigen Krebserkrankung führen durch erneutes HAMER-SYNDROM. Diese inaktivierten Carcinome machen auch jede prospektive Studie über die Zusammenhänge von HAMER-SYNDROM und EISERNE REGEL DES KREBS und den realiter manifestierten Krebserkrankungen gänzlich sinnlos.

Die Konflikthalte der verschiedenen Krebse sind:

- a. Brustkrebs (praktisch nur bei der Frau):
allgemein menschliche Konflikthalte (mit den Kindern, dem Ehemann, Verwandten, Nachbarn etc.)
- b. Bronchial-Krebs (praktisch nur beim Mann):
allgemein menschliche Konflikte wie beim Brustkrebs der Frau
- c. Gebärmutter-Hals-Krebs:
sexuelle Konflikte im eindeutigen aber weiteren Sinne

- d. Lungen-Krebs- Rundherde (bei Mann und Frau gleichermaßen):
Todesangst
- e. Eierstocks-Krebs:
genital-anale Konflikterlebnisse, oft ängstlich gefärbt
- f. Gebärmutter-Körper-Krebs:
z.B. Großmutter-Enkel-Konflikt, distanziert-sexuell-anal, Carcinom der alten Frauen, Ähnlichkeit zu Eierstocks-Carcinom-Konflikterlebnissen

Verlauf des Krebses und Möglichkeiten der Therapie

Entsprechend dem 3. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS entspricht der Konfliktverlauf dem Krebs-Erkrankungsverlauf. Umgekehrt kann man nunmehr auch aus dem "Rezept" der Zusammenhänge von Konflikthalten, Lokalisation und Zeit der Manifestation klare diagnostische Bedingungen ableiten und verwerten: dabei kann man in den meisten Fällen davon ausgehen, daß der Prozeß des Konflikts und der parallele Prozeß des Krankheitsverlaufs kontinuierlich aktiv gewesen ist. Je länger der Manifestationszeitraum ist, z.B. beim Bronchial-Carcinom 18 Monate, desto eher besteht schon mal die Möglichkeit, daß der Prozeß zwischendurch einmal inaktiviert gewesen ist oder es sich sogar bei dem, dann zumeist zufällig eruierten Prozeß, um ein inaktiviertes altes Carcinom handelt.

Bei einem bisher aktiven Gebärmutter-Hals-Carcinom kann ich also beispielsweise sagen: diese Patientin muß mit allergrößter Wahrscheinlichkeit vor 12 Monaten das schlimmste Konflikt-Erlebnis ihres Lebens erlebt haben, dieses Konflikt-Erlebnis muß ein sexuelles Erlebnis gewesen sein und dieser daraus resultierende Konflikt muß mindestens 12 Monate andauert haben, außer wenn der Krebs zufällig entdeckt wird, bevor er noch Beschwerden gemacht hat (z.B. Vorsorge oder Röntgen-Lungen-Aufnahme bei dem Lungen-Rundherd-Krebs) oder - beim inaktivierten Carcinom - der Prozeß schon seit vielen Jahren ruht, ohne je Beschwerden gemacht zu haben oder jetzt welche zu machen.

Ein inaktiviertes Carcinom kann natürlich - bei Reaktivierung des verantwortlichen, spezifischen Konfliktes - entsprechend dem

3. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS auch nochmals exazerbieren. Um manifest zu werden, d.h. für den Patienten bemerkbar zu werden, muß er, entsprechend der EISERNEN REGEL DES KREBS, wieder die entsprechenden notwendigen und hinreichenden Bedingungen erfüllen.

Mit Hilfe der EISERNEN REGEL DES KREBS lassen sich alle Phänomene der Krebserkrankung klar und einleuchtend - ohne Zusatzhypothesen - verstehen. Die allermeisten, wenn nicht alle sogenannten Cancerogene, die angeblich den Krebs ausgelöst haben sollten, waren ein frommer wissenschaftlicher Selbstbetrug. Das Gleiche gilt für die cytostatische Behandlung (Ausnahme: Chorion-Carcinom Leukosen und Lymphomatosen, das eine, weil es placentaren Ursprungs ist und in meinem Sinn kein Carcinom, die anderen, weil sie vermutlich infektiöser Genese sind). Die Zytostatica haben außer der nachgewiesenen cytotoxischen schlechten Wirkung auf den Organismus keine positiv therapeutische Wirkung auf den Krebsverlauf. Mir erscheint es als vergleichbar dem "Zur Ader-Schlagen der Schwangeren im Mittelalter", was damals auch als allgemein anerkannte Therapie der damaligen Schulmedizin galt.

Die Therapie des Krebses ergibt sich sinngemäß aus dem 3. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS. Denn in allen von mir untersuchten Fällen konnte ich feststellen, daß immer dann die Krebserkrankung vollständig zum Stehen gekommen war, wenn der Konflikt gestoppt worden war. Es ist dabei nicht notwendig, daß die entarteten Zellen verschwinden, wie es bis zu einem gewissen Stadium beim Gebärmutter-Hals-Krebs nachweislich der Fall sein kann. Auch kann kein Histologe sicher beurteilen, ob ein Krebs "im Kommen" oder "im Gehen" ist. Die sogenannte Früherkennung dürfte in den allermeisten Fällen nämlich in Wirklichkeit eine "Späterkennung" eines bereits inaktivierten alten Krebses sein, der natürlich - da der Konflikt ja längst beendet ist - eine optimale Prognose hat, was die einfältigen unter den Schulmedizinern sich dann schlankweg als "Erfolg der Früherkennung" verbuchen.

Wenn der Konfliktverlauf sicher gestoppt ist, ist es gleichgültig, was mit der Krebsgeschwulst passiert. Sie ist dann ein harmloses "Haustier". Wenn der Patient nicht durch die heutige Fixierung auf Krebs geradezu eine panische Angst hat, würde man ihm - bei sicher gestopptem Konflikt - sogar von einer Operation abraten, mindestens aber von eingreifenden Operationen wie der

totalen Mamma-Amputation und dgl. Denn nach meinen Erfahrungen machen die Folgen dieser an den menschlichen Lebensnerv der Patientinnen gehenden Eingriffe ihrerseits wiederum neue HAMER-SYNDROME und dadurch neue Carcinome, die dann als "Metastasen" fehlgedeutet werden. Bei den Lungen-Rundherd-Carcinomen aber konnte ich in jedem einzelnen Fall nachweisen, daß es sich bei den als Metastasen verdächtigten Befunden in Wirklichkeit um eindeutig neue Erkrankungen handelte, die exakt der EISERNEN REGEL DES KREBS gefolgt waren.

Es gibt auch sehr viele Beispiele, wie soziologische Veränderungen Änderungen in der Krebserkrankungshäufigkeit nach sich ziehen. Ein Beispiel: Bis vor kurzem war das Gebärmutter-Hals-Carcinom die häufigste Todesursache der Frau. Nach der Aufklärungswelle, der Pille und damit der Entkrampfung dieses ganzen Bereichs, ist die Erkrankungshäufigkeit heute verschwindend gering. Dies aber sicher nicht durch die Vorsorge, denn nur ein geringer Bruchteil selbst von diesen wenigen Erkrankungen wird durch die Vorsorgeuntersuchung entdeckt. Die Sexualität ist einfach für die meisten Frauen kein Konfliktstoff mehr.

Ein weiteres interessantes Verhältnis ergibt sich aus den Berichten amerikanischer Autoren und meinen eigenen Beobachtungen: das Mamma-Carcinom der Frau und das Bronchial-Carcinom des Mannes verhalten sich zur Magen-Carcinom-Erkrankungshäufigkeit bis zu einem gewissen Grade umgekehrt proportional, ebenso zur Erkrankungshäufigkeit an Gebärmutter-Hals-Carcinom: während Magen-Carcinom und Collum-Carcinom viel häufiger vorkommen, wenn die Familien "intakt" sind und sich die Menschen nicht aus dem Wege gehen können, sind umgekehrt Mamma-Carcinom der Frau mitsamt Bronchial-Carcinom des Mannes überwiegend resultierend aus Konflikten der Isolation, also der dissoziierten Familie. Ähnlich scheint es sich mit dem Corpus-Carcinom zu verhalten, dessen Erkrankungshäufigkeit im hoch familien-dissoziierten Kalifornien etwa 20 mal so hoch ist als in Indien oder in Afrika (die Alterspyramide schon mit einberechnet).

Nach meinen - bisher noch nicht sehr zahlreichen - Erfahrungen mit Konflikten, die zum Carcinom des Magen-Darm-Traktes führen, waren die Konflikte stets der Natur, daß den Patienten quasi etwas oder jemand "im Magen lag", das sie nicht verdauen, nicht "verknusen" konnten, dem sie aber ständig aufs Neue konfrontiert wurden, bzw. dem sie nicht

aus dem Wege gehen konnten. Mit zunehmender Emanzipation und Dissoziation wird das "aus-dem-Wege-gehen-können" immer leichter, folglich die Magen-Darm-Carcinome mindestens im Endeffekt weniger. Die Zeit bis zum Bemerkten lag übrigens gewöhnlich etwa bei 1 Jahr, wobei aber wegen der verschiedenen Lokalisation, klinischer Symptomatik und verschiedener Sensitivität erhebliche Unterschiede angenommen werden müssen.

Fassen wir zusammen, dann müssen wir unterscheiden zwischen einer akuten Therapie und einer Art soziologisch-menschlichen Prophylaxe des Krebses.

Therapie im akuten Fall

Die Therapie der aktuellen Krebserkrankung eines Patienten scheint noch relativ leicht verständlich zu sein, was nicht heißt, daß sie einfach ist! Es geht darum, den Konflikt auszuräumen, mag das durch eine reale Problembeseitigung möglich sein, durch Psychotherapie, Hypnose oder durch "auf andere Gedanken bringen". Wie auch immer, der Konflikt muß weg!

Das ist in vielen Fällen viel schwieriger, als eine Geschwulst herauszuschneiden oder zu bestrahlen. Dabei wären in erster Linie die menschlichen Qualitäten des Arztes gefragt, wobei er darauf weder ausgebildet noch qualifiziert ist. Denn über solche Qualitäten gibt die Abiturnote keinen Aufschluß, die über die Zulassung zum Medizinstudium entscheidet. Man brauchte gütige Menschen mit Augenmaß als Ärzte, die dem Patienten ein Freund sein könnten, statt an das fällige Honorar zu denken.

Prophylaxe des Krebs

Die Prophylaxe des Krebs stellt sich demgegenüber noch weit schwieriger dar, wenn man nach einem "einfachen Rezept" sucht. Der Krebs ist weder durch Vorsorgeuntersuchungen zu verhindern noch durch soziale oder soziologische Reformen in Form eines Patentrezepts. Dissoziiert und sozialisiert man unsere Gesellschaft in dem Sinne, daß alle Bürger am Staat orientiert sind und die Familie zweitrangig ist, dann resultieren mehr Mamma-Carcinom-Fälle und mehr

Corpus-Carcinom-Fälle, jedoch weniger Magen-Carcinom-Fälle und weniger Collum-Carcinom-Fälle. Versuchen wir eine Art Restitution der Familienbände im Sinne der früheren Großfamilie mit all den moralischen Zwängen, die damit zusammenhängen, dann nehmen die Carcinome des Magen-Darm-Traktes und die durch die sexuellen Konflikte ausgelösten Collum-Carcinom-Fälle wieder zu, während Mamma-Carcinom-Fälle bei der Frau und Bronchial-Carcinom-Fälle beim Mann, sowie Corpus-Carcinom-Fälle wieder abnehmen werden. Bei den übrigen Carcinomen werden ähnliche Abhängigkeiten sein. Die alte Crux bei jeder Reform: man macht eine Sache besser und dafür drei andere Sachen schlechter.

Ich glaube nicht, daß man diesen ärmsten der armen Patienten in Zukunft noch mit arroganter professoraler "Chef-ärztlichkeit" helfen kann, sondern nur mit Güte, umfassendem menschlichem und fachärztlichem Wissen und kameradschaftlicher Bescheidenheit. Für diese "neue Medizin" brauchen wir eine neue Generation von Ärzten !

Literatur

Die Veröffentlichung meiner Ergebnisse und Arbeiten stieß, wie ich vorausgesehen hatte, auf ungeheure Schwierigkeiten. Mein Sohn Dirk Geerd Hamer, nach dem ich das HAMER-SYNDROM benannt habe, wurde ermordet von dem Sohn des letzten italienischen Königs Umberto II. Diese italienische Königsfamilie Savoiens und mit ihr der gesamte europäische Hochadel kämpfte seit 4 Jahren mit allen nur erdenkbaren Mitteln darum, den Prozeß gegen den Prinzen zu verhindern. Aus Angst vor einer Publizität der Familie des Ermordeten haben ihre Helfershelfer im europäischen Hochadel, Strohmänner und den königlichen Familien verpflichtete Professoren, dafür gesorgt, daß die neuen Erkenntnisse fast 1 Jahr lang blockiert wurden. In Rom hat sich sogar nachweislich der Rektor der Universität, der Kommunist Prof. Ruberti, für diesen Dienst hergegeben und die Nachuntersuchung gynökologischer Krebsfälle an der Universitäts-Frauenklinik Rom persönlich gestoppt. Ich selbst habe bei etwa 20 Medizinischen Zeitschriften-Redaktionen, 20 Kongreßleitungen und 30 Verlagen vergeblich versucht, eine Veröffentlichung zu erreichen. In den Kliniken, in denen ich die Überprüfung meiner Ergebnisse unter den Augen von Professoren und Kollegen selbst durchgeführt habe (München, Kiel, Köln), wurde mir jeweils nach kurzer Zeit die weitere wissenschaftliche Arbeit ohne Angabe von Gründen untersagt.

Die Medizinische Fakultät Tübingen lehnte am 4.5.82 meine Arbeit einstimmig ohne Gegenstimme oder Enthaltung ab, ohne daß ein einziger Professor einen einzigen Fall auf mein System hin untersucht hätte. Einziger Grund: es stimmt mit den schulmedizinischen Dogmen nicht überein, ja es würde die gesamten schulmedizinischen Lehrmeinungen um 180 Grad umdrehen.

Der Mörder meines Sohnes Dirk ist einer der reichsten Männer der Welt. Er war 14 Jahre lang der intimste Freund des Shah von Persien, ist der Vetter von König Baudouin von Belgien, Freund von Giscard d'Estaing, mit nahezu allen Königshäusern Europas direkt verwandt, Mitglied der italienisch-europäischen Freimaurerloge Propaganda II, einem Synonym für italienische Mafia. Sein Anwalt Radice in Mailand gilt gleichzeitig als der oberste Mafiaanwalt der norditalienischen Mafia. Dessen Korrespondenzanwalt in Deutschland, Gaub in München, ist An-

laufstelle des gesamten deutschen Hochadels und spezieller Anwalt von Franz Josef Strauß, Bayern.

Nur 2 mal gelang es mir in der Bundesrepublik, eine Kurzveröffentlichung "durchzuschmuggeln", Anfang Oktober in "Bayern aktuell", als noch niemand recht wußte, was der Hamer eigentlich will, und am 20.4.82 durch die DPA Hamburg, als der für die Blockierung zuständige Chef der DPA schon im Osterurlaub war.

Erst seit der oberste französische Cassationsgerichtshof in Paris am 18.5.82 auf meine persönliche Intervention hin entschieden hat, daß der Prinz des Mordes anzuklagen sei und zwar schnellstmöglich und der Mörder noch am gleichen Abend aus Genf nach Brasilien entflohen ist, um einem Haftbefehl zuvorzukommen, konnten meine Erkenntnisse nunmehr veröffentlicht werden. Denn mit einem entflohenen Mörder möchte sich nunmehr auch der europäische Hochadel nicht mehr so gerne identifizieren und solidarisieren. Wahrscheinlich aber mußten Zehntausende von Patienten sterben, denen wir hätten gemeinsam helfen können, wenn nicht der europäische Hochadel mit all seinen Helfershelfern einen Mörder hätte decken wollen - ohne Rücksicht auf die unzähligen armen Menschen, die dafür sterben mußten.

Das Literaturverzeichnis liest sich deshalb etwas seltsam, es ist gleichzeitig eine Bankerotterklärung der sogenannten "Freiheit der Wissenschaft".

PS: Inzwischen hat am 24.8.82 der Dekan der Medizinischen Fakultät Tübingen angesichts der erdrückenden Beweiskraft und der Bestätigung der Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBS von etwa 40 Kollegen, Hochschullehrern und Chefarzten, erklärt, er sähe die Möglichkeit, oder sogar die Wahrscheinlichkeit, daß die Fakultät sich geirrt habe. Der Vorgang wird auf der nächsten Fakultätssitzung im Oktober erneut verhandelt.

Literaturverzeichnis

- Hamer, Ryke Geerd: Das HAMER-SYNDROM (benannt nach Dirk Geerd Hamer) und DIE EISERNE REGEL DES KREBS, Okt. 1981, Universitätsbibliothek Marburg/Lahn
- Hamer, Ryke Geerd: Erklärung im Bayerischen Fernsehen, Bayern aktuell, vom 4.10.81, Manuskript beim Bayerischen Fernsehen
- Hamer, Ryke Geerd: Erklärung im italienischen Fernsehen RAI vom 5.10.81, Manuskript beim italienischen Fernsehen
- Hamer, Ryke Geerd: DIE EISERNE REGEL DES KREBS, Kurzfassung, Oktober 1981, nicht veröffentlicht, Universitätsbibliothek Marburg/Lahn
- Hamer, Ryke Geerd: Interview mit Klaus Dallibor, Deutsche Presseagentur Hamburg, DPA-Veröffentlichung am 20.4.82
- Hamer, Ryke Geerd: Das Tübinger Syndrom, Briefwechsel mit dem Dekan der Medizinischen Fakultät Tübingen, Prof. Voigt, 5.5.82, UB Marburg/Lahn
- Hamer, Ryke Geerd: Rundfunkinterview beim Südfunk Stuttgart vom 1.6.82 mit Prof. Schumacher, Stuttgart, Dr. Jonach, Heidelberg, mit Frau Lünig, Südfunk Stuttgart, Live Sendung
- Oertel, Ulrich : Bestätigung über 15 untersuchte Fälle von Collum-Carcinom, Corpus-Carcinom und Mamma-Carcinom, 10.12.81, Universitätsbibliothek Marburg/Lahn
- Michalica, Werner : Gynökologische Onkologie und Onkotherapie Bd. I, Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1981
- Haenszel u. Kurihara: Studies of Japanese migrants: Morality from cancer and other diseases among Japanese in the United States. J. Nat. Cancer Inst. 40,43 (1968)

Rohwedder, Claudia: Statistische Untersuchung über Bronchialcarcinom, Dissertation, Hamburg 1978 (Universitäts-Klinik Hamburg)

Ebert, W. u. Ch. Engel:

Beitrag zur vergl. hist. und zytol. Diagnostik maligner Lungentumoren unter besonderer Berücksichtigung des Alveolarkarzinoms. Z. Erkr. d. Atmungsorgane, Bd. 134, Heft 1, 1971

Poplun, S. u. E : Beginnformen des Bronchialcarcinoms, eine Kasuistik. Z. f. Erkr. der Atmungsorgane, Band 136, Heft 3, 1972

Trefny, J. : Erfassung des Bronchialkarzinoms in der CSSR, Z. F. Erkr. Der Atmungsorgane, Bd. 150, Heft 3, 1978

Orban, E. : Das Bronchialkarzinom bei jüngeren Menschen, Z. f. Erkr. der Atmungsorgane, Bd. 135, Heft 2, 1971

Bergmann, L. : Ergebnisse der chirurgischen Behandlung des Bronchialkarzinoms in einer Lungenklinik, Z. f. Erkr. der Atmungsorgane, Bd. 134, Heft 1, 1971

Universitäts-Klinik

Hamburg-Eppendorf : Diagnose-Listen über Lungentumoren der Jahre 1968-1980

Inzwischen ist es mir geglückt, folgende Beobachtungen gesetzmäßig zu erhärten:

1. Mit dem Zeitpunkt der Konfliktlösung (Conflictolyse) kommt es, wie schon erwähnt, zum Stop des Krebswachstums (Carcinolyse) unter narbiger Schrumpfung der früheren Krebsgeschwulst.

2. Zur gleichen Zeit kommt es in einem bestimmten für jeden Krebs jeweils typischen Hirnbereich, in dem der elektrophysiol. Feldeinbruch des Gehirns stattgefunden hat, zu einer mehr oder weniger vollständigen Reparatation (Wiederaufbau des Feldes) unter Bildung eines Hirn-Megaleitödem (Hirnschwellung !).

3. Das Hirn-Megaleitödem, oder kurz Hirnödödem genannt, kann in sehr schweren Fällen mit weit fortgeschrittenem gewesenen Krebswachstum so ausgeprägt sein, daß es zu starkem Hirndruck mit dem Bild eines Hirnschlags führen kann. In den allermeisten, besonders den leichteren, Fällen bemerkt der Pat. entweder gar nichts oder es stellen sich vorübergehend Hirndrucksymptome ein: Brechreiz, Kopfschmerzen, verwaschte Sprache, Ringe vor den Augen, Stimmungslabilität etc., die aber meist nach wenigen Tagen wieder zurückgehen.

Die durch CT, Hirn-Szinti, EEG etc. beobachteten und im Gehirn genau lokalisierbaren Phänomene einer umschriebenen funktionellen und organischen Hirnstörung beweisen eindrücklich und unwiderlegbar, daß es sich bei dem DHS und der gesamten ERK um einen ganz handgreiflichen Programmierungsfehler im Gehirn handelt (hirnorgan. Geschehen).

Krebs-Lokalisation	Konflikt-Inhalt	Zeit bis zu den ersten für den Patienten klinisch sichtbaren Symptomen
1. Brust-Krebs	allgem. menschl. Konfl. bei Frauen	2 bis 3 Monate
2. Brustfell-Krebs	allgem. menschl. Konflikt	2 bis 4 Monate
3. Bronchial-Krebs Plattenepith.-Ca	allgem. menschl. Konflikt bei Männern	18 bis 19 Monate
4. Bronchial-Krebs kleinz.peribronch.Ca.	allgem. menschl. Konflikt (überwieg. Männer)	5 bis 14 Monate je nach Lokalisation
5. Lungen-Rundherd- Krebs	Todesangst-Konflikt	7 Monate (i. Rö-Bild 6 Wochen)
6. Gebärmutter-Hals- Krebs	sexueller Konflikt	12 Monate
7. Gebärm.-Körper-Krebs	genitaler-analer Konflikt	5 bis 7 Monate
8. Eierstock-Krebs	genitaler-analer Konflikt	5 bis 8 Monate
9. Magen-Krebs	»unverdaulicher Ärger, der im Magen liegt«	5 bis 8 Monate
10. Leber- u. Bauchspei- cheldrüsen-Krebs	unguter, unverdaulicher Ärger, oft mit Angehörigen	6 Monate
11. Speiseröhren-Krebs	Schluck-Konflikt: »es bleibt etwas im Halse stecken«	5 bis 7 Monate
12. Mundschleimhaut- Krebs	oraler Konflikt	3 bis 12 Monate (je nach Lokalisation)
13. Dickdarm-Krebs	häßlicher, unverdaulicher Konflikt	6 bis 9 Monate
14. Enddarm-Krebs	ekkliger, analer Konflikt	4 bis 7 Monate
15. Blasen-Krebs	häßlicher, paraanaler Konflikt	12 Monate
16. Knochen-Krebs	Einbruch des Selbstwert- gefühls	6 bis 12 Monate (im Szint. 2 bis 3 Mon.)
17. Hirn-Krebs	Konflikt von neurot. Zwangsdenken	6 bis 9 Monate (im Comp-Tom. 2 bis 3 M.)
18. Haut-Krebs	Konflikt der Verletzung der körperl. Unversehrtheit	6 Monate
19. Prostata-Krebs	häßlicher, genital-analer Konflikt	6 bis 8 Monate
20. axillär. u. supraclavic Lymphknoten-Krebs	allgem. menschl. Konflikt wie bei Brust-Krebs	2 bis 4 Monate (bei Mann und Frau)
21. Hoden-Krebs	Verlust-Konflikt Vater-Konflikt	2 bis 4 Monate

Leukämie und Lymphomatosen gehören, weil Viruserkrankungen, nicht in diese Rubrik.

Tabelle aus der Video-Kassette:

»Das DIRK HAMER-SYNDROM und die EISERNE REGEL DES KREBS«

Produktion Bernd Hamer, 5300 Bonn, Weberstraße 18

Geord HAMER
Sekretär f. Innere Medizin

Dr. Sigrid G. U. HAMER
Ärztin f. Allgemeinmedizin
ROMA, Via Cassia 1280

11

Roma, 27.3.82

nachrichtlich:

Herrn Prof. CARENZA,
Chef der Univ.-Frauenkl.
ROM

Herrn Prof. POZZI, Ober-
arzt der Frauenkl. ROM

An den Herrn Rektor der Universität ROM
Se. Magnifizenz Prof. Dr. R U B E R T I

Betr.: Mein Schreiben an Sie vom 26.3.82 (Empfang unterschriftl.
bestätigt durch die Rektoratssekretärin)

Wie uns Herr Prof. Carenza, Herr Prof. Pozzi und Frau Dr. Stentella mitgeteilt haben, haben Sie in den ersten Februartagen einen Brief an Herrn Prof. Carenza geschrieben und ihn gebeten, Frau Dr. med. Sigrid HAMER, Ärztin für Allgemeinmedizin, die entsprechend schriftlicher Genehmigung von Prof. Carenza in der Univ.-Frauenklinik Rom, zusammen mit Frau Dr. Stentella, Oberärztin an der Univ.-Frauenklinik Rom, an der Überprüfung des HAMER-SYNDROMS (benannt nach DIRK HAMER) und der EISERNEN REGEL des KREBS arbeitete, aus der Klinik zu werfen, obgleich dazu wissenschaftlich oder ärztlich keine Veranlassung dazu bestand. Im Gegenteil, Herr Professor Carenza war der Meinung, man sollte die EISERNE REGEL des KREBS schnellstens unter Aufsicht objektiver Kollegen überprüfen. Deshalb wurden auch die Befragungen der Patientinnen, die an Krebs erkrankt waren, von der Oberärztin Frau Dr. Stentella vorgenommen, während Frau Dr. Hamer lediglich Protokoll führte.

Der Vorgang ist bisher an europäischen Universitäten einmalig, daß eine ausländische Gastärztin, die ohne Entgelt wissenschaftlich in einer Universitätsklinik in Italien tätig ist, ohne den geringsten Grund der Klinik verwiesen wird. Aber einen Grund gibt es natürlich schon, wie wir erfahren haben:

Wir haben die Information, daß Abgesandte der italienischen Königsfamilie Savoiën, der Familie des Mörders meines Sohnes DIRK, nach dem das HAMER-SYNDROM benannt ist, bei Ihnen vorstellig geworden sind und Sie um die "Gefälligkeit" gebeten haben, dafür zu sorgen, daß Frau Dr. HAMER das Arbeiten unmöglich gemacht wird. Der tiefere Grund ist: Man möchte den Prozess gegen den Prinzen Savoiën in Bastia/Sardinien, verhindern. Dazu ist jede positive Publizität der Familie HAMER abträglich. Daß der Vater des Opfers die Zusammenhänge des Krebs entdeckt haben könnte, wäre schlichtweg für die Familie Savoiën und die Monarchisten in Italien eine Katastrophe. Deshalb hat uns auch gestern Prof. Pozzi gesagt, er wisse genau, daß es nichts Unbilliges sei, was wir verlangten, daß man uns bestätige, daß 22 Fälle mit gyn. Carcinom von Frau Dr. Stentella und Frau Dr. Hamer untersucht worden seien und sich nach der EISERNEN REGEL des KREBS verhalten hätten. Auch hätten wir natürlich ein Recht darauf, daß man uns bestätige, daß die Untersuchung der Weiterarbeit rein politische Gründe habe, und nicht etwa ärztliche oder menschliche. Er wisse genau, daß die Klinik "brutta figura mache", denn diese Art und Weise sei natürlich unmöglich und allen wissenschaftlichen Usancen widersprechend. Auch daß eine Frau etwa 30 mal auf Herrn Prof. Carenza gewartet habe, um eine Erklärung für das Vorgehen zu erhalten, sei natürlich unmöglich. Es sei eben ein hochkarätig politischer Fall!

Herr Prof. Pozzi war angewiesen worden - ausdrücklich von Prof. Carenza, uns keinerlei Bestätigung zu schreiben!

Gestern hat mir nunmehr die italienische Nachrichtenagentur ANSA mitgeteilt, sie könne meine Veröffentlichung nicht publizieren, weil Herr Prof. Pozzi darum gebeten habe im Auftrag von Prof. Carenza, nichts zu veröffentlichen.

Die Katastrophe und der Skandal sind doch nunmehr komplett: Die Familie des Mörders unseres Sohnes DIRK verhindert die Publikation der Zusammenhänge des Krebs, die ungezählten Menschen die Rettung von ihrer Krankheit bringen könnten, damit der Prozess gegen den Mörder unseres Sohnes DIRK möglichst nicht stattfindet !

Wo bleibt die Freiheit der Wissenschaft, wo bleibt das Recht, wo bleibt das Mitleid mit den Menschen, die dafür sterben müssen, daß die Königs-Mafia einen Prozess gegen einen Mörder-Prinzen korrumpieren und blockieren kann ! eine größere Skrupellosigkeit als diese "königliche Skrupellosigkeit" können wir einfachen Menschen und Ärzte uns schlichtweg nicht mehr vorstellen. Nach dem gleichen Prinzip wird auch die Veröffentlichung dieser neuen Erkenntnisse bei allen Zeitschriften, Verlagen, Kongressleitungen und Ordinarien-Professoren in Deutschland von den den vornehmen Agenten und königlichen Helfershelfern in Deutschland und Italien systematisch verhindert.

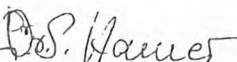
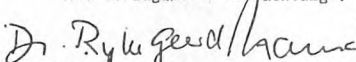
Die Familie Savoién hat bisher alle Drohungen mit Ausnahme der letzten, exakt wahrgemacht. Sie hatte uns ganz konkret durch einen autorisierten Mittelsmann der Familie Savoién gedroht, wenn wir das Schweigegeld nicht nehmen würden, dann würde sie uns

1. finanziell ruinieren,
2. unseren Ruf zu zerstören versuchen,
3. uns aus unserer Wohnung in Rom vertreiben
4. wenn alles nichts helfe, Herrn Dr. Hamer durch einen Autounfall umbringen lassen.

Bis auf das Letzte hat sie alles korrekt durchführen lassen. Aber das Makabre daran ist jetzt, daß nicht nur der Mörder die Familie des Opfers nach allen Regeln der Königs-Mafia jagen läßt, um sie zu zermürben und dadurch den Prozess zu verhindern, sondern daß jetzt tausende von Patienten sterben müssen, damit der Mörder nicht bestraft werden kann. Genau wie im Mittelalter !!!!!

Magnifizenz, ~~wir~~ glauben, Sie haben den Menschen unserer Länder in Deutschland und Italien einen schlechten Dienst erwiesen. Die Geschichte wird es beurteilen, wie folgenreich Ihre "Gefälligkeit" gewesen sein wird. Sie tragen für alles die volle Verantwortung !

Mit vorzüglicher Hochachtung !


Dr. Ryke Goerd Hamer Dr. Sigrid Hamer

PS. Bitte, geben Sie uns eine Kopie Ihres Schreibens an Prof.

UNIVERSITÄT TUBINGEN
MEDIZINISCHE FAKULTÄT
(Klinische Medizin)

DEKAN Prof. Dr. K. Voigt

7400 TUBINGEN, DEN 5. Mai 1982

GEISSWEG 3
TEL.: 292566

AZ: 716 - V /Schm
(Bei Rückantwort angeben)

Fakultät Klinische Medizin - Geissweg 3 - 7400 Tübingen 1

Herrn

Dr. med. Ryke G. H A M E R

Am Stadtgraben 19, bei Taut

7400 T ü b i n g e n

EINSCHREIBEN !

(Mehrfertigung für
Anschrift in Rom)

Sehr geehrter Herr Kollege Hamer,

nachdem die von Ihnen als Habilitationsgesuch eingereichte Schrift mit dem Thema "Das HAMER-SYNDROM, benannt nach DIRK Geerd HAMER, und die Eiserne Regel des Krebses" von zwei Gutachtern unserer Fakultät negativ beurteilt wurde, wurde Ihr Verfahren ordnungsgemäß auf der 33. Sitzung des Habilitationsausschusses der Fakultät für Klinische Medizin (erste Sitzung des Sommersemesters 1982) fortgeführt. .

Nach ausgiebiger Diskussion beschloß der Habilitationsausschuß einstimmig (ohne Enthaltungen), Ihr Habilitationsgesuch abzulehnen, da Ihre Arbeit formal, methodologisch und sachlich nicht den Anforderungen entspricht, die unsere Fakultät im Rahmen von Habilitationschriften für unverzichtbar hält.

Beiliegend erhalten Sie Ihre sämtlichen Unterlagen zur Entlastung des Dekanates eingeschrieben an die Tübinger Anschrift: Am Stadtgraben 19, bei Taut, zurück.

Ich bedaure, Ihnen keine andere Mitteilung machen zu können, und verbleibe mit guten Wünschen für Ihren weiteren Berufsweg,

Ihr



(Prof. Dr. K. Voigt)
Dekan

Conflict on new cancer theory

A German doctor — who fell victim to a malignant tumour soon after the death of his son — has developed a new theory on cancer. Because his theory contradicts current scientific medicine teachings, he was asked to recant or leave his job as chief resident at a clinic, reports KLAUS DALLIBOR in MUNICH.

A GERMAN internist, now living in Rome, has developed a new theory on the genesis of cancer, completely contrary to traditional views.

According to the physician, Dr. Byke Geerd Hamer, the dreaded disease is not caused by a poisoned environment, viruses or genetic disposition — as is generally assumed by researchers — but rather by a personal conflict the patient has experienced.

Dr. Hamer has made his theory the subject of his habilitation paper submitted to the medical faculty of Tuebingen University which accepted it.

What triggered Dr. Hamer's way of thinking was his own falling victim to a malignant tumour shortly after the lingering death of his son Dirk who was shot and injured off Corsica by a descendant of the king of Italy in August 1978, and succumbed to his wounds four months later.

Dr. Hamer is convinced his own illness is the outward, physical manifestation of the unresolved psychological conflict brought about by his son's agony.

The physician, until October of last year chief resident at a clinic near Munich, says he has tested his theory on 500 cases of cancer at the university hospitals of Munich, Bonn, Kiel and Cologne.

Because of this theory,

which contradicts current scientific medicine teachings, he was asked to recant or go.

Hamer preferred to go.

He said that in a letter to the German Medical Association he had pledged to give up his physician's approbation if his findings were proved incorrect.

He had offered to do this in the event that anyone could produce three concrete cancer cases — meticulously examined and absolutely free of doubt as to histology — that contradicted his theory.

The results he had arrived at in his studies had been summarised in a paper called Iron Rules of Cancer, he said.

According to the paper, three criteria exist for the genesis of malignant tumours, the first of which is called Hamer Syndrome in commemoration of the doctor's son.

This is Hamer's theory:

1 — Cancer develops on a certain day after a subject has experienced an incisive conflict, and always if and when one afflicted feels physically, socially or mentally isolated. Cancer springs into existence the more easily the poorer the subject's health is — the decisive element always being his or her subjective view of the conflict experienced (first criterion of Hamer Syndrome).

2 — The nature of the conflict determines the location of the cancerous growth.

3 — The illness develops parallel to the development of the conflict.

Cancer of the breast, for example, is triggered by general human conflicts such as between mother and child. In men, similar conflicts cause bronchogenic carcinoma. Round-celled lung cancer, Dr



programming error in the brain or man or animal — a constant short-circuit, as it were, in the brain's electric field.

This causes "faulty codes" to be issued which create degeneration at the cells — or cancer. The growth of cancer comes in and end when the conflict ends.

This is the point where Hamer's theory begins. "What is important is to understand the conflict and to eliminate it," he says. "That is not always possible, but can be done much more frequently than is generally thought."

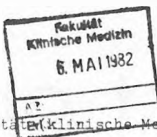
"The conflict must be really removed, and that cannot always be done by psychotherapy."

The bankruptcy of a merchant suffering from cancer, for example, would have to be "truly erased" if the man's health was to improve.

Tuebingen University has promised Dr. Hamer a "fair habilitation procedure". However, the Hamer Syndrome, insiders said, was causing the professors a considerable headache. — DPA Features.

c. med. Ry AMER
- harzt f. Inneremedizin
MA/Italia, Via Cassia 1280

Tubii .82



"Et concilia errare possunt"
Martin Luther.

An den Herrn Dekan
der Medizinischen Fakultät (klinische Medizin)
der Universität T U B I N G E N
Herrn Professor Dr. med. V O I G T

Betr.: Meine Habilitationsarbeit, Thema: "Das HAMER-SYNDROM und die
EISEPNE PEGEL des KREBS".

Sehr geehrter Herr Dekan !

Sie haben mir heute mündlich bestätigt, was ich ja schon von anderer Seite erfahren hatte, daß nämlich gestern die medizinische Fakultät einstimmig die Ablehnung meiner Habilitationsarbeit beschlossen hat. Nicht anwesend waren nach meinen Informationen Herr Prof. Bock, Innere Medizin, und Prof. Hammacher, Gynäkologie. Prüfer der Arbeit waren Prof. Wilms, Innere Medizin, und Prof. Schrage, gyn. onkolog. Vorsorgemedizin.

Auf meine Frage, ob meine Informationen zuträfen, daß keiner der beiden Herren Prüfer auch nur einen einzigen Fall auf mein System hin untersucht habe, antworteten Sie mir - in Gegenwart Ihres ausdrücklich als Zeuge anwesendem Oberarztes - wahrheitsgemäß: "Die beiden Herren haben dies nicht für nötig befunden" (5.5.82, 17,45 Uhr, von mir niedergeschrieben 1 Minute später)

Sie haben auch ganz klar bestätigt, in diesem Fall habe die Formale Seite der Arbeit, die ja zunächst nicht als Habilitationsarbeit konzipiert war, eine ganz untergeordnete Rolle gespielt. Vielmehr seien es die methodischen und inhaltlichen Ergebnisse gewesen, die zur einstimmigen Ablehnung der Arbeit geführt hätten. (keine Gegenstimme, keine Enthaltung !)

Herr Dekan, ich habe Sie gebeten, es mir persönlich nicht übel zu nehmen, daß ich diesen Beschluß der Fakultät - und wenn er 100 mal einstimmig von 150 Professoren und Dozenten gefaßt worden ist - für völlig schwachsinnig halte, sogar für verantwortungslos, weil das einzige Kriterium, das es gegen den Inhalt der Arbeit gegeben hätte, nämlich den Nachvollzug einer Anzahl von Fällen, nicht einmal in einem einzigen Fall überhaupt für notwendig erachtet worden sei. So aber hat die Fakultät in selbstherrlicher Arroganz nur über sich selbst abgestimmt, daß nämlich die schulmeisterliche Medizin auf jeden Fall Recht haben müsse. Über meine Ergebnisse selbst ist gar nicht befunden worden !

Herr Dekan, ich halte den Inhalt des Fakultätsbeschlusses - mag er auch formaljuristisch "korrekt" zustande gekommen sein, für einen Skandal, für eine vom ärztlichen Gesichtspunkt gesehen unverantwortliche Farce !
Kommentar meiner Frau, Dr. med. Sigrid Hamer, Ärztin f. Allg.Med.:
"Eine Bankrotterklärung der wissenschaftlichen Glaubwürdigkeit der gesamten Schulmedizin, und sogar einstimmig !"

Die Glaubwürdigkeit und die wissenschaftliche Beweisbarkeit meiner Ergebnisse und meines Systems der "EISERNEN REGEL des KREBS" kann doch eine Fakultät nicht einfach "ex cathedra" oder durch "Konzilsbeschluss" widerlegen, ohne einen einzigen Fall selbst untersucht zu haben ! Angesichts meiner präzisen Angaben doch, weiß Gott, keine Zumutung, sondern schon von weit weniger qualifizierten Ärzten in einer halben bis einer Stunde zu schaffen !

Angesichts der - wie mir jeder Naturwissenschaftler sofort gestätigt - erdrückenden Wahrscheinlichkeit meiner Ergebnisse und damit meines Systems der "EISERNEN REGEL des KREBS" macht sich doch eine ganze Medizinische Fakultät von 150 ausgewachsenen Professoren und Dozenten zum Hohn- und Gespött der Wissenschaftler der ganzen Welt mit diesem "Schwabenstreich". Stellen Sie sich doch bitte vor, für was man diesen einstimmigen Beschluß halten wird, wenn ich Recht behalte: doch wohl für einen anmaßend arroganten schwachsinnigen Beschluß, und den einstimmig !
Ich werde ihn das "Tübinger Syndrom" nennen.

Wenn es nicht um so furchtbar ernste Dinge ginge, Herr Dekan, über denen uns unsere Patienten sterben, was mich Tag und Nacht nicht zur Ruhe kommen läßt, dann würde ich die Fakultät mit beißender Ironie und "Hamerischem Gelächter" übergießen. So aber ist es nur ein Trauerspiel, und ein makabres dazu !

Gegen die Entscheidung der Fakultät werde ich Klage vor dem Verwaltungsgericht erheben. Bitte, stellen Sie mir eine rechtsmittelfähige Entscheidung der Fakultät zu.

Mit dem Ausdruck der vorzüglichsten Hochachtung


(Dr. Ryke Geerd Hamer)

P.S. Einziges Ziel meines Habilitationsverfahrens war es wie aus meinen früheren Briefen hervorgeht, eine echte Überprüfung meiner Ergebnisse durch eine medizinische Fakultät zu erreichen, nicht aber im Vorfeld "abgemeiert" zu werden. Gerade aber dieses einzige Ziel hat die Fakultät mir verweigert, indem die Prüfer nicht einen einzigen Fall selbst nachvollzogen haben. Auf die Habilitation selbst wollte ich notfalls gerne verzichten, wenn dadurch nur die Prüfung selbst gewährleistet würde. So aber ist das Ganze ein laues Spiel und eine Farce.

Dr.med. Ryke Geerd H A M E R

Tübingen, 16.7.82

Facharzt f. Innere Medizin

ROM / Italien, Via Cassia 1280

Herrn

Prof. H.E. B O C K

emerit. Ordinarius der Med. Klinik

Tübingen

Betr.: Meine Bitte an Sie, sekundiert von 4 Ordinarien-Professoren der Med. Klinik Tübingen, mit mir zusammen 5 Fälle von Bronchial-Ca zu untersuchen auf das System der EISERNEN REGEL des KREES.

Sehr geehrter Herr Professor Bock!

Unser heutiges Gespräch hat mich sehr enttäuscht, genauer gesagt bin ich von Ihnen sehr enttäuscht. Ich erwarte ja nicht etwas für meine eigene Person, sondern ich hätte gehofft, daß wir als Ärzte gemeinsam dieses kleine Opfer für unsere Patienten erbracht hätten.

Daß Sie nicht den Mut haben, sekundiert von 4 ausgewachsenen intern. Ordinarien, sich mit mir zusammen der "Nagelprobe" zu stellen wurd, statt ohne Argumente mein System als unseriös abzuqualifizieren, sich der Verantwortung für unsere Patienten zu stellen, werde ich Ihnen nie verzeihen. Gerade Sie, der immer gesagt hat, man müsse die Sache durch Untersuchung nachprüfen, ist jetzt der eifrigste Verweigerer und sagt, er müsse erst mal hören, was andere dazu sagen. Den Kommentar meiner Frau zu dieser Entscheidung darf ich Ihnen gar nicht schreiben, er ist vernichtend.

Mit kollegialer Hochachtung!

Med.-Direktor Dr. S. Nagorny

Chefarzt der Abteilung für
Anästhesie, Lungenphysiologie und Allergologie
der Klinik Löwenstein

7101 Löwenstein 29.07.82-ri

Kreis Heilbronn

Rufnummer (07130) 511

Herr Dr. med. Hamer hat in der Zeit vom 26.07.82 bis 29.07.82 in der Klinik Löwenstein insgesamt 5 Patienten anamnestisch befragt, bei denen ein histologisch nachgewiesenes Bronchialcarcinom vorliegt. Bei allen Befragten war der jeweilige Stationsarzt zugegen.

In allen Fällen waren bei den Patienten anamnestisch die 5 Kriterien der von Herrn Dr. med. H. aufgestellten "eisernen Regeln des Krebses" erfüllt.

Med. Direktor Dr. Nagorny
Chefarzt

Med. Direktor Dr. S. Nagorny

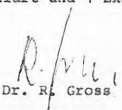
Fortsetzung zur Erklärung vom 7.10.1982 für Dr. Hamer:

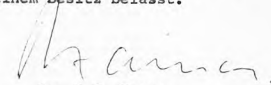
7.10.1982 S.

Auf Wunsch von Herrn Dr. R.G. H a m e r , Facharzt für
Innere Medizin, Via cassia, Rom, erkläre ich folgendes:

1. Ich halte es beim derzeitigen Stand der Krebsforschung für vertretbar und wünschenswert, wenn auch sogenannte Außenseitermethoden nach den international anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft in kontrollierten, prospektiven Studien geprüft werden - vorausgesetzt, daß die behandelnden Ärzte die Methoden ethisch und wissenschaftlich für vertretbar halten.
2. Ich begrüße es in diesem Rahmen, wenn die verantwortlichen Ärzte in Bad Trissl/Oberaudorf, Herrn Dr. Hamer Gelegenheit geben, die Wirksamkeit seiner Behandlungsmethoden zu demonstrieren.
3. Vom vorgesehenen Ansatz her (20 Kranke, 3 Monate) kann es sich dabei zunächst nur um eine sogenannte Pilot-Studie handeln.
4. Ich bin bereit, die Ergebnisse eines unabhängigen Ärztekollegiums aus Bad Trissl mit zu überprüfen - vorausgesetzt das sich die Professoren Voigt und Frommhold aus Tübingen ebenfalls beteiligen. Dabei müssen alle Ergebnisse offengelegt werden.
5. Über die Tunlichkeit einer Publikation in Fachzeitschriften oder in der allgemeinen Presse entscheide ich unabhängig nach Abschluß der Behandlungen.

6. Keinesfalls kann mein Name ohne ausdrückliche schriftliche Zustimmung in Rundfunk, Fernsehen oder Pressepublikationen benutzt werden. Dr. Hamer haftet uneingeschränkt für materiellen oder immateriellen Schaden, der mir durch Mißbrauch meines Namens entstehen könnte.
7. Diese Erklärung meinerseits hat nur Gültigkeit, wenn sich Herr Dr. Hamer durch Gegenzeichnung damit einverstanden erklärt und 1 Exemplar in meinem Besitz belässt.


Prof. Dr. R. Gross


Dr. R.G. Hamer

Trendwende

Bewußtsein und Gesellschaft im Umbruch – eine Dokumentation

ISSN 0723-659X

Nr. 5 · November 1982

F 3118 E

2

Neue Belege: Krebs ist Ausdruck seelischer Konflikte

Der ebenso großangelegte wie bisher erfolglose internationale Kampf gegen den Krebs erhält weiteren Aufwind – von Außenseitern. Krebstheorien und Therapiensätze machen von sich reden, die ebenso revolutionär wie einleuchtend sind. Im Mittelpunkt stehen jetzt seelische Konflikte: wesentliche, wenn nicht sogar die wesentliche Ursache der Krebserkrankung. Entsprechend könnte sich bald das Schwergewicht der Therapien verlagern: weg von kostenintensiven, kalten Apparaturen, hin zu Methoden seelischer Gesundheit, die jedermann zugänglich sind. Hoffnung für Krebskranke und Krebsgefährdete ...

Zuerst das Bild, das sich aus zahlreichen Forschungsergebnissen zusammensetzen läßt. Zwar scheinen erst einmal unzählige Faktoren an der Krebsentstehung beteiligt zu sein. Glaubt man den Statistiken, haben Vererbung, Geschlecht und Blutgruppe ebenso wie Ernährungsweise, krebsauslösende Umweltstoffe (Karzinogene) und diverse Laster (Rauchen, Alkohol) einen Einfluß auf die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken.

Doch längst nicht jeder Kettenraucher erkrankt an Krebs; nicht jeder, der mit dem krebsauslösenden Asbeststaub arbeitet, wird von einem Bronchialkarzinom heimgesucht. Und die Japaner, die laut Statistik weitaus mehr gegen den Brustkrebs gefeit scheinen als etwa die Bundesdeutschen, sind eben nicht in einem Erbgutvorteil: Nur in ihrem eigenen Land, unter japanischen Lebensbedingungen, beträgt ihr Brustkrebsrisiko ein Viertel des unseren. Kaum sind sie in Deutschland, gilt für sie genau die gleiche Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu erkranken wie für unsereins.

Die Hinweise mehrern sich also, daß die oben genannten krebsauslösenden Faktoren die Geschichte der Krebsursache nicht vollständig wiedergeben. Gibt es weitere Fakto-

ren, die letztendlich entscheiden, welcher Kettenraucher, welcher Asbestfabrikarbeiter, welcher Japaner an Krebs erkrankt? Tatsächlich scheint es solche *krebsentscheidenden* (im Gegensatz zu den *krebsbegünstigenden*) Faktoren zu geben. Vor allem deutsche Forscher fanden heraus, daß Menschen, die später einmal an Krebs erkranken, allzeit liebenswert, hilfsbereit und nachgiebig waren, zu Opfern bereit, immer entgegenkommend, aber unfähig, eigene Bedürfnisse, eigene Freude und eigenen Ärger auszuleben. Gefühle und Wünsche wurden unterdrückt.

Ursache dieses Verhaltens, so fand nun eine Arbeitsgruppe der Universität Heidelberg unter Prof. Maria Blohne heraus, sind unbewältigte Konflikte der Vergangenheit: unbewußte Schwachstellen der seelischen Stabilität, die durch reibungsloses, glattes Verhalten verdeckt und geschützt werden.

Zur Krebserkrankung komme es in aller Regel dann, wenn starke plötzliche oder schwelende Belastungen (Arbeitslosigkeit, Tod oder Verlust des Partners, Einsamkeit, Isolation) die angeknackste Persönlichkeit überfordern: Unter dem jetzt übergroßen seelischen Druck bricht das körpereigene

Fortsetzung Seite 2 →

Approbation als Pfand ...

Fortsetzung von Seite 1

Abwehrsystem zusammen. Die Regenerationsfähigkeit wird gelähmt: die Krebszellen können sich ungehindert vermehren. Die Heidelberger Forschungsgruppe: „Man kann sagen, daß psychosozialer Streß der Grundveranlagung eines Menschen zum Krebsdurchbruch verhilft.“

Zu ganz ähnlichen Ergebnissen ist der Tübinger Internist Dr. Rytke Goerd Hamer gekommen. Eine sorgfältige Überprüfung der Krankengeschichte von 500 Patienten in den Universitätskliniken München, Kiel und Rom fügt dem Bild von den seelischen Ursachen der Krebserkrankung jedoch noch interessante Details hinzu.

Hamer ist überzeugt, daß die Art seelischer Konflikte das Organ bestimmt, an dem Krebs entsteht: Es habe sich gezeigt, daß Brustkrebs durch allgemeine menschliche Konflikte, zum Beispiel zwischen der Mutter und ihrem Kind, ausgelöst werde. Ähnliche Konflikte bewirken beim Mann Bronchialkrebs, Gebärmutterkrebs, hingen aber immer einen sexuellen Konflikt hintergrund; Lungenkrebs mit Rundherden entstehe durch Todesangst.

Hamer sieht in der Krankengeschichte der bisher von ihm untersuchten Menschen auch Hinweise darauf, daß der Beginn der Krebserkrankung sich meist auf ganz bestimmte Tage festlegen lasse: auf Momente, in denen schwelende Konflikte plötzlich zum Ausbruch kommen oder besonders schwere Belastungen (z.B. ein Todesfall in der Familie) auftreten. Die Krebserkrankung entwickle sich parallel zum Verlauf des Konflikts: Wird er gelöst, verschwindet auch der Krebs.

Hamer wurde zu seinen Forschungen durch eigenes Erleben angeregt: 1978 wurde sein Sohn angeschossen, der vier Monate später dann seinen Verletzungen erlag.

Dr. Hamer erkrankte danach an Krebs – und erkannte dies später als ein äußeres Zeichen für einen unverarbeiteten Konflikt, der sich körperlich als Krankheit manifestiert.

Ein starkes seelisches Konfliktlebnis, so vermutet Hamer, löst im elektronischen Feld des Gehirns eine Art ständigen Kurzschlusses aus. Die Folge: „Programmierungsfehler“, fehlerhafte Signalcodes bei der Zellvermehrung. Neue Körperzellen entarten.

Behält Hamer recht (und er hat in einem Schreiben an den Präsidenten der Bundesärztekammer seine ärztliche Approbation als Pfand eingelegt für den Fall, daß man ihm auch nur drei Fälle aufzeigen könnte, die seiner Theorie widersprechen), dann wird nicht nur die Therapie neue Wege gehen müssen – im Sinne einer angemessenen Psychotherapie, die den Konflikt bewältigen hilft. Vorseorge heißt dann nicht mehr nur rechtzeitiges Erkennen des Krebses, sondern wird darauf abzielen, Krebs gar nicht erst entstehen zu lassen. Interessant werden dann Methoden seelischer „Hygiene“, die unspezifisch, dafür aber ganzheitlich Körper wie Geist erfassen und so anspruchsvoll (und preiswert) sind, daß auch einfache Menschen sie in ihren täglichen Rhythmus integrieren können.

Für diejenigen, die wissen wollen, ob sie zu den besonders gefährdeten „Krebspersönlichkeiten“ zählen, hat die Heidelberger Forschungsgruppe einen Fragebogen entwickelt, der in einem ersten Versuch 96 Prozent aller Krebspersönlichkeiten richtig erkannt hatte.

Literatur: O. Carl Simonetti, Stephanie Matthews-Simonetti, James Crighton: *Wieder gesund werden – eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen*. Rowohlt 1982, 329 S., mit Tombakauswert, DM 26,-.

Prof. Maria Blohne: Ruprecht-Karls-Universität, Grabengasse 1, D-6900 Heidelberg, Tel. (06221) – 5 41. **Dr. med. Rytke Goerd Hamer:** über Michael Trant, Am Stadtpark 19, D-7400 Tübingen.

Luise Harksen
Friedenstr. 98

2080 Pinneberg;

Am 10.12.82 um 14.30 Uhr tagte ein "Schiedsgericht", das aus fünf
Kerinnen und Kzten bestand.

Dieses Arztgremium war gekommen, um bei etwa 30 Patienten die klinischen und röntgenologischen Befunde daraufhin zu untersuchen, ob bei ihnen, die zufällig und unausgewählt therapiert worden waren, die Kriterien der "Eisernen Regel des Krebs" zutreffen, und ob bei ihnen der augenblicklich nach der Konfliktauferdung eingetretene Heilungsprozess System hat.

Befast hat sich das Ärztegremium allerdings nur mit sieben Patienten.

In allen sieben dieser zufällig herausgegriffenen Fälle erwies es sich, daß das gesamte Konflikts geschehen eindeutig nach dem Kriterium der "Eisernen Regel des Krebs" abgelaufen war, genauso wie die Erkrankung.

Sofort nach der Konfliktausräumung fühlten sich alle Patienten gelöst, nahmen an Gewicht zu, der Röntgenbefund zeigte eine Besserung.

Trotzdem war das Schiedsgericht nicht bereit zu attestieren, was es sah, sondern es wollte sich auf ein Jahr vertagen.

Wir Patienten sind empört darüber, daß es ganz offensichtlich den Ärzten an Zivilcourage fehlte, eine Sache zu attestieren, die auf der Hand liegt.

Drei von uns Patienten bzw. Angehörigen waren Zeuge dieses Geschehens.

Nach unserer Meinung darf man keine Zeit unnütz verstreichen lassen,
in der man Tausende von Patienten retten könnte.

in der man Tausende von Patienten retten konnte.

L. Harbeson & Sohn
O. Kamelke H. Rudolphsk August Klein
Leanda Howard Edward Gager Anna Guttschew
Simmons Plunick Arnold Bangor Anita Zuck D. Freundlich

Dr. med. Ryke Geerd Hamer
Klinik für Innere Medizin
5. St. Bonn, Weberstr. 18

Herrn Dr. Thomas Schiezel
Arzt für Innere Medizin
und
Herrn Dr. Schiezel
Arzt für Radiologie und Onkologie

Dormagen, 19.1.83

Betr.: Herrn Klaus Peter geb. 13.11.56

Diagnose: Gewebswucherung nach abakteriellem Spritzenabszess
fälschlicherweise als bösartiger Tumor verkannt
Lungenrundherde, - inzwischen in Rückbildung begriffen -
nach Todesangstkonflikt, entsprechend der EIGENEN
REGEL des KR-BS.

Sehr geehrte Herren Kollegen !

Herr Klaus-Peter Rickert ist m.M. das Opfer einer iatrogenen Fehlbe-
handlung geworden durch eine falsche histologische Diagnose. In Wirk-
lichkeit hatte er nichts anderes als einen Spritzenabszess auf Voltaren,
Anfang November 82, möglicherweise schon Ende Oktober.

Etwa um den 28.11.82 Operation. Am 45.11.82 sagte der Krankenhausarzt
dem Patienten, der histolog. Befund besage, daß es sich um einen
"hochgradig bösartigen Tumor" handle. Den Patienten habe es wie ein
Hängerschlag getroffen. Er sei in Panik geraten. Die Panik habe ange-
dauert bis Anfang Januar 83, als er wieder habe laufen können.
Entsprechend ist die Verlaufskontrolle des Lungenbefundes zu verstehen
nach der EIGENEN REGEL des KREBS.

Die Wahrscheinlichkeit, daß es sich wirklich um einen abakteriellen
Spritzenabszess gehandelt hat, nehme ich mit etwa 99:1 an. Ein zu-
fälliges Zusammentreffen wäre gänzlich aus der Luft gegriffen. Deshalb
ist auch der histologische Befund so gänzlich verschwommen. (Chefarzt
Dr. med. Haberich, patholog. Institut des Univ.-Lehrkrankenhauses
Düsseldorf, Lukaskrankenhaus).

Unverständlich erscheint mir, daß sich von den vielen Ärzten, denen
der Pat. bisher vorgestellt worden ist und die ihn untersucht haben,
bisher offenbar keiner für eine solche Möglichkeit der Genese der
Gewebswucherung überhaupt interessiert hat, wie der Pat. selbst aus-
sagt.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

(Dr. Ryke Geerd Hamer)

ACTION das durchziehende Omas-Kolle-Papier

Dr. med. Ryke Geerd HAMER, Arzt für Innere Medizin · Via Cassia 1280, I-ROMA
Haus Dammersmoor 2730 Gyhum Dammersmoorweg 17 , Tel. 04286/ 1330

Herrn
Dr.med. Weinhold
Vorsitzender der Ärztekammer
Niedersachsen Bezirk Stade
2160 S t a d e

Gyhum, den 26.8.83

Sehr geehrter Herr Dr. Weinhold.

