

Seit vielen Jahren bereist Lothar Hirneise die ganze Welt auf der Suche nach den erfolgreichsten Krebstherapien und klärt Menschen darüber auf, dass es mehr als Chemotherapie und Bestrahlung gibt. International anerkannt als eine der wenigen Kapazitäten auf diesem Sektor, beschreibt er in dieser Enzyklopädie der unkonventionellen Krebstherapien seine jahrelange Forschung. Detailliert erfährt der Leser, warum auch so genannte Experten in Wahrheit nur wenig über Krebs wissen. Neben der Beschreibung von über 100 Krebstherapien und Substanzen zur Behandlung von Krebs, klärt der Autor auch darüber auf, welche Krebstherapien bei welchen Krebsarten in der Schulmedizin angewandt werden und was man als Patient unbedingt wissen muss, bevor man sich solchen Therapien unterzieht.

ISBN: 3-932576-67-5

Verlag: SENSEI

Erscheinungsjahr: 1. Auflage: Juli 2002

Dieses E-Book ist nicht zum Verkauf bestimmt!!!

Buch

„Zukünftig wird es nur noch zwei Gruppen von Krebskranken geben. Solche, die dieses Buch gelesen haben – und die Nichtwissenden.“

Seit vielen Jahren bereist Lothar Hirneise die ganze Welt auf der Suche nach den erfolgreichsten Krebstherapien und klärt Menschen darüber auf, dass es mehr als Chemotherapie und Bestrahlung gibt. International anerkannt als eine der wenigen Kapazitäten auf diesem Sektor, beschreibt er in dieser Enzyklopädie der unkonventionellen Krebstherapien seine jahrelange Forschung. Detailliert erfährt der Leser, warum auch so genannte Experten in Wahrheit nur wenig über Krebs wissen. Neben der Beschreibung von über 100 Krebstherapien und Substanzen zur Behandlung von Krebs, klärt der Autor auch darüber auf, welche Krebstherapien bei welchen Krebsarten in der Schulmedizin angewandt werden und was man als Patient unbedingt wissen muss, bevor man sich solchen Therapien unterzieht.

Erstmals wird auch das 3E-Programm beschrieben, das auf der Auswertung der Krankengeschichten von Tausenden von Menschen beruht, die Krebs in einem sehr späten Stadium überlebt haben. Erfahren Sie, warum so viele Menschen an Krebs sterben müssen und andere nicht. Das Buch liefert nicht nur eine unglaubliche Menge an Informationen, sondern hilft dem Krebskranken auch durch aktive Übungen des 3E-Programmes, seinen eigenen Weg zu finden, um Krebs zu heilen.

Chemotherapie heilt Krebs und die Erde ist eine Scheibe

von Lothar Hirneise

Wichtig:

Jede Krankheit und jeder Patient ist einzigartig. Dieses Buch soll nur als Informationsquelle dienen. Den Lesern wird es ausdrücklich nahegelegt, in Partnerschaft mit einem qualifizierten und erfahrenen Arzt/-Therapeuten zusammenzuarbeiten, bevor sie Behandlungen, die auf diesen Seiten gelistet sind, aufnehmen (oder davon Abstand nehmen).

IMPRESSUM

Chemotherapie heilt Krebs und die Erde ist eine Scheibe

Herausgeber:

SENSEI Verlag, Cannstatter Str. 13
71394 Kernen

Autor:

Lothar Hirneise

Lektorat:

Carola Schaller

1. Auflage: Juli 2002

ISBN 3-932576-67-5

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdruckes, der fototechnischen Wiedergabe und der Übersetzung, nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung durch den Herausgeber. Eine Haftung des Verlags, des Vertriebs und der Autoren für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Inhalt

Was Sie von diesem Buch erwarten dürfen und was nicht!.....	14
--	-----------

1. Kapitel

Der medizinische Status quo.....	20
---	-----------

Warum dieses Buch und das 3E-Programm so dringend notwendig sind!.....	21
Die Entstehung des 3E-Programm.....	25
Das Gesetz der Ordnung.....	27
Gibt es denn überhaupt Krankheiten?	31
Moderne Onkologie oder Warum Patienten und Ärzte so wenig wissen!.....	34
Menschenverstand und Bequemlichkeit	35
Karriere eines Arztes	38
Achtung – jemand meint es gut mit Ihnen!.....	44
Die Weil-Obwohl-Theorie.....	51

2. Kapitel

Krebs – was ist das?	59
-----------------------------------	-----------

Wovon spricht eigentlich ein Schulmediziner, wenn er das Wort Krebs benützt?.....	60
Die Mutations-Theorie	62

Die Mitochondrien-Theorie oder Warum unser Herz und unser Gehirn keinen Krebs bekommen kann.	69
Die Theorie der 2. Leber.....	72
<i>Neue Medizin</i> nach Dr. Hamer	77
Die Frequenz-Theorie.....	82
Die Ausgleichs-Theorie.....	85
Die Reich'sche Theorie	88
Die Trichomonaden-Theorie	90
Säure-Basen-Theorie	92
Weitere Theorien	96

3. Kapitel

Diagnose Krebs 97

Wann ist Krebs eigentlich Krebs?.....	98
Die 1 %-Hürde.....	107
Konventionelle Untersuchungen zur Diagnose eines Tumors oder Blut- und Lymphkrebes	109
Nicht-konventionelle Untersuchungen zur Diagnose eines Tumors oder Blut- und Lymphkrebes.....	116
Vor-Sorge & Nach-Sorge.....	128

4. Kapitel

Chemotherapie und Bestrahlung..... 138

Chemotherapie! Fluch oder letzte Rettung?	139
Das Krebsbusiness ist ein Milliardengeschäft	154
Responserate (Ansprechrte) und Survival Time	

(Überlebenszeit).....	161
Soll ich jetzt eine Chemotherapie machen oder nicht?	162
Grundsätzliches zum Thema Bestrahlung.....	163

5. Kapitel

Konventionelle Therapien 172

Konventionelle Therapien.....	173
Akute lymphatische Leukämie (ALL)	178
Akute myeloische Leukämie (AML)	182
Analkarzinom	190
Astrozytom.....	194
Basaliom	201
Brustkrebs bei Frauen (Mammakarzinom).....	208
Chronisch myeloische Leukämie (CML).....	216
Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom).....	221
Ependymom	229
Gallenblasenkrebs	233
Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom).....	238
Gebärmutterkrebs (Uteruskarzinom).....	244
Glioblastom	249
Harnblasenkarzinom.....	254
Hodenkrebs	261
Korpuskarzinom.....	266
Larynxkarzinom (Kehlkopfkrebs).....	269
(Primärer) Lebertumor.....	275

Kleinzelliges Bronchialkarzinom.....	281
Nichtkleinzelliges Bronchialkarzinom.....	287
Magenkrebs.....	290
Malignes Melanom.....	297
Morbus Hodgkin (Lymphogranulomatose)	303
Mesotheliom.....	308
Myelodysplastisches Syndrom.....	313
Multiples Myelom (Plasmozytom)	319
Nierenzellkarzinom.....	327
Non-Hodgkin-Lymphom.....	333
Oropharynxkarzinom.....	343
Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs).....	349
Pankreaskarzinom (Bauchspeicheldrüsenkrebs)	355
Peniskarzinom.....	362
Prostatakarzinom	368
Schilddrüsenkarzinom	375
Speicheldrüsenkrebs.....	384
Speisenröhrenkrebs (Ösophaguskarzinom)	390
Weichteilsarkom.....	396
Krebsbehandlungen bei Kindern.....	405
Akute lymphatische Leukämie (ALL) bei Kindern....	410
Astrozytom.....	419
Michael Horwin und seine Erkenntnisse über Gehirntumore	426
Neuroblastom bei Kindern	431
Medulloblastome bei Kindern.....	440
Weichteilsarkom.....	444

Chemotherapie, Bestrahlung und 3E	447
---	-----

6. Kapitel

Das 3E-Programm	453
------------------------------	------------

Das erste E Ernährung	454
Die Öl-Eiweiß-Kost.....	460
Weitere erfolgreiche Ernährungstherapien.....	474
Der soma-psychische Einfluss gesunder Ernährung ..	483
Das zweite E Entgiftung	487
Giftstoffe ausscheiden	490
Vermeidung von Giften.....	507
Das dritte E Energie	517
3E-Mentaltraining.....	519
Warum wir uns gegen Änderungen wehren?	525
Das Professorensystem	526
Ich weiß, was ich will!.....	535
Die Jefferson Technik	538
Unsere Glaubenssätze und wie wir sie wieder loswerden	546
Die Pastoda Übung	547
Die Sandkasten Übung.....	553
Das Problem mit unserer Sprache	558
Die Bilanztechnik	565
Der Tumorvertrag	571
Die Mittelwegtechnik	576
Visualisierung	585

Das Haus am rechten Ufer	590
Stargate Meditation	595
Sexualität und Krebs.....	597
Spirituelle Energie.....	601
Das heilende Feld oder Warum Systemsprünge für Krebskranke so notwendig sind.....	608
Die 3E-Tagesübung.....	616
Surya Namaskar – Sonnengebet	621

7. Kapitel

Nicht-konventionelle Krebstherapien 637

Erfolgreiche Krebstherapien Gruppe I.....	638
Öl-Eiweiß-Kost.....	639
Frequenztherapien.....	640
Aquatilis Therapie.....	643
PapImi Therapie	645
Cluster-Medizin	647
NutriTherapie.....	649
Antineoplaston-Therapie	653
Coleys Toxin	657
Hyperthermie.....	661
Gerson Kost.....	665
Dr. Paul Gerhard Seegers 10 Punkte Programm	668
Homöopathie	673
IAT (Immuno Augmentative Therapy).....	676
Galvano Therapie Bio-Elektro-Therapie	680

Govallos VG 1000	683
Laetril	687
Transfer Faktoren.....	689
Gonzales Therapie	691
Erfolgreiche Krebstherapien Gruppe 2	693
Alloplant	694
Breuß Kost.....	696
Di Bella Protokoll	698
Dries Kost.....	702
Hulda Clark	705
Hoxsey Therapie	707
Issels Therapie.....	710
Human-Eigenblut-Therapie nach Dr. Klehr.....	714
Tumosteron.....	716
Urtherapie	721
Livingston Therapie	723
Makrobiotische Ernährung	726
Moermann Kost.....	729
Naessens 714X.....	733
(sKMT) Systemische Krebs-Mehrschritt-Therapie	735
Sauerstoff und Ozon Therapien.....	737
Revici	740
Rife Therapien.....	743
Stockholm Therapie	745
Ukrain	748
Galavit.....	750
Harnstoff & Kreatin Therapie.....	752

Bachblüten	755
Mistel.....	757
Essiac & Indian* Essence.....	760
Hackethals Buserelin	763
Hydrazinsulfat	765
Bio Pro	769
Hefezellen	771
Bacillus Calmette-Guérin (BCG)	773
Knorpel	775
Krebsimpfungen	777
Fötale Zelltherapie.....	780
Xenogene Peptide.....	782
Enzyme.....	784
Carnivora	785
Nicht-konventionelle Krebstherapien Gruppe 3	787
Cell Specific Cancer Therapy.....	788
IHT (Insulininduzierte hypoglykanische Therapie) .	790
Unterstützende Substanzen	792
Therapeuten und Kliniken	805
Fortschritte der „modernen“ Onkologie	809
Notfall Programm	814
Die Zukunft der Onkologie	818

Was Sie von diesem Buch erwarten dürfen und was nicht!

Die Diagnose Krebs empfinden fast ausnahmslos alle Menschen als eine Art Bestrafung und Ungerechtigkeit, der sie zuerst einmal machtlos gegenüber stehen. Der größte Teil dieser Machtlosigkeit entsteht jedoch durch eine falsche Berichterstattung in den Medien und durch das deshalb mangelnde Wissen von Patienten. Krebs ist nämlich bei weitem keine tödliche Krankheit, der man hilflos ausgeliefert ist.

Wie komme ich zu dieser Meinung, die sich doch angesichts der vielen Krebstoten jedes Jahr zuerst einmal „ziemlich anmaßend“ anhört? Ich kann Ihnen die Antwort hierauf leider nicht in wenigen Worten geben und genau aus diesem Grund ist dieses ausführliche Buch entstanden. Wenn Sie es aufmerksam gelesen haben, werden Sie selbst verstehen, warum ich zu der festen Überzeugung gekommen bin, dass Krebs bei weitem nicht die gefährliche Krankheit ist, als die sie immer dargestellt wird, obgleich so viele Menschen an Krebs sterben.

Auf den nächsten Seiten werde ich Ihnen erklären, wie die Schulmedizin normalerweise Ihre Krebsart behandelt und auch, warum sie glaubt, es auf diese Art tun zu müssen. Dies ist sehr wichtig, damit Sie besser mit Ihrem Arzt kommunizieren können. Ich möchte an diesem Punkt auch von vornherein klar stellen, dass mir sehr viel daran liegt, dass Sie mit Ihren Ärzten, Heilpraktikern und sonstigen professionellen Helfern einen befriedigenden Dialog führen. Ich bin absolut für eine enge Zusammenarbeit mit Therapeuten

(hiermit meine ich alle Helfer, egal ob Arzt, Heilpraktiker, Psychologe ...) und gegen ein „Ich krieg das schon alleine hin“. Andererseits zeigen mir meine Erfahrungen, dass es sehr schwierig ist, einen Therapeuten zu finden, mit dem man den notwendigen Dialog auch wirklich führen kann.

Eine weitere Voreingenommenheit möchte ich ebenfalls zu Beginn des Buches klären. Ich bin weder für noch gegen konventionelle Medizin und weder für noch gegen nicht-konventionelle Medizin. Es geht mir ausschließlich um das Wohlergehen von Menschen, und es ist mir egal, was dazu beiträgt, dass Sie wieder gesund werden. Wenn ich mich in den letzten Jahren mehr und mehr für nicht-konventionelle Medizin interessiere, dann hat dies nichts mit irgendwelchen Vorurteilen oder persönlichen Interessen zu tun, sondern damit, dass ich durch meine eigenen Forschungen zu dem Ergebnis gekommen bin, dass die konventionelle Medizin bei chronischen Erkrankungen wie Krebs bei weitem nicht so erfolgreich ist, wie viele Patienten leider immer noch glauben.

Mir liegt sehr viel daran, dass Sie dies verstehen, denn wenn man positiv über nicht-konventionelle Therapien schreibt und Fehler konventioneller Medizin aufdeckt, dann wird man gerne in eine „esoterische Ecke“ gestellt oder sogar noch schlimmer als „Ärztchasser“ bezeichnet. Glauben Sie mir, nichts liegt mir ferner und jeder, der mich persönlich kennt, weiß, dass ich ein überaus logisch denkender Mann bin und mich eher auf dem diplomatischen als auf dem revolutionären Parkett bewege.

Mich als Feind der Schulmedizin darzustellen ist natürlich eine Taktik von Medizinern, die es nicht gewohnt sind, in einen Dialog mit Andersdenkenden einzutreten und stattdessen alle Menschen mit anderen Meinungen als Spinner abtun. Andersdenkende als Spinner zu titulieren hat nämlich unwahrscheinlich große Vorteile. Erstens kann man immer die Rolle desjenigen spielen, der alles besser weiß und zweitens muss man sich nicht ändern, da ja alles seine (angenehme) Richtigkeit hat.

Wir alle wissen aus eigener Erfahrung, dass nichts in unserem Le-

ben schwieriger ist, als sich selbst zu ändern. Dies gilt natürlich auch, oder sollte ich besser vor allem sagen, für Ärzte. Und ich kann das sehr gut verstehen. Da hat man 5 - 6 Jahre an der Universität studiert, danach 2 - 4 Jahre seinen Facharzt gemacht und vielleicht noch ein paar Jahre in einem Krankenhaus Erfahrungen gesammelt und dann kommt da ein Herr Hirneise, der noch nicht einmal einen Dokortitel besitzt, und behauptet, dass dieses über die Jahre angesammelte Wissen zumindest teilweise, wenn nicht sogar ganz, falsch ist.

Es gehört echte Größe dazu, sein Wissen und damit auch einen Teil seiner Persönlichkeit im Laufe seines Lebens immer wieder aufs Neue in Frage zu stellen, und nur die wenigsten Menschen sind hierzu in der Lage. Ich bin Gott dankbar, dass ich einige dieser Menschen kennen lernen durfte, und ich bin diesen Personen ewig dankbar dafür, dass sie so viel von ihrem kostbaren Wissen mit mir geteilt haben. Ohne deren Inputs hätte ich mir niemals so viele Gedanken darüber gemacht, warum Menschen krank werden bzw. wie sie wieder gesund werden können. In diesem Buch möchte ich Ihnen sozusagen in Kurzform mitteilen, welchen roten Faden ich gefunden habe, weshalb schwerstkranke Menschen wieder gesund geworden sind.

Damit Sie so viel wie möglich aus diesem Buch lernen können, ist es leider auch nötig, Umstände anzusprechen, die auf den ersten Blick eigentlich nichts mit Ihrer Erkrankung zu haben. Doch nur wenn Sie verstehen, dass politische und finanzielle Interessen dazu beitragen können, dass Sie ein Medikament verordnet bekommen, das Ihnen vielleicht mehr schadet als hilft, können Sie mit Ihrem Arzt einen offenen und eventuell lebensentscheidenden Dialog führen.

Dieser Dialog ist fast immer lebensentscheidend. Sie sollten sich dies unbedingt klar machen und sich auf dieses Gespräch vorbereiten. Ich wundere mich immer wieder, wie wenig Patienten über ihre Erkrankung wissen. Jede Frau wälzt Kataloge bevor sie eine neue Küche kauft und von Männern und Autos möchte ich erst gar nicht

reden. Doch wenn es um den Kauf einer Therapie geht, dann informiert sich fast kein Patient im Detail über seine Krankheit, sondern verlässt sich auf wenige Aussagen von Nachbarn oder Bekannten bzw. auf die Aussagen eines Arztes. Sollten Sie sich über meinen Terminus „Kauf einer Therapie“ wundern, dann liegt es vielleicht nur daran, dass Sie sich noch nie Gedanken darüber gemacht haben, dass Medizin genauso ein Geschäft ist wie jedes andere.

Auch wenn die Bezahlung durch das Krankenkassen-System etwas anders geregelt ist als bei üblichen Geschäften, geht es am Ende trotzdem um Kaufen und Verkaufen. Als Patient müssen Sie sich dies immer wieder aufs Neue bewusst machen, denn dann müssen Sie nie mehr einen unfreundlichen „Verkäufer einer Therapie“ akzeptieren.

Dies ist kein Aufruf, um Rabatte zu feilschen, sondern ein Aufruf, mit Ärzten von einem Erwachsenen-Ich zum anderen Erwachsenen-Ich zu sprechen und an dieses Geschäft wenigstens die gleichen Mindestanforderungen zu stellen wie an einen Autokauf. Würden Sie einen Autoverkäufer akzeptieren, der Ihre Frage, ob es das von Ihnen gewünschte Auto auch in einer Sonderlackierung gibt, so antwortet: „Entweder Sie nehmen es so oder Sie gehen eben zu einem anderen Autohaus.“ Sicherlich würden Sie aufstehen und sofort gehen. Wenn ein Arzt jedoch auf die Fragen der Patienten beleidigt und/oder arrogant reagiert, dann wird dies von vielen Patienten ohne Murren akzeptiert, weil es ihnen nicht klar ist, dass sie mit ihren monatlichen Krankenkassenbeiträgen das Gehalt des Arztes bezahlen.

Ein anderer Punkt ist der, dass Patienten glauben, wenn sie nicht nett zu ihrem Arzt sind, sie deshalb Nachteile in der Behandlung haben werden. Ohne Zweifel kann dies sogar wahr sein, andererseits sollte sich jeder Patient fragen, ob er von einem solchen Therapeuten überhaupt behandelt werden möchte. Sollte beim Lesen dieser Zeilen der Eindruck entstanden sein, dass ich Ärzte nicht besonders mag, dann stimmt dies 100% nicht, da gute Freunde von mir Mediziner sind. Ich fühle mich in erster Linie jedoch Patienten ge-

genüber verantwortlich, und in meiner über 10-jährigen klinischen Erfahrung und vor allem durch meine Erfahrungen mit Krebspatienten habe ich gelernt, dass es die „unbequemen“ Patienten sind, die wieder gesund werden. Mit unbequem meine ich nicht arrogant oder laut, sondern fordernd. Fordern Sie von Ihrem Arzt, was Ihnen zusteht – nämlich dass er Ihnen so gut wie möglich hilft.

Gute Ärzte fühlen sich durch berechtigte Fragen niemals genervt und wissen, wie unsicher Patienten vor allem kurz nach der Diagnose sind. Sollte Ihr Arzt sich also nicht die nötige Zeit nehmen, dann suchen Sie sich einen Therapeuten, dem Sie so viel wert sind.

Übrigens, wenn ich in diesem Buch „etwas mehr“ über nichtkonventionelle Krebstherapien als über schulmedizinische Anwendungen schreibe, dann hat dies zwei Gründe. Erstens erwarten die Käufer dieses Buches in der Regel etwas über erfolgreiche Therapien außerhalb von Chemotherapie und Bestrahlung zu erfahren und zweitens ist es ganz einfach so, dass es nicht gerade leicht ist, über erfolgreiche konventionelle Krebstherapien zu schreiben, wenn man diese unabhängig von Pharmageldern und Karrieregedanken beschreiben soll.

Noch ein Tipp. Benutzen Sie diesen Buch als ein Arbeitsbuch. Das Buch ist strukturell so aufgebaut, dass Sie am Ende wissen, was für Sie wichtig ist. Wichtig ist außerdem, dass Sie verstehen, dass es auch in einer ganzheitlichen Therapie Notwendiges, Wichtiges und Nicht-so-wichtiges gibt. Ich sage dies, weil ich weiß, dass es viele Bücher und auch Berichte gibt, in denen Hunderte von Therapien aufgelistet werden, und am Ende weiß der Patient nicht mehr, was er gelesen hat und wie er denn jetzt „seine“ Therapie beginnen soll. Machen Sie sich also unbedingt Notizen, während Sie dieses Buch lesen und lassen Sie keine Fragen offen. Es geht um Ihr Leben und um das Glück Ihrer Familie. Machen Sie sich keinen Zeitdruck und kümmern Sie sich jetzt nur um **Ihre** Zukunft. Alles andere ist zweitrangig.

Was dieses Buch nicht tun kann, möchte ich Ihnen jedoch auch nicht verschweigen. Es wird Ihnen nicht sagen, welche Therapie Sie

noch heute beginnen müssen, es kann Ihnen nicht abnehmen, eventuell mit verschiedenen Therapeuten zu sprechen und es kann vor allem eines nicht: **Sie ändern.**

Ich wünsche Ihnen von ganzem Herzen, dass Sie noch heute damit beginnen werden, Ihre Zukunft (wieder) in einem äußerst positiven Licht zu sehen und dass Sie Ihre Zukunft durch Visualisierungen und Aktivitäten selbst kreieren. Was immer Sie bis heute gehofft haben – es ist möglich!

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Hirneise'. The letters are fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end of the name.

Ihr Lothar Hirneise

1. Kapitel

Der medizinische Status quo

Warum dieses Buch und das 3E- Programm so dringend notwendig sind!

In den letzten Jahren bin ich auf der ganzen Welt herumgereist, um erfolgreiche Krebstherapien zu finden und zu untersuchen. Zuerst tat ich dies aus persönlichen Gründen, später als Forschungsdirektor der *National Foundation for Alternative Medicine* in Washington und bis heute mache ich dies als Vorstand von *Menschen gegen Krebs*. Ob in Mexiko, Russland oder Italien, sehr schnell wurde mir klar, dass Medizin keine Wissenschaft ist. Sicherlich haben Sie oder einer Ihrer Bekannten auch schon einmal die Erfahrung gemacht, dass Sie drei Ärzte um deren Meinung gefragt haben und mit vier verschiedenen Meinungen nach Hause gekommen sind. Das hat absolut nichts mit Wissenschaft zu tun und wenn man einmal von der Chirurgie bzw. der Notfallmedizin absieht, zieht sich diese „Nichtwissenschaft“ durch alle Bereiche der Medizin.

Auf meinen Reisen durch die onkologische Literatur erging es mir nicht besser. Sich widersprechende Aussagen gehören hier genauso zur Tagesordnung, und total verwirrt wird man spätestens, wenn man sich mit Ärzten darüber unterhält, wie denn nun die Testergebnisse der Studien in all den Büchern zu bewerten sind. Von der gleichen Studie können Sie Sätze hören wie „das ist ein neuer Durchbruch in der Medizin“ oder aber „diese Studie können Sie vergessen, schauen Sie doch nur einmal an, wer sie finanziert hat“. Als logisch denkender Mensch ist die konventionelle Medizin, wie sie heute praktiziert wird, nichts anderes als ein Pool von sich widersprechenden Aussagen, aus dem sich jeder das herausnehmen darf, was er will, geschützt von Krankenkassen, Regierungen und vielen Ärzteverbänden.

Zu einem Zeitpunkt, als ich mir schon längst eingestanden hatte, dass ich noch Jahre damit verbringen könnte unterschiedlichste Meinungen darüber anzuhören was Krebs ist, wie Krebs entsteht und vor allem wie Krebs zu behandeln ist, begann ich das von mir gesammelte Material etwas näher anzuschauen und monatelang auszuwerten. Das Wichtigste bei der ersten Auswertung meiner damaligen Reisen war, dass es zwingende Gemeinsamkeiten bei Menschen gab, die Krebs in einem so genannten „finalen Stadium“ überlebt hatten. Dies brachte mich zu dem Punkt, Onkologie zum ersten Mal richtig zu betrachten – nämlich aus der Sicht der Patienten und nicht aus der Sicht der Ärzte und Wissenschaftler. Aus dieser Sicht war es mir möglich, Onkologie endlich wieder von einer logischen Seite aus zu betrachten. Erstmals konnte ich das bisher gesammelte Wissen in ein verständliches System packen und all die Theorien über Entstehung und Behandlung von Krebs genau da einordnen, wo sie hingehören. All die verschiedenen Sätze der konventionellen und der nicht-konventionellen Therapien verwirrten mich nicht noch mehr, sondern halfen mir immer klarer bei der Wahrheitsfindung.