Vom 18.August 83 bis 6./7. Dezember 83 wird in Gyhum eine Pilotstudie über Diagnostik und Therapie entsprechend der EISERNEN REGEL DES KREBS durchgeführt. Am Ende der Studie, nämlich am 7. Dezember, soll ein intern. ärztliches Schiedsgericht unter Vorsitz des Vorsitzenden der Ärztekammer Niedersachsen / Bezirk Stade Dr. Weinhold und 7 Professoren und Dozenten aus Schweden, Bundesrepublik, Schweiz, Oesterreich und Italien (Südtirol) darüber befinden, ob die sogenannte EISERNE REGEL DES KREBS richtig ist. Aus beigefügten Unterlagen, die zu Ihrer Information dienen, ersehen Sie, worum es sich handelt und nach welchen Kriterien untersucht wird und von dem intern. ärztlichen Schiedsgericht geprüft werden soll. Folgende Wissenschaftler, die sich gegenseitig vorgeschlagen haben, haben uns ihre Teilnahme zugesagt.

1. Herr Dr. med. Weinhold, Vorsitzender der Ärztekammer Niedersachsen/Stade
2. Herr Dozent Dr. Ballua, Univ. Innsbruck / Oesterreich
3. Herr Professor Dr. Bergström, Univ. Stockholm / Schweden
4. Herr Primarius Professor Dr. Ebner, Chirurgie Krankenhaus, Brixen /Italien
5. Herr Professor Dr. Feine, Univ. Tübingen
6. Herr Professor Dr. Stender, Medizinische Hochschule Hannover
7. Herr Professor Dr. Hundeshagen, Medizinische Hochschule Hannover
8. Herr Professor Dr. Wellauer, Univ. Zürich / Schweiz

4.9.1983

Dr. med. Ryke Geerd HAMER, Arzt für Innere Medizin · Via Cassia 1280, I-ROMA

-- 2 --

Ich bedanke mich an dieser Stelle herzlich, daß Sie Ihre Teilnahme als Vertreter der Bundesrepublik Deutschland zugesagt haben. Sie werden von dem Vorsitzenden der Ärztekammer Niedersachsen, sowie vom Bürgermeister Gyhum bei Bremen, deren Gast Sie sein werden, eine offizielle Einladung erhalten.

Sie haben die Möglichkeit jeweils 3 oder 5 Patienten zu schicken, deren Prognose nach bisheriger schulmedizinischer Meinung lautet: "Praktisch hoffnungsloser Fall". Sofern nicht eine Krankenkasse für die Kosten der Behandlung aufkommt, werden wir den Patienten kostenlos behandeln und dokumentieren nach dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS und Ihnen am 7. Dez. 83 wieder vorstellen.

Ich hoffe, daß dann alle Patienten bis dahin klinisch gesund, d.h. mit einem Restzustand eines inaktivierten Carzinoms gesundheitlich restituiert sein werden.

Mit nochmaligem Dank für Ihre freundliche Zusage der Mitwirkung und kollegialer Hochachtung

Ihr sehr ergebener

Dr. Ryke Geerd Hamer
Arzt für Innere Medizin

Herrn
Dr. Ryke-Geerd Hamer, Krebspezialist
Post III Sendung 3.9.1983 21.45

Sehr geehrter Herr Kollege,

ich bringe auf Ihre glänzende Diskursion gestern Abend in der "Sendung III nach neun" beglückwünsche ich Sie herzlich. Anbei übersende ich Ihnen einen Sonderdruck aus der "Psycho" sowie meine "KX-Kassette" in der Annahme es könnte Sie interessieren und bei der psychosomatischen Behandlung Ihrer Krebspatienten von Nutzen sein.

Hier ein Fall der unglaublich klingt, aber dennoch wahr ist:

Eine ältere Dame erkrankte an Harnblasenkrebs. An der Gynäkologischen Universitätsklinik wurde eine eigrosse Geschwulst in der Harnblase festgestellt, die nach mikroskopischer Untersuchung als bösartiger Tumor bezeichnet wurde. Da es für eine radikale Operation bereits zu spät war, versuchte man mit teilweisen Ausbrennungen zu helfen, jedoch ohne Erfolg. Die Schmerzen und Blutungen hörten nicht auf und der Allgemeinzustand verschlechterte sich von Tag zu Tag. Als Mutter eines Arztes der in einem psychiatrischen Krankenhaus bei seinen Patienten die "Musikalische Psychotherapie" anwandte, wies der kollektiven Sitzungen oft auch Angestellte beiwohnten, nahm auch sie an dieser Gruppen-therapie teil. Schon nach einigen Tagen bemerkte sie, dass die Blutungen nachliessen und die bisher unerträglichen Schmerzen zurückgingen. Nach ungefähr 10 Sitzungen wurde das Leiden erpöschend und der Schlaf normal. Zwei Monate später hörten alle Beschwerden auf. Es wurde ebenfalls auf eine naturgemässe Ernährung geachtet. Die Dame lebte danach noch 10 Jahre und starb in ihrem 85. Lebensjahr. Diese Dame ist meine Mutter.

Lassen Sie sich durch bockhafte Aufzeichnungen nicht kl. in kriegen und kämpfen Sie mit zäher Ausdauer weiter für die segensreiche Suche.

Mit besten kollegialen Grüßen

L. Hamer

Patienten von
Dr. med Hamer
273+ Gyhum

den 15.09.1983

Herrn
Dr. med Weinhold
Ärztekammerpräsident
Stade

Sehr geehrter Herr Dr. Weinhold

In Ergänzung unseres Schreibens vom 09. Oktober 1983 fühlen wir uns veranlaßt, Sie über weitere Vorkommnisse vorsorglich zu informieren.

Ein Patient, ca. 23 Jahre jung (Hodenkrebs) wurde vergangenen Donnerstag auf Veranlassung seiner Ärzte, von seinem Vater aus Berlin angerufen, er solle wieder nach Hause kommen und sich sofort operieren lassen; alle Patienten die Dr. Hamer bisher behandelt habe, seien verstorben. Er kündigte sein Kommen für den nächsten Tag an, um mit ihm nach Hamburg zu fahren und sich dort gemeinsam einen Film anzusehen. (Hier konnte es sich nur um den Film in "extra drei" handeln)

Der Patient, der erst 8 Tage mit seiner jungen Frau hier war, diskutierte daraufhin mit einigen Mitpatienten, die den Inhalt des Films bereits kannten. Er vertrat dabei so überzeugend seine persönliche Auffassung das System selbst betreffend, als auch die positiven Eindrücke, die er in der recht kurzen Zeit hier in der Gemeinschaft gewonnen hatte, daß es wohl keinem der Anwesenden gelungen wäre, diesen Mann umzustimmen.

Dennoch ist er am nächsten Tag in Panik abgereist. Er hat Herrn Dr. Hamer zugegeben, in Hamburg bei Herrn Drossart (NDR) gewesen zu sein und dort den Film gesehen zu haben.

Patienten gegenüber hat er erklärt, er sei jetzt fest entschlossen sich operieren zu lassen und stehe nun nicht mehr hinter der Sache.

Wie war es nur möglich, den Patienten so in Panik zu versetzen?

Wir sind entsetzt. Wir, die das System der EISEREN REGEL verstanden haben, wissen genau was jetzt passiert.

Wir aber fragen uns und auch Sie, Herr Dr. Weinhold, wer (und warum) kann ein Interesse daran haben, auf Umwegen - über die Ärzte, Familienangehörigen - die Patienten von Dr. Hamer zu vertreiben. ? Sind es die Mediziner selbst oder lassen sie sich nur als Werkzeug mißbrauchen? Geht es eventuell nur um die Person Dr. Hamer's im Zusammenhang mit dem anstehenden Prozess gegen den Mörder seines Sohnes?

Was auch immer die Gründe sein mögen (es sind auch noch andere denkbar) hier geht es in erster Linie um Menschenleben, um unser Leben!

Wir bitten Sie, einen Appell an die Ärzte zu richten, sich zurückzuhalten und den 7. Dezember abzuwarten.

Wir sind fast alle von der Schulmedizin aufgebene Patienten und

...

wüssten am 7. Dezember, gemeinsam mit Herrn Dr. Hamer, der ganzen Welt beweisen, daß Krebs eine heilbare Krankheit ist.

Bei der Gelegenheit bedanken wir uns für Ihren Besuch am vergangenen Wochenende. Wir sind jedoch enttäuscht, daß nur 5 Patienten, und das auch nur rein zufällig, die Möglichkeit hatten (20 Minuten), Sie zu sehen. Wir hatten uns das eigentlich anders vorgestellt. Auch ist das kurze Gespräch vom Inhalt her sehr unbefriedigend verlaufen. Wir haben von Ihnen, dem Ärztekammerpräsidenten, der sich durch die Sendung in "extra drei" doch mit angegriffen fühlen muß, nämlich die wissenschaftliche Arbeit eines Scharlatans zu unterstützen, mehr Zivilcourage gegenüber der Öffentlichkeit erwartet.

Bitte, fallen Sie unter dem Druck - aus welcher Richtung er auch immer kommt - nicht um.

Wir rechnen mit Ihnen, Herr Dr. Weinhold!

Mit freundlichen Grüßen,
die Patienten von Dr. Hamer

H. Cimeri

Arnold

H. Knappmeyer

Walter Kiefer

Thomas Kiefer

Christa Trübke

Gisela Kiefer

Renate Kiefer

Kristin Kiefer

Helma Kiefer

Walter Kiefer

Walter Kiefer

Walter Kiefer

Anneliese Ulbricht

Christiane Ulbricht

Christiane Ulbricht

Christiane Ulbricht

Christiane Ulbricht

Christiane Ulbricht

Christiane Ulbricht

Christiane Ulbricht

Christiane Ulbricht

Christiane Ulbricht

Christiane Ulbricht

Christiane Ulbricht

Christiane Ulbricht

Christiane Ulbricht

Dr. med. Ryke Geerd HAMER, Arzt für Innere Medizin · Via Cassia 1280, I-ROMA
2730 G Y H U M - Haus Dammersmoor - Tel 04286 - 1330

16. 9. 83

Herrn

Dr. med. E. BRAUCHLE

Arzt für Röntgenologie und
Nuclearmedizin

Sonnebergerstr. 3 a
2800 B R E M E N

Sehr geehrter lieber Herr Kollege Brauchle !

Es würde mir, wie Sie aus beigefügter Arbeit ersehen können ("HAMERSche
HERDE statt Hirnmetastasen, HP-Journal 9/83) sehr helfen, wenn Sie mir
folgendes wahrheitsgemäß bestätigen könnten:

1. Sie sagten gestern, daß Sie sich prima vista auch nicht erinnern
könnten, je einen sog. HAMERSchen Herd je wachsen gesehen zu haben.
2. Ich erzählte Ihnen, daß es mir erstmals gelungen sei, aus einem
zentralen HAMERSchen HERD bei einem Pat. rückwirkend ein inzwischen
natürlich inaktiviertes Bronchial-Ca des re Unterlappens zu diagnosti-
zieren. -
Sie sagten mir, daß Ihnen das - natürlich unter anderer Fragestellung
nämlich den HAMERSchen HERD als Hirnmetastase auffassend -
schon ein oder gar zwei mal gelungen sei, ebenfalls nachträglich ein
solches Bronchial-Ca bei Vorliegen eines zentralen HAMERSchen
Herdess nachzuweisen. Auch in der Zentralklinik St. Jürgensstr. in
Bremen sei das schon einmal vorgekommen. Überhaupt hätten die
Bronchial-Carcinome immer eine ganz typische Lage der HAMERSchen
HERDE.
3. Im Fall von Frau Fesenfeld können Sie doch wahrheitsgemäß bestätigen,
daß ich die Pat., die außer einem Leber-Ca multiple R U N D H E R D E
in der Lunge hat, speziell mit der Fragestellung geschickt hatte, ob
sie an einer bestimmten Stelle im Stammhirn einen HAMERSchen HERD
bzw. ein umschriebenes perifocales Oedem hat. Es fand sich exakt
das bei der Computertomographie des Gehirns, was ich vermutet hatte.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr

Röntgeninstitut
DR. E. BRAUCHLE
Sonneberger Str. 3a
2800 Bremen

best. Brauchle

Hamer

Amtsgericht Uelzen

Eing. - 5. OKT. 1983

fuch. Bd. Heft

Akt. DM Kostenm.

B e s c h l u ß

In der Strafsache

gegen

den Arzt für Innere Medizin
Dr. med. Ryke Geerd H a m e r,
geboren am 17.5.1935 in Düsseldorf-Mettmann,
wohnhaft in Rom, Via Cassia 1280,

wegen

Beleidigung

- Verteidiger: Rechtsanwalt R. Neumann, Am Markt 5, 7400 Tübingen 1, -

hat der Vorsitzende des Schöffengerichts Uelzen am heutigen Tage
folgendes beschlossen:

Der Rechtsanwalt Hans Joachim Gaub aus 8000 München 2,
Neuhauserstraße 6,

soll als Zeuge durch den Vorsitzenden des Schöffengerichts
als beauftragten Richter vernommen werden, weil dem
Zeugen das Erscheinen in der Hauptverhandlung wegen
großer Entfernung und wegen des damit verbundenen
Zeitverlustes nicht zugemutet werden kann.

Die Vernehmung des Zeugen soll in München erfolgen.

Die getroffene Entscheidung beruht auf § 223 Abs. 1,
Abs. II StPO.

3110 Uelzen, den 19. September 1983

Das Amtsgericht/Der Vorsitzende des Schöffengerichts

gez. Pape

Pape

Richter am Amtsgericht



Ausfertigt:

(Meyer) Justizangestellte
als Urk. Beamtin d. Gesch. Stelle

Als Zeugen wurden schon 1982 zu Mitarbeitern des Anwaltsbüros
der Familie Savoién für diesen Prozeß gewonnen:
J. Drossart, Redakteur des NDR, T. Fiedler, Sternredakteur,
genau die beiden Redakteure, die ihre Rufmordsendungen und
Rufmordartikel im NDR und in der Illustrierten Stern verbrechen
haben (Sept., Okt. und Nov. 83).

Dr. med. Ryke Geerd HAMER, Arzt für Innere Medizin · Via Cassia 1280, I-ROMA
Haus Dammersmoor 2730 G y h u m Tel. 04286 / 1330

Dr. E. BRAUCHLE
Radiologe

Sonnenberger Str. 3a
2800 Bremen, den
Tel. (0421) 4683284

22.9.83

Aktennotiz

Anruf von Herrn Dr. Weinhold am 30.10.83, 13.10 Uhr

Das Sozialministerium Hannover hat eine Aktennotiz durchgegeben, ob man nicht Dr. Hamer die APPROBATION entziehen könne mit Hilfe eines psychiatrischen Gutachtens. Besonders solle das Gutachten dazu Stellung nehmen, ob nicht die Verdächtigungen gegen die Monarchisten-Mafia ein paranoider Verfolgungswahn seien. Der Termin des 7. Dezember solle damit gestoppt werden, das sei klar. Ich habe diese Art der Auseinandersetzung "Russische Methode" genannt, wo Regimekritiker auch in die Psychiatrische Anstalt zwangseingewiesen würden. Besonders augenfällig ist, daß ich nicht etwa wegen der EISERNEN REGEL DES KREBS die Approbation entzogen bekommen soll, sondern wegen Verfolgungswahn gegenüber dem Syndikat des Mörders meines Sohnes.

Ich habe eingewandt, daß ich genau aus diesem Grunde bereits einmal von einem Psychiater in Bonn untersucht worden bin, der festgestellt habe, daß es sich keineswegs um einen "Verfolgungswahn" handelt, sondern um sehr berechnete und begründete Befürchtungen, nachdem mir der Oberstaatsanwalt von Bastia diese meine allerschlimmsten Befürchtungen bestätigt hat.

R. G. Hamer
Dr. med. Ryke Geerd Hamer
Arzt für Innere Medizin

Entsprechend der Arbeit im HP - Journal Heft 9 / 83
HAMER'sche Herde statt Hirnmetastasen können folgende
Kollegen bestätigen:

1. daß sie sich prima vista nicht daran erinnern können,
jemals einen solchen HAMER'schen Herd wachsen gesehen
zu haben. Lediglich das perifocale Ödem ändert sich.

2. Daß ein HAMER'scher Herd, der nicht wächst, kein
Karzinom und auch keine Metastase sein kann, da solch
ein Gebilde nach allgemein wissenschaftlichen Vorstel-
lungen als wachsend definiert sein müßte.

Brauchle

Röntgeninstitut
DR. E. BRAUCHLE
Sonnenberger Str. 3a
2800 Bremen

Patienten von
Dr. med. R.C. Hamer
Haus Dammersmoor
2730 Gyhum

den 10.10.83

An den
Ärztammerpräsidenten
Herrn Dr. Weinhold

Sehr geehrter Herr Dr. Weinhold!

Wir, die Patienten von Herrn Dr. Hamer, Gyhum, bitten Sie um Ihre Hilfe.

Wie Ihnen bekannt ist, wurde am Mittwoch, dem 29.09.1983 vom NDR Hamburg, die Sendung "extra drei" kontra Dr. Hamer ausgestrahlt, die eine Reihe von Patienten in Panik versetzt hat. Fünf Patienten sind sogar abgereist. Dies war wohl Absicht dieser Aktion. Die Sendung wurde von Hausärzten der Patienten vorher angekündigt, die wiederum vom NDR benachrichtigt worden waren. Bekannt ist auch, daß der NDR die Adressen dieser Hausärzte bekommen hatte. Abgesehen davon, daß der Sendung jede Objektivität fehlte, da Dr. Hamer ja keine Möglichkeit hatte, zu dem Film Stellung zu nehmen, hat er seine Wirkung - auch in der Öffentlichkeit sicher nicht verfehlt. Die abgereisten Patienten z.B. befinden sich jetzt wieder in höchster Lebensgefahr! Sie geraten erneut in Panik, der Prozess schreitet fort! Dies entspricht aber auch genau der EISENNE REGEL DES KREBS leider nur im umgekehrten Sinne.

Viele Patienten wurden nach der Sendung von Familienangehörigen bedrängt, die Behandlung abzubrechen.
Ein anderes Beispiel möchten wir hier noch darstellen:
Frau X fuhr am Freitag darauf nach Hause, um ein geruhssames Wochenende mit ihrem Mann zu verbringen. Zwischenzeitlich hat die Familie (Eltern und Bruder) den Pfarrer bestellt, der in aller Feierlichkeit bei der Patientin eine Krankensalbung vornahm, die sie persönlich als "Letzte Ölung" empfunden hat. Die Patientin geriet in absolute Todesangst, was ein neuer Konflikt darstellt (Rundherde in der Lunge). Sie kehrte in voller Panik nach Gyhum zurück, mußte in die Pflegestation verlegt werden und konnte keine Nahrung mehr aufnehmen. Durch das Gespräch mit Herrn Dr. Hamer und einigen Patienten wurde sie von ihrem Todesangst-Konflikt befreit. Anschließend zeigte sie sich spürbar erleichtert, sie hatte wieder Appetit und lebte vollkommen auf.

Wäre Frau X nicht nach Gyhum zurückgekommen, hätte der Konflikt andauert. In ca. 3 bis 6 Wochen wären Rundherde in der Lunge sichtbar geworden, was dann das Todesurteil für sie bedeutet hätte.

...

Hier würde man dann auch sagen können: Patientin war bei Dr. Hamer, gestorben am ...

Hier noch kurz die Krankengeschichte von Frau X:

Sie kam im aufgegebenen Zustand nach Gyhum, mit Magen - Leber - Darmnetz - und Ovarial-Ca, in nicht mehr operablem und kurablem Zustand. Die Sache hat sich inzwischen gebessert. Sie hält ihre Speisen bei sich, die Laborwerte sind normalisiert, sie geht schwimmen und spazieren.

Ihren vorausgesagten Todestag hat sie bereits um Wochen überschritten!

Wie Ihnen bekannt ist, sind wir von den Medizinern völlig aufgebene Patienten. In unserer Hoffnungslosigkeit haben wir uns an Herrn Dr. Hamer gewandt, der uns mit beispiellosem Einsatz, rund um die Uhr und ohne jegliche Unterstützung von außen, betreut. Er nimmt uns die Panik, er spricht mit uns, löst den Konflikt (der übrigens bei jedem vorhanden ist), wir fühlen uns befreit, haben Appetit und nehmen wieder Anteil am Geschehen.

Bei einigen Patienten, die an Knochenkrebs erkrankt sind, hat sich innerhalb von einigen Wochen im Röntgenbild schon eine beginnende Verkalkung der Knochen abgezeichnet, d.h. der Krebsverlauf ist rückläufig.

Bei allen anderen Patienten ist nach kurzer Behandlungszeit ein deutlicher Heilungsprozess sichtbar, der durch regelmäßige Kontrollen des Blutes, Röntgenaufnahmen und CCT's bewiesen werden kann.

Es ist uns an dieser Stelle nicht möglich, alle Fälle aufzuführen; dies sollte auch dem Gremium am 7. Dezember 1983 vorbehalten bleiben.

Eine weitere Sorge für die Patienten ist die finanzielle Belastung, die durch den langen Aufenthalt hier entsteht.

Wenn man es gewöhnt ist, daß alle Krankenkosten von den Kassen abgedeckt werden, dann ist es nur sehr schwer einzusehen, daß dieser viel geringere Tagessatz von den Kassen nicht getragen wird. Die Patienten lehnten extra teure Kuren ab, um den Aufenthalt hier vorzuziehen. Dies wurde von den Kassen abgelehnt.

Ein Patient mußte Gyhum verlassen; er war ohne Einwilligung seines Arztes hier, der ihn ständig bedrängt hatte, sich chemotherapieren, bestrahlen oder sogar amputieren zu lassen. Die Krankenkasse verweigerte ihm schließlich die Fortzahlung des Krankengeldes, da er sich ohne Befürwortung vom Wohnort entfernt hatte. Sie nahm sogar Kontrollanrufe bei ihm zu Hause vor.

Hier werden zusätzlich Nöte und Ängste produziert, die für die Genesung der Patienten schädlich sind.

Wir Patienten stehen voll hinter Dr. Hamer und seiner Theorie und lehnen den Vorwurf der Scharlatanerie empört ab. Nur der Patient, der hier lebt, kann beurteilen, daß diese Art der Behandlung die einzig richtige Methode sein kann.

Sie, Herr Dr. Weinhold, als Ärztekammerpräsident und Vorsitzender über die Pilotstudie des DIET-HAMER-SYNDROM's und der "EISENER REGEL DES KREBS", die am 7. Dezember 1983 stattfinden soll, haben sich doch am 23.08.1983 in der Sendung "buten und binnen" zu dieser wissenschaftlichen Studie bekannt. Aus welchen Gründen auch immer, hier soll offensichtlich der 7. Dezember 1983 verhindert werden.

...

Wir können es uns aber nicht vorstellen, daß Sie Herr Dr. Weinhold, solche miesen mafiosen Praktiken ungetadelt hinnehmen.

Wir bitten Sie deshalb um Ihre Hilfe, sich dafür einzusetzen, daß Herr Dr. Hamer die Möglichkeit einer Gegendarstellung beim NDR (live) erhält, dies nicht zuletzt im Interesse der Ärztlichen Wissenschaft.

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie das Projekt weiterhin unterstützend begleiten würden, und die oben genannten Störungen, soweit es in Ihrer Macht steht, von uns fernhalten könnten, damit der Heilungsprozess ungestört fortschreiten kann.

Es wäre auch eine große Freude für uns, wenn wir Sie als Gast hier in Gyhum begrüßen dürften, damit Sie vor Ort einen persönlichen Eindruck gewinnen könnten.

Mit freundlichen Grüßen,

die Patienten von Dr. Hamer

Stich Schanz mit Frau

Renate Daeiel

Gisela ~~Wulff~~

U. Scherker

Ina Knappmeyer

Ulrich Totokel

Mathias Kovacs

Hanna Wind

~~Gertraud Kiese~~

Jayd Traup-Dietz

Annette Ulbrich

Michael Wegener

Karla Wegener

Orte Benjamin

Werner Eriksen

Christa Rohlfing

Maria Kiefer

Hans D. Lange

Marianne Kiefer

Rosmarie Matten

Erkay Mann

Hans G. G. G.

Helmut H. H.

Angela Schiefer

Hans G. G. G.

Heidi F. F.

Thomas Steinhilber

Franka F. F.

Jürgen F. F.

Hans M. M.

Hilke E. E.

NDR

NORDEUTSCHER
RUNDFUNK

GEWERNNÜTZIGE ANSTALT
DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

NDR · POSTFACH 540 460 · 2000 HAMBURG 54

FERNSEHSTUDIO LOKSTEDT
GAZELLEKAMP 57
2000 HAMBURG 54
TELEK 2 11 849
TELEFAX 040/413-28 28
TELEGRAMME NDR/LNK

Herrn
Eckhard Grunert
Tendenz / Wochenzeitung
Mackensenring 30
2740 Bremervörde

IHR ZEICHEN/DATUM
Gru./Kb. 26.10.83

UNSER ZEICHEN
J.D./Sg

TELEFON 040/41 31
oder 413- 4842

DATUM
01. Nov. 1983

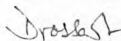
Sehr geehrter Herr Grunert,

wie am 31. 10. 83 telefonsich besprochen, sende ich Ihnen ein paar Zeitungs-
ausschnitte über Dr. Hamer, die ich Ihrer kritischen Interpretation überlasse.

Keineswegs haben wir leichtfertig den Stab über Krebsarzt Hamer gebrochen.
Immerhin kennen wir seine Methoden seit über einem Jahr. Das können wir
anhand der "extra drei"-Sendung vom 24.11.82 beweisen.

Den von Ihnen geschilderten Fall Bomeis können wir beliebig durch andere
Hamer-Patienten ersetzen. Wir kennen davon einige Dutzend, die ähnlich ver-
laufen sind. Dennoch bekundigen wir unser Interesse an dem Fall Bomeis und
werden wie verabredet zu gegebener Zeit an Sie herantreten.

Mit freundlichen Grüßen



(Jürgen Drossart)

Anlage

DEUTSCHE BANK, HAMBURG, BLZ 200 700 00
KONTO-NR. 0508 911
POSTSCHECK HAMBURG, BLZ 200 100 20
KONTO-NR. 200 200 201

DER NORDDEUTSCHE RUNDFUNK
KANN NUR VON ZWEI BEVOLLMÄCHTIGTEN
PERSONEN VERTRETEN WERDEN.

WIR BITTEN ALLE ZUSCHREIBEN AUSSCHLIESSLICH
AN DEN NORDDEUTSCHEN RUNDFUNK
UND NICHT AN EINZELPERSONEN ZU RICHTEN.

Fotokopie

Dr. med. Ryke Geerd HAMER, Arzt für Innere Medizin · Via Cassia 1280, I-ROMA
Haus Dammersmoor 2730 G y h u m Tel. 04286 / 1330

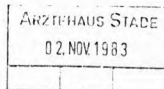
An den

Ersten Vorsitzenden der Ärztekammer
Niedersachsen/Stade

Herrn Dr. med. E. Weinhold

Arzt für Allgem. Medizin

2160 S t a d e



Gyhum, den 2.11.83

Sehr geehrter Herr Kollege Weinhold.

Anbei die gewünschten Unterlagen. Ich empfinde es als schlechten Stil des Sozialministeriums, um nicht zu sagen ein galliläisches Verfahren, und als Repressalie, einen Kollegen für verrückt erklären zu wollen, statt sich mit seinen wissenschaftlichen Ergebnissen auseinanderzusetzen. Wenn von den hier anwesenden - allesamt von der Schulmedizin aufgegebenen - Patienten kein einziger geheilt würde, dann läge meine Erfolgsbilanz immer noch nicht schlechter, als die der Schulmediziner, folglich kann sich doch gar nichts verkehrt machen. Sie selbst haben mir versprochen mich vor persönlichen Defamierungen von außenmedizinischen Kreisen nach Vermögen schützen zu wollen.

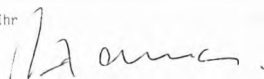
Das Dauer-Terror-Trommelfeuer unter dem meine Person liegt ist für meine Patienten und mich allmählich unerträglich geworden. Das Verfahren des ärztlichen Schiedsgerichts, um das ich selbst nach-gesucht haben, beginnt allmählich bereits zu einer Farce zu werden, nachdem meine Patienten von NDR-instruierten Hausärzten und gutgemeinten Angehörigen nach den Terror-Rufmordsendungen nahezu pausenlos telefonisch attackiert werden.

Ich bitte Sie, Herr Kollege Weinhold, mich gegen diese außermedizinischen Kreise zu schützen und dafür zu sorgen, daß das System zur Debatte und auf den Prüfstand gestellt wird, statt daß der Entdecker dieses Systems aus außermedizinischen Gründen (Verfolgungswahn gegen die Mörder meines

Sohnes Dirk) lt. Anordnung des Sozialministeriums/ Niedersachsen schlichtweg für verrückt erklärt werden soll, damit man sich mit seinem System am 7. Dezember gar nicht mehr auseinanderzusetzen braucht.

Mit kollegialen Grüßen

Ihr



Dr. med. Ryke Geerd Hamer
Arzt für Innere Medizin

P. S. Meine Patienten erneuern nochmals ihre dringende Einladung an Sie und hoffen, Sie an einem der nächsten Abende in unserem Haus Dammersmoor begrüßen zu dürfen. Bitte bringen Sie doch den verantwortlichen Herrn vom Sozialministerium, der für die Beurteilung meiner geistigen Zurechnungsfähigkeit in Verbindung mit der geplanten Approbation~~Aberkennung~~ zuständig ist, gleich mit.



ÄRZTEKAMMER NIEDERSACHSEN · KÖRPERSCHAFT ÖFFENTLICHEN RECHTS
BEZIRKSSTELLE STADE

Bezirksstelle der Ärztekammer Niedersachsen Postfach 15 49 2160 Stade

DER VORSITZENDE

Glückstädter Straße 8 2160 Stade
Telefon 0 41 41/40 00-22

Herrn
Dr. med. Ryke Geerd Hamer
Dammersmoorweg 17

2730 Gyhum

09. November 1983
Dr. Wh/bs

Sehr geehrter Herr Kollege Hamer!

Leider komme ich erst heute dazu, zu Ihrem Brief vom 02.11.
mit der beigegeführten Aktennotiz über meinen Anruf vom 30.10.1983
bei Ihnen Stellung zu nehmen.

Sowohl Ihr Brief als auch die Aktennotiz enthalten unzutreffende
Interpretationen.

Die von mir Ihnen kollegial empfohlene psychiatrische Begutachtung
soll sich auf Ihre Befähigung beziehen, den ärztlichen Beruf aus-
zuüben.

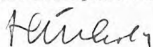
Ich persönlich habe Ihnen gegenüber die Sorge geäußert, Ihre
Zuordnung aller negativen Beurteilungen Ihrer Hypothese von der
Entstehung und Behandlungsmöglichkeit des Krebses zu Machenschaften
einer monarchistischen Mafia könnte als paranoid ausgelegt werden.
Davon, daß der Termin am 07.12. damit gestoppt werden soll, habe
ich kein Wort gesagt. Ebenso wenig war von einer "Zwangseinweisung"
in eine psychiatrische Anstalt die Rede.

Nach wie vor bin ich bemüht, namhafte Wissenschaftler für die
Präsentation Ihrer Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse am
06. und 07.12.1983 zu gewinnen.

...

Ich gehe davon aus, daß dieser Termin eingehalten wird
und bitte Sie, sich sorgfältig darauf vorzubereiten. Dazu
stelle ich noch einmal ausdrücklich fest, daß die Präsentation
nach wissenschaftlichen Regeln unter Ausschluß der Öffentlich-
keit erfolgen wird.

Mit kollegialen Grüßen

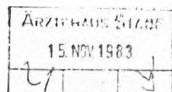
A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'H. Weinhold', written in a cursive style.

Dr. Weinhold

Dr. med. Ryke Geerd HAMER, Arzt für Innere Medizin
Haus Dammersmoor 2730 G y h u m Tel. 04286 / 1130

Via Cassia 1280, I-ROMA

Herrn
Dr. med. E. Weinhold
Vorsitzender der Ärztekammer
Niedersachsen/Stade
216 S t a d e



Gyhum, den 14.11.83

Betr.: Pilotstudie Internationales Schiedsgerichts-Gremium am 6./7. Dez. 83

Sehr geehrter Herr Kollege Weinhold.

Ihr Schreiben vom 9.11.83 habe ich dankend erhalten. Ich möchte heute dazu kurz Stellung nehmen.

Die Aktennotiz vom 30.10.83 entspricht nach meinem besten Wissen den Tatsachen. Es gibt doch keine Frage darüber, daß das Sozial-Ministerium mir wegen Verfolgungswahn die ärztliche Approbation gerne entzogen hätte, womit dann meine Gegner einen doppelten Erfolg zu verbuchen gehabt hätten: Einmal wäre ich als ernsthafter Ankläger für den nunmehr im Frühjahr stattfindenden Prozess gegen den Mörder meines Kindes ausgefallen, zum andern hätte man den 7. Dezember-Termin verhindern können. Und daß man dies mit aller Gewalt will, das wissen Sie ja genauso wie ich und haben es mir auch mehrfach bestätigt. Daß man mich nicht in eine psychiatrische Klinik zwangseinweisen wollte - "noch nicht" - habe ich auch gar nicht behauptet, sondern es lediglich als russische Methode gerügt, bei der man Regimekritiker in eine psychiatrische Anstalt zwangseinweist.

Daß Sie persönlich wohl kaum einen Grund haben dürften an meiner ärztlichen Befähigung zu zweifeln, brauche ich wohl nicht näher zu erläutern angesichts der diversen Gespräche, die wir inzwischen miteinander geführt haben. Wer aber hinter den Anweisungen des Sozial-Ministeriums steht, kann ich nur vermuten, kann ich jedoch nicht beweisen.

Hinsichtlich des Termins am 6/7. Dezember möchte ich mit Ihnen einmal ganz offen sprechen: auch wenn ich hier wissenschaftlich gesehen teilweise unter primitivsten Bedingungen arbeiten muß u. durch das pausenlose Kesseltreiben und die Terrorwellen gegen meine Person in geradezu unvorstellbarer Weise daran gehindert werde meine eigentliche Arbeit meinen Vorstellungen entsprechend zu tun, so habe ich doch jetzt so viele und ausreichende Beweise, die unter normalen Bedingungen jeden vernünftigen und einsichtigen Wissenschaftler überzeugen würden.

Andererseits verstehe ich zum Beispiel die Bedenken meiner Patienten, die nach allem was hier passiert ist, den Verdacht nicht loswerden könnten, daß die Kollegen Bär und Illinger, die ja primär gegen mich eingestellt sind,

vielleicht schon " mit dem Daumen nach unten " , hier ankommen könnten. Aus diesem Grunde finde ich es auch fairer , ein repräsentatives Spektrum von Ärzten einzuladen, denn die Professoren sind ja nunmehr ausreichend repräsentiert. Ich stelle Ihnen deshalb anheim, dem Wunsch meiner Patienten zu folgen und auch die von Ihnen eingeladenen Ärztinnen und Ärzte als Mitglieder des ärztlichen Schiedsgerichts einzuladen. Ich selbst gehe davon aus , daß das ärztliche Schiedsgericht, in welcher Besetzung auch immer, ein einstimmiges Votum fällen wird. Und nach menschlichem Ermessen kann dieses Votum nur in einer einzigen Richtung liegen.

Ich möchte aber Ihnen, verehrter Herr Kollege Weinhold, das beruhigende Gefühl vermitteln, daß Sie nicht etwa einem Bluff aufsitzen und sich vielleicht sogar lächerlich machen könnten. Ich habe mir deshalb bei Herrn Professor Stender einen Termin am 23. Nov. 83 erbeten, bei dem ich ihm einige Serien von Röntgenbildern und Computertomogrammen, sowie die dazugehörigen Laborwerte vorführen werde. Nach meiner Meinung wird bei dieser Gelegenheit bereits eine Entscheidung darüber möglich sein, ob der Hamer recht hat oder nicht. Ich lade Sie deshalb ein, bei dieser Begegnung zuzugewinnen und aus berufenem Munde von Herr Professor Stender, der mir bisher keinerlei Veranlassung gegeben hat, an seiner Objektivität zu zweifeln, zu hören, was er über die eindeutige Korrelation zwischen Organ-Krebslokalisation, Psychischem Konfliktinhalt und Lokalisation des HAMER'schen Herdes im Gehirn hält. Ich versichere Ihnen Herr Kollege Weinhold, daß diese Korrelation so eindeutig und so klar, fast simpel ist, daß ein ernsthafter Wissenschaftler wie Herr Professor Stender darüber nicht hinwegsehen kann. Außerdem würden dann meine Patienten hier etwa zu 75 - 80 % Hirnmetastasen haben, fürher das Amen jedes Krebsfalles. Dabei fühlen sich meine Patienten mit ihren sogenannten Hirnmetastasen ausgesprochen wohl, ja sie sind geradezu das Zeichen dafür, daß der Krebs stoppt.

Ich bin auch bereit Ihnen anläßlich Ihres geplanten Besuches bei meinen Patienten in Gegenwart jedes von Ihnen gewünschten Kollegen diese Beweise schon vor dem 23. November 83 vorzuführen. Ich möchte gerne, daß Sie sich des Ernstes und der Tragweite bewußt werden, was dort am 7. Dezember, dem 5. Jahrestag des Todes meines Sohnes Dirk, entschieden werden soll. Der Tod meines Sohnes Dirk ist mir zu heilig, als daß ich riskieren würde, mich ausgenutzt an diesem Tage der Lächerlichkeit preiszugeben.

Hier ist niemand bereit, mir in diesem Terrorhagel und diesem furchtbaren Kesseltreiben, das um meine Person derzeit veranstaltet wird, zu helfen. Ich verlange auch nicht diese Hilfe für mein Leben, jedoch verlange ich, daß meine Patienten in Ruhe gelassen werden, was aber leider nicht geschieht. Ich habe in einem Fall heute Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft in Aurich gestellt. Beiliegend die Kopie. Es sind sehr viele Patienten durch die Panorama-Sendung zu Schaden gekommen. Bei einigen steht der Tod direkt im Zusammenhang. Vielleicht sind Sie in der Lage, sich auszumalen, welche furchtbare Anklagen aus diesem Kesseltreiben, dieser Terrorwellen herzuleiten sein werden, wenn sich am 7. Dezember oder irgendwann die EISERNE REGEL DES KREBS zutreffende Systematik der krebsgeschichte herausstellen sollte.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Ryke Geerd Hamer
Arzt für Innere Medizin

Aktennotiz

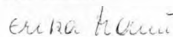
Heute kam Herr Eckhard Grunert, Herausgeber der Wochenzeitung TENDENZ, zu uns ins Büro. Anwesend waren Frau Ilse Lohmann, Lange Str. 5, 2730 Zeven, Frau Erika Braun Kirchstr. 23, 5340 Bad Honnef, Fräulein Melanie Kohl, Bremer Landstr. 39, 2733 Tarmstedt und Herr Dr. R.G. Hamer, Haus Dammersmoor 2730 Gyhum.

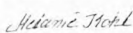
Herr Grunert berichtete uns unter anderem:

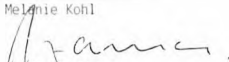
1. Herr Drossart vom NDR von dem er eine Schreiben mit brachte, hat in einem 20-minütigen Gespräch gesagt, daß er den Dr. Hamer schon seit 1978 rund um die Uhr verfolge.
2. Er habe vor 14 Tagen einen Anruf vom Springer-Konzern erhalten und er werde sich mit Beauftragten des Springer-Konzerns treffen. Er hoffe darauf, daß der Springer-Konzern ihm sein derzeit nicht mehr existierendes Wochenblatt TENDENZ abkaufe. Ich wandte ein, da das Blatt gar nicht mehr existiere, nur imaginär sei, könne der Kaufpreis ja nur für etwas anders gezahlt werden.
3. Herr Grunert sagte, daß die TENDENZ vor Januar 1984 ohnehin auf keinen Fall erscheinen werde. Er mußte zugeben, daß meine sämtlichen Prognosen, die ich schon vor 3 Monaten gemacht hatte, samt und sonders eingetroffen waren.

Gyhum, den 15.11.83


Ilse Lohmann


Erika Braun


Melanie Kohl


Dr. R. G. Hamer

TENDENZ

Unabhängige Wochenzeitung für den kritischen Bürger

Redaktion

Duckwitzstraße 84
2800 Bremen 1
Telefon (0 47 61) 14 92

Herrn
Dr. Ryke Geerd Hamer

2731 G y h u m

Unsere Zeichen	Unsere Nachricht vom	Ihre Zeichen	Ihre Nachricht vom	Datum
Gru./Kö.				15.11.1983

Sehr geehrter Herr Dr. Hamer,

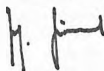
unter Bezugnahme auf die kürzliche Fernsehsendung des Norddeutschen Rundfunks möchte ich Sie davon in Kenntnis setzen, dass ich am 26.10.1983 den NDR angeschrieben und darauf hingewiesen habe, dass ich die NDR-Berichterstattung als unsachlich empfinde. Ich habe bei dieser Gelegenheit auf Herrn Günter Romeis verwiesen, der bei Ihnen beachtliche Fortschritte gemacht hat.

Mich rief wenige Tage später der NDR-Berichterstatte, Herr Jürgen Drossart, an und versuchte in einem etwa 20-minütigen Gespräch die NDR-Sendung zu rechtfertigen. Zum Beweis seiner Behauptungen, dass er sehr sorgfältig ermittelt habe, erklärte er in diesem Zusammenhang, dass er seit 1978 *nicht mehr hier ist und bei Herrn Romeis, wie Sie sich selbst*

Herr Drossart schrieb mich nach diesem Gespräch am 1.11.1983 an und übersandte mir diverse Zeitungsausschnitte, mit deren Inhalt ich zur Zeit noch befasst bin.

Sollten in diesem Zusammenhang bestimmte Fragen auftauchen, werde ich mich zu gegebener Zeit mit Ihnen in Verbindung setzen.

Mit freundlichen Grüßen



Gyhum, den 21. 11.83

An alle Mitglieder des ärztlichen Schiedsgerichts-Gremiums.

Betrifft: Internationales ärztliches Schiedsgericht am 6. u. 7. Dezember 1983
in GYHUM bei Bremen, durch das entschieden werden soll, ob die
EISERNE REGEL DES KREBS zutreffend ist.

Sehr geehrte Herren!

Am 7. Dezember, dem 5-jährigen Todestages meines Sohnes Dirk, wird das internationale ärztliche Schiedsgerichts-Gremium darüber entscheiden, ob die EISERNE REGEL DES KREBS zutreffend ist. Die EISERNE REGEL DES KREBS beinhaltet die Zusammenhänge der Entstehung des Krebs, der Lokalisation des Krebs, des Verlaufs des Krebs und der Möglichkeiten der Therapie des Krebs. Sinngemäß wird man auch die Prüfungen der vorgestellten etwa 30 Fälle im wesentlichen in zwei Kategorien einteilen:

1. Ob die Fälle entsprechend der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufen sind.
2. Ob es eine exakte Koinzidenz gibt zwischen Konfliktlösung und Beginn nachweisbarer Therapieerfolge, sowohl hinsichtlich der klinischen als auch der Laborparameter als auch der Röntgenbilder und Computertomogramme.

Bisher hat sich noch niemals ein ärztliches Gremium ernsthaft mit dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS auseinandergesetzt. Damit das diesmal in der angemessenen Weise geschehen kann, möchte ich Ihnen, die Sie am 7. Dezember über dieses System entscheiden sollen, einige Erklärungen über dieses System der EISERNEN REGEL DES KREBS geben:

1. Die EISERNE REGEL DES KREBS ist keine Erfolgsregel und auch keine Mißerfolgsregel, sondern Sie umfaßt in gleicher Weise Erfolg als auch Mißerfolg, die beide exakt nach der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufen. Das heißt z.B.: ein echtes Konfliktrezidiv, das andauert, wird mit der gleichen unerbittlichen Konsequenz zum Tode des Patienten führen, wie ein gelöster Konflikt, dessen Lösung stabilisiert ist, - sofern nicht cerebrale oder sonstige zufällige Komplikationen eintreten - zwangsläufig zur Heilung des Patienten führen muß. Die EISERNE REGEL DES KREBS ist deshalb nicht eine statistische Wahrscheinlichkeit oder ein statistisches System, sondern eine in naturwissenschaftlichem Sinne zwingende Gesetzmäßigkeit, die für a l l e Fälle von Krebs Gültigkeit hat.
2. Die EISERNE REGEL DES KREBS beinhaltet in letzter Konsequenz die Korrelation zwischen Lokalisation der Krebsgeschwulst am Organ - dem dazugehörigen Konfliktinhalt der Psyche - und dem dazugehörigen Feldeinbruch im Gehirn. Das heißt, zu einem in einem bestimmten Organ lokalisierten Tumor gehört ein anscheinend spezifischer Konfliktinhalt und ein entsprechend lokalisierter Feldeinbruch an dazugehöriger Stelle im Gehirn. Diese Feldeinbrüche umfassen das ganze Gehirn, d. h. also sowohl Großhirn, Kleinhirn und Stammhirn und sind manifestiert in den sogenannten HAMER'schen Herden.

3. Konfliktschock-Erlebnis (DHS), Beginn des Krebs-Tumorstwachstums im Organ und Feldeinbruch im Gehirn sind drei Dinge die gleichzeitig geschehen, quasi ein und derselbe Vorgang. Andersherum: Krebstumor am Organ, psychischer Konflikteinbruch, der andauert, und elektro-physiologischer Feldeinbruch im Gehirn in Form des HAMER'schen Herdes verlaufender Vorgang im Gesamtorganismus bei Mensch und Tier. Genauso wie zu jedem Konflikt-Einbruch der Psyche, der andauert, der entsprechende Organ-Krebs gehört, und der an entsprechender Stelle des Gehirns lokalisierte Feldeinbruch in Form des HAMER'schen Herdes, so ist diese gleiche Korrelation auch beliebig umkehrbar. Diese Korrelation wurde bisher nicht nur niemals beobachtet, man hat sich auch nie die Mühe gemacht, danach überhaupt zu forschen, weil man diese Zusammenhänge für gänzlich undenkbar hielt.
4. Die HAMER'schen Herde im Gehirn sind quasi der cerebrale Teil des Krebsgeschehen, der Krebserkrankung. Sie sind nicht unilokulär zu verstehen, sondern wir haben durchaus eine Reihe von Krebslokalisationen die mehrere HAMER'schen Herde haben, z.B. Todesangstkonflikt, der Rundherde in der Lunge macht und im Gehirn sowohl im Stammhirn als auch in der Hirnrinde unterhalb des Scheitels gleichzeitig HAMER'sche Herde zeigt. Andere Krebsarten bzw. Konfliktinhalte scheinen unilokuläre HAMER'sche Herde zu haben an stets der gleichen Stelle des Gehirns. Was der HAMER'sche Herd im Detail ist, können wir noch nicht sagen. Sicher ist jedoch, daß er kein Tumor ist, auch keine Metastasen, für die er bisher fälschlicherweise gehalten wurde, sondern ein weitgehend reversibler Vorgang, ein elektro-physiologischer Feldeinbruch im Gehirn. Der HAMER'sche Herd kann während der Reparaturphase quellen, jedoch vergrößert er sich massenmäßig nicht. Nach wenigen Wochen schrumpft er auch wieder zusammen, genau wie das perifocale Oedem wieder zusammenschrumpft. Nach vollendeter Reparatur des entsprechenden Feldeinbruchgebietes ist der Bezirk des HAMER'schen Herdes nicht mehr vom übrigen Gehirn zu unterscheiden, jedenfalls nicht mit unseren derzeitigen Kontrastmittel-Anfärbemethoden.
5. Entsprechend dieser eindeutigen Korrelation zwischen Tumorroorgan-Manifestation, Konfliktinhalt, bzw. psychischem Konfliktinhalt MIT HAMER'schem Herd im Gehirn muß jeder Fall von einem an Krebs erkrankten Patienten beurteilt werden. Meine Gegner wundern sich deshalb immer darüber, daß ich entsprechend der EISERNEN REGEL DES KREBS viel härtere Anforderungen an mich selbst und an jeden einzelnen Fall stelle, als mir sogar meine Gegner abverlangen würden.

Es muß also nicht nur jeder Krebs exakt nach der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufen hinsichtlich der Entstehung (DHS) Konfliktinhalt, der der Krebslokalisation in der Peripherie entsprechen muß, und dem Konfliktverlauf, der dem Krankheitsverlauf entsprechen muß, sondern ich verlange in jedem Fall, daß er den entsprechenden HAMER'schen Herden im Gehirn aufweist. Diesen Herd sehen wir, wie schon erwähnt, erst im reparativen Stadium, wenn er heiß, d. h. stoffwechselaktiv wird, wie der Körper das bei allen Arten von Reparationen zu machen pflegt. (Aszites = reparatives Bauchödem, Pleurerguss = reparatives Pleuraödem usw.) Selbst die Fälle, die an einer Komplikation zu Tode kommen, müssen trotzdem vorher exakt nach der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufen sein.

6. Auch die Heilungsphase hat ihre Komplikationen. Es ist eine Lüge, wenn mir unterstellt wird, ich würde behaupten alle Patienten heilen zu können. Richtig ist, daß ich versuchen kann, alle Patienten zu heilen und wohl auch im Prinzip heilen kann, doch daß ich selbstverständlich nicht sicher bin vor Komplikationen, die besonders in diesen desolaten Fällen eintreten können
 - a) eine besonders von mir befürchtete Komplikation ist das perifocale Hirnoedem um den HAMER'schen Herd, ganz besonders, wenn es sich im Stammhirn oder Kleinhirn befindet und in dem Moment der Konfliktlösung rasch furcht-

bare Folgen haben kann, sogar den Tod herbeiführen kann. Eine sichere Beherrschung dieses höchst dramatischen akuten Krankheitsbildes ist mir zwar des öfteren geglückt, jedoch kann, glaube ich, kein Arzt derzeit eine solche Komplikation sicher beherrschen.

- b) Schmerzen gelten in der Schulmedizin als etwas schlechtes und müssen therapiert werden und deshalb verlangen die meisten Patienten von dem Arzt mit Recht, daß er ihnen ihre Schmerzen nehmen oder lindern soll. Ich sage meinen Krebspatienten und weiß es jedoch, daß der Schmerz ein Teil, bzw. ein Symptom der Heilung ist. Eine Reparatur des Knochens z. geht niemals ohne Schmerzen einher diese Schmerzen sind sowohl periostär als auch intraostär. Auch in der Lunge oder im Darm oder im kleinen Becken sind solche narbigschrumpfende Prozesse während der Heilung von Krebs mit starken Schmerzen verbunden. Wenn ich den Patienten vorher sagen kann, daß er Schmerzen bekommen wird, und daß diese Schmerzen schließlich aber aufhören werden und er dann gesund wird, dann ist er bereit diese Schmerzen weitgehend zu ertragen. Es sind mir aber Fälle vorgekommen, wo der Patient abgelehnt hat weiterhin Schmerzen zu ertragen. Er hat sich dann in schulmedizinische Behandlung begeben, wurde mit Morphin behandelt, bestrahlt und starb dann in der Regel an Anämie bzw. Knochenmarksinsuffizienz.
 - c) Oedeme: Aszites beispielsweise gilt in der medizinischen Fachwelt als Ausdruck von Krebs und als etwas schlechtes, so wie ja die Schmerzen, auch als Ausdruck des Krebs also auch als etwas schlechtes gelten. Wenn also ein Patient Aszites bekommt dann machen alle Ärzte ein bedenkliches Gesicht, während das im Grunde ein Zeichen der Heilung des Krebses ist. Dasselbe ist der Fall beim Pleuraerguß, der ein Zeichen der Heilung ist, oftmals natürlich, ebenso wie der Aszites, mechanische Beschwerden macht, erhebliche Einschränkung der Atmung, thoracale Stauungen usw.
7. Die EISERNE REGEL DES KREBS, ist eine naturwissenschaftliche Gesetzmäßigkeit und hat nichts mit Schulmedizin oder Außenseitermedizin oder Naturmedizin oder dergleichen zu tun. Nach meiner Meinung ist alles gut, was dem Patienten hilft und was ihm ohne Beeinträchtigung seiner Menschenwürde zugeführt werden kann. Ich selbst bediene mich ohne Rücksicht aller schulmedizinischen Erkenntnisse und Therapiemöglichkeiten, sofern ich sie für notwendig halte. Ganz besonders gilt dies für die diagnostischen Möglichkeiten (Computertomogramme des Gehirns, Kernspintomogramme usw.)
 8. Wann ist der Krebs geheilt? Nach dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS gibt es exakte Kriterien dafür, wann der Krebs geheilt ist. Der Chirurg war bisher gewöhnt, von einer Heilung des Krebs nur dann zu sprechen, wenn er keine Krebszelle in der Peripherie mehr beobachten kann. Er wunderte sich aber, daß oftmals, wenn er glaubte "weit im 6. Stadien" exzidiert zu haben, trotzdem ein Tumor-Rezidiv an der Stelle der Exzision entstand. Heute können wir dieses Phänomen leicht erklären, weil der Feldeinbruch im Gehirn eben nicht repariert war. Nach der EISERNEN REGEL DES KREBS ist ein Krebs dann geheilt, wenn der Konflikt gelöst und im Gehirn das reparative Stadium beendet ist, d. h., wenn der HAMER'sche Herd wieder abgebläst und das perifocale Oedem vollständig zurückgegangen ist. Selbstverständlich muß wer von dem Moment der Conflictolyse an das Krebswachstum im Körper stoppen. Unter den Mediziner gibt es nun geteilter Auffassungen darüber was unter Stoppen, Remission, Heilen oder dergleichen zu verstehen ist. Die EISERNE REGEL DES KREBS hat hier exakte klare Vorstellungen: Das reparative Stadium einer Peritoneal-Carcinose beispielsweise dauert solange an, bis der Körper die Carcinomherde eingekapselt oder abgebaut hat. Solange diese reparative Phase besteht, besteht ein Aszites,

der als Heilungssymptom im Rahmen des Heilungsverlaufs zu verstehen ist. Dasselbe passiert in der Pleura mit dem Pleuraerguss, der die Heilungsphase nach Pleuracarcinose darstellt. Am Ende dieses Heilungsvorganges des Krebs steht keineswegs restituiert ad integrum, sondern ein narbiger, teils bindegewebig eingekapselter Restzustand, mit dem der Patient aber Jahrzehnte lang gut leben kann. Die Schmerzen sind am Ende dieses Heilungsverlaufs beendet die Oedeme im Körper verschwunden (Aszites, Pleuraerguss) und dergleichen. Die perifocalen Oedeme im Gehirn sind ebenso verschwunden.

Um verständlich zu machen, was ich meine, möchte ich ein Bild der Relativitätstheorie verwenden. Geht ein alter Mann in einem D-Zug in Fahrtrichtung ganz langsam spazieren, dann hat er in 10 Sek. vielleicht 1/2 oder 1 km zurückgelegt, wenn man diese Strecke der Schienen messen würde. Im D-Zugwagen aber hat er höchstens die Strecke eines 1/2 Waggons zurückgelegt. Ist also eine müßige Frage zu fragen ob er nun 20 m oder 1 km zurückgelegt hat. Die Betrachtungsweise ist relativ. Und genauso ist es mit dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS. Es ist völlig unsinnig alte schulmedizinische Kriterien dieses Systems anzulegen, etwa 5 oder 10-Jahresheilung, die ja nur alten hilflosen Vorstellungen entsprechen, weil man nämlich bisher gar nichts wußte. Wenn die EISERNE REGEL DES KREBS exakt angibt, wann ein Krebs geheilt ist, im Sinne einer Dauerremission nach alter Lesart, dann muß man sie auch nach den Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBS beurteilen. Deshalb erwarte ich, daß das einzige, das internationale ärztliche Schiedsgerichts-Gremium nicht machen darf, das sein muß, daß es sich nicht aus der Verantwortung stellen darf, mit den Ausflüchten: wir wollen mal lieber einige Jahre warten.

Es gibt deshalb am 7. Dezember nach dem Studium der von mir vorgestellten Fälle, für die ich zusage, daß dabei jegliche Zufälligkeit ausscheidet und jede Wahrscheinlichkeitserwartung übertroffen werden wird, nur 3 Fragen zu entscheiden:

1. Sind die von Hamer aufgezeigten Fälle so eindeutig, daß die EISERNE REGEL DES KREBS mit Sicherheit zutreffend ist?
2. Sind die von Hamer vorgestellten Fälle so, daß sie einen hohen Grad an Wahrscheinlichkeit für die EISERNE REGEL DES KREBS geben?
3. Sind die Ergebnisse der vorgestellten 30 Patienten so abwegig, daß sie keine Wahrscheinlichkeit für die EISERNE REGEL DES KREBS ergeben?

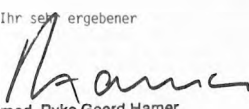
Kurz: Hat Hamer sicher Recht?
Hat Hamer wahrscheinlich Recht?
Hat Hamer sicher Unrecht?

Da ja schon Fernsehredakteure mit Volksschulbildung sicher entscheiden können, daß Hamer mit Sicherheit ein Scharlatan ist, so werden das ja 6 Hochschul-Professoren um so leichter entscheiden können. Entscheiden Sie eine der beiden ersten Fragen mit ja, dann ist Hamer der Entdecker der Zusammenhänge des Krebs, Entscheiden Sie die Letzte Frage mit ja, dann werden Sie ein "Galliläisches Urteil" gefällt haben.

Ich beantrage, daß das internationale ärztliche Schiedsgericht am 7. Dezember eine der Fragen mit ja oder nein beantwortet. Es dürfen unsere Patienten nicht länger unnötigerweise an Krebs sterben.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr sehr ergebener


Dr. med. Ryke Geerd Hamer
Arzt für Innere Medizin

Dr. med. Ryke Geerd HAMER, Arzt für Innere Medizin
Haus Dammersmoor 2730 G y h u m Tel. 04286/1330

Via Cassia 1280, I-ROMA
den, 28. Nov. 1983

Herrn

Dr. med. E. Weinhold
Vorsitzender der Ärztekammer
Niedersachsen / Stade
2160 S t a d e

Sehr geehrter Herr Kollege Weinhold.

Auf Bitten von Herrn Kloß gebe ich Ihnen meine Vorstellung über den Verlauf des 6. und 7. Dezember durch: Wir rechnen derzeit etwa mit 30 Patienten, die wir vorstellen können. 12 davon sind z.Z. hier, täglich reisen neue an, um sich am 6. und 7. dem Schiedsgericht zu stellen.

Ich glaube, es wird weder der Sache gerecht, von der im Fall eines positiven Spruchs des Schiedsgerichts für die gesamte Medizin sehr viel abhängen würde, als auch wird es nicht den Personen gerecht, die von Italien und Frankreich anreisen, wenn man die Angelegenheit nur so zwischen Tür und Angel verhandeln würde.

Ich habe mir deshalb folgendes vorgestellt: Die Professoren, die wollen, können schon am Vormittag des 6. Dezember anreisen. Sie bekommen hier ein Zimmer mit Dusche und WC und werden hier verköstigt. Vielleicht interessieren sich einige Kollegen auch dafür, vorher einzelne Fälle näher kennenzulernen. Alle Mitglieder des ärztlichen Schiedsgerichts sind zum Mittagessen um 12.00 Uhr am Dienstag herzlich eingeladen. Etwa um 13.00 Uhr, allerspätestens 13.30 Uhr sollte das ärztliche Schiedsgericht zusammentreffen und die einzelnen Fälle in Gegenwart des jeweiligen Patienten und eventuell seines Hausarztes durchgehen. Alle Mitglieder des ärztlichen Schiedsgerichts erhalten eine kurze Zusammenfassung über jeden einzelnen der 30 Patienten auf ihren Tisch gelegt. Ich rechne damit, daß wir im Durchschnitt pro Patient etwa 20 Minuten benötigen werden. Das wären etwa insgesamt 10 Stunden. Wenn wir am 6. 12. 2/3 der Patienten schaffen und am 7. 12. das Schiedsgericht zur Endberatung zurückziehen.

Am Nachmittag wird wahrscheinlich die Presse hier aufkreuzen und Gelegenheit nehmen wollen, mit einzelnen Mitgliedern des Schiedsgerichts Interviews zu machen. Es bleibt Ihnen überlassen, davon Gebrauch zu machen. Die Abstimmung über die einzelnen Fälle stelle ich mir folgendermaßen vor: Bei jedem Fall wird sofort darüber abgestimmt, ob der Fall entsprechend der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufen ist. Zweitens wird darüber abgestimmt, ob die Therapie nach erfolgter Konfliktlösung einen deutlichen Stillstand des Krebs zeigt oder sogar einen Rückgang. Die Therapie wird in Kriterienbereiche eingeteilt:

1. Allgemeine subjektive und objektive vegetative Symptomatik nach der Konfliktlösung, wie Wohlbefinden, Appetit, Schlaf, Gewichtszunahme, neurologisch-cerebrale Beschwerden und als wichtigstes - Vagotonus.

2. Laborparameter nach der Konfliktlösung, wobei gezeigt werden wird, daß die Laborparameter einem bestimmten Ductus folgen. Dieser Ductus ist bei verschiedenen Krebslokalisationen verschieden, also z.B. bei Leberkrebspatienten anders als bei Lungenkrebs-Patienten, ist aber vom Prinzip her gesehen, mit diesen gewissen Unterschieden, im System ansonsten gleich.
3. Röntgenbefunde möglichst vor der Therapie und nach der Konfliktlösung, die ausweisen müssen, daß - sofern nicht Konfliktrezidiv eintritt, wie es bei einigen Patienten von uns auch zu verzeichnen ist - der Krebs nach erfolgter Konfliktlösung stoppt oder sich sogar zurückbildet, umbaut oder dergleichen, jedenfalls inaktiviert.
4. Das Computertomogramm des Gehirns weist jeweils aus, wie der Stand der Heilung, bzw. welches Stadium der Heilung von der cerebralen Seite erreicht ist. Nach meinem derzeitigen Kenntnisstand sind diese Aufnahmen das Allerwichtigste am gesamten Heilverlauf des Krebs, weil sie in erster Linie über Tod und Leben, also die Prognose, sowie den Stand des Heilverlaufes Auskunft geben.

Während des ärztlichen Schiedsgerichts-Gremiums ist der Patient anwesend, mindestens solange er das wünscht und ebenfalls ist eine Arzthelferin anwesend, die die Röntgenbilder und Computertomogramme sortiert und aufhängt; ansonsten meine Frau, die ja Kollegin ist, und ich.

Lieber Herr Kollege Weinhold, ich möchte noch ein paar Anmerkungen machen zu diesen wilden Terrorengriffen, die täglich auf mich einprasseln. Zuletzt diesen Rufmord-Artikel im STERN. Wir waren uns ja darüber einig, daß es überhaupt keinerlei vernünftige Veranlassung gibt, gegen einen Kollegen derartigen Terror zu inszenieren, der sich wenige Tage später selbst einer qualifizierten Jury stellt. Wenn jemand bisher noch nicht begriffen haben sollte, daß das nicht medizinische Kreise sind, sondern meine persönlichen Gegner, die dort versucht haben, den 7. Dezember-Termin zu verhindern, dann ist einem solchen nicht mehr zu helfen. Sie haben das ja - wie ich weiß - schon längst begriffen. Und wenn der STERN schreibt, von den 50 Patienten, die für 14 Tage in Krotzingen in meiner Behandlung gewesen seien, seien "nur" noch 7 am Leben, dann wäre das selbst für den Fall eine hervorragende Bilanz von todkranken Patienten, wenn ich sogar den Tod der 43 angeblich Verstorbenen zu verantworten hätte. Aber den Tod dieser 43 Patienten - mal angenommen die Zahl würde stimmen, was ich nicht weiß - habe ich nicht zu verantworten, denn diese Patienten sind ja unter Cobaltbomben, Zytostatika und Panikbehandlung nach schulmedizinischen Methoden zu Tode therapiert worden, während sie vorher bei mir 6-8 kg im Durchschnitt zugenommen hatten und es ihnen subjektiv und auch objektiv gut ging. Niemals habe ich ja behauptet, daß der Krebs durch meine Behandlung substanzuell so verschwinden würde, daß er anschließend histologisch nicht noch nachweisbar wäre. Ich behaupte lediglich, daß der Krebs inaktiviert.

Ich gehe sogar noch einen Schritt weiter. Wir waren uns darüber einig, Sie und auch Herr Kollege Kubat und ich, daß es schon ein gewaltiger Erfolg wäre, wenn ein einziger Patient von diesen todkranken Patienten wirklich objektiv nachweisbarerweise in eine Vollremission gekommen wäre. Schon für einen einzigen solchen Patienten hätte sich der ganze Aufwand hier gelohnt. Von den aber etwa 100 hier behandelten Patienten sind uns etwa 10 gestorben. Es wären uns sogar weit weniger gestorben, wenn unsere Patienten nicht unter den Terror-Panik Beschuß von "Extra-drei und Panorama" geraten wären. Denn wenn in einer entscheidenden Heilungsphase die Moral untergraben wird, kann das für einen Patienten sofort tödlich sein.

Wenn also selbst die Jury nur festgestellt hätte, daß in einem einzigen Fall ein eklatanter, sichtbarer Erfolg zu verzeichnen war, dann wäre das HAEMR'sche System schon eine echte Alternative für hoffnungslos - aufgegebene Patienten. Jeder weitere Fall darüber hinaus, wäre, darüber waren wir uns ja einig, eine Sensation.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr sehr ergebener

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hamer', with a long horizontal stroke extending to the right.

Dr. med. Ryke Geerd Hamer
Arzt für Innere Medizin

Via Cassia 1280. I-ROMA

Sieben Ärzte haben in der 9 stündigen Sitzung am 6.12.83 in G hum an Beispielen von 15 vorgestellten Patienten und deren Befunden die Untersuchungen und Behandlungsverfahren von Dr. med Rycke Geerd Hamer diskutiert. Die Einflüsse von seelischen Konflikten auf das Krebsgeschehen wurden anhand von Dr. Hamer vorgestellten Fälle deutlich. Der positive Einfluß einer seelischen Führung der Krebskranken trat dabei hervor. Die von Dr. Hamer vortragende "EISERNE REGEL DES KREBS" konnte in ihrer Strenge nicht nachvollzogen werden. Nach den vorliegenden Beratungsergebnissen kann die von Dr. Hamer vertretende Therapie, die bisher bewährten Behandlungsmethoden krebserkrankter Patienten unterstützen, aber nicht ersetzen. Dr. Hamer wurde von dem Ergebnis der Beratung der beteiligten Ärzte verständigt. Er wurde davon unterrichtet, daß das vorstehende Ergebnis veröffentlicht wird.

Dr. Vitaliano Clementi, Bologna, Italien, Internist, Innere Medizin und Cardiolgie.

Professor Dr. med. Klais - Dieter Hähn, Hannover Allegem. Medizin

Professor Dr. med. Hans Stefan Stender, Hannover Radiologie

Dr. med. Ernst Eberhard Weinhold, Städt. Allgem. Medizin, Vorsitzender der
Ärztekammer Niedersachsen Bezirksstelle Stade.

Dr. Hamer hat dem ärztlichen Schiedsgericht in der selben Nacht vom 6. auf 7. Dez. 83 mitgeteilt, daß er das Urteil ablehnt. Er hält es für ein kleinkariertes Diktat eines Tribunals - sowohl es die deutschen Teilnehmer betrifft - das dem Verlauf der Verhandlung in keiner Weise gerecht wird. Man wendet sich nach, die Wahrheit einzugestehen. Die italienischen Ärzte, Primarius Professor Dr. Ebner und Internist Dr. V. Clementi von Bologna hatten beantragt, das Schiedsgericht möge beschließen, Dr. Hamer könne mit seinem lückellos-schlüssigen System sehr wohl recht haben und wirklich die Zusammenhänge des Krebs entdeckt haben. Insbesondere würden - trotz gegenteiligen Antrags der italienischen Ärzte - die HAMER'schen Herde, über die sicherlich 4 Stunden diskutiert wurde, im Urteil mit keinem Wort erwähnt. Auch wurde nicht dokumentiert, daß in allen vorgestellten Fällen, sogar für Zweit- und Drittcarcinome, die EISERNE REGEL DES KREBS jeweils exakt erfüllt war. Dr. Hamer ist erbost darüber, daß die deutschen Teilnehmer der Jury nach seiner Meinung, außer Professor Stender, schonamt und sondern mit der ~~Norge~~ gefaßten Absicht gekommen waren, Dr. Hamer zu kippen, um die Position der Schulmedizin aus der Schlinge zu ziehen. Dieses Tribunal des deutschen Teils der Jury wurde der bedrückenden Tatsache nicht gerecht, daß weiter täglich viele Menschen unnötigerweise sterben. Die Patienten in Gyhum haben den deutschen Ärzten einmütig ihre Mißbilligung und Verachtung ausgesprochen. Sie beklagten sich darüber, daß sie durch die gesteuerte Presse, mit Wissen des niedersächsischen Sozialministeriums und der Ärztekammer Niedersachsen, vom 18. August bis 7. Dezember 83 unter painlosen Psychoterror gesetzt waren, unter dem eine Reihe von Pa t i e n t e n gestorben ist.

Dr. Ryke G. de Vries
Helen Thomas's *Chlorium* (M. E. G.)
Miss Thomas's *Chlorium* (M. E. G.)
Gusta Thomas's *Chlorium* (M. E. G.)
Alice Thomas's *Chlorium* (M. E. G.)
Gusta Thomas's *Chlorium* (M. E. G.)

**Niedersächsisches
Sozialministerium**

Dr. med. Keding
Ministerialdirigent

E
3000 Hannover 1, ver 1. 11. 1983
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
Postfach 141
☎ (0511) ~~180~~ 120-534
oder ~~180~~ 120-1
Telex 922475

Besuchszeiten: Montag - Freitag 9 - 13 Uhr

Herrn
Oberarzt Dr. W. Jonat
Zentralkrankenhaus
St.-Jürgen-Straße
Frauenklinik

2800 Bremen 1

Betr.: Dr. med. R.G. Hamer, Gyhum

Sehr geehrter Herr Kollege,

ich bedanke mich für Ihr Schreiben vom 28.10.1983 und darf Ihnen dazu mitteilen, daß Herrn Dr. Hamer als Außenseiter die Gelegenheit eingeräumt werden soll, seine Hypothesen einer Überprüfung unterziehen zu lassen.

Solche Außenseitermethoden, die innerhalb bestimmter Bereiche auf positives Echo stoßen, sind wegen fehlender Überprüfungsmethoden und wegen des Widerstandes des zu Überprüfenden nur sehr schwer überprüfbar.

Darüber hinaus prüft die Kammer gegenwärtig, inwieweit berufsrechtliche Maßnahmen einzuleiten sind, da sie die Angelegenheit als ärztliche Selbstverwaltungsangelegenheit betrachtet. Gleichwohl besteht über das weitere Vorgehen enger Kontakt zwischen Kammer und Ministerium.

Mit freundlichen Grüßen,
auch an Herrn Professor Maass,

Ihr

Gyhum, den 7.12.1983

An die

Medizinische Fakultät der
Universität Tübingen
Herrn Dekan Prof. Dr. Frommhold

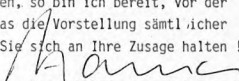
Betr.: Habilitationsverfahren im Widerspruch
Urteilsspruch des internationalen Schiedsgerichtsgremiums aus 7 Ärzten/
Professoren am 6.12.83 in Gyhum

Sehr geehrter Herr Professor Frommhold !

Sie hatten mir, wie Sie wissen, zur Aufgabe gestellt, daß mir wenigstens 1 als
Autorität unbestreitbarer Professor bestätigen solle, daß die EISERNE REGEL DES
KREBS eine in jedem Fall von Krebserkrankung stets reproduzierbare Gesetzmäßigkeit
beinhaltet, sogar auch für Zweit- und Dritt-Carcinome. Wenn ich diese Bestätigung
brächte, sehe die Medizinische Fakultät Tübingen keinen Hinderungsgrund mehr, die
beantragte Habilitation zu erteilen.

Ich habe in den beiden letzten Jahren sehr viel hinzugelernt, insbesondere was
die von meinen Gegnern so benannten "komischen HAMERschen HERDE" im Gehirn be-
trifft. Ich weiß heute, daß stets eine exakte Dreier-Korrelation besteht zwischen
dem psychischen Konfliktgeschehen, das durch das DHS (DIRK-HAMER-SYNDROM) ausge-
löst wird, einerseits, dem cerebralen elektrophysiologischen Feldeinbruch im
Groß-, Stamm- oder Kleinhirn andererseits, und zum dritten dem Krebswachstum
im peripheren Erfolgsorgan des Körpers.

Weil ich mir meiner Sache so sehr sicher war, habe ich die hiesige Bezirksärzte-
kammer gebeten, ein qualifiziertes internationales ärztliches Schiedsgericht
zusammenzurufen, das über die nächstbesten 30 von mir vorzustellenden Fälle
von Krebserkrankungen zu befinden haben sollte. Es wurden hierzu von der Ärzte-
kammer vorwiegend ausgesprochene Gegner meines Systems eingeladen, die im Falle
eines positiven Votums für die EISERNE REGEL DES KREBS persönlich und ärztlich
auf das Unangenehmste selbst betroffen sein mußten. - Das Urteil liegt Ihnen
vor. Sollten Ihnen die geringsten Zweifel bestehen, so bin ich bereit, vor der
gesamten Fakultät und vor laufenden Fernsehkameras die Vorstellung sämtlicher
15 Fälle zu wiederholen. Ich erwarte jetzt, daß Sie sich an Ihre Zusage halten !
Mit vorzüglicher kollegialer Hochachtung !


Dr. Ryke Geerd HAMER, Arzt f. Innere Med.



ÄRZTEKAMMER NIEDERSACHSEN

KÖRPERSCHAFT ÖFFENTLICHEN RECHTS
BEZIRKSSTELLE STADE

Bezirksstelle der Ärztekammer Niedersachsen · Postfach 15 49, 2160 Stade

DER VORSITZENDE

Glückstädter Straße 8, 2160 Stade
Telefon 04141/40 00-22

Herrn
Dr. med. Ryke Geerd Hamer
Arzt für Innere Medizin
Dammersmoorweg 17

2730 Gyhum

Stade, den 07.12.1983
Dr. W-kl

Sehr geehrter Herr Kollege Hamer!

Als Anlage übersenden wir Ihnen eine Fotokopie der zusammenfassenden Beurteilung über die Beratungen am 06.12.83.

Daß Sie lieber eine andere abschließende Beurteilung unserer Beratungen in Gyhum gesehen hätten, ist mir begreiflich; aber nach allem, was wir gesehen und gehört haben, konnten Sie bei selbstkritischer Überprüfung Ihrer Hypothese nicht mehr erwarten.

Über Ort und Zeit der Bekanntgabe des Ergebnisses haben sich die an den Beratungen teilnehmenden Ärzte zu Beginn ihrer Sitzung in Gyhum verständigt, nachdem erkennbar wurde, daß vier der Teilnehmer am 07.12.83 wieder ihren eigenen ärztlichen Aufgaben nachgehen mußten. Immerhin haben wir 9 Stunden zusammengesessen und uns unsere Arbeit nicht leicht gemacht.

Kein Journalist, auch nicht Herr Drossart, hat auf den Ablauf der Beratungen und die Terminsetzungen Einfluß gehabt.

Ihre Stellungnahme zu dem Beratungsergebnis werde ich den Journalisten Ihrem Wunsche entsprechend bekanntgeben.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Weinhold

Anlage

Ärztekommission: Krebsarzt Hamer ist kein Scharlatan

Psychische Probleme haben Einfluß auf die Entstehung eines Tumors

Von Jörn Freyenhagen
Stadter Zeven - Der bei Medizinern wie bei Patienten heftig umstrittene „Krebsarzt“ Dr. Ryke Geerd Hamer (48) ist weder ein Scharlatan noch ein Wunderheiler. Er sollte eher als Außenseiter der Schulmedizin, vielleicht sogar als eine Art Heilpraktiker angesehen werden. Das ist - auf eine kurze Formel gebracht - der Inhalt eines Schiedspruches der Bezirksärztekammer Stade, die sich über die Praktiken von Dr. Hamer in dessen Klinik in Gymhausen bei Zeven informierte.

Die Vertreter der ärztlichen Standesorganisation mochten nicht den Stab über ihren angefeindeten Berufskollegen brechen, sondern fällten ein eher salomonisches Urteil: Die von Hamer vertretene Therapie, die vor allem auf der Bewältigung seelischer Konflikte basiert, könne die bisher bewährten Behandlungsmethoden wohl unterstützen, nicht aber ersetzen.

Daß psychische und soziale Faktoren Einfluß auf die Entstehung bestimmter Krebserkrankungen haben können, ist nicht neu. Dr. Hamer hat diese These, die keineswegs als gesichert gilt, zur „eiserne Regel“ erhoben, und handelt danach. Er therapiert sei-

ne Patienten mit Gesprächen, denn „jedem Krebs liegt ein seelischer Konflikt zugrunde“. Eine Scheidung, der Tod des Ehepartners, der Streit in der Firma, die berufliche Versetzung gegen den eigenen Willen - all dieses seien „Konflikte, die hochdramatisch und wie Keulenschläge wirken können“. Die Krankheit setze ein, fresse sich voran, bis es dann irgendwann heiße: Unheilbar.

Hamers einfaches Rezept: Konflikt lösen - Krankheit verschwindet. Wenn das „traumatische Erlebnis“ ausgeräumt sei, breche auch der Tumor in sich zusammen und bilde sich sogar bei todkranken Patienten vollständig zurück. Operation oder Bestrahlung seien nicht notwendig. Laut Dr. Hamer entsteht der Krebs in nur wenigen Monaten. Während der Konflikt von ihm in nur drei Stunden gelöst werden könne, Mehr als 50 angeblich unheilbar Kranke habe er schon mit seiner „eisernen Regel“ geheilt, behauptet der selbsternannte „Wunderdoktor“, der von Haus aus Internist ist und keine Ausbildung oder Erfahrung als Onkologe (Krebsfacharzt) besitzt. Ins Kreuzfeuer der Kritik geriet Hamer, als immer mehr von ihm als



Darf weiter als Arzt arbeiten:
Dr. Ryke Hamer

gesund entlassene Patienten kurze Zeit darauf starben.

Die Schiedskommission der Bezirksärztekammer trat nun auf Hamers eigenen Antrag zusammen, um die Stichhaltigkeit seiner Hypothese anhand praktischer Beispiele zu prüfen. In Hamers Privatklinik „Haus Dammermoor“ ließen sich Experten unterschiedlicher medizinischer Disziplinen 15 von dem „Seelendoktor“ behandelte Patienten vorstellen. Außerdem

nahm man ihre Röntgenbilder, Laborbefunde und andere Untersuchungsberichte kritisch unter die Lupe.

Die Einflüsse von seelischen Konflikten auf das Krebsgeschehen wurden durch die von Dr. Hamer vorgestellten Fälle deutlich“, berichtete Dr. Ernst-Eberhard Weinhold, Vorsitzender der Bezirksärztekammer und Leiter der Schiedskommission. Der positive Einfluß einer „seelischen Führung“ der Krebskranken sei dabei erkennbar gewesen. Allerdings konnte die von Hamer vorgelegte „eisernen Regel des Krebs“ durch das Ärztegremium „in ihrer Strenge nicht nachvollzogen werden“, wie es wörtlich heißt.

Mit diesem Schiedspruch ist die Schulmedizin einer klaren Entscheidung ausgewichen. Man werde die „zusammenfassende Beurteilung“ dem niedersächsischen Sozialministerium und der Bezirksregierung in Lüneburg zuleiten, sagte Dr. Weinhold. „Diese Stellen müssen wissen, was sie tun.“ Hamer dürfe weiter praktizieren, bis ihm die Approbation entzogen werde und dafür sei der Regierungspräsident in Lüneburg zuständig.

Perplexità nel mondo scientifico per l'audace teoria d'un medico tedesco **"Curo il cancro con la psicologia"**

nostro servizio

BONN, 8 — La radice del cancro è nel cervello. Così sostiene uno scienziato tedesco, il dottor Rytke Geerd Hamer, noto in Italia non tanto per le sue ricerche sui tumori quanto per il fatto di essere il padre del ragazzo ucciso con un colpo di fucile, cinque anni fa da Vittorio Emanuele di Savoia nell'isola di Capri.

Il dottor Hamer ha elaborato la sua teoria nella clinica che dirige a Githum nella Saar, e l'ha messa alla prova su numerosi ammalati nel corso di cinque anni, giovandosi dell'aiuto di computer e di registrazioni elettroniche e radiografiche.

Nei giorni scorsi, i risultati a cui sostiene di essere giunto (e cioè che la causa del cancro è di natura sostanzialmente psicologica, e che quindi le metastasi appaiono in base a un comando che il cervello impartisce alle cellule) sono stati sottoposti ad esame da parte di una giuria internazionale di medici e scienziati, tra cui due italiani: il dottor Vitalino Clementi di Bologna e il chirurgo Walter Ebner di Bresanone.

Gli «esaminatori» hanno visitato i malati, sottoposti dal dottor Hamer a cure essenzialmente psicologiche, per rimuovere le cause

del «comando» tumorale del cervello, hanno esaminato le loro anamnesi, le documentazioni grafiche computerizzate, e a conclusione hanno riconosciuto che il metodo Hamer per la cura psicologica dei tumori ha senza dubbio un effetto positivo, ma solo come coadiuvante delle terapie tradizionali. In altre parole, hanno escluso che la terapia psicologica sia sufficiente, da sola, a garantire la guarigione dal terribile male.

Il dottor Ebner, interrogato in proposito, ha rilevato che nella documentazione grafica illustrata da Hamer i radiologi presenti nella commissione hanno riconosciuto i noduli che secondo lo scienziato tedesco sono il primo segno dell'insorgenza della metastasi, e che sarebbero provocati da un conflitto psicologico. «Ma non siamo in grado di dire se si tratta di focolai nuovi — ha soggiunto — o di un diffondersi della metastasi».

Dal canto suo il dottor Clementi ha detto di essere rimasto impressionato dallo stato di benessere dei pazienti di Hamer, in rapporto al loro effettivo stato clinico, e che questo senza dubbio comprova l'efficacia del metodo di Hamer, ma di non essere convinto, come il resto della giuria, che ciò dimostri l'origine psi-

chica dei tumori, né che la rimozione del conflitto psicologico basti a provocare la guarigione, se non con l'aiuto dei metodi tradizionali.

Dal canto suo il ricercatore tedesco ha contestato le conclusioni della commissione scientifica, sostenendo che la medicina accademica, in particolar modo quella tedesca, non vuole accettare le conclusioni a cui egli è giunto, «nonostante l'evidenza dei dati sottoposti all'esame», per paura del nuovo e per incapacità a comprendere i nessi estremamente complessi tra le lesioni di origine psicologica e lo svilupparsi del male.

Secondo la teoria sviluppata da Hamer, un forte conflitto psicologico si può tradurre nella formazione di lesioni nei tessuti cerebrali, che egli ha individuato radiologicamente: sono queste lesioni, secondo Hamer, l'unica causa dell'insorgere, in differenti parti dell'organismo, di tumori e neoplasie. Una volta che con una adatta cura psicologica le cause delle lesioni vengono rimosse, la malattia può regredire e alla fine scomparire. Ma su queste conclusioni la scienza ufficiale è ancora profondamente scettica.

Gyhum, den 12.12.83

Herrn Dr. med.
E.E. Weinhold
1. Vorsitzender der Ärztekammer
Niedersachsen, Bezirk Stade

Betrifft: Internationales ärztliches Schiedsgericht am 6./7.12.83

Sehr geehrter Herr Kollege Weinhold !

Der Spruch des internationalen Schiedsgerichts ist der Grund für meinen heutigen Brief. Wie Sie aus meinem beigefügten Kommentar ersehen, fühlen sich meine PATIENTEN UND ICH BETROGEN um die Mühen und den Erfolg unserer Dokumentation. Wir haben auch alle zusammen das Gefühl, daß hier ein großer Etikettenschwindel versucht worden ist. Das Schiedsgericht hatte sich bereiterklärt, 30 Fälle daraufhin zu prüfen, ob exakt die EISERNE REGEL DES KREBS in diesen Fällen erfüllt war. Es hat nur 15 Fälle untersucht und gesagt, diese 15 Fälle würden dem Schiedsgericht reichen. Das internat. Schiedsgericht hat, wie nicht bestritten wurde, festgestellt, daß in allen Fällen die EISERNE REGEL DES KREBS exakt erfüllt war. Das Schiedsgericht hat ebenfalls festgestellt, daß in allen Fällen - von 2 oder 3 umstrittenen CCT's abgesehen - HAMERsche HERDE im Gehirn zu sehen waren, an den dafür prädelektierten Stellen zu sehen waren, bzw. wenn der REPARATIONSVERGANG SCHON ABGESCHLOSSEN war, nicht mehr zu sehen sein durften. Ich will damit sagen: Es war eine exakte Übereinstimmung in den sämtlichen Fällen vorhanden entsprechend meiner Ankündigung, daß eine exakte Korrelation besteht zwischen Psyche - Gehirn - und peripherem Organ, das vom Krebs betroffen ist. Dies hat man früher - nur in der Peripherie ! - als Krebs bezeichnet, während ich alles zusammen als Krebserkrankung verstehe. Diese Beziehung zwischen Psyche, Cerebrum und Körper besteht nicht nur bei der Entstehung des Krebs, sondern auch in dem gesamten Verlauf der Krebserkrankung einschließlich der Konfliktlösung. All dies hat das internat. ärztl. Schiedsgerichtsgremium sehr wohl gesehen und es wäre seine Pflicht gewesen, zu attestieren, daß diese Zusammenhänge eindeutig waren. Statt dessen hat das Schiedsgericht nun versucht, sich aus der ein-

deutigen Matsituation der Schulmedizin ein Patt zu mogeln. Dies widerspricht jedweder wissenschaftlichen Redlichkeit. Um es im Klartext zu sagen:

Versucht den Hamer so auf die "psychische Schiene" zu schieben und zu sagen, daß seelische Konflikte einen negativen Einfluß haben auf das Krebsgeschehen, kann man sich vorstellen und daß gute psychische Führung eines krebserkrankten Patienten einen positiven Einfluß haben kann, ist auch akzeptabel. Folglich ist die Hamersche Theorie nichts Neues!"

Hier genau liegt der Etikettenschwindel den das Schiedsgerichtsgremium unterschrieben hat. Dabei muß ich die italienischen Kollegen ausnehmen, die zu Protokoll gegeben haben und dieses auch der italienischen Presse gegenüber in meinem Beisein vertreten haben, daß HAMER sehr wohl recht haben könnte, er möglicherweise der Entdecker der Zusammenhänge des Krebs sei.

Denn das Verschweigen der reproduzierbaren faktisch vorhandenen Befunde, sowohl was die EISERNE REGEL DES KREBS angeht als auch was die HAMERSCHEN HERDE angeht, empfanden meine Patienten als eine Art wissenschaftliches Betrugsmanöver, was vielen Tausenden von Patienten das Leben kosten wird, weil es glatt die Tatsachen verschweigt. Dabei hatten Sie persönlich mir versprochen, daß diese Tatsachen für jeden einzelnen Fall geprüft und attestiert werden sollten.

Ich bitte Sie deshalb inständig - wollen Sie nicht den Fluch von ganzen Patientengenerationen auf sich laden - diese Tatsachen nachträglich wahrheitsgemäß zu attestieren.

Ich muß in diesem Zusammenhang auch schwere Vorwürfe gegen Sie persönlich erheben. Herr Lesche von Radio Bremen (Buten und Binnen) hat mir bei einem Telefongespräch am 8.12.83 mitgeteilt, daß ein allerschwerster Streit zwischen Sozialministerium Niedersachsen und Landesärztekammer Niedersachsen/Hannover einerseits und der Ärztekammer Niedersachsen/Stade andererseits entbrannt sei, weil man Ihnen offensichtlich einen ganz klaren Auftrag mitgegeben habe in das ärztl. Schiedsgericht, den HAMER auf jeden Fall zu verurteilen und zum Scharlatan zu erklären. Es gibt sogar eine Version, die besagt, daß Sie bereits die vom niedersächs. Sozialministerium unterzeichnete Aberkennungsverfügung der Approbationsurkunde in Ihrem Aktenkoffer bei sich getragen haben sollen und meine Approbationsurkunde für diesen vorgesehenen Fall gleich mitgenommen hätten, um sie am nächsten Morgen vor Drossarts Fernsehkamera als Vollzugsbeweis vorzuführen. Daß Sie diesen Auftrag nicht ausgeführt haben, wäre Ihnen anzurechnen. Ich kann mich noch genau erinnern, daß Sie in den ersten 2 Minuten der Verhandlung vor dem internat. ärztl. Schiedsgericht hinter meinem Rücken die Äußerung getan haben, das sei ja ein reines Wahngebilde, was der Hamer da aufgebaut habe. Wie Sie sich erinnern, habe ich Sie daraufhin scharf zur Rede gestellt und gesagt, Sie seien doch als ein Gerichtsvorsitzender gekommen, also als objektiver Richter und Sie könnten doch dieses Urteil, daß es ein "Wahngebilde" sei, erst frühestens am Ende der Verhandlung abgeben, wenn Sie sich von der Wahnhaftigkeit des Systems überzeugt hätten.

Es wäre meines Erachtens Ihre Pflicht gewesen, die aufgezeigten Tatsachen zu erwähnen - wie Sie es ja auch mir zugesagt hatten - nämlich daß die EISERNE REGEL DES KREBS in allen Fällen exakt erfüllt war, sogar bei Zweit- und Dritt-Carcinomen, und daß die HAMERSchen HERDE im Gehirn demonstriert wurden. Diese TATSACHEN setzen nämlich das ganze System der EISERNEN REGEL DES KREBS auf feste, jederzeit reproduzierbare Füße. Um dieses nachzuweisen hatten wir uns vier Monate lang in mühseliger Kleinarbeit die demonstrierte Dokumentation vorbereitet. Meine Patienten und ich fühlen uns deshalb von dem Schiedsgericht schlichtweg betrogen und lehnen den Spruch des Schiedsgerichts als Etikettenschwindel ab. Ich finde es auch unmöglich, daß jetzt die Ärztekammer Niedersachsen/Stade verlauten läßt, Hamer habe zwar die Schlacht gewonnen, aber man wolle doch versuchen, ob nicht das Sozialministerium oder das Regierungspräsidium in die Approbation doch noch aus irgend einem anderen Grunde entziehen könne. Sinn und Zweck kann dabei doch wohl nur sein - wenn ich doch nichts Falsches gemacht habe - mich für den Prozess in Bastia gegen den Mörder meines Sohnes DIRK zu desavouieren.

Ich sehe deshalb Veranlassung - zumal Sie genau so gut wie ich wissen, daß ein gewisser Herr im Sozialministerium im Auftrag der Königsfamilien Europas hier die Fäden zieht - die Konsequenzen zu ziehen und mich außerhalb der Zugreifbarkeit des niedersächsischen Sozialministeriums zu begeben. Ich weiß nämlich durch vertrauliche Informationen ganz genau, daß man nach irgendeinem Grund krampfhaft sucht, um mir die Approbation doch noch zu entziehen, nachdem das mit dem "Verfolgungswahn" nicht geklappt hat und das mit der EISERNEN REGEL DES KREBS daneben gegangen ist, mich als Scharlatan u. "Wahnsystemerfinder" zu verunglimpfen. Klar, daß man irgendetwas finden wird, mich für den Prozess in Bastia zu disqualifizieren. Auf Geheiß des niedersächs. Justizministeriums hat die Staatsanwaltschaft Ulzen derzeit einen Strafprozess gegen mich in die Wege geleitet wegen Beleidigung des Mörders meines Sohnes. Dies sei von besonderem öffentlichen Interesse !

Ich werde Sie als Vorsitzenden des internat. ärztl. Schiedsgerichts, sehr geehrter Herr Kollege Weinhold, sowie das gesamte Gericht, niemals aus der Verantwortung entlassen, die Sie durch Ihr Urteil auf sich genommen haben. Die Menschen die zu Weihnachten unnötigerweise an Krebs sterben werden, sind bereits die ersten Tausende von Patienten, die ich Ihnen auf Ihre Seele binde. Wie gut wäre es gewesen, wenn wir hätten sagen können: Das Schiedsgericht hat sich durch die zwingenden Tatsachen davon überzeugen lassen, daß die EISERNE REGEL DES KREBS ein an Fakten orientiertes System ist und die HAMERSchen HERDE harte Fakten sind. Dann hätten wir alle schleunigst hingehen müssen und alle unsere Patienten schnellstens nach diesem System untersuchen und behandeln müssen. Dann hätten diese Menschen, die nun zu Weihnachten sterben werden, berechtigte Hoffnung schöpfen können und hätten eine sehr gute Chance gehabt, durchzukommen. Indessen hat sich das Schiedsgericht auf dieses faule Etikettenschwindel-Urteil verständigt. Ich meine: Eine halbe Wahrheit ist eine ganze LÜGE. - Ich bitte Sie deshalb, meine Akte unverzüglich an die Ärztekammer Marburg zu übersenden, wo ich meinen Wohnsitz nehmen und praktizieren werde. Ich beende meine Niederlassung mit diesem Schreiben. Mit kollegialen Grüßen !

Gyhum, den 12.12.83

Herrn Dr. med.
E.E. Weinhold
1. Vorsitzender der Ärztekammer
Niedersachsen, Bezirk Stade

Betrifft: Internationales ärztliches Schiedsgericht am 6./7.12.83

Sehr geehrter Herr Kollege Weinhold !

Der Spruch des internationalen Schiedsgerichts ist der Grund für meinen heutigen Brief. Wie Sie aus meinem beigefügten Kommentar ersehen, fühlen sich meine PATIENTEN UND ICH BETROGEN um die Mühen und den Erfolg unserer Dokumentation. Wir haben auch alle zusammen das Gefühl, daß hier ein großer Etikettenschwindel versucht worden ist. Das Schiedsgericht hatte sich bereiterklärt, 30 Fälle daraufhin zu prüfen, ob exakt die EISERNE REGEL DES KREBS in diesen Fällen erfüllt war. Es hat nur 15 Fälle untersucht und gesagt, diese 15 Fälle würden dem Schiedsgericht reichen. Das internat. Schiedsgericht hat, wie nicht bestritten wurde, festgestellt, daß in allen Fällen die EISERNE REGEL DES KREBS exakt erfüllt war. Das Schiedsgericht hat ebenfalls festgestellt, daß in allen Fällen - von 2 oder 3 umstrittenen CCT's abgesehen - HAMERsche HERDE im Gehirn zu sehen waren, an den dafür prädelektierten Stellen zu sehen waren, bzw. wenn der REparationsvorgang SCHON Abgeschlossen war, nicht mehr zu sehen sein durften. Ich will damit sagen: Es war eine exakte Übereinstimmung in den sämtlichen Fällen vorhanden entsprechend meiner Ankündigung, daß eine exakte Korrelation besteht zwischen Psyche - Gehirn - und peripherem Organ, das vom Krebs betroffen ist. Dies hat man früher - nur in der Peripherie ! - als Krebs bezeichnet, während ich alles zusammen als Krebserkrankung verstehe. Diese Beziehung zwischen Psyche, Cerebrum und Körper besteht nicht nur bei der Entstehung des Krebs, sondern auch in dem gesamten Verlauf der Krebserkrankung einschließlich der Konfliktlösung. All dies hat das internat. ärztl. Schiedsgerichtsgremium sehr wohl gesehen und es wäre seine Pflicht gewesen, zu attestieren, daß dies die Zusammenhänge eindeutig waren. Statt dessen hat das Schiedsgericht nun versucht, sich aus der ein-

deutigen Mattsituation der Schulmedizin ein Patt zu mogeln. Dies widerspricht jedweder wissenschaftlichen Redlichkeit. Um es im Klartext zu sagen: Versucht den Hamer so auf die "psychische Schiene" zu schieben und zu sagen: "Daß seelische Konflikte einen negativen Einfluß haben auf das Krebsgeschehen, kann man sich vorstellen und daß gute psychische Führung eines krebserkrankten Patienten einen positiven Einfluß haben kann, ist auch akzeptabel. Folglich ist die Hamersche Theorie nichts Neues!"

Hier genau liegt der Etikettenschwindel den das Schiedsgerichtsgremium unterschrieben hat. Dabei muß ich die italienischen Kollegen ausnehmen, die zu Protokoll gegeben haben und dieses auch der italienischen Presse gegenüber in meinem Beisein vertreten haben, daß HAMER sehr wohl recht haben könnte, er möglicherweise der Entdecker der Zusammenhänge des Krebs sei.

Denn das Verschweigen der reproduzierbaren faktisch vorhandenen Befunde, sowohl was die **EISERNE REGEL DES KREBS** angeht als auch was die HAMERSCHEN HERDE angeht, empfanden meine Patienten als eine Art wissenschaftliches Betrugsmanöver, was vielen Tausenden von Patienten das Leben kosten wird, weil es glatt die Tatsachen verschweigt. Dabei hatten Sie persönlich mir versprochen, daß diese Tatsachen für jeden einzelnen Fall geprüft und attestiert werden sollten.

Ich bitte Sie deshalb inskändig - wollen Sie nicht den Fluch von ganzen Patientengenerationen auf sich laden - diese Tatsachen nachtraglich wahrheitsgemäß zu attestieren.

Ich muß in diesem Zusammenhang auch schwere Vorwürfe gegen Sie persönlich erheben. Herr Lesche von Radio Bremen (Buten un Binnen) hat mir bei einem Telefongespräch am 8.12.83 mitgeteilt, daß ein allerschwerster Streit zwischen Sozialministerium Niedersachsen und Landesärztekammer Niedersachsen/Hannover einerseits und der Ärztekammer Niedersachsen/Stade andererseits entbrannt sei, weil man Ihnen offensichtlich einen ganz klaren Auftrag mitgegeben habe, in das ärztl. Schiedsgericht, den HAMER auf jeden Fall zu verurteilen und zum Scharlatan zu erklären. Es gibt sogar eine Version, die besagt, daß Sie bereits die unom niedersächs. Sozialministerium unterzeichnete Aberkennungsverfügung der Ap, probationsurkunde in Ihrem Aktenkoffer bei sich getragen haben sollen und meine Approbationsurkunde für diesen vorgesehenen Fall gleich mitgenommen hätten, um sie am nächsten Morgen vor Drossarts Fernsehkamera als Vollzugsbeweis vorzuführen. Daß Sie diesen Auftrag nicht ausgeführt haben, wäre Ihnen anzurechnen. Ich kann mich noch genau erinnern, daß Sie in den ersten 2 Minuten der Verhandlung vor dem internat. ärztl. Schiedsgericht hinter meinem Rücken die Äußerung getan haben, das sei ja ein reines Wahngebilde, was der Hamer da aufgebaut habe. Wie Sie sich erinnern, habe ich Sie daraufhin scharf zur Rede gestellt und gesagt, Sie seien doch als Gerichtsvorsitzender gekommen, also als objektiv Richter und Sie könnten doch dieses Urteil, daß es ein "Wahngebilde" sei, erst frühestens am Ende der Verhandlung abgeben, wenn Sie sich von der Wahnhaftigkeit des Systems überzeugt hätten.

Es wäre meines Erachtens Ihre Pflicht gewesen, die aufgezeigten Tatsachen zu erwähnen - wie Sie es ja auch mir zugesagt hatten - nämlich daß die EISERNE REGEL DES KREBS in allen Fällen exakt erfüllt war, sogar vbei Zweit und Dritt-Carcinomen, und daß die HAMERSchen HERDE im Gehirn demonstriert wurden. Diese TATSACHEN setzen nämlich das ganze System der EISERNEN REGEL DES KREBS auf feste, jederzeit reproduzierbare Füße. Um dieses nachzuweisen hatten wir uns vier Monate lang in mühseliger Kleinarbeit die demonstrierte Dokumentation vorbereitet. Meine Patienten und ich fühlen uns deshalb von dem Schiedsgericht schlichtweg betrogen und lehnen den Spruch des Schiedsgerichts als Etikettenschwindel ab. Ich finde es auch unmöglich, daß jetzt die Ärztekammer Niedersachsen/Stade verlauten läßt, Hamer habe zwar die Schlacht gewonnen, aber man wolle doch versuchen, ob nicht das Sozialministerium oder das Regierungspräsidium um die Approbation doch noch aus irgend einem anderen Grunde entziehen könne. Sinn und Zweck kann dabei doch wophl nur sein - wenn ich doch nichts Falsches gemacht habe - mich fürdden Prozess in Bastia gegen den Mörder meines Sohnes DIRK zu desavouieren.

Ich sehe deshalb Veranlassung - zumal Sie genau so gut wie ich wissen, daß ein gewisser Herr im Sozialministerium im Auftrag der Königsfamilien Europas hier die Faden zieht - die Konsequenzen zu ziehen und mich außerhalb der Zugreifbarkeit des niedersächsischen Sozialministeriums zu begeben. Ich weiß nämlich durch ver-
SDAULICHE Informationen ganz genau, daß man nach irgendeinem Grund krampfhaft sucht, um mir die Approbation doch noch zu entziehen, nachdem daasmit dme "Verfolgungswahn" nicht geklappt hat und das mit der EISERNEN REGEL DES KREBS daneben gegangen ist, mich als Scharlatan u."Wahnsystemeffinder" zu verunglimpfen. Klar, DASS man irgendetwas finden wird, nich für den Prozess in Bastia zu disqualifizieren. Auf Geheiß des niedersächs. Justizministeriums hat die Staatsanwaltschaft Ulzen derzeit einen Strafprozess gegen mich in die Wege geleitet wegen Beleidigung des Mörders meines Sohnes. Dies sei von besonderem öffentlichen Interesse !

Ich weise Sie als Vorsitzenden des internat. ärztl. Schiedsgerichts, sehr geehrter Herr kollege Weinhold, sowie das gesamte Gericht, ^{das sich hier, das ist die} niemals aus der Verantwortung entlassen werde, die Sie durch Ihr Urteil auf sich genommen haben. Die Menschen die zu WeihnachteN unnötigerweise an Krebs sterben werden, sind bereits die ersten Tausende von Patienten, die ich Ihnen auf Ihre Seele binde. Wie gut wäre es gewesen, wenn wir hätten sagen können: Das Schiedsgericht hat sich durch die zwingenden Tatsachen davon überzeugen lassen, daß die EISERNE REGEL DES KREBS ein am Fakten orientiertes System ist und die HAMERSchen HERDE harte Fakten sind. Dann hätten wir alle schleunigst hingehen müssen und alle unsere Patienten schnellstens nach diesem System untersuchen und behandeln müssen. Dann hätten diese Menschen, die nun zu Weihnachten sterben werden, berechtigte Hoffnung schöpfen können und hätten eine sehr gute Chance gehabt, durchzukommen. Indessen hat sich das Schiedsgericht auf dieses faule Etikettenschwindel-Urteil verständigt. Ich meine: Eine halbe Wahrheit ist eine ganze LÜGE. - Ich bitte Sie deshalb, meine Akte unverzüglich an die Ärztekammer Marburg zu übersenden, wo ich meinen Wohnsitz nehmen und praktizieren werde. Ich be-
gebe meine Niederlassung mit diesem Schreiben. Mit kollegialen Grüßen !

Gyhum, den 13.12.83

Herrn

Dr. med. E.E. Weinhold
Arzt für Allgemeinmedizin
Vorsitzender der Ärztekammer
Niedersachsen/Stadt

2160 L S T A D E

Sehr geehrter Herr Dr. Weinhold !

Im Nachtrag zu meinem Brief vom 12.12.83 möchte ich Ihnen von einem heute mit Frau Marianne Michels geführten Telefonat berichten.

Frau Michels ist bereit unter Eid auszusagen, daß ihre Schwester in Hamsterbek bei Hamburg schon am Vormittag, dem 6.12.83, von Herrn Drossart, MDR, gewußt hat, daß am 7.12.83 um 10 Uhr die Pressekonferenz in Stade stattfindet.

Wie Sie sich erinnern werden, habe ich Sie auch bei Ihrer Ankunft bereits über diesen Punkt zur Rede gestellt, weil Frau Michels dies bereits beim Mittagessen allen unseren Patienten erzählt hatte. Dies können alle Patienten bezeugen. Es entspricht deshalb nicht den Tatsachen, wenn Sie behaupten, Sie hätten den Termin der Pressekonferenz nicht vorher mit Herrn Drossart abgestimmt.

Von der Schwester von Frau Michels, Frau Christa Rebin (Kollegenfrau) stammt auch die Information von Herrn Drossart, man werde jetzt alles versuchen, um die SCHLAPPE WETTZUMACHEN UND DOCH NOCH IRGENDWIE an die Approbationsurkunde des Dr. Hamer heranzukommen. Diese Aussage deckt sich genau mit Ihrer Ankündigung betreffend Sozialministerium und Regierungspräsidium.

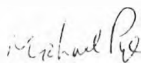
Solange Sie mir auf diese äußerst dubiosen Zusammenhänge keine befriedigende Erklärung geben können, muß ich davon ausgehen, daß es sich um ein einwandfrei abgekartetes Spiel handelt, was da mit mir gespielt worden ist und noch weiter gespielt werden sollte. Dazu paßt auch, daß Sie von Anfang an das Datum des 7. Dezember aussparen wollten, des 5 jährigen Todestages meines DIKK, vermutlich wollten Sie damit irgendwelchen Leuten, bzw. meinen Feinden, einen Gefallen tun. Eines Tages, befürchte ich, werden Sie den Fluch dieses Toten mehr zu fürchten haben als die Machenschaften der Lebendigen.

Mit kollegialer Hochachtung !

Hamer

Philipps-Universität Marburg
Fachbereich 11
Außereuropäische Sprachen und Kulturen
Fachgebiet Religionswissenschaft

Hiermit wird bescheinigt, daß Birgit Hamer unter meiner
Aufsicht an einer Doktorarbeit auf dem Gebiet „Religions-
wissenschaftliche Aspekte des Todesangstkonflikts bei
Krebspatienten“ arbeitet.



Michael Pye (Prof.Dr.)

15. Dezember 1983

Prof. Dr. Michael Pye Philipps-Universität FB 11 FG. Religionswissenschaft Liebigstraße 37 D-3550 MARBURG/LAHN Tel. (06421) 283682

Dr. P. J. Stanković

Facharzt für Nerven-
und Gemütsleiden

Am Stadtgarten 1
Maritim Res. 763
4650 Gelsenkirchen
Telefon 0209/23041

16.12.1983

Herrn
Dr. Reeke Geerd Hamer
Krebsarzt
"Haus Dammersmoor"
Dammersmoorer Weg 17
2730 Gyhum

Sehr geehrter und lieber Herr Kollege,

wie die "Bild"-Zeitung gestern berichtete, haben Sie aufgegeben und Ihre Privatklinik in Gyhum geschlossen. Darüber war ich sehr traurig. Doch besonders traurig ist es, dass die Herren Kollegen so wenig Verständnis und leider so viel Hass und Bosheit jedem entgegenstellen, der sich untersteht neue Gedanken und mehr Licht in das so düstere Gebiet der Krebsbehandlung bringt.

Ich habe Ihnen bereits nach der spektakulären Sendung im III Programm des WDR am 3.9.1983 einen ausführlichen Brief geschrieben, jedoch keine Antwort bekommen. Schade. Beiliegend die Ablichtung. Lassen Sie sich auf keinen Fall runterkriegen, denn Sie sind im Recht. Ich bin genau derselben Meinung, dass ungelöste psychische Probleme, besonders wenn sie längere Zeit andauern, oder erst gar noch im Unterbewußten stecken, so dass der Betroffene beim besten Willen nicht weiss um was es sich handelt, eine erhebliche Störung in den sämtlichen Funktionen unseres Körpers hervorrufen um dann auch zur Bildung von Krebsgeschwüren führen können.

Die unfassbare Intolleranz der Schulmediziner gegenüber den Ärzten die im Sinne einer biologischen Ganzheitsmedizin behandeln, hat bereits zu schweren Auseinandersetzungen und Verfolgungen geführt, unter denen dann die Patienten am meisten leiden. Frau Dr. Carstens hat gestern Abend sehr vernünftig im Fernsehen über die Notwendigkeit gesprochen, eine diesbezügliche Kompromißlösung zu finden.

Bis vor einigen Monaten war ich noch als Oberarzt und Leiter des Therapiezentrums im Dienst einer grossen psychiatrischen Einrichtung, bin aber aus Altersgründen jetzt im Ruhestand. Es wäre sicher von Nutzen wenn wir uns über eine eventuelle Zusammenarbeit unterhalten könnten.

Mit best. Dr. med. P. J. Stanković Grüßen

Psychiater und Friedensforscher
Maritim Residency 763, Am Stadtgarten 1
4650 GELSENKIRCHEN, T. 0209/23041

Zusammenfassende Beurteilung

Über die Präsentation der Untersuchungs- und Behandlungsmethode von Dr. med. Ryke Geerd Hamer, Arzt für Innere Medizin, 2730 Gyhum, am 06. Dezember 1983

Sieben Ärzte haben in einer 9-stündigen Sitzung am 06.12.1983 in Gyhum am Beispiel von 15 vorgestellten Patienten und deren Befunden die Untersuchungs- und Behandlungsverfahren von Dr. med. Ryke Geerd Hamer diskutiert.

Die Einflüsse von seelischen Konflikten auf das Krebsgeschehen wurden durch die von Dr. Hamer vorgestellten Fälle deutlich. Der positive Einfluß einer seelischen Führung der Krebskranken trat dabei hervor.

Die von Dr. Hamer vorgetragene "Eiserne Regel des Krebs" konnte in ihrer Strenge nicht nachvollzogen werden.

Nach den vorliegenden Beratungsergebnissen kann die von Dr. Hamer vertretene Therapie die bisher bewährten Behandlungsmethoden krebskranker Patienten unterstützen aber nicht ersetzen.

Dr. Hamer wurde von dem Ergebnis der Beratungen der beteiligten Ärzte verständigt.
Er wurde davon unterrichtet, daß das vorstehende Ergebnis veröffentlicht wird.

31.1.84

An den
Intendanten des
Westdeutschen Rundfunks WDR
Herrn von S E L L
5000 Köln

Sehr geehrter Herr von Sell !

Am 25.10.83 wurde im WDR eine reine Rufmordsendung des NDR "Panorama" ausgestrahlt, wie sie in solcher Unsachlichkeit und vorsätzlicher Boshaftigkeit in einer solchen eindeutigen Rufmord-Terror-Sendung über einen Privatmann in unserer Republik noch niemals ausgestrahlt wurde. Ich wurde dort als Patienten-Mörder, Scharlatan und unseriöser Gauner dargestellt, der "das Geschäft mit der Angst" machen wolle und Patienten verunsichere.

Die Wirklichkeit ist, daß ich mich beharrlich weigere, mich korrumpieren zu lassen, bzw. einer Einstellung der Ermittlungen gegen den Mörder meines Sohnes D I R K zuzustimmen, wofür mir die aller-schlimmsten Repressalien angedroht wurden.

Meine Patienten und ich haben unter pausenlosem, unsäglichem Terror von Seiten der Presse und des Fernsehens (NDR) gelebt. Pausenlos wurden vom NDR sämtliche Hausärzte und Krankenhausärzte meiner Patienten angerufen und aufgefordert, ihre Patienten bei mir wegzuholen und wieder schulmedizinischer Behandlung zuzuführen. Dabei behandelte ich praktisch nur sog. "aufgegebene Fälle", die die Schulmediziner zum Sterben nach Hause geschickt hatte. Auch habe ich, da ich sie "aus Gründen des Wettbewerbs" nicht umsonst behandeln d u r f t e , von jedem Patienten pro Tag nur den vorgeschriebenen Mindestsatz von DM 10,- zur Erstattung meiner dringendsten Unkosten gefordert.

6 Terror-Rufmord-Sendungen des NDR (Norddeutscher Rufmord-Funk) wurden über mich ausgestrahlt über ganz N orddeutschland, eine immer noch schlimmer als die andere. In keiner durfte ich mich auch nur 1 Minute lang selbst zu Wort melden. In dieser Konzertierten Aktion

(NDR, Stern, niedersächs. Sozialministerium, Anwalt Gaub in München, Anwalt des Mörders meines Sohnes und des FJ. Strauß, München) sollte verhindert werden, daß ein auf meine Bitte von der Ärztekammer Stade anberaumter Termin eines internat. Schiedsgerichts stattfinden könne, bei dem ich meine sämtlichen Daten und Ergebnisse einem qualifizierten Professorenngremium meiner Gegner vorlegen wollte, zugleich angeboten hatte, meine Approbation niederzulegen, wenn 3 Fälle (von bis dahin über 200 Fällen) nicht nach der EISERNE REGEL DES KREBS verlaufen seien.

Derzeit läuft auch ein Strafprozess gegen mich vor dem Schöffengericht Ulzen (auf Anweisung des Justizministeriums Niedersachsen, Zeugen: Gaub/München, Drossart/NDR, Fiedler/STERN) wegen fortgesetzter Beleidigung des Mörders meines Sohnes DIRK, obgleich der Cassationsgerichtshof Paris 2 mal in einem Urteil verfügt hat, daß der Prinz Savoiën wegen vorsätzlichem Mord angeklagt werden müsse, während er trotzdem nicht angeklagt wird, weil, wie mir der Oberstaatsanwalt von Bastia erklärt hat, der gesamte Prozess durch die Anwälte und Helfer der Familie Savoiën von der 1. Stunde an restlos korrumpiert worden sei.

Als am 6./7. Dez. 1983, dem 5-jährigen Todestag meines Sohnes DIRK, das Tribunal meiner Gegner entschied, Hamer habe mit Sicherheit nichts verkehrt gemacht - wenngleich man sich nicht dazu entschließen konnte zu sagen: Hamer sei der einzige, der es richtig mache - "vergaß" der NDR (und alle bei Panorama angeschlossenen Sender), mich zu rehabilitieren. Er vergaß auch, die Patienten wieder zum Leben zu erwecken, die durch den Terror von NDR und Stern gesorben waren, bzw. sich der Staatsanwaltschaft zu stellen. Denn nach der Panorama-Sendung hatten 25 Patienten in wilder Panik die Klinik in Gyhum verlassen. Tenor: Wenn eine so vermeintlich seriöse Sendung wie Panorama den Hamer zum Scharlatan stempelt - sogar noch vor dem Urteil des Schiedsgerichts - dann kann er nur ein ausgemachter Scharlatan sein, was immer er tut !

Herr von Sell, Sie haben die Sendung Panorama nicht produziert, diesen Teil haben Sie nicht zu verantworten. Aber Sie haben sie ausgestrahlt. Deshalb ist Ihre Anstalt mit in der Verantwortung drin.

Ich halte Sie für einen Ehrenmann und bitte Sie, sich jetzt auch zu verhalten wie ein Ehrenmann. Dazu gehört, daß man einem Menschen der sich mit allen Konsequenzen einem Tribunal seiner Gegner gestellt hat, wie es noch niemals ein Arzt gewagt hat, nunmehr die Möglichkeit

Seite 2 , Brief an Intendant Herrn von Sell, WDR

Dr. med. Ryke Geerd HAMER, Arzt für Innere Medizin · Via Cassia 1280, I-ROMA

zur Rehabilitation zu geben. Dies bitte ich hauptsächlich auch im Sinne und Interesse meiner Patienten, die darüber zu sterben drohen oder an den Folgen des Terrors und der Verunsicherung gestorben sind.

Das, was hier geschehen ist, spottet jeder Beschreibung. Es wird in die Geschichte eingehen als Disqualifikation des deutschen Journalismus, der nur nach dem Motto schreibt: Wes Brot ich eß, des Lied ich sing ! Die Schulmediziner dienen bei diesem Etikettenschwindel nur als Feigenblatt für meine wahren Gegner, deren Repräsentant in diesem Falle der Mörder meines DIRK ist. Der Prozess in Bastia soll unter allen Umständen verhindert werden, weil er für diese ganze Schicht eine Katastrophe bedeutet.

Ich bitte Sie darum, mir die Gelegenheit zu geben, in einer halbstündigen Live-Sendung mich zu rehabilitieren und das System der EISERNEN REGEL DES KREBS nach meinem jetzigen Wissensstand sachlich darzustellen.

Dies ist das Billige und zugleich das Mindeste, was ich von Ihnen als Ehrenmann erwarte.

Mit dem Ausdruck vorzüglicher Hochachtung bin ich

Ihr sehr ergebener

Hamer,

31.1.84

Herrn
Staatspräsidenten
der Republik Frankreich
Francois M I T T E R A N D

Sehr geehrter Herr Staatspräsident !

Seit 5 Jahren wartet die Familie HAMER jetzt darauf, daß der Mörder unseres D I R K angeklagt wird.

Die ersten 3 Jahre hat Ihr Vorgänger, Giscard d'Estaing, ein Freund der Familie Savoiën, praktisch alle Ermittlungen verhindern lassen.

Seit 2 Jahren verhindert Ihr Justizminister, R. Badinter, durch seine Anwaltstätigkeit ebenfalls der Familie Savoiën freundschaftlich verbunden, - gegen 2 eindeutige allerhöchste Urteile des Cassationsgerichtshofes in Paris vom 18. Mai 82 und vom 17. Okt. 83 - die Anklageerhebung gegen den Mörder unseres D I R K .

Herr Staatspräsident, schon am 18.5.82 hat der Cassationsgerichtshof verfügt, daß der Mörder unseres DIRK wegen vorsätzlichem Mord unverzüglich anzuklagen sei !

Das war vor fast 2 Jahren. Und obwohl der Cassationsgerichtshof ausdrücklich verfügt hat (2 mal !), daß der Fall eindeutig sei und keine neuen sogenannten nachträglichen "Medizinischen Gutachten" in Auftrag gegeben werden dürften mit dem Zweck, das Verfahren um weitere Jahre zu verzögern, hat Herr Badinter angeordnet, daß der Oberstaatsanwalt GARCI auf eigene Faust - gegen das 2-malige Urteil des Cassationsgerichtshofes - sog. Gutachten von Ärzten aus Ajaccio einholen solle.

Auch hat Herr Carci mir im Febr. 83 in Gegenwart einer vereidigten Übersetzerin eröffnet, daß die Ermittlungen durch die Agenten und Anwälte der Familie Savoiën, allen voran Ihr persönlicher Freund LOMBEARD, praktisch in allen Instanzen der Ermittlung, von

der 1. Stunde an restlos korrumpiert worden
sein..Das sei auch der Grund gewesen, warum man mir nie
Einblick in die Akten gewährt habe.

Jetzt argumentiert plötzlich der Oberstaatsanwalt Garci
- im Auftrag und im Einvernehmen mit Ihrem Justizminister
Badinter - die Prozessermittlungen seien durch den Mörder und sei-
Helfer so sehr korrumpiert worden, daß er - zum Nutzen des Mörders
- gar nicht mehr stattfinden könne ! wolle man nicht die franzö-
sischen Ermittlungsbehörden, einschließlich Exjustizminister
PERFITT und Exstaatspräsident GISCARD D'ESTAING bis aufs HEMD
blamieren.