Zwei Ergebnisse waren sehr schnell offensichtlich. Zuerst fand ich heraus, dass Krebskranke in einem finalen Stadium viel erfolgreicher zu behandeln sind, wenn sie keine massiven konventionellen Therapien über sich ergehen lassen mussten. Leider findet man jedoch solche Menschen in den westlichen Ländern nur sehr selten, da die übliche Medizin und leider auch die Gesetzgebung fast nur konventionelle Therapien erlauben bzw. bezahlen. Der zweite Punkt, den ich herausfand, war der, dass schwer Krebskranke niemals durch bestimmte Medikamente geheilt wurden, sondern immer durch alleinige mentale bzw. spirituelle Arbeit und/oder durch eine Kombinationstherapie mit Entgiftungs- bzw. Ernährungsmaßnahmen. Und noch etwas war auffällig bei meinen Auswertungen. Keiner der Patienten hatte Therapien angewandt, die in irgend einer Art schwerwiegende Nebenwirkungen hatten (obwohl dies natürlich während der ersten Therapie(n) sehr oft vorkam). Das alte Gesetz: Primum

non nocere (Zuerst einmal nicht verletzen), welches in der Medizin des 19. und des 20. Jahrhunderts leider vergessen wurde, brachte Menschen direkter und unkomplizierter auf den Weg der Gesundheit, als die heutige, moderne Medizin.

Jetzt werden sie vielleicht denken, na ja, das ist ja wohl nichts Neues. Warum aber werden dann daraus keine Konsequenzen gezogen? Warum hat noch niemand damit begonnen, dieses Wissen in ein System für jedermann zu packen? Warum glaubt jeder sein „Puzzleteil“ im großen Bild der Onkologie als gesamtes Bild verkaufen zu können? Sehr schnell fand ich die Antwort auf all diese Fragen. Ich war ganz einfach in keinem der Systeme „gefangen“, in denen all die Menschen normalerweise stecken, die dieses Wissen zumindest teilweise ebenfalls haben. Ich musste meinen Lebensunterhalt nicht mit dem „Verkauf“ von Therapien oder Medikamenten verdienen. Ich war nicht gezwungen, aus politischen oder finanziellen Gründen meine Karriere zu fördern. Niemals zuvor hatte ich etwas öffentlich behauptet, was ich zurücknehmen musste oder was dazu führte, dass ich mein Gesicht verloren hätte.

Auf den ersten Blick erscheint Ihnen dies vielleicht gar nicht so bedeutend. Doch wenn Sie einmal etwas genauer anschauen, wer heutzutage was behauptet und warum, dann werden Sie sehr schnell herausfinden, dass einer dieser Punkte immer eine bedeutende Rolle spielt. Ich war also das, was man auf gut Deutsch „unabhängig“ nennen konnte. Selbstverständlich halfen mir meine psychoanalytische Ausbildung und meine mathematisch-logische Denkweise, das gesammelte Wissen später in das 3E-Programm zu integrieren. Wenn ich aber die letzten Jahre Revue passieren lasse, dann war es vor allem meine (finanzielle und geistige) Unabhängigkeit, die es mir ermöglichte, meine onkologischen Erfahrungen in ein System zu bringen.

Nach all diesen ‚Offenbarungen‘ begann ich die gesamte Onkologie von ‚meinem‘ wissenschaftlichen Standpunkt aus zu sehen und mein Wissen und meine zukünftigen Erfahrungen immer und ausschließlich aus meinem kritischen Blickwinkel zu betrachten.

Therapien aus der Sichtweise der Empirie (Lehre der Erfahrungen) zu sehen bedeutet nicht, den wissenschaftlichen Weg zu verlassen, ganz im Gegenteil. Ich bin heute mehr Wissenschaftler als früher, als ich noch an all die unbewiesenen medizinischen „Tatsachen“ glaubte. Wenn ich mir heute Gedanken darüber mache, wie viel Vitamin C ein Mensch benötigt oder ob die „Nicht-Vitamin-C-Produktion“ unseres Körpers denn wirklich ein Gendefekt ist, wie manche „Wissenschaftler“ immer noch glauben, dann hilft mir mein „systemisches 3E-Denken“ sehr schnell, eine Antwort zu finden. Sollte es mir mit diesem Buch gelingen, Sie in dieses systemische Denken einzuweihen und Ihnen beizubringen, warum dies für Ihre Gesundheit so wichtig ist, dann habe ich mein Ziel erreicht.

Die Entstehung des 3E- Programm

Nach der Auswertung aller mir zur Verfügung stehenden Daten und nach unzähligen Interviews mit Patienten und Therapeuten in vielen Ländern, begann ich damit, Patienten, die ein finales Krebsstadium überlebt hatten, andere Fragen zu stellen. Und siehe da, erstmals bekamen **alle** Antworten einen Sinn und ließen sich in „meinem“ Schema erklären. Es gab ab sofort keine unerklärbaren „Spontanremissionen“ oder „Wunderheilungen“ mehr, sondern nur noch Menschen, die sich meist von einem Gefühl leiten ließen (man nennt dies auch unbewusst) anstatt von ihrem Verstand und dadurch den richtigen Weg in eine neue Gesundheit fanden.

Wenn wir verstehen wollen, warum Menschen gesund werden, müssen wir uns zuerst mit dem Thema Energie auseinandersetzen. Haben Sie sich jemals Gedanken darüber gemacht, worin der Unterschied besteht zwischen einem Menschen der tot ist und demselben Menschen eine tausendstel Sekunde **bevor** er tot war. Unter dem Mikroskop oder während einer CT-Aufnahme würde alles gleich aussehen; ja selbst das Blutbild wäre das Gleiche und trotzdem ist der Unterschied größer als er anders nicht sein könnte.

Manche würden es einen Menschen mit oder ohne Seele nennen. Ich nenne es einen Energieunterschied. Damit Sie besser verstehen, was ich meine, wenn ich in diesem Buch von Energie rede, möchte ich zuerst dieses Wort etwas genauer definieren. Energie ist für mich eine unsichtbare Lebenskraft, die weder entsteht noch zerstörbar ist, sondern nur fließen oder eben nicht fließen kann.

Wir können also Zustände erschaffen in der diese Energie fließen kann wie z. B. die Zeugung eines neuen Lebens oder aber wir können Strukturen zerstören, wodurch der Fluss dieser Energie gestört

wird (was wir üblicherweise Krankheit nennen) oder aber komplett abfließt (Tod). Dazwischen gibt es Millionen von Zwischenstufen (Krankheiten, Liebe, Glaube, Sympathie ...) die unser tägliches Leben bestimmen.

Neben dem Wort Energie spielt das Wort Ordnung ebenfalls eine übergeordnete Rolle. Je höher die Ordnung in einem System ist, desto besser kann Energie in diesem System fließen. Betrachten wir als Beispiel einmal unseren Alterungsprozess. Die höchste Ordnung besteht am Tag unserer Geburt (vorausgesetzt wir sehen diesen Tag wirklich als ersten Lebenstag eines Menschen und nicht dessen Zeugung). Danach gehen wir unentwegt der Entropie (Gegenteil von Ordnung) entgegen, also einem Chaos. Alles was wir bis zum Tod unternehmen, dient der Ordnung und wirkt gegen die Entropie.

Für uns Menschen, aber auch für Tiere und Pflanzen, heißt dies, dass eine unserer Hauptaufgaben darin besteht, täglich Ordnung in unser Leben zu bekommen. Wir Menschen schaffen dies hauptsächlich über Licht, Nahrung und über unsere Gedanken bzw. das was Religionen Spiritualität nennen. Je älter wir werden, desto höher wird auch der Aufwand hierfür bzw. die Wichtigkeit. Sicherlich haben Sie auch schon einmal die Erfahrung gemacht, dass ältere Menschen „stur“ und „immer zwanghafter“ werden. Sie gehen exakt zu den gleichen Zeiten zum Mittag- oder Abendessen und benötigen immer mehr geregelte Tagesabläufe. Dahinter steckt nichts anderes als ein ausgeklügeltes System gegen die permanente Zunahme der Entropie im Alter. Entropie ist also der Versuch, geordnete Strukturen in ungeordnete Strukturen zu verwandeln.

Wir altern deshalb, weil die Kräfte der Entropie schon nach der Geburt die Oberhand über unseren Körper gewinnen, da die Homöostase (Gleichgewicht) nicht mehr in der Lage ist, diese zerstörerischen Kräfte zu besiegen.

Das Gesetz der Ordnung

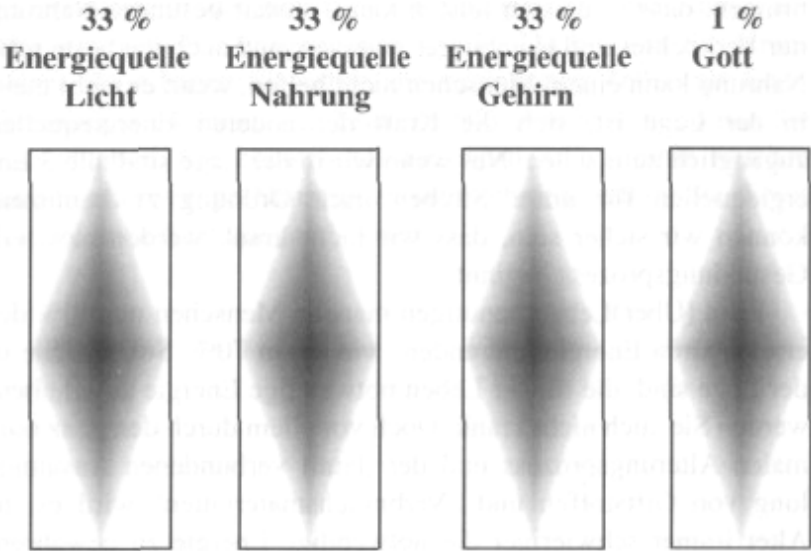
Wenn Sie einmal mit offenen Augen betrachten, was Amerikaner, aber auch viele Europäer so essen, dann werden Sie sehr schnell feststellen, dass in deren „Plastiknahrung“ so gut wie keine Inhaltsstoffe mehr **und** zusätzlich viele Giftstoffe vorhanden sind. Doch wie ist es möglich, dass Menschen über Jahrzehnte Junk Food essen ohne ernsthaft krank zu werden?

Die „wissenschaftliche“ Antwort auf diese Frage lautet meist: es liegt eben an den gesunden Genen. Die Wahrheit ist jedoch, dass wir die Sprache der Gene bis heute gar nicht lesen können und solche Aussagen nichts anderes sind als Verzweiflungsworte von Menschen, die nicht zugeben können, dass sie in Wirklichkeit keine Ahnung davon haben, warum etwas so ist wie es ist. Oder denken Sie doch einmal an all die klugen Bücher über Ernährung. Wenn es wahr wäre, was da so drin steht über Vitamine, Enzyme, Hormone usw., dann müssten viele meiner Freunde und Verwandten schon längst an Skorbut (durch die Zerstörung von Vitamin C beim Rauchen) oder einer chronischen Erkrankung (da sie fast nichts Gesundes essen) gestorben sein. Alkoholiker, Magersüchtige und Millionen von Menschen in Indien oder Afrika beweisen diesen Autoren ebenfalls, wie „wichtig“ Vitamine, Enzyme, Mineralien usw. wirklich sind.

Doch warum sterben all diese „unterernährten“ Menschen eigentlich nicht?

Stellen Sie sich unseren Körper einmal als großes Fass vor, in das täglich Energie gefüllt werden muss, ähnlich wie in den Benzintank eines Autos. Im Gegensatz zu einem Auto haben wir jedoch mindestens 3 Haupt-Energiequellen, die wir „anzapfen“ können (Nahrung,

Licht und unsere Gedanken). Sollte also eine Energiequelle versagen, können wir immer noch auf die anderen beiden zurückgreifen. Dies erklärt auch unser vorheriges Beispiel, warum Menschen, die sich von Junk Food ernähren und zusätzlich rauchen, nicht unbedingt krank werden müssen. Solange der Mensch in der Lage ist, die anderen Energiequellen zu benützen, solange kann er seine Lebensordnung aufrecht erhalten.



Leider erzeugen jedoch alle 3 Energiequellen nicht bei jedem Menschen die gleiche (notwendige) Lebensenergie. Nicht jeder ist in der Lage durch ein Gebet oder durch Meditation so viel Energie fließen zu lassen, dass er so wenig Nahrung zu sich nehmen kann wie ein indischer Yoga-Meister. Es gelingt auch nicht jedem Menschen täglich so viel Zeit im Tageslicht zu verbringen, dass er es sich leisten kann, anstatt gesunder Nahrung nur Verkochtes und Hamburger zu essen, und auch die beste rohe Nahrung kann einem Menschen nicht helfen, wenn er nicht mehr in der Lage ist, sich die Kraft der anderen Energiequellen zugänglich zu machen. Nur wenn wir in der Lage sind alle 3 Energiequellen für unser Streben nach Ordnung zu benützen, können wir sicher sein, dass wir nicht krank werden bzw. ein Gesundungsprozess beginnt.

Zum (Über)Leben benötigen manche Menschen nur 40% der erreichbaren Energie und andere wiederum 70%. Solange Sie in der Lage sind, die für Ihr Leben notwendige Energie zu erhalten, werden Sie auch nicht krank. Doch vor allem durch den ganz normalen Alterungsprozess und der damit verbundenen Ansammlung von Giftstoffen und ‚Verbrauchsmaterialien‘ wird es im Alter immer schwieriger die notwendige Energie zu bewahren. Das gleiche Problem entsteht, wenn man eine Krankheit hat, die energieraubend ist. Da fast alle Krankheiten energieraubend sind, muss man grundsätzlich Verantwortung übernehmen und dafür sorgen, dass man Energieräuber, wie schlechte Nahrung, negative Menschen und Gedanken usw., vermeidet. Sie sehen, man kann also durchaus mit schlechter Nahrung alt werden, nur ab dem Moment an dem Sie krank sind, können Sie sich solche Dinge nicht mehr leisten, wenn Sie wieder gesund werden wollen.

Dies erklärt übrigens auch die ‚volkstümlichen Verwechslungen‘. Sicherlich haben Sie auch schon mal einen Satz gehört wie: ‚Ja aber mein Großvater hat sogar noch mit 90 Jahren geraucht und hat keinen Lungenkrebs bekommen‘ oder ‚Meine Oma hat immer nur Butter und fettige Wurst gegessen und war bis an ihr Lebensende gesund. So schlecht kann das also nicht sein.‘

Ohne Zweifel haben all diese Personen Recht. Viele Menschen können sehr wohl 60 Jahre rauchen und erkranken nicht an Lungenkrebs. Andere können sich über Jahrzehnte hin schlecht ernähren und bleiben trotzdem gesund. Was die anderen jedoch nicht wissen, ist, was diese Menschen RICHTIG gemacht haben. Sie sehen nur die Zigaretten, verstehen jedoch nicht, dass der Zigarettenkonsum, der sicherlich ein Energieräuber war, durch andere Energiegeber ausgeglichen wurde. Doch wenn Sie Krebs haben, dann haben Sie schon die veränderten Zellen als Energieräuber und können sich keine zusätzlichen leisten. Sollten Sie also glauben, Sie könnten als Krebspatient weiterhin rauchen oder minderwertige Nahrung zu sich nehmen, sollten Sie dieses Kapitel unbedingt nochmals lesen.

Gibt es denn überhaupt Krankheiten?

Seit Jahrtausenden sprechen Mediziner von der Wichtigkeit der Einheit von Körper (Nahrung), Seele (Licht) und Geist (Gedanken-Glaube). Doch geriet diese Einheit mehr und mehr in Vergessenheit in der Medizin des 20. und 21. Jahrhunderts. Aus Profitgier entstanden stattdessen in den letzten zwei Jahrhunderten so viele Krankheiten, dass selbst Mediziner nicht einmal alle Namen kennen. Die große Frage dieses Jahrhunderts ist jedoch: Gibt es denn überhaupt Krankheiten oder ist das, was wir Krankheiten nennen, nichts anderes als eine von Hand eingeteilte Gruppierung von Symptomen? Lassen Sie sich diese Frage einmal kurz durch den Kopf gehen, bevor Sie diese als ver – rückt (weg – gerückt aus Ihrer Welt) abtun und benennen Sie einfach einmal irgend eine Krankheit und überlegen sich, ob es diese denn überhaupt gibt? Multiple Sklerose, Krebs, Rheuma, Bluthochdruck oder ... , egal was Sie nennen, am Schluss sind es Syndrome (verschiedene Symptome) und keine Krankheiten.

Auf den ersten Blick betrachtet könnte man sagen, es ist doch egal wie man das nun nennt, ob Krankheit oder Syndrom. Auf den zweiten Blick gibt es allerdings einen großen Unterschied. Wenn ein Patient mit einer Krankheit in die Arztpraxis kommt, wird dessen Krankheit behandelt. Wenn ein Patient mit einem Syndrom zum Arzt kommt, wird zwar das Syndrom bzw. einzelne Symptome behandelt, aber der Arzt kommt nicht umhin nach der Ursache zu forschen und den Patienten kausal (ursächlich) zu behandeln, weil ihm klar ist, dass Symptome immer eine Ursache haben. Wenn ich als Arzt jedoch davon ausgehe, dass Krebs, MS, Rheuma usw. Krankheiten sind, dann beginne ich erst gar nicht, nach der Ursache

zu suchen. Heutzutage gehen Ärzte ja sogar schon so weit, dass Bluthochdruck, ein hoher Cholesterinspiegel oder Migräne als Krankheiten angesehen und mit Medikamenten behandelt werden. Niemand überlegt sich heute noch, warum unser Körper den Bluthochdruck erzeugt, ob Schmerzen sinnvoll oder vielleicht Teil eines wichtigen Selbstheilungsprogramms sind.

Wir haben vollkommen den Glauben an die Evolution verloren und glauben stattdessen an die Götzen namens Gentechnik und randomisierte Doppelblindstudien. Wir wissen bis heute nicht, wie unser Gedächtnis funktioniert oder warum uns Männern Bärte wachsen. Ganz zu schweigen von der Tatsache, dass es da eine „Maschine“ gibt, in die man nur Wasser und Gras hineinwirft und am Ende Milch und Fleisch herauskommt. Sie kennen diese Maschine nicht? Umgangssprachlich wird sie auch Kuh genannt.

Selbst die „alltäglichen Dinge“ wie Hunger, Durst, Ärger, Träume, Freude, Sympathie und Antipathie verstehen wir bis heute nicht einmal ansatzweise (gleichzeitig glauben wir jedoch die Sprache der Gene durch das Genomprojekt entziffern zu können). All diese Dinge haben jedoch etwas mit Energie zu tun. Hunger und Durst nennen wir landesüblich Gefühle, genauso wie Wut oder Liebe. Doch was steckt eigentlich hinter dem Begriff Gefühl? Wir sprechen hier in der Tat von fließender Energie und die zentrale Frage ist: Welchen Einfluss hat diese fließende Energie auf unsere Gesundheit? Lassen Sie es mich einmal so ausdrücken: Diese Energie ist der alles entscheidende Einfluss auf Ihre Gesundheit, und nur weil Ärzte während Ihres Studiums hierüber nichts, aber auch gar nichts lernen, bedeutet das natürlich noch lange nicht, dass diese Energien in der Medizin nicht wichtig sind.

Denken Sie nur einmal daran wie Sie sich fühlen, wenn Sie eine volle Blase haben. Dieses Gefühl wird über kurz oder lang alles in Ihrem Leben beherrschen. Egal ob Sie derzeit essen, Auto fahren oder schwimmen. Der Druck, Ihre Blase entleeren zu müssen, wird Ihr Leben beherrschen. Diese Energie ist sogar in der Lage Ihre Träume zu beeinflussen. Sicherlich haben Sie auch schon einmal im

Traum unbedingt pinkeln gehen müssen und sind dann mit einer vollen Blase aufgewacht. Das Gefühl einer vollen Blase ist jedoch nur ein Beispiel. Liebe, und hier vor allem verliebt sein, Wut, Hass, Hunger, Durst, Glaube, Angst usw. sind mindestens genauso wichtig und beherrschen unser tägliches Leben. Ist es nicht verrückt, dass ausgerechnet diese wichtigen Dinge in der heutigen Medizin keine Rolle spielen?

In meiner eigenen klinischen Arbeit habe ich genau das jahrelang selbst erlebt. Alles drehte sich um Krankheit und die Behandlung mit Medikamenten. Ich hatte die Richtigkeit dieses System niemals angezweifelt, war ich mir doch hundertprozentig sicher, dass alles seine Richtigkeit hat. Vielleicht kann ich deshalb Ärzte heute so gut verstehen. Die meisten sind sehr gute Menschen, arbeiten jedoch in einem inhumanen System, aus dem sie nur unter erheblichen persönlichen und finanziellen Einbußen ausbrechen können. Nichtsdestotrotz kommen wir nicht umhin uns einzugestehen, dass die heutige Behandlung von chronischen Erkrankungen in einer Sackgasse gelandet ist.

Moderne Onkologie oder Warum Patienten und Ärzte so wenig wissen!

Wenn man sich als Nicht-Onkologe wie ich mit dem Thema Krebs auseinandersetzt, dann wird man in den seltensten Fällen ernst genommen, wenn man seine Meinung äußert. Über kurz oder lang passiert jedoch etwas Erstaunliches. Man erfährt schnell, dass es sehr viele Ärzte gibt, die nicht besonders viel darüber wissen, was Krebs eigentlich ist bzw. wie er behandelt gehört. „Richtig, genau deshalb hat mich mein Hausarzt doch zu einem Onkologen (Krebsarzt) überwiesen, weil der sich ja schließlich auf die Behandlung von Krebs spezialisiert hat“, werden Sie jetzt vielleicht denken. Doch leider haben sich Onkologen auch noch auf etwas anderes spezialisiert, nämlich auf 3 Krebstherapien, genauer gesagt Chemotherapie, Bestrahlung und Chirurgie. Hinzu kommen in wenigen Fällen noch eine Hormontherapie und alles Weitere gehört schon zu dem Wort Studie. „Aber die behandeln doch jeden Tag Krebspatienten, die müssen doch wissen, was sie da tun.“

Wenn wir einmal genauer über diesen Satz nachdenken, dann werden wir feststellen, dass Ärzte noch vor gar nicht allzu langer Zeit Heroin als Hustenmittel verkauft bzw. Contergan und andere Medikamente als unbedenklich angepriesen haben. Sie haben uns auch seit vielen Jahren erzählt, dass Krebs dank Chemotherapie, Bestrahlung, Interleukin, Interferon, usw. heilbar wird und Impfstoffe wirksam und sicher sind – vom Dilemma AIDS ganz zu schweigen. Des Weiteren sollten wir dankbar sein, dass Pharmakonzerne **für unsere Gesundheit** (und nicht etwa für deren Geldbeutel) mehr als 70.000 Medikamente entwickelt haben.

Menschenverstand und Bequemlichkeit

Die meisten Krebskranken sind sehr gesund, wenn sie zum Arzt gehen. Sie haben selten Schmerzen und fühlen sich nicht besonders krank. Erst nachdem der Arzt das Wort Krebs ausgesprochen hat, geht es dem Patienten schlecht. Eine Steigerung erlebt das Drama dann, wenn der Arzt erklärt, dass er den Patienten jetzt zuerst schwer krank machen müsse durch eine konventionelle Therapie wie Chemotherapie, Bestrahlung oder mit einem scharfen Messer, damit er anschließend wieder gesund wird. Spätestens hier müsste unser gesunder Menschenverstand einhaken und die gesamte Prozedur in Frage stellen. Aber nein, nachdem Pharmafirmen in den letzten Jahrzehnten Milliarden ausgegeben haben, um uns zu erklären, dass ein Medikament nur so wirksam ist wie seine Nebenwirkungen, nehmen wir natürlich auch dies als gegeben hin und glauben daran, dass schon alles seine Richtigkeit hat.

Diese Art von „medizinischem Selbstverständnis“ gehört heute genauso zu unserem Alltag, wie im Internet zu surfen. Oder denken Sie doch einmal an Amalgam, das hauptsächlich aus einem für Menschen äußerst giftigen Stoff, nämlich aus ca. 52% Quecksilber besteht. Der Rest ist Kupfer, Zinn, Silber und Zink. Vielleicht ist Ihnen schon einmal ein Fieberthermometer zerbrochen und Sie mussten das ausfließende Quecksilber anschließend beseitigen. Sicherlich waren Sie sehr vorsichtig, dass diese Substanz nicht in engen Kontakt mit Ihnen kam.

Andererseits verpacken wir die gleiche Substanz in unsere Zähne und „hoffen“, dass schon nichts Negatives passieren wird und diskutieren darüber, wie viel dieses Giftstoffes denn aus den Plomben entweichen kann und ab wie viel Milligramm Quecksilber es denn

überhaupt schädlich ist. Nur zu gerne hören wir die Sätze der Pharmaindustrie und unserer Zahnärzte, dass Quecksilber absolut sicher sei, denn die Alternative wäre ja alle Füllungen entfernen zu lassen und dabei auch noch dem Zahnarzt zu sagen, wie er es machen soll, damit bei der Entfernung nicht zu viel Quecksilber in unseren Körper gelangt. Ganz zu schweigen von den hohen Kosten. Da ist es doch viel einfacher, unseren Verstand auszuschalten und anderen zu glauben – nicht wahr? Ist Ihnen klar, dass Amalgam heute nie und nimmer eine Zulassung vom Bundesministerium für Arzneimittel erhalten würde?

Bitte verstehen Sie mich richtig. Ich möchte mich nicht in die unzähligen Diskussionen darüber einklinken, was denn nun für uns gesund ist, sondern Ihnen an diesem und den nachfolgenden Beispielen aufzeigen, wie leicht bzw. wie schnell wir die Verantwortung für unsere Gesundheit in andere Hände geben, seien es nun die Ärzte, die Krankenkassen oder die Medien. Nicht nur wenn wir schwer erkrankt sind (aber spätestens dann), sondern von Jugend an müssen wir lernen, unseren Verstand einzuschalten, wenn es um unsere Gesundheit bzw. um unser Lebensglück geht.