Herr Badinter hat von Anfang an keinen Zweifel daran gelassen, daß
er "diese Schweinerei" aus diplomatischen Gründen "heruntertrans-
formieren" möchte.

Der Fluch dieses Mordes an meinem Sohn DIRK ist über Giscard ge-
kommen. Er wird auch über Herrn Badinter kommen.

Von Ihnen aber, Herr Staatspräsident, erwartet die Familie
Hamer Gerechtigkeit und Respekt vor dem obersten französischen
Gerichtshof.

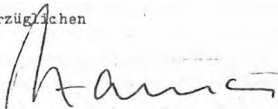
Was nützt alle Beteuerung der Demokratie, wenn das Urteil
selbst des obersten franz. Gerichtes derart verhöhnt und zur
Farce gemacht wird ?

Herr Staatspräsident, ich binde Ihnen den " F A L L D I R K "
auf Ihre Seele. An ihm wird sich entscheiden, ob es gleiches
Recht gibt für alle Menschen in Frankreich. Daran darf auch
Ihre Freundschaft mit dem Anwalt des Mörders unseres DIRK,
Maitre LOMBARD, nichts ändern !

Ich beschwäre Sie, Herr Präsident, Ihre Pflicht im Dienst
des Rechts zu tun !

Mit dem Ausdruck der vorzüglichen
Hochachtung bin ich

Ihr sehr ergebener



An die

Bundestagsfraktion
der

"Grünen"

z. Hd. Frau Schöppe

Betr.: DIER EISERNE REGEL DES KREBS

Internat. ärztl. Schiedsgerichtsgremium am 6.12.83

Urteil am 7.12.83 durch Ärztekammer Niedersachsen/STADE

Sehr verehrte Frau Schöppe !

Wenn Sie die beigelegten Unterlagen durchsehen, werden Sie feststellen, welch gewaltiger Holocaust hier derzeit abläuft. Und alle sehen tatenlos zu und werden später behaupten, sie hätten davon nie etwas gewußt oder geahnt.

Es tut mir leid, daß sich die Diskussion weitgehend an meiner Person entzündet und weitgehend von meinen persönlichen Feinden geführt wird, die gegen mich toben, weil ich auf dem Prozess gegen den Mörder meines Sohnes bestehe und einige Angebote abgelehnt habe, "die man nicht ablehnen kann". Es handelt sich um die europäischen Königshäuser, die praktisch alle in diesen Fall verwickelt sind, sowie das weltliche Großkapital einschließlich der zugehörigen Presse die mich zum Buhmann gemacht habe, weil ich der Feind der Königshäuser bin.

Der Zynismus besteht darin, daß Millionen und Abermillionen von Patienten sterben, die nicht zu sterben brauchten.

Nach meinem derzeitigen Wissensstand kann ich etwa 2 bis 3 % aller an Krebs erkrankter Patientinnen wegen zu starker cerebraler Komplikationen auch nicht retten. Aber die übrigen 97 bis 98 % brauchten nicht zu sterben. Ich hatte Herrn Prof. Stender in Hannover angeboten ihm dies mit ihm zusammen in seiner eigenen Klinik zu demonstrieren und zu beweisen.

Mehr als was ich gemacht habe, meine Approbation zum Pfand zu setzen für den Fall, daß es 3 Fälle gäbe, die nicht nach der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufen würden, kann kaum ein Arzt machen.

Ich komme aber jetzt nicht mehr weiter, weil meine Gegner alles

säuberlich und mit Perfektion vermint haben. Wenn Sie, die Grünen wirklich Grüne sind und ein Herz haben für die vielen Millionen von Sterbenden, die nur wegen des zynischen Terrors und der Profiggier, sowie der kriminellen Rechts.Korruption der Königshäuser sterben müssen, dann helfen Sie mir für unsere Patienten.

Ich schwöre Ihnen bei der Seele meines toten Kindes, daß in dieser ganzen Sache kein Haken und kein Trick ist. Genau so, wie ich mich - einer gegen alle - dem Professorenngremium gestellt habe, bin ich bereit, mich jederzeit und jedem beliebigen Gremium zu stellen. Mich quält Tag und Nacht, daß meine Patienten weiter sterben ! Helfen Sie doch diesen Patienten ! Es lohnt sich !

Die vornehmen adeligen Leute haben versagt, die Reichen haben sich versagt, auch die Ärzte und Intellektuellen haben restlos versagt ! Nun müssen wir einfachen Menschen aufstehen und die Ketten unserer Tyrannen sprengen !

Ich bitte Sie, folgende Anfrage an den Bundestag einzubringen:

1. Seit 2 1/2 Jahren weiß die Bundesregierung einschließlich den Funktionären der deutschen Krebsgremien von der EISERNEN REGEL DES KREBS.

Warum haben sich alle staatlichen Krankenhäuser und Dienststellen hartnäckig gewiegert, die Ergebnisse dieser wissenschaftlich fundierten Studie überhaupt zur Kenntnis zu nehmen, geschweige denn zu überprüfen ??

2. Am 6.12.83 hat ein internat. ärztliches Schiedsgerichtsgremium aus Professoren in Gythum die Ergebnisse der Therapie nach der EISERNEN REGEL DES KREBS und den Verlauf insbesondere der Hirnkomplikationen, bzw. der sog. HAMERSCHEN HERDE im Gehirn genau überprüft. Dieses Gremium ist zu dem Ergebnis gekommen, daß Hamer alles richtig gemacht hat. Es hat nicht gewagt, zu attestieren, daß er als einziger alles richtig macht.

Warum interessiert sich die Bundesregierung nicht für dieses Ergebnis, sondern gibt lieber weiter Hunderte von Millionen an die deutsche Krebshilfe wie in ein sinnloses Faß ohne Boden ?

Ich bitte Sie nochmals, helfen Sie meinen Patienten ! Sie könnten Ihnen vielleicht dafür ewig dankbar sein !

Mit freundlichen Grüßen !

Ihr ergebener

Hamer

31.1.84

An die

Ärzttekammer Stade/Niedersachsen

Gückstädterstr. 8

2160 Stade

z.Hd. Herrn Vorsitzenden Dr. Weinhold

nachrichtlich:

an die

Staatsanwaltschaft

2160 Stade

an die

Ärzttekammer Marburg

Betrifft:

die aus meiner Ärztekammerakte verschwundene en Schriftwechsel
zwischen:

1. Ärztekammer Niedersachsen/Stade und
Niedersächsischem Sozialministerium
2. Ärztekammer Niedersachsen/Stade und
Landesärztekammer Hannover
3. Ärztekammer Niedersachsen/Stade und
Norddeutscher Rundfunk, Dro ssart

Da die gesamte Ärztekammerakte eine Urkunde ist (einschl. Kontext !
liegt hier der Tatbestand der vorsätzlichen Urkundenfälschung vor.

Sehr geehrter Herr Dr. Weinhold !

Die Ärztekammer Marburg hat mir in G egenwart des Kammervorsitzender
Dr. Vogler Einblick in meine Ärztekammerakte gegeben, wie es ja
mein gutes Recht ist. Bei dieser Gelegenheit habe ich festge-
stellt, daß schätzungsweise etwa 200 Blatt Akten verschwunden
sind, darunter der gesamte Schriftverkehr zwischen Ärztekammer
Niedersachsen/Stade und dem niedersächsischen Sozialministerium,
bei dem es hauptsächlich um die Frage fing, ob Sie nicht entgegen-
kommender Weise den Hamer psychiatrisieren lassen könnten und
damit den ' ermin des 7. Dezember, dem Tag, an dem das internat.
ärztliche Schiedsgerichtsgremium zusammentreten sollte, stoppen
könnten. Sie haben mir doch selbst das Blatt mit dem ausführlichen
Aktenvermerk des Sozialministeriums gezeigt, in dem angeregt war,
den Hamer doch bitte psychiatrisieren zu lassen. Auch dieses
Aktenblatt ist verschwunden.

Naahdem das intern. ärztliche Schiedsgerichtsgremium mir ja nolens volens im Wesentlichen Recht hat geben müssen, ist dieser Schriftwechsel natürlich jetzt höchst peinlich und stinkend, denn ein Geisteskranker ist ja wohl nicht in der Lage vor einem internat. Professorenngremium zu bestehen - zumal unter diesem furchtbaren Terror !

Verschwunden ist ebenfalls der gesamte Schriftwechsel zwischen Ärztekammer Niedersachsen/Stade und Landesärztekammer Hannover, in dem es hauptsächlich um die Frage ging, ob man dem Hamer nicht mit irgendwelchen standes- oder berufspolitischen Maßnahmen das Handwerk legen könnte, um der ganzen Diskussion um die EISERNE REGEL DES KREBS überhaupt aus dem Wege zu gehen.

Verschwunden ist auch Ihr gesamter Schriftwechsel sowie Ihre Aktennotizen über die unendlich häufigen und endlos langen Telefonate mit Herrn Drossart vom NDR, Mitarbeiter des Herrn Anwalts Gaub aus München, dem Anwalt des Mörders meines Sohnes Dirk, und zusammen mit Herrn Fiedler, Sportredakteur und derzeit anscheinend Krebspezialist beim Stern, Verfasser des Rufmordartikels gegen mich und Herrn Gaub zusammen Zeugen gegen mich in einem vom niedersächsischen Justizministerium initiierten Strafprozess "aus öffentlichem Interesse" wegen fortgesetzter Beleidigung des Mörders meines Sohnes DIRK.

Ich fordere Sie höflich auf, s ä m t l i c h e Unterlagen an die Ärztekammer Marburg zu übersenden, damit sie wieder in die Akte eingefügt werden können. Ich habe nämlich ein Recht darauf, zu erfahren, was da hinter meinem Rücken gegen mich in Gang gesetzt worden ist und noch in Gang gesetzt werden sollte. Dies ist auch die Meinung der Ärztekammer Marburg

Daß diese vielen Aktenunterlagen - wer weiß, welche sonst noch ! - alle aus der Akte herausmanipuliert worden sind, weil sie ganz offensichtlich das Licht des Tages scheuen, zeigt nur zu gut, wie begründet meine und meiner Patienten schlimmste Befürchtungen gewesen sind !

Mit vorzüglicher Hochachtung !

Hamer

P.S. Ubrigens ist bei Frau M. (Collum-Ca), die von dem ärztl. Schiedsgerichtsgremium einstimmig beschworen wurde, sich kastrieren zu lassen und wegen der ich nach Ihren Worten "europaweit fertiggemacht" werden sollte, wenn der Krebs wachsen würde, während er nach meinem System der ERK nicht mehr wachsen konnte, der Partio-Abstr. jetzt neq.

Medizin/K o r r

Krebs zwei und Schluß (Hamburg)
„Faires Verfahren“ zugesichert

Hamer behauptet: 1. Krebs entsteht an einem bestimmten Tag bei einem sehr starken Konfliktereignis, und zwar immer dann, wenn der Betroffene sich räumlich, sozial oder innerlich isoliert fühlt. Der Krebs entsteht um so leichter, je schlechter der Allgemeinzustand ist – entscheidend ist immer das subjektive Empfinden des Konfliktelerbnisses (erstes Kriterium oder „Hamer-Syndrom“). 2. Der Konfliktinhalt bestimmt die Lokalisation des Krebses. 3. Die Erkrankung verläuft parallel zum Verlauf des Konflikts.

Brustkrebs etwa wird danach durch allgemeine menschliche Konflikte, zum Beispiel zwischen Mutter und Kind, ausgelöst. Ähnliche Konflikte bewirken beim Mann – so Hamer – ein Karzinom der Bronchien. Gebärmutterhalskrebs habe immer einen sexuellen Konflikthintergrund, Lungenkrebs mit Rundherden dagegen entstehe immer bei Todesangst.

Für den Ausbruch des Krebses ist allerdings nach diesen Befunden nicht nur der Konflikt selbst, sondern auch dessen Dauer ausschlaggebend. Brustkrebs bemerkt man gewöhnlich nach zwei bis drei Monaten, Gebärmutterhalskrebs nach etwa zwölf und Bronchialkrebs nach 18 Monaten.

Aus seinen Untersuchungsergebnisse hat Hamer folgende Theorie entwickelt: Ein Krebs entsteht als Programmierungsfehler im Gehirn von Mensch und Tier, gewissermaßen ein ständiger Kurzschluß im elektrischen Feld des Gehirns. Dadurch werden „Fehl-Codes“ gesendet, die an den Körperzellen Entartung – Krebs – hervorrufen. Mit dem Ende des Konflikts endet das Krebswachstum.

Hier beginnt für Hamer die Therapie. „Es gilt also, den Konflikt zu erfassen und zu beseitigen“, sagt er. „Dies ist nicht immer möglich, aber sehr viel häufiger als man denkt. Der Konflikt muß real ausgeräumt sein, und dies ist nicht immer durch Psychotherapie möglich“. Der Konkurs eines Kaufmannes beispielsweise müsse nach Möglichkeit „real“ saniert werden.

Hamers Theorie greift alte Vorstellungen über den leibkörperlichen Zusammenhang bei der Entstehung des Krebses – und anderer Krankheiten – auf. Das Tübinger Dekanat hat ihm ein „fares
) Habilitationsverfahren“ zugesichert. Allerdings bereitet das Hamer-Syndrom, wie intern zu hören war, den Professoren erhebliches Kopfzerbrechen.

dpa kd gs
081420 apr 82 nnnn

mzczb321

r est 07 11

cancro: giuria internazionale su metodo cura hamer

(ansa) - bonn, 7 dic - una giuria internazionale di specialisti s'e' espressa oggi sulle teorie del medico tedesco rycke geerd hamer padre del giovane che esattamente cinque anni fa mori' in seguito alla ferita procuratagli da vittorio emanuele di savoia con un colpo di fucile da caccia grossa all'isola di cavallo, sulle cause psicologiche del cancro.

la giuria, della quale facevano parte in rappresentanza dell'italia l'internista vitaliano clementi di bologna ed il chirurgo walter ebner di bressanone, la quale s'e' pronunciata sulla base degli esami fatti nella clinica di gyhum nella saar dove hamer ha in cura i suoi pazienti, ha riconosciuto la possibile influenza positiva del metodo hamer, tendente alla rimozione del conflitto psicologico in atto nel malato di cancro, come coadiuvante delle terapie tradizionali, ma ha trovato non dimostrata la teoria secondo cui la causa del cancro e' soltanto psicologica ed ha escluso di conseguenza che la terapia psicologica possa bastare da sola a garantire la guarigione.

il dottor hamer ha contestato queste conclusioni, accusando la medicina accademica, specialmente tedesca, di preclusioni nei confronti della sua teoria che egli sostiene sulla base di proiezioni computerizzate delle lesioni cerebrali di origine psicologica che egli sostiene essere causa unica della malattia neoplastica. (segue x).

1645 do nnnn

zczb322

r est 07 11

cancro: giuria internazionale su metodo di cura hamer (2)

(ansa) - bonn, 7 dic - il dottor ebner di bressanone, interrogato sui risultati dell'inchiesta, ha tenuto a precisare che questi non condannano il metodo di diagnosi e di cura del dottor hamer, ma mettono in evidenza come sia indispensabile continuare, accanto a quello psicologico, il trattamento tradizionale.

egli ha fatto rilevare come nella documentazione grafica (compurizzata) presentata da hamer, i radiologi della giuria abbiano effettivamente riconosciuto i noduli che il medico tedesco considera essere il primo segno dell'insorgenza del cancro provocato da un conflitto psicologico, ma non hanno potuto stabilire se si trattasse effettivamente di focolai nuovi, o di metastasi.

il dottor clementi ha insistito a sua volta nel sottolineare il parere della giuria sulla efficacia coadiuvante ma non sostitutiva delle cure tradizionali del metodo hamer, il quale si basa sul principio che la rimozione del conflitto psicologico causale basta a provocare la guarigione. ed a questo proposito egli ha detto di essere rimasto impressionato dallo stato di benessere dei pazienti di hamer esaminati, in rapporto allo stato clinico denunciato dalle loro radiografie.

1710 do nnnn

⊕

249607 repa d
886857 ansa dm

HP JOURNAL

**DIE EISERNE REGEL
DES KREBS
EINE NEUE
KREBSTHERAPIE
– ODER
SCHARLATANERIE?**



Spinner gegen Hochschulmedizyniker?



»Ich bin aufgrund von 1500 Fällen ganz sicher, daß ich die Zusammenhänge des Krebs... entdeckt habe«, so Dr. Hamer. Er ist zu dem Schluß gekommen, daß es sich bei der Erkrankung an Krebs um einen Programmierungsfehler im Gehirn handelt.

Hat Hamer sie nun gefunden, die Wunderwaffe gegen den Krebs? Kann man nun Krebskranke in einer Art Gesprächstherapie von ihrem furchtbaren Leiden heilen? Oder ist Hamer – wie von vielen Ärzten apostrophiert – nur ein Spinner und Ständeszerstörer?

Diese Fragen wollen und können wir an dieser Stelle nicht beantworten. Eines ist jedoch sicher, die Krebsforschung befindet sich – trotz Teilerfolgen – in einer Sackgasse. Mildred Scheel hat über 183 Millionen Mark an Spendengeldern ausgegeben. In der Bevölkerung entstand eine hysterische Angst vor Krebs, ohne daß greifbare Ergebnisse erzielt werden konnten.

Salus aegroti suprema lex –

das Wohl des Kranken das höchste Gesetz. Mit Feststellung und Forderung (lex est und lex esto!) gilt dieses Gesetz für den Behandler im Verhältnis zu seinen Patienten. Jeder Behandler ist aufgefordert, auch die geringste Chance für seinen Patienten zu nutzen.

Es hilft nichts, wenn Hamers Theorie totgeschwiegen und ihm jede Möglichkeit genommen wird, den Beweis anzutreten. Nach Dr. Hamers Aussage gibt es genügend von ihm geheilte Patienten. Aber er ist bereit, schon aufgegebenen Patienten zu behandeln, um auch die letzten Zweifler überzeugen zu können.

Mediziner sind nicht davor zurückgeschreckt, Krebspatienten mit Hustensaft zu behandeln, dagegen erscheint Hamers letzte Chance in jedem Fall humaner.

Unsere – wie Hamer sie nennt – Hochschulmedizyniker – sind nicht bereit, eine Habilitationsschrift samt Kasuistik von 200 Fällen zur Kenntnis zu nehmen. Da sollten gerade Heilpraktiker zeigen, daß für Sie der Patient und nicht der Kontostand im Vordergrund steht.

Mögen Behandler und Patienten Beweis oder Gegenbeweis erbringen. Nur die Angst vor dem Untergang einer gewinnbringenden Krebsindustrie rechtfertigt nicht die Abwehr einer unbequemen Therapie, nicht den grausamen Tod krebskranker Menschen.

Wenn Hamer sich geirrt hat, gibt es eine Hoffnung weniger, und seine Gegner mögen sich auf ihre Schultern klopfen. Sollte aber auch nur ein Patient von Krebs geheilt werden können, muß mit Macht nach der eisernen Regel des Krebs geheilt und geforscht werden.

Sie, liebe Leser, Behandler im Dienste des Menschen, sind aufgefordert, Stellung zu beziehen. Schreiben Sie an HP-JOURNAL. Wir werden Ihre Erfahrungen, Ihre Meinung, pro und contra, unserer fachkundigen Leserschaft vorstellen.

(Harry Götte)
Chefredakteur

EINE NEUE KREBSTHERAPIE – ODER SCHARLATANERIE?

Es ist Tradition auf dem »Internationalen Kongreß für Naturheilkunde«, daß auch Persönlichkeiten mit ungewöhnlichen neuen Denkanstößen vor einem qualifizierten Publikum zu Wort kommen.

Viele Behandler, die zu einem Zeitpunkt in Mainz referierten, als sie noch von der Schulmedizin als Scharlatane abgetan wurden, sind heute international anerkannte Kapazitäten.

Getreu dieser Tradition wurde einem Mann die Möglichkeit gegeben, erstmals auf einem medizinischen Kongreß über seine neue Theorie der Krebsentstehung und -behandlung zu referieren.

Dr. med. Ryke Geerd Hamer sprach über die EISERNE REGEL DES KREBS. Ob Hamers Theorie richtig ist, soll und kann hier nicht festgestellt werden. Wenn aber Hamer kein Scharlatan ist, wird es in der Medizin eine Revolution geben.



Dr. med. Ryke Geerd Hamer

Praktische psychosomatische Therapie des Krebs nach dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS

Dr. med. Ryke Geerd Hamer

Es ist ein denkwürdiger Tag heute: Das erste Mal, daß man den Hamer auf einem Kongreß referieren läßt. Bisher hatte man das stets zu verhindern gewußt. Ich bin das gewohnt, daß mir dauernd Steine in den Weg gelegt werden – von der Medizin-Mafia, und das ist nicht nur die Medizin-Mafia, da sind auch noch andere dabei. Kurz vor der Sendung »Drei nach neun« wurde ein Mordanschlag auf mich verübt, und das ist nachweisbar.

Bei unendlich vielen Kongressen habe ich mich bisher bemüht, ein Referat halten zu dürfen – bei unendlich vielen Verlagen eine wissenschaftliche Arbeit abgedruckt zu bekommen, stets vergebens. Einzige Begründung: Es ist gegen die Schulmedizin, was Sie da verbreiten wollen. Sogar die gesamte Medizinische Fakultät der Universität Tübingen stimmte im Mai 1982 mit 150:0 Stimmen, ohne Enthaltung, für die Ablehnung meiner 300seitigen Habilitationsschrift über dieses Thema, ohne daß ein einziger Dozent oder Professor sich die Mühe gemacht hatte, auch nur einen einzigen Fall – wie mir der Dekan

versichert hat – auf mein so klares System hin zu untersuchen, was etwa 15 bis 20 Minuten in Anspruch genommen hätte. Ich nannte das das »Tübinger Syndrom«: Die Kombination von Neid, Arroganz und Ignoranz.

Wes das Herz voll ist, des geht der Mund über; und das, was man mit seinem Herzblut schreibt, muß nicht unwissenschaftlich sein, wie die Intellektuellen glauben, die jeden cool servierten Quatsch für wissenschaftlich halten, weil er cool ist. Ich wünsche mir als Physiker und Internist meine Gegner kritischer als die Kolleginnen und Kollegen, die das »Tübinger Syndrom« verursacht haben.

Ich will versuchen, mich auf meine Art für Ihre Einladung zu bedanken und will hoffen, daß es mir gelingt, Ihnen hier eine Begeisterung zu vermitteln und ein Feuerwerk abzubrennen, an das Sie noch lange zurückdenken werden.

Denn ich behaupte eindeutig und klar: Ich bin – aufgrund von 1500 Fällen – ganz sicher, daß ich die Zusammenhänge des Krebs, also

- Entstehungsmechanismus,
- Lokalisationsmechanismus,
- Verlaufsmechanismus und
- Therapiemöglichkeit

entdeckt habe, die in der sogenannten EISERNEN REGEL DES KREBS zusammengefaßt sind.

Ich glaube, daß es genauso unerlaubt ist, eine Entdeckung, derer man sich ganz sicher ist, nicht mit dem notwendigen Engagement zu vertreten, als wenn man eine Entdeckung lauthals verkündet, bevor sie wirklich ganz sicher ist. Ich bin mir meiner Sache absolut und felsenfest sicher, sicherer noch denn je, insbesondere inzwischen auch, was die Therapie betrifft.

Dabei sind es nicht die Erfolge, die für Sie alle sensationell sein werden, sondern gerade auch die Mißerfolge, die ich Ihnen gewissenhaft berichten werden, und die geradezu den exakten stichhaltigen Beweis liefern werden für die Richtigkeit meines Systems.

Aufgrund meiner Kasuistik war ich schon im Oktober 1981 zu dem zwingenden

Schluß gekommen, daß es sich bei der Erkrankung des Krebs eigentlich um einen Programmierungsfehler im Gehirn handeln müsse. Exakt, das haben die sogenannten Mißerfolge unter den von mir behandelten Fällen jetzt zwingend ergeben:

Von etwa 120 Patienten, mit denen ich dauernd in Verbindung stehe, sind sieben Patienten verstorben in der Heilungsphase, zwölf Patienten insgesamt erkrankt, fünf haben überlebt in der Heilungsphase, etwa sechs Wochen nach der Konfliktlösung, an einem Hirninfarkt! Dies hatte ich befürchtet. Allerdings betraf es nur die Fälle, die sehr schwer erkrankt gewesen waren, meist an einer Art von Krebs, der sehr weit fortgeschritten gewesen war, weniger die Patienten, die an mehreren Arten Krebs insgesamt zwar genauso schwer erkrankt waren, an jedem einzelnen aber mittelschwer erkrankt waren.

Alle Patienten, die ich behandelt hatte – etwa über 200 – waren im terminalen Stadium, d. h. aufgegebene Krebsfälle, die nur noch wenige Tage bis wenige Wochen zu leben hatten nach schulmedizinischer Meinung.

Das heißt nun: Der Krebs entsteht nicht rein psychisch, sondern psycho-cerebral. Er hat ein nachweisbares cerebrales Substrat, also einen erkrankten Hirnbereich. Ich habe inzwischen mit dem Max-Planck-Institut, Köln, eine Zusammenarbeit vereinbart, wo wir mit Hilfe des PET, des Protonen-Emissions-Tomogramms und des Hirn-CT-Computer-Tomogramms die genaue Lokalisation und – wenn möglich – Elektrophysiologie dieser Zusammenhänge ergründen wollen. Nächstes Jahr an dieser Stelle, so hoffe ich, werde ich Ihnen darüber berichten. Die Fälle sind übrigens fast sämtlich von fremden Krankenhäusern dokumentiert.

Wenige Worte noch zu der Entstehungsgeschichte der Erkenntnis über die Zusammenhänge des Krebs:

Einige von Ihnen wissen vielleicht, daß ich kurz nach dem Tod meines Sohnes DIRK – nach dessen Namen der Entstehungsmodus des Krebs – nämlich:

- ① **schwerstes Konflikterlebnis**
- ② **hochakuter dramatischer Beginn – meist wie ein Keulenschlag –**
- ③ **momentane psychische Isolation**

die Bezeichnung DIRK-HAMER-SYNDROM erhalten hat, daß ich selbst an einem Hoden-Krebs (Teratom) erkrankt bin. Von dieser Zeit an hat mich der Gedanke nicht mehr losgelassen, daß da ein Zusammenhang bestehen könnte. Und da ich als Hobby medizinisch-physikalische Patente ausdenke, habe ich nach einer Möglichkeit gesucht, irgendwann einmal diese Frage näher zu untersuchen. Als internistischer Oberarzt an einer Krebsklinik in Oberaudorf bei Rosenheim ergab sich für mich diese Möglichkeit in geradezu idealer Weise. Nachdem ich hintereinander 50 Patientinnen mit Brustkrebs untersucht hatte, hatte ich zum ersten Mal in der Geschichte der Krebsforschung ein reproduzierbares System gefunden:

Jeweils zwei bis drei Monate vor dem Bemerkten ihrer Erkrankung – also eines etwa 7 mm großen Knotens, hatten die Frauen ein sogenanntes DIRK-HAMER-SYNDROM, und zwar: bei histologisch sicherem Brustkrebs, ohne Ausnahme! Nicht mit einer Signifikanz, sondern ohne Ausnahme!

Das Endergebnis meiner Forschungen war – wie Sie wissen – die sogenannte EISERNE REGEL DES KREBS.

Nachdem ich im italienischen und im Bayerischen Fernsehen und in einem Referat vor allen Kollegen der Klinik meine Ergebnisse veröffentlicht hatte, wurde ich vor die Wahl gestellt, entweder zu widerrufen und zur schulmedizinischen Lehrmeinung zurückzukehren oder sofort die Klinik zu verlassen. Ich verließ die Klinik. Ich mußte in gleicher Weise jeweils nach kurzer Zeit die Universitäts-Frauenklinik Kiel, die Lungenklinik Köln-Merheim sowie das Sanatorium Waidmannsruh in Bad Bevensen und das Sanatorium Rosenhof in Bad Krozingen, die beiden letzten zusammen mit meinen Patienten, verlassen. Mein Frau, die die gleichen Untersuchungen an der Universitäts-Frauenklinik Rom mit einer Oberärztin zusammen durchführte, mußte ebenfalls ganz plötzlich und fristlos die Klinik verlassen, nachdem die Familie des Mörders meines Sohnes, der am 18. August 1978 von dem italienischen Kronprinzen vor der Insel Cavallo im Schlaf tödlich verletzt und am 7. Dezember seinen Verletzungen erlegen war, beim Rektor der Universität Rom vor-

stellig geworden und einen Abbruch der Untersuchungen erwirkt hatte. In gleicher Weise war an allen Kliniken stets direkt oder indirekt – zum Teil mit massivsten Mafiadrohungen verstärkt – die Familie des Mörders meines Sohnes DIRK durch ihre Anwälte oder Agenten im Spiel, um den Mordprozeß entweder ganz zu verhindern oder zumindest eine Publizität der Familie Hamer zu verhindern, nachdem ich ein Schweigegeld von mehreren Millionen abgelehnt hatte.

Meine Damen und Herren, viele sagen mir immer wieder: Laß das mit der Mafia weg, das wirkt wissenschaftlicher und seriöser. Ich meine: Die Wahrheit braucht nicht wissenschaftlich oder seriös zu wirken, sie wirkt als Wahrheit durch sich selbst.

Professor Hammacher, Ordinarius an der Frauenklinik in Tübingen und einer der wenigen Professoren, die am Tübinger Syndrom nicht beteiligt waren (durch Abwesenheit), hat wohl den Nagel auf den Kopf getroffen, als er folgendes sagte:

»Herr Hamer, daß die Familie Savoyen bei Ihren Hinauswürfen in Rom, Oberaudorf, Kiel und Köln die Regie geführt und die Fäden gezogen hat, halte ich für sicher, denn dazu wären die Schulmediziner nicht organisiert genug. Aber wir wollen mal ehrlich sein, sehr stark motivieren brauchten diese Leute die Schulmediziner nicht, denn die sehen alle nicht gern, daß ihre Thesen und ihr System stimmen, denn dann müssen sie ja zugeben, daß sie alle jahrzehntelang nichts als Unsinn gemacht haben. Und glauben Sie nur nicht, daß es mehr als eine Handvoll Professoren geben wird, die Ihnen gönnen, daß Sie die Zusammenhänge des Krebs entdeckt hätten. Das hätten die alle gerne selbst entdeckt, wo Zehntausende daran forschen und bisher völlig ohne das geringste Ergebnis!«

Der Professor Hammacher hat recht behalten. Aber fast noch mehr als die Schmähungen und Beleidigungen meiner »Kollegen«, die mich jetzt seit fast zwei Jahren schon als Ketzer und Spinner verfolgen, fürchte ich, daß es demnächst nur noch Leute geben wird, die ja alles, was der Hamer entdeckt hat, immer schon gewußt haben, sogar schon entsprechend behandelt haben, die unisono tönen: »Das kann doch nicht sein, daß ein

Mensch das entdeckt, der ist doch nicht klüger als wir.«

Nein, der ist auch nicht klüger als die anderen, es ist vielmehr das Vermächtnis meines toten Sohnes, so fasse ich es jedenfalls auf, das ich hier weitergebe, und einem Toten sollte man es gönnen.

B. DIAGNOSTIK

a) Das System der EISERNEN REGEL DES KREBS:

Die EISERNE REGEL DES KREBS lautet folgendermaßen:

1. Jeder Krebs entsteht bei einem DIRK-HAMER-SYNDROM als ein allerschwerstes Konfliktsergebnis mit akut dramatischem Beginn bei psychischer Isolation des Patienten.

2. Der Konflikthalt bestimmt die Lokalisation der Krebserkrankung im Körper.

3. Der Konfliktverlauf entspricht dem Verlauf der Krebserkrankung.

Nach dieser EISERNEN REGEL DES KREBS verläuft jede Krebserkrankung, wie ich an 1500 Fällen nachweisen konnte, und zwar primär als ein Programmierungsfehler im Gehirn!

Ich beziehe mich ausdrücklich nicht auf Leukämien und Lymphomatosen, die ich für Viruserkrankungen halte, und die auch einen völlig anderen Verlauf haben als eine Krebserkrankung.

Auch für diese Tatsache habe ich inzwischen den Beweis erbracht – nämlich, daß es ein Programmierungsfehler im Gehirn ist.

Durch zwölf in der Heilungsphase an einem apoplektischen Insult erkrankten Patienten, von denen fünf überlebt haben und sieben gestorben sind (gleichmäßig junge und alte Patienten).

Dieses System der EISERNEN REGEL DES KREBS hört sich zwar zunächst sehr einfach an, verleitet sogar manchen zu dem Ausruf: »Ach Gott, wenn's so einfach wär'!«, bereitet aber in den Konsequenzen, gerade den so dogmatisch eingestellten Schulmedizinern, ganz erhebliche Verständnisschwierigkeiten. Und ganz so einfach, wie die Sache aussieht, bleibt sie dann auch gewöhnlich nicht, wenn zweite und dritte Krebserkrankungen vorliegen – von den Schulmedizinern bisher »Fernmetastasen« genannt. Diese zweiten und dritten Krebserkrankungen kommen meist dadurch zustande, daß der Patient



Dr. Ryke Geerd HAMER, Arzt für innere Medizin, demnächst tätig in einem Krankenhaus in Nunkirchen im Saarland, ist derzeit wohl der umstrittenste Arzt der Bundesrepublik. Sein System der EISERNEN REGEL DES KREBS droht, wenn er recht behält, die gesamte Schulmedizin in ihren Grundfesten nicht nur zu erschüttern, sondern vollständig von Grund auf zu revolutionieren.

Jahrgang 1935, Vater Deutscher, Mutter Italienerin, heiratet mit 22 seine Studienkollegin, inzwischen Ärztin für Allgemeinmedizin, Mutter von vier Kindern, studierte Medizin, Theologie (Examen mit 23) und Physik, Approbation mit 26, Erfinder zahlreicher Patente (HAMER-Skalpell und -Knochensäge), Ausbildung in Gießen, Tübingen und Heidelberg, langjährige Dozententätigkeit an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg, fünf Jahre internationale Praxis.

Als am 18. August 1978 sein Sohn DIRK, in einem Boot schlafend, von dem Sohn des letzten italienischen Königs Umberto angeschossen wurde und vier Monate

später, während der sein Vater praktisch Tag und Nacht an seinem Bett wachte, in seinen Armen verstarb, kam Dr. Hamer, wie er sagt, in eine andere menschliche Dimension. Er erkrankte selbst an Hodenkrebs. Millionen von Schweigegeldern, um auf den Prozeß zu verzichten, lehnte er empört ab. Seither wird er von seinen Gegnern, wie er sagt, rund um die Uhr verfolgt.

Ende September/Anfang Oktober 1981 veröffentlichte er als Oberarzt an einer Krebsklinik bei München Das »DIRK-HAMER-SYNDROM« und darauf »DIE EISERNE REGEL DES KREBS«.

Er reichte seine Ergebnisse samt Kasuistik von 200 Fällen in Form einer Habilitationsschrift an der Universität Tübingen ein, die dort im Widerspruchsverfahren »hängt«.

Seit es die EISERNE REGEL DES KREBS gibt, ist unter den Medizinern »die Hölle los«, sagt Hamer. Kein Professor traut sich mehr mit ihm vor eine laufende Fernsehkamera. »Medizinischer Terrorist«, »Revolutionär«, »Standeszerstörer«, Patienten- und Ärzte-Verunsicherer«, »Spinner« usw. sind noch die gelindesten »Kosenamen«, die ihm seine Kollegen geben. Er selbst geht aber auch keineswegs zimperlich mit seinen Gegnern um: »hochintellektuelle Hochschulmedizyniker«, die Windpocken exzidieren und des Kaisers neue Kleider sehen, die es nicht gibt. Oder »Das Tübinger Syndrom: = Neid, Arroganz und Ignoranz«. Die einzige Kollegin, die zu ihm hält, ist seine Frau (Hamer: »Mein kluges Mädchen. Wenn sie sagt, es stimmt, dann habe ich keine Professoren mehr zu fürchten, denn von denen kann keiner ihr das Wasser reichen.«

seine Krankheit »Krebs« als Todesurteil empfindet oder als Existenzvernichtung oder als Quasi-Aussatz oder als eine Selbstwertvernichtung erfährt und dadurch geradezu am Boden zerstört ist.

Deshalb ist der Beginn der Diagnostik gleichzeitig auch bereits der Beginn der Therapie. Denn es kommt sehr entscheidend darauf an, wie ich dem Patienten meine Diagnose beibringe und wie ich die Prognose sehen kann! Nach meinem System im Prinzip gut! Nach meinem System ist jeder Krebs im Prinzip heilbar, das heißt nicht, daß wir jeden Patienten heilen werden; es kommen ja auch Zwischenfälle, und es gibt auch Konflikte, die man nicht lösen kann. Denn braucht der Patient vor seiner Krankheit keine »stöckliche Angst« mehr zu haben, dann entfällt ja der Schreck wie auch dieser Keulenschlag. Dann kann ich doch ganz ruhig mit

ihm überlegen, wie wir jetzt am besten diese heilbare Krankheit miteinander überwinden können. Ich kann den Patienten aus seiner Panik herausholen oder erst gar nicht hineinkommen lassen.

b) Die klinisch-somatische und -psychische Befunderhebung einschließlich der technischen Untersuchungen und Labordaten

Vor die Therapie haben die Götter die Diagnose gesetzt, das lernt jeder Mediziner im ersten Semester. Ich selbst bin der Meinung, daß die Diagnostik – soweit sie dem Patienten nicht schadet oder ihn quält – gar nicht gewissenhaft und präzise genug sein kann.

Das gilt für eine gründliche körperliche Untersuchung genauso wie für einen psychischen Status als auch für eine genaue Abklärung des lokalen Befundes; das heißt

- was liegt für ein Krebs vor,
- wie weit ist er lokal ausgedehnt,
- welche histologischen Befunde liegen vor,
- liegen noch Zweit- oder Dritt-Karzinome vor?

Der Behandler muß möglichst genau wissen, was los ist.

Aber auch hier gilt: Die Art und Weise, wie der Arzt oder Heilpraktiker seine Diagnostik durchführt, ist sehr entscheidend. Sie sollte immer bereits der Beginn der Therapie sein. Man sollte den Patienten mit warmen Händen untersuchen und mit einem mitfühlenden Herzen. Wer als Behandler erkrankt war wie ich, der weiß, daß die grundsätzliche Unterscheidung zwischen Behandler und Patient sehr relativ und sehr fragwürdig ist. Wir alle sind »Schon-Patienten« oder »Nach-Patienten«, auf Fortsetzung Seite 15

DIE EISERNE REGEL DES KREBS

Fortsetzung von Seite 13

jeden Fall sind wir »Mit-Patienten«. Im Grunde sitzen wir alle im gleichen Boot. Arroganz ist einfach lächerlich! Und das, was für die Therapie für jeden Behandler gelten sollte, einfach und schlicht, daß er seine Patienten genauso therapiert, wie er seine eigenen Eltern, Frau oder Kinder auch therapieren würde, so sollte es genauso mit der Diagnostik sein! Die einfachen Dinge könnten eigentlich so nahe liegen. Was für den Behandler gut ist, ist auch für die Patienten gut bzw. was für den Behandler nicht gut ist, ist auch für die Patienten nicht gut!

Wir kommen nun zu der speziellen Diagnostik nach der EISERNEN REGEL DES KREBS (ERK)

c) Die ERK-Diagnostik enthält

1. die **Diagnose des Konflikt-Inhaltes** Die Diagnose des Konfliktinhaltes läßt sich ableiten aus der Lokalisation des Krebs und dem histologischen Typus des Krebs.

Beispiel:

Hat eine Patientin einen Gebärmutterhals-Krebs, dann weiß ich nach meinem System ganz genau, die muß einen sexuellen Konflikt haben. Und wenn der Krebs aktiv ist, also weiterwachsend, dann muß auch der Konflikt noch aktiv sein; und wenn das im Stadium II – also während es zu bluten beginnt – entdeckt wurde, dann

weiß ich ganz genau – nach meinem System – es ist muß vor zwölf Monaten gewesen sein.

So gibt es für jeden Krebs eine genaue Systematik, mit einem gewissen Unsicherheitsbereich selbstverständlich, – die eine Frau hat beim Brustkrebs eine sehr voluminöse Brust, da findet man den Knoten etwas später (sie selbst findet ihn etwas später), die andere hat eine kleine Brust, sehr weiche Brust, da findet man den Knoten schon etwas früher. Mit diesen Unsicherheiten müssen wir leben.

2. die Anamnestische Bestimmung des Zeitpunktes des DIRK-HAMER-SYNDROMS,

also der Zeitpunkt des akuten Konfliktlebens:

Aus der Lokalisation des Krebs und dem histologischen Typus konnten wir den Konflikt-Inhalt errechnen. (Also wir wissen, die Frau, wenn sie einen Gebärmutterhals-Krebs hat, muß einen sexuellen Konflikt-Inhalt haben). So können wir bei jedem Krebs den Konflikt-Inhalt genau festlegen. Zu jedem solchen Konflikt-Inhalt und Krebslokalisationstyp gehört – entsprechend der Tabelle (siehe Seite 61) – eine bestimmte Manifestationszeit. Darunter verstehen wir die Zeitdauer, die der Konflikt andauern muß, damit der Patient den Krebs subjektiv bemerken

kann. Dieser Zeitpunkt ist nicht gleichbedeutend mit der diagnostischen »Feststellbarkeit«, die theoretisch mit dem akuten Zeitpunkt des Konfliktlebens gegeben wäre; praktisch aber erst dann, wenn man ein Krebsgeschehen auf dem Röntgenbild, die Computer-Tomogramm oder im Szintigramm erkennen kann, lange bevor es subjektive klinisch faßbare Symptome macht. In der Mitte dazwischen liegen meist diskrete Anzeichen wie Gewichtsverlust, psychische Alteration in Form von Verstimmung, Strebtonus – der fast immer obligat ist –, Schlaflosigkeit, allgemeine Unlust usw. Diese Symptome nimmt der Patient meist aber nicht so ganz ernst, noch weniger der Behandler. Anzeichen dagegen wie hartnäckiger Husten – wie beim Bronchial-Karzinom, Brechreiz – beim Magen-Karzinom, Blut im Stuhl – beim Darm-Karzinom oder dergleichen dagegen beunruhigen Patient und Behandler sofort und sind dem Patienten später deutlich als erste festgestellte subjektive Beschwerden oder Symptome einnehmlich. Da man sich an irgendeinem festen Punkt orientieren muß (beim Brustkrebs habe ich gesagt: 7 mm großer Knoten, das ist der Punkt, wann die Patientin ihn bemerkt), da man sich also an einem festen Punkt orientieren muß, wählen wir stets diesen Punkt – sofern nicht mehr oder weniger zufällig eine diagnostische Ent-



HP-JOURNAL: Herr Dr. Hamer, Ihre EISERNE REGEL DES KREBS scheint für Ihre schulmedizinischen Kollegen so gefährlich zu sein, daß Sie die seit Jahrzehnten wohl größte Unruhe unter Ihren Kollegen ausgelöst hat, zumindest zunächst unter denen, die sich mit Krebs in irgendeiner Weise befassen. Wird die EISERNE REGEL DES KREBS wirklich unser gesamtes medizinisches Weltbild umstürzen?

Hamer: Mit Sicherheit, und nicht nur das. Es wird zunächst eine medizinische, danach eine geistig-weltanschauliche, schließlich eine gesellschaftliche, familiäre, wirtschaftliche, eine totale Revolution werden.

Die wenigen Klugen unter meinen Kollegen wissen oder ahnen bereits, daß unser gesamtes medizinisches Weltbild ins Rutschen gekommen ist. Das Gros der Schulmedizin unter Führung von Schaal, Krawkowski und Linder versucht noch, mich mit allen Mitteln des Hinterhalts und in Zusammenarbeit mit den Ärzten und Agenten der europäischen Hochscholendiktanda daran zu hindern, überhaupt zu Wort zu kommen.

Herr Götte, das sind miese Mafiapraktiken, mit denen ich jetzt schon seit fünf Jahren leben muß, die gleiche Handschrift wie der Mordanschlag auf mich in Stockholm, kurz vor der Sendung III nach neun.

Die Wahrheit wird es trotzdem nicht brennen können und die Moral des Hamer nicht erschüttern. Die Kollegen und ihre Helfershelfer, die da am Werk sind, haben sich, pora porta, auf Lebenszeit disqualifiziert, denn statt mir in offener Feindschaft Argumente entgegenzubringen, schaffen sie feige aus dem Hinterhalt und lassen lieber Patienten sterben, um möglichst lange an ihren Früchten zu kleben! Mich ekelt das! Die Medizin ist zu schade für solche Mediziner!

Das Weltbild der Medizin jedenfalls wird eine totale Wendung machen: weg von den histologischen Betrachtungen der peripheren Zellen und Labordaten, also weg von der mehr statischen Betrachtungsweise in der Medizin, hin zu der physiologisch-psychisch-klinischen – allerdings auch diagnostisch-operativen – Betrachtung der Vorgänge in der Seele des Patienten und in seinem Gehirn: dort finden die entscheidenden Schlüssel statt, das hatte unsere Medizin bisher völlig übersehen! Wir werden als eine dynamische funktional-klinische Psycho-Enzephalologie betrieben müssen. Und diese muß unter Einbeziehung des gesamten gesellschaftlichen Umfeldes integrativ komplex, also umfassend, sein! Nach meiner Meinung die gewaltigste Zäsur, nicht nur der Medizingeschichte, seit über 100 Jahren, sondern auch unserer Gesellschaftsstruktur!

HP-JOURNAL: Wie konnte es passieren, daß man die Zusammenhänge bisher so gründlich übersehen hat, während sie nach Ihrem System der EISERNE REGEL DES KREBS so einleuchtend und so klar und offensichtlich sind? Hätte man nicht – da es sich doch

„... miese Mafiapraktiken ...“

Dr. med. Ryke Geerd Hamer sprach mit HP-JOURNAL-Chefredakteur Harry Götte über die EISERNE REGEL DES KREBS, Hamers Gegner und deren Methoden im Kampf gegen den medizinischen Terroristen Hamer. HP-JOURNAL fragte Hamer nach seiner Meinung über die Medizin der Zukunft und nach neuen Ergebnissen.

um ein Gesetz zu handeln scheint, das keine Ausnahme hat – schon anhand von zwei oder drei genau untersuchten Fällen Ihr System auffinden können.

Hamer: Ja, gewiß wäre das theoretisch möglich gewesen. Das ist überhaupt mit jeder Entdeckung so: wenn man es erst einmal weiß, das System, ist es relativ leicht nachzuvollziehen. Das schlimmste, was in solchem Fall dagegensteht, ist das Dogma!

Das Dogma aber hat viele Väter: ernsthaft werde ich wirklich dauernd mit dem »Argument konfrontiert, es müßten dann ja alle Krebs Spezialisten über Jahrzehnte hin ideellen gewesen sein, alle Krebspatienten hätten dann ja nichts als Unsin gemacht, was da allein versicherungsgerecht auf uns zukomme, sei ja gar nicht auszudenken usw. Nun, es stimmt, daß die Beantwortung dieser Einwände durch den Verlauf der Sache sehr penibel ausfallen wird, sogar für die Zeit vom Oktober 81 bis jetzt mit einem furchtbaren Waterloo für die gesamte Medizin enden wird, nur sind das natürlich keine »Argumente«, eher bereits halbe Eingeständnisse. Die Halbgabiker, denen man ja das »Monopol der Krebsbehandlung« genommen hatte, sind da viel besser dran.

HP-JOURNAL: Herr Dr. Hamer, wird nun die Medizin der Zukunft nach Ihrer Meinung in »Seelenbehandlung« bestehen?

Hamer: Wenn Sie damit gemeint haben, daß die Medizin weniger wissenschaftlich im bisherigen Sinne sein werde, das glaube ich nicht. Nur die Akzente müssen neu gesetzt werden. Die bisherigen Vorbilder unserer Ärzte, die rickelbebrüllten, hochtrangen, rein intellektuellen psychotheoretischen Fockeloten-Professoren, die menschlich vollständige Nietens sind, oder irgendein Spezialgebiet auswendig können, dazu zwei linke Hände mit spitzen kalten Fingern haben, vor denen sich der Patient fürchtet, diese Sorte sogenannter »Wissenschaftler« müssen wir in Zukunft in irgendwelche Labors einsperren, wo sie menschlich keinen Umgang anrichten können. Aber an unsere Patienten dürfen wir nur Behandlern mit warmen Händen und mit einem mitfühlenden Herzen dransetzen, bei denen der Patient das Gefühl hat, an den richtigen Händen zu sein. Warmherzige Menschen sind ja nicht unbedingt dünner als die arroganten Psychiateriker, sie brauchen deshalb auch nicht unwissenschaftlicher zu sein.

HP-JOURNAL: Herr Dr. Hamer, in allen Zeitungen, Zeitschriften und wird das Thema EISERNE REGEL DES KREBS sauber ausgespart, totgeschwiegen, Ihnen die öffentliche Darstellung Ihres Systems entzogen – wird man nicht müde und verzweifelt, wenn man immer gegen Betonwände rennen muß, wenn man keine Freunde, sondern nur Feinde hat, wenn man statt Argumenten nur Grabenkrieg angeboten bekommt? Kann man Sie zermürben? Machen Sie weiter!

Hamer: Einen Friesen wirft der Sturm nicht um, sagt man, und einem Italiener kann man das Herz nicht unterkühlen. Nein, meine Moral ist ungebrochen. Es ist das Vermächtnis meines toten DINK, das ich weiterzugeben habe. Ohne ihn hätte ich niemals diese Zusammenhänge des Krebs entdecken können. Meine feigen Feinde, die mich nur hinterlistig angreifen können und mich zu demoralisieren versuchen, die verachte ich.

HP-JOURNAL: Haben Sie inzwischen schon wieder neue Ergebnisse aus Ihrer Werkstatt?

Hamer: Sie meinen, ob ich aus meiner »Werkstatt«, die über ganz Deutschland verstreut ist, neue Erkenntnisse über Zusammenhänge des Krebsgeschehens habe?

HP-JOURNAL: Ja, genau das.

Hamer: Ja, sehr weitreichende sogar. Ich wollte es eigentlich erst auf dem nächsten Kongreß in Travemünde berichten, aber wenn Sie mich konkreter fragen, will ich Ihnen antworten: Im Grunde ist es eine Komplexierung meines Systems der EISERNE REGEL DES KREBS.

① Ich habe inzwischen alle meine Patienten genaustens beobachtet: Nach jeder Conflictolose (Lösung des Konflikts) setzt sich nicht nur eine Carcinolyse (Schrumplung, Einkapselung oder Abstoßung der Krebsgeschwulst) des Carcinoms am peripheren Organ ein, sondern auch eine Reparatoren des Hirnleistungsbruchs im Gehirn, unter gleichzeitiger Hemoglobinbildung, und zwar bei jedem Patienten!

② Das Hirnindek, im Computer-Tomogramm deutlich sichtbar, unterscheidet sich nach Lokalisation, Ausdehnung und Ausmaß im Gehirn sowie durch seinen Verlauf – je nachdem, wie weit fortgeschritten das Karzinom war, wo es in der Peripherie »organlokalisiert« war, welchen histologischen Typus es hatte und evtl. welches Alter oder sonstige körper-spezifischen Besonderheiten der Patient sonst hatte.

③ Der Verlauf scheint bei gleichem Organ-Krebs-Typ vergleichbar zu sein. Zweit- und Dritt-Carcinome unterscheiden sich auch hier nicht von den übrigen Carcinomen, sondern heilen ebenfalls unter Hirn-Begleit-Ödem ab.

④ In schweren Fällen sehen wir Hindruck-Symptome mit Stauungsschwellen, eventuell das klinische Bild eines Hirnschlags mit Hemiparese, Hirninfarkt-Oklusion durch lokalen Druck des Ödems usw.

Diese neuen Erkenntnisse sind allerdings so gewaltig, daß sie mir wieder weiche Kniee gemacht haben.

HP-JOURNAL: Herr Dr. Hamer, Sie schätzen – immer vorausgesetzt, der Konflikt ist aus dem Organ – etwa 95 bis 97 Prozent aller Krebspatienten zusammengekommen heilen zu können. Warum läßt man Sie nicht an einem Krankenhaus arbeiten, wo Sie diesen Menschen helfen könnten. Es ist doch unvorstellbar, diese Möglichkeiten und Ihre Erfahrungen den Krebspatienten vorzuenthalten, sie statt dessen sterben zu lassen!

Hamer: Es ist nicht nur unvorstellbar, es ist skrupellos und verbrecherisch, die Patienten sterben zu lassen, statt ihnen zu helfen! Zudem hätte ich angeboten, nur aufgabene Patienten zu behandeln und alle Professoren und sonstigen Schulmediziner in die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen Einblick nehmen zu lassen. Ich hoffe ja für meine Patienten immer noch, daß ich in Kürze wenigstens eine Station von den hundertsten leerenstehender Stationen bekomme. Aber im Grunde möchte ich nicht so gerne in diesem erbarmungslosen Lande arbeiten, wo alles ärztliche Tun einzig nur nach Geld und Profit ausgerichtet ist, wie ein Chefarzt oder Professor erst ab DM 50.000 monatlich motivierbar ist, einfach ekelhaft! Und darüber müssen meine Patienten sterben, zum Verzeihen!

HP-JOURNAL: Herr Dr. Hamer, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.

deckung vor Beginn von Beschwerden einen Krankheitsbefund erbracht hat – um die sogenannte Manifestationszeit zurückzurechnen zu können. Bei dem Knoten in der Brust zum Beispiel wählen wir den Zeitpunkt, an dem die Frauen gewöhnlich ihren Knoten entdecken, nämlich wenn er etwa 7 mm groß ist. Bemerkt die Patientin den Knoten – zum Beispiel weil die Brust sehr voluminös ist – erst bei einer Größe von ca. 2 cm, so muß man diese Zeit des Größenwachstums von 7 mm bis 2 cm – also etwa sechs bis acht Wochen – zur Manifestationszeit hinzurechnen bzw. entsprechend zurückrechnen.

Ganz wichtig – und eine häufige Fehlermöglichkeit – ist die Frage, ob der Prozeß progredient war bzw. ist oder nicht. Handelt es sich nur um eine zufällige Entdeckung ohne Beschwerden, dann heißt es aufgepaßt: Es ist möglich, daß es sich hier um einen alten oder sogar uralten abgelauteten und schon früher längst zur Ruhe gekommenen Prozeß handelt, den man möglichst dann in Frieden läßt. (Hockethal würde sagen: Hautierkrebs – ich würde sagen: Hautierkrebs gibt es nicht, sondern es gibt eingeschlafene Raubtierkrebs – alle sind sie Raubtierkrebs; die sind dann die eingeschlafenen Raubtierkrebs. Aber auch in diesem Fall muß natürlich der früher einmal abgelautete Prozeß exakt nach den Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufen sein; d. h., wir müssen verlangen, daß der Prozeß stets – mit Ausnahme zum Beispiel der sehr voluminösen Brust – hinsichtlich der Konfliktdauer – die Manifestationszeit, die für den entsprechenden Lokalisations- und Histologie-Typus zutreffend ist – unterschritten hatte, dadurch also zu einem eingeschlafenen Karzinom wurde, bevor der Patient ihn bemerkt hat und gewöhnlich bemerkt hätte. Auf diese Weise hat der Patient ihn dann nie bemerkt. (Wenn ein Konflikt vorher aufhört, bevor die Manifestationszeit erfüllt ist, dann merkt er den Krebs gar nicht, hat ihn aber doch – aber eingekapselt; Hockethal würde sagen: Hautier).

Ausnahme: Schmerzen im lokalen Bereich der Krebserkrankung, die nach meiner Beobachtung sehr häufig oder fast immer auftreten, wenn der Krebs geht, also der Konflikt beendet ist, und die häufig erst zur

Diagnose des Krebs führen mit den uns allen bekannten, für den Patienten so furchtbaren Folgen: Jetzt erst wird der Patient wirklich krank (Weil man ihm gesagt hat: Krebs), obwohl er eigentlich schon in der Gesundungsphase ist. Man entdeckt nun dieses »Hautier« – ich würde sagen: diesen »eingeschlafenen Raubtier-Krebs«, und an den Schmerzen, weil er geht – im Grunde ist er schon weg, im Grunde sollte man ihn vergessen – aber nun wird er entdeckt; der Behandler sagt: »Du hast Krebs!« und nun beginnt für den Patienten eine furchtbare Sache, er wird verunsichert, er gerät in Todesangst, alle möglichen Ängste, und nun kommen die zweiten und dritten Karzinome, und daran stirbt er dann. An dem ersten Karzinom wäre er nie gestorben. Jetzt erst wird der Patient wirklich krank und erkrankt zum Beispiel am Konflikt der Todesangst – mit Lungenrundherden oder dem Konflikt des völligen Selbstwerteinbruchs – mit Knochenherden. Das sind nicht etwa Metastasen oder sogenannte »Fernmetastasen«, sondern das sind neue allerschwerste Konfliktergebnisse, die in das Mark der menschlichen Existenz treffen und den Patienten buchstäblich am Boden zerstören. Ich habe in den letzten sechs Monaten etwa 50 von den Schulmedizinern bereits völlig »aufgegebene Fälle« allein dadurch »geheilt«, daß ich sie sorgfältig diagnostiziert habe aufgrund des Systems der EISERNEN REGEL DES KREBS hin, und festgestellt hatte, daß es sich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nur um einen alten, längst abgeschlossenen und völlig ungefährlichen Prozeß eines »eingeschlafenen und friedlich weiterschlafenden Karzinoms« handeln mußte. Entsprechend habe ich den Patienten jeweils geraten, nichts zu machen als auf meine Verantwortung friedlich und glücklich zu leben wie bisher. Außerdem habe ich ihnen dringend geraten, für die nächsten drei Jahre um jeden Behandler einen großen Bogen zu machen. Unter diesen Fällen war nicht ein einziger Versager!

3. Manifestationsdauer (aus ERK ableitbar)

Die EISERNE REGEL DES KREBS ermöglicht uns jetzt, ganz genau die Manifestationszeit zu bestimmen, wie umgekehrt die Kenntnis der üblichen Manifestationszeit

uns ermöglicht, den Zeitpunkt des DIRK-HAMER-SYNDROMS zu finden.

Beispiel:

Ein Patient hat ein histologisch gesichertes Plattenepithel-Karzinom (Bronchial-Ca). Die ersten Beschwerden in Form von Husten bekam er im März '83. Nun kann ich rechnen:

Plattenepithel-Bronchial-Karzinome haben eine Manifestationszeit von 18 Monaten. Muß das DIRK-HAMER-SYNDROM also im September '81 sich ereignet haben. Entsprechend dem zweiten Kriterium der ERK weiß ich, daß der Konfliktinhalt ein allgemein menschliches Konflikt-Erlebnis gewesen sein muß. Und entsprechend dem dritten Kriterium der ERK weiß ich auch, daß der Konflikt die gesamten 18 Monate aktiv gewesen sein muß, wenn der Befund nicht zufällig (zum Beispiel bei einer Reihenuntersuchung), sondern aufgrund von Beschwerden – sogar zunehmender Beschwerden – erhoben wurde.

Folglich:

Der Patient muß im September '81 (etwa plus/minus drei Wochen) sein schlimmstes, allgemein menschliches Konflikt-Erlebnis gehabt haben, und der sich daraus entwickelte Konflikt muß 18 Monate angedauert haben! Das heißt, der Patient hat über diesen Konflikt 18 Monate praktisch Tag und Nacht nachgegrübelt und ihn nicht verarbeiten können. Er war 18 Monate im Streßtonus. Wir sagen: Der Konflikt ist aktiv, die Krebserkrankung progredient.

Frage an den Patienten:

»Was beschäftigt Sie seit 18 Monaten Tag und Nacht in Ihrer Seele, worüber Sie nicht sprechen können und was Ihnen wie ein Mühlstein auf der Seele liegt und was höchst dramatisch angefangen hat, wo Sie damals isoliert waren?«

Antwort des Patienten. – Immer – :

»Herr Doktor, da gibt es nur eins. Und dies eine quält mich Tag und Nacht!«

4. Die Zweit- und Dritt-Karzinome

Diejenigen unter Ihnen, die nur etwas über Therapie von Krebs hören wollten, muß ich jetzt vielleicht etwas enttäuschen: Diagnostik und Therapie hängen so unlösbar zusammen wie Somatik und Psyche oder wie somatische Therapie und psychische

Fortsetzung Seite 57

Fortsetzung von Seite 16

Therapie. Deshalb meine ich auch, daß die Therapie des Krebs, insbesondere die praktische psychosomatische und psychosoziale Therapie, keineswegs von irgendwelchen stümperhaften Amateuren oder Bastlern betrieben werden sollte. Dazu sind Versäumnisse im Verlauf der Therapie viel zu gefährlich. Das können meine etwa 20 heute hier im Saal befindlichen Patienten wohl voll bestätigen.

Und mit zum Allerwichtigsten gehören die Zweit- und Dritt-Karzinome, für jeden Schulmediziner der größte Schrecken und das gleichzeitige »Amen« der Prognose, die sogenannte »Fernmetastase«, die es nach meinem System nicht in der Bedeutung gibt, sondern nur als neue, eigenständige Karzinome!

Meist werden diese Karzinome ausgelöst durch die Mitteilung an den Patienten, daß er an Krebs erkrankt ist.

Bei mir spielte sich das so ab: Der Professor streckte morgens um 7 Uhr den Kopf zur Tür herein und sagte: »Herr Hamer, Krebs, Sie wissen ja Bescheid!« Klapp, war die Tür wieder zu. Der Patient liegt nach diesem Keulenschlag wie eine gefüllte Eiche.

Die Zweit- und Dritt-Karzinome verlaufen exakt nach der EISERNEN REGEL DES KREBS und unterscheiden sich in gar nichts von anderen Karzinomen außer der Tatsache, daß häufig der Keulenschlag – die Diagnoseeröffnung – das DIRK-HAMER-SYNDROM darstellt. Die häufigsten Zweit-Karzinome sind: Lungenrundherde – bei Todesangst-Konflikt, Knochenherde – bei Konflikt des Selbstwert-einbruchs.

Übrigens hat mir der Pathologe Seifert in Hamburg bestätigt, daß alle Rundherde immer stets ein Adeno-Karzinom sind, und daß diese Rundherde – nicht nur die sog.-Fernmetastasen – (nach meiner Definition also neue Karzinome, die durch die Diagnoseeröffnung Krebs entstanden), sich nicht histologisch unterscheiden von den Karzinomen, die »primäre« entstanden sind, wenn der Patient aus einem anderen Grunde Todesangst über sieben Monate gehabt hat. Das sind exakt die gleichen – histologisch die gleichen – Karzinome.

5. Der Konflikt-Verlauf

Nach dem dritten Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS ist der Konfliktverlauf genau entsprechend oder parallel verlaufend dem Krebskrankungsverlauf. Da ich mindestens eins von beiden eruieren kann – oftmals alle beide Seiten sogar – so kann ich jeweils rückschließen und legitime Konsequenzen daraus ziehen. Also weiß ich zum Beispiel, daß der Konflikt sicher ausgeräumt ist, dann brauchen mich die Krebszellen in der Peripherie nicht mehr zu beunruhigen, es sei denn, sie verursachen mechanische oder psychische Probleme, also zum Beispiel Ileus – beim mechanischen Darmverschluss, oder etwa bei einer Frau, die nun dauernd ihren Knoten in der Brust befühlt und eine starke Karzinophobie entwickelt. Oder ich sehe auf dem Röntgenbild, daß die Lungenrundherde kleiner werden (also eine röntgenologische Regression), dann kann ich daraus schließen, daß der Patient offenbar keine Todesangst mehr hat.

6. Die Cerebrale Lokalisation der Krebserkrankung

Hier kann ich nur aus meiner »Werkstatt« berichten. Aber trotzdem von dieser Stelle

aus die vielleicht größte Sensation der Medizingeschichte der letzten Jahre oder Jahrzehnte mitteilen: es kann seit kurzem als erwiesen angesehen werden (wie mir viele Professoren zugegeben haben), daß der Krebs wirklich eine Erkrankung – also ein Programmierungsfehler des Gehirns – bei Mensch und Tier – ist. (Sonst könnten wir uns diese Erkrankung des Zerebral-Insultes nicht erklären). Der Beweis, das werden Sie gleich sehen, ist so eindeutig und so zwingend, daß vernünftige Wissenschaftler über das »Ob« nicht mehr diskutieren sollten, sondern wir uns gemeinsam mit aller Kraft um die Frage bemühen sollten, welcher elektrophysiologischen Funktion und Dimension dieser Programmierungsfehler ist. Wo, d. h. an welcher oder vermutlich an welchen Stellen gleichzeitig er zu suchen ist und welches anatomische Substrat dort vorliegt. Schließlich in welcher Art und Weise der klinische Verlauf sich abspielt und wie wir ihn therapeutisch günstig beeinflussen oder prophylaktisch verhindern könnten.

Wir sind bereits in die entscheidende Phase der Forschung eingetreten. Und während meine Gegner fortlaufend wählten, sie hätten den Hamer ausgetrocknet, wenn sie ihn mit Erfolg wieder aus einer Klinik hinausmanövriert hätten, hat Hamer fieberhaft weitergeforcht. Heute interessiert mich zwar auch noch der klinische Verlauf der Krebsgeschwulst an den peripheren Organen, aber es ist eben nur Symptom, nicht weniger – aber auch nicht mehr. Die entscheidende Schlacht um das Leben des Patienten findet in seinem Gehirn statt, vorausgesetzt natürlich, wir können letale Komplikatio-

nen – wie Blutungen, Abszesse, Intoxikationen usw. vermeiden.

Ich würde mir wünschen, es könnte mir gelingen, Ihnen nur einen Teil der Faszination zu vermitteln oder gar zu übertragen, die mich erfüllt hat, seit ich den Beweis dafür gefunden habe, daß der Krebs wirklich eine Erkrankung des Gehirns ist. Ich muß sagen: den handfesten Beweis, der selbst noch die allerletzten Zweifel ausräumt. Und diesen Beweis haben teilweise meine verstorbenen Patienten erbracht, von denen jeder einzelne mir wie ein Familienmitglied ans Herz gewachsen war. Ihr Tod ist nicht sinnlos gewesen, sondern wird helfen, daß unendlich viele Menschen in Zukunft am Leben bleiben können.

Drei bis sechs Wochen nach der Ausräumung des Konfliktes (meistens ziemlich genau sechs Wochen danach) haben zwölf Patienten während ansonsten völligen Wohlbefindens – teilweise offenbar provoziert durch fieberhafte grippale Infekte – das Bild eines passagieren zerebralen Insults, in zwei Fällen sogar eines Re-Insults geliefert. Fünf Patienten haben überlebt, sieben sind gestorben.

Den Patienten ging es zu dieser Zeit bereits wieder klinisch sehr gut, sie hatten zumeist bereits wieder volles oder fast volles Gewicht, waren zum Teil schon wieder am Arbeiten – und plötzlich das, Relativ junge Menschen bekamen einen apoplektiformen insultartigen zerebralen Anfall mit Verwirrtheit bis zur Bewußtlosigkeit, passagieren Lähmungen, tonischen und klonischen Krämpfen. Jeder dieser apoplektiformen zerebralen Insulte war vom anderen etwas verschieden. (Hatten wir auch erwartet, waren ja alles verschiedene Karzinome). Im Hirnszintigramm sowie im CT konnte bei einem Patienten nichts nachgewiesen werden. Ebenfalls konnte bei diesem Patienten – der dann beim Re-Insult starb – kein auffälliger Befund erhoben werden. Auch fanden sich bei keinem Patienten Hirndrucksymptome, die eventuell das Vorhandensein eines Hirntumors nahegelegt haben könnten. Hirnblutungen schieden ebenfalls aus. Es handelte sich meistens um junge Patienten, 40 bis 50. Hatten die Patienten überlebt, und war eine längere Zeit von drei bis vier Wochen vergangen, dann waren sie anscheinend und bisher endgültig über den Berg. Sie behielten

auch keinerlei auffällige Restschäden zurück (deshalb sprach ich von passagieren Insulten, obwohl diese Insulte bei den verstorbenen Patienten natürlich terminal definitiv waren). Ich möchte diese Zustände einfach als »zerebrale Komplikationen nach weit fortgeschrittenem zerebralem Krebs« bezeichnen. Provokierend wirken offenbar alle zerebratropen Noxen und Intoxikationen, wie grippale Infekte mit hohem Fieber, Alkohol-Intoxikation oder medikamentöse Intoxikation; überhaupt Drogen aller Art. In Zukunft werde ich darüber wachen, daß meine Patienten solchen provozierenden Noxen während des Stadiums der Genesung möglichst nicht ausgesetzt sind. Sie können offensichtlich limitierend sein, obgleich der Patient sonst die allerbesten Chancen hätte, endgültig gesund zu bleiben. Wir sollten in Zukunft alle gemeinsam daran arbeiten, auf diesem Gebiet Erfahrungen zusammenzutragen und danach zu suchen, diese Gefahren therapeutisch anzugehen, vielleicht sogar schon prophylaktisch zu verhindern, zum Beispiel mit Lecithin, Vitamin-B-Komplex usw.

7. Konflikt-Einordnung unter besonderer Berücksichtigung des körperlichen Allgemeinzustandes, des individuellen Charakters sowie des besonderen sozialen Umfeldes des Patienten

Hat man bei einem Patienten die Diagnostik einschließlich der Diagnostik nach der EISERNEN REGEL DES KREBS soweit abgeschlossen, daß man als Arzt oder Heilpraktiker glaubt zu wissen, wie das Konfliktgeschehen abgelaufen ist, dann bleibt noch die Einordnung dieses Konfliktes in das soziale Umfeld des Patienten. Dies ist von großer Wichtigkeit, denn davon hängt ab, ob es später zu echten Konflikt-Rezidiven kommt. Eine Ehefrau oder Schwiegermutter, von der man weiß, daß sie sich mit dem Patienten »versöhnt« hat, von der man aber bei gewissenhafter Beforschung ebenfalls wissen müßte, daß sie spätestens eine Woche später einen noch schlimmeren Streit vom Zaun brechen wird, kann oftmals entscheidend sein für den Erfolg oder Mißerfolg bei der Therapie des Patienten. Wir müssen einfach versuchen, uns vollständig in die Haut des Patienten hineinzuversetzen, so schwer das auch oftmals sein mag. Ein Professor sagte

mir: »Das lehne ich ab, mich in die Rolle eines solchen Menschen hineinendenken zu wollen.« »Ja«, sagte ich, »operieren Sie lieber weiter, solange Sie noch können, Sie können die Seele eines Menschen ohnehin niemals begreifen. Das kann man auch nicht lernen. Das kann man entweder oder man wird es niemals lernen.«

Hier fängt die Kunst des praktischen »Therapeuten« an, mit der wir uns im nächsten Abschnitt beschäftigen wollen, nämlich bei der praktischen Therapie.

d) Prognose

Ein Wort vorher noch zur Prognose der Erkrankung. Nur die Dummen wissen alles und können alles. Die wirklich Klugen kennen genau ihre Grenzen. Diese Grenzen zu kennen, dazu gehört, daß man sich darüber im klaren ist, daß manche Konflikte nicht auszuräumen sind; teils bedingt durch den besonderen Charakter des Patienten, teils durch sein soziales Umfeld oder durch Komplikationen. Diese Chancen realistisch abzuschätzen nennen wir: Prognose.

e) Die praktische psycho-somatische-soziale Therapie

a) Die komplexe psycho-somatische (cerebro-)Sozial- und Familien-Therapie

Eigentlich brauchte man nur gesunden Menschenverstand, um sich vorzustellen, was dem Mitmenschen eigentlich fehlen könnte. Die Funktion hat in Italien meistens die Mama der Familie, die bis zum Abend alle Konflikte der Familie wieder in Ordnung bringt; bei uns haben wir ja nun ein völlig dissoziiertes Gesellschaftssystem inzwischen, und da ist das nicht mehr so selbstverständlich.

Jede Intellektualisierung dieser zwischenmenschlichen Kommunikation, wie sie leider von einer gewissen Art Psychologen, die über ungenügende medizinische somatische Kenntnisse verfügen, gehandelt wird, ist meines Erachtens streng abzulehnen. Der Patient darf nicht der Abladeplatz für eigene Frustrationskomplexe sein. Wir müssen ihm mit warmen Händen und mit heißen Herzen begegnen, ihn als gleichberechtigten Partner annehmen. Professorenale Arranganz ist Dummheit und soll nur eigene menschliche Unfähigkeit verbergen.

So schön und befriedigend aber diese Art mit Patienten umzugehen auch ist, sie ent-

hebt uns nicht der Notwendigkeit, den absolut höchstmöglichen diagnostischen Standard anzustreben. Mögen sich die hochdotierten und hochdekorierten, die hochspezialisierten und hochintellektualisierten Hochschulmedi-Zyniker auf ihren Schulmedizin-Dogmen ausruhen und ihrer Kritikfähigkeit Urlaub geben. Uns selbst dürfen wir diese Art von Arroganz, die den Patienten sofort das Leben kostet, niemals zugestehen. Von ihnen, die versuchen, mit gesundem Menschenverstand an ihre Patienten heranzugehen, verlange ich mehr Selbstkritik als von den dogmatischen Schulmedizinern, von denen eines Tages die Patienten den Offenbarungseid ihrer Kritikunfähigkeit verlangen werden. Natürlich, wozu könnte man in dem Hamerschen System der EISERNEN REGEL DES KREBS einen Professor onkologus noch verwenden, der von der menschlichen Seele nur vom Hörensagen weiß, der nur mit Zytostatika und Kobaltbomben umzugehen weiß, nach meiner Meinung norstop nansensel! Aber so leicht das auch auf den ersten Blick scheint, Konflikte unserer Patienten, ich möchte lieber sagen: unserer »Mitpatienten«, wegzuräumen, so schwer ist es oftmals in der Praxis, in manchen Fällen ist es sogar völlig unmöglich, wenn die in den Konflikt mitverwickelten Kontrahenten nicht mitspielen wollen oder können.

Da ist der Arzt oder Heilpraktiker dann gleichzeitig strenger Diagnostiker der somatischen und somatisch-zerebralen Seite, psychologischer Konflikt-Kriminologe und gleichzeitig Therapeut auf somatisch-zerebralem Gebiet sowie gleichzeitig auf seelischem, familiärem und gesellschaftlich-sozialem Gebiet.

Der Patient ist nicht mehr länger auf dem Rücken liegendes hilfloses Objekt, der wie ein Hund seinen Hals zum Biß anbietet zum Zeichen der Unterwerfung, vom Arzt, vom Herrn über Leben und Tod, »behandelt« wird, aus dem »Dulder« oder Leidenden, was ja das Wort Patient heißt, wird in meinem System der EISERNEN REGEL DES KREBS der Handelnde, der Mithandelnde, der, unterstützt von dem fachlich möglichst qualifizierten Arzt, seine Entscheidungen über seinen eigenen Körper und seine eigene Seele als sein eigener Souverän trifft, eben souverän trifft. Ich persönlich möchte einem sogenannten

Patienten nie mehr anders begegnen als so, seit ich an meinen Patienten, die an Krebs erkrankt waren es erlebt habe, seit ich gesehen habe, wie beglückend so etwas für Patient und Behandler bzw. Mitpatient ist.

Meine Patienten müssen als erstes einmal das System der EISERNEN REGEL DES KREBS verstehen lernen. Gleich, ob sie das durch das Anschauen einer Video-Kassette erreichen oder durch Lesen oder im Gespräch mit Mitpatienten oder eben auch mit mir.

zunimmt, das Verdauungssystem arbeitet wieder normal oder fast normal, sogar fast normal, wenn das Verdauungssystem selbst vom Krebs betroffen war. Die Patienten wissen genau, daß sie nun auf ihre äußeren Symptome, nämlich die Krebsgeschwulst, nicht mehr zu achten brauchen. Es ist jetzt unerheblich, wie weit die Krebsgeschwulst nun realität zurückgeht, sichtbar, fühlbar, röntgenologisch und dergleichen. In der Mundschleimhaut zum Beispiel stößt es sich völlig ab und heilt mit restitutio ad integrum. Dagegen heilt es in der Lunge oder in der weiblichen Brust meist in Form einer narbigen Schrumpfung mit bindegewebiger Verkapselung ab.

Bei diesem Vorgang entstehen sehr häufig oder fast immer Schmerzen. Für den unwissenden Behandler früher stets ein Grund, den Patienten unter Morphinum zu legen, ihn »schmerzfrei« zu spritzen. Für meine Patienten sind diese Schmerzen relativ leicht zu ertragen. Sind sie doch für ihn sichere Beweise, daß sich die Krebsgeschwulst zurückbildet. Kaum einer braucht noch Morphinum. Man weiß, irgendwann nach drei bis sechs Wochen hören die Schmerzen auf, wenn die Narbenbildung – gleichsam die Operation – die die Natur an sich selbst vornimmt, abgeschlossen ist.

Alle Patienten sind rasch Spezialisten dieser Krebskrankheit: Jeder kann den anderen, der die gleiche Krankheit hat, als er sie selbst gehabt hat, hinsichtlich des Konfliktes, der Konfliktlösung, im menschlichen Gedankenaustausch und auch medizinisch beraten. Alle sind wie eine große Familie. Jeder hilft dem anderen, wo es geht. So war es bei uns in Krozingen, bis uns alle die Behörden und die Mafia aus der Klinik vertrieben haben, unter Protest aller Patienten!

c) Die adjuvante mechanische Behandlung

Ein Behandler, der ein Mittel weiß, was heilen kann und es nicht einsetzt, gehört verpörrigt oder die Approbation entzogen! Da darf es keine Drogen geben. Denn bei der eigenen Familie würde er sie ja sicher einsetzen. So ist es mit den chirurgischen Hilfen, die wir Haben und die wir auch in Anspruch nehmen, wenn sie notwendig sind: zum Beispiel bei einer Tumorverlegung des Darms – also bei drohendem

b) Umschaltmechanismus: Vom Sympathicotonus in den Vagotonus

Patienten und Behandler (= Mitpatient) sehen dann sofort, nachdem die Lösung des speziellen, für die Erkrankung verantwortlichen Konfliktes stattgefunden hat, mit großer Freude folgendes (Jetzt kommt, wie sich das nun abspielt): Sofort nach der Lösung des Konfliktes, bei dem der Konflikt wie ein Baß von dem Patienten abfällt, kommt der Patient aus dem Streßtonus heraus, aus dem Sympathicotonus in den Ruhe- oder Vagotonus: Er wird ruhig, gelassen, hat keine Angst mehr, hat großen Appetit, so groß, daß er täglich ein bis zwei Pfund an Gewicht

lleus – ist es nicht zu verantworten, einen chirurgischen Eingriff zu versäumen. Oder wenn eine Patientin einen Knoten in der Brust hat, der sie psychisch nicht zur Ruhe kommen läßt, dann soll man ihn in Gottes Namen herausnehmen; dabei natürlich den Eingriff so gering wie möglich halten. Notwendig von der Krankheit her sind die chirurgischen Eingriffe meist nicht mehr. (Bis auf die schweren Komplikationen, die sonst zum Tode führen würden). Wer operiert Windpocken weg, wenn er weiß, daß die auch von alleine verschwinden werden, wenn man ein paar Tage wartet. Wenn sich erst das System der EISERNEN REGEL DES KREBS durchgesetzt hat, dann können wir vielleicht demnächst sieben von zehn Operationssälen schließen, wo derzeit »Windpocken« exzidiert werden. Dann wird man auch wissen, welchen Unsinn man im Grunde zur Zeit landauf, landab in unseren Krankenhäusern macht. Über die Vergiftungsbehandlung (sogenannte euphemistische »Chemo-Therapie«) und die Kobalt-Bestrahlungsverstümmelung möchte ich nicht viele Worte verlieren: der Schwachsinn in Potenz, des Kaisers neue Kleider, die gar nicht vorhanden sind. Lügen in die eigene Tasche, weitgehend aus Profitgier, über angeblich nachgewiesene Tatsachen, die nie jemand beobachtet hat. Im Gegenteil, die eigentlich von ehrlichen Forschern immer nur widerlegt sind. Und die deshalb auch kein Arzt selbst an sich durchführen läßt oder an Mitgliedern seiner Familie. Es wird nicht mehr lange dauern, bis wir alle wissen, welchen Unsinn mit welch verheerenden Folgen für unsere Patienten wir zur Zeit kritikloserweise betreiben. Aber wie schon gesagt: dann werden gerade die intellektuellen Hochschulmediziner die ersten sein, die mir den Ruhm nicht gönnen werden und ihren eigenen Offenbarungseid vermeiden wollen, die dann lautstark verkünden werden, es ja immer schon gewußt zu haben und schon seit 20 Jahren ihre Patienten »im Grunde« genau nach dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS behandelt zu haben. Jetzt schreien die gleichen Leute alle, der Hamer sei verrückt, ja, sie verhindern, daß er überhaupt zu Wort kommen darf. Sollen sie mich immerhin bekämpfen, ich bin es gewohnt. Aber sollen sie doch die Patienten nicht länger sterben lassen! Das ist meine einzige flehentliche Bitte, die

TABELLE ZUR EISERNEN REGEL DES KREBS

Krebs-Lokalisation	Konflikt-Inhalt	Zeit bis zu den ersten für den Patienten klinisch sichtbaren Symptomen
1. Brust-Krebs	allgemeine menschliche Konflikte bei Frauen	zwei bis drei Monate
2. Brustfell-Krebs	allgemeine menschl. Konflikte	zwei bis vier Monate
3. Bronchial-Krebs Plattenepithel-Carzinom	allgemeine menschl. Konflikte bei Männern	18 bis 19 Monate
4. Bronchial-Krebs (kleinz. peribronch. Carz.)	allgemeine menschl. Konflikte (überwiegend Männer)	fünf bis vierzehn Monate je nach Lokalisation
5. Lungen-Rundherd-Krebs	Todesangst-Konflikt	sieben Monate (im Rö.-Bild sechs Wochen)
6. Gebärmutterhals-Krebs	sexueller Konflikt	zwölf Monate
7. Gebärmutterkörper-Krebs	genitaler-analer Konflikt	fünf bis sieben Monate
8. Eierstock-Krebs	genitaler-analer Konflikt	fünf bis acht Monate
9. Magen-Krebs	»unverdaulicher Ärger, der im Magen liegt«	fünf bis acht Monate
10. Leber- und Bauchspeicheldrüsen-Krebs	unguter, unverdaulicher Ärger, oft mit Angehörigen	sechs Monate
11. Speiseröhren-Krebs	Schluck-Konflikt: »Es bleibt etwas im Halse stecken«	fünf bis sieben Monate
12. Mundschleimhaut-Krebs	oraler Konflikt	drei bis zwölf Monate (je nach Lokalisation)
13. Dickdarm-Krebs	häßl., unverdaul. Konflikt	sechs bis neun Monate
14. Enddarm-Krebs	ekdiger analer Konflikt	vier bis sieben Monate
15. Blasen-Krebs	häßlicher paraanaler Konflikt	zwölf Monate
16. Knochen-Krebs	Einbruch d. Selbstwertgefühls	sechs bis zwölf Monate (im Sämt., zwei bis drei Monate)
17. Hirn-Krebs	Konflikt von neurotischem Zwangdenken	sechs bis neun Monate (im Comp.-Tom. 2 bis 3 Mon.)
18. Haut-Krebs	Konflikt der Verletzung der körperlichen Unversehrtheit	sechs Monate
19. Prostata-Krebs	häßl. genital-analer Konfl.	sechs bis acht Monate
20. axillärer und supraclavicularer Lymphknoten-Krebs	allgemeine menschliche Konflikte wie bei Brust-Krebs	zwei bis vier Monate (bei Mann und Frau)
21. Hoden-Krebs	Verlust-Konflikt Vater-Konflikt	zwei bis vier Monate

Leukämie und Lymphomatosen gehören, weil Viruserkrankungen, nicht in diese Rubrik

Tabelle aus der Video-Kassette:

»Das DIRK-HAMER-SYNDROM und die EISERNE REGEL DES KREBS«

mich Tag und Nacht umtreibt und nicht zur Ruhe kommen läßt.

So wie man früher die schwangeren Frauen zur Ader geschlagen hat, weil angeblich das ganze kranke Blut heraus müsse, bis sie endlich ausgeblutet und tot waren, so macht man es heute mit den Zytostatika, die man angeblich den Patienten spritzen muß, um die bösen Tumorzellen tot zu machen, obgleich man damit in Wirklichkeit die Patienten umbringt.

Sie sehen doch, daß meine Gegner keine anderen Argumente gegen mich haben,

als mich in bewährter Mafia-Manier daran zu hindern, überhaupt zu Worte zu kommen.

d) Allgemeine soziale Therapie durch Mitpatienten

Dieses besonders wichtige Kapitel können wir hier rasch abhandeln, weil ich es oben bereits ausgebreitet habe. Sie können sich nicht vorstellen, was meine armen Patienten ausstehen mußten, als sie wieder zu Hause waren: Von Hausärzten und bösen oder neidischen Nachbarn oder Familienmitgliedern. Deshalb waren die Patienten dankbar, solange sie in selbstgewählter

Quarantäne hospitalisiert waren. Im Milieu mit Gleichbetroffenen. Wo es »normal« war, daß man gesund wurde vom Krebs, und wo alle es als normal empfanden. Kaum waren sie zu Hause, hatten sie einen pausenlosen Nervenkrieg zu führen gegen lauter Leute, die es angeblich nicht glauben wollten. Ja, sogar Professoren, wie Professor Becker in Bonn, verweigerten sich, einer Patientin die am Mundschleimhautkrebs völlig genesen war, obgleich man ihr – bei histologisch nachgewiesenem Plattenepithel-Ca (fünfmarmstückgroßes, 3 mm tiefes Krebsgeschwür) das halbe Gesicht im Bundeswehrkrankenhaus in Hamburg weg-schneiden wollte, die von ihm festgestellte und auch nicht bestreitebare Heilung zu attestieren mit der singemäßigen Begründung: dann müsse er ja seinen Beruf an den Nagel hängen, wenn ich recht habe; denn dann sei ja alles Unsinn gewesen, was man in den letzten Jahrzehnten gemacht habe. Deshalb weigerte er sich, den Befund schriftlich zu geben.

Der geistige Beistand durch die Mitpatienten ist einer der tragenden Säulen und Stützen für den von Zweifeln und Ängsten geplagten Patienten.

e) Allgemein ganzheitliche Behandlung

Es gibt bei der Entstehung des Krebs, also beim DIRK-HAMER-SYNDROM, kein darniederliegendes Immunsystem, keine darniederliegende »Abwehrlage« gegen die parasitären Krebsgeschüste. Außer im terminalen Stadium, wo der Tumorerfall und die Kachexie größere Stoffwechselveränderungen auslösen, Anämie usw., wie sie im Dauer-Sympathicotonus eigentümlich erwartet werden dürfen. Es ist völlig unsinnig, anzunehmen – was noch nie ein Forscher bewiesen hat –, daß der Körper gegen seine eigenen Zellen – und Krebszellen sind körpereigene Zellen – eine Abwehrlage mobilisieren müßte.

Meine Patienten bekamen keine Medikamente gegen Krebs. Es handelte sich nur um terminale Fälle von Krebs, also Krebspatienten im allerletzten »aufgegebenen« Stadium. Sie bekommen jetzt an spezifischen Medikamenten nur cerebrotrope Medikamente (B-Vitamine, Lecithine usw.), um der drohenden Komplikation des apoplektischen Insults vorzubeugen.

Die Patienten wurden zu 80 bis 85 Prozent bei Vollkost gesund. Alle Laboraten regulierten sich mit Hilfe von Mutter Natur



Die Video-Cassette zum Thema

Auf der Video-Cassette zur EISERNEN REGEL DES KREBS erläutert Hamer seine Theorie. Ebenso werden Fälle besprochen, und auch die Patienten kommen zu Wort.

Die Kassette ist zum Preis von DM 98,- in VHS, Betamax und Video 2000 erhältlich.

Bestellungen an die Redaktion HP-JOURNAL.

von alleine. Die Patienten machten alles, was wir uns selbst im Genesungsstadium verschreiben würden: Sie wanderten, radelten, tanzten, führten Gespräche in kleineren und größeren Gruppen, wurden dazu motiviert, ins Bewegungsbad zu gehen, Sport zu treiben, viel zu schlafen und gut zu essen.

Wichtig ist die seelische Betreuung. Sie ist sogar die Hauptsache. Der Patient muß ja lernen, wieder zu leben. Er, der schon mit dem Leben abgeschlossen hatte, muß wieder lernen, weiterzuleben. Vielleicht 20, 30 oder gar 40 Jahre, so als hätte er – was ja auch wirklich der Fall ist – eine ganz normale Krankheit gehabt, an der man zwar, wenn sie nicht oder falsch behandelt wird, sterben kann – wie theoretisch an jeder Grippe –, an der aber keiner zwangsläufig zu sterben braucht, wenn wir mal jetzt von den unvorhergesehenen Komplikationen der terminalen Krebsfälle absehen und von den Fällen, wo der verantwortliche Konflikt nicht aufgelöst werden konnte bzw. gelegentlich der Patient als Souverän über seine Persönlichkeit eine Ausräumung des Konfliktes ablehnte. Die psychische Betreuung durch Mitpatienten und Mitpatient Arzt greift erheblich in das familiäre und gesellschaftliche Umfeld des Patienten ein. Einen Arzt, der vormittags 300 Krebspatienten mit Zytostatika »abgespritzt« hat und dann auf den Tennisplatz fährt, weil ja sonst nichts zu machen ist, den gibt es eben hier nicht. Alle Mitpatienten sind mit Haut und Haaren gefordert, weil alle mitbetroffen sind, sich auch mitverantwortlich fühlen.

Daß solche neuen Lebensformen möglich sind, haben die Patienten in Bad Bevensen und Bad Krozingen eindrücklich bewiesen. Eine solche Lebensform ist außerordentlich beglückend. Ein 80jähriger sagte, diese vier Wochen in Krozingen seien die

schönsten seines ganzen Lebens gewesen. Obgleich er glaube – voll mit panischer Angst –, in eine »Sterbeklinke« zu fahren, fand er sich unversehens in einer vor Glück und Lebensfreude übersprühenden Gemeinschaft einer »Lebensklinik«.

f) Therapie der Zweit- und Dritt-Karzinome

Es gibt nach meinem System eine lokale Ausbreitung eines Karzinoms, entsprechend der Ausbreitung eines Konfliktes. Aber es gibt keine »Fernmetastasen«. Diese Karzinome, die an einer anderen Stelle des Körpers entstehen, sind neue Krebse, bewirkt durch einen neuen schwersten Konflikt, korrekt nach der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufend. Nur wenn es gelingt, auch das Zweit-Karzinom – also zum Beispiel den durch die Diagnoseeröffnung »Krebs« ausgelösten Todesangstkonflikt, der Rundherde in der Lunge macht – oder den durch die Diagnoseeröffnung »Krebs« entstandenen völligen Einbruch des Selbstwertgefühls – oft bei Frauen nach Brustamputation, beim ersten Blick in den Spiegel –, wenn es gelingt, diese aufzulösen, gelingt dem Patienten die Umschaltung vom Sympathicotonus in den Vagotonus, der für die Heilung des Patienten unerläßlich ist.

Für den Todesangstkonflikt bietet sich zum Teil die Suggestions-Hypnose an, die ich häufig durchführe. Immer aber bleibt der Patient »Mithandelnder, Partner, Freund, Mitpatient«.

g) Verhinderung oder Vorbeugung gegen psychische oder körperliche Komplikationen

1. Eine der häufigsten Komplikationen, das liegt auf der Hand, ist das echte Konflikt-Rezidiv, d. h. mit dem gleichen Gegner oder Partner (der Patient kommt ja wieder nach Hause, trifft dort wieder die gleichen Verhältnisse, die vorher

bestanden, und es kommt dann oft zu echten Konflikt-Rezidenen).

2. Eine weitere Komplikation ist die Carcinophobie, die allgemeine Angst und dauernde ängstliche Beobachtung, daß der bereits zurückgegangene Krebs vielleicht doch es sich noch mal anders überlegen und zurückkehren könnte, was ja durch die dauernde Angst vor der sogenannten Fünf-Jahres-Heilung und die Dauer der Vor- und Nachsorge ins geradezu Unermeßliche gesteigert wird. Die sogenannte Fünf-Jahres-Dauer ist blanke Unsinn!

3. Wichtig ist, daß der Patient, der ja bei allen Genesungsfortschritten immer noch ein junges Pflänzchen ist, das behutsam gepflegt werden muß und das noch nicht den rauen Stürmen des harten Ellbogendaseins gewachsen ist, familiär und gesellschaftlich behutsam wieder eingegliedert wird; daß möglichst auch seine Umgebung darüber aufgeklärt wird, daß er wieder ein vollwertiger Mensch ist, nicht anders, als ob er eine Angina gehabt hätte. Deshalb verurteile ich Krebsregister und Krebspässe auf das Allerschärfste, weil sie den Patienten in ein psychisches Ghetto stecken.

4. Am allerwichtigsten ist, daß der Patient selbst den Mechanismus seiner Krankheit ganz und gar verstanden hat. Nur dann kann er ruhig schlafen ohne Angst vor Rezidenen.

h) Medikamentöse Behandlung

Eine spezifische medikamentöse Krebstherapie gibt es meiner Meinung nach nicht. Aber ich mußte nicht 15 Jahre in Universitäts-Kliniken tätig gewesen sein, um nicht alle medikamentösen Möglichkeiten

mit Vergnügen nutzen zu wollen, die dem Patienten in irgendeiner besonderen Komplikations-Situation helfen könnten. Dazu gehören Schmerzmittel (möglichst keine Opiate, die den Darm lahmlegen und zur Kachexie führen), Antibiotika, Herzmittel, Vitamine, kurz alles, was der Behandler im Ernstfall selbst nehmen würde.

Die beste Medizin ist der gute Appetit des Patienten, der ihm gewöhnlich aus der guten Nahrung alles Notwendige selbst besorgt!

Bedingt durch die apoplektischen Insulte versuchen wir neuerdings Vitamin-B-Komplex-Therapie, Lecithine, peroral Brengan-Applikation usw.

Noch ein paar kurze Anmerkungen:

Ich stelle meinen Gegnern immer drei kleine Fragen. Die erste Frage lautet: Warum ist es in Tausenden Versuchen noch nicht gelungen, in einem Gewebe, das vom Hirn getrennt war, Krebs zu erzeugen? Das kann man nicht!

In diesem Sinne muß man auch die Akupunktur mal betrachten, die ja auf dem Wege zwischen Peripherie und Gehirn einsetzt.

Unser gesamtes gesellschaftliches System ist ja mitbetroffen. Sehen Sie, die Konflikte sind ja nicht irgendwo im Raume, sondern sie haben mit den Altersheimen zu tun, mit der totalen Dissoziation unserer Gesellschaft; Single-Probleme, Arbeitslosigkeit usw., und auch da ist der Behandler und auch der Mitpatient gefordert. Wir haben deshalb einen Verein gegründet, der den Patienten helfen soll bei der Bewältigung ihrer Nöte. Auch der Behandler selbst muß eine neue Ethik lernen – vielleicht –

beziehungsweise bekommen, oder eine früher mal dagewesene Ethik wiederbekommen; daß er wirklich Mitpatient wird, Kamerad und Freund, statt der große Herr über Leben und Tod, und der Patient in der Rolle des demütig liegenden, wehrlosen Opfers.

Zum Schluß:

Ein neues revolutionierendes System auf der Basis von 1500 Fällen, wobei jeder Fall von eindeutigem Krebs exakt der EISERNEN REGEL DES KREBS folgt.

Der Krebs ist keine tödliche Krankheit mehr, sondern er ist nur dann tödlich, wenn entweder die Behandler ignorant und zynisch sind, oder der zugrunde liegende Konflikt wirklich nicht auszukurieren war oder eine Komplikation eintritt, die auch im Verlauf der Heilphase durch den reduzierten Allgemeinzustand tödlich verlaufen kann. Es gibt auch im Vagotomus eben Gefahren.

Stoppt der Konflikt, dann stoppt auch der Krebs!

Ein neues Verständnis muß kommen, wo der Patient nicht mehr »Behandelter«, sondern »Mitbehandelter« ist, wo der Behandler den Patienten nicht mehr als Forschungs- oder Behandlungsobjekt, sondern als Freund und Geschwister sieht, wie in einer großen Familie. Der Rollentausch von der Passivität des Patienten, der auch die Behandlung noch als »patients = Duldender« über sich ergehen lassen mußte, muß rasch stattfinden.

Dr. med. Rylke Geerd Hamer, Arzt für Innere Medizin, ROMA-Italia, Via Cassio 1280

Literatur in Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch einschließlich Buch: Das DIRK-HAMER-SYNDROM und DIE EISERNE REGEL DES KREBS (im Druck) und 60-Minuten-Video-Kassette für alle Systeme – in obigen Sprachen sowie Original-Ton-Kassette dieses Vortrages über HP-JOURNAL, 3050 Wunstorf 1, Industriestraße 1.

DER FALL 40

Dr. Hamer

Name: Prof. S., geb. 1899**Diagnose:** Collum-Ca III (weit fortgeschritten)**Histologie:** Plattenepithel-Ca, Stad. III**Entdeckt:** Ende November 81 Blutungen (spürbarer Manifestationszeitpunkt), Anfang Dezember in der Klinik diagnostiziert**Zeitraum bis zur Entdeckung:** 20 bis 22 Monate (von Januar/Februar 80 bis November 81)

Davon aktive Konfliktverdichtung: Die ganze Zeit von Januar/Februar 80 bis Dezember 81.

Voraus ging: Bis dahin der schwerste Schicksalsschlag für die Pat.: Tod des »Ehemannes« im November 71 nach 49 »Ehejahren«, Trauer von Ende 71 bis Anfang 1973 (etwa 15 Monate lang), kein Konfliktereignis! Keinerlei (sexuelle) Konflikt-symptomatik!

Konfliktverdichtung (in Stichworten):

Der erste Schicksalsschlag der Patientin war der Tod dieses Professors im November 71. Es war der bis dahin schlimmste Schlag in ihrem Leben. Im März 73 hatte sie sich, meint sie, mit dem Tod ihres »Ehemannes« einigermaßen abgefunden. Untersucht wurde die Patientin damals nicht. Es kann aber damals kein Collum-Ca vorgelegen haben, denn es bestand keinerlei sexuelle Konfliktsymptomatik. Ihr »Ehemann« war damals 78 Jahre alt. Auch scheint es sich mehr um einen von der Patientin so empfundenen Schicksalsschlag gehandelt zu haben, denn sie hatte sich ja nicht das Geringste vorzuwerfen. Allerdings scheint es der schwerste Schicksalsschlag bis damals für die Patientin gewesen zu sein. Aber ein Konfliktereignis scheint damals nicht stattgefunden zu haben.

Im Januar 80 fand das schlimmste Konfliktereignis statt, das die Patientin je erlitten hat: »Der Professor M., ihr »Ehemann«, der ohne Kinder, »unverheiratet« gestorben war, hatte die Patientin, seine »Ehefrau«, zur Testamentvollstreckerin bestimmt. Seine umfangreiche Bildersammlung hatte er einem Museum ver-

macht. Im Dezember 79 wurden alle Briefschaften des Professors der Patientin übersandt, damit sie auswählen solle, welche Briefe für das Museum geeignet seien und welche nicht. Dabei waren auch ihre eigenen sämtlichen Liebesbriefe von vor fast 60 Jahren, die die heimlich verheiratete gewesene Witwe nun wieder an alles erinnern mußten, an die schönste Zeit ihres Lebens.

»Herr Doktor, es war das Schlimmste, was ich je erlebt habe in meinem Leben, weit- aus schlimmer als der Tod meines Mannes. Ich habe viele Monate von morgens bis abends nur geheult, immer und immer nur fassungslos geheult. An dem Morgen, als ich den ersten – meinen eigenen Liebes- brief – von 1922 durchlas, war ich wie vom Blitz gerührt. All die Dinge, an die ich ihn in meinem Brief erinnerte, waren wieder vor meinem inneren Auge lebendig. Denn bis auf das »Allerletzte«, was damals für offiziell Unverheiratete nicht erlaubt war, haben wir natürlich uns gegenseitig alles gegeben, was man sich als Liebende über- haupt nur geben kann. Gleichzeitig traf es mich wie ein Keulenschlag, daß mein Geliebter ja tot war! Furchtbar! Grauen- haft!«

Psyche: Differenziert, introvertiert, sehr intelligente Persönlichkeit, etwas alters- verlangsamt. Einer der seltenen Men- schen, die – obwohl typische Wissen- schaftlerin und sogar Perfektionistin – ein reiches, aber ganz und gar verinnerlichtes Gemütsleben haben, an dem nur einer (Ihr Ehemann) oder gar kein Mensch (nach seinem Tod) Anteil nehmen kann.**Sozialanamnese:** Unverheiratete eme- ritierte Professorin für Volkswirtschaft, keine Kinder, lebt zurückgezogen, hat Neffen und Nichten, aber zu ihnen nur eine sehr lose Verbindung. Sie gilt als freundlicher Kauz.**Krankheiten:**

1953 Abrasio (Ausschabung) wegen Myom,

1974 Zahnvereiterung,

1977 Gürtelrose, schmerzhaft und lang- wierig,

sonst nie ernstlich krank gewesen.

Konfliktverdichtung (ausführlich):

Vorbemerkung

Dieser Fall hatte eine besondere Dynamik, den Charakter eines »Testfalls«, mit dessen Hilfe der Vertreter der Schulmedizin, Prof.

S. in K., das ganze Hamer'sche System glaubte, ad absurdum führen zu können. Anschließend sollte ich mit Schimpf und Schande als erwiesener unsinniger Ketzler gegen die Schulmedizin aus der Klinik »gefeuert« werden.

Herr Prof. S. in K. hatte von einem an mich gerichteten Brief von Herrn Prof. H., Med. Mitarbeiter des Verlages, gelesen, man wolle meinen eingereichten Artikel über »Die EISERNE REGEL des KREBS« nicht veröffentlichen, sondern erst mal hören, was Herr Prof. S. dazu zu sagen habe, das heißt, ob ich recht habe. »Um Gottes Wil- len«, sagte er mir später, »ich werde mir doch nicht alle Schulmediziner zu Feinden machen und etwa Ihnen attestieren, Sie hätten recht! Wenn ich von Anfang an gewußt hätte, daß es sich um eine Habili- tation handelt und welche Schwierigkei- ten da auf mich zu kommen können, nie hätten Sie nur einen einzigen Fall in der hiesigen Klinik untersuchen dürfen!«

Am nächsten Morgen nach erlangter Kenntnis des »Dr. Holzmann-Briefes« machte Herr Prof. Semm Visite in seinen »Privat-Zimmern«. Da war eine 83jährige emeritierte Professorin für Volkswirt- schaft, erkrankt an einem Gebärmutter- hals-Carcinom III (Stadium 3), nicht verheiratet gewesen, Jungfrau (virgo intacta), allein lebend. Er fragte sie bei der Visite, ob sie in den letzten zwei Jahren mit irgendwem Konflikte gehabt habe, zumal sexuelle, oder ob sie mit irgendeinem Freund oder Bekannten Kontakt habe. Die alte Dame verneinte wahrheitsgemäß und meinte, sie lebe doch ganz allein und habe mit niemandem Streit oder Konflikte, habe auch keinen Freund oder Bekann- ten, die seien alle schon vor über zehn Jah- ren gestorben, die sie gekannt habe.

Prof. S. sagte daraufhin draußen vor der Tür zu seinem Assistenten Dr. G.: »Dann soll jetzt der Hamer die alte Dame un- tersuchen bzw. befragen. Der wird ja dann wohl auch keinen Konflikt finden können. Dann sagen wir ihm, das sei ja alles Unsinn und Quatsch, was er da mache und schmeißen ihn aus der Klinik raus. Dann sind wir den, Gott sei Dank, endlich auf sehr elegante Art und Weise losgewor- den. Sie warten auf ihn im Stationszimmer und sagen ihm anschließend, er sollte sofort zu mir kommen, ich hätte ihm was zu sagen.«

Als ich eine Stunde später auf die Station kam, sagte mir Herr Kollege G. – zu freundlich –: »Ach, Herr Hamer, heute dürfen Sie mal eine Privatpatientin untersuchen, der Chef hat es ausdrücklich erlaubt, sogar gewünscht, wollen Sie?«

Hamer: »Oh, sehr gern, Privatpatientinnen haben doch auch eine Seele wie Kassenpatientinnen und im Prinzip die gleiche Art von Konfliktereignissen und Konflikten, was soll da anders sein? Was hat denn die Dame?«

G.: »Collum-Ca III, aber das Krankenblatt dürfen Sie nicht einsehen, das hat der Chef untersagt.«

Hamer: »Das ist auch nicht nötig, die histologische Diagnose scheint ja dann unzweifelhaft zu sein, wenn es sogar schon weiter fortgeschritten ist.«

G.: »Das ist sie unzweifelhaft. Aber nun wollen wir doch schon vorher gleich mal genau festlegen, was sie für diesen Fall nach der »EISERNEN REGEL des KREBS« exakt postulieren.«

Hamer: »Einverstanden, das ist korrekt.«

G.: »Also, wann muß die Dame, wie sie sagen, den schlimmsten Konflikt ihres Lebens gehabt haben?«

Hamer: »Wann hat sie die ersten Symptome bemerkt?«

G.: »Ende November 81.«

Hamer: »Und bemerkt hat sie es erst im Stadium III?«

G.: »Ja.«

Hamer: »Wenn die Patientin jung ist – es wäre etwas ungewöhnlich – müßte der Konflikt im Mai oder Juni 80 zu suchen sein, je nachdem, wie weit fortgeschritten der Prozeß ist. Wenn die Patientin aber älter oder gar alt ist, muß man den Zeitpunkt des Konfliktereignisses auf Anfang des Jahres 80 datieren, denn bei einem alten Menschen laufen solche Prozesse etwas langsamer.«

G.: »Gut, sagen wir also Anfang 80, Januar oder Februar. Als Collum-Ca muß sie doch ein sexuelles Konfliktereignis gehabt haben, nicht wahr?«

Hamer: »Exakt richtig!«

G.: »Gut, das notiere ich ganz genau. Wie lange muß der Konflikt andauert haben?«

Hamer: »Mit allergrößter Wahr-
scheinlichkeit die gesamte Zeit über bis zur Ent-

deckung der Krankheit Ende November 81. Für die Zeit danach kann ich keine weitere Aussage machen.«

G.: »Ja, das ist in Ordnung, ich habe das alles ganz genau notiert.«

Herr Hamer, nun wünschen mein Kollege und ich Ihnen viel Glück bei Ihrer Untersuchung, die Dame ist nämlich eine 83jährige, schon reichlich cerebralklerotische, emeritierte Professorin, ledig, allein lebend, hat keinen Freund oder Bekannten, virgo intacta, – und hat auch keinen Konflikt gehabt in den letzten zwei Jahren, wir haben uns dessen schon versichert.«

Hamer: »Ich habe von Anfang an gemerkt, daß Sie mich hereinlegen wollen, aber ich lache Sie aus, die Gesetzmäßigkeit, die dem System innewohnt, lacht Sie aus, die können Sie nicht hereinlegen. Im Gegenteil, ich lade Sie sogar höflich ein, mit mir zu der alten Dame zu gehen, damit Sie nicht später an Hexerei glauben müssen.«

G.: »Nein, das ist nicht nötig, wir können ja die alte Dame notfalls nach jeder Zeit nachher befragen, wenn uns irgendwas unklar ist. Wir möchten lieber hier auf Sie warten, wir haben Ihnen nämlich anschließend etwas vom Chef auszurichten.«

Hamer: »Nun, ich weiß schon, was. Aber da lache ich auch drüber. Denn Ihr Chef scheint genauso wenig davon begriffen zu haben wie Sie selbst, daß das nämlich keine Marotte vom Hamer ist, die man sich beliebig manipulieren kann, sondern eine »eiserne Gesetzmäßigkeit«, die der Hamer genauso wenig beeinflussen kann wie Sie!

Aber die histologische Diagnose stimmt wirklich!«

G.: »Ja, Ehrenwort.«

Hamer: »Gut, dann wollen wir aber gleich noch vorher etwas schriftlich festlegen, nämlich:

1. Daß eine 83jährige Patientin vor etwa 20 bis 22 Monaten den schlimmsten Konflikt hätte haben sollen, den sie je im Leben hatte, die Wahrscheinlichkeit können wir wohl mit etwa 1:1000 annehmen!«

G.: »Einverstanden, ist sehr unwahrscheinlich, ist notiert.«

Hamer: »2. Daß eine 83jährige Patientin – virgo intacta – in dem Alter einen sexuellen Konflikt haben sollte, ist wohl auch nur

höchstens mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:1000 anzunehmen!«

G.: »Richtig, eher noch niedriger, quasi gleich Null.«

Hamer: »3. Daß bei einer so alten Frau ein Konflikt so lange andauert, hat höchstens eine Wahrscheinlichkeit von 1:100, eher noch weniger!«

G.: »Auch einverstanden, das ist sehr unwahrscheinlich. Alles notiert.«

Hamer: »Es ist Ihnen klar, daß die Wahrscheinlichkeit, daß alle 3 Kriterien von derartiger Unwahrscheinlichkeit nun noch alle zufällig in einem Punkt zusammenstreffen sollten, eine Wahrscheinlichkeit von weniger als 1:10 000 000 ist, Berechnungen darüber hinaus anzustellen, ist Blödsinn. Man würde also unter 10 Millionen Patientinnen dieses Alters maximal »zufällig« eine einzige finden können, bei der das »zufällige« zuträfe, ist das richtig?«

G.: »Exakt richtig, also praktisch keine.«

Hamer: »Wenn also nun trotzdem – was ja ganz und gar unwahrscheinlich ist, da Sie sich ja schon erkundigt haben da nach – wider alles Erwarten die Patientin doch zu dem postulierten Zeitpunkt ein Konfliktereignis sexueller Art gehabt haben sollte, das auch exakt die postulierte Dauer eingehalten hätte, dann würden Sie persönlich mir auch freundlicherweise schriftlich attestieren, daß mein System bzw. die EISERNE REGEL des KREBS zutrifft mit einer Wahrscheinlichkeit von 10 000 000:1, sogar noch wahrscheinlicher, wenn man mit einberechnet, was Sie sich ja vermeintlich schon vorher vom Gegenteil überzeugt haben.«

G.: »Das kann ich guten Gewissens versprechen, da das ja ohnehin nicht eintreffen wird. 10 000 000 mal so wahrscheinlich ist es, daß wir Ihnen anschließend die Mitteilung vom Chef machen werden, die Sie ja schon zu ahnen scheinen.«

Hamer: »Also, warten wir es ab!«

Befragung der Patientin:

Die Befragung der Patientin war für uns beide sehr anstrengend. Aber das nicht etwa, weil die Patientin cerebralklerotisch gewesen wäre, wie die Kollegen vermuteten, sondern weil sie sehr introvertiert und verschlossen war, mißtrauisch und ängstlich darauf bedacht, ihr Innenleben, das unter ihrer etwas spröden Schale

zu ausgesprochen reichen und differenzierten Empfindungen, Gefühlen und einem ungewöhnlich starken Engagement fähig war, keinem fremden Menschen zu offenbaren!

Ich begriff sofort, daß diese Patientin trotz ihres hohen Alters jede meiner Fragen bis in die letzte Nuance erfaßte und, bei zunehmendem Vertrauen in meine Person, auch exakt und nuanciert beantwortete.

Die Geschichte ist rasch erzählt:

1922 lernte die Patientin als junge Studentin der Volkswirtschaft in A. einen jungen Dozenten kennen, bei dem sie promovierte, sich später habilitierte und mit dem sie bis 1939 in A. an der Universität arbeitete. 1939 wurde sie nach K. berufen. Dort arbeitete sie mit einem anderen Professor zusammen am Institut für Weltwirtschaft. Mit dem Professor in K. verstand sie sich auch gut, er starb 1969 in hohem Alter.

Patientin: »Es war traurig, aber nicht zu ändern, für mich auch nicht so schlimm, denn es lebte ja der Professor M. in A. nach.«

Hamer: »Wann starb Professor M. in A.«

Patientin: »1971 mit 78 Jahren, das war sehr schlimm für mich.«

Hamer: »War es der bis dahin schlimmste Schicksalsschlag für Sie?«

Patientin (erregt): »Ja, der schlimmste, es war ganz furchtbar für mich.«

Hamer: »Sie haben Ihren Kollegen als junge Studentin kennengelernt, er war Assistent oder junger Dozent, nur wenige Jahre älter als Sie. Nicht wahr, Frau Professor, er war für Sie mehr als nur ein Kollege?«

Patientin (sehr erregt): »Herr Doktor, Sie fragen mich, ob Sie in meiner Seele lesen könnten wie in einem offenen Buch, dabei habe ich noch niemals einem Menschen ein Sterbenswörtchen darüber erzählt. Ja, es stimmt, er war mein Ehemann!

Es war ein wunderschönes Geheimnis zwischen uns. Und wir waren uns treu, fast 50 Jahre bis zu seinem Tod. Und damals, nach dem 1. Weltkrieg, durfte man noch nicht alles tun und lassen wie heute. Wir haben uns als heimliche Ehegatten alles gegeben, was sich Ehegatten geben können, nur Kinder durften wir nicht haben.

Und heiraten konnten wir nicht, arm wie wir waren. Aber wir haben uns unendlich lieb gehabt, auch später über die große Entfernung, haben uns jeden Tag geschrieben, telefoniert und uns häufig besucht. Es war wunderschön zwischen uns, viel schöner als bei den meisten Verheirateten. Sein Tod hat mich von einer glücklichen Ehefrau zu einer einsamen alten Witwe gemacht.«

Hamer: »Ich glaube es Ihnen, Frau Professor, es muß der schlimmste Schicksalsschlag in Ihrem Leben gewesen sein. Wie lange hat es gedauert, bis Sie sich ein bißchen mit dem Tod Ihres Mannes abgefunden hatten, der allerschlimmste Schmerz nachließ?«

Patientin: »Gut ein Jahr, dann hatte ich das Schlimmste überstanden. Seither habe ich mich eingeeigelt und zurückgezogen.«

Hamer: »Frau Professor, ich glaube, ich kann wirklich in Ihrer Seele lesen wie in einem offenen Buch. Es stimmt alles, was Sie mir gesagt haben, aber das Wichtigste haben Sie mir verschwiegen! Ich weiß nicht, ob dieser Professor M., Ihr Ehemann, noch einmal aus seinem Grabe aufgestanden ist, aber vor eineinhalb bis zwei Jahren muß hinsichtlich seiner Person etwas ganz Furchtbares geschehen sein, ein Konfliktereignis, wie Sie es noch niemals so schlimm erlebt haben und über das Sie bis heute noch nicht hinweg gekommen sind!«

Patientin (mit vor Schreck geweiteten Augen, blaß und am ganzen Leibe zitternd, sich kerzengerade im Bett aufrichtend, wie ich noch nie einen Patienten zittern gesehen habe): »Herr Doktor, wahr wissen Sie das, um Gottes willen! Noch niemals habe ich mit einem Menschen darüber gesprochen, noch nie hat mich ein Mensch weinen gesehen! Ja, es stimmt! Es stimmt nur zu genau, auf den Monat genau sogar, es war das Schlimmste, was ich je erlebt habe in meinem ganzen Leben, wunderschön und schlimm und grausam. Und Sie haben recht, ich denke auch heute noch an nichts anderes, unentwegt tags und nachts, wenn ich nicht schlafen kann, was sehr häufig der Fall ist.«

Hamer: »Frau Professor, es ist gut, daß wir beiden darüber sprechen. Wir werden hoffentlich noch öfter Gelegenheit haben dazu. Wenn man mit einem Menschen,

der einen versteht, erst einmal darüber sprechen kann, ist es nur noch halb so schlimm. Sie werden es sehen.«

Und dann erzählte die Patientin. Sie konnte das Konfliktereignis ganz genau auf den Tag, ja auf die Stunde genau, datieren. Ihr Ehemann hatte eine große Bildersammlung – auch viele selbstgemalte Bilder –, die er alle dem Museum in H. vermacht hatte. Da er auch »unverheiratet« war und keine Kinder hatte, war die Patientin zur Testamentsvollstreckerin von ihm bestimmt worden. Die Bilder waren auch nach seinem Tode schon nach H. gekommen. Aber zwecks Würdigung seiner Persönlichkeit sollte auch seine wesentliche Korrespondenz, Veröffentlichungen, Manuskripte etc. dem Museum übergeben werden. Ende Dezember 79 wurden der Patientin große Bündel verschürter Briefe in die Wohnung geschickt; unter anderem ihre eigenen Liebesbriefe, die ihr Mann alle der Reihenfolge nach fein säuberlich verwahrt gehabt hatte.

Die Patientin weiß noch ganz genau, daß sie alle Briefbündel noch einige Tage liegen ließ. Dann aber zog es sie magisch – sie weiß noch genau die Stunde anzugeben – zu ihren eigenen Liebesbriefen von vor 60 Jahren. Und sie sagt: »Herr Doktor, ich weiß nicht genau, wie ich das erste Bündel aufschnürte, es waren die allerersten Liebesbriefe von mir an meinen Mann. Ich war wie gelähmt! Es war wunderbar und schauerlich, beglückend und zugleich trostlos, einfach furchtbar!

Herr Doktor, ich habe nicht wochenlang, sondern viele Monate lang, Tag und Nacht nur geweint, geweint, geweint! Grausam, grausam! Und doch konnte ich nicht los von den Briefen, sie zogen mich magisch an: Alles erstand wieder vor meinem inneren Auge in den Monaten vom 3. Januar 80 an. Jeder Brief erinnerte mich an all die Zärtlichkeiten, die wir miteinander ausgetauscht hatten, an die schönste und unbeschwerteste Zeit meines Lebens. Ich war so glücklich damals und gab ihm alles, was eine Geliebte ihrem abgöttisch geliebten Mann geben kann. Und alles erlebte ich wieder aufs Neue, ich spürte förmlich alle Zärtlichkeiten wieder, als wenn mein Mann noch leben würde. Und wenn ich dann denken mußte, daß mein Geliebter doch schon tot sei, dann mußte

ich weinen, weinen, nur immer weinen ..., das hat sich bis heute kaum geändert.« Ich tröstete die Patientin so gut ich konnte und versprach ihr, jeden Tag zu ihr zu kommen und mit ihr zu reden. Dann schlich ich tief beschämt aus dem Zimmer. Die glühende, sie selbst verzehrende Liebe dieser 83jährigen Patientin hätte jeder Julia zur Ehre gereicht. Ich bewunderte die alte Dame wie eine Heldin und empfand gleichzeitig Mitleid mit diesem einsamen wunderbaren Menschen. Ich überlegte, wie ich es anstellen konnte, die Erlaubnis des Klinikchefs zu bekommen, dieser alten Dame helfen zu können. Draußen erwarteten mich – hämisch grinzend – die Kollegen.