Während ich diese Zeilen schreibe, höre ich in den Nachrichten, dass die neueste englische Langzeitstudie über die Antibaby-Pille herausgefunden hat, dass diese Pillen für Frauen absolut unschädlich sind. Mal ehrlich, für wie dumm halten uns diese „Wissenschaftler“ eigentlich? Kann es denn wirklich sein, dass Millionen von Frauen und deren Frauenärzte glauben, dass ein chemischer Eingriff in den weiblichen Hormonhaushalt keine Nachteile mit sich bringt? Überlegt sich eigentlich niemand mehr, was mit unserem Grundwasser passiert, das täglich Unmengen Hormone verkräften muss, die durch den Urin von „Pille nehmenden“ Frauen in das Abwassersystem gelangen? Sind alle Studien, die zuvor bewiesen hatten, dass die zusätzliche Einnahme von Östrogen und Progesteron das Krebs- und Thromboserisiko deutlich erhöht, auf einmal Schnee von gestern?

Die Antwort ist leider ein eindeutiges JA, denn sonst würden

nicht Millionen von jungen Frauen sich Rezepte für Antibaby-Pillen verschreiben lassen, würden nicht Millionen von Frauenärzten ihren Eid brechen und nicht so viele Frauen würden wegen nächtlichem Schwitzen in den Wechseljahren Urin von schwangeren Stuten zu sich nehmen (daraus werden nämlich zum Teil Östrogene gewonnen). Auch hier schlägt wieder einmal unsere Bequemlichkeit zu. Es ist doch immer noch einfacher, jeden Tag eine Pille zu schlucken, als zur Schwangerschaftsverhütung die etwas aufwändigere natürliche Familienplanung einzusetzen. Auch auf die Gefahr hin, dass Sie dies jetzt als Generalangriff auf die Pharmaindustrie bzw. auf Ärzte empfinden, werde ich Ihnen beschreiben, wie es dazu kommen konnte, dass zu viele Ärzte Krebs immer noch mit nur wenigen Therapien behandeln, obwohl es, wie dieses Buch beweist, viele erfolgreiche Therapien gibt.

Karriere eines Arztes

Um besser verstehen zu können, warum Ärzte sehr erfolgreiche Krebstherapien nicht kennen bzw. diese als Quacksalberei abtun, müssen wir besser verstehen, wie jemand Arzt wird, von wem er unterrichtet wird, von wem er nach dem Studium hauptsächlich Informationen erhält und welche Rolle die Politik spielt. Falls Sie Krebs haben und jetzt glauben, dass dies nichts mit Ihrer Erkrankung zu tun hat, dann muss ich Sie leider enttäuschen. Wenn Sie die nächsten Zeilen nicht kennen, dann werden Sie auch nur schwer verstehen, warum Ihr behandelnder Arzt vielleicht eine Therapie bei Ihnen anwendet, von der er weiß, dass sie Ihnen wahrscheinlich nur wenig oder gar nicht helfen wird oder die ganze Behandlung sogar nur ein einziges Experiment (in Universitäten auch „Studien“ genannt) an Ihnen ist.

Sicherlich ist Ihnen bekannt, dass man nicht nur in Deutschland mehrere Jahre Medizin studieren muss, bevor man sich Arzt nennen darf. Doch haben Sie sich jemals Gedanken darüber gemacht, was die Studenten denn eigentlich lernen (müssen) und von wem sie unterrichtet werden? Haben Sie sich jemals überlegt, was ein Arzt in der Klinik bzw. an der Universität sagen muss, damit er überhaupt eine Professur erhält?

Das Fach Onkologie wird in wenigen Stunden abgehandelt und in diesen Stunden lernen sie, dass die Krankheit Krebs gleichzusetzen ist mit dem Problem Tumor und dass man den Tumor besiegen muss, wenn man Krebs besiegen will. Dies passt dann so richtig schön zu den Aussagen von Louis Pasteur, dass Mikroben an allem schuld sind.

Doch wenn wir uns im 21. Jahrhundert umsehen, dann wird weltweit an allen Universitäten immer noch die Sichtweise Louis

Pasteurs unterrichtet. Wenn wir also zu unserem Hausarzt gehen, tun wir gut daran, uns bewusst zu machen, dass er nicht uns, sondern unseren Tumor behandeln wird. Deshalb dürfen **wir** nicht vergessen, dass unser Tumor ein Teil von uns ist, so wie der Tumor auch nur ein Symptom unserer Erkrankung ist und nicht **die** Erkrankung.

Da der Arzt glaubt, meine Erkrankung genau zu kennen, benötigt er auch wenig Zeit, um sich mit mir als Person auseinander zu setzen. Dies ist ein wichtiger Punkt, der immer wieder vergessen wird. Alle Krankheiten sind weltweit nach einem standardisierten Schema aufgelistet, und Ärzte lernen an der Universität nach genau diesem Schema, was man bei der oder dieser Krankheit zu machen hat. Aber nicht nur das. Ärzte **müssen** dieses Schema benützen, wenn sie nicht juristische Probleme bekommen bzw. als Außenseiter abgekanzelt werden wollen. Lassen Sie mich Ihnen das Ganze an einem Beispiel etwas genauer erklären.

Angenommen Ihr Arzt diagnostiziert bei Ihnen einen erhöhten Cholesterinspiegel. Nach dem üblichen Universitäts-Schema wird er Ihnen dann empfehlen, Nahrungsmittel mit einem hohen Anteil an Cholesterin zu meiden und wenn er sich (trotz manchmal besserem Wissen) noch strenger an das Schema hält, verschreibt er Ihnen auch noch ein cholesterinsenkendes Medikament. Da er Sie natürlich nicht als Kunde (Patient) verlieren will, wird er Ihnen wahrscheinlich nichts über die Gefährlichkeit oder über die bewiesene Nutzlosigkeit vieler dieser Medikamente erzählen (beides, die Gefährlichkeit und die Nutzlosigkeit wurden in vielen Studien nachgewiesen – siehe hierzu z. B. das Buch: **Was Ärzte Ihnen nicht erzählen** von der Autorin Lynne McTaggart).

Doch dies ist meiner Meinung nach sogar noch das zweitrangige Problem. Das Hauptproblem ist, dass viele Ärzte anscheinend „vergessen“ haben, dass sie an der Universität gelernt haben, wie eng der Cholesterinspiegel mit der Gesundheit unserer Leber bzw. mit unserem Fettstoffwechsel zusammen hängt. Das Problem ist also nicht der hohe Cholesterinspiegel, sondern liegt in der Frage: **Warum**

produziert unser Körper so viel Cholesterin (vielleicht zum Ausgleich des Säure-Basen Gleichgewichts oder als notwendiges Antioxidant – was dann zuerst einmal sehr intelligent wäre)? Sie sehen, wenn Ärzte nach dem üblichen: Lass-uns-mal-das-Symptombekämpfen-Schema vorgehen, dann kann dies ein Schritt rückwärts sein. Wenn man einmal von den Antibiotika und von Zovirax (Anti-Viren-Mittel) absieht, gibt es kein einziges von 70.000! Medikamenten, das eine Krankheit behandelt. Alle anderen konzentrieren sich auf Symptome.

Patrick Kingsley, ein englischer Arzt, der hauptsächlich Menschen mit Krebs und Multipler Sklerose behandelt, nimmt sich für jedes Erstgespräch sehr viel Zeit: „Wie kann ich jemanden mit einer so ernsten Diagnose wie Krebs oder MS behandeln, ohne zu wissen, wie sich dieser Patient ernährt, was er arbeitet, wie glücklich er ist usw. Es ist doch ein entscheidender Unterschied, ob eine Frau mit Brustkrebs gemeinsam mit ihrem Ehemann und der Einstellung: „Dieser Krebs bringt mich nicht um,“ in meine Praxis kommt oder ob dieselbe Frau gerade in Scheidung lebt und in einem Blumenladen arbeitet, in dem sie täglich mit Blumen in Kontakt kommt, die mit Pestiziden verseucht sind.“

Denken Sie doch bitte selbst einmal darüber nach, welche Frau eine höhere Chance hat zu überleben. Logisch, natürlich die Erstgenannte werden Sie jetzt hoffentlich denken. Doch leider ist es überhaupt nicht logisch, dass Ärzte sich ein komplettes Bild eines Menschen machen. Wieso auch? Sie wissen doch ganz genau, welche Krankheit derjenige hat und man weiß ja auch, wie man diese Krankheit (bitte beachten Sie, es heißt nicht diese Person) behandeln muss. Wussten Sie z. B. dass die durchschnittliche Zeit, die ein Arzt pro Termin mit seinem Patienten verbringt, ca. 6 Minuten sind. In 99% aller Fälle interessiert sich ein Onkologe mehr für Ihren Tumor als für Sie. Er wird deshalb den Tumor herauschneiden oder mit einer Chemotherapie bzw. mit einer Bestrahlung versuchen, den Tumor zu zerstören. Aber wird er Sie auch darüber aufklären, welche Krebstherapien es sonst noch auf dieser Welt gibt und:

- Was es für Ihren Körper und Ihren Geist bedeutet, eine Chemotherapie bzw. eine Bestrahlung zu erhalten? (Ich meine hierbei nicht den Haarausfall und das Erbrechen, sondern ernste Neben- bzw. Hauptwirkungen wie Herz- und Nierenprobleme, Nervenschädigungen, Milliarden neuer freier Radikale, Darmzerfall, Impotenz usw.!)
Hat er außerdem eine Zellkultur oder einen EVA-Test gemacht, um festzustellen, welche Chemotherapie-Präparate bei Ihnen überhaupt wirken? Wurden Sie auf eine Chemotherapie vorbereitet bzw. was wurde unternommen um die Nebenwirkungen einzudämmen? Wahrscheinlich hat man Ihnen noch mehr Chemie in Form von sogenannten Antiemetika (gegen Erbrechen) gegeben.
- Dass folgendes Paradox ebenfalls nicht beachtet wird: Ausgerechnet während man Medikamente einnimmt, die das Immunsystem stark unterdrücken, geht man an einen Ort, an dem es die meisten Viren und Bakterien gibt – ins Krankenhaus. Wahrscheinlich halten die meisten Patienten dies für nicht wichtig, weil sie gar nicht wissen, wie viele Patienten durch diese Art der Behandlung sterben. Während ich dieses Buch schreibe, werde ich wieder einmal mit genau einem solchen Fall konfrontiert. Vor wenigen Tagen erhielt ein mir bekannter Patient seine erste Chemotherapie und starb kurz darauf an einem sogenannten „unkontrollierbaren Infekt“, den er sich im Krankenhaus eingefangen hatte.
- Welche Erfolge er persönlich bei dieser Art der Erkrankung mit diesem Medikament hat? Bekommen Sie auch seine Statistiken oder nur die seiner Kollegen? Verlangen Sie diese Ergebnisse unbedingt schriftlich. Lassen Sie sich nicht mit Worten abspeisen wie: „Ich habe schon 20 Jahre Erfahrung damit“. Oftmals sind es nämlich nur 1 - 2 Jahre Erfahrung und 18 - 19 Jahre Wiederholung. Glauben Sie mir bitte, wenn ein Professor mit irgend einem

Medikament oder einer bestimmten Therapie gute Erfahrungen gemacht hat, dann hat er darüber in mindestens 2 Fachzeitschriften publiziert.

- Wie Sie sich ernähren sollen? Sollte ihr Arzt sagen, dass Sie ruhig so weiter machen sollen wie bisher, dann suchen Sie rasch das Weite. (Wenn er selbst nichts von Ernährung versteht, dann sollte er Sie zumindest mit jemandem zusammenbringen, der sich mit Ernährung bei Krebs auskennt.)
- Dass Krebs heilbar ist und was SIE dazu beitragen können, damit der Tumor nicht wiederkommt?
- Was Sie zur Immunstärkung unternehmen sollten?
- Wie wichtig die Psyche bei Krebserkrankungen ist? Dies hat absolut nichts damit zu tun, dass Sie psychisch krank oder „angeknackst“ wären. Krebskranke haben keinen psychischen Defekt, sondern müssen darüber aufgeklärt werden, wie wichtig Meditation, Visualisierung oder allgemein gesagt, das „in sich gehen“ für die Genesung und vor allem als Prophylaxe gegen Metastasen ist.

Nicht nur meine Erfahrungen zeigen, dass im Krankenhaus sehr viel darüber gesprochen wird, wie umfassend Sie behandelt werden. Der Alltag sieht dann jedoch ganz anders aus. Ein holistischer (ganzheitlicher) Ansatz findet nicht statt. Das Wort umfassend wird nur für die Diagnostik benützt, darin sind wir absolute Weltmeister. Noch einmal Röntgen, noch eine Blutuntersuchung, noch ein CT usw. Von den enormen Kosten einmal ganz abgesehen, wird der Mensch hierbei total vergessen. Der Fokus richtet sich nur noch auf Tabellen, Zahlen, Messergebnisse und nicht mehr darauf, was eigentlich der oder die Auslöser der Erkrankung sind. Und wie sicher ist diese Diagnose eigentlich? Kann man während einer Operation denn wirklich erkennen, welcher Lymphknoten befallen ist? Was sagt uns

dieser kleine Schatten auf dem Röntgenbild? Sind diese Zellen unter dem Mikroskop jetzt von einem gutartigen oder von einem bösartigen Tumor?

Vor vielen Jahren bin ich durch einen harmlosen „Ischias“ in die Diagnose-Mühle einer neurologischen Abteilung geraten. Routinemäßig machte man ein Kontrast CT (das man damals erst kurz vorher gekauft hatte) und stellte bei mir einen „raumfordernden Prozess“ im Gehirn fest, zu deutsch: einen Gehirntumor. Und während ich mir noch überlegte, was diese Diagnose für mein weiteres Leben bedeutet, kontrollierte der Chefarzt der Abteilung ein paar Tage später die Diagnosen seiner Oberärzte und erklärte mir, dass die Diagnose seines Kollegen die eines Anfängers sei und mein raumfordernder Prozess nichts anderes wäre, als dass einer meiner Gehirnentrikel von Geburt an ganz einfach größer wäre als die anderen drei. Nicht auszudenken, was passiert wäre, wenn der Chefarzt gerade Urlaub gehabt hätte.

Achtung – jemand meint es gut mit Ihnen!

Nicht nur Ärzte irren sich. Sobald „die Welt“ erfährt, dass Sie Krebs haben, werden sehr viele Menschen versuchen, Ihnen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Dies ist zuerst einmal etwas Positives und es tut vielen Krebskranken auch sehr gut, so viel Zuwendung zu bekommen. Doch Achtung, sobald jemand den Satz sagt: „Dieser Arzt (diese Therapie) ist der Beste für Sie“ dann müssen Sie sehr vorsichtig sein. Ich habe bestimmt schon Hunderte Male den Satz gehört: „Dr. XY ist eine absolute Kapazität auf seinem Gebiet.“ In der Regel lasse ich den Satz wegen meiner kostbaren Lebenszeit so stehen, doch eigentlich sollte ich jedes Mal wenn ich diesen Satz höre, sofort folgende Fragen stellen: „Woher wissen Sie das? Haben Sie diese Aussage persönlich überprüft? Nach welchen Kriterien ist er denn der beste Arzt auf seinem Gebiet? Behaupten dies auch seine Mitarbeiter? Was sagen seine Gegner dazu usw.“

An manchen Tagen stehen mir die Haare zu Berge, was Menschen mir alles über „Experten“ erzählen. Wenn ich mir die Zeit nehme, sage ich manchmal: „Wussten Sie, dass die besten Experten der fünf größten Verlagshäuser Englands das Buch *Harry Potter* abgelehnt haben?“ Auch hier muss ich wieder einmal Missverständnisse von vornherein aus dem Weg räumen. Natürlich gibt es schlechte, gute und sehr gute Ärzte. Leider gibt es jedoch kein Bewertungsschema wie im Sport oder an der Börse.

Es gibt in Deutschland sehr viele Ärzte. Schätzen Sie doch selbst einmal, wie viel Prozent eines Berufstandes wirklich gut sind, und in Anbetracht Ihrer eigenen Schätzung, wie groß da die Chance ist, dass Sie einem „nicht so guten“ Arzt begegnen. Oder was zeichnet eigentlich einen guten Onkologen aus? Stellen Sie doch selbst ein-

mal ein paar Kriterien auf. Einfühlungsvermögen oder Wissenschaftler? Großes Wissen oder handwerklich begabt? Kleine oder große Praxis? Universitätsklinik oder Stadtkrankenhaus? Hausarzt oder Spezialist?

An diesen Fragen können Sie sehr schnell feststellen, dass es eigentlich fast unmöglich ist, herauszufinden, welcher Arzt gut oder „nicht so gut“ ist. Wollen Sie sich wirklich auf die Aussage Ihres Nachbarn, eines Freundes oder Ihres Arztes verlassen, wenn es um etwas so wichtiges wie Ihr Leben geht? Andererseits „müssen“ sie sich ja auf irgendjemanden verlassen. Machen Sie es sich bewusst – es kann nur eine Person geben und diese Person sind Sie. Natürlich können Sie auch pokern und sich auf jemanden verlassen, den Sie nicht sehr gut kennen, aber wenn Sie dies machen, dann sollten Sie zu sich selbst und zu ihren Liebsten so ehrlich sein und dies bewusst tun. Besser hingegen wäre, wenn Sie so viel wie möglich darüber lernen, was Krebs ist bzw. sein könnte, was dies für **Ihr** Leben bedeutet und welche Änderungen und Therapien nötig sind, damit Sie (wieder) so leben können, wie Sie es sich wünschen. Das Lesen dieses Buches ist sicherlich ein Teil dieses Weges und wird Ihnen dabei helfen **Ihren** Weg zu finden.

Damit Sie sich auf Ihrem Weg mit der Zeit sicher fühlen, ist es sehr wichtig, dass Sie sich nicht permanent durch andere Menschen von Ihrem Weg abbringen lassen. Dies hört sich jedoch viel leichter an, als es in Wirklichkeit ist. Gerade wenn es um Krebs geht, glauben sehr viele Helfer, **Ihren** Weg besser zu kennen, als Sie selbst. Wenn Sie dieses Buch mit konventionellen Ärzten diskutieren, werden Sie feststellen, dass es in der Regel 4 verschiedene Reaktionen darauf gibt. Es ist wichtig, dass Sie diese Reaktionen kennen, **bevor** Sie dieses Buch mit einem Arzt, Heilpraktiker oder sonstigen Therapeuten besprechen, damit Sie schon während des Dialoges merken, wer Ihnen da gegenüber sitzt und die Antworten besser einordnen können.

Natürlich ist mir bewusst, dass es nicht ganz „fair“ ist, Ärzte in gerade mal 4 Kategorien einzuteilen, da jeder von ihnen einmalig ist

und ich gehe bewusst das Risiko ein, dass viele Ärzte mich allein schon wegen dieser Einteilung „nicht besonders mögen“. Andererseits halte ich es für sehr wichtig, Sie hierüber aufzuklären, da ich immer wieder erlebe, dass professionellen Helfern fast alles geglaubt wird, wenn sie einen Titel haben oder aber überzeugend auftreten können. Hier geht es um IHR Leben und ich fühle mich nur Krebskranken gegenüber verantwortlich (übrigens, ein paar gute Freunde von mir sind Ärzte). Der Einfachheit halber habe ich den vier Gruppen folgende Namen gegeben:

Bessis

Bessis sind Menschen, die grundsätzlich alles besser wissen. Sie sagen Ihnen direkt, dass wenn Sie die vom Bessi vorgeschlagene Therapie nicht machen werden, sehr großen Schaden erleiden müssen; bei Krebs fallen dann Worte wie: „Dann kann ich keine Verantwortung mehr für Sie übernehmen“. Haben Sie sich jemals überlegt, welche Verantwortung ein Arzt eigentlich übernimmt, wenn er Sie 30 - 40 Mal bestrahlen lässt. Wenn Sie überleben, schreibt er es „seiner Therapie“ zu und wenn Sie sterben, dann war „der Krebs stärker“. Bei Bessis kann es Ihnen leicht passieren, dass Sie aus deren Zimmer hinausgeworfen werden, wenn Sie „unangenehme“ Fragen stellen.

Aus meiner täglichen Praxis muss ich Ihnen jedoch leider sagen, dass es unter Onkologen sehr viele Bessis gibt und dies zum onkologischen Alltag gehört. Der Vorteil von Bessis ist, dass sie eine klare Linie vertreten und man als Patient genau weiß, woran man ist. Gute Dialoge finden zwar nur selten statt, jedoch drücken sich Bessis sehr klar aus, und man kann die Argumente leicht überprüfen und seine Entscheidungen treffen. Bessis werden natürlich ein Buch wie dieses nicht mit Ihnen besprechen und fast alles als alternativen Quatsch, Quacksalberei und Nicht-Wissenschaft abtun.

Gallis

Gallis sind in der Regel bei Patienten, Journalisten und Organisationen sehr beliebt, da sie eine große Empathie (Einfühlungsvermögen) besitzen und einen, wenn auch in der Regel kurzen, Dialog mit dem Patienten führen. Sie hören sich die Ängste der Patienten an und der Patient fühlt sich vom Arzt angenommen. Wenn es dann um konkrete Vorschläge für die Therapie geht, vertreten sie jedoch ausschließlich die gleichen konventionellen Therapien wie die Bessis.

Der Unterschied ist jedoch, dass sie dem Patienten gegenüber sehr verständnisvoll tun und gerne „Ratschläge“ erteilen wie:

„Ernähren Sie sich gesund“, „vermeiden Sie zu viel Stress“ oder „wenn Sie meinen, dass Ihnen eine Misteltherapie gut tut“ oder „Ich glaube zwar nicht daran, habe aber jedoch nichts dagegen, solange sie Chemotherapie und/oder Bestrahlung machen“. Gallis sind für mich und für Sie die am schwierigsten zu beurteilenden Helfer und tragen am meisten dazu bei, dass sich in der gesamten Onkologie nichts bewegt. Nach außen hin treten sie als Förderer der komplementären Medizin auf, in Wahrheit jedoch bekämpfen sie Fortschritte der Onkologie noch viel mehr, weil diplomatischer, als Bessis. Gallis werden dieses Buch als „ganz interessant, aber nicht richtig wissenschaftlich“, „nicht einmal von einem Arzt geschrieben“ oder „wenn es helfen würde, dann würden wir diese Therapien doch schon lange in unserer Klinik anwenden“ abtun und nicht mit Ihnen auf detaillierte Fragen eingehen.

Kappis

Käppis sind Ärzte, denen auf gut Deutsch gesagt, Ihr Wohl egal ist. Sie werden Ihnen in kurzen Worten erklären, welche konventionellen Therapien es bei Ihrer Erkrankung gibt und dass Sie sich unbedingt beeilen müssen. In der täglichen Arbeit sind sie bessere Juristen als Ärzte, weil sie immer nur das tun, was gerade „in“, karriere-

fördernd oder am bequemsten ist, um sich nicht mit der eigenen Lebensgeschichte auseinandersetzen zu müssen. Dies ist übrigens ein wichtiger Punkt. Viele Patienten verstehen nicht, dass Ärzte auch nur Menschen sind mit ihren täglichen psychischen Schwankungen und außerdem hinter dem weißen Kittel oftmals Menschen stecken, die mehr Probleme haben als Sie selbst. Das sich „nicht mit dem Patienten auseinandersetzen“ hat also oftmals nichts mit einer unprofessionellen Berufsauffassung zu tun, sondern dient viel mehr dem persönlichen Schutz der ärztlichen Psyche.

Natürlich ist mir bewusst, dass dies nicht gerade das ist, was ein Patient von einem Arzt erwartet. Dieses Wissen hilft Ihnen jedoch insofern, als dass Sie sich nicht so sehr über Ihren Arzt aufregen müssen, wenn sich dieser hinter dem nächsten Termin versteckt bzw. nur oberflächlich auf Ihre wichtigen Fragen eingeht. Leider treten Käppis im Gespräch als sehr kompetent auf, benutzen viele Fremdwörter und reden permanent von neuesten Forschungen, so dass Patienten in der Regel sehr beeindruckt sind.

Käppis werden dieses Buch als „nicht up-to-date“ abtun und werden Ihnen mit lateinischen Worten erklären, warum alles so gar nicht stimmen kann. Alternativ hierzu werden sie natürlich eine konventionelle Krebstherapie vorschlagen und manchmal sogar detailliert erklären, warum nicht-konventionelle Therapien (obwohl sie diese gar nicht kennen) nicht funktionieren können.

Dokkis

Dokkis sind Ärzte, die sich erstens Zeit für ihre Patienten nehmen und zweitens verstehen, dass eine Krebstherapie mehr bedeutet, als nur einen Tumor zu zerstören. Sie besprechen mit Ihnen alle Bereiche einer Krebstherapie und treten niemals als Alleswisser auf. Es ist nicht einfach Dokkis zu finden, denn leider wird die so notwendige Zeit mit Patienten von Krankenkassen nicht genügend bezahlt und auch Ärzte müssen schließlich Geld verdienen. Sollten Sie also solch einen Arzt oder Heilpraktiker kennen, dann gehören Sie sicherlich

zu den glücklicheren Patienten. Dieses Buch wird Ihnen außerdem dabei helfen, solche Therapeuten zu finden. Dokkis werden dieses Buch ernst nehmen und Ihnen erklären, was sie glauben, was an dem Buch falsch ist und was richtig. Beides werden sie Ihnen in verständlichen Worten erklären. Vor allem werden Sie Dokkis daran erkennen, dass sie **nicht** beleidigt oder übersensibel reagieren, falls Sie einmal anderer Meinung sind, sondern stattdessen mit Ihnen kurz darüber sprechen.

Die Problematik von Dokkis ist vor allem die mangelnde Bezahlung **und** das Missverständnis von Patienten, die „richtige“ Therapien erwarten und nicht „nur“ Gespräche. Doch genau diese Gespräche sind es, bei denen ein guter Onkologe herausfindet, wie er Ihnen helfen kann. Nur wer glaubt, durch einen Pathologiebericht schon im Voraus zu wissen, welche „Krankheit“ er behandeln muss, hat es nicht nötig, sich ausführlich mit seinem Patienten zu unterhalten. Diese, meiner Meinung nach, katastrophale Richtung der Medizin hat heute sogar schon solche Ausmaße angenommen, dass Krankenkassen bereit sind über 100.000 Euro für eine Chemotherapie auszugeben, es gleichzeitig jedoch ablehnen, ganzheitlich orientierte Therapien zu übernehmen, die nur einen Bruchteil hiervon kosten.