G.: »Na, hat ja lange gedauert, haben wohl vergeblich alle Seelenecken ausgequetscht?«

Hamer: »Mir ist weiß Gott nicht zum Spaß zu Mute. Ich will es Ihnen erzählen...« Nach Beendigung meiner »Anamnese« waren die Kollegen sehr still.

G.: »hm, so ein Zufall, gibts denn so etwas überhaupt bei einem so alten Menschen, seltsam, seltsam. Das muß doch wohl ein ganz dummer Zufall gewesen sein?! Und genau auf den Monat und genau ein sexueller Konfliktinhalt, natürlich, die allererste Liebe, wenn das nicht sexuell ist! Und bis heute hält das immer noch an? Aber, Herr Hamer, das kann eigentlich doch nur ein riesengroßer Zufall sein, sonst wäre ja alles verkehrt was wir bisher in der Medizin gemacht haben! Das kann ich einfach nicht glauben!«

Hamer: »Herr G., wir hatten notiert, daß der Zufall eine Wahrscheinlichkeit von 1:10.000.000 und weniger haben würde. Sie wollten mir, jetzt freundlicherweise schriftlich attestieren, daß mein System eine Wahrscheinlichkeit von 10.000.000:1 hat. Bitte tun Sie das! Ich werde es vom Chef gegenzeichnen lassen. Der Chef selbst hat den Testfall bestimmt. Es ist nun nicht mehr als die billigste Pflicht der Kollegen, mir zu attestieren, was die Wahrheit ist: Daß mein System und die EISERNE REGEL des KREBS eine absolute Gesetz-

mäßigkeit enthält, die nach reproduzierbarer Verifizierung an mehr als 500 Fällen nach kausallogischen Denkgesetzen der Schulmedizin als bewiesen angesehen werden muß.«

G.: »Ich muß schon sagen, daß es mich frappiert. Der Fall erscheint jetzt auch sonnenklar. Seltsam, daß die Patientin dem Chef und uns davon nichts erzählt hat. Wir haben sie doch gefragt, ob sie in den letzten zwei Jahren mit irgendwem Konflikte gehabt hat.«

Hamer: »Sie hat ja auch mit niemandem Konflikte gehabt, nicht einmal mit dem heißgeliebten Toten, ihrem Ehemann. Die Diskrepanz zwischen erster himmlischer Liebe und Tod, Zweisamkeit und Einsamkeit war ihr Konflikt, eine Julia mit 83 Jahren!«

Man braucht als Arzt ein bißchen Güte, um einen anderen armen Menschen zu verstehen, Herr G.!

Was hatten Sie mir noch vom Chef zu sagen?«

G.: »Nein, das entfällt jetzt, daß heißt, ich weiß nicht, was der Chef jetzt machen wird. Ich kann es einfach noch nicht glauben.«

Hamer: »Herr G., dann können wir uns jetzt nur noch theologisch weiter unterhalten über den Glauben im Allgemeinen und über Ihren Unglauben im Besonderen. Aber auf dem Gebiet der nach kausallogischen Denkkategorien ausgerichteten naturwissenschaftlichen Medizin sind Sie für mich kein Gesprächspartner mehr.«

Der Professor S. erfuhr von diesem furchtbaren »Reinfall« noch am gleichen Abend. Da es sich um eine Professorin handelte, konnte man auch nicht sagen, der Hamer habe sie beschwätzt oder etwas in sie hineingefragt. Denn welche Professorin würde etwas »in sich hinein« fragen lassen. Dem Professor S. wurde die ganze Geschichte nun noch unheimlicher. Deshalb bestellte er mich am nächsten Morgen gleich zu sich und sagte: Wie dem auch sei, es gäbe für ihn nichts als Schwierigkeiten in der Sache und ich müsse sofort

versuchen beziehungsweise mit meinen Untersuchungen aufhören. Er werde mir auch auf gar keinen Fall irgend etwas attestieren, und wenn ich noch hundert solcher Fälle hätte, das bringe alles nur Schwierigkeiten!

Ich sagte ihm: Herr Professor S., ich glaube, Sie sind sich nicht darüber im Klaren, was Sie tun. Die Verantwortung für das, was Sie da eben machen, könnten Sie gar nicht tragen, wenn Sie wüßten, was Sie da tun. Aber wenn ich recht habe mit meinem System – und die Wahrscheinlichkeit ist unendlich groß – dann werden Sie sich zum Gespött machen für alle Mediziner dieser Welt.

Verlauf: Der Konflikt ist hochaktiv. Die Patientin sagt, sie träume davon fast jede Nacht. Es sei einfach das Zentrum ihres Lebens, um das ihre Gedanken kreisen.

Die Schwestern berichteten, die Patientin habe nach meinem Fortgang zwei Stunden geweint. Die Schleusen der Seele waren gleichsam gesprengt. Sie hat sich alles »von der Seele gewieint«.

Bemerkung: Ich habe bei meinen bisherigen 500 Fällen nur ein einziges Mal einen Menschen so erschüttert erlebt, aber auch so dankbar, daß sie erstmals einen Menschen gefunden hatte, bei dem sie sich »aussprechen« konnte.

Therapie: Die Patientin braucht einen einfühlsamen gebildeten Menschen, bei dem sie sich über ihren Konflikt von Zeit zu Zeit »ausweinen« kann. Dann ist der Konflikt »gelöst«.

Das DIRK-HAMER-SYNDROM und EISERNE REGEL des KREBS

Sowohl das DIRK-HAMER-SYNDROM (dramatisch, auf die Stunde datierbar, gänzlich räumlich und sozial isoliert) als auch die beiden restlichen Kriterien der EISERNEN REGEL des KREBS sind exakt erfüllt. In diesem Fall war vorher eine Wahrscheinlichkeit berechnet worden von ca. 10.000.000:1. Also nur unter 10 Millionen Fällen mit Collum-Ca und im Alter von 83 Jahren hätte es »zufällig« eine solche Kongruenz mit der EISERNEN REGEL des KREBS geben können!



Die Video-Cassette zum Thema

Auf der Video-Cassette zur EISERNEN REGEL des KREBS erläutert Hamer seine Theorie. Ebenso werden Fälle besprochen, und auch die Patienten kommen zu Wort. Die Kassette ist zum Preis von DM 98,- in VHS, Betamax und Video 2000 erhältlich. Bestellungen an die Redaktion HP-JOURNAL.

HP JOURNAL

KREBS UND RAUCHEN



KREBS UND RAUCHEN

Die ungewöhnlich große und überwiegend positive Resonanz auf die Artikel »Praktische psychosomatische Therapie des Krebs nach dem System der EISERNEN REGEL DES KREBS« in HP-JOURNAL 6/83 und »Fall 40« in HP-JOURNAL 7/83 hat uns ermutigt, eine weitere Arbeit von Dr. Hamer vorzustellen. Nichttrauer Hamer beschäftigt sich in diesem Artikel mit der Frage: Entsteht Krebs durch Rauchen? Seit Hamer durch seine Artikel im HP-JOURNAL einem fachkundigen Publikum vorgestellt wurde, ist eine heftige Diskussion entbrannt. Nun sind auch einige wenige Schulmediziner bereit, sich mit dieser unbequemen Theorie zu befassen. Inzwischen haben sich auch Professoren bereit erklärt, Hamers Theorie in einem Pilotprojekt zu prüfen. Selbst eine Klinik hat zugesagt, seine Patienten aufzunehmen. Sollte sich Hamers Theorie beweisen, werden seine Gegnerviele unbequeme Fragen beantworten müssen.

Wenn Hamer unrecht hat, gibt es eine große Hoffnung weniger. Aber auch dann werden die Schulmediziner sich fragen lassen müssen, warum Sie in den letzten Jahren nicht bereit waren, den Gegenbeweis anzutreten. Alle Fragen der Redaktion an betroffene Stellen wurden mit Stillschweigen beantwortet.

Dr. med. Ryke Geerd Hamer

Frage: Entsteht Krebs durch Rauchen?

Antwort: Nein, sondern durch das DIRK-HAMER-SYNDROM (DHS)

Die EISERNE REGEL DES KREBS (ERK) ergibt:

Schweres dramatisches isolatives Konfliktlebens allgemein-menschlicher Art führt beim Mann nach 18monatiger konfliktaktiver Manifestationszeit zu Intra-bronchial-Plattenepitel-Krebs oder nach vier bis vierzehn Monaten zu kleinzelligem Peribronchial-Krebs;

bei der Frau nach zwei- bis dreimonatiger konfliktaktiver Manifestationszeit zu Mamma-Carcinom.

Schweres dramatisches isolatives Konfliktlebens Todesangst führt bei Mann und Frau nach drei- bis siebenmonatiger konfliktaktiver Manifestationszeit zu peripherem Lungen-Rundherd-Adeno-Carcinom. (Rö-Bild drei bis sechs Wochen)

Von Ryke Geerd Hamer, Internist, ROMA, Via Cassia 1280

Alle Mediziner sagen:
Krebs kommt von »Carcinogenen«

(Krebsauslösern). Wer das nicht glaubt, gilt als unseriös.

DIE EISERNE REGEL DES KREBS sagt das Gegenteil. Sie läßt aber Psycho- oder Cerebro-Pharmaka als mögliche Krebs-Auslöser gelten, die einen Programmierungsfehler im Gehirn bei Mensch und Tier provozieren, begünstigen oder verlängern könnten. (Cerebrotrope Carcinogene). Ob es unter den bisher als Carcinogenen angenommenen Stoffen cerebrotrope chemische Substanzen dieser Art gibt, ist noch nicht untersucht worden. Ich halte es für wahrscheinlich.

Carcinogene jedoch, die auf rein lokale Wirkungsweise einen Krebs erzeugen können, sind nach der EISERNEN REGEL DES KREBS abzulehnen.

Menge und Wirkungsweise der bisherigen sogenannten Carcinogene:

Es gibt bisher etwa 1500 vermeintliche Carcinogene, also Stoffe, mit denen man

glaubt, mehr oder weniger lokal einen Krebs auslösen zu können. Täglich kommen ein paar dazu. Dementsprechend darf man eigentlich nichts mehr anfangen, nichts mehr essen und nichts mehr einatmen. Alles macht Krebs. Wir sind umgeben von Carcinogenen, so glaubt man, und das menschliche (und tierische) Leben ist zum hochmortalitätssträchtigen Slalomlauf geworden, durch ein Stangengewirr von Tausenden von Carcinogenen, die stündlich einen Krebs bei uns auslösen können. In unserer Angst sollten wir nahezu ununterbrochen zur Krebs-Vorsorge-Untersuchung gehen, um feststellen zu lassen, ob es schon passiert ist, daß eins von den vielen Carcinogenen »zugeschlagen« hat.

Diese Vorstellungen sind von der gefundenen Gesetzmäßigkeit der EISERNEN REGEL DES KREBS her abzulehnen. Diese Arbeit soll versuchen, dafür den schlüssigen Beweis anzutreten.

Die vermeintliche Wirkungsweise der sogenannten Carcinogene, die ja fast ausnahmslos in sogenannten »Tierversuchen« festgestellt wurde, beruhte nachweislich immer auf den gleichen Prämissen, die als allgemein verbindlich angesehen wurden und über die nicht mehr diskutiert zu werden brauchte:

Eine davon war, daß man die Psyche, Seele, Verhaltensweise oder psychische Reaktionsweise oder wie immer uns die Theologen erlauben, dieses Etwas beim Tier zu benennen, was der menschlichen Psyche entspricht und zu psychischer Emotionen und Konflikterlebnissen wie Freude, Trauer, Treue, Verrat, Zorn oder Enttäuschung fähig ist, daß man diese tierische Psyche einfach und schlichtweg aus den »Tierversuchen« ausgeklammert hat, so als gäbe es sie überhaupt gar nicht. Die EISERNE REGEL des KREBS aber beweist exakt, daß das Tier ebenso eine Psyche hat wie der Mensch.

Ohne die gemachten Prämissen brechen sämtliche Ergebnisse der sogenannten »Tierversuche« als völlig unsinnig in sich zusammen, auch das wird diese Arbeit exakt beweisen.

Alle Mediziner sagen: Lungen-Krebs kommt vom Rauchen. Wer das nicht glaubt, gilt als unseriös.

Dieses medizinische Dogma gilt bisher unter allen Medizinern als so unumstößlich, daß von vornherein alles als falsch und undiskutabel gilt, was dieses Dogma in Frage stellt (Tübinger Syndrom). Deshalb wurde auch der Verfasser, der ja auch die EISERNE REGEL DES KREBS sta-

tuert hat, stets mit diesem Dogma konfrontiert.

Die Argumentation ist sogar schlüssig: Wenn Lungenkrebs wirklich durch Rauchen auslösbar ist, dann braucht man wirklich über die EISERNE REGEL DES KREBS nicht mehr zu diskutieren. Entweder ist das eine falsch oder das andere.

Das »Experiment«, in diesem Fall die Befragung von über 1500 Krebspatienten, die der Verfasser selbst vorgenommen hatte, spricht eindeutig gegen eine lokale Krebs-Verursachung, auch im Falle des Rauchens.

Aus diesem Grunde sah sich der Verfasser mit der Notwendigkeit konfrontiert, sich mit den möglichen oder fraglichen Zusammenhängen von Rauchen und Lungen- oder Bronchialkrebs wissenschaftlich auseinanderzusetzen.

Weltweiter sozialer »Großversuch«

Das ganze Leben dieser Welt ist ein einziges riesiges Experiment der Natur. Wir müssen nur die Augen aufmachen und die Ergebnisse begreifen lernen. In diesem Fall hat uns Medizinern die soziale Emanzipation der Frauen in unserer Gesellschaft ein Experiment geliefert, das wir in keinem Labor so exakt hätten nachvollziehen können:

Während noch vor 30 Jahren kaum eine Frau in unserem Land Raucherin war, rauchen heute etwa 70 Prozent der Frauen, und das meist viel stärker als Männer. Wenn also Lungen- oder Bronchial-Krebs vom Rauchen kommt, dann müßten wir das an den Frauen sehen können.

Und genau das ist nicht der Fall!

Es gibt überhaupt praktisch keine Frau, die ein zentrales Intra-bronchial-Carcinom bekommt, weder früher noch heute! Und selbst die peripheren Lungen-Rundherd-Carcinome des Alveolarbereichs sind bei Frauen zahlenmäßig sehr gering geblieben und stehen im krassen Mißverhältnis zu der gewaltigen zahlenmäßigen Zunahme der Rauchergewohnheiten.

Was sagt die EISERNE REGEL DES KREBS dazu?

Nach der EISERNEN REGEL DES KREBS resultieren zentrale Bronchial-Carcinome aus allgemein-menschlichen Konflikten, und zwar nur bei Männern, während Frauen bei vergleichbaren Konflikterlebnissen ein Mamma-Carcinom bekommen. Dagegen resultieren periphere Lungen-Rundherd-Carcinome aus dem Konflikterlebnis der Todesangst, und zwar bei Männern und bei Frauen!

In allen diesen Fällen verlaufen Konflikt und Krebswachstum parallel und zwar exakt nach den Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBS!

Warum wurden diese Zusammenhänge bisher fehlinterpretiert?

Jeder wird fragen: Wenn die Dinge doch so einfach und klar liegen, warum ist das auf der ganzen Welt bisher noch niemandem aufgefallen?

Die Antwort ist so simpel wie unglaublich: Weil das Dogma dagegenstand, das besagt: Krebs der Lunge kommt vom Rauchen!

Früher war die Sache einfach: Raucher waren stets nur Männer. Bronchial-Carcinome bekommen auch nur Männer. Was

log also näher, als einen Zusammenhang herzustellen zwischen Rauchen und Bronchial-Carcinome? Zumal das alles so augenfällig schien: Rauch ist etwas schlechtes und kann auch evident nur etwas Schlechtes bewirken, nämlich offensichtlich Bronchial-Krebs!

Lungen-Rundherd-Carcinome, die sich sowohl von der Lokalisation (immer peripher) als auch histologisch (immer Adeno-Carcinome im Gegensatz zu den Plattenepithel- oder kleinzelligen Carcinomen der zentralen Bronchial-Carcinome) von den Bronchial-Carcinomen streng unterscheiden, bekamen schon immer etwas mehr Männer als Frauen, und zwar im Verhältnis 1:1 bis 2:1 (möglicherweise durch mangelhafte hist. Differenzierung, wahrscheinlich 1:1). Daran hat sich bis heute nichts geändert (weiblich sieben Prozent aller Carcinome, männlich sieben bis fünfzehn Prozent aller Carcinome). Die Lungenrundherd-Carcinome sind übrigens sowohl von der Lage als auch vom histologischen Typ her identisch mit den sogenannten als »Fernmetastasen« deklarierten Lungen-Rundherd-Carcinomen, von denen man bisher glaubte, sie seien von einem »primären Carcinom« abgesiedelt worden. Die Ergebnisse der EISERNEN REGEL DES KREBS aber haben gezeigt, daß die primären Lungen-Rundherd-Carcinome und die sogenannten »Fernmetastasen-Lungen-Rundherd-Carcinome« exakt miteinander identisch sind. Die sogenannten Fernmetastasen haben lediglich meistens als Konfliktlebensbedingung die Eröffnung der Diagnose: »Du hast KREBS«, durch den Arzt, der das primäre Carcinom diagnostiziert hat.

Die hist. Identität von sogenannten »Fernmetastatischen Lungen-Rundherden und primären Lungen-Rundherden (Adeno-Carcinomen) konnte Professor Seifert vom Pathologischen Institut Hamburg

bestätigen. Das Verhältnis der primären Lungen-Rundherde (Frauen sieben Prozent, Männer in der Lit. unterschiedlich, etwa sieben bis fünfzehn Prozent aller Carcinome) bleibt sich typischerweise immer gleich und ist bei beiden Gruppen in den letzten 10 bis 20 Jahren nur minimal angestiegen, bei Männern und Frauen gleichzeitig und gleichmäßig. Angestiegen sind rapide nur bei Männern die zentralen Plattenepithel-Bronchial-Carcinome (30 bis 50 Prozent) und die bei Männern

häufigen (99,5 Prozent) und die bei Frauen sehr seltenen (0,5 Prozent) kleinzelligen Carcinome der Bronchien.

Was bedeutet die neue Nomenklatur?

Seit wir Ursprung, Lokalisationsmechanismus und Verlauf des Krebs durch die EISERNE REGEL DES KREBS kennen, ordnen sich die Phänomene auf eine frappierende Art und Weise, wie man sie von der EISERNEN REGEL DES KREBS auch fordern mußte (siehe Kasten).

Es gibt (im wesentlichen) drei Arten von Carcinomen im Respirationstrakt:

- a) zentrale Intra-bronchial-Carcinome (nur Männer) hist. Plattenepithel-Bronchial-Carcinome, Männer 30 bis 50 Prozent Frauen bis 0,09 Prozent
- b) Periphere-Lungenrundherd-Carcinome, Männer und Frauen, hist. Adeno-Carcinome (keine Beziehungen zum Bronchial-Baum). Zu dieser Gruppe gehören auch alle sogenannten Fernmetastasen-Lungen-Rundherd-Carcinome.
- c) Zentrales kleinzelliges Carcinom, Männer 19 bis 25 Prozent, Frauen 0,5 Prozent aller Carcinome.

Pleura-Carcinome, die in eine Gruppe gehören mit Mamma-Carcinom und oberen Mediastinal-Lymphknoten-Carcinom, sollen hier nicht behandelt werden.

Vom Konfliktlebensbedingung unterscheiden wir:

- a) Zentrale Bronchial-Carcinome (nur Männer) benötigen eine Konfliktverlaufsdauer von mindestens vier bis achtzehn Monaten (peribronch.-Kleinzell vier bis vierzehn Monate, Plattenepithel achtzehn Monate)
- b) Periphere Lungen-Rundherd-Carcinome benötigen eine Konfliktverlaufsdauer von drei bis sieben Monaten, bis der Patient es bemerken kann. Röntgenologisch diagnostizieren kann man es viel früher (drei bis sechs Wochen).

Fassen wir zusammen:

- a) Zentrale Bronchial-Platten-Epithel-Carcinome: nur bei Männern vorkommend, hist. Platten-Epithel-Carcinom, Konfliktlebensbedingung: allgemein menschlich, Manifestationszeit achtzehn Monate bis zu spontanen Symptomen, real vorhanden seit DIRK-HAMER-SYNDROM (DHS).
- b) Lungen-Rundherd-Carcinome: Bei Männern und Frauen vorkommend im Verhältnis 1:1 bis 1:2, histolog.: Adeno-Carcinom, Konfliktlebensbedingung Todesangst, Manifestationszeit drei bis sieben Monate bis zu spontanen Symptomen. Real vorhanden jedoch bereits schon seit DIRK-HAMER-SYNDROM, bei Männern und Frauen sehr langsam ansteigend.
- c) Kleinzellige Bronchial-Carcinome: bei Männern 19 bis 25 Prozent aller Carcinome, bei Frauen 0,5 Prozent aller Carcinome zusammen, bei Männern stark angestiegen, bei Frauen nur minimal angestiegen in Anbetracht der minimalen Zahl praktisch gar nicht.

Zusammenhänge zwischen EISERNE REGEL DES KREBS, vermeintlicher Carcinogenität und Rauchen:

Wenn Lungenkrebs vom Rauchen kommt, kann die EISERNE REGEL DES KREBS nicht stimmen.

Stimmt aber die EISERNE REGEL DES KREBS, dann kann Krebs nicht vom Rauchen kommen. In jeder Diskussion, die ich mit Vertretern der Schulmedizin zu führen hatte, zog schließlich der mir gegenüber-sitzende Professor den »Joker« aus der Tasche und sagte: »Also Herr Hamer, was auch immer stimmen mag an der sogenannten EISERNEN REGEL DES KREBS, aber Sie werden doch wohl nicht etwa abstreiten, daß Lungenkrebs vom Rauchen kommt? Also, wenn Sie das abstreiten, dann diskutiere ich nicht mehr mit Ihnen, dann sind Sie für mich disqualifiziert. Und so lange Sie das noch nicht widerlegt haben, glaube ich nicht an die EISERNE REGEL DES KREBS.«

Es geht darum, folgende Beweise zu erbringen:

1. Wenn Krebs nicht lokal vom Rauchen kommt, dann müssen die bisherigen »wissenschaftlichen Ergebnisse« fromme Irrtümer sein oder Fehlinterpretationen.
2. Wenn der Krebs nicht lokal vom Rauchen kommt, dann darf es auch statistisch keinen evidenten Zusammenhang geben zwischen Rauchgewohnheiten und Bronchial- und Lungenkrebs.

3. Stimmt dagegen die EISERNE REGEL DES KREBS, dann verlangt der Verfasser erheblich schärfere Maßstäbe: er fordert nicht nur eine exakte statistische Evidenz, sondern in jedem einzelnen Fall von zentralem Bronchial-Carcinom wie auch von peripherem Lungen-Rundherd-Carcinom muß die EISERNE REGEL DES KREBS exakt erfüllt sein, in jedem Fall!

Dabei kann der Zufall exakt sicher ausgeschlossen werden:

Schon drei Fälle, die »zufällige« nach den



Dr. Hamer: »Das ganze Leben dieser Welt ist ein einziges riesiges Experiment der Natur.«

äußerst präzisen Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBS verliegen, hätten eine bereits astronomische Unwahrscheinlichkeit des Zufalls.

Es dürfen aber nicht nur drei Fälle nach diesen präzisen Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufen, nein, es muß jeder, aber auch wirklich jeder einzelne Fall nach Kriterien dieser Art verlaufen.

Der Verfasser wird diese drei Beweise im Folgenden exakt erbringen:

Die Zusammenhänge von Rauchen und Krebs ließen sich nach den Ergebnissen der EISERNEN REGEL DES KREBS bereits ziemlich präzise vermuten: »Es gibt keine Zusammenhänge!« lautet das Ergebnis schlicht und einfach.

ad 1) teilen wir diesen Beweis in zwei Hälften ein:

a) zentrale Bronchial-Carcinom Plattenepith. und kleinzellige:

Es gibt nicht einen einzigen sogenannten »Tierversuch«, in dem man durch Beräuchern mit Zigarettenrauch oder Applikation von Zigaretten-Kondensat zentralen Bronchialkrebs auslösen konnte!

b) Es gibt nicht einen sogenannten »Tierversuch« mit Goldhamstern, in dem es gelungen wäre, Lungen-Rundherd-Carcinome statistisch signifikant durch Applikation mit Zigarettenkondensat zu erzielen, obgleich man die Tiere schier zu Tode gequält hat, was an dem rapiden Gewichtsverlust feststellbar war!

ad 2) teilen wir auch hier den Beweis in zwei Hälften ein:

a) zentrale Platt-Epith.-Bronchial-Carcinom

Da Frauen kein zentrales Platten-Epithel-Intra-Bronchial-Carcinom bekommen und auch nie bekommen haben, heute aber bereits seit 20 Jahren – etwa zu 70 Prozent Raucherinnen sind, braucht man darüber eigentlich kein Wort mehr zu verlieren. Wenn Frauen vom Rauchen evidenterweise keinen zentralen Platten-Epithel-Intra-Bronchialkrebs bekommen können, dann kann das Bronchial-Platten-Epithel-Carcinom (zentral) beim Mann logischerweise auch nicht vom Rauchen herrühren.

b) Peripheres Lungen-Rundherd-Carcinom:
In unseren Statistiken sind als periphere Lungen-Rundherd-Carcinome – im babylonischen Sprachgewirr unglücklichweise auch Lungen-Carcinom oder periphere Bronchial-Carcinome genannt – nur die sogenannten primären Lungen-Rundherd-Carcinome aufgeführt im Gegensatz zu den sogenannten sekundären oder sogenannten metastatischen Lungen-Rundherd-Carcinomen.

Das Verhältnis Männer zu Frauen ist dabei seit Jahrzehnten etwa konstant 1:1 bis 2:1 (durch Nomenklatur bedingt, in Wirklichkeit 1:1).

Da die Rauchgewohnheiten der Männer in den letzten 20 Jahren nahezu konstant geblieben sind, die Frauen aber inzwischen auf 70 Prozent zugenommen haben, das Verhältnis der Lungen-Rundherd-Carcinome Männer zu Frauen aber konstant geblieben ist, können auf jeden Fall die primären Lungen-Rundherd-Carcinome der Frauen mit Rauchen auch nichts zu tun haben. Dann aber können logischerweise auch die der Männer nichts mit Rauchen zu tun haben.

Subsummiert man nun aber sogar sinnvollerweise, wie es uns die EISERNE REGEL DES KREBS nahelegt, die sogenannten sekundären oder metastatischen Lungen-Rundherd-Carcinome, die ja mit den primären nach Lage und histolog. Aufbau völlig identisch sind, auch in die Gruppe der Lungen-Rundherd-Carcinome, so verändert sich, wie wir aus unseren Krebs-Metastasen-Statistiken etwa abschätzen können, das Verhältnis 4:3, das heißt, Männer bekommen häufiger primäre Lungen-Rundherd-Carcinome als Frauen, dafür bekommen die Frauen etwas häufiger sekundäre periphere Lungen-Rundherd-Carcinome. Zusammengekommen bekommen etwas mehr Männer periphere Lungen-Rundherd-Carcinome als Frauen. Aber das Verhältnis hat sich in den letzten Jahrzehnten nicht wesentlich verändert.

Ein leichter, aber für beide Geschlechter gleichmäßiger Anstieg ist zwar zu erkennen

und ist auch aus der Zunahme der Todesangst-Konfliktproblematik leicht verständlich. Aber der kann ja wohl kaum etwas mit den nur bei Frauen um 70 Prozent gesteigerten Rauchgewohnheiten zu tun haben. Folglich kann er überhaupt nichts mit dem Rauchen zu tun haben.

ad 3) Die EISERNE REGEL DES KREBS:
Die EISERNE REGEL DES KREBS hat so exakt präzise Kriterien, daß es schon an Hexerei grenzen würde, auch nur einen einzigen Fall zu finden, bei dem so etwas »zufällig« passen würde, was in jedem einzelnen Fall postuliert wird.

Die EISERNE REGEL DES KREBS muß deshalb mit beliebig großer Sicherheit jeglichen Zweifels beseitigen können, denn man kann ja beliebig viele Fälle auf dieses System hin untersuchen, und es muß immer stimmen!

Hat man zum Beispiel einen Patienten, bei dem man am 30. Juli aufgrund von subjektiven Symptomen ein Lungen-Rundherd-Carcinom diagnostiziert, dann muß der Patient um den Januar bis April herum ein ganz schweres Konfliktserlebnis von Todesangst gehabt haben, je nach Intensität des Konfliktes, mit dem er drei bis sieben Monate lang nicht fertig geworden ist, sondern an das er praktisch Tag und Nacht gedacht hat. Die Kriterien sind so präzise, daß es da gar keine Zufälle geben kann. Und in 1500 Fällen hat sich in jedem einzelnen Fall mit gesicherter histolog. Diagnose dieses System exakt bewährt. Da ist jeder Zufall ausgeschlossen.

Wendet man nun diese EISERNE REGEL DES KREBS an auf die Frage n, ob der Zusammenhang von Krebs der Bronchien oder der Lunge (Lungen-Rundherde) so muß man sagen:

Die Ergebnisse der EISERNEN REGEL DES KREBS decken sich genau mit den statistischen Ergebnissen über die Häufigkeit von Bronchial- und Lungen-Krebs. Lediglich die wissenschaftlichen »Kurzschlüsse«, die man daraus gezogen hatte, daß nämlich Lungenkrebs vom Rauchen kommen müsse, die waren gründlich falsch.

Nach den kausal-logischen Denkkategorien der naturwissenschaftlichen Medizin ist damit die Fehlinterpretation exakt widerlegt, daß Zigarettenrauchen und Krebs der Bronchien oder der Lunge, kurz: Krebs des Respirationstraktes, in kausalem Zusammenhang stehen.

Der Irrtum: »Lungenkrebs kommt vom Rauchen« hat nun, leider zum medizinischen Dogma erhoben, unendlich viele Folge-Kurzschlüsse nach sich gezogen. Man hat jahrzehntelang in der falschen Richtung gesucht, hat Milliarden für Krebszentren ausgegeben,

an denen Zellforschung betrieben wurde, hinsichtlich Krebs: ohne jegliches Ergebnis!

Durch die EISERNE REGEL DES KREBS aber werden die medizinischen Denkkategorien der letzten 100 Jahre über Nacht aus den Fugen geraten.

Denn den Ursprung des Krebs muß man nur nicht mehr an der Zelle der Peripherie suchen, sondern als Programmierungsfehler, als eine Art lokal begrenzten Kurzschluß im elektrisch-physiologischen »Kosmos des Gehirns«. Folglich muß man in Zukunft Zusammenhänge von fraglichen exogenen Noxen (Giften) und einer Krebsentstehung nicht mehr an der Zelle suchen sondern im Gehirn.

Für den Verfasser ist die EISERNE REGEL DES KREBS nur gleichsam ein Spezialfall in einem viel umfassenderen System der sogenannten medizinischen Systemerkrankungen. Da wir die meisten Krankheiten in der Medizin (ausgenommen Infektionen und mechanische Verletzungen) lediglich symptomatisch erklären können, Ursprung und Verlaufsfom sind aber unverständlich geblieben, hat sich der Verfasser die Frage gestellt, ob nicht viele oder sogar die meisten solcher »Systemerkrankheiten« nach gleichen, ähnlichen oder vergleichbaren Gesetzen wie der EISERNEN REGEL DES KREBS funktionieren könnten, also alle Präno-Symptomatik eines cerebralen Geschehens?

Im Falle der Vitiigo ist dem Verfasser dieser Nachweis bereits gelungen. Diese entsteht exakt nach der EISERNEN REGEL DES KREBS zum Beispiel bei Mädchen im vorpubertären Alter bei einem sehr starken Konfliktserlebnis im Sinne einer Störung eines positiven Vater-Tochter-Verhältnisses. Die Manifestationszeit beträgt sechs bis sieben Monate.

Entstehung des Krebs eventuell »multifaktoriell«?

Nach den naturwissenschaftlichen Denkkategorien ist immer von dem Prinzip der einfachsten Annahme auszugehen.

Zusatzfaktoren als Erklärung eines wie auch immer gearteten Geschehens sind nur dann notwendig und statthaft, wenn eine einfache Erklärung nicht ausreicht.

Im Falle der EISERNEN REGEL DES KREBS beziehungsweise der Krebsentstehung und des Krebsverlaufes aber ergibt sich dafür keine Notwendigkeit!

Zwar können die notwendigen Erklärungen (DIRK-HAMER-SYNDROME und die Manifestationsdauer) zu einer hinreichenden Bedingung werden, aber auch das ist ja letzten Endes weitgehend eine Frage der Diagnostik: Von einem »manifestierten Krebs« sprechen

Fortsetzung auf Seite 62

Fortsetzung von Seite 16

wir, wenn er subjektiv bemerkbar ist, also wenn man den seit dem DIRK-HAMER-SYN-DROM vorhandenen Krebs bemerken kann und bemerkt oder diagnostiziert. Wenn er zwischendurch »auf halbem Wege« inaktiviert wird durch Beendigung des Konfliktes, diagnostiziert man ihn meist nie (sogenannter inaktiver schlafender Krebs = »Krebs-narbes«).

Der Pathologe stellt allenfalls vielleicht später bei einer Sektion ein verkapseltes »Mikrocarcinom« fest, beziehungsweise eine »Krebs-narbes«, also ein eingekapselter Krebs. Die EISERNE REGEL DES KREBS ist einfach, klar und eindeutig, das heißt aber nicht, daß sie simpel ist: denn die Erforschung der Vorgänge im Gehirn wird Jahrhunderte in Anspruch nehmen und wird weit schwieriger werden als die (frustranten) Forschungen an der Zelle. Zum Beispiel: Die Heilung jedes Krebs geht einher mit einer Heilung im Gehirn.

Könnte die Krebsentstehung 10 oder 20 Jahre dauern?

Nach der EISERNEN REGEL DES KREBS erübrigt sich darüber natürlich jede Diskussion. Aber es gibt auch andere schlagende Gegenbeispiele: Mittlerweile kennen wir viele Tausende von Fällen – mit und ohne vorausgegangenen Todesangst – bei denen zum Zeitpunkt des Todesangst-Konfliktes oder kurz vorher Röntgenaufnahmen der Lunge angefertigt worden sind. Im Falle eines vorausgegangenen Carcinoms an anderer Stelle, z. B. Mamma-Carcinome, wird heute routinemäßig eine Röntgenaufnahme der Lunge gemacht.

In all diesen tausenden von Fällen ist stets vor dem Todesangst-Konflikterlebnis die Lungenaufnahme unauffällig. Spätestens sieben Monate später aber (spätester Zeitpunkt der subjektiven Beschwerden), wenn nicht zufällig vorher eine Röntgen-Aufnahme angefertigt wurde, findet man ein peripheres Lungen-Rundherd-Carcinome, sofern der Todesangst-Konflikt andauert hat, mit Spontan-Symptomen.

Es widerspricht den einfachsten naturwissenschaftlichen Kausalitätsprinzipien, anzunehmen, ein Lungen-Rundherd-Carcinome sei 19 Jahre symptomlos geblieben, um dann plötzlich

lich innerhalb eines halben Jahres (röntgenologisch drei bis sechs Wochen) so zu explodieren, und das stets nach demselben Schema wie in so vielen Tausenden von Fällen! Ganz und gar unwahrscheinlich!

Es sind übrigens in der Literatur Fälle von Lungen-Rundherd-Carcinomen bei 13jährigen und 16jährigen männlichen Jugendlichen beschrieben, eine ganze Reihe bei über 20jährigen. Es ist gänzlich aus der Luft gegriffen, diese Jugendlichen hätten von Kind an Krebs gehabt oder irgendwas mit Zigaretten zu tun gehabt. Dagegen ist es nur zu verständlich, daß auch Jugendliche – glücklicherweise wohl selten – Todesangst-Konflikterlebnisse haben können, die drei bis sieben Monate andauern.

Zusammenfassung

Der Verfasser, der auf der Grundlage von 1500 untersuchten Krebsfällen seine sogenannte EISERNE REGEL DES KREBS statuiert hat, sah sich gezwungen, sich mit dem Krebs der Bronchien und der Lunge zu befassen, weil die bisherige schulmedizinische Annahme, daß diese Arten von Krebs ursächlich vom Rauchen herrühren, im Gegensatz steht zu der EISERNEN REGEL DES KREBS.

Der Verfasser fand heraus:

1. Terminologie:

Die terminologischen Unterschiede oder Diagnosen sind geradezu babylonisch: Wild durcheinander gehen die Bezeichnungen: Bronchial-Ca., Lungen-Ca., zentrales Bronchial-Ca., peripheres Bronchial-Ca., primäres Lungen-Rundherd-Ca., sekundäres oder fernmetastatisches Lungen-Rundherd-Carcinome usw.

Am einleuchtendsten sind noch die histologischen Unterscheidungen:

- a) Plattenepithel-Carcinome = alle zentralen Intra-bronchial-Carcinome
- b) Adeno-Carcinome = alle peripheren Lungen-Rundherd-Carcinome
- c) zentrale kleinzellige peribronchiale Carcinome, bei Männern häufig 19 Prozent, bei Frauen selten (0,5 Prozent aller Carcinome).

2. Statistiken

Faßt man alle Diagnose-Statistiken, Mortalitäts-Statistiken und histologische Statistiken

zusammen, so ergibt sich folgendes einfaches Schema:

a) Plattenepithel-Carcinome = zentrale Intra-bronchial-Carcinome kommen zu 99 bis 100 Prozent nur bei Männern vor, heute wie früher (ca. 50 Prozent aller Carcinome zusammen)

b) Adeno-Carcinome = periphere Lungen-Rundherd-Carcinome, kommen bei Männern und Frauen vor. Die derzeitige Statistik nennt durchweg das Verhältnis Männer zu Frauen 1:1 bis 2:1 für das sogenannte primäre Lungenrundherd-Carcinome unverändert in den letzten Jahrzehnten.

Die sogenannten sekundären oder fernmetastatischen Lungen-Rundherd-Carcinome sind aber von der Lage und Histologie mit den primären absolut identisch – nach dem Konflikterlebnis entsprechend der EISERNEN REGEL DES KREBS ebenfalls.

Zählt man die primären und sekundären Lungen-Rundherd-Carcinome zusammen, dann ist das Verhältnis Männer zu Frauen etwa 4:3.

c) kleinzellige Carcinome, im Verhältnis Männer zu Frauen etwa 25 bis 50:1 vorkommend. Denn nach dem Konflikterlebnis bei Männern ist es ein menschlicher Konflikt. Vielleicht handelt es sich auch um zwei verschiedene histologische Typen (hormonaktive und hormonpassive).

3. EISERNE REGEL DES KREBS:

Alle zentralen Bronchial-Carcinome (der Männer) wie auch alle peripheren Lungen-Rundherd-Carcinome (der Männer und Frauen), gleichgültig, ob bisher als primär oder sekundär (metastatisch) bezeichnet, verlaufen exakt nach der EISERNEN REGEL DES KREBS.

a) Das zentrale Plattenepithel-Carcinome, das praktisch nur bei Männern vorkommt, entspricht in seinem Konflikterlebnis-Inhalt weitgehend dem des Mamma-Carcinoms bei Frauen!

Im Gegensatz zum Mamma-Carcinome, das eine Manifestationszeit von nur zwei bis drei Monaten hat bis zur für die Patientin subjektiv spürbaren Symptomik (Knoten 7 mm Durchmesser), hat das zentrale Bron-

chial-Carcinom beim Mann eine Manifestationszeit von 18 bis 19 Monaten. Während dieser Zeit muß der (allgemeine menschliche) Konflikt aktiv gewesen sein, entsprechend der EISERNEN REGEL DES KREBS.

- b) Das periphere Adeno-Lungen-Rundherd-Carcinom dagegen hat als Konfliktlebensinhalt die Todesangst, und zwar bei Männern und Frauen gleichermaßen. Die Manifestationszeit beträgt drei bis sieben Monate, bis der Patient es spontan bemerkt. Lange vorher aber kann man es schon durch eine Röntgen-Lungenaufnahme entdecken. Denn da ist es natürlich vom ersten Tag an, solange der Konflikt aktiv ist. Die Manifestationszeit richtet sich beim Todesangst-Konflikt sehr stark nach der Intensität des Konflikts! Die primären und sekundären oder auch »fernmestastatischen« Lungen-Rundherd-Carcinome unterscheiden sich in dieser Hinsicht absolut nicht. Sie sind überhaupt praktisch topographisch und histologisch identisch. Bei den sekundären Lungen-Rundherd-Carcinomen ist die Todesangst so gut wie

immer durch das Konfliktlebensinhalt ausgelöst, das für den Patienten in der Eröffnung der Diagnose seiner primären Krebserkrankungen besteht. Zum Beispiel: »Sie haben leider Brustkrebs«. Die Patientin fragt: »Herr Doktor, muß ich sterben?«

4. Rauchen und Krebs der Bronchien und der Lunge:

- a) Da inzwischen 70 Prozent der Frauen in USA und Deutschland rauchen, und noch immer keine Frau einen zentralen Plattenepithel-Bronchial-Krebs bekommt, kann dieser Krebs also mit Sicherheit nicht vom Rauchen kommen.
- b) Da das periphere Adeno-Lungen-Rundherd-Carcinom der Frauen, was die statistische Häufigkeit anbelangt, nur eine ganz geringe Zunahme gegenüber früher zeigt, die aber in gar keinem Verhältnis steht gegenüber der gewaltigen Zunahme der Rauchgewohnheiten der Frauen, kann das periphere Lungen-Rundherd-Carcinom bei Frauen ebenfalls nicht vom Rauchen kommen. Zudem gibt es Zigtausende von Fällen, sowohl mit sogenannten primären als auch noch mehr mit sekundären (sogenannten »fernmestastatischen«) Lungen-

Rundherd-Carcinomen, bei denen Röntgenbilder der Lunge exakt beweisen, daß sieben Monate vor dem Auftreten oder Diagnostizieren der Lungen-Rundherde mit Sicherheit noch kein krankhafter Lungenbefund vorgelegen hat! Auch dies ist ein exakter Beweis dafür, daß das Lungen-Rundherd-Carcinom mit Sicherheit nichts mit dem Rauchen zu tun hat.

- c) Die bisher sogenannten »Tierversuche« gingen davon aus, daß die Zigarettenrauchtoxine »lokal« wirkt, die Psyche eines Versuchstiers dafür folglich nicht berücksichtigt zu werden braucht (wie man früher annahm, Sklaven hätten keine Seele, oder Frauen, Neger, Indianer). Durch diese Fehlannahme kam man zu den Ergebnissen, die man sich eigentlich überhaupt nicht erklären konnte. Man fand, daß die Tiere (Goldhamster) unter Berauchung mit Zigarettenrauch teilweise einen rapiden Gewichtsverlust ohne Todesfolge hatte, aber länger lebten als die nicht berauchten Kontrolltiere. Nur das, was man gesucht hatte, nämlich Bronchial-Carcinome der Bronchien oder der Lungen, fand man nicht. Nicht ein einziges!

Aus der Tatsache aber, daß die bei dem Dauer-Streß zu Tode gequälten Tiere alle möglichen anderen Symptome zeigten, unter anderem auch einzelne Carcinome oder Präcancerosen an allen möglichen anderen Organen, folgerte man kurzschlüssig: Also macht Rauchen doch Krebs, dann eben bei Tieren keinen Bronchial- oder Lungenkrebs, den dafür eben beim Menschen. Wissenschaftlich ist diese Kurzschrift-Folgerung, bei der der Wunsch zu beweisen der Vater des Gedankens war, absolut unhaltbar.

Die statistischen und auch die tierexperimentellen Ergebnisse bestätigen in Wahrheit exakt die EISERNE REGEL DES KREBS!

P.S.: Histologische Diagnosen:

Die histologischen Diagnosen sind stark abhängig von dem gewonnenen Material.

Oft können sie nur cytologisch gestellt werden, oft läßt sich auch kein Gewebestückchen gewinnen zur histologischen Diagnose. Man kann vom Histologen nicht mehr verlangen, als das Präparat ergibt, das er zu untersuchen hat.

Ich habe einen Fall im Hamburger Klinikum gesehen, eine Patientin, die zunächst nach der cytologischen Diagnose unter Plattenepithel-Carcinom geführt wurde. Später wurde die Diagnose nach Untersuchung eines Gewebestückchens revoziert und endgültig umgewandelt in Adeno-Carcinom.

Das heißt: Wenn bei etwa 1 bis 1,5 Prozent aller Fälle bei Frauen ein Plattenepithel-Carcinom oder kleinzelliges Carcinom in der Literatur angegeben wird, dann liegt das im normalen Fehlerbereich.

Prof. Gross, Köln, und Prof. v. Wiechert, Marburg, sagten mir, sie glauben, ein Plattenepithel-Carcinom bei einer Patientin gesehen zu haben. Ich selbst habe noch kein echtes gefunden. Prof. Seifert, Direktor des Pathologischen Instituts der Universität Hamburg, sagte mir, es gäbe sie wirklich nicht oder nur höchst selten.

Damit soll aber keineswegs bestritten werden, daß es sie geben kann. Denkbar wären insbesondere Fälle von Patientinnen im Senium, Patientinnen nach Behandlung mit männ-



Dirk Hamer, dessen tragischer Tod Dr. Hamer, wie er sagt, »in eine andere menschliche Dimension« versetzte. Nach ihm ist das DIRK-HAMER-SYNDROM (DHS) benannt.

chen Sexualhormonen und Patientinnen mit Zustand nach Ovariectomie bds.

Ich warte darauf, daß einmal ein Pathologe eine größere Zusammenstellung von Fällen liefert, wobei diese klinischen Angaben mit aufgeführt sind.

Röntgenologische Aspekte:

Ist ein Prozeß hilusnah, jedoch im Lungengewebe, dann gilt er als zentral, ist es aber eigentlich nicht unbedingt. Sicherlich kommt es nicht allzu häufig vor. Meist aber sind die Lungen-Rundherde in der Peripherie zu sehen. In einigen histologischen Befunden, gerade bei Frauen, die ein kleinzelliges sogenanntes zentrales Bronchial-Carcinom hatten, las ich von einem »Einbruch in den Bronchus«. Die Tumoren hatten im hilusnahen Bereich bereits eine stattliche Ausdehnung (extrabronchial), ohne bis dahin das Bronchillumen verengt zu haben.

Im einzelnen Fall ist das manchmal wohl sehr schwer abzuschätzen. Aber man muß an solche Fehlermöglichkeiten – zumal bei einem geringen Anteil von 1 bis 1,5 Prozent – denken.

Entwicklungsgeschichtliche Aspekte:

Wenn der Zusammenhang zwischen Konfliktlebens und Krebsentstehung entsprechend dem DIRK-HAMER-SYNDROM und der EISERNEN REGEL DES KREBS richtig ist, dann muß es sich dabei um entwicklungsgeschichtlich uralte Zusammenhänge handeln.

Und wenn es richtig ist, daß die Art der Konfliktlebens der Frauen beim Mamma-Carcinom der der Männer beim Bronchial-Carcinom entspricht (allgemein-menschlich), dann wäre doch eigentlich vorstellbar, daß die beiden Krebsarten auch entwicklungsgeschichtlich verwandte Bereiche betreffen würden.

Wir alle wissen, daß sich die Stimmbox von Frauen nach genügender Testosteron-Applikation entsprechend »vermännlicht«. Das gleiche ist umgekehrt der Fall bei Männern, die mit Östrogenen behandelt worden sind. Wir wissen auch, daß sich bei diesen Vorgängen nicht nur das Stimmband, sondern auch die Schleimhäute des Kehlkopfes – und möglicherweise auch der Trachea und Bronchien – ändern.

Wir wissen weiter, daß das Ektoderm die Milchgänge der Brustdrüse bildet, und zwar durch Einstülpung. Wir wissen weiter auch, daß die Mund- und Rachenschleimhaut bis zur Tracheafalte ektodermalen Ursprungs ist und zwar durch Einstülpung.

Wir wissen ebenfalls, daß die Bronchial-Schleimhaut mehrere Arten von Zellen enthält, unter anderem hormonaktive Zellen (ACTH-produzierend).

Die Bronchien sind entodermalen Ursprungs. Es ist jedoch denkbar, daß ein Teil der bronchial-Schleimhaut beim Mann von dem ektodermalen Bereich der Trachea-Falte her »eingewandert« ist. Es ist weiter zu fragen, ob wir nicht die Einstülpungen des oberen Respirationstraktes im Mund/Rachen eventuell als eine Art von kranialer Fortsetzung der sogenannten »Milchleiste« bei den Säugtieren ansehen könnten. Ich habe schon eine Menge Fachleute darüber befragt, bisher konnte mir noch keiner eine Antwort darauf geben.

Die wissenschaftliche Redlichkeit:

Dortener will hat bei seinem Großversuch, in dem er 2160 syr. Goldhamster ein bis drei

Jahre lang mit Zigarettenrauch »beraucht« hat, nicht ein einziges Carcinom der Bronchien oder der Lunge gefunden.

Trotzdem hatte er schon offenbar vor dem Versuch gewußt, was dabei herauskommen mußte, denn der Versuch hat ja schätzungsweise 12 bis 15 Millionen Mark gekostet: Rauchen macht Lungenkrebs.

Und obwohl er bei den Tieren, die er am längsten beraucht hatte (über drei Jahre) kein einziges Kehlkopf-Carcinom fand und sogar sämtliche 2160 Tieren zusammen kein einziges Bronchial-Carcinom oder Lungen-Rundherd-Carcinom aufwies, schreibt er in der Zusammenfassung schlichtweg: »Nach chronischer Beatmung... wurden im Bereich des Kehlkopfes Leukoplakien verschiedener Schweregrade und Carcinome beobachtet.

Häufigkeit und Schweregrad der aufgetretenen Veränderungen waren eindeutig von Dosis und Zeit abhängig« (Zitat Ende).

Eine glatte Lüge. Genau das Gegenteil war der Fall, wie seine Tabellen aufweisen.

Jeder, der nur die Zusammenfassung liest, sagt: »Aha, Krebs der Lunge kommt vom Rauchen.

Ich nenne diese Art schlicht wissenschaftlichen Betrug!

Tierpsychologie:

Dortens wills Tabellen bestätigen, daß man bei Mäusen durch Berauchungsstraß offenbar Todesangst und damit Lungenrundherd-Carcinome in einzelnen Fällen »produzieren« kann, nicht so bei Goldhamstern.

Man braucht ja kein intellektuell akademischer Psychologe oder Hochschulmediziner zu sein, sondern lediglich einmal seinen gesunden Menschenverstand zu gebrauchen, um sich zu überlegen: Der Goldhamster wohnt in Erdhöhlen, dem macht Feuer normalerweise nichts aus. Sein Instinkt ist darauf nicht als auf eine Gefahr vorprogrammiert. Sah man aber z. B. im Mittelalter drei Mäuse in Panik aus einer Tür rennen, dann wußte man: es besteht größte Wahrscheinlichkeit, daß es irgendwo im Hause brennt. Der Instinkt der Mäuse ist auf die Gefahr des Feuers vorprogrammiert.

Meinen Gegnern stelle ich gerne »drei kleine Fragen, von denen nach keiner von bisher etwa 150 Professoren auch nur eine einzige beantwortet konnte:

1. Warum kann man in einem Organ keinen Krebs erzeugen, sobald das Organ vom Gehirn getrennt ist?
2. Warum hat man, außer nach Manipulationen oder nach Tumoreinbruch in die Vena Cava, z. B. nach nie Krebszellen im Blut fest-

stellen können, selbst beim ausgedehnten Krebs, obgleich die angeblich doch alle hämatogen verschleppt sein sollen?

3. Warum sind alle Lungenrundherde »Adeno-Carcinome«, obgleich sie doch als sogenannte »Metastasen«, die es nach der ERK nicht gibt, so viele verschiedene histologische Primär-Carcinome haben müßten?

Fällt Ihnen, lieber Leser, was auf? »Des Kaisers neue Kleider«, die noch niemand gesehen hat?

EISERNE REGEL DES KREBS ergibt:

Konfliktlebens allgemein-menschlicher Art führt

beim Mann nach 18monatiger konfliktaktiver Manifestationszeit zu zentralem Intra-Bronchial-Plattenepithel-Carcinom oder nach 4 bis 14monatiger konfliktaktiver Manifestationszeit zu kleinzelligem peribronchialen Carcinom.

bei der Frau nach zwei bis dreimonatiger konfliktaktiver Manifestationszeit zu Mamma-Carcinom oder (in 0,5 Prozent der Fälle nach 4 bis 14monatiger konfliktaktiver Manifestationszeit) zu kleinzelligem peribronchialen Carcinom.

Konfliktlebens Todesangst führt bei Mann und Frau nach spätestens siebenmonatiger konfliktaktiver Manifestationszeit zu peripherem Lungen-Rundherd-Adeno-Carcinom.

Kasuistik (drei typische Fälle):

1. Fall: Lungen-Rundherd-Carcinom, Zustand nach Mamma-Carcinom Univ.-FK, Kiel, Nichtraucherin, Röntgen-Thorax vor Konfliktlebens: o. B.

2. Fall: Katamnese, Lungen-Rundherd-Carcinom, Krls. Wasserburg/L., Raucher, Konfliktlebens: Todesangst nach Autounfall, Röntgen-Thorax vor dem Konfliktlebens: o. B.

3. Fall: Zentrales Bronchial-Carcinom, Med. Universitäts-Klinik Köln, müßiger Zigarrenraucher, Erlebnis: Streit mit seinem Schwager, Röntgen-Thorax vor dem Konfliktlebens: o. B.

Bei den Anamnesen der Fälle 1 und 3 waren die jeweils behandelnden Oberärzte der Klinik zugegen, die Katamnese des Falles 2 wurde von den Angehörigen und der behandelnden Klinik-Oberärztin erteilt.

1. Fall:

Einer 48jährigen Patientin war ihr Mann gestorben bei einem Narkosezwischenfall während einer Laparoskopie. Die Patientin hatte ihren Mann vorher dringend abgeraten, diesen Eingriff durchführen zu lassen, weil sie »ein so ungutes Gefühl dabei habe«.

Damit die Patientin sich keine Vorwürfe zu machen brauche, und auch aus einer gewissen Angst vor der Patientin verschwiegen ihr die Angehörigen die wahre Todesursache ihres Mannes und sagten, der Ehemann der Patientin habe plötzlich in der Klinik einen Herzinfarkt bekommen, daran sei er gestorben. Die Patientin nahm den Tod als gottgegeben hin, an einem Herzinfarkt kann schließlich niemand etwas machen.

Die Patientin war nach etwa zwei Monaten schon über den ersten Schmerz hinweg, da vertraute ihr ein Familienmitglied an, der Ehemann sei doch an dieser Laparoskopie gestorben, von der die Patientin ihrem Ehemann so sehr abgeraten hatte. Die Patientin sagt: »Als ich das erfuhr, erstarrte mein ganzes Wesen momentan zu Eis. Ich war unfähig, auch nur ein einziges Wort zu sagen, wie vom Blitz getroffen. Ein furchtbarer Zorn auf meine Angehörigen überkam mich, denn sie hatten mir wohlweislich die wahre Todesursache verschwiegen, weil sie selbst meinem Mann nämlich zu dem Eingriff zuge-



»Dortens will hat bei seinem Großversuch, in dem er 2160 syrische Goldhamster »beraucht« hat, nicht ein einziges Carcinom der Bronchien oder der Lunge gefunden.«

redet hatten, von dem sie wußten, daß ich ihn händelnd darum gebeten hatte, ihn nicht machen zu lassen, weil ich so eine furchtbare Ahnung hatte.«

In den folgenden Monaten blieb die Patientin wie erstarrt, konnte mit niemandem sprechen, hatte auf alle einen maßlosen Zorn und machte sich selbst die bittersten Vorwürfe, daß sie nicht noch mehr bei ihrem Mann insistiert hätte, es hätte ihm das Leben retten können, denn man hatte bei der Laparoskopie nichts Bösartiges gefunden.

Ihre Gedanken kreisten Tag und Nacht zwanghaft um diesen Konflikt der Selbstvorwürfe und des Zorns auf die Angehörigen, die sie völlig isolierten.

Gut zwei Monate später bemerkte die Patientin bei sich einen Knoten in der Brust: Krebs. Die Brust wurde amputiert, nachbestrahlt usw. Eine dabei angefertigte Röntgen-Aufnahme der Thoraxorgane ergab: völlig unauffälliger Befund! Die Patientin war Nichtraucherin.

Nun das Entscheidende: Die Patientin berichtet: »Herr Doktor, von dem Augenblick, als man mir sagte, ich habe Brustkrebs, habe ich eine panische Todesangst bekommen, daß ich auch sterben muß, wie mein Mann. Seither moche ich mir zwar immer noch Selbstvorwürfe wegen meines Mannes, aber

nach viel schlimmer sind seit der Ängste, die ich Tag und Nacht habe, daß ich sterben muß. Sie sind der erste, dem ich das sage, ich kann bis heute noch immer nicht mit jemand darüber sprechen.

Exakt sieben Monate, nachdem ihr die Diagnose mitgeteilt worden war, wurden bei einer erneuten Röntgen-Untersuchung wegen Dyspnoe bei der Patientin multiple Lungen-Rundherd-Carcinome festgestellt. Auch das Mamma-Carcinom war lokal progredient.

Ich schlug in meinem Protokoll über diesen Fall dringend vor, die Patientin einer sofortigen Hypnose-Therapie zu unterziehen. Statt dessen wurde die Patientin mit Zytostatika behandelt. Das Lungen-Rundherd-Carcinom war in diesem Fall eindeutig ein eigenständiges neues Carcinom, das exakt der EISERNEN REGEL DES KREBS gefolgt war. Der Röntgen-Thorax-Befund war acht und neun Monate vorher nachweislich o. B.

2. Fall:

Dieser Fall ist aus der Med. Universitäts-Klinik Köln, der in Gegenwart des Oberarztes eruiert wurde. Ein damals 52-jähriger, kurz vorher wegen Durchblutungsstörungen der Beine vorzeitig pensionierter Bademeister, bekam 1977 mit dem Ehemann bzw. Witwer seiner ein Jahr zuvor verstorbenen Lieblingsschwester, mit der er seit vielen Jahren in herzlichem Einvernehmen zu Zoon an Zoon gewohnt hatte, einen furchtbaren Streit über den Zoon. Dabei beschimpfte ihn der Schwager maßlos und warf ihm voller Wut eine schwere Eisenplatte über den Zoon hinweg gegen das Knie, wie der Patient meint, zum ihn komplettig zu machern.