Die Chance, dass sich dieses Bild in den nächsten Jahren ändern wird, ist leider gleich null. Natürlich steht es Ihnen frei, Ihre Krankenkasse zu verklagen und Gott sei Dank gibt es inzwischen auch positive Urteile. Meine Aufgabe ist es jedoch, Ihnen zu erklären, wie Sie Energie gewinnen können und nicht wie Sie diese verlieren. Genau dies wird jedoch passieren, wenn Sie sich mit Krankenkassen bzw. mit dem Establishment anlegen, solange Sie Tumore im Körper haben. Dies bedeutet natürlich nicht, dass Sie sich alles gefallen lassen müssen, aber aus meiner Erfahrung heraus kann ich Ihnen nicht empfehlen, sich mit Ihrer Krankenkasse anzulegen, solange Sie schwer krank sind. Die teilweise Menschen verachtende Korrespondenz mit Sachbearbeitern der Krankenkassen bzw. deren Anwälten wird sicherlich sehr viel Energie blockieren und deshalb sollten Sie

sich dies für später aufheben, wann immer dies sein mag.

Ich habe schon sehr oft, vor allem in Deutschland, erleben müssen, dass auch Menschen, die es sich sehr wohl leisten können, nicht bereit sind für ihre Gesundheit bzw. ihr Lebensglück Geld auszugeben. Sätze wie „Wofür habe ich denn jahrelang Geld in meine Krankenkasse einbezahlt“ oder „Ich greife doch nicht mein hart Erspartes an“ habe ich nicht erst einmal gehört. Es besteht kein Zweifel daran, dass diese Menschen mit dem, was sie da sagen, Recht haben. Doch leider geht es, wenn sie einen Tumor im Körper haben, nicht um Recht oder Nicht-Recht, sondern darum, dass Sie so schnell wie möglich wieder gesund werden, und dies geht nicht wenn Sie permanent kämpfen. Bitte nehmen Sie sich diese Worte zu Herzen. Ich habe schon viel zu viele Menschen kennen gelernt, die diese Worte auf die leichte Schulter nahmen und sich dadurch nicht mehr auf die wesentlichen Dinge einer Krebstherapie konzentrieren konnten.

Die Weil-Obwohl-Theorie

Dieses Buch soll Sie nicht nur darüber aufklären, welche erfolgreichen Krebstherapien es gibt, sondern ich hoffe auch sehr, dass es Sie dazu anregen wird, über Ihr bisheriges Leben nachzudenken. Dies gilt für Sie, wenn Sie dieses Buch lesen, weil Sie selbst betroffen sind, genauso wie wenn Sie diesen Buch als Laie oder als professioneller Helfer lesen. Sich mit Krebs zu beschäftigen und zwar unabhängig, ob als Patient oder als Helfer, bedeutet auch immer, sich mit Tod und dem Sinn des Lebens auseinander zu setzen.

Aus gutem Grund nennen viele Autoren Krebs immer wieder zu Recht einen Wendepunkt des Lebens. Die Frage ist jedoch eine Wendung wohin. Ich bin fest davon überzeugt, dass es nicht so wichtig ist, für welchen Weg wir uns entscheiden, sondern dass es viel wichtiger ist, eine Entscheidung zu treffen und diese Entscheidung so gut wie möglich zu leben. Das heißt auch, **niemals** zurück zu schauen und die Gegenwart zu lieben.

Um dies zu ermöglichen, müssen wir täglich unsere Zukunft kreieren und dazu gehört auch, über unsere Welt, über unsere Mitmenschen und über deren Gedankensysteme nachzudenken. Keine Angst, ich möchte Ihnen jetzt keinen philosophischen Vortrag halten, sondern Ihnen ganz einfach mitteilen, dass mir aufgefallen ist, dass Menschen, die ein finales Krebsstadium überlebt haben, sich grundsätzlich auch über philosophische Aspekte unseres Lebens Gedanken gemacht haben.

Viele Menschen glauben, dass es sehr anstrengend ist, sich immer wieder mit Todkranken auseinander zu setzen. Ich habe dies nie so empfunden, ganz im Gegenteil. Sich mit Menschen zu unterhalten, die frei sind von materiellen Interessen, ist unwahrscheinlich lehr-

reich, lustig (jawohl, meistens auch sehr lustig) und man empfängt viele positive Wellen vom Gegenüber.

Wollten Sie sich nicht auch schon immer mal mit dem Dalai Lama oder dem Papst unterhalten? Diese zwei Menschen haben bzw. hatten sich von materiellen Interessen frei gemacht und beschäftigt(t)en sich seit Jahrzehnten mit religiösen und philosophischen Aspekten des Lebens – genauso wie Todkranke – nur etwas länger. Ich habe es immer als ein Privileg angesehen, mich mit solchen Menschen unterhalten zu dürfen, und wenn ich heute sagen kann, dass ich ein überaus glücklicher Mensch bin, dann haben all diese Menschen ihren Teil dazu beigetragen. Neues zu erfahren, zu fühlen, darüber nachzudenken und daraus Entscheidungen zu treffen, ist es nicht das, was wir „Leben“ nennen? Ohne solch einen Prozess hätte ich mich niemals hingesezt und mir all die Mühe gemacht, dieses Buch zu schreiben, um Ihnen zu helfen. Stattdessen würde ich erneut eine Firma leiten – und wieder erheblich mehr Geld verdienen als heute.

Doch erst wenn man Krebs hat oder an andere Wendepunkte seines Lebens kommt, versteht man, wie wichtig Geld wirklich ist. Für jeden von uns hat Geld wahrscheinlich einen anderen Stellenwert – von unwichtig bis die eigene Oma dafür verkaufen. Dabei vergessen wir immer wieder, dass die wirklich großen Dinge in unserem Leben meist von Geld unabhängig sind. Die Liebe zu unseren Kindern und Partnern, Sex, Freundschaft, der Geruch einer Blume oder Wiese, Freude am Essen und noch vieles, vieles mehr. Das heißt nicht, dass der Kauf eines neuen Hauses, eines Autos oder eines Tickets für die First Class im Flugzeug nicht auch Freude bereiten kann, doch all das ist nichts verglichen mit dem Gefühl, sein Kind schlafend im Bett zu betrachten. Auf den nächsten Seiten möchte ich Ihnen eine Idee, eine Theorie mitteilen: **Die Weil-Obwohl-Theorie**.

Diese Idee soll Sie dazu anregen, sich über Ihre Krankheit und über Ihre Gesundheit auf eine Art und Weise Gedanken zu machen, wie Sie es wahrscheinlich bis heute noch nicht getan haben. Es geht

mir beim Lesen nicht so sehr darum, ob ich mit dieser Idee jetzt Recht habe oder nicht, sondern darum, dass Sie wissen, dass Sie viel mehr für Ihre Heilung tun können, als Ihnen bewusst ist.

Die Theorie

Angenommen 10 Menschen verletzen sich am Rücken, weil sie ein zu schweres Gewicht gehoben haben. Jeder von ihnen behandelt diese „Krankheit“ in den nächsten 3 Wochen auf unterschiedliche Art und Weise. Der eine geht zur Akupunktur, der andere lässt sich Voltaren (ein entzündungshemmendes Mittel) verschreiben, wieder ein anderer bekommt 20 Massagen verschrieben und ein anderer homöopathische Tropfen. Nach 3 Wochen sind alle 10 Patienten wieder schmerzfrei. Würden Sie jetzt jeden einzelnen der Patienten fragen, welche Therapie er machen würde, wenn er sich das nächste Mal eine Rückenverletzung zuzieht, dann würden Sie von jedem Patienten eine andere Antwort erhalten. Doch nicht nur dies, jeder einzelne würde zusätzlich auch noch seinen Therapeuten weiterempfehlen.

Nehmen wir einmal weiter an, dass von den 10 Patienten nach 20 Tagen 1 Patient immer noch Schmerzen hätte und sich mit den anderen 9 Patienten austauschen würde. Sie können sicher sein, dass er seinen Arzt nicht mehr weiterempfehlen und sofort mit einer der Therapien beginnen wird, die die anderen Patienten gemacht haben.

Nehmen wir jetzt noch zusätzlich an, dass 1 Patient von den 9 Patienten die heute schmerzfrei sind, seine Medikamente, anstatt sie einzunehmen, in den Mülleimer geworfen hätte. Welchen Arzt würde er eigentlich weiterempfehlen und welche Therapierichtung würde er auf einem medizinischen Kongress vertreten?

Sicherlich verstehen Sie jetzt schon worauf ich hinaus möchte und warum dieses Kapitel die Weil-Obwohl-Theorie heißt – weil sich anscheinend, bis auf ganz wenige Menschen, niemand mehr traut, folgende Frage zu stellen:

„Ist der Patient denn jetzt gesund geworden, WEIL er diese Therapie oder OBWOHL er diese Therapie gemacht hat.“

Ich bin dieser Frage schon vor über 20 Jahren zum ersten Mal bei meiner Arbeit im Krankenhaus begegnet und später immer wieder in Büchern und medizinischen Diskussionen. Doch jedes Mal habe ich diese Frage kurz diskutiert und danach wieder „beiseite“ gelegt. Dass ich mir über diese wichtige Frage mehr Gedanken machte, habe ich Frau Dr. Budwig zu verdanken. In einem Gespräch mit ihr sagte ich, dass Chemotherapien doch schließlich auch Erfolge aufzuweisen hätten, z. B. bei Hodenkrebs oder bei Morbus Hodgkin. Sie fragte mich woher ich dies wüsste, und ich antworte ihr, dass ich erstens persönlich Patienten kennen würde, die „dank“ einer Chemotherapie bei diesen Krebsarten wieder gesund geworden wären und außerdem könne man dies ja auch in vielen Büchern nachlesen. Daraufhin antwortete sie mir: „Ich kenne auch Patienten, die eine Chemotherapie bekommen haben und anschließend keinen Tumor mehr hatten. Ich halte es jedoch für unwissenschaftlich und voreilig, zu behaupten, dass diese Patienten wegen der Chemotherapie überlebten.“

Ich muss zugeben, dass ich an diesem Tag die Diskussion hierüber mit Frau Dr. Budwig nicht näher vertiefte, aber irgend etwas in mir vergaß diesen Satz nicht mehr und er fand immer öfter seinen Weg in meine Großhirnrinde. Heute vergeht fast kein Tag meiner Arbeit, an dem dieser Satz nicht eine Rolle spielt, da die meisten Patienten immer noch glauben, dass sie durch Medikamente geheilt wurden. Viele Patienten schwören darauf, dass ihnen dieses oder jenes Medikament, diese oder jene Therapie geholfen hat. Gleichzeitig hat die gleiche Therapie, das gleiche Medikament, anderen Patienten nicht geholfen. Fast niemand käme heute auf die Idee und würde behaupten, dass ein Kind **wegen** einer Chemotherapie gestorben ist. Aber lassen Sie uns diesen Punkt einmal „neutral“ betrachten.

Schauen Sie sich bitte einmal die im Beipackzettel beschriebenen

„Nebenwirkungen“ der meisten Chemotherapeutika an, die krebserkrankten Kindern verabreicht werden. Und jetzt frage ich Sie: „Wie lange könnten Sie dieses Medikament Ihrem Kind geben bis es stirbt?“

Sie haben richtig gelesen: Wie lange – bis es stirbt. Es stimmt nämlich einhundertprozentig, dass jedes Kind an jeder Chemotherapie sterben wird – man muss diese nur lange genug verabreichen. Die Frage ist also nicht, ob Menschen **wegen** Chemotherapien sterben (können), sondern die Frage lautet: „Wie lange hält ein Mensch eine Chemotherapie aus, ohne daran sterben zu müssen?“ Ärzte gehen auch immer davon aus, dass alle Kinder, alle Menschen, die Chemotherapien oder Bestrahlungen erhalten, auf diese Therapien gleich ansprechen. Dabei wissen wir doch alle, dass manche Menschen auf Pollen allergisch sind und manche nicht, manche Menschen Milch trinken können und manche nicht, manche ... – ich könnte hier eine selten lange Liste fortsetzen. Nur bei den stärksten Giften der Medizin sollen alle Menschen gleich reagieren? Wäre es nicht so ernst, man müsste über so viel Schwachsinn lachen.

Lassen Sie uns jetzt den zweiten Teil der Theorie betrachten. Im ersten Teil ging es darum, dass wir Chemotherapie niemals dafür verantwortlich machen, dass Menschen sterben. Im zweiten Teil geht es darum, dass wir Chemotherapie grundsätzlich dafür verantwortlich machen, wenn Menschen wieder gesund werden. Doch niemand stellt hier die Frage: „Ist der Patient gesund geworden, **obwohl** er eine Chemotherapie oder Bestrahlung erhalten hat.“ Wir wissen heute, dass es bei einer Grippe besser ist, auszuruhen, wenig zu essen und nach ein paar Tagen sind wir in der Regel wieder gesund. Jetzt gibt es aber Menschen, die „keine Zeit“ haben, krank zu sein, und anstatt sich auszuruhen, arbeiten sie schwitzend im Büro und gehen abends mit Kunden in ein verrauchtes Restaurant. Auch wenn es etwas länger dauert, so werden doch die meisten von ihnen auch mit dieser „Büro/Restaurant-Therapie“ wieder gesund. Doch niemand kommt auf die Idee, dass Büroarbeit und in verrauchten Restaurants herumzusitzen eine optimale Therapie bei Grippe wäre.

Diese Menschen sind also gesund geworden, **obwohl** sie die Büro/Restaurant-Therapie gemacht haben.

Alles was heute nicht zur Schulmedizin gehört, wird alternative Therapie genannt. Dabei wird vergessen, dass eigentlich die Schulmedizin die Alternative ist; eine Alternative zu einer Medizin, die sich über Jahrtausende entwickelt und bewährt hat. Diese Alternative hat es geschafft, in weniger als einem halben Jahrhundert alle anderen Therapien zu verdrängen. Dabei vergessen wir, dass es noch gar nicht so lange her ist, dass Ärzte für wenig Geld auf Straßen ihre Dienste anboten. Doch dann kam die große Chance der Medizin, als es immer mehr Ärzte verstanden, mit ihrer Medizin immer mehr Geld zu verdienen. 100 Jahre später hat das Konglomerat Medizin/Medizinhersteller alles Bewährte verdrängt.

Dieses Phänomen gilt natürlich nicht nur für die Medizin, sondern generell für verschiedene Bereiche unseres Lebens. Ich möchte hier auch keine politische Abhandlung über die heutige Medizin schreiben, doch wenn wir nicht verstehen, wie es dazu kam, dass all die unwissenschaftlichen Tatsachen der heutigen Onkologie, und das sind sie nun mal, urplötzlich als wissenschaftliche Tatsachen dargestellt werden, dann können wir auch keine freien Entscheidungen treffen. Mir wäre es auch lieber, wenn es in der Medizin etwas „unkomplizierter“ zugehen würde, doch es nützt uns nichts, wenn wir unsere Augen vor den Tatsachen verschließen und so tun, als ob es anders wäre, nur weil wir es so nicht mögen.

Heißt das jetzt, dass alle Medikamente überhaupt nichts taugen und es ausschließlich unsere Selbstheilungskräfte sind, die uns wieder gesund machen? Und wenn ja, warum versagen diese dann bei Krebs so oft? Anstatt Ihnen eine direkte Antwort zu geben, möchte ich Ihnen beschreiben, was mir bei meinen Forschungen aufgefallen ist.

Die meisten nicht-konventionellen Therapien unterscheiden sich von den konventionellen darin, dass sie den obersten Grundsatz der „alten Medizin“ beachten: **Primum non nocere** (Zuerst einmal nicht verletzen). Das heißt, dass man diese Therapien im Gegensatz

zu einer Chemotherapie einem gesunden Menschen über Jahre geben könnte, ohne dass dieser daran sterben muss – was man von einer Bestrahlung oder Chemotherapie nicht gerade behaupten kann. Wenn also bei allen erfolgreichen nicht-konventionellen Krebstherapien, die ich kenne, der kleinste gemeinsame Nenner: Primum non nocere (Zuerst einmal nicht verletzen) ist, wäre es da nicht möglich, dass nur, und zwar nur dies, der Grund ist, warum Menschen wieder gesund werden?

Es kann nicht sein, was nicht sein darf! Diesen Satz musste ich nicht erst einmal hören, sondern ich musste ihn auch schon mehrmals erleben. Doch heute bin ich ein unabhängiger Mann und erlaube mir meine freien Gedanken. Auch Sie sollten damit beginnen und ich möchte Sie dazu einladen, mit mir anzuschauen, was es bedeuten würde, wenn ich Recht hätte.

Ärzte würden ihren Beruf ausüben, indem sie hauptsächlich mit ihren Patienten reden und nicht mehr den Rezeptblock zücken würden. Wir alle müssten umdenken und uns Gedanken machen, was wir tun könnten, um gesund zu werden oder zu bleiben. Am bedeutendsten wäre jedoch, dass der Einfluss von Pharmafirmen auf unsere Politik und unser gesamtes Sozialsystem wegfallen würde. Ich möchte nicht näher darauf eingehen, welche ungeheuren Auswirkungen dies auf den ganzen Globus hätte und Sie stattdessen dazu einladen, sich selbst einmal darüber Gedanken zu machen, denn nur dann können Sie wirklich verstehen, warum nicht sein kann, was nicht sein darf.

Eine weitere Frage für Krebskranke entsteht außerdem. Einem Menschen nicht zu schaden ist eine Sache, aber gibt es nicht doch noch andere Möglichkeiten, einem Krebskranken **zu helfen**, wieder gesund zu werden? Homöopathie, Orgon, Psychologie, Heilende Hände, Frequenzgeräte, Magnetfelder, spirituelle Begleiter usw. haben nach den Angaben von Tausenden von Therapeuten auf der ganzen Welt schon Krebskranken geholfen. Aber haben sie diese auch geheilt oder haben Sie zumindest einen Teil zur Heilung beigetragen? Sollte die letzte Frage mit Ja beantwortet werden können,

dann wäre die nächste Frage natürlich, was wäre, wenn man fünf dieser Therapien kombinieren würde. Könnten sie dann gemeinsam heilen?

Fragen über Fragen, mit denen ich mich seit Jahren „herumschla-ge“ und je mehr ich mich mit Freidenkern auf der ganzen Welt darüber unterhalte, desto näher komme ich auf logische Antworten. Diese Antworten könnten locker 2 - 3 Bücher füllen. In unzähligen Gesprächen bin ich jedoch zu der Überzeugung gelangt, dass es nichts nützen würde, all diese Antworten niederzuschreiben, weil Menschen nur dann handeln, wenn sie von etwas überzeugt sind, und überzeugen kann man Menschen nicht, indem man sie nur Bücher lesen lässt, sondern indem man sie vor allem zum Nachdenken animiert. Ganz nach dem Motto: Wie bringt man Menschen auf einer Insel dazu, ein Boot zu bauen? Mit Bauplänen von Booten? Nein, erzähle ihnen Geschichten von der Seefahrt und Sorge dafür, dass sie von fernen Welten träumen.

Genauso hoffe ich, dass Sie durch meine Sätze angeregt werden, von Ihrer „heutigen noch fernen Welt der Gesundheit“ zu träumen und dass Sie sich trauen, Ihr Boot so schnell wie möglich zu bauen.

2. Kapitel

Krebs – was ist das?

Wovon spricht eigentlich ein Schulmediziner, wenn er das Wort Krebs benützt?

Bevor wir über verschiedene Theorien sprechen werden, was denn Krebs ist bzw. was nicht, möchte ich Ihnen etwas über die Wichtigkeit dieser Theorien sagen. Sie werden auf den nächsten Seiten feststellen, dass es bei der Beantwortung „was ist denn Krebs nun eigentlich“ zwei große Lager gibt. Das eine Lager sind die Schulmediziner, die sich natürlich an die Mutations-Theorie halten (müssen) und das andere Lager sind alle anderen Theorien. Ich kann Ihnen nicht 100% sagen, wer denn nun Recht hat und wer nicht, auch wenn nach meinen Forschungen zu 99,9% alles gegen die Mutations-Theorie spricht. Für Sie als Krebspatienten ist es jedoch wahrscheinlich lebenswichtig, dass Sie eine Entscheidung treffen. Ich kann Ihnen dies nicht ersparen, und das hat vor allem einen Grund: Meine Forschungen haben ganz klar gezeigt, dass nicht-konventionelle Krebstherapien in vielen Fällen nur dann helfen können, wenn der Körper nicht durch aggressive Therapien stark vorgeschädigt ist – durch Therapien, nicht durch Krebs. Die meisten Krebspatienten beginnen jedoch mit nicht-konventionellen Therapien erst dann, wenn konventionelle versagt haben, also im Stile von: „Jetzt machen wir mal 3 Zyklen Chemotherapie und 30 Bestrahlungen und wenn der Tumor zurückkommt, können wir immer noch eine alternative Therapie machen.“

Dieses Buch soll Ihnen dabei helfen, eine informierte Entscheidung zu treffen und Sie werden auch nicht umhin kommen diese zu treffen. Die Beckenbauer-Taktik: „Schaun mer mal“ funktioniert bei Krebs nicht, weil Chemotherapien, und vor allem Bestrahlungen,

Schädigungen hinterlassen, die nicht wieder gutzumachen sind. Auch wenn viele Ärzte immer noch das Gegenteil behaupten – der onkologische Alltag spricht hier eine deutliche andere Sprache. Es ist sehr wichtig, dass Sie sich eine eigene Meinung bilden und sich mit diesen Theorien beschäftigen, **bevor** Sie sich für eine Therapie entscheiden. Sie müssen auch wissen, dass Ärzte in Krankenhäusern **immer** die Mutations-Theorie vertreten, da ihnen schon rein juristisch nichts anderes übrig bleibt.

Die Mutations-Theorie

Zuerst einmal muss man sagen, dass es durchaus auch in der Schulmedizin keine wirkliche Einigung darüber gibt, wie Krebs entsteht. Da wird berichtet von Krebs durch Virusinfektionen, z. B. Burkitt-Lymphome durch den Epstein-Barr-Virus, Leberzellkrebs durch Hepatitis-B und T-Zell-Leukämien durch einen Retrovirus namens HTLV-1. Meist wird jedoch von Krebs erzeugenden Stoffen berichtet, so genannten Noxen, in Form von Strahlen und Chemikalien. Diese Noxen sorgen dann dafür, dass bestimmte Gene, die normalerweise diese Gendefekte reparieren sollen, inaktiviert werden und sich ein bösartiger Tumor entwickeln kann. Da unsere Zellen im Laufe des Alterns immer wieder diesen Angriffen ausgesetzt sind, steigt natürlich parallel hierzu auch die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken. Zusammenfassend kann man also sagen, Krebs entsteht, weil in unserem Zellkern, der DNS (Desoxyribonukleinsäure), Mutationen entstehen und daraus im Laufe der Jahre ein Tumor. Dies nennt man deshalb die Mutations-Theorie.

Angenommen, die Mutationstheorie ist richtig, dann müsste man doch den Zellkern einer Krebszelle herausnehmen können, diesen in eine gesunde Zelle transferieren und diese Zelle müsste dann eine Krebszelle sein. Natürlich gilt dies auch umgekehrt. Würde man einen gesunden Zellkern in eine Krebszelle transferieren, dann müsste diese Zelle ja wieder gesund sein. Dem ist jedoch leider nicht so, wie McKinney schon 1969 und B. Mintz und Illmensee 1975 veröffentlichten. McKinney tauschte z. B. den Zellkern einer Eizelle des Leopardenfrosches gegen den bösartigen Zellkern einer Krebszelle aus. Doch nach dessen Befruchtung kamen völlig gesunde Frösche zur Welt.

Bitte lassen Sie sich dies noch einmal durch den Kopf gehen.

Man verpflanzt den Teil einer Zelle, der nach der herrschenden Schulmeinung dafür verantwortlich ist, ob jemand einen Tumor bekommt oder nicht, und was passiert – nichts, einfach gar nichts. Auch Seegers Forschungen, dass Tumorzellen, die man von ihren Mitochondrien befreit und danach verimpft, keinen Krebs erzeugen, sprechen eindeutig gegen die Mutations-Theorie.

Warum bekommt eigentlich unser Herz keinen Krebs?

In der Beantwortung dieser Frage liegt ein weiteres Argument dafür, warum Krebs im Entstehungsstadium meist nichts mit unserer DNS zu tun hat. Ich betone hier das Wort Entstehungsstadium, weil wir heute wissen, dass einmal entartete Zellen durch verschiedene Wirkungsmechanismen, auf die ich jetzt nicht näher eingehen will, DNS-Änderungen hervorrufen. Wenn Krebs ein Problem unseres Zellkerns ist, dann ist es doch auch logisch, dass jeder Zellkern entarten kann, also auch die Milliarden von Zellen in unserem Herzen. Tatsache jedoch ist, dass bestimmte Zellen bzw. fast das gesamte Herz keinen Krebs bekommt, obwohl auch dort Milliarden von Zellen mit einer DNS vorliegen. Mit der Mutations-Theorie lässt sich dies leider nicht erklären, dafür aber mit der Mitochondrien-Theorie, auf die ich später näher eingehen werde.

Dies ist nur ein wichtiger Einwand, warum die Mutations-Theorie nicht stimmen kann, ganz zu schweigen von den seit Jahrzehnten bestätigten Tatsachen, dass Krebszellen vermehrt H_2O_2 produzieren, eine gesteigerte Peroxilipid-Produktion vorhanden ist, eine Ladungsumkehr mit Kaliumeinstrom in die veränderte Zelle stattfindet, dass es eine Verschiebung der Wasserstoffionenkonzentration in Richtung Alkalose gibt, eine Anhäufung von Cholesterinestern in den Krebszellen auftritt genauso wie Membranschädigungen verschiedenster Art, eine Depolarisation (Verschiebung der elektrischen Potentiale) und so weiter und so fort. Ich könnte allein aus Forschungen aus den 50er und 60er Jahren hier eine Liste von mehr als

100 Veränderungen aufzählen, die nicht in Einklang mit der Mutations-Theorie zu bringen sind.

Die zentrale Frage lautet für viele ganzheitliche Ärzte also schon lange nicht mehr, ob die Mutations-Theorie jetzt richtig ist oder nicht, sondern: Warum wird dieses Wissen nicht endlich in die Praxis umgesetzt und wahrscheinlich weit über 90% aller Krebskranken weltweit wider besseren Wissens nach der total überalterten Theorie der Mutations-Theorie behandelt, die da lautet: Zerstört den Tumor und der Krebs ist weg. Millionen von Krebstoten beweisen jedes Jahr, dass Krebs nicht einfach ein Tumor ist, den man wegschneiden kann.