Seit dem akuten Konfliktereignis, das für den Patienten zum zentralen Konfliktereignis wurde und ihn, wie er sagt, momentan erstarren ließ, keines Wortes mehr fähig, mit rasendem Schmerz und von seinem Gegner durch den Zoon getrennt, also auch am Gegenangriff gehindert, kreisen seine Gedanken fast einzig und allein um seinen Gegner, der zudem noch keine Gelegenheit ausläßt, ihn zu verhöhnen. Mit seiner Frau konnte der Patient nie darüber sprechen, es wurde ihm zu sehr. Er hat bereits in seinem Garten einen 30 m langen Parallel-Zoon zu dem Grundstück seines Schwagers gezogen, damit er den Zoon nicht mehr berühren muß.

Auch ein Gerichtsverfahren endete mit einem Sieg des Schwagers, weil der Patient keine Zeugen hatte. Nun brüllte er Tag und Nacht in geradezu neurotischen Zwangsdanken über den Schwager nach. Wenn er es gar nicht mehr aushält, fuhr er für vier Wochen nach Italien, allein, da war es etwas besser, aber kam zurück, was es wieder doppelt schlimms, das häßliche Gesicht des Schwagers sehen zu müssen.

Unmittelbar vor dem Konfliktereignis und auch etwa ein Jahr nach dem Konfliktereignis (anlässlich eines Sympathiekonzepts) wurden reichlich Röntgen-Aufnahmen der Thoraxorgane gemacht: alle völlig o. B. Exakt 19 Monate nach dem Konfliktereignis, das überhaupt das allerschlimmste war, das der Patient je erlebt hatte, wurde ein Plattenepithel-Carcinom des rechten Oberlappenbronchus festgestellt, nachdem der Patient wegen Stichen in der Brust und Dyspnoe zum Arzt gegangen war. Da es infiltrativ wachsend war, konnte es zu diesem Zeitpunkt durch das Röntgenbild festgestellt werden.

3. Fall:

Ein 53-jähriger Patient aus Bayern wurde im Juni 1978 anlässlich einer gründlichen Durchuntersuchung als völlig gesund befunden. Eine Röntgen-Thorax-Aufnahme, von einem Röntgenologen beurteilt, ergab: völlig unauffälliger Befund.

Am 3. August 1978 hatte der Patient in einer einsamen Gegend einen Autounfall. Er verlor die Kontrolle über seinen Wagen, prallte gegen eine Leitplanke und wurde bis etwa zum Bauchnabel (untere Extremitäten und Becken) vollständig im Auto eingeklemmt. Er blutete stark. Die Ehefrau, die auf dem Beifahrersitz gesessen hatte, wurde herausgeschleudert, blieb unverletzt. Sie rannte in wilder Panik los, um Hilfe zu holen, mußte aber nachts über eine Stunde durch den Wald laufen, bis sie das nächste Haus fand, von wo man nach einem Rettungswagen telefonieren konnte.

In dieser Zeit saß der Patient blutend, eingeklemmt, bei Bewußtsein im Auto, er hing, genauer gesagt. Er war in panischer Todesangst. Nach etwa einer Stunde verlor er das Bewußtsein und glaubte, zu sterben.

Nach etwa eineinhalb bis zwei Stunden kam endlich eine Rettungsmannschaft, befreite den inzwischen bewußtlosen Patienten und brachte ihn in ein Krankenhaus. Nach vier Wochen konnte er entlassen werden. Die Verletzungen waren gar nicht so schlimm.

Aber seine Schwester berichtet: »Der Patient wachte nun fast jede Nacht aus wilden Todesangst-Träumen auf, sein Schlafanzug war jedesmal zum Auswringen naß. Immer und immer wieder sah er sich im Traum in dem Auto hängen und das Bewußtsein langsam schwinden. Und immer und immer wieder starb er im Traum aufs neue.«

Nach exakt sieben Monaten wurde eine erneute Lungenaufnahme gemacht, weil der Patient über Schmerzen in der Brust und Dyspnoe klagte.

Man stellte doppelseitig ausgebreitete Lungen-Rundherde fest, von denen keiner sieben Monate vorher (auf den Aufnahmen anlässlich des Unfalls) und neun Monate (anlässlich der Untersuchung) auf den Röntgenbildern zu sehen gewesen waren (11. Februar 1979). Der Patient starb am 10. März 1979. Die Krebserkrankung war exakt der EISERNEN REGEL DES KREBS gefolgt.

Diskussion der Kasuistik:

Jeder Arzt, der Röntgenenerfahrung hat, weiß, daß man ein zentrales, intrabronchial wachsendes Bronchial-Carcinom schon einige Zeit übersehen könnte, wenn auch sicherlich nicht 19 Jahre lang.

Daß man aber gleichzeitig zehn oder 20 Jahre lang wachsende Lungen-Rundherd-Carcinome neun oder 19 Jahre lang auf dem Röntgenbild übersehen könnte, ist völlig unsinnig.

Dem Patienten in Fall 3, der Raucher war, hat man dann gesagt, ja, der Krebs käme wahrscheinlich doch vom Rauchen, dauere aber 20 Jahre ... so etwas ist nicht nur unwissenschaftlich, sondern wirklich unsinnig!

Dagegen liegt doch klar auf der Hand, daß diese Fälle eindeutig einem System folgen,

nämlich der EISERNEN REGEL DES KREBS.

Und entsprechend ist auch die Manifestationszeit bei zentralem Bronchial-Carcinom 18 bis 19 Monate, bei Lungen-Rundherd-Carcinom drei bis sieben Monate und bei Mamma-Carcinom ca. zwei bis drei Monate. Auch der Konfliktinhalt stimmt in jedem einzelnen Fall: Bei Mamma-Carcinom und zentralem Bronchial-Carcinom allgemein menschliche Konflikte, bei Lungen-Rundherd-Carcinom: Todesangst!

Hinzu kommt noch etwas Wichtiges:

Alle meisten, nach bisheriger Terminologie als »Lungen-Fermetastasen« deklarierten Lungen-Rundherd-Carcinome, sind ja in unseren Lungen-Carcinom-Statistiken gar nicht aufgeführt. Sie alle aber sind Adeno-Carcinome und alle verlaufen exakt der EISERNEN REGEL DES KREBS entsprechend. Bei all diesen sogenannten Metastasen, die nach meinem Verständnis neue Carcinome aufgrund neuer DIRK-HAMER-SYNDROME sind und streng nach den Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBS verlaufen, haben wir Röntgenaufnahmen der Lunge, die routinemäßig zur Zeit der Feststellung des Erstcarcinoms gemacht worden sind.

Alle zeigen normalen Befund. Da die meisten dieser Patienten durch die Eröffnung der Diagnose »Krebs« (hier DIRK-HAMER-SYNDROM) in die Todesangst geraten, sehen wir meist nach drei bis sieben Monaten – sofern zwischendurch keine Lungenaufnahmen gemacht wurden, die typischen Lungen-Rundherd-Carcinome auftreten.

Ein schlagender Beweis!

Literaturhinweise:

- Hammer, B. G. (ed.): Das HAMER-SYNDROM (basierend nach DIRK HAMER) und DIE EISERNE REGEL DES KREBS, Oktober 1981, Universitäts-Bibliothek Marburg/Lahn.
- Oertel, U. (ed.): Bestätigung über 15 untersuchte Fälle von Carcinom, Carcinom und Mamma-Ca, 10. Dezember 1981, Universitäts-Bibliothek Marburg/Lahn.
- Michelson, W. (ed.): Gynäkologische Onkologie und Onkotherapie Band 1, Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien, 1981.
- Hammer, B. G. (ed.): Studies of Japanese migrants. Mortality from cancer and other diseases among Japanese in the United States, J. Nat. Cancer Inst. 43 (1974).
- Universitäts-Klinik, Hamburg-Eppendorf: Diagnose-Listen über Lungentumore der Jahre 1950 bis 1980.
- Dortner-Bell, L.: Untersuchungen über den Effekt der chronischen Zigarettenrauchexposition beim synchrone Goldhamster und über die Bedeutung des Virus A auf die bei Bronchien- und Lungenkrebsentstehung. Z. Krebsforschung 89, 153-160 (1977).
- Vihuri, Ch., K. Holzer: Der Zeitblutdruck bei der Diagnose bei weiblichen Lungentumoren (Proc. Pneumol. 34, 1980).
- Lock, W. (ed.): 105 Jahre Mortalitätsstatistik. Ein Beitrag zur Epidemiologie der Krebserkrankung. Sonderdruck München: Med. Wochenschrift, März 1981.
- Pommert, R. u. W.: Das Bronchialcarcinom bei der Frau. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 60. Jahrgang, H. 12, 1966.

Kontakt Dr. Hamer:
Hans Dammersmoor,
Dammersmoorweg 17,
2730 GYHUM,
Telefon (042 86) 13 30
Spendenkonto Nr. 3921442
Commerzbank Marburg

Einige Gedanken zum Dirk-Hamer-Syndrom

Durch die am 25. 10. 1983 um 21.00 Uhr ausgestrahlte Sendung »Panorama« sehe ich mich gezwungen, mich einmal zur Sache zu melden.

Vor einiger Zeit habe ich Herrn Dr. Hamer eine Patientin vorgestellt. Sie wollte sich nicht auf die übliche Art und Weise behandeln lassen (Operation, Radiumeinlagen usw.). Die Patientin ist 42 Jahre alt, also eine Frau in den besten Jahren, wie man zu sagen pflegt. Die Diagnose lautete Kollum Ca.

Da ich als Heilpraktiker in diesem Bereich keine Befugnisse habe, blieb mir auch keine andere Wahl, als die Patientin abzugeben.

In der Erwartung, wer sich wohl hinter der Person Dr. Hamer verbergen möge, wurde ich angenehm überrascht. Ich fand einen von humanistischen und ideellen Eigenschaften durchdrungenen Menschen vor, der auch seine Patienten notfalls selbst vom Bahnhof abholt oder zum Röntgenologen fährt. Im Prinzip ein Arzt, wie man ihn sich nur wünschen könnte. Jedoch hat dieser Mann einen Fehler, so sehen es wenigstens die meisten seiner »Kollegen«: er stellt die Dinge auf den Kopf, die schon seit vielen Jahren unumstößlich feststehen. Er erschüttert praktisch die Säulen der »Onkologie«. Er behauptet einfach, wenn ein Mensch eine »tödliche Krankheit« erfährt oder zutiefst verletzt wird, er sich also aufgrund dieses Konfliktes Tag und Nacht damit auseinandersetzen muß, in seinem Kopf etwas entsteht, was er den Hamerschen Herd nennt. Er hat sie mir gezeigt, diese Hamerschen Herde, wie sie kommen und auch wieder gehen. Das tun sie ganz plötzlich, niemand hat sie je wachsen sehen, wie man das etwa von Metastasen kennt. Das heißt, wenn dieser Konflikt gelöst ist, dann verschwindet der Herd wieder. Wenn das so ist ..., doch da ist mehr. Eben genau dieser Herd bringt Impulse oder wie man es sonst nennen mag, in einen Organbereich und das nach einem ganz genau und immer wiederkehrenden System, und dieser Bereich entzieht sich der allgemeinen Ordnung des Organismus und entartet. Wir nennen das Krebs. Das heißt also, alle Theorien zum Thema Krebs, ich darf ruhig so sprechen, denn es waren ja bisher alles nur Theorien, sind von heute auf morgen ungültig. Wir haben uns völlig falsch ver-

halten und wahrscheinlich sogar schuldig gemacht an all den Menschen, die sterben mußten. Denn bisher galt es als unumstößlich: Gegen Krebs gibt es keine sichere Methode, weder die von der sogenannten Schulmedizin und auch nicht so manch andere Außenseitermethode. Wenn es aber so einfach ist wie von Dr. Hamer beschrieben, dann ist es unsere Pflicht, diese Methode aufzugreifen und auch damit umzugehen begreifen. Es wäre die Möglichkeit, wirklich helfen zu können. Aber ich vergaß ja, sie ist ja doch nicht so gut, wenn man »Panorama« Glauben schenken darf. Von 40 behandelten Patienten sind ja 38 gestorben. Doch die größte Frechheit dieses »Moderators« bestand darin, daß er einfach 1460 Patienten unterschlagen hat, genau die noch leben. Das wären drei Prozent der verstorbenen sind. Bei einer solchen Recherche kann ich nur den Kopf schütteln und sagen: Was ist aus uns geworden, daß wir die Wahrheit so einfach unter den Tisch fallen lassen. Nehmen wir alles gläubig auf, was uns diese Herren servieren? Fast scheint es so. Ich habe zum Beispiel vermißt, was die Todesursache der einzelnen Patienten war, ich habe nur von einer gehört. Es handelte sich um Lungenherde. Wer sich mit dem System Hamer beschäftigt hat, weiß, daß durch Angst Lungenrundherde entstehen können. Vielleicht sind sie ausgelöscht worden durch wohlmeinende Ratschläge oder Prophezeiungen, durch Freunde, Bekannte, Ärzte und andere, die es nur »guts meinten und so den Patienten wieder in seine Angst drängten, aus der er sich zuvor durch die Therapie befreien ließ. Es folgten dann die sogenannten Metastasen, die möglicherweise gar keine sind. Ich weiß genau, was ich da behaupte, denn ich habe viele Computertomogramme und Röntgenaufnahmen betrachtet. Man kann den Verlauf genau verfolgen.

Der Feinreiß halber mußte man nun einem solchen Mann die Möglichkeit geben, so etwas zu beweisen. Die deutsche Krebshilfe unter Frau Dr. Scheel hat in all den Jahren nichts zustande gebracht, was als ernsthaft bahnbrechend bezeichnet werden könnte. Hier wäre jetzt ein Befähigungsfeld für sie. Doch wird ein totales Umdenken erforderlich sein; so wie es bisher war, kann es nicht bleiben. Wahrscheinlich werden die Onkologen umschulen müssen, die Operationssäle

werden nicht mehr ausgelastet sein, die Pharmaindustrie bleibt auf ihren Giften (Cytostatica) sitzen. Manch eine Frau wird ihren Brüsten nachweinen, die sie dann auf dem Altar der Wissenschaft geopfert hat. Was wird aus den kastrierten Frauen, die die Praxen der Psychiater in Beschlag nehmen, weil sie den Verlust ihrer Weiblichkeit nicht verwinden können? Man darf gar nicht darüber nachdenken, was die Herren Professoren sagen werden, wenn sich herausstellt, daß ihre Habilitationen zum Thema Krebs nichts als bärer Unsinn waren. Es kann ja immer nur eine Theorie stimmen, eben die, die auch wirklich hilft. Es ist wohl besser, es bleibt alles so, wie es war, denn das Ausmaß der Folgen bei der Anerkennung der Hamerschen Therapie ist nicht abzusehen.

Wir Heilpraktiker haben uns zur Aufgabe gestellt, den Menschen ohne Ansehen der Person zu helfen, der eine mehr, der andere etwas weniger. Wenn aber etwas die Medizin weitergebracht hat, dann waren es immer die Außenseiter und nicht die Dogmatiker. Ihnen war der Blick für das Ganze schon immer versperrt. Wir haben auch keinen Eid geleistet, der uns dazu verpflichtet, zu helfen ohne zu schaden. Ganz zu schweigen von denen, die eine fremde Behandlungsmethode gar nicht erst zu Kenntnis nehmen, auch wenn sie nicht das Geringste davon verstehen. Oft kann nicht sein, weil es nicht sein darf. Darum wird wohl ein Mann wie Dr. Hamer so fertig gemacht. Es müßte zuviel geändert werden, es würden zu viele Fragen gestellt, man wäre um zu viele Antworten sehr verlegen.

Meine Meinung ist: geben wir dieser Methode eine Chance. Sie zeigt auf, daß es eben doch nicht ausreicht, nur ein paar Pillen zu verabreichen, und alles stimmt wieder. Jeder Patient ist so individuell wie nur irgend möglich zu behandeln. Jeder Mensch hat sein ganz besonderes Schicksal. Und nicht zuletzt ist keiner wie der andere, auch wenn es auf dem Sektionsstisch so aussieht. Wer immer nur Steine sucht, wird immer nur Steine finden. Nur der wird zum Erfolg kommen, der auch mit den Sorgen und Notizen des Patienten umzugehen versteht und das sind leider nicht allzu viele. Oft reicht es schon aus, richtig zuzuhören. Nicht sich selbst in den Vordergrund stellen, der Patient ist die Hauptperson, das ist die erste Regel.

Hp Werner Schwarz, 5810 Witten

DIE EISERNE REGEL DES KREBS

Schulmediziner scheuen eindeutige Stellungnahme

Fernschreiben aus Haus Dammersmoor, 2730 Gyhum, den 7. Dezember 1983

Über die Präsentation der Untersuchungs- und Behandlungsmethode von Dr. med. Rycke Geerd Hamer, Arzt für Innere Medizin in Gyhum

Sieben Ärzte haben in der neunstündigen Sitzung am 6. 12. 1983 in Gyhum an Beispielen von 15 vorgestellten Patienten und deren Befunden die Untersuchungs- und Behandlungsverfahren von Dr. med. Rycke Geerd Hamer diskutiert. (Fernschreiben an dieser Stelle unvollständig, die Redaktion) Der positive Einfluß einer seelischen Führung der Krebskranken trat dabei ein.

Die von Dr. Hamer vorgetragene »Eiserne Regel des Krebs« konnte in ihrer Strenge nicht nachvollzogen werden. Nach den vorliegenden Beratungsergebnissen kann die von Dr. Hamer vertretene Therapie die bisher bewährten Behandlungsmethoden krebserkrankter Patienten unterstützen, aber nicht ersetzen. Dr. Hamer wurde von dem Ergebnis der Beratung der beteiligten Ärzte verständigt. Er wurde davon unterrichtet, daß das vorstehende Ergebnis veröffentlicht wird.

Professor Dr. med. Uwe Bär, Oldenburg, Innere Medizin
Dr. Vitaliano Clementi, Bologna, Italien, Internist, Innere Medizin und Kardiologie
Primarius Dr. med. Walter Ebner, Brixen, Italien, Chirurgie
Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Hahn, Hannover, Allgemeine Medizin
Privatdozent Dr. med. Hans Jochen Illiger, Oldenburg, Innere Medizin (Onkologie)
Professor Dr. med. Hans Stefan Stender, Hannover, Radiologie
Dr. med. Ernst Eberhard Weinhald, Stade, Allgemeine Medizin,
Vorsitzender der Ärztekammer Niedersachsen, Bezirksstelle Stade.

Kommentar von Dr. med. Hamer

Dr. Hamer hat dem ärztlichen Schiedsgericht in derselben Nacht vom 6. auf den 7. Dezember 1983 mitgeteilt, daß er das Urteil ablehnt. Er hält es für ein kleinkariertes Diktat eines Tribunals – soweit es die deutschen Teilnehmer betrifft – das dem Verlauf der Verhandlung in keiner Weise gerecht wird und sich gewunden hat, die Wahrheit einzugestehen. Die italienischen Ärzte, Primarius Professor Dr. Ebner und Internist Dr. v. Clementi, n.v. Bogna hatten beantragt, das Schiedsgericht möge beschließen; Dr. Hamer könne mit seinem lückenlos schlüssigen System sehr wohl recht haben und wirklich die Zusammenhänge des Krebs entdeckt haben. Insbesondere würden – trotz gegenteiligen Antrags der italienischen Ärzte – die Hamer'schen Herde, über die sicherlich vier Stunden diskutiert wurde, im Urteil mit keinem Wort erwähnt, auch wurde nicht dokumentiert, daß in allen vorgestellten Fällen, sogar für Zweit- und Drittkarzinome die Voraussetzung erfüllt war. Dr. Hamer ist erbstot darüber, daß die deutschen Teilnehmer der Jury nach seiner Meinung, außer Professor Stender, schon samt und sonders mit der gefaßten Absicht gekommen waren, Dr. Hamer zu kippen und die Position der Schulmediziner aus der Schlinge zu ziehen. Dieses Tribunal des deutschen Teils der Jury wurde der bedrückenden Tatsache nicht gerecht, daß weiter täglich viele Menschen unnötigerweise sterben.

Die Patienten in Gyhum haben den deutschen Ärzten einmütig ihre Mißbilligung und Verachtung ausgesprochen. Sie beklagten sich darüber, daß sie durch die gesteuerte Presse mit Wissen des niedersächsischen Sozialministeriums und der Ärztekammer Niedersachsen vom 18. August bis 7. Dezember 1983 unter pausenlosen Psychoterror gesetzt waren, unter dem eine Reihe von Patienten gestorben ist.

Unterschrift aller Patienten und von Dr. med. Rycke Geerd Hamer

H A M E R'sche H E R D E statt "HIRNMETASTASEN" !

Das letzte diagnostische Mosaiksteinchen zur EISERNEN REGEL DES KREBS
ist gefunden.

Die EISERNE REGEL DES KREBS besagt:

1. Jeder Krebs entsteht bei einem DHS (DIRK-HAMER-SYNDROM)
2. Der Konflikthalt bestimmt die Lokalisation des Krebs.
3. Der Konfliktverlauf entspricht dem Verlauf der Krebserkrankung.

Diese 3 Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBS sind nur dann denkbar, wenn die eigentliche Krankheit "KREBS" im Grunde eine Krankheit des Gehirns und der menschlichen Seele ist, ein "Programmierungsfehler" des Gehirns, wie es der Verfasser bereits im Sept. 81 im Bayerischen Fernsehen und im ital. Fernsehen Rai und in seiner Habilitationsschrift genannt hatte, bzw. ein Feldeinbruch des Gehirns im elektrophysiologischen Sinne, der durch eine Konfliktlösung (Conflictolyse) mindestens soweit reversibel ist, als nach der Conflictolyse keine Fehlcodes mehr an die betroffene Peripherie gelangen. Denn nach der Conflictolyse stoppt das Krebswachstum sofort. Der Krebs im Körper ist folglich nur Symptom der eigentlichen Erkrankung im Gehirn: eben des Feldeinbruchs im Gehirn, der beim DHS, also einem allerschwersten, dramatisch-akuten und isolativen Konflikterlebnis entstanden ist. Quasi ein psychogen ausgelöster, hirnnorganisch manifestierter Kurzschluß in der Befehlszentrale, dem Riesencomputer Gehirn bei Mensch und Tier. Seit Sept. 81 fahndet der Verf. fieberhaft nach dem cerebralen Substrat, dem handfesten hirnnorganisch faßbaren Korrelat dieses sichtbaren Krebsgeschehens in den peripheren Bereichen des Körpers. Jetzt endlich hat er es zweifelsfrei nachweisen können - und es wurde eine staunenswerte Überraschung, um nicht zu sagen: geradezu atemberaubende Sensation für die gesamte medizinische Fachwelt: Das, was alle Welt bisher für "Hirnmastasen" gehalten hat, waren nichts anderes als die von Hamer gesuchten, inzwischen von den Fachkollegen der Computertomographie ironisch als die "komischen HAMER'schen HERDE" bezeichneten Gebilde im Gehirn, die man oft im Zusammenhang mit Krebs gesehen hat und deshalb als Mastasen bezeichnet hat, obgleich niemals jemand einen solchen HAMER'schen Herd je hat wachsen sehen. Schon haben einige Professoren der Computertomographie die Thesen des Verfassers bestätigt: "Mastasen, die nicht wachsen, sind keine Mastasen, denn "Mastasen" sind als wachsende Tumoren definiert. Tumore aber, die nicht wachsen, sind keine Tumore. Außerdem sehen wir stets, daß die HAMERSCHE HERDE stets unmittelbar nach der Conflictolyse im Stadium der Reparation als Ausdruck dieser Heilung mit einem perifocalen Oedem umgeben sind und diskrete Hirnsymptome verursachen: Brechreiz, Benommenheit, Schwindel, Kopfschmerz, Doppelsehen oder ähnliches. Die Koinzidenz dieses perifocalen Oedems um die Hamer'schen Herde im frischen reparativen, postconflictolytischen Stadium ist so eindeutig und jetzt bereits so oft nachgewiesen, daß sich jeder Zweifel ausschließt. Der letzte diagnostische Baustein und zugleich der unumstößliche und zwingende Beweis für die EISERNE REGEL DES KREBS ist erbracht !

Die Entdeckung der EISERNEN REGEL DES KREBS war eine einzige große Induktion: fast mathematisch genau und folgerichtig zwingend ging der Verf. von einem eigenen Erlebnis, dem Tod seines Sohnes DIRK, aus, das für den Verf. hochkonfliktiv, hochdramatisch und das allerschlimmste Erlebnis war, das er je erlebt hatte, dazu hatte es ihn in völliger Isolation getroffen, inmitten zumeist feindlich gesonnener Ärzte und Schwestern am Bett seines sterbenden Sohnes DIRK.

Der Konflikt dauerte an. Wenige Wochen später spürte der Verf. eine Hodenschwellung träumte jede Nacht von dem furchtbaren Erlebnis, konnte auch zunächst nicht darüber sprechen, daß er sich Vorwürfe machte, seinen DIRK nicht aus der Heidelberger Klinik wegverlegt zu haben, als es möglich war, aus dieser menschlich so grauenhaften erbarmungslosen schulmedizinischen Atmosphäre.

Mehr als 2 Jahre später untersuchte der Verf. als Oberarzt an einer Krebsklinik 50 Patientinnen mit Mamma-Carcinom und fand, daß alle Patientinnen etwa 2 bis 3 Monate vorher ein ähnlich schweres, dramatisches und isolatives Konflikt Erlebnis gehabt hatten, bevor sie ihren Knoten in der Brust von der Größe etwa 7 mm Durchm. bemerkt hatten.

Später fand Verf. heraus, daß jeweils einem bestimmten Konfliktinhalt eine bestimmte Krebslokalisation zugeordnet war. Und schließlich, daß der Verlauf des Konfliktes dem Verlauf der Krebserkrankung entsprach.

Diese Zusammenhänge des Krebsgeschehens heißen inzwischen "EISERNE REGEL DES KREBS".

Einen Sinn gibt das ganze System der EISERNEN REGEL DES KREBS nur dann, wenn die Fehlsteuerung des Krebsgeschehens vom Gehirn kommt, dem Träger der Seele oder Psyche bei Mensch und Tier. Nur dann nämlich ist es möglich, daß ein Konflikt - Erlebnis-Inhalt oder kurz Konfliktinhalt genannt, die Lokalisation des Krebsgeschehens im Körper terminieren kann, oder daß der Konfliktverlauf als psychisches Phänomen den Verlauf der Krebserkrankung bestimmt. Deshalb postulierte der Verf. schon im Sept. /Okt. 81: Der Krebs ist in Wirklichkeit ein Programmierungsfehler im Gehirn bei Mensch und Tier, ein Feldeinbruch im elektrophysiologischen Sinne. Dieser Schluß war nach causal-logischen Denkkategorien der Naturwissenschaft einfach zwingend.

Eigentlich wäre nichts einfacher gewesen, als eine solche Gesetzmäßigkeit, die ja die EISERNE REGEL DES KREBS darstellt, innerhalb von Tagen zu überprüfen. Dann hätten wir rasch alle Patienten, die an Krebs erkrankt sind, nach dieser neuen Methode therapieren können. Denn aus dem 3. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS folgt ja zwingend: Wenn der Konflikt stoppt, stoppt auch der Krebsverlauf, weil sich diese beiden "Parameter" exakt entsprechen.

Das aber, was seit dem Okt. /Nov. 81 geschehen ist, ist ein einziges Trauerspiel: Motiviert und induziert von den Agenten, Helfern und Anwälten der europäischen Königsfamilien, die den Prozess gegen ihr Mitglied, den Mörder meines Sohnes DIRK verhindern wollten, mußte ich seit 2 Jahren einen Slalomlauf durch Neid, Arroganz und Ignoranz (Tübinger Syndrom) und durch jede Art von Bosheit und Niedertracht zu bestehen. In dieser Zeit sind viele Millionen von Patienten am Krebs gestorben, die zumeist nicht hätten sterben brauchen.

Nun lief es in den letzten Jahren ab wie im Märchen: Immer neue Aufgaben sollte Verf. lösen, wobei man hoffte, daß er irgendwann einmal straucheln würde: Zuerst sagten mir die Professoren der Fakultät in Tübingen, man müsse meine Ergebnisse reproduzieren können, möglichst in einigen hundert Fällen, dann sei der Beweis erbracht. Inzwischen, als 200 Fälle in Gegenwart von Professoren, Dozenten, Assistenten oder niedergelassenen Ärzten - durch Unterschrift dokumentiert - reproduziert worden waren (- inzwischen sind es insgesamt fast 2000 Fälle, die ich untersucht habe und stets die EISERNE REGEL DES KREBS bestätigt gefunden habe -) sagten mir meine Gegner, nun solle ich doch mal einen aufgegebenen Patienten therapieren. Als ich das gemacht hatte - gegen den gewaltigen und geballten Widerstand meiner Feinde - da sagten mir meine Gegner, nun solle ich doch mal 20 aufgegebenen Patienten therapieren und beweisen, daß man die Patienten nach der EISERNEN REGEL DES KREBS heilen könne. Als ich das gemacht hatte, weigerten sich meine Gegner, meine Beweise entgegen zu nehmen. Statt dessen sagten sie jetzt solle ich mal 100 Patienten, "hoffnungslose Fälle" therapieren und dafür sorgen, daß sie 5 Jahre am Leben bleiben. und so weiter. Das war ein zynisches Trickspiel der Medizyniker, ohne Rücksicht auf Verluste an todkranken an Krebs erkrankten Patienten. Zum Schluß hätte ich 10 000 hoffnungslose Fälle behandeln sollen und 10 oder 20 Jahre für deren Überleben garantieren sollen. Man wollte

mich einfach nur hinhalten, um Zeit zu gewinnen, in der man mich stolpern lassen konnte über irgendwelche bürokratischen Hürden, oder in der man mich schlicht umbringen konnte. Auf jeden Fall sollte der Prozess gegen den Mörder meines Dirks verhindert werden

Schließlich sann ich selbst auf Abhilfe, denn so konnte das ja wohl nicht weitergehen. Gegen den massierten Widerstand der "Kollegen", die mir jeden nur erdenklichen Knüppel in den Weg warfen, gelang es mir schließlich, bei dem nächsten Patienten (**Rolf Braun**, Bad Honnef), der einen Hirnschlag erlitten hatte nach der Conflictolyse, die Anfertigung eines CCT (Cerebral Computer-Tomogramm) zu erwirken: Ich fand, was ich vermutet hatte, ein großes, umschriebenes Oedem, das bei einer Kontrolle nach 4 Wochen in Rückbildung begriffen war. Das war der Durchbruch: Von jetzt ab war ich fieberhaft auf der Suche nach dem hirnorganischen Substrat der von mir postulierten "Feldeinbrüche" oder Herde. Als ich endlich nach langen Irrfahrten durch ganz Deutschland - von meinen Gegnern mit allen Tricks und Kniffen und massivster Korruption aus diversen Kliniken und Sanatorien stets sauber hinausmanövriert und von der gesamten deutschen Presse stets säuberlich totgeschwiegen! - in Gylum bei Bremen mit meinen Patienten eine neue vorübergehende Heimat fand, gelang mir endgültig der systematische Nachweis der, inzwischen von meinen Gegnern ironisch genannten "komischen HAMER'schen HERDE bei den meisten meiner Patienten, und zwar im eindeutig frischen Stadium eines perifocalen umschriebenen Oedems.

Obwohl natürlich in der Presse nach wie vor restlos totgeschwiegen und lediglich in der Sendung "Buten und Binnen" von Radio Bremen (Fernsehen) in Gegenwart des Vorsitzenden der Ärztekammer Niedersachsen/Stade, Herrn Dr. Weihhold und des Chefarztes und CCT-Spezialisten Dr. Moeller aus Stade in einer Live-Sendung gezeigt ~~xx~~, schlug die Entdeckung unter Fachleuten ein wie ein Bombe: Es gibt gar keine Hirnmetastasen, sondern das, was man bisher auf der ganzen Welt stets dafür gehalten hat, waren die komischen "HAMER'schen Herde", die im Zeitpunkt des DHS entstehen, im Allgemeinen aber erst im CCT sichtbar gemacht werden können nach der Conflictolyse. Dann nämlich im reparativen Stadium, werden sie mit einem Oedemsaum umgeben. Dieses Oedem klingt nach einigen Wochen ab. Dann ist der "HAMER'sche Herd" geheilt. Dann ist auch der Krebs eigentlich geheilt. Bei diesem Vorgang hat sich der "HAMER'sche Herd" in seiner Größe nicht verändert. Er ändert lediglich seine "Transparenz" im Kontrastmittel-CCT, d.h. also seine Funktion und Kontrastmittelanreicherung. Man solle sich vor: Die Millionen von armen Menschen, denen man gesagt hat, sie hätten Hirnmetastasen, und die daraufhin aus lauter Angst und Verzweiflung zugrunde gegangen sind, während in Wirklichkeit die "HAMER'schen Herde" die froheste Botschaft sind: Wenn sich das perifocale Oedem gebildet hat und zurückgegangen ist, ist die Krebserkrankung im Grunde beendet! Sogar die ersten Professoren haben inzwischen schon begriffen: Metastasen, sind definiert als Tumoren, die wachsen. Da die HAMER'schen Herde aber nicht wachsen, können es weder Tumoren noch Metastasen sein (- die es ohnehin sowieso nicht gibt -)

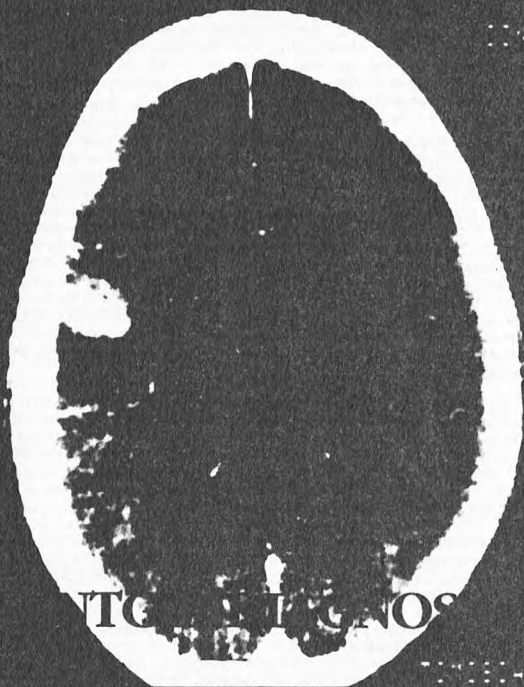
Für die "HAMER'schen Herde" gilt folgendes:

1. HAMER'sche Herde entstehen stets im Moment des DHS (DIRK-HAMER-SYNDROM) als hirnorganische Manifestation des DHS, als Feldeinbruch des Gehirns in einem umschriebenen Bereich, der sowohl dem Konfliktinhalt zugeordnet ist als auch dem entsprechenden Körperbereich, in dem der "zugehörige Krebs" wächst. DHS bzw. HAMER'scher Herd bewirken Dauer-Sympathicotonus!
2. Mit dem Moment der Conflictolyse (CL) bricht der HAMER'sche Herd (HH) auf, d.h. er tritt in das reparative Stadium und wird mit einem perifocalen Oedem umgeben. (Zeichen der Heilung der Krebserkrankung! Vagotonus!!)
3. Am Ende der reparativen Phase hat sich das Oedem zurückgebildet, der HAMER'sche Herd hat in etwa die Transparenz des umgebenden Hirngewebes wieder angenommen, ebenfalls weitgehend seine frühere Funktion. Damit ist die Heilung der Krankheit "Krebs", die in Wirklichkeit eine Krankheit gleichermaßen der Seele und des Gehirns ist, vollzogen. Es bleibt ein "Alter HAMER'scher Herd".

Beweise für die HAMER'schen Herde:

1. Ein HAMER'scher Herd kann praktisch nie wachsen, schon gar nicht, wenn er mit einem perifocalen Oedem umgeben ist, denn er ist dann ja immer das Endstadium eines geheilten Konfliktes und eines geheilten Krebses. Es hat auch noch nie jemand einen solchen HAMER'schen Herd wachsen sehen. Die Diagnose: "Metastase" war stetsbarer Unsinn!! Denn Herde, die nicht wachsen, können keine Tumoren sein. Und das, was man in der Schulmedizin bisher als Metastasen bezeichnen wollte, sollten ja stets wachsende Tumoren sein. Denn Tumoren, die nicht wachsen, brauchte man ja auch nicht zu therapieren, sie wären ja harmlos! Also können die HAMER'schen Herde keine Tumoren und auch keine sog. "Metastasen" sein (die es ohnehin nicht gibt).
2. Machen wir unmittelbar nach der Konflikt-Lösung (Conflictolyse) ein CCT, dann sehen wir einen HAMER'schen Herd mit ganz frischem perifocalem Oedemsaum. Wir erkennen das daran, daß der Oedemsaum noch nicht voll markiert ist. Bei einigen Patienten haben wir inzwischen kurzfristige Kontrollen nach wenigen Tagen gemacht. Dabei sehen wir eine deutliche Veränderung des Oedems, sowohl in Richtung Vergrößerung als auch in Richtung besserer Markierung, bzw. Randsaumbildung. Dies ist sicher beweisend dafür, daß mit dem Moment der Conflictolyse der Aufbruch des HAMER'schen Herdes erfolgt ist, dokumentierbar im CCT durch das frische perifocale Oedem.
3. Hätten die Schulmeister-Mediziner recht, dann hätten fast alle meine Patienten "Hirnmetastasen": Schwachsinn im Quadrat, so etwas anzunehmen, denn meinen Patienten geht es durch die Bank gut, sie haben einen Hunger wie Wölfe, nehmen täglich bis zu 1000 g an Gewicht wieder zu, das sie vorher abgenommen hatten, sämtliche Laborparameter nähern sich relativ rasch wieder der Normalität. Nach der ersten Zeit der Schmerzen im von der Krebsgeschwulst betroffen gewesenen Gebiet als Folge der narbigen Schrumpfung samt einer vorübergehenden Oedembildung oder Ergußbildung im betroffenen Gebiet, geht es allen hervorragend. Dabei waren alle sogenannten "aufgegebene Fälle". Bei keinem einzigen ist der HAMER'sche Herd auch nur um einen Bruchteil eines Millimeters gewachsen. Das mit den Hirnmetastasen waren schlicht "des Kaisers neue Kleider", die nie jemand gesehen hatte und alle fleißig nachgeplappert haben, weil es ihnen an Kritikfähigkeit gemangelt hat.
4. Z. Zt. sind meine Patienten und ich dabei, "Landkarten des Gehirns" zu zeichnen, in denen schichtweise geordnet - aus hunderten von CCT's die in einer jeweiligen Schicht befindlichen Areale dem jeweils korrelierenden Konflikt-Erlebnis-Inhalt und dem ebenfalls dazu korrelierenden Bereich der Krebserkrankung im Körper, zugeordnet sind. Denn wir haben festgestellt, daß es da sehr präzise Übereinstimmungen gibt, die für alle Patienten grundsätzlich in gleicher Weise Geltung haben.
5. Ich habe bisher eine "Systemerkrankung" näher untersucht, das Plasmazytom. Dieses verhält sich hinsichtlich DHS, Konfliktinhalt und Verlauf streng nach der EISERNEN REGEL DES KREBS, zeigt aber nach der Conflictolyse ein Panoedem des Großhirns. D.h. Systemerkrankungen könnten oder scheinen sogar Erkrankungen des Gehirns zu sein, die das gesamte Gehirn global betreffen und keine HAMER'schen Herde nach der Conflictolyse sichtbar werden lassen.

HP JOURNAL



R

THE JOURNAL OF THE



Der 62jährige Patient Rolf Braun aus Bad Honnef, bei dem im April 1983 im CCT ein ausgedehntes postconflictolytisches perifokales Ödem mit apoplektiformem Insult und Hemiparese beobachtet wurde.

Der gleiche Patient, die gleiche CCT-Schichthöhe, beide Male nativ, genau vier Wochen später: das Ödem ist in Auflösung begriffen. — Mediastinal-Penbronchial-Karzinom.

Schon haben einige Professoren der Computertomographie die Thesen des Verfassers bestätigt: »Metastasen, die nicht wachsen, sind keine Metastasen, denn Metastasen sind als wachsende Tumore definiert. Tumore aber, die nicht wachsen sind keine Tumore. Außerdem sehen wir stets, daß die HAMERschen HERDE stets unmittelbar nach der Conflictolyse im Stadium der Reparation als Ausdruck dieser Heilung mit einem perifokalen Ödem umgeben sind und diskrete Hirnsymptome verursachen: Brechreiz, Benommenheit, Schwindel, Kopfschmerz, Doppelsehen oder ähnliches. Die Koizidenz dieses perifokalen Ödems um die HAMERschen HERDE im frischen, reparativen, postconflictolytischen Stadium ist so eindeutig und jetzt bereits so oft nachge-

HAMERsche HERDE STATT »HIRNMETASTASEN«

Das letzte diagnostische Mosaiksteinchen zur EISERNEN REGEL DES KREBS ist gefunden.

Die EISERNE REGEL DES KREBS besagt:

1. Jeder Krebs entsteht bei einem DHS (DIRK-HAMER-SYNDROM)
2. Der Konflikthalt bestimmt die Lokalisation des Krebs
3. Der Konfliktverlauf entspricht dem Verlauf der Krebserkrankung.

Diese drei Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBS sind nur dann denkbar, wenn die eigentliche Krankheit »KREBS« im Grunde eine Krankheit des Gehirns und der menschlichen Seele ist, ein »Programmierungsfehler« des Gehirns, wie es der Verfasser bereits im September 1981 im Bayerischen Fernsehen und im italienischen Fernsehen RAI und in seiner Habilitationsschrift genannt hatte, bzw. ein Feldeinbruch des Gehirns im elektrophysiologischen Sinne, der durch eine Conflictlösung (Conflictolyse) mindestens soweit reversibel ist, als nach der Conflictolyse keine Fehlcodes mehr an die betroffene Peripherie gelangen. Denn nach der Conflictolyse stoppt das Krebswachstum sofort. Der Krebs im Körper ist folglich nur Symptom der eigentlichen Erkrankung im Gehirn: eben des Feldeinbruchs im Gehirn, der beim DHS, also einem allerschwersten, dramatisch-akuten und isolativen Konflikterlebnis entstanden ist. Quasi ein psychogen ausgelöst, himorgani sch manifestierter Kurzschluß in der Befehlszentrale, dem Riesencomputer Gehirn bei Mensch und Tier. Seit September 1981 fahndet der Verfasser fieberhaft nach dem zerebralen Substrat, dem handfesten himorgani sch faßbaren Korrelat dieses sichtbaren Krebsgeschehens in den peripheren Bereichen des Körpers. Jetzt endlich hat er es zweifelsfrei nachweisen können — und es wurde eine staunenswerte Überraschung, um nicht zu sagen geradezu atemberaubende Sensation für die gesamte medizinische Fachwelt: Das, was alle Welt bisher für »Hirnmastasen« gehalten hat, waren nichts anderes als die von Hamer gesuchten, inzwischen von den Fachkollegen der Computertomographie ironisch als die »komischen HAMERschen HERDE« bezeichneten Gebilde im Gehirn, die man in vielen Fällen im Zusammenhang mit Krebs gesehen und deshalb als Metastasen bezeichnet hat, obgleich niemals jemand einen solchen HAMERschen HERD je hat wachsen sehen.

wiesen, daß sich jeder Zweifel ausschließt. Der letzte diagnostische Baustein und zugleich der unumstößliche und zwingende Beweis für die EISERNE REGEL DES KREBS ist erbracht!

Die Entdeckung der EISERNEN REGEL DES KREBS war eine einzige große Induktion: fast mathematisch genau und folgerichtig zwingend ging der Verfasser von einem eigenen Erlebnis, dem Tod seines Sohnes DIRK aus, das für den Verfasser hochkonfliktiv, hochdramatisch und das allerschlimmste Erlebnis war, das er je erlebt hatte, dazu hatte es ihn in völliger Isolation getroffen, inmitten zumeist feindlich gesonnener Ärzte und Schwestern am Bett seines sterbenden Sohnes DIRK. Der Konflikt dauerte an. Wenige Wochen später spürte der Verfasser eine Hoden-

schwellung, träumte jede Nacht von dem furchtbaren Erlebnis, konnte auch zunächst nicht darüber sprechen, daß er sich Vorwürfe machte, seinen Sohn DIRK nicht aus der Heidelberger Klinik wegverlegt zu haben, als es möglich war, aus dieser menschlich so grauenhaften, erbarungslosen schulmedizinischen Atmosphäre.

Mehr als zwei Jahre später untersuchte der Verfasser als Oberarzt an einer Krebsklinik 50 Patientinnen mit Mammakarzinom und fand, daß alle Patientinnen etwa zwei bis drei Monate vorher ein ähnlich schweres, dramatisches und isolatives Konflikterlebnis gehabt hatten, bevor sie ihren Knoten in der Brust von der Größe etwa sieben Millimeter Durchmesser bemerkt hatten.



56-jähriger Patient mit typischem ausgedehntem postconflictolytischem perifokalem Ödem um einen HAMERSchen HERD. Monate später hat sich zwar der HAMERSche HERD in seiner Größe nicht verändert, das Ödem aber ist zurückgegangen. Da das ausgedehnte Ödem nicht erkannt und behandelt worden war, bleiben schwerste himnorgische Restschäden. Kleinzell. Mediastinal-Karzinom mit Lungen-Rundherd-Karzinom

Später fand der Verfasser heraus, daß jeweils einem bestimmten Konflikthinhalt eine bestimmte Krebslokalisierung zugeordnet war. Und schließlich, daß der Verlauf des Konfliktes dem Verlauf der Krebserkrankung entsprach.

Diese Zusammenhänge des Krebsgeschehens heißen inzwischen »EISERNE REGEL DES KREBS«.

Einen Sinn gibt das ganze System der EISERNEN REGEL DES KREBS nur dann, wenn die Fehlsteuerung des Krebsgeschehens vom Gehirn kommt, dem Träger der Seele oder Psyche bei Mensch und Tier. Nur dann nämlich ist es möglich, daß ein Konflikt-Erlebnis-Inhalt oder kurz Konfliktinhalt genannt, die Lokalisation des Krebsgeschehens im Körper terminieren kann,

oder daß der Konfliktverlauf als psychisches Phänomen den Verlauf der Krebserkrankung bestimmt. Deshalb postulierte der Verfasser schon im September/Okttober 1981: Der Krebs ist in Wirklichkeit ein Programmierungsfehler im Gehirn bei Mensch und Tier, ein Feldeinbruch im elektrophysiologischen Sinne. Dieser Schluß war nach kausal-logischen Denkkategorien der Naturwissenschaft einfach zwingend.

Eigentlich wäre nichts einfacher gewesen, als eine solche Gesetzmäßigkeit, die ja die EISERNE REGEL DES KREBS darstellt, innerhalb von Tagen zu überprüfen. Dann hätten wir rasch alle Patienten, die an Krebs erkrankt sind, nach dieser neuen Methode therapieren können. Denn aus dem dritten Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS folgt ja zwingend: Wenn der Konflikt stoppt, stoppt auch der Krebsverlauf, weil sich diese beiden »Parameter« exakt entsprechen.

Das aber, was seit dem Oktober/November 1981 geschehen ist, ist ein einziges Trauerspiel: Motiviert und induziert von den Agenten, Helfern und Anwälten der europäischen Königsfamilien, die den Prozeß gegen ihr Mitglied, den Mörder meines Sohnes DIRK verhindern wollten, muß ich seit zwei Jahren einen Slalomlauf durch Neid, Arroganz und Ignoranz (Tübinger Syndrom) und durch jede Art von Bosheit, Niedertracht und einen Mordanschlag bestehen. In dieser Zeit sind viele Millionen Patienten am Krebs gestorben, die zumeist nicht hätten zu sterben brauchen.

Nun lief es in den letzten Jahren ab wie im Märchen: immer neue Aufgaben sollte der Verfasser lösen, wobei man hoffte, daß er irgendwann einmal straucheln würde. Zuerst sagten mir die Professoren der Fakultät in Tübingen, man müsse meine Ergebnisse reproduzieren können, möglichst in einigen hundert Fällen, dann sei der Be- weis erbracht. Inzwischen, als 200 Fälle in Gegenwart von Professoren, Dozenten, Assistenten oder niedergelassenen Ärzten – durch Unterschrift dokumentiert – reproduziert worden waren (inzwischen sind es insgesamt fast 2000 Fälle, die ich untersucht habe und stets die EISERNE REGEL DES KREBS bestätigt gefunden habe) sagten mir meine Gegner, nun solle ich doch einmal einen

aufgegebenen Patienten therapieren. Als ich das gemacht hatte – gegen den gewaltigen und geballten Widerstand meiner Feinde –, da sagten mir meine Gegner, nun solle ich doch mal 20 aufgegebenen Patienten therapieren und beweisen, daß man die Patienten nach der EISERNEN REGEL DES KREBS heilen könne. Als ich das gemacht hatte, weigerten sich meine Gegner, meine Beweise entgegenzunehmen. Stattdessen sagten sie, jetzt solle ich mal 100 Patienten, hoffnungslose Fälle, therapieren und dafür sorgen, daß sie fünf Jahre am Leben bleiben usw. Das war ein zynisches Trickspiel der Medizyniker, ohne Rücksicht auf Verluste an todkranken, an Krebs erkrankten Patienten. Zum Schluß hätte ich 10 000 hoffnungslose Fälle behandeln sollen und zehn oder zwanzig Jahre für deren Überleben garantieren sollen. Man wollte mich einfach nur hinhalten, um Zeit zu gewinnen, in der man mich stolpern lassen konnte über irgendwelche bürokratischen Hürden, oder in der man mich schlicht umbringen konnte. Auf jeden Fall sollte der Prozeß gegen den Mörder meines Dirk verhindert werden.

Schließlich sann ich selbst auf Abhilfe, denn so konnte das ja wohl nicht weitergehen. Gegen den massiven Widerstand der »Kollegen«, die mir jeden nur erdenklichen Knüttel in den Weg warfen, gelang es mir schließlich, bei dem nächsten Patienten (Rolf Braun, Bad Honnef), der einen Hirnschlag erlitten hatte nach der Conflictolyse, die Anfertigung eines CCT (Cerebral Computer-Tomogramm) zu erwirken. Ich fand, was ich vermutet hatte: ein großes, umschriebenes Ödem, das bei einer Kontrolle nach vier Wochen in Rück-

bildung begriffen war. Das war der Durchbruch: von jetzt ab war ich fieberhaft auf der Suche nach dem hirnganischen Substrat der von mir postulierten »Feldenbrüche« oder Herde. Als ich endlich nach langen Irrfahrten durch ganz Deutschland – von meinen Gegnern mit allen Tricks und Kniffen und massivster Korruption aus diversen Kliniken stets sauber hinausmanövriert und von der gesamten deutschen Presse stets säuberlich totgeschwiegen! – in Gythum bei Bremen mit meinen Patienten eine neue vorübergehende Heimat fand, gelang mir endgültig der systematische Nachweis der, inzwischen von meinen Gegnern ironisch genannten »komischen HAMERschen HERDE«, bei den meisten meiner Patienten, und zwar im eindeutig frischen Stadium eines perifokalen umschriebenen Ödems.

Obwohl natürlich in der Presse nach wie vor restlos totgeschwiegen und lediglich in der Sendung »Buten und Binsen« von Radio Bremen (Fernsehen) in Gegenwart des Vorsitzenden der Ärztekammer Niedersachsen/Stade, Herrn Dr. Weihold, und des Chefarztes und CCT-Spezialisten, Dr. Moeller aus Stade, in einer Live-Sendung gezeigt hatte, schlug die Entdeckung unter Fachleuten ein wie eine Bombe: es gibt gar keine Hirnmetastasen, sondern das, was man bisher auf der ganzen Welt stets dafür gehalten hat, waren die komischen »HAMERschen HERDE«, die im Zeitpunkt des DHS entstehen, im allgemeinen aber erst im CCT sichtbar gemacht werden können nach der Conflictolyse. Dann nämlich, im reparativen Stadium, werden sie mit einem Ödemsaum umgeben. Dieses Ödem klingt nach

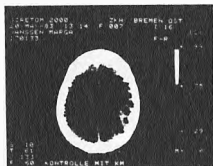


Typischer großer HAMERscher HERD bei 34-jähriger Patientin im reparativen Stadium mit postconflictolytischem, großem perifokalem Ödem links parietal (seitlich). Bei Kontrolle nach einer Woche fand sich das perifokale Ödem in deutlicher Rückbildung, ohne daß sich die Größe des HAMERschen HERDES geändert hätte. Mediastinal-Karzinom und Mamma-Karzinom (alt, inaktiviert), dessen HAMERscher HERD auf dieser Schicht nicht zu sehen ist.

einigen Wochen ab. Dann ist der »HAMERsche HERD« geheilt. Dann ist auch der Krebs geheilt. Bei diesem Vorgang hat sich der »HAMERsche HERD« in seiner Größe nicht verändert. Er ändert lediglich seine »Transparenz« im Kontrastmittel-CCT, d. h. also, seine Funktion und Kontrastmittelanreicherung. Man stelle sich vor: die Millionen von armen Menschen, denen man gesagt hat, sie hätten Hirnmetastasen, und die daraufhin aus lauter Angst und Verzweiflung zugrunde gegangen sind, während in Wirklichkeit die »HAMERschen HERDE« die froheste Botschaft ist. Wenn sich das perifokale Ödem gebildet hat und wieder zurückgegangen ist, ist die Krebserkrankung im Grunde beendet! Sogar die ersten Professoren haben inzwischen schon begriffen: Metastasen sind definiert als Tumoren, die wachsen. Da die HAMERschen HERDE aber nicht wachsen, können es weder



43-jährige Patientin mit HAMERschem HERD und umschriebenem postconflictolytischem perifokalem Ödem im Stammhirn. Hier brachte das CCT keine Aufklärung, deshalb wurde am 30. 8. 1983 im Nuklearmedizinischen Institut Hannover eine Kernspin-Tomographie (NMV = Nucleo-Magnetic-Resonance) durchgeführt, die obige eindrucksvolle Bilder erbrachte. Gebärmutter-Körper Karzinom und Lungen-Rundherd-Karzinom



Typischer HAMERScher HERD bei 50-jähriger Patientin mit perifokalem Ödem nach Conflictolysis. Bei Kontrolle nach zwei Monaten keine Größenveränderung des HAMERSchen HERDES, jedoch Rückgang des perifokalen Ödems. Medial- und Karzinom



Typischer HAMERScher HERD mit postconflictolytischem perifokalem Ödem rechts occipital (unten). Ein weiterer »alter HAMERScher HERD« findet sich links occipital (unten) und links frontotemporal (oben), jeweils als Ausdruck eines »reparierten HAMERSchen HERDES bzw. eines abgeschlossenen und ausgeheilten vormaligen Krebsgeschehens. Bei der Patientin sind mindestens drei Karzinome bekannt: Sigma-Karzinom, Leber-Karzinom, Adeno-Karzinom der Lunge (Rundherd)

Tumoren nach Metastasen sein (die es ohnehin nicht gibt).

Für »HAMERSche HERDE« gilt folgendes:
1. HAMERSche HERDE entstehen stets im Moment des DHS (DIRK-HAMER-SYNDROM) als himnorganische Manifestation des DHS, als Feldeinbruch des Gehirns in einem umschriebenen Bereich, der sowohl dem Konflikthalt zugeordnet ist als auch dem entsprechenden Körperbereich, in dem der »zugehörige Krebs« wächst. DHS bzw. HAMERScher HERD bewirken Dauer-Symptomaticus!

2. Mit dem Moment der Conflictolysis (CL) bricht der HAMERSche HERD (HH) auf, d. h., er tritt in das reparative Stadium und wird mit einem perifokalem Ödem umgeben (Zeichen der Heilung der Krebserkrankung! Vagotonus!).

3. Am Ende der reparativen Phase hat sich das Ödem zurückgebildet, der HAMERSche HERD hat in etwa die Transparenz des umgebenden Hirngewebes wieder angenommen, ebenfalls weitgehend seine frühere Funktion. Damit ist die Heilung der Krankheit »Krebs«, die in Wirklichkeit eine Krankheit gleichermaßen der Seele und des Gehirns ist, vollzogen. Es bleibt ein »Alter HAMERScher HERD«!

Beweise für die HAMERSchen HERDE:

1. Ein HAMERScher HERD kann praktisch nie wachsen, schon gar nicht, wenn er mit einem perifokalem Ödem umgeben ist, denn er ist dann ja immer das Endstadium eines geheilten Konfliktes und eines geheilten Krebses. Es hat auch noch nie jemand einen solchen HAMERSchen HERD wachsen sehen. Die Diagnose »Metastase« war stets barer Unsinn! Denn Herde, die nicht wachsen, können keine Tumoren sein. Und das, was man in der Schulmedizin bisher als Metastasen bezeichnen wollte, sollten ja stets wachsende Tumoren sein. Denn Tumoren, die nicht wachsen, brauchte man ja nicht zu therapieren, sie wären ja harmlos! Also können die HAMERSchen HERDE keine Tumoren und auch keine sogenannten »Metastasen« sein (die es ohnehin nicht gibt).

2. Machen wir unmittelbar nach der Conflict-Lösung (Conflictolysis) ein CCT, dann sehen wir einen HAMERSchen HERD mit ganz frischem perifokalem Ödemaum. Wir erkennen das daran, daß der Ödemaum noch nicht voll markiert ist. Bei einigen Patienten haben wir inzwischen kurzfristige Kontrollen nach wenigen Tagen gemacht. Dabei sehen wir eine deutliche Veränderung des Ödems, sowohl in Richtung Vergrößerung als auch in Richtung besserer Markierung bzw. Randsaumbildung. Dies ist sicher beweisend dafür, daß mit dem Moment der Conflictolysis der Aufbruch des HAMERSchen HERDES erfolgt ist, dokumentier-

bar im CCT durch das frische perifokale Ödem.

3. Hätten die Schulmeister-Mediziner recht, dann hätten fast alle meine Patienten »Hirnmastasen«: Schwach-sinn im Quadrat, so etwas anzunehmen, denn meinen Patienten geht es durch die Bank gut, sie haben einen Hunger wie Wölfe, nehmen täglich bis zu 1000 Gramm an Gewicht wieder zu, das sie vorher abgenommen hatten, sämtliche Laborparameter nähern sich relativ rasch wieder der Normalität. Nach der ersten Zeit der Schmerzen im von der Krebserkrankung betroffenen Gebiet als Folge der narbigen Schrumpfung samt einer vorübergehenden Ödembildung oder Ergußbildung im betroffenen Gebiet, geht es allen hervorragend. Dabei waren alle sogenannte »aufgegebene Fälle«. Bei keinem einzigen ist der HAMERSche HERD auch nur um einen Bruchteil eines Millimeters gewachsen. Das mit den Hirnmastasen waren schlicht »des Kaisers neue Kleider«, die nie jemand gesehen hatte und alle fleißig nachgeklappert haben, weil es ihnen an Kritikfähigkeit gemangelt hat.

4. Zur Zeit sind meine Patienten und ich dabei, »Landkarten des Gehirns« zu zeichnen, in denen – schichtweise geordnet – aus hunderten von CCTs die in einer jeweiligen Schicht befindlichen Areale dem jeweils korrelierenden Konflikt-Erlebnis-Inhalt und dem ebenfalls dazu korrelierenden Bereich der Krebserkrankung im Körper zugeordnet sind. Denn wir haben festgestellt, daß es da sehr präzise Übereinstimmungen gibt, die für alle Patienten grundsätzlich in gleicher Weise Geltung haben.

5. Ich habe bisher eine »Systemerkrankung« näher untersucht, das Plasmozytom: dieses verhält sich hinsichtlich DHS, Konflikthalt und Verlauf streng nach der EISERNEN REGEL DES KREBS, zeigt aber nach der Conflictolysis ein Panödem des Großhirns. Das heißt, Systemerkrankungen könnten oder scheinen sogar Erkrankungen des Gehirns zu sein, die das gesamte Gehirn global betreffen und keine HAMERSchen HERDE nach der Conflictolysis sichtbar werden lassen.