Und dann noch Metastasen!

Wenn Tumore innerhalb kürzester Zeit wiederkommen, dann heißt es, dass der Tumor metastasiert hat, also so genannte Tochtergeschwüre aufgetaucht sind. Metastasen sind schulmedizinisch gesehen Tumorzellen, die sich vom Ursprungstumor entfernt und sich irgendwo anders im Körper angesiedelt haben. Doch bevor Sie diese Theorie als gegeben hinnehmen, möchte ich Ihnen ein paar Widersprüche innerhalb dieser Theorie aufzeigen.

1. Wären Metastasen wirklich Tochterzellen des Primärtumors, dann müssten sie ja auch die Eigenschaften der „Eltern“ haben. Metastasen bestehen oftmals jedoch aus mehreren unterschiedlichen Zellarten. Wenn sie doch alle Abkömmlinge **einer** entarteten Zelle sind, wie können sie dann auf einmal aus verschiedenen Zellarten bestehen?
2. Nach konventioneller Meinung entwickeln wir permanent Krebszellen, die unser Immunsystem jedoch täglich zerstört. Wäre es da nicht logisch, nach einer Operation alles zu unternehmen, um unser Immunsystem zu stärken bzw. wieder aufzubauen, damit dieses die restlichen Tumorzellen zerstören

kann. Stattdessen zerstören wir unser Immunsystem mit Giftstoffen oder Bestrahlungen.

3. Wenn es stimmen würde, dass Bestrahlungen nur ein Problem für Metastasen, aber nicht für unsere gesunde Zellen darstellen – wie immer wieder von allen Radiologen auf der ganzen Welt behauptet wird – dann wäre es doch logisch, dass Menschen, die sich mehrmals jährlich kurz bestrahlen ließen, ihr Immunsystem unterstützten, weil sie dadurch die vorhandenen Krebszellen zerstören würden. Mit dieser Bestrahlung ließe sich dann doch Krebs vermeiden – natürlich immer vorausgesetzt, die Aussagen dieser Radiologen wären auch nur ein bisschen wahr. Haben Sie sich jemals überlegt, warum sich kein einziger Onkologe **präventiv** bestrahlen lässt?
4. Warum sind wir nicht in der Lage, trotz modernster Labortechnik, diese Metastasen **grundsätzlich** im Blut festzustellen?
5. Woher wissen wir, dass die zirkulierenden Tumorzellen, die man anscheinend im Blut finden kann, vom Tumor stammen und nicht „ganz normale Krebszellen“ sind, wie der Körper sie ja anscheinend sowieso täglich produziert?
6. Einmal angenommen, ein Patient mit einem primärem Lebertumor entwickelt eine Gehirnmetastase. Da diese Zellen ja angeblich Tochterzellen des Lebertumors sind, haben diese Patienten dann eine „kleine Leber“ im Gehirn?
7. Ein Tumor in der Größe von 1 cm³ umfasst ca. 1.073.741.824 Zellen (über eine Trillion). Tumore können meist erst ab einer Größe von ca. 6 – 8 mm entdeckt werden. Bei einer Größe von nur einem Kubikmillimeter besteht ein Tumor jedoch schon aus über einer Million Zellen. Glauben Sie wirklich, dass ein Tumor der „nur“ eine Milliarde Zellen umfasst, nicht schon

längst Metastasen gebildet hat. Dies würde dafür sprechen, dass jeder Tumor grundsätzlich schon längst Metastasen gebildet hat, **bevor** er diagnostiziert werden konnte.

8. Bei den meisten Krebspatienten treten nach der Erstbehandlung erneut Tumore auf oder aber sie haben schon weitere Tumore bei der Erstdiagnose des Primärtumors. Schulmediziner sagen dann, dass der Primärtumor leider schon Metastasen gebildet hat. Dies ist ja auch logisch, da der kleinste mit den heutigen Diagnoseverfahren entdeckbare Tumor schließlich schon Milliarden von Zellen groß ist. Unlogisch ist jedoch, warum das Blut von Blutspendern dann nicht auf Mikrometastasen untersucht wird.

Wäre es nicht dringend notwendig, Blut auf Krebszellen zu untersuchen? Wenn es stimmt (was ich persönlich nicht glaube), dass diese Krebszellen für einen neuen Tumor verantwortlich sind, dann geht jeder Arzt bei jeder Bluttransfusion das Risiko ein, Krebs zu übertragen. Da heute sogar Bluttransfusionen aus anderen Ländern gegeben werden, stellt sich hier natürlich jedem logisch denkenden Menschen die Frage, welche Rolle hierbei die deutsche Regierung spielt. Die lapidaren Antworten wie: „Das Blut wird vorher gereinigt bzw. aufgearbeitet“ können einen vom mikrobiologischen Standpunkt aus natürlich nicht befriedigen.

9. Wenn es stimmt, dass Metastasen so durch den Körper wandern und sich anderswo festsetzen, warum geschieht dies dann fast immer nur in der Leber, der Lunge, im Kopf und in den Knochen? Ist es nicht verwunderlich, dass sich diese Zellen eigentlich nie in der Bauchspeicheldrüse, der Milz, den Nieren oder im linken Ringfinger niederlassen?

Mir ist bewusst, dass aus diesem Satz etwas Sarkasmus herauszulesen ist, doch niemand diskutiert heute, warum es z. B. so oft Metastasen

in der Leber gibt. Jeder weiß doch, dass unsere Leber das wichtigste Entgiftungsorgan ist (neben unserer Lunge, was viele nicht wissen) und jeder mitdenkende Arzt weiß auch, dass Entgiftungstherapien bei jeder chronischen Erkrankung eine wichtige Rolle spielen. Und obwohl dieser Zusammenhang sozusagen auf einem goldenen Tablett präsentiert wird, bestreiten konventionelle Ärzte immer noch eine Verbindung. Der Grund hierfür ist ganz einfach. Würden Ärzte endlich zugeben, dass es hier eine Verbindung gibt, könnten Sie die überaltete Metastasentheorie nicht mehr aufrecht halten.

Gleichzeitig gibt es in keinem einzigen Lehrbuch auch nur den Ansatz einer Theorie, warum sich Krebszellen immer nur an wenigen Plätzen niederlassen. Entweder bin ich der Einzige, der sich darüber Gedanken macht, oder aber es gibt sehr gute Gründe, warum hierüber nie diskutiert wird.

Zusammenfassung:

Auch wenn es sehr unterschiedliche Ansichten über Metastasen gibt, so kommen wir um eine Tatsache nicht herum: Die ganze Sache mit Mikrometastasen ist und bleibt bis heute eine Theorie, und so lange diese Theorie nicht bewiesen ist, sollten alle Therapeuten, aber auch Patienten, nicht so tun, als ob es Mikrometastasen grundsätzlich gäbe. Man muss sich hier natürlich überlegen, was mit der heutigen Onkologie passieren würde, wenn die Metastasentheorie ad acta gelegt werden würde. 90 % der Onkologen wären dann nur noch Chirurgen, da es ohne Chemotherapien und Bestrahlungen gegen Metastasen für den Rest nur noch wenig Arbeit gäbe.

Immer und immer wieder wundert es mich, dass Onkologen, die sich doch jeden Tag mit dem Thema Krebs beschäftigen, so wenig über diese wissenschaftlichen Tatsachen wissen. Die Antworten auf das Warum würden leider ein ganzes Buch füllen und können hier nicht näher untersucht werden. Direkte Antworten, die etwas mit Geld, Egozufriedenheit und Machtaufbau zu tun haben, kennen Sie sicherlich selbst.

Doch so einfach dürfen wir es uns nicht machen und alle Schuld auf die Ärzte schieben, sind es doch wir, die immer noch glauben, der Arzt mache uns gesund. So lange wir also nicht alle an uns selbst arbeiten und endlich verstehen, dass nur wir selbst uns heilen können, so lange wird es Ärzte geben, die einen Markt befriedigen, in dem nach Heilung durch Dritte bzw. durch Medikamente gesucht wird.

Therapieansatz der Mutations-Theorie:

Zerstörung des Tumors und der Metastasen. Als Patient eines konventionellen Arztes muss Ihnen bewusst sein, wie dieser denkt, nämlich: Tumor = Krebs und Tumor weg = Krebs weg.

Die Mitochondrien-Theorie oder Warum unser Herz und unser Gehirn keinen Krebs bekommen kann.

Auch in der „nicht-konventionellen Szene“ herrscht keine Einigkeit darüber, was Krebs ist. Die meistverbreitete Theorie ist sicherlich jedoch die Mitochondrien-Theorie. Diese besagt, dass unsere Zellen ihren Stoffwechsel auf Gärung umstellen. Lassen Sie es mich Ihnen etwas genauer erklären.

Wie wir noch vom Biologieunterricht wissen, wird z. B. Zucker ($C_6H_{12}O_6$) in unseren Mitochondrien über mehreren Zwischenstufen zu Wasser und Kohlendioxid abgebaut. Die Zwischenstufen sind deshalb so wichtig, weil wir sonst so viel Hitze beim Abbauprozess entwickeln, dass wir verbrennen würden. Unsere Zellen sind also auf einer Seite Energieproduzenten, um unseren Körper auf $37^\circ C$ Wärme zu halten, und auf der anderen Seite besitzt jeder von uns das ausgeklügeltste Kühlsystem, das man sich nur vorstellen kann. Warum unsere Zellen jetzt am Ende dieses Abbaues nicht mehr Wasser und Kohlendioxid aufbauen, darüber streiten sich noch die einzelnen Theoretiker.

Einigkeit herrscht allerhöchstens noch darin, dass Zytochromoxidasen (Enzyme) und/oder ein zu hoher Verbrauch von Glutathion eine bedeutende Rolle spielen, wie z. B. Dr. Heinrich Kremer in seinem Buch: *Die stille Revolution der Krebs- und Aids-Medizin* ausführlich beschreibt. Zusammengefasst heißt dies, dass unsere Zellen anstatt 2814 Joule nur noch 192 Joule Energie produzieren und wir deshalb ein echtes Energieproblem in unserem Körper haben, mit

den unterschiedlichsten Auswirkungen auf unseren Organismus wie z. B. Tumore. Die wichtigste Einzelwirkung besteht jedoch aus einer erniedrigten Spannung unserer Zellmembran. Diese erniedrigte Zellspannung spielt eine entscheidende Rolle, denn die Zellmembran entscheidet, was in eine Zelle hineingeht bzw. aus ihr hinausgeht. Durch diese veränderte Spannung, kann es passieren, dass kein Sauerstoff mehr in die Zelle gelangt. Jetzt hat die Zelle nur noch zwei Möglichkeiten. Entweder sie entscheidet sich, zu sterben oder aber sie beginnt damit, ohne Sauerstoff zu leben, indem sie zukünftig mehr Energie verbraucht als sie selber produziert. Ein Nebenprodukt dieser „Entscheidung“ ist dann auch die Unsterblichkeit der Zelle. Tumore entstehen also zuerst einmal nicht, weil sich Ihre Zellen zu schnell teilen, sondern weil die alten nicht mehr sterben.

Kritiker behaupten immer, dass es solche Programme in unseren Zellen nicht gäbe. Doch das stimmt natürlich nicht, denn das Programm: „ohne Sauerstoff“, also aus Gärung die notwendige Energie erzeugen zu können, haben wir natürlich in all unseren Zellen, da wir sonst nicht die ersten Tage nach unserer Zeugung im Leibe unserer Mutter hätten überleben können.

Es gibt 2 Stellen in unserem Körper, deren „Elektrizität“ wir mit einfachen Mitteln, genauer gesagt dem EKG und dem EEG, messen können – unser Herz und unser Gehirn. Genau dort ist es auch unmöglich, dass sich Tumore entwickeln, oder kennen Sie jemanden mit Herzkrebs. Mit Herzkrebs nicht, aber dafür mit einem Gehirntumor, denken Sie jetzt vielleicht. Doch in Wahrheit gibt es auch keine „Gehirntumore“. Unser Gehirn besteht ja bekanntlich aus Nervenzellen, und da sich Nervenzellen nicht teilen können, kann es auch keinen Gehirntumor geben. Was es gibt, sind Tumore des Neuroglia, einem Stützgewebe des Gehirns, dessen Zellen sich auch lebenslang teilen können.

Dieses Stützgewebe mit mesodermem Ursprung macht den weitaus größten Teil unseres Gehirns aus und besteht aus Zellen wie Gliazellen, Astrozyten oder Oligodendrozyten, von denen auch die Namen der „Gehirntumore“ wie Glioblastom, Astrozytom usw. ab-

stammen. Da sich Nervenzellen nicht mehr teilen können, gibt es natürlich auch keine „Gehirntumore“. Anders sieht es dagegen mit unserem Herzen aus, dessen Zellen sich permanent teilen. Unsere Zellmembranen haben eine Spannung von -70 mV bis -90 mV und solange diese Spannung aufrecht erhalten wird, ist es einer Zelle nicht möglich zu gären, also kann sie auch keine Krebszelle werden. Da unser Herz bekanntermaßen etwas mehr „unter Strom“ steht als andere Zellstrukturen, ist es den Zellen in unseren Herzen nicht möglich zu Krebszellen zu entarten.

Allein diese Tatsache spricht dafür, dass die Mitochondrien-Theorie als Erklärungsmuster für Krebs viel besser geeignet ist, als die Mutations-Theorie. Leider wird dies seit vielen Jahren einfach „übergangen“ und so getan, als gäbe es solche „merkwürdigen Erscheinungen“ nicht, wie diese, dass unser Herz keine Tumore entwickelt bzw. Metastasen hauptsächlich in Leber und Lunge vorkommen.

Therapieansatz der Mitochondrien-Theorie:

Ernährungstherapien, 3E-Programm und orthomolekulare Medizin. Als Überbegriff könnte man auch Schutz bzw. Gesundung der Mitochondrien schreiben. Für Anhänger der Mitochondrien-Theorie spielen Gene nur bedingt eine Rolle.

Die Theorie der 2. Leber

Wenn man von Schulmedizinern absieht, für die Krebs einfach eine genetische Prädisposition ist, gegen die man sowieso nichts machen kann, überlegen sich auf dieser Welt viele Forscher, ob es denn nicht einen Sinn gäbe, warum unser Körper einen Tumor produziert. Vor allem psychologische Theorien sehen oftmals den Tumor als ein sinnvolles Produkt. Dr. Hamer hat dies ausführlich beschrieben oder es gibt eine Theorie, in der der Tumor als eine neue intellektuelle Herausforderung angesehen wird; im Sinne von: Jetzt muss ich aber was ändern. Dies würde auch das erhöhte Krebsvorkommen bei älteren Menschen erklären.

Es gibt jedoch auch sehr interessante Thesen, die sich hauptsächlich auf körperliche Prozesse stützen. Eine dieser Thesen möchte ich Ihnen vorstellen, da mich diese sehr beeindruckt hat und ich seither vieles erklären kann, was mir früher unklar war. Doch bevor ich Ihnen die These erkläre, möchte ich Sie etwas fragen. Stellen Sie sich doch einmal drei Gruppen von Mäusen vor. Die erste Gruppe ist die gesunde Vergleichsgruppe. Die zweite Gruppe sind Mäuse, die sich in einem Krebsvorstadium befinden und die dritte Gruppe von Mäusen, hat schon Tumore entwickelt. Und jetzt kommen die zwei Kardinalfragen:

- 1. Welche Vergleichsgruppe hat das beste Immunsystem?**
- 2. Welcher Gruppe von Mäusen kann man am meisten Gift injizieren, bevor sie sterben?**

Ich möchte gerne auf beide Fragen etwas detaillierter eingehen, genauer gesagt wie diese heutzutage von den meisten Schulmedizi-

nern beantwortet werden würden, und Ihnen erst dann die richtige Beantwortung nennen, die Sie vielleicht überraschen wird.

1. Welche Vergleichsgruppe hat das beste Immunsystem?

1a = die Gruppe der Mäuse im Vorstadium

Diese Frage kann man in beide Richtungen beantworten. Einmal könnte man sagen, das Immunsystem/Abwehrsystem unseres Körpers ist aktiver/stärker, weil es sich gegen das Gift bzw. die Krebserkrankung wehren muss. Man könnte aber auch sagen, das Immunsystem ist schwächer, weil es schon gegen die Krebszellen ankämpft. Hier gibt es selbst unter Schulmedizinern unterschiedliche Meinungen.

1b = die Gruppe der Mäuse mit Tumoren

Diese Frage wird in der Schulmedizin, aber auch bei nicht-konventionellen Ärzten klar beantwortet. Mäuse mit Tumoren haben ein schlechteres Immunsystem. Darüber sind sich eigentlich alle Ärzte einig. Können wir nicht in vielen Büchern nachlesen, dass Krebs ein Problem des Immunsystem ist und Krebspatienten alles tun müssen, um Ihr Immunsystem zu stabilisieren bzw. zu verbessern?

2. Welcher Gruppe von Mäusen kann man am meisten Gift injizieren, bevor sie sterben?

2a = Abhängig von 1a würden manche sagen, dass die Mäuse im Krebsvorstadium mehr oder weniger Gift vertragen.

2b = Bei der Gruppe der Mäuse mit Tumoren sind sich alle einig. Diese Gruppe verträgt logischerweise weniger Gift, da das Immunsystem durch die Tumore schon geschwächt ist.

Doch was wäre eigentlich, wenn ein Tumor deshalb in unserem Körper entsteht, weil unsere „alten“ Entgiftungssysteme wie Leber, Niere, Lunge und Haut entweder nicht mehr richtig funktionieren oder aber sich viel zu viel Giftstoffe angesammelt haben? Dann müssten die Mäuse mit den Tumoren viel mehr Giftstoffe vertragen als gesunde Mäuse!

Und genau so ist es, wie die Ernährungswissenschaftlerin Dr. Catherine Cousmine schon vor Jahrzehnten veröffentlichte. Sie zeigte in Ihren Arbeiten, dass man Mäuse im Krebsvorstadium nur 34 % der tödlichen Giftmenge verabreichen kann, die gesunde Mäuse vertragen. Dagegen vertragen Mäuse, die schon Tumore entwickelt haben, 200 % der Giftmenge von gesunden Mäusen. Sogar Mäuse mit verpflanzten Tumoren vertrugen höhere Giftmengen. Zwar nicht so gut wie bei Tumoren, die die Mäuse selbst entwickelten, aber immer noch deutlich mehr als bei gesunden Mäusen.

Wenn man die Tumore herausschneidet, ist 1 g der Tumormasse sogar in der Lage die fünfzehnfache (!) Menge an Gift zu neutralisieren. Mit vorherigen Impfungen war Dr. Cousmine sogar in der Lage diese Zahl bis auf das neunzigfache (!) zu erhöhen. Im Körper haben sonst nur die Leberzellen vergleichbare Fähigkeiten Gifte zu neutralisieren.

Von diesem Standpunkt aus, fungiert ein Tumor sozusagen als zweite Leber in unserem Körper. Er kann Giftstoffe, ähnlich wie die Leber neutralisieren und vielleicht ist er sogar in der Lage bestimmte Stoffe produktiver als die Leber zu neutralisieren. Doch wenn wir diese unumstößlichen Tatsachen akzeptieren, dann müssen wir auch die daraus folgenden Schlüsse ziehen:

1. Keine Operation des Tumors, auf jeden Fall nicht bevor eine intensive Entgiftungstherapie abgeschlossen ist. Den Tumor herauszunehmen würde bedeuten, dem Körper einen Teil der notwendigen Entgiftungsmöglichkeiten zu nehmen. Dadurch zwingen wir den Körper geradezu einen neuen Tumor zu produzieren.

Dies wäre übrigens auch die Antwort auf die Frage: „Warum haben die meisten Menschen immer Metastasen in der Leber und der Lunge?“ Der Körper baut ein zusätzliches Entgiftungsorgan genau an den Stellen, an denen es am dringendsten benötigt wird – in unserer Leber und unserer Lunge. Übrigens, vielen Menschen ist gar nicht bewusst, dass unsere Lunge neben der Leber am meisten Entgiftungsarbeit leistet.

2. Menschen mit Krebs benötigen keine Immunsteigerung. Tatsache ist doch, dass die meisten Krebspatienten bei der Diagnosestellung keine objektiven Defizite bezüglich ihres Immunsystems im Blut haben. Und selbst wenn dies im Verlauf der Krankheit nachzuweisen ist, dann stellt sich immer noch die Frage, ob ein Eingriff von außen mit Mistel, Thymus usw. sinnvoll wäre.
3. Die unwahrscheinlichen Entgiftungsfähigkeiten von Tumoren erklären, warum Schulmediziner es selbst mit so starken Giften wie Carboplatin oftmals nicht schaffen, genügend Krebszellen zu zerstören. Hinzu kommt natürlich auch noch die Intelligenz der Krebszellen. Wenn unser Körper in der Lage ist, so intelligente Zellen wie Tumorzellen zu produzieren, deren Aufgabe ja gerade die Neutralisation von Giftstoffen ist, dann ist es erstens verrückt, diese Zellen ausgerechnet mit Giftstoffen anzugreifen und zweitens muss man doch zwingend davon ausgehen, dass die Zellen einen Abwehrmechanismus (Resistenz) entwickeln – sollten sie ihn nicht schon haben.
4. Ganzheitliche Mediziner haben schon oft erlebt, welche „Wunder“ intensive Entgiftungsmaßnahmen bewirken können. Diese Tatsachen sind nicht erst seit Pfarrer Kneipp bekannt, sondern schon lange in der Geschichte der Medizin nachzulesen. Dr. Cousmine liefert mit ihren Versuchen jedoch hierfür eine theoretische und vor allem leicht nachvollziehbare Grundlage.

Persönliches Fazit: Als ich die Arbeiten von Dr. Cousmine zum ersten Mal gelesen habe, war ich hocherfreut. Ihre Arbeiten passen genau in mein Bild von Krebs bzw. erklären sie doch zusätzlich vieles von dem, was ich und viele andere Therapeuten erlebt haben. Zum Beispiel Patienten, die sich nicht operieren ließen und geheilt wurden. Therapeuten, die aufgrund ihrer jahrelangen Erfahrung mit Krebspatienten meistens gegen Operationen waren (was ich früher selbst für schlecht hielt). Studien, die aufzeigen, dass nach Operationen vermehrt Metastasen auftreten. Studien, die beweisen, dass Tumore nach den ersten Chemotherapien schneller wachsen (weil natürlich mehr Zellen zur Entgiftung benötigt werden) und vieles, vieles mehr.

Aber auch das Leben und Wirken von Dr. Cousmine haben mir die Richtigkeit ihrer Theorie sehr nahe gelegt, da sie vielen schwerkranken Menschen half und Entgiftung und Ernährung ihre hauptsächlichen Therapien waren.

Bevor die Arbeiten und ihr gesamter theoretischer Ansatz in Bezug auf Tumore nicht widerlegt sind, können wir ihre Forschungen nicht ignorieren. Wenn sie recht hat, dann sind die derzeitigen Therapien nicht mehr aufrecht zu erhalten. Wieso forscht niemand in dieser Richtung? Müssten wir nicht alle komplett umdenken, auch die „alternativen“ Ärzte?

Therapieansatz nach Dr. Cousmine

Ernährungstherapien und Entgiftung.

Neue Medizin nach Dr. Hamer

Wer heute über Dr. Hamer schreibt, geht das Risiko ein, in einen Topf mit dem „größten Quacksalber der Onkologie“ geworfen zu werden. Ohne mich vor Dr. Hamer stellen zu wollen, muss ich doch sagen, dass ich bis heute nur wenige Menschen getroffen haben, die sich wirklich intensiv mit der Theorie der **Neuen Medizin** (so nennt Dr. Hamer seine Therapie) auseinandergesetzt haben. Meistens heißt es da, Dr. Hamer wäre ein Spinner, Träumer und Betrüger, ich höre jedoch nie Sätze wie: „Sein 3. Kriterium der Eisernen Regel ist falsch, weil ...“.

Als ich Dr. Ryke Geerd Hamer in seinem Exil in Spanien besuchte, saß mir sicherlich kein Spinner gegenüber, sondern ein Mann, der sich intensiv mit der Medizin und im Speziellen mit der Onkologie auseinandergesetzt hat. Was mich aber am meisten beeindruckte, war, dass ich Menschen kennen lernte, die mir sagten, dass sie dank Dr. Hamer noch am Leben sind. Ebenfalls beeindruckend ist, dass Dr. Hamer durchaus bereit ist, seine Theorie jederzeit unter universitären Bedingungen zu beweisen.

Hierzu wären nur ein paar Professoren, eine Universität und ein paar Patienten notwendig, die befragt werden müssten. Würde man das Ganze noch öffentlich machen, dann könnte man Dr. Hamer sehr leicht als Quacksalber überführen. Obwohl Dr. Hamer dies schon mehrmals angeboten hatte, ging man in den letzten Jahren immer den „bequemeren Weg“ über die Justiz. Was ist es eigentlich, wovor alle Mediziner so Angst haben? Lassen Sie mich Dr. Hamers Theorie in wenigen Worten erklären, und dann werden Sie die Frage selbst beantworten können.

Nach Ansicht von Dr. Hamer entsteht Krebs, aber auch andere Störungen, durch einen biologischen Konflikt. Das Wort biologi-

schers Konflikt steht hierbei für einen schweren, akuten Konflikterlebnisschock, auf welchen man nicht vorbereitet war. Das Problematische daran ist, dass was für Sie vielleicht ein Konflikt ist, für mich gar nichts bedeutet und umgekehrt. Dieser Konflikt hat dann Auswirkungen auf den drei Ebenen Psyche, Gehirn und Organ. Je nachdem, wie ein Mensch den Konflikt erlebt, manifestiert sich dieser Konflikt (die Energie) im Gehirn in Form von so genannten Hamerschen Herden, die man laut Dr. Hamer im CT-Bild erkennen kann. Und jetzt kommt das Problem. Ab diesem Moment schaltet der Organismus auf Dauersympathikotonie um, zu Deutsch: Dauerstress. Dr. Hamer teilt Krebsarten in Gruppen ein, die zu den verschiedenen Keimblättern gehören: also Ektoderm (äußeres), Mesoderm (mittleres) und Entoderm (inneres). Je nachdem zu welchem Keimblatt ein Organ gehört, wie z. B. Magen und Darm zum Entoderm, bewirken die Konflikte unterschiedliche Tumore bzw. unterschiedliches Wachstum.

Es ist auch ein großer Unterschied, in welcher Phase der Erkrankung der Tumor entdeckt wird. Nach Dr. Hamer werden ca. 40 % aller Tumore in einer eingekapselten Form gefunden und sollten vor allem in Ruhe gelassen werden. Ein weiterer Unterschied ist, ob der Patient sich vor oder nach der Konfliktlösung befindet. Wer sich mit der Theorie der Neuen Medizin im Detail auseinandersetzen möchte, dem empfehle ich das Buch: *Vermächtnis der Neuen Medizin*, Band I und 2. Vor allem Band I ist für Krebskranke wichtig. Auch auf den Internetseiten www.pilhar.com oder www.Neue-Medizin.de können Sie die Theorie im Detail nachlesen.

Es ist übrigens nicht das erste Mal, dass ich massiv angegriffen werde, nur weil ich Dr. Hamer überhaupt erwähne. Die von ihm vorgelegten Daten sprechen jedoch bis heute für und nicht gegen ihn. Mehrere Universitäten (Wien, Trnava, Düsseldorf ...) haben seine Arbeiten bestätigt, und es stellt sich immer noch die Frage, warum niemand Dr. Hamer öffentlich bloßstellt, wenn es doch so einfach ist.

Seit Juni 2002 ist es Dr. Hamer übrigens wieder erlaubt, als Arzt

in Spanien zu arbeiten (während er in Deutschland und anderen Ländern per Haftbefehl gesucht wird). Ist es nicht interessant, welche unterschiedliche Meinung zwei Länder in der EG haben können?

Psyche und Körper – eine Erfindung Dr. Hamers?

Natürlich nicht, und Dr. Hamer hat dies auch nie behauptet. Gleichzeitig verstehen mehr und mehr Menschen den Einfluss der Psyche auf unseren Körper. Schon 1701 veröffentlichte der englische Arzt Gendron in: *„Enquiries into nature, knowledge, and cure of cancer“*, Zusammenhänge von Psyche und Krebs. Diesem folgten 1846 Dr. Walshe in seinem *„The Nature and Treatment of Cancer“* und spätestens als Dr. Snow 1893 im Londoner Cancer Hospital 250 Frauen mit Krebs behandelte und in seinem Buch *„Cancer and the Cancer Process“* beschrieb, dass über 200 dieser Frauen auffallende psychische Belastungen hatten, hätte man mehr in diese Richtung forschen müssen. Auch die Arbeiten von Prof. Dr. Grossarth-Maticsek aus Heidelberg in Bezug auf Krebs und Psyche zeigen eindeutig eine solche Verbindung auf.

Richtig enttäuschend wird es für mich, wenn man bedenkt, dass am Übergang zum 20. Jahrhundert in Europa das Jahrhundert der Psychoanalytik begann. Es gibt heute Hunderttausende von Psychologen und Psychoanalytikern, die auf den Arbeiten von Freud, Jung, Adler, Berne ... aufbauend, die Zusammenhänge zwischen Krebs und Psyche eigentlich besser verstehen sollten. Doch wo sind diese Therapeuten alle? Warum mussten erst Amerikaner wie Le Shan, Siegel, Simonton usw. kommen und uns Europäern erzählen, wie wichtig die Psyche bei Krebs ist? In diesem Buch können Sie vieles lesen über Energie und Psyche. Die Wichtigkeit dessen kann nicht genug betont werden und von diesem Standpunkt aus gehe ich 100% konform mit Dr. Hamer.

Wenn Sie den Absatz über die *Weil-Obwohl-Theorie* aufmerksam gelesen haben, dann werden Sie auch verstehen, warum Dr. Hamers

Neue Medizin in vielen Fällen einfach helfen **muss**. Zwei Punkte sind hier auffallend. Erstens verletzt er keine Patienten mit seiner Therapie und damit unterstützt er natürlich die Selbstheilungskräfte. Der zweite und mindestens gleich wichtige Punkt, vor allem für Krebspatienten, ist der, dass Dr. Hamer seinen Patienten die Angst wegnimmt. Wie Sie in diesem Buch noch lernen werden, wirkt Angst bzw. die Diagnose Krebs oftmals zerstörender als der Tumor selbst.

Dr. Hamer erklärt jedoch seinen Patienten deren Erkrankungen, wie sie wieder gesund werden und welche Symptome sie während des Selbstheilungsprozesses haben werden. Wenn diese dann eintreten, selbst wenn es neue Tumore sind oder ein Aszites (Wasser im Bauch), bekommen seine Patienten immer mehr Selbstvertrauen in ihre Selbstheilungsprozesse und werden dadurch gesünder.

Es gibt allerdings auch Punkte, bei denen ich mit Dr. Hamer nicht übereinstimme. Einer ist sicherlich die Ernährung. Ohne Zweifel sind die Selbstheilungsprozesse das Wichtigste, doch wenn wir einen Tumor im Körper haben, dann haben wir gleichzeitig rein körperliche Probleme wie z. B. eine erhöhte Milchsäureproduktion und damit muss ein Krebskranker umgehen. Wenn Dr. Hamer hier sagt, dass es absolut egal sei, wie sich ein Krebskranker ernährt, dann verstehe ich dies sehr gut **innerhalb** seines eigenen Erklärungsmusters der Neuen Medizin. Für Krebskranke kann dies jedoch sehr gefährlich sein und eine Ernährungstherapie wird den Selbstheilungsprozess zumindest unterstützen, wenn nicht sogar erst einleiten.

Ein Weiteres sind die Erklärungsmöglichkeiten der Neuen Medizin. Zum Beispiel beschreibt Dr. Hamer, dass Lungenkrebs nichts mit Zigaretten zu tun habe. Obwohl ich seine Erklärungsweise auch hier durchaus verstehe, beinhaltet das Ganze jedoch eine sehr gefährliche Komponente im Sinne von: „Wenn alles psychisch ist, dann kann ich ja ab sofort rauchen, Alkohol trinken und nur noch Fast Food essen.“ Dies ist sicherlich ein Extrem und die meisten Menschen werden nicht so reagieren. Es ist jedoch eine Tatsache,

dass Dr. Hamer auf diesen Punkt in seinen Schriften nicht genügend eingeht, und dies kann zu sehr gefährlichen Missverständnissen führen.

Was ich auch nicht verstehen kann, ist, warum es keine Studien der unzähligen Dr. Hamer-Anhänger und Dr. Hamer-Patienten gibt. Ich zweifle absolut nicht daran, dass Dr. Hamer genügend Fälle vorzuweisen hat und mit nur 10 Fällen von geheilten Pankreaskopfkrebsen könnten seine Anhänger allen Zweiflern den Wind aus den Segeln nehmen.

Überdies kenne ich auch nur wenige Therapeuten, die in der Lage wären, auf Grund eines CT-Bildes Krebs zu diagnostizieren. Da Dr. Hamer bzw. seine Schüler dies nach eigenen Aussagen können, wäre es doch einfach, dies einmal öffentlich vorzuführen. Das ist sicherlich auch juristisch machbar und niemand kann sich hier mit den Worten: „Dann werde ich verhaftet“ verstecken.

Ich wünsche mir auf jeden Fall, dass es auf diesem Gebiet endlich etwas vorwärts geht und schließe mich gerne Dr. Hamers eigenen Worten an, dass er sich von allen Theorien der Neuen Medizin zurückziehen wird, wenn es auch nur einer Person gelingt, ihn zu widerlegen.

Therapieansatz der Neuen Medizin:

Lösung des Konfliktes und Aufklärung des Krankheitsverlaufes.

Die Frequenz-Theorie

Wie kommunizieren eigentlich die Trillionen von Zellen in unserem Körper? Woher weiß eine Zelle überhaupt, was für eine Zelle sie denn nun ist? Es wird heute viel über unsere Gene diskutiert, doch eines ist sicher: Wir haben in allen Zellen normalerweise die gleichen Gene, egal ob diese Zellen sich in unserem Knie oder in unserem Auge befinden. Es ist also absolut unmöglich, dass all diese Informationen in unseren Genen gespeichert sind. Während man in Russland morphogenetische Felder untersucht und in China das Wissen um Meridiane (Energiebahnen) seit Jahrtausenden zur traditionellen Ausbildung aller Ärzte gehören, gehören diese „Dinge“ im modernen Westen immer noch in die „esoterische Ecke“, genauso wie Zellkommunikation über Photonen (Licht).

Auch wenn wir im 21. Jahrhundert noch keine gesicherten Antworten auf diese wichtigen Fragen gefunden haben, so kann man doch schon heute sagen, dass Licht bzw. Wellen eine bedeutende Rolle spielen. Was Dr. Rife 1930 begann, der Physiker Schrödinger mit seinem Begriff der inneren Ordnung erstmals in Worte fasste und was sich in der modernen Photonen- und Frequenzforschung fortsetzt, wird vielerorts schon heute als die Zukunft der Medizin bezeichnet.

Wir wissen heute, dass sich in der Zellmembran fast aller unserer Zellen eine so genannte Kalium-Natrium-Pumpe befindet, die Energie erzeugt und zwar die Energie, die wir für unser Leben benötigen. Für Energiemediziner, zu denen Frequenzwissenschaftler gehören, gibt es keine Krankheiten im medizinischen Sinn, sondern nur zwei Zustände, in denen sich Zellen befinden können: energetisch normal oder energetisch abnormal. So entziehen nach Ansicht amerikanischer, russischer und deutscher Forscher abnormal funktionie-

rende Zellen (z. B. Krebszellen) dem Körper das bis zu 60-fache an Energie, ohne selbst Energie zu erzeugen. Dies ist auch der Grund, warum ein kleiner Tumor von ein paar hundert Kubikzentimetern einem erwachsenen Menschen so viele Schwierigkeiten bereiten kann. Nicht der Tumor allein hat Schuld an einer Krankheit, sondern der abnormale Energieentzug der gesunden Zellen.

Genau hier setzt die Frequenztherapie an, deren Aufgabe es ist, diese Depolarisation (Veränderung der Zellspannung) wieder in Ordnung zu bringen. Die Zellmembran, bestehend aus einer Doppelschicht aus Phospholipiden (Fette und Phosphate) die ca. zehn Nanometer dünn ist, bildet die Haut der Zelle. In diese Membran sind Membranproteine integriert. Diese „Antennen“ (siehe auch Dr. Budwig Öl-Eiweiß-Kost) bzw. Rezeptoren übermitteln der Zelle sensorische Inputs, das heißt, durch diese nimmt die Zelle Kontakt mit der „Außenwelt“ auf und bestimmt, was in die Zelle hinein bzw. aus ihr hinaus geht. Folglich wird das Zellverhalten durch Stimuli aus der Umgebung der Zelle kontrolliert und nicht nur durch die in der Zelle befindlichen Gene.

Jeder Rezeptor ist darauf geeicht, nur eine Art von Signalen aus der Umgebung zu empfangen und darauf zu antworten. Durch diesen physikalischen Filter ist eine Zelle in der Lage, ihre Umgebung zu erkunden und die notwendigen Stoffe aufzunehmen. Die durch Fett geschützte Membran wirkt wie ein elektrischer Isolator, der es dem Zytoplasma (Zellinhalt) ermöglicht, im Gegensatz zu der es umgebenden Schicht, einen negativen Ladungszustand anzunehmen.

Die Zelle wirkt also wie eine Batterie mit Minus- und Pluspol. Für die Zelle ist die Änderung ihres Energiezustandes ein elektrisches Signal, das z. B. spezifische genetische Programme aktivieren oder hemmen kann. Die Zellen erkennen die Umgebung, indem sie Energien des elektromagnetischen Spektrums in biologisch nützliche Information umwandeln. Unterschiedliche Rezeptorproteine wandeln Licht, Töne, Röntgenstrahlen, Funkschwingungen, Mikrowellen und extrem niedrige Frequenzen (ELF) in Zellverbindungen

um, indem sie Effektorproteine aktivieren, die wiederum eine Depolarisation der Membran, eine Aktivierung des Enzymsystems des Zytoplasmas oder eine Regulierung genetischer Prozesse hervorrufen können.

In dieser Weise regelt bzw. kontrolliert das energetische Umfeld Verhalten und Befinden von Zellen und Gewebe. Gegenüber der Regelung von Zellaktivitäten durch chemische Einflüsse besitzt diese energetische Regelung immer Priorität.

Therapieansatz der Frequenz-Theorie:

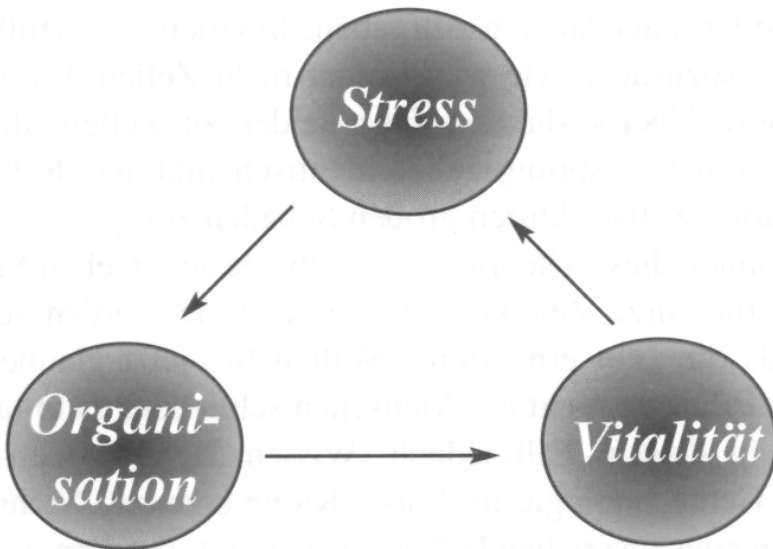
Nach Auffassung der Frequenztherapeuten entsteht jede Krankheit durch eine Verminderung der Energieproduktion durch die Natrium-Kalium-Pumpe. Für die Praxis heißt dies, dass wenn wir es erreichen, dem Körper die richtigen Frequenzen/Wellen zuzuführen, im Grunde genommen jede Krankheit heilen können. Was sich heute noch wie eine Utopie anhört, kann sehr schnell die gesamte Medizin verändern.

Interessant ist hierbei natürlich auch der Aspekt, dass sich Mitochondrien-Theorie, Theorie der Neuen Medizin, Ausgleichs-Theorie und Frequenz-Theorie nicht gegenseitig ausschließen – ganz im Gegenteil. Es spricht nichts dagegen, dass die Störungen der Natrium-Kalium-Pumpe ja erst durch Störungen entstehen, wie sie in den anderen Theorien erklärt werden. Allein der therapeutische Ansatz ist anders, da Frequenztherapeuten glauben, dass es ausreichend ist, die richtigen Frequenzen auf den Körper zu übertragen, damit sich dieser heilen kann.

Ich schließe mich persönlich dieser Meinung an. Doch leider sind wir noch nicht so weit, zu verstehen, mit welchen Frequenzen bzw. durch welche Übertragungsmöglichkeiten Heilungen entstehen können. Würden nicht alle Forschungsgelder in noch mehr Chemotherapieprotokolle gehen, dann wären wir wirklich effektiven Lösungen bestimmt schon sehr nahe.

Die Ausgleichs-Theorie

Diese Theorie besagt, dass ein Tumor deshalb entsteht, weil bestimmte Zellen die ihnen zugedachten Aufgaben nicht mehr erfüllen können und deshalb durch eine Überproduktion versuchen, einen Ausgleich zu schaffen (dies erklärt übrigens mit etwas anderen Worten unter anderem auch Dr. Hamer).



Auslöser ist immer eine Stresssituation, die körperlicher (schlechte Nahrung, Strahlenbelastung, Giftstoffe usw.) oder/und psychischer Natur sein kann. Diese Stresssituation verhindert, dass eine Zelle sich wie gewohnt selbst organisiert (z. B. Zellmembranspannung, Aktivität der Mitochondrien usw.). Dadurch verringern sich die Vi-

talfunktionen der Zelle und diese sucht „alleine“ nach Auswegen aus dieser Situation. Leider führt diese „Suche“ erneut zu Stress und der Kreislauf des Krebses ist nicht mehr zu stoppen.

Wir kennen dieses Phänomen bei der Fettleber. Bei Störungen der Leber, wie z. B. durch übermäßigen Alkoholenuss, stehen die Leberzellen unter permanentem Stress, der die Selbstorganisation der Leber nicht mehr zulässt. Dadurch kann die Leber ihre Entgiftungsleistungen nicht mehr durchführen und produziert mehr Zellen, in der Hoffnung, dass diese neuen Zellen „mithelfen“ können.

Um also „auf Nummer Sicher“ zu gehen, macht unsere Leber etwas sehr Intelligentes und produziert weitaus mehr Zellen als zuvor und vergrößert sich dadurch deutlich. Genau dieser Vorgang könnte auch bei Krebszellen stattfinden. Da bestimmte Zellen in ihrer Funktion gestört sind, versucht der Körper, die diesen Zellen zugeordneten Aufgaben, trotzdem zu erfüllen und produziert sozusagen wie wild immer mehr Zellen des gleichen Typs. Diese Überproduktion führt leider zu Zellen, die nicht 100 %ig mit den Ursprungszellen identisch sind und deshalb den benachbarten Zellstrukturen großen Schaden zufügen.

Sie können diese Theorie leicht selbst testen. Geben Sie Ihren Pflanzen für kurze Zeit kein Wasser und sie werden schneller treiben als die „gut ernährten“. Sollten Sie jetzt glauben, man kann von Pflanzen nicht auf Menschen schließen, dann täuschen Sie sich in diesem Fall jedoch. Wissen Sie, wie man in der heutigen Gentechnologie im Labor Klone erzeugt? Nicht indem man sie in eine ausreichende Nährlösung legt, sondern genau das Gegenteil ist der Fall. Will man erreichen, dass sich menschliche Zellen schneller teilen, dann lässt man diese „hungern“. Genau dies geschieht wahrscheinlich auch bei einem Tumor. Die Zellen „hungern“, weil Sie nicht genügend von dem bekommen, was sie benötigen. An dieser Theorie lässt sich auch leicht erkennen, warum Ernährung und Entgiftung bei Krebs eine so bedeutende Rolle spielen.

Therapieansatz der Ausgleichs-Theorie:

Am wichtigsten ist, alle Stressfaktoren auszuschließen. Hierzu gehören selbstverständlich die körperlichen Faktoren wie Zähne, Darm, Haut, Mesenchymgewebe, Narben ... und die psychischen Faktoren. Wenn man einmal bedenkt, dass die Schulmedizin Krebs mit Giftstoffen behandelt, und man dann noch den psychischen Stress durch die Diagnose und das mangelnde Feingefühl vieler Ärzte betrachtet, kann man vom Standpunkt der Ausgleichs-Theorie nur sagen, dass alles, was man falsch machen kann, in der Schulmedizin auch falsch gemacht wird.

Die Reich'sche Theorie

Der berühmte Arzt Wilhelm Reich, der sich gegen seinen Lehrer Sigmund Freud stellte und viele Arbeiten zur Befreiung der natürlichen Sexualität schrieb, war einer der ersten, der Krebs als ein Energie-defizit betrachtete. Er beschreibt detailliert, wie Krebszellen den Bezug zum Ganzen (Körper) verloren haben und ihre energetische Ladung nicht mehr ausreicht, um die ihnen zugedachten Arbeiten zu erledigen.

Als Psychoanalytiker war es ihm natürlich klar, dass solche Zellstörungen das Ergebnis einer großen emotionalen Blockierung sind. Was Reich nur theoretisch beschrieb, konnte Prof. Dr. Albert Popp vor wenigen Jahren im Labor beweisen – nämlich die veränderte Abstrahlung von Biophotonen bei Krebszellen. Auch die Kirlian-Fotographie (Fotos, die im Dunkelraum in einem Hochfrequenzfeld gemacht werden) bringt immer mehr Beweise für diese Theorie ans Tageslicht.

Reich haben wir es auch zu verdanken, dass wir heute wissen, dass unser Immunsystem nicht nur Antikörper bildet und weiße Blutkörperchen Antigene auffressen, sondern dass es auch noch eine bioenergetische Immunabwehr gibt. Damit ist gemeint, dass es sehr wichtig ist, wie stark eine Zelle energetisch aufgeladen ist. Seine Arbeiten mit Blutkörperchen zeigten eindeutig, dass diese in der Lage sind z. B. von Krankheitserregern Energie abzuziehen und diese somit zu töten. Ist das Blutkörperchen zu schwach, kommt der Energiefluss in Richtung Blutkörperchen nicht zustande und der Erreger kann sich weiter ausbreiten. Interessanterweise gilt dies sowohl für Erreger von außen als auch für innere nach einem Strukturzerfallsprozess.

Reich hatte im Blut von Krebskranken feststellen können, dass

immens viele T-Bazillen (Definition nach Reich) vorhanden sind und die wenigen roten Blutkörperchen schnell auseinanderbrechen. Da diese T-Bazillen logischerweise sehr viel Energie entziehen, wird ein Krebskranker also immer kachektischer (schwächer) und stirbt an diesem Energieverlust (siehe hierzu auch Frequenz-Theorie). Jeder Onkologe kennt dieses Problem, da die meisten Krebskranken nicht an der Größe des Tumors, sondern an diesem Prozess sterben.

Mit Reichs Theorie lassen sich viele außergewöhnliche Erfolge (von der Schulmedizin auch *Spontanheilungen* oder *Wunder* genannt) von Krebstherapeuten „wissenschaftlich“ erklären. Auch ich kann diese Theorie nur bestätigen, da ich selbst sehr vielen Menschen die Hände geschüttelt habe, die durch „Energearbeit“ gesund geworden sind.

Therapieansatz der Reich'schen Theorie:

Entgiftung, Ernährung, Energearbeit mit dem Orgonakkumulator (einer speziell gebauten Box, in die man sitzen kann).

Die Trichomonaden-Theorie

Die russische Wissenschaftlerin Tamara Lebedewa behauptet seit vielen Jahren, dass das, was Pathologen unter dem Mikroskop als Krebszellen entziffern, in Wahrheit Trichomonaden sind. Was auf den ersten Blick wie absoluter wissenschaftlicher Unsinn aussieht, ist auf den zweiten Blick bei weitem nicht mehr so verrückt, vor allem wenn man alle Forschungen von Frau Lebedewa und ihren russischen Kollegen kennt.

Dass Parasiten für die Entstehung von Krebs verantwortlich sind, ist gar nicht so neu. Karl Michel beschrieb dies schon vor fast 200 Jahren und 1893 beschrieb Pfeiffer, dass Krebs durch den Parasit *amoeba sporidium* hervorgerufen würde. Im letzten Jahrhundert waren es dann Prof. Koch in Deutschland, Newjadomskij in Russland und Clark in Amerika, die immer wieder auf eine Parasitentheorie zurückkamen.

Trichomonaden sind kleine Geißeltierchen, die in drei verschiedenen Stadien existieren können: im begeißelten Stadium, als eine Art Amöbe und in der Zystenform. Da sich dieser Parasit ungeschlechtlich fortpflanzt, entsteht jedes Mal ein äußerst unterschiedlicher Organismus. Mit Hilfe von Hyaluronidase (ein Enzym) können diese Parasiten im ganzen Körper herumwandern. Durch ihre vielfältigen Erscheinungsformen haben sie natürlich auch unterschiedliche antigene Eigenschaften. Phänomenal ist, dass sie auf ihrer Oberfläche Antigene aussondern, die absolut identisch sind mit Antigenen menschlichen Ursprungs. Dies irritiert natürlich das Immunsystem und wäre eine Erklärung dafür, warum unser Immunsystem gegen Tumore so machtlos ist.

Nach Lebedewas Theorie ist eine Tumorzelle eine unbegeißelte Art des parasitären Einzellers (Flagellat). Ein Tumor ist also nichts

anderes als eine Ansammlung unbegeißelter Trichomonaden und deren Tochterzellen, die sich nicht ablösen.

Doch warum bilden Trichomonaden auf einmal große Gruppen? Auch hierfür gibt es Theorien. Erstens kann es vorkommen, dass sich Tochterzellen nicht abnabeln, zweitens kann es zu einem Überlebenskampf mit dem Wirt (Mensch) kommen, weshalb möglichst viele neue Zellen gebildet werden müssen und drittens macht es natürlich Sinn, dass eine Gruppe besser überlebt als einzelne Kämpfer.

Therapieansatz der Trichomonaden-Theorie:

Entgiftung, Ernährung, Anti-Trichomonaden-Mittel.

Säure-Basen-Theorie

Vieles wurde in den letzten Jahren über die Wichtigkeit des Säure-Basen-Gleichgewichtes geschrieben, auch in Bezug auf Krebs. Doch spätestens wenn es darum geht, erklären zu müssen, warum bei Krebskranken der pH-Wert des Blutes ansteigt, während er im Zwischengewebe absinkt, fehlen schon die ersten logischen Erklärungsmuster (der pH-Anstieg im Blut liegt übrigens daran, dass das Chlor von NaCl intrazellulär an Proteine gebunden wird und das basische Natrium Alkalisalze bildet).

Ich möchte Ihnen einmal die Arbeiten von Erich Rouka vorstellen, der über viele Jahre hinweg krebskranke Menschen behandelte und sich viele Gedanken über die Entstehung von Krebs gemacht hat. Rouka beschrieb schon 1970 wie die ansteigende Glykolyse (Abbau von Zucker zu Milchsäure) bei Zellen, die Stress ausgesetzt werden, über einen Entzündungsreiz dazu beiträgt, dass aus normalen Zellen Krebszellen werden. Er konnte aufzeigen, dass es gerade diese große Säureproduktion ist, die Krebszellen überhaupt am Leben hält und gleichzeitig die gesunden Zellen schädigt.