Vortrag auf der Fachfortbildung des
Verbandes Deutscher Heilpraktiker e.V.
am 16. Oktober 1983 in Travemünde

Thema:

"Die EISERNE REGEL DES KREBS und ihr sichtbarer
Beweis von Computertomogrammen des Gehirns".

Verehrte Kolleginnen und Kollegen!
Meine Damen und Herren!

Seit dem 13. März dieses Jahres, dem Tag meines Vortrages in der Mainzer Rheingoldhalle vor dem Internationalen Kongress für Naturheilkunde, ist vieles passiert:

Meine Feinde aus dem europäischen Hochadel und den Freimaurerlogen haben aus allen nur erdenklichen Rohren auf mich Trommelfeuer geschossen. Sie haben alles nur Erdenkliche an kriminellen Mitteln versucht, die EISERNE REGEL DES KREBS und mich selbst totzuschweigen oder zu Fall zu bringen.

Derweil sind Millionen von Menschen gestorben, die nicht hätten sterben müssen und nicht hätten sterben dürfen! In den letzten 2 Jahren, Kolleginnen und Kollegen, hat sich der größte Holocaust der Weltgeschichte abgespielt.

Ich klage von dieser Stelle hier an, das Syndikat der europäischen Königshäuser und der obersten europäischen Freimaurerlogen, deren Mitglied der Mörder meines Sohnes D I R K ist. Sie und die von ihnen korrumpierten Ärzte haben eines Tages das größte Verbrechen der Menschheitsgeschichte zu verantworten. Es ist zynisch, wie es zynischer nicht geht. Wie hätte ich gedacht, daß sich Ärzte zu Verrätern ihres hippokratischen Eides machen lassen, zu Schulmedizinikern miesesten Stils. Niemals in meinem Leben werde ich aufhören, die Schuldigen immer und überall bei Namen zu nennen. Mildred Sche-el und ihren jämmerlichen Krebsklüngel werde ich eines Tages persönlich vor dem Strafgericht anklagen, am Tod vieler Millionen von Menschen mitschuldig zu sein.

Kolleginnen und Kollegen, bitte, versuchen Sie mich zu verstehen! Bis ein Mensch wie ich in einen so furchtbaren und heiligen Zorn kommt, daß er schier alle diplomatischen Gepflogenheiten eines solchen Vortrages beiseite schiebt, muß es wirklich zu Letzten gekommen sein. Kolleginnen und Kollegen, helft mir, ich flehe Euch an, laßt keine Menschen mehr sterben, die nicht sterben dürften

am Krebs! Niemals werden uns allen sonst die kommenden Gefährungen dieses Verbrechen verzeihen. Sie können gar nicht ermessen, wie skrupellos dieses Syndikat vorgeht! Und die gesamte Presse ist ihr willenloses Werkzeug, eine totale Bankrotterklärung der gesamten deutschen und europäischen Presse!

Ich habe mir früher nie vorstellen können, daß es möglich sein könnte die gesamte Presse so präzise zu korrumpieren, daß eine Sache, die für alle Menschen dieser Welt von so lebenswichtiger Bedeutung ist, einfach totgeschwiegen wird, über 2 Jahre hin. Der gewaltige Zynismus dieser Presse-Cäsaressen, die ohne mit der Wimper zu zucken den Tod von Millionen von Menschen hinnehmen, nur um einen ihrer Freimaurer und Prinzen aus der Schullinie zu holen, muß für alle Menschen, die ein Gewissen haben, auf Jahrhunderte, ja Jahrtausende hinaus eine Sache des Eekels und des Abscheus sein. Die europäischen Königshäuser, die hinter der ganzen Aktion stehen, sind auf ewige Zeiten disqualifiziert. Die Menschen werden sich ekeln vor diesen gekrönten Häuptern, die den Tod von Millionen von Menschen zu verantworten zu haben.

Totschweigen statt Argumente:

Können Sie sich noch an den Internationalen Naturheilkunde-Kongress in Mainz erinnern? Als meine Gegner davon hörten, daß der Hamer einen Vortrag über die EISERNE REGEL DES KREBS halten würde, hat man miteinander beraten, wie man diesen Vortrag totschweigen könnte. Man verfiel auf folgende Idee: obwohl es in Mainz 2 Fernsehinstitutionen gibt, nämlich den Südwestfunk und das ZDF, veranlaßte mein Gegner aus der Sendung "Drei nach Neun", Herr Professor Kokowski aus Kassel, seinen Duzfreund Mornewieg dazu, die Fernsehaufzeichnungen des Internationalen Naturheilkunde-Kongresses in Mainz zu übernehmen. Sein Duzfreund Mornewieg ist Leiter des Hessischen Fernsehens Kassel, Herr Mornewieg erbat also bei der Kongressleitung, den Kongress filmen zu können, und zwar ausschließlich. Mit Erstaunen registrierte zwar die Kongressleitung dieses seltsame Engagement, da es dem Hessischen Fernsehen sicherlich zusätzliche Kosten in Höhe von einer halben Million einbrachte, aber man akzeptierte schließlich auf das Drängen von Herrn Mornewieg. Als ich am Freitag, den 11. März mit Hackethal, Issels und zwei weiteren Heilpraktiker-Kollegen an einer Podiumsdiskussion teilnehmen sollte, kam Herr Mornewieg, der die Podiumsdiskussion moderierte, und sagte, er wolle sich zu drehen, wenn Hamer mitdiskutieren dürfe. Hamer wurde dann 2 Minuten vor Beginn der Diskussion eingeladen. Auf diesem Kongress wurden sämtliche Vorträge gefilmt; der einzige Vortrag, der nicht gefilmt wurde, war der Vortrag von Hamer, der aber von den meisten Kongressteilnehmern als der wesentlichste Beitrag des Kongresses angesehen wurde und dem die Hörer der vollbesetzten

Rheingoldhalle fünf Minuten lang "standing ovations" brachten. Anschließend brachte Herr Mornweg vom Hessischen Fernsehen Kassel eine Zusammenfassung des Internationalen Kongresses für Naturheilkunde. Der Name Hamer wurde nicht erwähnt, Hamer war auf dem Kongress gar nicht anwesend gewesen.

Die Kongressleitung entschuldigte sich bei mir in aller Form und versuchte mich dadurch zufriedenzustellen, daß mein Vortrag in der nächsten Nummer im HP-Journal abgedruckt werden sollte, der Nummer April 83. Zu diesem Zwecke war ein Tonband hergestellt worden von dem Vortrag. Seltsamerweise wurde in der Nacht von Gründonnerstag auf Karfreitag, wenige Tage bevor das Tonband abgeschrieben werden konnte, aus einem fahrenden Auto ganz nach Mafmanianer aus 20m Entfernung eine Raketenbrandsprengbombe abgefeuert durch das 7 m hohe Fenster des HP-Journal-verlages, genau an die Stelle, wo die Kassette lag. Der HP-Journal-Verlag ging in Flammen auf, ungefähr 1 Million DM Sachschaden. Die Kriminalpolizei wollte nur in einem 10 minütigen Gespräch von dem Geschäftsführer des Verlages ein paar Dinge wissen, andere Zeugen und dergleichen wurden nicht befragt, die Staatsanwaltschaft bekam Anweisung, nicht in bestimmter Richtung zu ermitteln, sondern die Ermittlungen einzustellen, die daraufhin innerhalb von 3 Tagen eingestellt wurden, die Versicherung bezahlte sofort. Wie durch ein Wunder allerdings konnte mit 3 monatiger Verspätung der Vortrag doch noch in dem Juni-Heft des HP-Journals abgedruckt werden. Von der, durch die Königs-Terror-Mafia abgefeuerten Raketenbrandbombe stand in der B Z kein Wort!

In der Zwischenzeit seit März bin ich nun in der vierten Klinik gelandet, zwei Kliniken wurden mir vor der Nase zugeschlossen auf Intervention meiner Gegner in der Zusammenarbeit mit dem deutschen Krebsküngel, in der dritten Klinik konnte ich einen Monat praktizieren, dann bekam der Besitzer der Klinik ein "Angebot", was man nicht ablehnen kann", sodaß ich von einem Tag zum anderen verschwinden mußte, schließlich endete meine Odyssee einstweilen in Gymbel bei Bremen, einer Klinik, die seit Jahren leer stand. Meine Gegner haben versucht uns mit allen nur möglichen Mitteln finanzieller Art und vor allem, mit den Mitteln des Rufmordes mattzusetzen, was ihnen aber noch nicht gelungen ist. Zunächst wurde mal die gesamte Presse instruiert, nicht über Hamer zu schreiben. Weder eine Tageszeitung noch eine von den bunten Illustrierten, Grüne Post, Neue Post, Stern, Quick, Bunte, Gelbe Post und dergleichen durften über uns irgendetwas schreiben. Man hoffte, dadurch das Projekt einer Pilotstudie, die vom 18. August bis 7. Dezember 83 gehen sollte, im Keim ersticken zu können. Als man das nicht schaffte, weil durch einen glücklichen Zufall das Bremer Fernsehen in der Sendung "Buten un Binnen" zweimal einen kurzen Beitrag über uns brachte, sogar der Ärztekammervorsitzende von Niedersachsen/Stade, Herr Dr.

Weinhold, sich zu uns bekannte und den Vorsitz des Ärztlichen Schiedsgerichts-Gremiums übernahm, versuchte man zunächst die Klinik einfach aufzukaufen, um den Hamer hinauszuschmeißen. Man bot genau das Doppelte, was die Klinik wert war und zwar durch notarielles Kaufangebot. Aber auch das ließ sich - nach unserem lauten Geschrei - nicht mehr so rasch bewältigen, um mich kurzfristig noch vor dem 7. Dezember hinauszuerwerfen. 8 Millionen wollten sich die Mafia das kosten lassen! Dann setzte man die Geschäftsführung des Pflegeheims gewaltig unter Druck und stellte ihnen gleichzeitig die wunderbarsten Dinge in Aussicht für den Fall, daß die Pilotstudie gespaßt werden könnte. Der Ärztekammervorsitzende der Gott sei Dank derzeit noch zu uns steht, mußte sich bereits nach einer "Ausweich-Klinikstation" umsehen, weil uns täglich der Hahn zugeordnet zu werden drohte. Keine Zeitung durfte über uns berichten, alles hatte die Mafia wasserdicht abgeschottet. Wir wurden schlicht totgeschwiegen. Dabei kann sich doch kein Arzt einem härteren Test stellen, als ich es tue. Die Hausärzte der Patienten wurden laufend anonym oder durch "Professoren" bombardiert mit Anrufen, die dringend vor Hamer warnen wollten.

Sämtliche Mitglieder des Ärztlichen Schiedsgerichts-Gremiums wurden unter Druck gesetzt, speziell von den Rufmördern des Norddeutschen Rufmordfunks, abgekürzt NDR, und gebeten, ihr Schiedsamt nicht wahrzunehmen. Daraufhin sagten 4 ab, die vorher zumeist mit Ehrenwort zugesagt hatten, ja sogar dem Ärztekammervorsitzenden selbst zugesagt hatten, ohne Angaben von Gründen. Schließlich schmuggelte man einen Spitzel in unsere Klinik, der Namen von sämtlichen Hausärzten unserer Patienten ausfindig machen mußte. Daraufhin produzierten Herr Jürgen Drossart und Herr Rudi Lauschke von Norddeutschen Rufmordfunk (NDR) eine Rufmordsendung gegen mich, in der Hoffnung, alle Patienten würden dann fluchtartig die Klinik verlassen. Sämtliche Hausärzte meiner Patienten wurden anonym von meinen Gegnern und dem NDR angerufen, sie sollten sich die Sendung unbedingt ansehen, die am 28. 9.83 in "Extra Drei" über Norddeutschlands Fernseher flimmerte. Meine Rufmörder, die mich als unseriösen Scharlatan abzuqualifizieren suchten, der jedoch keine Chance erhielt, sich selbst zu äußern, erreichten zwar nicht das, was sie erreichen wollten, immerhin verließen 5 Patienten sofort die Klinik, weil sie von ihren Angehörigen daraufhingewiesen wurden, Hamer sei ja ein Scharlatan und sie würden ohnehin sterben. Davon, daß hier ein Arzt sich einem qualifizierten Ärztlichen Schiedsgerichts-Gremium aus 7 Professoren stellen wollte, das unter Vorsitz der Ärztekammer Niedersachsen/Stade darüber befinden sollte, ob der Hamer ein Scharlatan sei oder nicht, wurde kein Wort erwähnt. Von den Patienten, die fluchtartig von ihren Angehörigen nach Hause geholt wurden und wieder in die Panikbehandlung der Schulmediziner gegeben wurden, sind inzwischen zwei Patienten gestorben. Meine Patienten und ich haben, in getrennt-

ten Verfahren, Strafanzeige wegen Körperverletzung und versuchten Mordes gegen die Rufmörder von NDR erstattet. Wir sind allerdings sicher, daß dieses Verfahren genauso niedergeschlagen wird, wie diese vorsätzliche Brandstiftung im HP-Journal-Verlag, oder wie die vorsätzliche Verabreichung von Rauschgift durch eine kriminelle Schwester in Bad Krozingen, wo mir anschließend die Kriminalpolizei kurz und bündig sagte, "gegen Franz Josef Strauß und die Mafia werden wir nicht ermitteln".

Genauso wie sich keine Zeitung und keine Zeitschrift, kein Rundfunk über die Fernsehsendung in "Buten un Binnen" von Radio Bremen äußern durften, genauso durfte sich nun auch keine Zeitschrift außer der TENDENZ, einer neuen Zeitung, zu den Rufmordäußerungen des Norddeutschen Rufmordfunks (NDR) äußern. Es liegt auf derselben Ebene wie mir früher der Springerauslandsdienst-Chef in Paris gesagt hatte, "Herr Hamer wir sind von höchster Stelle angewiesen worden, über Hamer nichts zu veröffentlichen, als nur etwas Schlechtes. Wenn Sie uns sagen, daß Sie irgendwo eine Tafel Schokolade gestohlen haben und Sie uns angeben wo, dann verspreche ich Ihnen, daß Sie auf der ersten Seite in der B Z in großer Überschrift erwähnt werden. Wenn Sie aber den Nobelpreis bekommen sollten, verspreche ich Ihnen, daß darüber kein Wort in unseren Zeitungen veröffentlicht wird".

Kolleginnen und Kollegen, ich berichte Ihnen diese Vorfälle nicht, um mir Luft zu machen, sondern ich berichte diese Vorfälle, weil sie dokumentiert gehören, weil später alle Mediziner sagen werden, "wir haben nichts davon gewußt", oder sie hätten es nicht wissen können. Diese Ausrede werde ich später niemals gelten lassen. Seit 2 Jahren haben alle Mediziner Deutschlands genau gewußt über die EISERNE REGEL DES KREBS. Ganz besonders gut haben aber die Verantwortlichen des Deutschen Krebsklüngel über diese neue Entdeckung gewußt. Sie haben als Allererste meine Habilitationsschrift zu lesen bekommen und haben sie mir ohne ein Wort des Kommentars zurückgeschickt. Natürlich wird es eine gewaltige Verschiebung in der medizinischen Landschaft geben, wenn die EISERNE REGEL DES KREBS sich durchgesetzt hat, noch größer wird die geistige Verschiebung sein, die eintreten wird, dadurch daß sich unser gesamtes medizinisches Denkbild ändert. Wenn dann der Krebs so, wie wahrscheinlich die meisten Systemerkrankungen, eine Erkrankung des Gehirns ist, während man Jahrzehnte lang in der Peripherie die Krebszellen beobachtet hat ohne das geringste Ergebnis, dann gibt es in Zukunft kein Lehrbuch mehr, was noch stimmt. Dann waren 90% aller wissenschaftlichen Arbeiten unsinnig und nicht das Papier wert, auf dem sie gedruckt waren, dann haben Chirurgen Hekatomben von Patienten unsinnigerweise operiert und Onkologen haben Millionen von Patienten unnötigerweise in Todesangst-Panik

gebracht, an der sie schließlich gestorben sind, und alles war ein riesen-großer Unsinn, des Kaisers neue Kleider, die alle geglaubt haben und die doch nie einer gesehen hatte. So sehr mich heute alle meine Gegner als Scharlatan beschimpfen, später werden genau diese Leute sagen, daß sie von meiner EISERNEN REGEL DES KREBS nie etwas gehört hätten, während sie jetzt genau genau wissen, daß sie falsch ist. Auch will nie jemand etwas damit zu tun gehabt haben, die gesamte Presse zum Totschweigen veranlaßt haben und die europäischen Königshäuser und die Freimaurerlogen werden weit von sich weisen, je etwas mit diesen Dingen oder gar mit dem Mörder meines Sohnes zu tun gehabt zu haben. Das große Rätselraten wird beginnen, ja, wer war eigentlich schuld daran. Frau Mildred Scheel und ihr großer Krebsklüngel werden behaupten nie etwas von der Hamerschen Theorie und Ergebnissen gewußt zu haben, denn wie hätte man sonst 200 Millionen DM pro Jahr für kompletten Unsinn ausgeben können.

Kolleginnen und Kollegen, helft mir, daß wir uns nicht länger schuldig machen vor unseren und an unseren Patienten. Ich räte zu dem Vorsitzenden meiner Ärztekammer gesagt, "Herr Kollege Weinhold helfen Sie mit, daß wir Ärzte nicht für Jahrhunderte zu Verbrechern abgestempelt werden, helfen Sie mit, daß man später nicht sagt, alle Ärzte waren korrupte Helfer dieser Königshäuser, dieser Freimaurer-Mafia," daß man sagt, "nun gut es waren einige korrupte Funktionäre, die sich haben kaufen lassen um den Hamer totzuschweigen." Auch der Ärztekammervorsitzende hat inzwischen begriffen, daß all die kriminellen Aktionen nicht von Medizinern, nicht von Ärzten kommen, sondern die Handschrift der Mafia ist, der Mafia der Königshäuser und Freimaurerlogen. Die Ärzte wollen nicht mit diesen Kriminellen in den gleichen Topf geworfen werden, sie fühlen sich allmählich in schlechter Gesellschaft.

Der Computertomographische Beweis der EISERNEN REGEL DES KREBS:

Erinnern wir uns, Die EISERNE REGEL DES KREBS besagt:

1. Jeder Krebs entsteht bei einem DIRK-HAMER Syndrom als ein allerschwerstes Konfliktereignis mit akut dramatischem Beginn bei psychischer Isolation des Patienten.
2. Der Konflikt innerhalb bestimmt die Lokalisation der Krebserkrankung im Körper.
3. Der Konfliktverlauf entspricht dem Verlauf der Krebserkrankung.

Nach dieser EISERNEN REGEL DES KREBS verläuft jede Krebserkrankung und zwar primär als ein Programmierungsfehler im Gehirn. Diesen Programmierungsfehler konnte man zunächst nur erschließen, ja zwingend erschließen, weil sonst die Kriterien der EISERNEN REGEL DES KREBS nicht denkmöglich gewesen wären. Inzwischen ist es aber gelungen diese Programmierungsfehler oder, wie sie heißen

Feldeinbrüche im Gehirn, zu finden und zu fotografieren, sogar ihren Verlauf zu fotografieren und damit eine neue Definition der Heilung des Krebs zu finden.

Eine Krebserkrankung ist beendet, wenn das Perifocaloedem, daß sich im reparativen Stadium um den HAMER'schen Herd legt, verschwunden ist und wenn der HAMER'sche Herd sich nicht mehr zeigt. HAMER'sche Herde wurden diese Feldeinbrüche von meinen Gegner zynisch genannt: "Die komischen HAMER'schen Herde". Ich hatte nämlich bei der seit 8 Wochen laufenden Studie in Gyhum von Anfang an damit begonnen, bei jedem Patienten ein Computertomogramm des Gehirns zu machen. Schon bei den ersten Computertomogrammen ergaben sich erstaunliche Feststellungen: Wenn wir sofort nach der Konfliktlösung ein Computertomogramm anfertigten, sahen wir einen HAMER'schen Herd, der sich stark mit Kontrastmittel anfärbte und ein perifocales Oedem hatte. Diese Veränderung im Gehirn war offenbar ganz frisch und mit der Konfliktlösung im direkten Zusammenhang. Diese Coinzidenz d. h. diesen Zusammenhang mit der Konfliktlösung konnten wir inzwischen an einer ganzen Reihe von Patienten eindrücklich beweisen.

Es ergibt sich nunmehr folgendes Bild:

Die Krebserkrankung ist ein Programmierungsfehler eines bestimmten Hirnareals, nämlich des sog. HAMER'schen Herdes. Durch diesen Programmierungsfehler, bzw. Kurzschluß des Gehirns, gerät die gesamte vegetative Innervation des Körpers in Dauer-Sympathicotonie oder Dauer-Stress-Tonus. Den HAMER'schen Herd können wir solange die Krebserkrankung aktiv ist, nicht im CCT sehen. Erst wenn der Konflikt gelöst ist, erkennen wir den HAMER'schen Herd - oft nur ganz kurzfristig - an seiner Stoffwechselaktivität, d.h. der Anfärbbarkeit mit Kontrastmittel sowie dem typischen perifocalen reparativen Oedem um den Herd herum.

Der HAMER'sche Herd ist die Frühlingsbotschaft für den diagnostizierenden Arzt, daß mindestens die Konfliktivität eines Konfliktes gelöst ist, ob auch das Problem schon selbst gelöst ist, kann man später daran erkennen, ob die Transparenz des HAMER'schen Herdes wieder die des umgebenden Hirngewebes annimmt - mit anderen Worten, ob die Stoffwechselaktivität wieder normalisiert ist.

Wir können folgende Zusammenhänge der HAMER'schen Herde feststellen:

1. HAMER'sche Herde entstehen stets im Monat des DHS (DIRK-HAMER-SYNDROM) als hirnorganische Manifestation des DHS, als Feldeinbruch des Gehirns in einem umschriebenen Bereich, der sowohl dem Konfliktinhalt zugeordnet

ist als auch dem entsprechenden Körperbereich, in dem der "zugehörige Krebs" wächst.

2. DHS bzw. HAMER'scher Herd bewirken Dauersympathicotonie = Dauer-Stress-Tonus. Diese Dauer-Sympathicotonie führt schließlich - wenn keine Conflictolyse (Konfliktlösung) erfolgt - zum Tode des erkrankten Patienten. Alle psychischen Sekundärveränderungen wie Angst, Unruhe, Schlaflosigkeit und Panik, sowie alle Veränderungen der Laborparameter sind letztlich Folge dieses Dauer-Stress-Tonus!

3. Mit dem Moment der Conflictolyse (CL = Konfliktlösung) bricht der HAMER'sche Herd auf, d. h. er tritt in das reparative Stadium und wird mit einem perifocalem Oedem umgeben (= Zeichen der Heilung der Krebserkrankung). Mit dem Moment der Conflictolyse schaltet das Gehirn vegetativ um: von Dauer-Stress-Tonus in den reparativen Dauer-Vagotonus! Der Patient bekommt sofort heiße Handflächen, Appetit, Schlafbedürfnis, Gelöstheit, die grimmigste Spannung fällt ihm wie ein Mühlstein von der Seele: er lacht wieder, kann scherzen, kurz er ist aus der Panik heraus. Die Krebsgeschwulst in der Peripherie, also in seinem Körper, umgibt sich mit reparamentem Oedem (Aszites, Pleuraerguß, kurz peritumorales Oedem)! Die Krebsgeschwulst heilt narbig schrumpfend; oftmals sich lediglich einkapselnd, unter Schmerzen ab!

4. Die reparative Phase des HAMER'schen Herdes teilen wir in zwei Teilabschnitte auf:

- a) Wird der Konflikt hinsichtlich seiner Konfliktivität und dem evtl. vorhandenen realen Problem vollständig gelöst, so verschwindet normalerweise sowohl das perifocale Oedem, als auch verliert der HAMER'sche Herd seine Stoffwechselaktivität, d.h. er nimmt in etwa wieder die Transparenz des umgebenden Hirngewebes an.
- b) Wird der Konflikt nur hinsichtlich seiner Konfliktivität gelöst, während das Problem weiter besteht. Beispiel bin ich selbst: mein Dirk bleibt tot, ich habe erreicht, die Konfliktivität herauszufiltern und damit zu leben - in diesem Fall bleibt der HAMER'sche Herd noch jahrelang anfärbbar, allerdings ohne Oedemraum.

Zur bedingten und lieblichen Heilung vom Krebs reicht die Lösung des Konfliktes lediglich hinsichtlich der Konfliktivität, bereits aus. Alle Zeichen der Vagotonie können dabei eintreten.

5. Die Heilungsphase des Krebs:

Die Heilungsphase des Krebs ist weder im Gehirn noch im Körper ungefährlich!

- a) Im Gehirn selbst kann das perifocale Hirnoedem um den HAMER'schen Herd so ausgedehnt und gravierend sein, daß es zum Hirndruck führt und dadurch das oedematisierte Hirngewebe schwer und bleibend geschädigt wird. Ganz besonders gefährlich sind hier die Oedeme im Stammhirn, da sie auf lebenswichtige umgebende Zentren drücken (Temperaturzentrum, Kreislaufzentrum, Atemzentrum). Auch kann das perifocale Oedem so ausgedehnt und so unglücklich lokalisiert sein, daß es ein oder mehrere Blutgefäße abklemmt und dadurch zu einem umschriebenen Hirninfarkt und damit zum Schlaganfall führt.
- b) Im Körper werden die peripheren Blutgefäße in der Vagotonie weit gestellt, erhebliche Oedeme eingelagert, deshalb Gefahr der Thrombose und Lungenembolie! Der ganze Körper, insbesondere aber der Bereich der Krebstumorgegend, wird zu einer einzigen großen Stoffwechselbaustelle mit allen erfreulichen und auch weniger erfreulichen Begleitumständen.

6. HAMER'sche Herde - Großhirn, HAMER'sche Herde - Kleinhirn.

HAMER'sche Stammhirn - Herde:

Die Lokalisation der HAMER'schen Herde ist unterschiedlich:

Wir können grundsätzlich zwei Gruppen unterscheiden:

1. Die epithelialen Carcinome, z. B. Plattenepithel-Ca
- entsprechend mehr geistig rationalen Konflikten mit der Lokalisation im Großhirn. -
2. Die adenoiden Carcinome, z. B. des Bauchraums u. d. Alveolen
entsprechend den mehr instinktiven, Urkonflikten mit der Lokalisation im Stammhirn und Kleinhirn.

Einer weiteren Differenzierung möchte ich in diesem Stadium noch nicht vorgreifen. Beide Sorten sind in gleicher Weise HAMER'sche Herde, die zweite Gruppe selbstredend wesentlich gefährlicher als die erste, weil bei dieser Oedemlokalisation im Stammhirn oder Kleinhirn jeweils die lebenswichtigen Zentren wie Temperaturzentrum, Atemzentrum u. dgl., möglicherweise alle vegetativen Steuerungszentren des Organismus, in unmittelbarer Nachbarschaft liegend leicht in Mitleidenschaft gezogen werden. Die sogenannten "cerebralen Symptome" wie Kopfschmerz, Schwindel, Brechreiz, Doppelsehen, Fieber und Schüttelfrost u. dgl. sind meistens Symptome der vegetativen Zentren des Stammhirns- und des Kleinhirns.

7. Die HAMER'schen Herde sind selbstredend weder Tumoren noch "Hirnetastasen" für die man sie bisher gehalten hat. Sie sind vielmehr im elektrophysiologischen Sinne eingebrochene umschriebene Areale, die von Fall zu Fall - entsprechend der psychischen Konfliktsituation - teilweise oder weitgehend reversibel sind. Das heißt, daß ein Patient im Prinzip von seinem Krebs vollständig oder weitgehend vollständig geheilt werden kann - was das Gehirn anbetrifft! Selbst wenn im Körper bzw. in der Peripherie dann noch inaktive Krebsknoten liegen, muß der Patient dann nach dieser Definition als geheilt angesehen werden. Ebenso würde ja niemand einen an Pocken erkrankt gewesenen Patienten, der noch Narben hat, weiterhin als Pockenkranken bezeichnen.

HAMER'sche Herde hat niemals jemand wachsen sehen. Weder wachsen sie, noch werden sie kleiner. Sie bestehen einfach schlicht aus einer stoffwechselaktiven Zone des Gehirns. Nur das Oedem um den Herd, das sog. "perifocale Oedem", ändert sich. Man könnte fragen, warum die Pathologen oder Histologen solche Bezirke, wenn sie herausoperiert waren, stets als Tumoren bezeichnet haben. Als was hätten sie sie bezeichnen sollen, wenn nicht als paranormales Gewebe, das eindeutig anders ist als das umgebende Gewebe. Solches paranormale Gewebe pflegen die Histologen als Tumoren zu bezeichnen, obwohl sie keine Tumoren sind. Denn Tumore sind definiert als wachsende Bezirke, die keine Wachstum zeigen, sind per definitionem Tumore. Offensichtlich aber haben die HAMER'schen Herde während der Zeit des Feld-eintruchs und auch während des reparativen Stadiums, vielleicht sogar nur im reparativen Stadium, anatomisch-histologisch ein anderes Aussehen als das umgebende Hirngewebe. Für den Zeitraum vom DHS bis zur Conflictolyse hat man das bisher noch nicht untersucht.

8. Korrelation zwischen:

Konfliktinhalte

Gehirnlokalisation (HAWER'sche Herd)

Krebslokalisation (Tumor)

Die Korrelation zwischen Psyche und Lokalisation des HAWER'schen Herdes einerseits, sowie der Lokalisation des HAWER'schen Herdes und der Lokalisation des Krebstumors in der Körperperipherie ist eindeutig und reproduzierbar.

Das heißt: Die "Konfliktmuster" scheinen uralte "Strickmuster" zu sein. Jeweils die gleiche Krebslokalisation im Körper hat stets die gleiche Lokalisation des HAWER'schen Herdes.

Es ist vielleicht für manche Geisteswissenschaftler ein Sakrilege, sich vorstellen zu müssen, daß die Psyche in cerebrale Konfliktareale "zerpflückt" wird. Aber es läßt sich einfach nicht mehr daran vorbeireden, daß Psyche und Körper praktisch ein und dasselbe sind, nur rein theoretisch trennbar, praktisch nicht!

Die Landkarten des Gehirns sind bereits in Arbeit!

Sie sind Landkarten der Konfliktbereiche und gleichermaßen gleichzeitig Landkarten der Carcinome!

SCHLUß:

Kolleginnen und Kollegen, Sie waren heute die ersten Zeugen meiner "Herstatt", die im letzten Krähwinkel auf dem platten Land liegt. Aber in dieser kümmerlichen Werkstatt inmitten einer Handvoll Menschen, denen man das Todesurteil gesprochen hatte aus Unverstand und die nun zu neuem Leben erwacht sind durch das Wissen um die Zusammenhänge der EISERNEN REGEL DES KREBS, vollzieht sich - unter dem Sperrfeuer einer ganzen Welt voller Gegner - die gewaltigste Revolution der Medizin vielleicht seit vielen hundert Jahren! So wie sich beim Blick durch ein astronomisches Fernrohr dem Auge des stauenden Betrachters neue Welten von Milchstraßen auftun, so sind Sie heute Zeugen einer vor uns liegenden Entwicklung gewaltigen Ausmaßes geworden.

In einer Sendung von Radio Bremen - "Buten un Binnen" - wurde ich gefragt, wie ich mich fühle, so im Sperrfeuer der gegnerischen Heere. Ich sagte, ich fühle mich wie mit meinen letzten Götzen auf dem Marsch zur letzten Schlacht am Vesuv. Unsere Augen würden sehnsüchtig den Horizont des Meeres absuchen, ob nicht endlich die Segel unserer Wikinger auftauchen würden. Nahezu alle Bundesgenossen haben sich von uns abgewendet, alle Hilfgelder, die man uns versprochen hatte, sind ausgeblieben. Trotzdem haben wir inzwischen unseren Vesuv erreicht und uns in unserer Festung verschanziert. Hier wird die Entscheidung fallen in der "Schlacht um den 7. Dezember".

Kolleginnen und Kollegen,
Meine Damen und Herren,

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

TABELLE ZUR EISERNEN REGEL DES KREBS

Lokalisation	Konflikt-Inhalt	Zeit bis zu den ersten für den Patienten klinisch wahrnehmbaren Symptomen seit dem DHS	Position der Hamerschen Herde im CCT des Gehirns
1. Brust-Krebs (linke Brust)	Nestrevierkonflikt, bedeutet meist realer Mutter-Kind-Konflikt oder Quasi-Mutter-Kind-Konflikt	2 bis 3 Monate, bei einer Größe von 7 mm Durchmesser	Seitlicher, gegenüberliegender Bereich des Kleinhirns – rechts
2. Brust-Krebs (rechte Brust)	Allgem. menschl. Konflikt, auch zeitlich und situativ distanzierter Mutter-Kind-Konflikt, z.B. erwachsenen Kindern, »Reviervertriebungskonflikt« eng verwandt mit sexuellem Konflikt, wenn erwachsene Kinder aus dem Revier vertrieben werden; siehe auch dazu Rechtsherzinfarkt bei Frauen	2–3 Monate, bei einer Größe von 7 mm Durchmesser	Wie bei 1. – jedoch links
3. Achsellymphknoten-Ca	Selbstwerteinbruch-Konflikt <i>linke Achsel:</i> Selbstwerteinbruch-Konflikt im Verhältnis Mutter/Kind (Nest) oder Vater/Kind (»ich bin eine schlechte Mutter/Vater«) oder den linken Arm betr., z. B. bei Paralyse des linken Armes (bei schwerem Selbstwerteinbruch-Konflikt (»Ich bin eine Rabenmutter«: Osteolyse des Oberarmkopfes. <i>Rechte Achsel:</i> Selbstwerteinbruchkonflikt in anderen Verhältnissen (»Ich bin eine schlechte Ehefrau, Hausfrau, bin ein schlechter Arbeiter...«)	1 bis 3 Wochen, je nach Intensität des Konfliktes. Grundsätzlich kann der Lymphknoten mit Zellvermehrung in der konfliktaktiven Phase anschwellen als auch ohne Zellvermehrung in der postconflictolytischen Phase, da er eine »Zwischenposition« hat. Entsprechend werden die Lymphknoten von den Histologen als »bösartig« bezeichnet oder als »gutartig«, je nachdem, in welcher Phase man sie antrifft.	links und rechts frontal, frontolateral von dem jeweiligen Vorderhorn des Seitenventrikels links oder rechts
4. Pleura-Carcinom	Ähnlicher, mehr verinnerlichter Konflikt wie bei Mamma-Ca der entsprechenden Seite. Oftmals gleichzeitig mit Mamma-Ca als ein Großkonflikt-Rezidiv mit erweitertem Konfliktinhalt nach vorausgegangenem Mamma-Ca	Das Pleura-Ca kann man in der konfliktaktiven Phase als trockene Pleuritis erkennen, die schmerzt. In der pcl-Phase ist es als Erguß nur noch indirekt erkennbar, wird sogar meist nicht mehr erkannt, wenn der Konflikt nur 2–3 Monate gedauert hatte. Ansonsten gibt es zwei Situationen, die nicht übersehbare Symptome verursachen: 1. Wenn nach Lösung des Konflikts der anschließende Pleuraerguß so ausgedehnt ist, daß er zu Atembehinderung führt, oder 2. wenn sich am Ende der postconflictolytischen Heilungsphase die Pleuraschwarte bildet, was passager sehr schmerzhaft sein kann, aber nicht sein muß.	Mitte-seitliche Gegenseite des Kleinhirns. Die Lokalisation im Gehirn schließt sich der Lokalisation des HAMERSchen HERDES der Brust an, ist also in jeder Hinsicht konfliktiv, cerebral und körperorganisch dem Brustkrebs verwandt.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <p>5. Intrabronchial-Krebs histologisch: Plattenepithel-Ca der Bronchialschleimhaut im Bronchus</p> | <p>Allgemein menschliche, indirekte Revierbeeinträchtigung von außen und innen, nur bei Männern</p> | <p>18 bis 19 Monate bis zum Verschluss des Bronchus (Atelektase) – Hustenreiz, der meist übersehen wird, stellt sich schon Monate früher ein</p> | <p>rechts fronto-temporoparietal etwa an der gleichen Stelle wie das Korrelat zum Vorderwandinfarkt bzw. Coronarcarcinom</p> |
| <p>5. Lymphknoten-Krebs histologisch: kleinzellig</p> | <p>Allgem. menschl. Angstkonflikt. Konflikthalt kombiniert mit Selbstwerteinbruch leichteren Grades überwiegend bei Männern und Greisen in Zusammenhang mit Revierkonflikt</p> | <p>5 bis 14 Monate je nach Lokalisation, denn die entscheidet darüber, ob ein Bronchus eingeklemmt wird oder der imprimierte Oesophagus ein Speiseröhren-Ca vortäuscht durch Schluckbeschwerden</p> | <p>Links und rechts paraventrikulär, hier fließende Übergänge zu den Coronar-Carcinomen, außerdem seitlich im gegenseitigen Kleinhirn</p> |
| <p>7. Herzinfarktgeschehen des linken Herzventrikels, Herz-Coronar-Krebs oft kombiniert mit Blasen-Ca links und Rectum-Ca, den Revier-Markierungs-Organen</p> | <p>Direkter »Revier-Konflikt«, im geschlechtsreifen Alter nur bei Männern. Bei Frauen nach Kastration und im Greisenalter. Männlicher Sexualkonflikt (siehe Blasen-Ca)</p> | <p>Sofort nach DHS Angina pectoris-Anfälle bis zur Konfliktlösung. Mit EKG oder Coronar-Angiogramm meist keine Diagnose möglich, da Coronar-Ca-Ulcus in die Gefäßwand, nicht in das Gefäßlumen hineinragt. Bei Konfliktdauer von weniger als 2 bis 3 Monate wird meist kein »klinischer Herzinfarkt« bemerkt; bei Konfliktdauer von mehr als 8 bis 9 Monaten ist der Herzinfarkt durch lokale Hirnschwellung meist tödlich, reine Vw-Infarkte ab 10 Monate.</p> | <p>Rechts temporo-parietal perinsulär</p> |
| <p>8. Herzinfarktgeschehen des rechten Herzventrikels Herz-Coronar-Krebs meist kombiniert mit Gebärmutterhals-Ca, Vaginal-Ca oder Blasen-Ca rechts; weiblicher sexueller Konflikt</p> | <p>Distanzierter Revierkonflikt, oft mit erwachsenen Kindern, in Widerstreit zu sexuellem Konflikt des »Nichtbegattetwerdens«. Rechts-Herzinfarkt meist gleichbedeutend mit Lungenembolie. Enge Verwandtschaft zum Konflikt bei rechtem Mamma-Ca, siehe auch Blasen-Ca rechts</p> | <p>Entsprechend wie beim Linksherzinfarktgeschehen, nur seitenvertauscht. Die Zeiten der symptomarmen Heilphase (3 bis 4 Monate) und der mortalitäts-limitierenden Konfliktdauer (10 bis 12 Monate) scheinen hier etwas höher zu liegen. Rechtsventrikelfarkt ist fast gleichbedeutend mit Lungenembolie.</p> | <p>Linker Temporallappen und linker seitlicher Kleinhirnbereich bei Rechtsventrikelfarkt.</p> |
| <p>9. Gebärmuttermund- und -hals-Krebs verwandt: Vaginal-Krebs und Blasenkrebs rechts. Je nach Konfliktlage häufig oder sehr häufig vorkommend zusammen mit Rechtsherz-Infarkt geschehen mit Lungenembolie bei Frauen, vielleicht sogar weitgehend identisch</p> | <p>Sexueller Konflikt des »Nichtbegattetwerdens«, entspricht der Verhinderung eines künftigen Nestreviers, nur bei Frauen. Sofern mit Rechtsherzinfarktgeschehen (Coronar-Ca) kombiniert, handelt es sich um den Konflikt, die erwachsenen Jungtiere aus dem Revier vertreiben zu müssen, um wieder geschwängert zu werden und ein neues Nestrevier erlangen zu können.</p> | <p>12 Monate</p> | <p>Linker Temporallappen wie bei Rechtsventrikel-Herzinfarkt</p> |

TABELLE ZUR EISERNEN REGEL DES KREBS

Lokalisation	Konflikt-Inhalt	Zeit bis zu den ersten für den Patienten klinisch wahrnehmbaren Symptomen seit dem DHS	Position der Hamerschen Herde im CCT des Gehirns
10. Pericard-Krebs Im medizinischen Sprachgebrauch »Herzinsuffizienz«	Revier-Konflikt wie bei Coronar-Ca	Zunehmende trockene Pericarditis, Pericardreiben, oft schmerzhaft. Beginn nach DHS. In der pcl-Phase – je nach Dauer des vorangegangenen Konfliktes – Pericarderguß mit Gefahr der Herzbeutel tamponade (Tachycardie, wenig Pulsfüllung, niedriger Blutdruck, leise Herztöne), später Schmerzen bei Pericardschwarte. Bei bestehendem Septum rechter oder linker Pericarderguß in der pcl-Phase oder circulärer Pericarderguß.	Unterscheidung zwischen rechtem und linkem Pericard-Krebs ähnlich wie bei Revierkonflikt und Gebärmutterhals-Ca rechts und links temporoparietal, mit Kleinhirnerd lateral (gekreuzt) wie bei Herzinfarkt. Linker Temporallappen und links parietal, dazu linker seitlicher Kleinhirnbereich wie bei Rechtsventrikelfarkt. Linker Temporoparietalbereich wie bei Rechtsventrikel-Herzinfarkt
11. Eierstock-Krebs	Genital-analer Konflikt bei Frauen, auch Verlust-Konflikt bei alten Frauen	5 bis 7 Monate	beiderseits occipital-paramedial ungekreuzt, d. h. rechtes Hirn für rechten Eierstock und linkes Hirn für linken Eierstock
12. Hoden-Krebs	Verlust-Konflikt, Vaterkonflikt bei Verlust seines Kindes, nur bei Männern	1 bis 2 Monate	beiderseits occipital-paramedial ungekreuzt, d. h. rechtes Hirn für rechten Hoden, linkes Hirn für linken Hoden
13. Nieren-Krebs (Hypernephrom)	Konflikt mit Flüssigkeit; Wasser, Pumpe, Milch, Meer etc.	6 bis 9 Monate, je nach Lage des Tumors	beiderseits occipital-paramedial etwas unterhalb des HAMERSchen HERDS für Hoden- und Eierstock-Ca
14. Gebärmutter-Krebs	Genital-analer Konflikt, auch Großmutter-Konflikt um die Enkel	5 bis 7 Monate	Stammhirn (Pons), siehe Titelblatt des Buches: »Krebs – Krankheit der Seele...«
15. Prostata-Krebs	Genital-analer Konflikt, auch Großvater-Konflikt um Enkel; entsprechend Corpus-Ca bei Frauen	6 bis 8 Monate	Stammhirn (Pons)
16. Blasen-Krebs	Häßlicher, urinal-analer Konflikt in Richtung Revierkonflikt bei Coronar-Ca. Konflikt der »Reviermarkierung« (Reviermarkierungsorgan)	4 bis 12 Monate je nach Position der Tumors	Links und rechts temporal bei Coronar-Carcinom

17. Akute Leukämien (Knochenkrebs)	Jugendliche bzw. infantile Reaktionsweise eines Konflikts des schwersten Selbstwerteinbruchs	Frühestens 1 bis 2 Monate Konfliktaktive Phase bedeutet Depression des blutbildenden Knochenmarks (wird meist nicht oder erst spät bemerkt, als Anämie, Leukopenie, Pharyngomyelophthise). Nach Konfliktolyse als Ausdruck der Heilungsphase überschießende Hämatopoese des Knochenmarks mit <i>leukämischer</i> Phase, die sich nach Abschluß der Heilungsphase spontan normalisiert	Ganzes Hirnmark des Großhirns beiderseits, je nach Befall des Knochenmarks, im Prinzip gleich wie bei Knochenkrebs (Reaktionsweise des älteren Menschen) und Plasmazytom halbinfantile Reaktionsweise des jungen erwachsenen Menschen. Die Abgrenzung der Lebensalter ist fließend.
18. Knochen-Krebs	Selbstwert-Einbruch. Die Lokalisation der Osteolyse zeigt, in welchem Bereich das Selbstwertbewußtsein eingebrochen ist; z. B. Beckenosteolysen bei sexuellem Selbstwerteinbruch	6 bis 12 Monate, im Röntgen-Bild 1 bis 3 Monate, im Szintigramm 2 bis 4 Wochen, je nach Lage	Marks-substanz des Großhirns; HAMERScher HERD verschwindet im Oedem. Bei Plasmazytom Panoedem der Marks-substanz mit Auspressung der Ventrikel
19. Melanom und Haut-Krebs einschl. Vitiligo (Weißfleckenkrankheit)	Verletzung der körperlichen Unversehrtheit; Besudelungskonflikt. Die Lokalisation der Hauterkrankung zeigt gewöhnlich den Ort der empfundenen Besudelung. Vitiligo: Besudelungskonflikt bei jungen Mädchen mit akuter Störung des vor dem guten Tochter-Vater-Verhältnisses	2 bis 4 Wochen, manchmal kürzer 1 bis 3 Wochen (Besudelungskonflikt)	Dorsaler Kleinhirn-Bereich (Kleinhirn-Cortex)
20. Halslymphknoten- und Supraclavicular-Lymphknoten-Krebs (über Schlüsselbein)	Angst, insbesondere Krebsangst; d. h. Angst vor Krebs oder vor dem Weiterwachsen von Krebs (»Die Angst schnürt mir die Kehle ab, den Hals ab«). Liegt im Prinzip auf der gleichen Linie mit Mediastinal-Lymphknoten-Krebs (siehe unter Nr. 6, dort tiefe Angst). Oft Krebsangst mit Angst vor Selbstwertherabsetzung	2 bis 4 Wochen	Frontaler Hirnrindenbereich und gleichzeitig Stammhirn (Medulla oblongata)
21. Lungen-Rundherd-Krebs schließlich <i>Epilepsie</i>	ein- Todesangst-Konflikt, auch Todesangst-Sorge-Konflikt um einen anderen	Klinisch (Luftnot) nach 4-7 Monaten, je nach Intensität des Konfliktes; röntgenologisch flauere Rundherde bereits nach 2-3 Wochen. Bei Todesangst-Sorgekonflikt um eine andere Person: Nur ein großer Solitär-Rundherd.	Ganze Hirnrinde und Lokalisation richtet sich nach Art des Todesangst-Konfliktes, gleichzeitig Stammhirn (Medulla oblongata). Der epileptische Anfall (vergleichbar mit dem akuten Herzinfarkt) ist der sympathikotone Krampf (Schock) mit cerebraler Oedemaustreibung in der pcl-Phase nach kurzfristigen Konflikt-Rezidiven

TABELLE ZUR EISERNEN REGEL DES KREBS

Lokalisation	Konflikt-Inhalt	Zeit bis zu den ersten für den Patienten klinisch wahrnehmbaren Symptomen seit dem DHS	Position der Hamerschen Herde im CCT des Gehirns
22. Kehlkopf-Krebs	Erstickungskonflikt, Erstickungsangst	2 bis 4 Monate (Heiserkeit der Stimmbänder)	Frontaler Cortical-Bereich
23. Mund- und Kieferhöhlen-Krebs; Gaumen-, Gingival-, Zungen-Krebs	Oraler oder nasaler Konflikt; hat was mit Mund, Zunge, Gestank etc. zu tun	1 bis 12 Monate je nach Lokalisation	Retroorbitaler fronto-bazaler Temporalhirnbereich der Gegenseite
24. Speiseröhren-Krebs	Schluck-Konflikt; auch übertragen: »Es bleibt etwas im Halse stecken, was ich nicht hinunterschlucken kann«	5 bis 7 Monate	Hirnbasisnah, fronto-diencephal
25. Magen-Krebs	Unverdaulicher Ärger, der im Magen liegt, meist mit Angehörigen. Häufig zwischen Angehörigen sog. »intakter Familien«, die sich nicht aus dem Wege gehen können	5 bis 8 Monate je nach Lokalisation im Magen	Untere Pons/obere Medulla
26. Zwölffingerdarm-Krebs	Ähnlicher Konflikt wie bei Magen-Ca; etwas »tiefer gehend«	2 bis 4 Monate	Untere Pons/obere Medulla
27. Leber-Krebs und Gallenblasen-Krebs	Unguter, unverdaulicher Ärger mit Angehörigen; meist Futterneid-Konflikt	2 bis 6 Monate je nachdem ob ein Galleaufstau (Ikterus) erfolgt	Rechte Seite untere Pons
28. Bauchspeicheldrüsen-Krebs	Gleicher Konflikt fast wie bei Leber-Ca	4 bis 6 Monate	Linke Seite untere Pons
29. Dickdarm-Krebs	Häßlicher unverdaulicher Konflikt	4 bis 9 Monate	Untere Pons/obere Medulla
30. Sigma-Krebs (Mastdarm)	Ekelhafter, unverdaulicher Konflikt	1 bis 5 Monate (Blutung)	Untere Pons
31. Enddarm-Krebs (Rectum)	Ekelhafter, faecaler Konflikt	1 bis 4 Monate (Blutung), Schmerzen bei der Defaecation	Beide Seiten gekreuzt, jeweils gegenüberliegendes Temporalhirn

32. Multiple Sklerose

Multiple Sklerose ist keine eigene Krankheit, sondern der glios-vernarbte, gelegentlich auch rezidivierend vernarbende Restzustand eines oder mehrerer HAMERScher HERDE im Gehirn, wie sie bei jeder Krebserkrankung üblich und in der pcl-Phase sichtbar sind. Die MS stellt meist den narbigen Restzustand nach abgeschlossener Heilung dar, kann jedoch, wenn der verantwortliche Konflikt nochmals rezidiert und damit auch das gesamte Krebsgeschehen rezidiert, vorübergehend nochmals von perifokalem Oedem umgeben sein. Genauso kann ein neuer Konflikt an anderer Stelle ein anderes Krebsgeschehen auslösen und einen entsprechenden neuen HAMERSchen HERD an anderer Stelle des Gehirns verursachen. In diesen Fällen spricht man von frischem »Multiple-Sklerose-Schub«, sofern feststellbare neurologische Ausfallserscheinungen gefunden werden können.

Im ganzen Gehirn:
Stammhirn (mit Medulla oblongata),
Kleinhirn und Großhirn.

Erweiterte Tabelle zur »EISERNEN REGEL DES KREBS« (Stand: März 1987)

aus dem Buch: Dr. med. Ryke Geerd Hamer

»KREBS – Krankheit der Seele – Kurzschluß im Gehirn, dem Computer
unseres Organismus »DIE EISERNE REGEL DES KREBS«

Erschienen im Verlag AMICI di DIRK.

Erhältlich über: VERLAG AMICI di DIRK, Ges. f. med. Schriften mbH,
Sülzburgstr. 29, 5000 Köln 41, Tel. 0221/413047

Diese Tabelle ist nicht etwa konstruiert, sondern für jedes einzelne der Carzinome eine Art »Konflikt-Typ-Mittelwert« aus den bisher insgesamt über 5000 von mir untersuchten Fällen von Patienten mit Krebs oder Herzinfarktgeschehen. In gleicher Weise verhält es sich mit der Position der HAMERSchen HERDE im Gehirn. Ein an Krebserkrankter Patient kann grundsätzlich an drei verschiedenen Ursachen zu Tode kommen (von iatrogenen Todesursachen abgesehen):

1. Wenn entweder der Grundkonflikt nicht gelöst werden kann oder trotz einer Lösung des Grundkonflikts ein neuer Zweitkonflikt nicht gelöst wird, also Konflikt-Aktivität bleibt, bleibt auch Sympathicotonie. Sie führt zur Kachexie und zum Tod.

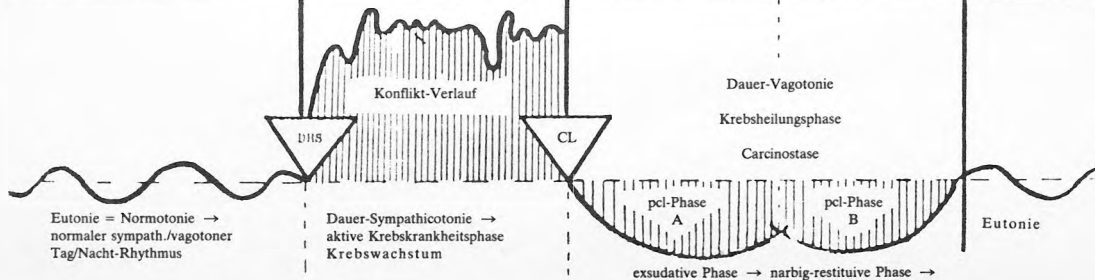
2. Wenn nach langer Konflikt-Aktivitätsdauer das intra- und perifocale Ödem des HAMERSchen HERDES in der pcl-Phase (Phase nach Konfliktlösung) so ausgedehnt wird, daß der Patient an lokalem Hirnödem und lokaler Hirnkompression eines lebenswichtigen Hirnzentrums stirbt, z. B. Herzinfarkt, zentrales Atemversagen etc.

3. Sowohl in der Konfliktaktiven Phase (ca-Phase) als auch in der Phase nach Konfliktlösung (pcl-Phase) kann es Komplikationen geben, die lebenslimitierend werden können; z.B. übermäßiger Aszites, Pleuraerguß, Ileus bei intraintraabdominalem Tumor, Gallenblasenempyem im Gehirn den HAMERSchen HERD ohne Ödem hat, können wir die postkonfliktolytische vagotone carcinostatische Phase (mit dem ödematisierten HAMERSchen HERD im Gehirn) aufteilen in die pcl-Phase A und pcl-Phase B.

– pcl-Phase A: Die Phase nach Konfliktolyse bis zur Heilungsperipetie – pcl-Phase B: Die Phase von der Heilungsperipetie bis zur Pc-Eutonie, d. h. bis zur Wiedererreichung der ursprünglichen EUTONIE.

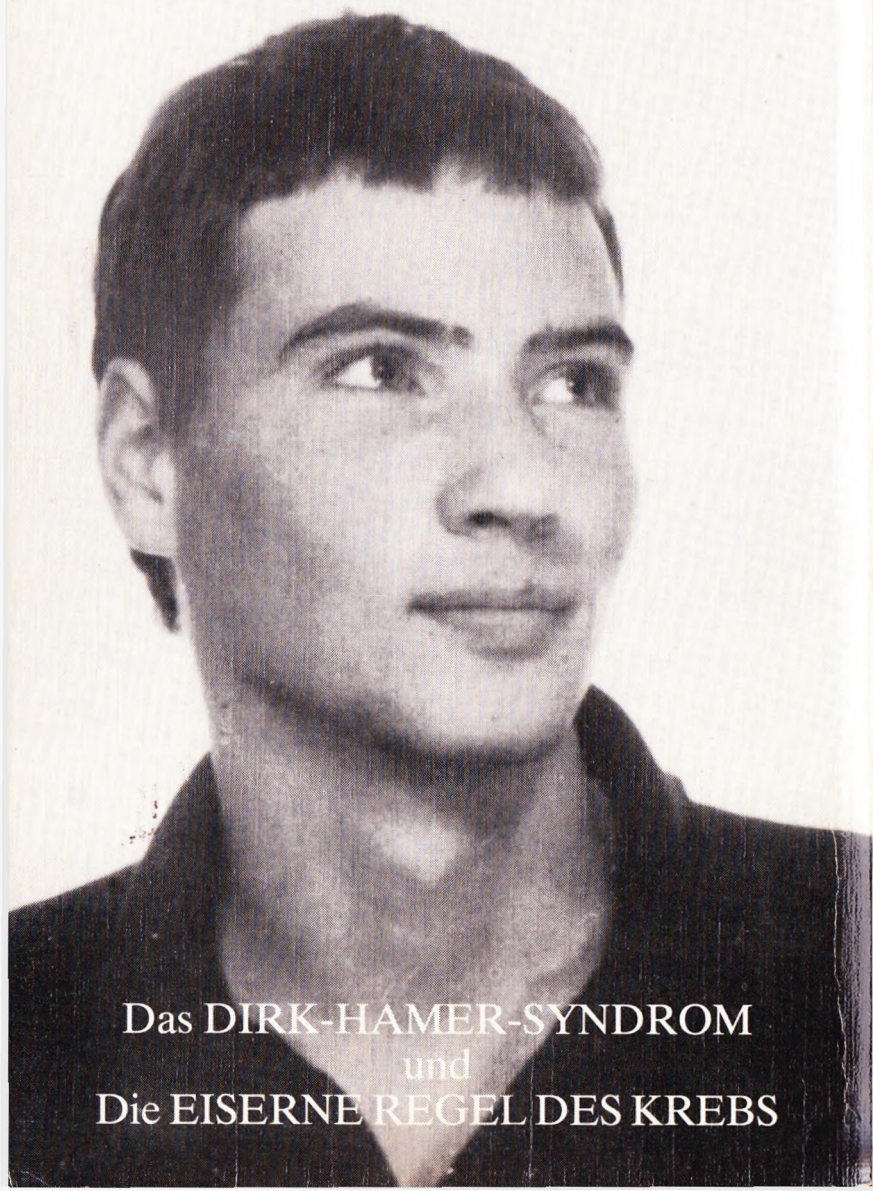
Zeichenerklärung: DHS = DIRK HAMER-Syndrom – initialer Konfliktschock; CL = Konfliktolyse; ERK = EISERNE REGEL des KREBS; pcl = postkonfliktolytisch; ca = konfliktaktiv.

	gesunder Mensch	D H S Konflikt-Erlebnis- Schock schwerst akut-dram. isolat. Krebs-erkrankter Patient	C L Konflikto lyse = Lösung des Konflikts Im Stadium der Heilung vom Krebs befindlicher Patient	Peripeti	geheilter Mensch
Psyche	ausgeglichen	Patient in Dauer-Konflikt-Streß	Wohlbefinden – dabei Müdigkeit, Schlappheit bis zur subjektiven Hinfälligkeit, oft Depressionen		wieder ausgeglichen
Vegetative Innervation	Eutonie = Hormotonie	Dauer-Sympathicotonie	Vagetonie guter Appetit, Gewichtszunahme, guter Schlaf		Eutonie Hermotonie
Gehirn cerebral	normale Funktion keine Störung, kein HAMERScher HERD im Gehirn	Feldeinbruch im Gehirn HAMERScher HERD, noch <u>ohne</u> Oedem	Einschießen des intra- und perifocalen Oedems in und um den HAMERSchen HERD im Gehirn Gefahr der lokalen Hirnkompression durch Oedem	Restitutie oder gliöse Vernarbung des HAMERSchen HERDES bei gleichzeitiger Abnahme des intra- und perifocalen Oedems des HH	ad integrum restituerter oder gliös narbig verheilte HAMERScher HERD bzw. ehem. Feldeinbruch
Körperorgane	organisch gesund	Organ-Krebs wächst!	Carcinostase erkrankt gewesenes und oedematisiertes, Carcinom konsolidiert sich und restituiert sich, meist durch bindegewebige, narbige Einkapselung		Zustand nach Abstoßung des Tumors (bei Plattenepithel-Carcinom) oder bindegewebig vernarbtem Tumor









Das DIRK-HAMER-SYNDROM
und
Die EISERNE REGEL DES KREBS