Im Gegensatz zu einer „gesunden Entzündung“, bei der es zu einer Eiterbildung kommt, bauen sich die Eiweiß-Bruchstücke jedoch nur zu größeren Eiweißen ab wie Albumosen, Peptonen oder Peptiden, welche dann als Bauteile für neue Krebszellen dienen. Über eine Innervierung (Anregung von Nervenzellen) des angrenzenden Gewebes entstehen außerdem neue Entzündungsreize und natürlich auch Schmerzen. Rouka stützt sich bei seinen Hypothesen auf Arbeiten von Borst oder Warburg, die schon Anfang letzten Jahrhunderts feststellten, dass embryonale Zellen eine große anaerobe Phase aufweisen und die Oberfläche der Zellen eine ähnliche Säuerung aufweisen wie Krebszellen. Erst durch das Einwachsen in die Blut-

räume der Gebärmutterwand ändert sich diese Situation. Die infiltrative (in andere Gewebe einwachsende) Wachstumsart war jedoch nur durch die Säuerung der Zelloberfläche möglich. Dieses Wissen bestätigt natürlich auch die Aussagen vieler Forscher, die immer wieder darauf hinweisen, dass alle unsere Zellen anaerobe Überlebenssysteme in den Genen abgespeichert haben.

Bei Krebs spielt das Thema Zellteilungsrate eine permanente Rolle. Wir wissen heute, dass der pH-Wert im Serum im Laufe des Alterungsprozess zunimmt und parallel hierzu die Zellteilungsrate ab. In vielen Forschungen konnte man feststellen, dass bei einer gesteigerten Zellteilung auch eine gesteigerte Glykolyse und ein abfallender pH-Wert da ist. Forscher brauchen Zellen in Kulturen nur unter 7,4 pH-Wert zu setzen und schon teilen sich diese Zellen lebhaft. Daraus ist zu schließen, dass die gesteigerte Glykolyse und der abfallende pH-Wert eine Folgerung hieraus sind und nicht die Ursache. Aufschlussreich ist hier auch die Tatsache, dass Krebszellen in einem gewöhnlichen Milieu keine größere Zellzunahme haben. Gibt man den Zellen jedoch ein Stück Muskelgewebe hinzu, dann steigert sich die Teilungsgeschwindigkeit gewaltig und die Zellen infiltrieren in das Muskelgewebe, genauso wie im menschlichen Körper, weil Ihnen das Muskelgewebe die benötigten Baustoffe liefern. Das Wachstum verläuft hier übrigens parallel zur Milchsäureproduktion.

Rouka bringt in seinen Beschreibungen jedoch auch die derzeitige Mutationstheorie in Einklang zu den vorher beschriebenen Tatsachen. Zuerst einmal beschreibt er die Tatsache, dass sich Zellen an veränderte Situationen erstaunlich anpassen können (siehe hierzu auch die Theorie nach Cousmine). Dies ist insofern wichtig, als dass Mediziner heute von undifferenzierten Zellen sprechen und Pathologen diese Zellen unter dem Mikroskop als Krebs bezeichnen. Nach Rouka sind dies jedoch nichts anderes als Zellen die sich aufgrund bestimmter Verhältnisse (Giftstoffe, Strahlen, Parasiten, Erreger, Alterungsprozesse usw.) an die geänderte Umgebung angepasst haben.

Es ist bekannt, dass unsere DNS (Desoxyribonukleinsäuren) über die Zusammenarbeit mit der Boten-RNS (Ribonukleinsäuren), der

Rückkopplungs-RNS und den Ribosomen sozusagen die Art der Zelle bestimmen. Doch die DNS ist keineswegs eine starre unabänderliche Struktur, sondern erhält über Rückkopplungsmechanismen der RNS permanent Informationen. Über enzymatische Prozesse entstehen so angepasste Erbsubstanzen oder anders ausgedrückt, die Erbsubstanz hat die gesteigerte Säuerung als neue Eigenschaft der Zelle adoptiert. Dies wiederum bedeutet, dass diese Mutation der Zelle natürlich auch eine neue Boten-RNS entstehen lässt. Anfangs entsteht dadurch eine neue Zellgeneration mit einer immer größer werdenden Säuerung (z. B. wie bei Leukämiezellen) an dessen Ende eine Zelle mit sehr großer Säuerungsfähigkeit steht = die Krebszelle.

Hier findet natürlich dann ein Teufelskreislauf statt, da die Krebszellen nicht nur eine vermehrte Teilungsrate anregen, sondern zusätzlich auch noch das Bindegewebe immer dichter werden lässt, so dass noch weniger Sauerstoff-Moleküle und lebenswichtige Stoffe durchdringen. Hinzu kommt, dass der Körper weiße Blutkörperchen an den Ort des Geschehens bringt, die dort leider auch noch zusätzlich Sauerstoff verbrauchen, wo doch sowieso schon zu wenig da ist. **Unter diesem Gesichtspunkt ist natürlich eine Steigerung von Immunzellen, durch welche Präparate auch immer, sehr in Frage zu stellen.**

Wir müssen heute davon ausgehen (wie man ja auch unter dem Mikroskop sehen kann), dass bei Krebszellen auch in den Genen Adaptionsprozesse stattgefunden haben, denn nur so ist es zu erklären, dass Krebszellen die extremen Säuerungen überhaupt aushalten. Hierfür sprechen auch Untersuchungen der Forscherin Werth, die mit Malachytgrün die Bildung von Cytochromoxidase-c hemmte (ein Enzym, das wichtig für die Sauerstoffverwertung ist und auf das Dr. Budwig und Dr. Seeger in allen Arbeiten immer wieder verwiesen). Sie konnten beweisen, dass wenn man Versuchstieren Malachytgrün über mehrere Generationen gab, die Erbsubstanz eine verringerte Produktion von Cytochromoxidase-c als neue Eigenschaft annahm.

Auch der Forscher Strong konnte zu diesem Thema einiges bei-

tragen. Er injizierte Tiere 60 Tage lang 1 mg Methylcholanthren und zwar 21 Generationen lang. Danach wurde eine Gruppe der Nachkommen getrennt und diese bekam kein Methylcholanthren mehr. Von 797 Tieren bekamen 528 spontane Tumore (in der Kontrollgruppe waren es 3 Tiere). Durch die verminderte Verwertung von Sauerstoff kam es also zu den vielen Tumoren bzw. Strong konnte beweisen, welche Mutationen zu Krebs führen und dass solche Mutationen Anpassungen an veränderte Situationen sind, wie in diesem Fall ein Giftstoff.

Ich finde Roukas Aussagen und auch seine Schlussfolgerungen (Ernährung und Entgiftung) sehr schlüssig. Vor allem in der täglichen Arbeit mit Krebskranken bewahrheiten sich seine Theorien und erklären vieles, was Laien am Anfang so unverständlich erscheint. Beeindruckend ist auch die Zusammenführung der Mitochondrien- und der Mutationstheorie, die sich nach Rouka nicht gänzlich ausschließen.

Therapieansatz von Erich Rouka:

Entgiftung, extreme Entsäuerung, Ernährung.

Weitere Theorien

Natürlich gibt es noch viele weitere Theorien, wie die anthroposophische nach Rudolf Steiner, bei der der Ätherleib den physischen Leib nicht mehr durchdringen kann. Auch Pischinger und Heine haben mit ihrer Beschreibung der morphogenetischen Induktoren bzw. der Störung der Matrix eine einleuchtende Theorie. Auf all die Theorien der traditionellen Chinesischen Medizin oder der Ayurveda möchte ich in diesem Buch nicht näher eingehen, weil ich glaube, dass dies sonst einen zu großen Rahmen einnehmen würde. Mir ist es wichtig, dass Sie verstehen, dass die von fast allen Ärzten als „wissenschaftliche Tatsache“ hingenommene Mutations-Theorie bei weitem nicht so wissenschaftlich ist wie sie dargestellt wird und dass es andere Theorien gibt, die weitaus einleuchtender sind.

Wie Erich Rouka sehr schön beschreibt und wie wir heute alle wissen, gibt es natürlich Veränderungen der Zellkerne. Doch deshalb jetzt einfach herzugehen und so zu tun, wie wenn all die anderen Veränderungen nur ein „Nachspiel“ dieser DNS-Veränderung wären, ist angesichts unseres heutigen Wissens nur noch als Ignoranz und Arroganz zu betiteln. Wohin uns die Verleugnung „echter“ Wissenschaft gebracht hat, müssen wir leider jeden Tag erleben.

Wenn Sie also das nächste Mal wieder etwas von einer „bösen“ oder „entarteten“ Zelle hören, die für Krebs verantwortlich gemacht wird, dann wissen Sie zumindest, dass diese Sätze allerhöchstens den Wissensstand des Aussprechenden wiedergeben und nicht mehr.

3. Kapitel

Diagnose Krebs

Wann ist Krebs eigentlich Krebs?

Seit vielen Jahren wird uns erzählt, dass man Dank neuer Vorsorgeuntersuchungen das „Problem Krebs“ besser in den Griff bekommen kann. Doch das Einzige, was man dadurch in den Griff bekommen hat, sind die erheblichen Mehreinnahmen der Industrie, die Röntgengeräte, PAP-Tests usw. herstellt. Ein weiterer Vorteil für die Industrie ist der, dass die Statistiken besser aussehen. Seit Einführung der Mammographien überleben Frauen mit Brustkrebs viel länger. Die Wahrheit ist jedoch, dass die Zahlen natürlich nur deshalb besser aussehen, weil man den Tumor früher entdeckt und es deshalb logischerweise mehr Frauen gibt, die 5 Jahre nach Entdeckung des Tumors noch leben. In Wirklichkeit wird trotz der Millionen von Steuergeldern kein einziges Frauenleben gerettet. Ganz im Gegenteil. Die hohe Rate an falschen Diagnosen trägt dazu bei, dass vor allem Frauen unnötig verstümmelt werden.

In British Columbia/Kanada, in einem Bundesstaat in dem bei allen Frauen ein PAP-Abstrich-Test gemacht wird, ist die Todesrate bei Gebärmutterhalskrebs genauso hoch wie in den anderen Bundesstaaten. Schon 1988 zeigte eine andere Studie, dass sich innerhalb von 2 Jahren fast 50 % aller abnormalen Abstriche wieder zurückentwickelten bis zum Normalzustand. Im British Journal of Cancer gaben die Autoren einer Studie an, dass bis zu 60 %! der Ergebnisse falsch waren. Richtig blamabel wurde es 1987, als man in England 45.000 Abstriche erneut analysierte und man bei 911 feststellte, dass die Diagnose falsch war.

Bitte bedenken Sie, dass auf Grund eines solchen Tests schwerwiegende Maßnahmen inklusive Totaloperationen und Chemotherapien eingeleitet werden, die dann Krebs verursachen, wo vorher gesunde Zellen waren. Nicht viel besser sieht es mit der Mammog-

graphie aus. Selbst das National Cancer Institut in den USA nahm 1994 seine vorherige Empfehlung zurück, wonach Frauen unter 50 Jahren eine Mammographie machen lassen sollten. Die Wahrheit ist eher, dass es dies machen musste, obwohl seine Geldgeber aus der Industrie hiervon sicherlich nicht begeistert waren, weil verschiedene Studien die negativen Wirkungen aufzeigten. Wer dies für nicht sehr überzeugend hält, sollte einmal den Artikel von Susan Ott im British Medical Journal des Jahres 1994 lesen, in dem sie davon berichtet, wie schwedische Forscher über 350 Frauen beobachteten, bei denen eine Mammographie zu einer Fehldiagnose führte. Sie führte auf, dass diese Frauen 1.112 Arztbesuche, 397 Biopsien! und 187 weitere Mammographien über sich ergehen lassen mussten, nur um dann mitgeteilt zu bekommen, dass sie niemals krank waren.

Richtig unangenehm wird es spätestens dann, wenn man weiß, dass die kanadische Regierung 1994 bei der Untersuchung von 50.000 Frauen im Alter von 40 - 49 Jahren feststellte, dass in der Gruppe, bei denen man eine Mammographie durchführte, 33 % mehr Frauen starben als in der Vergleichsgruppe. Zwar entdeckte man in der Mammographie-Gruppe mehr Tumore, doch dies stellte sich nicht gerade als positiv für die betroffenen Frauen heraus, wie das Ergebnis deutlich zeigt. Nur so am Rande möchte ich noch erzählen, dass dieses Ergebnis inzwischen von weiteren Studien in Schweden und den USA bestätigt wurde.

Ist es denn nicht jedem bekannt, dass Röntgenstrahlen Krebs erzeugen? Ist es nicht logisch, dass wenn empfindliches Gewebe, wie das der weiblichen Brust, mit großem Druck zwischen zwei Platten gedrückt wird, dies zu minimalen Verletzungen führen kann? Ist es inzwischen nicht jedem Arzt bewusst, dass durch die Mammographie evtl. vorhandene Krebszellen in andere Gewebeteile gedrückt werden und man genau das verursacht, was man verhindern will? J. P. van Netten vom Royal Jubilee Hospital in London hat diese Tatsache 1994 in einer Studie anschaulich aufgezeigt, als er beweisen konnte, dass sogenannte duktales Karzinome in situ (DCIS: Duktales Carcinoma in situ, zu deutsch: Brustkrebs in einem sehr frühen

Stadium im Milchgang) durch die Mammographien um 200 % anstiegen.

Viele Frauen glauben immer noch, dass Vorsorge-Termine wichtig wären. Ganz abgesehen davon, dass sie es nicht sind, kreieren sie durch diese Vor-Sorge auch noch Ängste, die, wie wir heutzutage wissen, Krebs erzeugen können. Lassen Sie mich den Nutzen der Vorsorge am Beispiel Mammographie einmal etwas genauer aufzeigen. Zuerst einmal stellt sich da die Frage nach dem: ab wann und wie oft. Dies wird sehr unterschiedlich bewertet und selbst wenn man die besten Statistiken anschaut, lassen sich keine Vorteile für Frauen unter 50 und über 70 Jahren erkennen.

Bei der Bewertung der Daten wird gerne „vergessen“, dass Frauen, die an Früherkennungsmaßnahmen teilnehmen, in der Regel aus höheren sozialen Schichten kommen und schon deshalb eine höhere Lebenserwartung haben. Des Weiteren wird Frauen nicht erzählt, dass man langsam wachsende Tumore leichter entdeckt als schnell wachsende, da diese natürlich länger in einem Stadium bleiben, in dem sie entdeckt werden können. Diese Tumore haben natürlich auch ohne Früherkennung eine bessere Prognose.

Der Vorteil der Mammographie wird gerne mit Studien belegt, die beweisen, dass Frauen anscheinend länger gelebt haben, wenn sie permanent untersucht wurden. Lassen sie uns das einmal etwas genauer betrachten. Eine dieser „positiven“ Studien ist die von Dr. Nyström. In dieser Studie starben in einem Zeitraum von 10 Jahren 4 von 1.000 Frauen, die nicht untersucht wurden. In der Gruppe der mammographierten Frauen starben 3 Frauen von 1.000. Etwas anders ausgedrückt, werden 996 Frauen radioaktiven Strahlen ausgesetzt, damit eine Frau überleben kann.

Für einen Marketingmanager für Mammographiegeräte bedeuten diese Zahlen jedoch etwas ganz anderes. Er wird schreiben: **„Durch Mammographie sterben 25% weniger Frauen“** (3 anstatt 4). So viel zum Lesen von Statistiken.

Wenn man die gesamten Zahlen der Studie betrachtet, dann fällt einem auf, dass von 100.000 nicht untersuchten Frauen 89.550

überlebten und bei den untersuchten 89.020. Böse betrachtet könnte man sagen, dass in der untersuchten Gruppe 520 Frauen mehr starben. Gerechterweise muss man jedoch sagen, dass diese Zahlen statistisch nicht signifikant sind und man davon ausgehen kann, dass in beiden Gruppen gleich viele Frauen sterben, egal ob sie zur Voruntersuchung gehen oder nicht.

Worüber Ihnen Ihr Arzt wohl ebenfalls nichts erzählen wird, ist eine andere Untersuchung von 26.057 Frauen (Kerlikowske). Insgesamt hatten 25.858 Frauen keinen Brustkrebs, doch nur bei 24.187 war die Mammographie negativ. D. h. dass 1.671! Frauen erzählt wurde, sie hätten wahrscheinlich Krebs und selbst wenn es manchen so nicht gesagt wurde, dann bin ich mir sicher, dass es fast alle dachten oder zumindest starke Ängste ausstehen mussten. Interessanterweise war die Mammographie auch bei 20 von 199 Frauen negativ ausgefallen, obgleich diese Brustkrebs hatten.

Wenn man die 179 Frauen hinzuzählt, bei denen man erst später feststellte, dass sie Brustkrebs hatten, kommt man genau auf 1.850 Frauen mit einem Tumorbefund. Insgesamt hatten jedoch nur 199 Frauen Brustkrebs oder anders ausgedrückt, ca. nur jede 10. Frau mit einem pathologischen Befund hatte in Wirklichkeit Brustkrebs. Vor allem bei Frauen unter 50 ist die Zahl der falschen Befunde erschreckend hoch.

Haben Sie jemals in einer Zeitung gelesen, welch enormen Schaden nicht nur Frauen durch diese Untersuchungen nehmen? Oder wie oft haben Sie schon von Frauen gelesen, was diese wegen eines falschen Mammographieberichtes durchmachen mussten? Wie viele Frauen würden mit (und nicht wegen) ihrem Tumor sterben, ohne dass sie jemals größere Probleme hätten (ähnlich wie bei Prostatakrebs) und wer diskutiert eigentlich die Frage, dass es für viele Frauen ein großes Problem darstellt, die letzten Jahre ihres Lebens mit dem Bewusstsein leben zu müssen, Krebs zu haben, mit all den damit verbundenen körperlichen und psychischen Problemen?

DCIS ist ein anderer Begriff, der eine große Rolle bei Brustkrebs spielt. Denn das ist es, was sehr oft bei Mammographien entdeckt

wird. Selbst Schulmediziner (siehe hierzu auch Silverstein, Brit. Med. J. 317: 1998, 734 - 739) schätzen heute, dass die Hälfte der DCIS sich erst nach 10 - 20 Jahren zu invasivem Brustkrebs entwickeln. Selbst ein Laie kann jetzt verstehen, warum die 5-Jahresstatistik bei Brustkrebs so gut aussieht. Ein anderes Problem der Mammographie wird auch gerne verschwiegen: die Strahlenbelastung durch die Untersuchung. Da wird von modernsten Geräten gesprochen und von einer geringeren Strahlenbelastung als bei einem Urlaub in den Bergen. Niemand spricht jedoch davon, dass Dr. Mettler schon 1996 veröffentlichte, dass man pro 10.000 Frauen mit einem Todesfall durch die Strahlenbelastung rechnen muss. Nach Schätzungen von Jung (1998) liegt das zusätzliche Risiko, durch regelmäßige Mammographien an Brustkrebs zu erkranken, bei 0,015 % bis 0,045 % – „umgerechnet“ bedeutet dies 1,5 - 4,5 Frauen pro 10.000. Anders ausgedrückt heißt dies für Sie: Sollten Sie zu den 0,015 % gehören, dann ist Ihr Risiko, durch eine Mammographie Krebs zu bekommen, genau 100 %!

Auch über Folgendes wird nicht gerne gesprochen: Obwohl meine Frau niemals zu einer Mammographie gehen wird, bezahle ich und sie jeden Monat diese teure Untersuchung mit meinen Beiträgen mit. Die renommierte Rand Corporation hat 1995 ausgerechnet, dass zwischen 332.000 DM und 2.960.000 DM ausgegeben werden müssen, um eine! einzige Brustkrebserkrankung zu entdecken. Mal ehrlich, wie lange sollen wir alle diesen Unsinn eigentlich noch bezahlen?

Und Männer?

Auch Männer sind nicht geschützt vor unberechtigten Angriffen. Eine 1994 im British Medical Journal veröffentlichte Studie bewies, dass der über alles beliebte PSA (Prostata spezifisches Antigen)-Test bei weitem nicht so genau ist, wie immer und überall behauptet wird. In dieser Studie entwickelten 366 Männer Prostatakrebs mit einem normalen PSA-Wert, während nur 47 % der Männer, die

schon Prostatakrebs hatten, überhaupt einen höheren Wert aufweisen. Hand aufs Herz, wie geht es Ihnen, wenn Sie erfahren, dass sozusagen jeder 2. PSA-Test in dieser Studie falsch war.

Etwas anderes sollte man bei Prostatakrebs ebenfalls bedenken. Die American Cancer Society beschrieb 1995 in Ihrer Prostata Cancer Information, dass man bei 15% aller Männer Krebszellen in deren Prostata fand. Diese Zahl steigert sich auf 40 % bei 70-Jährigen und auf ca. 50 % bei den 80-Jährigen. Man muss also zuerst einmal überlegen, wie aktiv diese Krebszellen denn wirklich sind, und das zeigt uns der PSA-Test mit Sicherheit nicht. P. J. Scerret beschreibt in seinem „*Screening for Prostate Cancer*“ eindrucksvoll, dass nur 1 % dieser Krebszellen sich zu einem Krebstumor entwickeln und gerade einmal 0,3 % dieser Prostatatumore den Tod des Betroffenen verursachen. Und sollte Ihnen dies immer noch nicht genügen, sollten Sie unbedingt die Bücher von Prof. Julius Hackethal lesen, der all diese Daten in seinen Forschungen bestätigt hat.

Je früher man einen Tumor entdeckt, desto besser?

Uns wird immer erzählt, je früher man einen Tumor entdeckt, desto besser. Die Wahrheit ist allerdings, dass diese Studien beweisen, je früher man einen Tumor entdeckt hatte, desto früher starben die Frauen. Natürlich lag und liegt dies nicht am frühen Entdecken – das ist immer von Vorteil – sondern daran: Je früher man einen Tumor bei Frauen (und Männern) entdeckt, desto größer ist die Chance, dass man Ihnen eine Therapie vorschlägt, durch welche Sie früher sterben werden.

Gerechterweise muss man hier jedoch auch sagen, dass es vielleicht gar nicht die Therapie, sondern vielleicht auch das Wissen um die Krankheit ist. Sicherlich haben Sie schon einmal das Wort „selbsterfüllende Prophezeiung“ gehört. Dahinter steckt nichts anderes als der berühmte Placeboeffekt, also dass immer das passiert, woran wir fest glauben. Ganz nach dem Motto:

„Unser Glaube versetzt Berge“.

Fragen Sie doch einmal Patienten, welche Worte sie mit dem Wort Krebs assoziieren. Sicher werden Sie Worte hören wie: Tod, Schmerzen, Gott, Sinn des Lebens, Warum ...! Leider bringen diese Worte die meisten Menschen in einen Sog, der in die Krankheit und nicht in die Gesundheit führt. Gerade Ärzte sollten wissen, was Placeboeffekte auslösen können, doch wenn es um Krebs geht, wird so sorglos mit der Diagnose umgegangen, dass man manchmal davon ausgehen muss, dass die Worte Onkologie und Psychologie nie gemeinsam in einem Raum erwähnt werden dürfen. Auch die Aussagen von Dr. Hamer (siehe unter *Neue Medizin*) und vieler anderer Therapeuten passen natürlich in diese Kategorie.

Wann habe ich Krebs?

Die Diagnose Krebs wird heute in erster Linie von Pathologen gestellt. Jetzt nehmen Sie sicherlich an, dass es ein absolut sicheres Schema gibt, mit dem man bestimmt, wann jemand Krebs hat bzw. wann nicht. Ich muss Sie jedoch leider auch in diesem Punkt enttäuschen. 1992 stellte man z. B. bei einer Studie in England fest, dass in einigen Gebieten 20 % aller Tests auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs positiv waren und in anderen Gebieten nur 3 %.

1987 wurden in Liverpool 45.000 Tests nochmals analysiert und bei 911 wurde eine falsche Diagnose festgestellt. In Manchester waren es 1988 bei 3.000 Tests 60 falsche. An der Yale Universität gab man 10 erfahrenen Röntgenologen 150 Mammographien guter Qualität zur Ansicht. In sage und schreibe 50 Fällen waren sich die Ärzte nicht einig. Man muss sich das einmal vorstellen. Jede dritte Mammographieaufnahme wurde von den erfahrenen Röntgenologen nicht einheitlich gesehen. Ich brauche Ihnen sicherlich nicht im Detail zu erklären, was dies bedeutet.

Diese Studien zeigen einmal mehr, wie wenig wissenschaftlich es in der Medizin zugeht. Ein weiterer Punkt ist, dass sich Pathologen nicht gerne festlegen. Da heißt es dann in den Berichten: „ist am ehesten mit dem Krankheitsbild XY zu vereinbaren“ oder „wahr-

scheinlich ist es ein ... , differentialdiagnostisch könnte es auch ein ...". Wenn Sie einmal Hunderte von Pathologieberichten gelesen haben, dann könnten Sie ein Buch über „wahrscheinlich, am ehesten, vielleicht, nicht genau bestimmbar usw.“ schreiben. Komischerweise werden die „Wahrscheinlichkeiten“ in fast allen Fällen von den Ärzten zu 100 % übernommen, denn anders ist es nicht zu erklären, dass dann das, was sich im Pathologiereport noch etwas unsicher anhört, im Entlassungsbericht immer als 100 % sicher beschrieben wird.

Auch die Standards der pathologischen Lehrbücher werden heute als sicher beurteilt, ohne dass jemand die ganze Prozedur in Frage stellt. Ein Beispiel. Bestimmte Zellen werden von Pathologen zu 100 % sicher als Krebszellen angesehen. Jetzt gibt es aber Menschen, die mit dieser Diagnose, auch ohne Therapie, weder gestorben sind, noch der Tumor weitergewachsen ist.

Ein weiteres Beispiel stellt die *Stiftung für das Knochentumor-Referenzzentrum* in Basel dar, wo man über 9.000 Knochentumorfälle diagnostiziert hat. Hiervon wurden über 5.500 Fälle zu einer Zweitbegutachtung eingeschickt. Und jetzt lesen Sie bitte ganz genau: Von den ca. 5.500 Fällen musste in 2.289 Fällen die Diagnose geändert werden. Etwas anders ausgedrückt – fast jede zweite Diagnose war in Bezug auf die Krebsart falsch und in 492 Fällen war die Diagnose sogar 100 % falsch (also die Patienten hatten gar keinen Krebs). Alle vorherigen Diagnosen wurden von „Kapazitäten auf ihrem Gebiet“, von Professoren, von Leitern pathologischer Institute usw. eingesandt.

Bei diesem Beispiel darf man nicht vergessen, dass es hier um sehr ernste Diagnosen geht. Gerade bei Knochentumoren geht es oftmals um die Entscheidung, dass ganze Glieder „abgenommen“ werden müssen. In 236 Fällen war dies übrigens der Fall, d. h. bei 236 oftmals jungen Menschen hatten Pathologen Krebs diagnostiziert wo gar keiner war. Statistisch ausgedrückt heißt dies, dass bei mindestens jedem 20. Patienten eine katastrophale Therapie eingeleitet worden wäre, hätte nicht irgend ein Arzt oder der Patient dar-

auf bestanden, dass der schon vorhandene Pathologiebericht noch einmal überprüft wird. Wenn man jetzt davon ausgeht, dass dies in den wenigsten Fällen vorkommt, dann können Sie sich vorstellen, was heutzutage alles passiert. Und vergessen Sie bitte nicht: Jeder Pathologe hatte vor der Zweituntersuchung behauptet, dass seine Diagnose richtig sei.

Da ich mir der „Sensibilität“ dieses Themas durchaus bewusst bin, möchte ich klarstellen, dass Pathologen wahrscheinlich in vielen Fällen „Recht haben“, wenn man Krebs von deren Standpunkt aus betrachtet. Doch leider gibt es verschiedene Wege nach Rom und mal ehrlich Herr Pathologe, würden Sie bei Ihrer eigenen Frau nach der Diagnose Brustkrebs auch sofort eine Mastektomie (Entfernung der Brust) empfehlen? Ich möchte in diesem Buch nicht näher auf die Pathologen-Problematik eingehen. Für Sie als Patient bedeutet es ganz einfach nicht mehr, aber auch nicht weniger, als dass Sie die Diagnose unbedingt durch weitere Untersuchungen bestätigen lassen sollten, bevor Sie größere Entscheidungen treffen.

Die 1 %-Hürde

Ärzte argumentieren gerne damit, dass Tests allerhöchstens in einem Prozent aller Fälle falsch sind. Auf den ersten Blick hört sich das ja ganz gut an. Leider verstehen viele Menschen jedoch sehr wenig von Mathematik, denn sonst wüssten sie, dass ein Test, der 1 % falsch ist, in Wahrheit 99 % falsch ist, wenn er bei Millionen von Menschen angewandt wird. Lassen Sie mich Ihnen das Ganze an einem Rechenbeispiel aufzeigen.

Angenommen, ein Labor benützt einen Test der 99 % richtig ist. Weiter angenommen, wir nehmen eine Krankheit, die nur bei einem von 10.000 Menschen vorkommt, wie ungefähr bei einer bestimmten Art von Hautkrebs. Und jetzt rechnen Sie einmal selbst das Ergebnis aus, wenn eine Million Menschen mit diesem Test getestet werden.

1. 100 Menschen wurden zu Recht krebskrank diagnostiziert (1.000.000: 10.000 = 100), da jeder 10.000. diese Krankheit hat.
2. 9.999 wurden zu Unrecht krebskrank diagnostiziert (jeder 100. Patient)

Jetzt zählen Sie doch bitte einmal zusammen, wie viele Menschen krebskrank diagnostiziert wurden und Sie kommen auf die Zahl 10.999 (9.999 plus 100 = 10.099). Von den 10.099 Krebskranken sind in Wahrheit jedoch nur 100 krank, was bedeutet, dass dieser Test bei 99 % aller Fälle bei denen Krebs diagnostiziert wurde, **falsch** war.

Sie sehen, es ist sehr einfach, mit Zahlen umzugehen, wenn man

diese so darstellt, wie man es gerne hätte. Die Wahrheit sieht jedoch oftmals ganz anders aus, und wir müssen jede Zahl hinterfragen. Patienten erzählen mir immer und immer wieder, dass ihnen ihr Arzt gesagt hätte, wenn sie diese oder jene Therapie machen würden, sie dadurch diese oder jene besseren Chancen hätten. Ich kann Ihnen nur empfehlen, lassen Sie sich diese Zahlen schriftlich bestätigen oder aber bitten Sie Ihren Arzt darum, Ihnen aufzuschreiben, in welchem Buch oder in welcher Studie Sie dies nachlesen können. Warum ich das sage? Ganz einfach: Ich musste in den letzten Jahren erleben, dass Therapeuten leider keine Mathematiker sind und anscheinend deshalb auf eine Art und Weise mit Zahlen umgehen, dass mein Sohn in der Schule hierfür eine glatte Sechs erhalten würde.

Seien Sie also auf der Hut, wenn Ihr Arzt zu Ihnen sagt, dass Ihre Überlebenschancen sich durch Therapie XY um ?? Prozent verbessert. Hinterfragen Sie solche Zahlen grundsätzlich und wenn Ihr Arzt beleidigt reagiert, was leider sehr häufig vorkommt, dann möchte ich Sie fragen: „Möchten Sie wirklich von einem Arzt behandelt werden, der einfach Zahlen erfindet, so wie er sie gerade benötigt?“

Es geht hier um Ihr Leben und um das Glück Ihrer Familie und nicht darum, einen Preis für den angenehmsten Patienten zu erhalten. Gute Ärzte haben mit solchen Fragen keine Probleme – warum also sollten Sie welche haben?

Konventionelle Untersuchungen zur Diagnose eines Tumors oder Blut- und Lymphkrebes

1. Blutuntersuchungen

Neben dem „normalen“ Blutbild sind es vor allem die so genannten Tumormarker, die Aufschluss darüber geben sollen, ob ein „Krebsgeschehen“ im Körper stattfindet. Tumormarker sind „Tumor-assoziierte Signalsubstanzen“, deren Auftreten im menschlichen Blut mit der Entstehung und dem Wachstum von bösartigen Tumoren zusammenhängen soll. Ärzte unterscheiden vor allem 2 Gruppen:

1.a. Unspezifische Substanzen, die das Tumorwachstum begleiten, wie z. B. Plasmaproteinveränderungen (BSG, Akutphasenproteine), Eisenverteilungsstörungen (Ferritin, Transferin), Enzym- und Isoenzymerhöhungen (LDH, AP).

1.b. Spezifische Substanzen, die vom Tumor selbst produziert werden, wie z. B. die onko-fetalen Antigene (AFP, CEA), die onkoplazentären Antigene (β -HCG, HPLAP), die membranantigene/hybridom-definierten Tumorantigene (CA 19-9, CA 15-3, CA 125, SCC), sowie Substanzen/Hormone wie (ACTH, PTH, STH, VIP (Polypeptide)).

Mit Ausnahme von Thyreoglobulin (Schilddrüse) und PSA (Prostata) sind alle Tumormarker nicht organspezifisch. So kann der CEA-Wert erhöht sein beim Darm-, Pankreas-, Mamma-Magen- und Bronchialkarzinom. Oftmals werden Tests auch kombiniert, wie bei Brustkrebs CEA und CA 15-3 oder bei Keimzelltumoren AFP und HCG.

Liste der Tumormarker und der dazugehörigen Tumore

CEA	Magen-, kolorektale, Mamma-, Bronchialkarzinome
AFP	Keimzelltumoren, hepatozelluläres Karzinom
CA 19-9	Pankreas-, Magen-, Gallenwegs-, Ovarialkarzinom
CA 12-5	Epitheliales Ovarialkarzinom
CA 15-3	Mamma-, Ovarial-, Uteruskarzinom
PSA	Prostatakarzinom
NSE	Kleinzelliges Bronchialkarzinom, Seminom, APUDom, Neuroblastom
SCC	Plattenepithelkarzinom (Zervix, Ösophagus, HNO)
CT	Schilddrüsenkarzinom (medullär, C-Zell)
TG	Schilddrüsenkarzinom (diffus, papillär)
TPA	Oberflächenaktivitätsmarker, eher universeller Begleitmarker
β2-Mikroglobulin	Lymphome, Plasmozytom
HNO	SCC, CEA, TPA
Schilddrüsenkarzinom (diffus, papillär)	TG, TPA
Schilddrüsenkarzinom (C-Zell)	Calcitonin, NSE
Bronchialkarzinom	CYFRA
- Plattenepithel	SCC, CEA
- kleinzelliges	NSE, CEA

- Adenokarzinom	CEA
Mammakarzinom	CA 15-3, MCA, CEA
Pankreaskarzinom	CA 19-9, TPA
Magenkarzinom	CA 19-9, CEA
Kolorektales Karzinom	CEA, CA 19-9
Leberkarzinom	
- hepatozelluläres	AFP
- cholangiozelluläres	CA19-9
- metastasierendes	CEA
Ovarialkarzinom	
- epithelial	CA 12-5, TPA
- muzinös	CA 19-9
Hodentumoren	
- Seminom,	HCG, SCC
- nicht seminomatös	AFP, HCG
Prostatakarzinom	PSA-RIA
Blasenkarzinom	CEA, TPA
Plasmozytom	ß2-Mikroglobulin
Lymphome	TPA (Ferritin)

Wie genau Tumormarker ein Krebsgeschehen anzeigen und was vor allem eine Erhöhung oder eine Senkung der Werte denn nun wirklich bedeutet, vermag ich nicht zu beurteilen, da es mindestens ebenso viele verschiedene Aussagen hierüber gibt wie Tumormarker selbst. Ich kenne viele Patienten, deren Tumormarker sich teilweise drastisch erhöht haben und die kurz darauf wieder gesund waren und andere Patienten, die danach starben. Ich habe auch viele Fälle dokumentiert, bei denen Patienten mit ganz normalen Tumormarkern starben und andere, deren Tumormarker seit vielen Jahren erhöht sind, ohne dass die Patienten Symptome aufweisen. Interessanterweise erhöhen sich Tumormarker auch oft bevor Tumore kleiner werden. Und genau in diesem Moment kommen Patienten oftmals zum Arzt und ...

1.c. Immunstatus Grundsätzlich muss man bei allen Blutuntersuchungen natürlich erwähnen, dass es bei Krebs vor allem darauf ankommt, was sich in der Zelle abspielt und weniger, was man im Blut findet. Im Besonderen gilt dies für das, was Ärzte einen Immunstatus nennen. Hierbei sollen durch einen Bluttest spezielle Zellgruppen detaillierter betrachtet werden. Vor allem werden folgende Zelltypen untersucht:

<u>Zelltypen</u>	<u>Normwerte</u>
Leukozyten	4000 - 8000
Lymphozyten	20 - 50
T-Lymphozyten	60 - 75
B-Lymphozyten	5 - 20
T4-Helferzellen	30 - 50
T8-Suppressor	20 - 30
T8-zytotoxisch	3 - 16
NK-Zellen	10 - 14

Man kann diese Zelltypen sogar noch weiter unterteilen, z. B. in LAK-Zellen usw., doch hier stellt sich schnell die Frage nach dem Warum. Einerseits erlauben diese leider sehr teuren Untersuchungen in vielen Fällen eine Einschätzung des Krebsverlaufes. Andererseits erlebe ich immer wieder, dass Patienten und Onkologen total abhängig sind von diesen Werten im Sinne von:

„Wie geht es Ihnen Frau Müller?“

„Danke gut Herr Doktor, meine Killerzellen sind schon wieder um 2,3 % gestiegen.“ Auch hier gilt, dass Patienten auch dann sterben, wenn sich die Population der Killerzellen verdoppelt. Wir wissen viel zu wenig über deren Wichtigkeit. Was man heute in diesem Bereich so alles als „wissenschaftlich“ verkauft, erinnert mich mehr an die Wall Street als an eine ärztliche Praxis.

Machen Sie sich also unbedingt frei von Bluttests. Bitte nicht missverstehen. Ich bin nicht gegen diese Tests, ich bin nur dagegen, dass sie jedes Mal voller Angst zu Ihrem Arzt gehen, weil Sie nicht

wissen welche Blutwerte Sie haben. Und wenn Sie einmal damit angefangen haben in sich hineinzuhören, werden Sie die meisten Bluttests sowieso nicht mehr benötigen.

2. Bildgebende Verfahren

Hierzu gehören Röntgen, Sonographie, CT, Kernspin, PET usw. Bitte beachten Sie unbedingt, dass es keine „geringe“ Dosis an Röntgenstrahlen gibt. Seien Sie also sehr vorsichtig und bewahren Sie immer Kopien Ihrer Aufnahmen zu Hause auf, um unnötige Untersuchungen zu vermeiden.

3. Biopsien

Wenn es um Diagnosen geht, kann kein Aufwand zu hoch sein. Wie schon am Beispiel Mammographie erklärt, sind „uns“ in der westlichen Welt anscheinend keine Kosten und keine Anstrengungen zu hoch, wenn es darum geht, eine Krankheit zu diagnostizieren. Ob diese Diagnosen nun gesundheitsschädlich sind oder nicht, spielt dabei keine Rolle. Sicherlich gilt dies für alle Arten von Biopsien.

Eine Biopsie ist eine Entnahme von Gewebe zur Untersuchung unter dem Mikroskop. Es gibt hierbei verschiedene Verfahren wie Feinnadelpunktion, Stanzbiopsie, stereotaktische Biopsie-Verfahren wie Mammotome oder ABBI usw. Alle haben Sie jedoch gemeinsam, dass sie sehr gefährlich sind. Bevor sie eine dieser Untersuchungen machen lassen, sollten Sie sich folgende Argumente dagegen genauestens durchlesen:

1. Bei jeder Biopsie gelangen Millionen von Krebszellen in den Blutkreislauf und bei manchen Verfahren auch noch zusätzlich in anderes Gewebe, da Ärzte manchmal mit der selben Nadel gleich mehrmals zustechen. Da unterrichten Tausende von Professoren an unzähligen Universitäten auf der ganzen Welt die Theorie der

Mikrometastasierung und gleichzeitig sind es genau diese Ärzte, die durch Biopsien Krebszellen im Körper verteilen.

2. Vor allem bei der Feinnadelpunktion erhält der Pathologe wenig Zellmaterial und dieses wenige Zellmaterial ist auch noch zerrissen. Für den Pathologen bedeutet dies natürlich, dass dieses Material viel schwerer zu beurteilen ist.
3. Bei manchem Biopsien gelangen Bakterien oder Viren an einen Ort, wo sie nicht hingehören – z. B. können bei der Prostatapunktion Hunderttausende von Kolibakterien in die Prostata gelangen.
4. Jede Biopsie hinterlässt eine Narbe, und jede Narbe ist ein Störfeld. Das Letzte, was ich möchte, ist jedoch ein Störfeld, welches sehr nahe am Tumor liegt.
5. Fast alle Chirurgen glauben immer noch, dass jeder Pathologe in der Lage ist, in wenigen Sekunden/Minuten zu beurteilen, ob das Gewebe, das der Pathologe da unter dem Mikroskop sieht, Krebs ist oder nicht. Sie müssen wissen, dass diese Diagnosen oftmals schnellstens gemacht werden müssen, während Patienten in Narkose auf dem OP-Tisch liegen. Ich bin mir nicht sicher, ob ich einen Pathologen, der sich gerade von seiner Frau getrennt hat und seit gestern eine Vaterschaftsklage am Hals hat, in wenigen Sekunden darüber entscheiden lassen möchte, ob mein Gewebe jetzt Krebszellen enthält oder nicht.
6. Wir wissen heute, dass es eingekapselte Tumore gibt, die nicht sehr aggressiv sind und mit denen Patienten vielleicht bis zu ihrem natürlichen Tode leben können, ohne durch den Tumor Probleme zu bekommen. Was wir nicht wissen, ist, was es bedeutet, wenn wir mit einer Nadel in diesen Tumor stechen und die Verkapselung zerstören.

7. Der Essener Pathologe Professor Kemnitz hat offensichtlich jahrelang systematisch falsche Diagnosen gestellt. Über 170 Frauen klagten gegen den Pathologen, der sich durch Freitod seiner Verantwortung entzog. Bis heute ist ungeklärt warum Prof. Kemnitz dies tat. War er ein schlechter Pathologe, hatte er eine Wut auf Frauen oder..?

Wir werden dies nicht mehr herausfinden können, da er tot ist. Was wir ebenfalls nicht wissen, ist, wie viele Prof. Kemnitz es in Deutschland gibt. Jeder der behauptet, dies wäre ein einmaliger Fall gewesen, scheint nicht zu wissen, wie man Prof. Kemnitz eigentlich auf die Schliche kam. Es waren nämlich nicht die Chirurgen im Krankenhaus oder die behandelnden Onkologen, die den Skandal entdeckten, sondern ein Hausarzt, dem auffiel, dass so viele seiner Patienten auf einmal Brustkrebs hatten und alle von Prof. Kemnitz diagnostiziert wurden.

Der als Essener Skandal bezeichnete Fall wirft bis heute viele Fragen auf, die immer noch nicht beantwortet sind. Anstatt das gesamte System zu hinterfragen, macht man Prof. Kemnitz für alles verantwortlich – denn nur so kann alles beim Alten bleiben.

Nichts, aber auch gar nichts, wurde von Chirurgen, Krankenhäusern, Politikern oder Krankenkassen unternommen, damit solch ein Skandal nicht erneut vorkommen kann. Das ist für mich der eigentliche Skandal. Ist das nicht traurig und zeigt es nicht auch, wie sehr Patienten einem Krankensystem ausgeliefert sind - oder sollte ich sagen: einem kranken System? Auf jeden Fall hat der Fall Kemnitz aufgezeigt, wie unsicher Ärzte die Diagnose Krebs stellen können, wie abhängig Patienten von den Aussagen einzelner Pathologen sind und wie schnell Chirurgen dabei sind, Teile von Ihnen abzuschneiden, die vollkommen gesund sind. Machen Sie also bitte nicht den Fehler und glauben Sie, dass es keinen weiteren Prof. Kemnitz in Deutschland gibt.

Nicht-konventionelle Untersuchungen zur Diagnose eines Tumors oder Blut- und Lymphkrebs

Einführung:

Was für die konventionelle Diagnostik gilt, ist natürlich auch für die nicht-konventionelle Diagnostik gültig. So lange wir nicht wissen, was Krebs ist, können wir auch keine 100 % sichere Diagnostik haben. Im Gegensatz zu den üblichen Blutuntersuchungen gibt es jedoch drei gravierende Unterschiede:

1. Alle nachfolgenden Untersuchungen werden von keiner Krankenkasse bezahlt, weil sie wissenschaftlich nicht anerkannt sind. Was dies wirklich bedeutet, wissen wir ja inzwischen.
2. Der Ruf dieser Untersuchungen ist viel schlechter als der üblicher Untersuchungen, obwohl es viele Praktiker gibt, die mit diesen Untersuchungen schon oft bewiesen haben, dass sie damit viel genauer diagnostizieren können.
3. Das Prinzip vieler Untersuchungen ist anders. Es geht darum, Krebs bzw. Tumore noch vor ihrer Entstehung festzustellen. Da konventionelle Onkologen Krebs erst in einem sehr sehr späten Stadium feststellen können (wenn ein Tumor schon größer als 6 mm ist), behaupten diese natürlich, dass all diese Untersuchungen Unsinn sind.

Ich finde es immer wieder sehr interessant, dass in der Regel ausgerechnet solche Therapeuten eine Meinung über ein Diagnoseverfahren abgeben, die **niemals** mit diesem Verfahren intensiv gearbeitet haben. Gleichzeitig wenden sie jedoch Verfahren an, die meiner Meinung nach schon tausend Mal bewiesen haben, wie falsch sie sein können. Bitte missverstehen Sie mich nicht. Das soll keine Werbung für nicht-konventionelle Diagnoseverfahren darstellen, sondern es ärgert mich einfach, wenn ich von „Experten“ zum hundersten Mal höre, dass Dunkelfeld- oder Thermographiediagnosen einem Lotterieverfahren gleichkommen, die gleichen Therapeuten sich aber gleichzeitig 100 % auf die Aussage jedes Pathologen oder Labors verlassen. Ich frage mich, wer denn hier der größere Spieler ist.

Dunkelfeldmikroskopie

Bei der Dunkelfeldbeleuchtung arbeitet man mit einer Spezialoptik, bei der die ankommenden Lichtstrahlen am Objektiv vorbeigehen. Nur wenn ein Präparat in den Strahlengang gebracht wird, gelangt das von ihm gebeugte Licht in das Objektiv und trägt zur Abbildung bei. Die Strukturen erscheinen leuchtend vor dunklem Hintergrund. Bei diesem diagnostischen Verfahren wird das Blut mittels eines Blutropfens aus dem Ohr unter dem Dunkelfeldmikroskop betrachtet.

Bei der Untersuchung geht es neben einer Beurteilung des Säure-Basen-Haushaltes vor allem um den Nachweis und die Differenzierung von Symbionten. Symbionten sind Kleinstlebewesen, die u. a. über die Ernährung ins Blut gelangen und sich in allen Körperflüssigkeiten befinden. Nach Prof. Enderlein können sich diese Symbionten krankhaft entwickeln und sind ein Anhalt dafür, wie gesund jemand ist. Gute Diagnostiker glauben mit diesem Mikroskop die Qualität der Blutplättchen (Thrombozyten) und der weißen Blutkörperchen (Leukozyten) feststellen zu können. Des Weiteren die Konsistenz und den Verschlackungsgrad des Blutes, allergische und entzündliche Reaktionen, einen sekundären Sauerstoffmangel usw.

Von vielen Ärzten wird die Dunkelfeldmikroskopie gerne in den Bereich der Scharlatanerie abgeschoben, und ich muss sagen zu Recht. Nicht weil sie nicht aussagekräftig genug ist, sondern weil viele Hobby-Diagnostiker, die einen Ein-Tages-Kurs in Dunkelfeldmikroskopie belegt haben, glauben, daraus die genauesten Diagnosen stellen zu können. Ich bin diesem Phänomen schon mehrmals begegnet und wehre mich ebenfalls gegen diese Art der Diagnostik. Gleichzeitig habe ich mehrere Praktiker kennen gelernt, die das Dunkelfeldmikroskop seit vielen Jahren täglich benutzen und sehr wohl in der Lage sind, daraus exakte Schlüsse zu ziehen.

HLB-Bluttest (Heitan-LaGarde-Bradford)

Die Blutuntersuchung nach Heitan-LaGarde-Bradford, deren Theorie ihren Ursprung in den Vereinigten Staaten hat, wurde als H.L.B.-Blutuntersuchung bekannt. Weiterentwickelt und verbessert wurde der Test von dem deutschen Arzt Dr. Heitan, der in Paris arbeitete und 1977 starb. Dr. LaGarde ist ein Schüler Heitans. In Zusammenarbeit mit mehreren europäischen Ärzten versuchten Heitan und LaGarde Krebs festzustellen und bildlich darzustellen. Dr. Bradford vom Bradford Research Institute ist ein amerikanischer Ingenieur, der als erster die biologischen Gründe der Strukturveränderungen in koagulierte Blut bei dem Test erklärte.

Die zwei wichtigsten Prozesse in diesem Zusammenhang sind die verschiedenen Klumpenbildungsprozesse und die pathologische Produktion von vielerlei Gallensalzen, die gemeinsam die Struktur der roten Blutzellen zerlegen, Farbveränderungen hervorrufen und das Fibrinnetz zerstören. Der einfache Test kann in wenigen Minuten von einem Arzt oder Therapeuten ausgeführt werden. Der Test unterscheidet zwischen Krebs und anderen gutartigen oder pathologischen Konditionen.

Der Test soll das Anfangsstadium des Krebses in seiner frühesten Form nicht feststellen können, weshalb eine Verwechslung der Interpretationen mit anderen pathologischen Umständen möglich

ist. Bei dem Test werden koagulierte Blutropfen des Patienten unter einem Phasenkontrastmikroskop untersucht. Das Mikroskop zeigt mehrere Aspekte des Blutropfens: das Fibrinnetz, die charakteristischen durchsichtigen Teile und die Farbveränderungen.

Das Blut der Krebspatienten unterscheidet sich in folgenden Punkten vom normalen Blut:

1. Das Fibrinnetz ist teilweise oder ganz zerstört.
2. Die Zellmembran ist erodiert und sieht zackig aus.
3. Im Zentrum der Blutropfen erscheinen klebstoffähnliche Massen, die von durchsichtigen Teilen oder „Löchern“ verschiedener Größe umgeben sind. Innerhalb dieser Teile sind kleinere Körperchen mit anderen Formen erkennbar.

Hormonstimulanzen und koagulierende Mittel ändern die Testresultate in unbekanntem, aber immer nachteiligem Ausmaß. Alle körperlichen Traumata, wie zum Beispiel Operationen, Frakturen oder starke Blutungen, verändern ebenfalls die Testergebnisse. Der Test ist auch altersbedingt. Bei jüngeren Menschen sind die Manifestationen weniger deutlich als bei älteren. Im Blut eines Krebspatienten sind die offenen Stellen gelb oder grüngelb gefärbt, vor allem entlang der Ränder der durchsichtigen Massen.

Erythrozytenuntersuchung nach Sklenar

Dr. Sklenar war ein Zeitgenosse des bekannten Forschers und Krebspezialisten Professor Dr. Dr. Scheller und studierte dessen Methode, Krebs im Blut zu entdecken. Zwölf Jahre lang arbeitete er nach der Schellermethode, und er sammelte mit dieser Arbeitsweise viele Erfahrungen. Nach langem, intensivem Suchen gelang es Sklenar, für seine Blutuntersuchungsmethode die richtigen Farbstoffe zusammenzustellen. Fast dreißig Jahre lang wandte er seine Methode praktisch an. Man benutzt bei der Untersuchung ein Lichtmikros-

kop mit einer 1200 – 1500-fachen Vergrößerung. Die Erythrozyten werden mit einer speziellen, modifizierten methylenblauen Lösung eingefärbt. Dieser Methode liegt das Prinzip zu Grunde, dass gesunde Zellen keinen Farbstoff durchlassen. Nur beschädigte Zellen sind durchlässig, wodurch die größeren Farbmoleküle die Membrane passieren und abnormale Strukturen einfärben können.

Man kann bei einer Krebserkrankung folgende Stadien unterscheiden:

1. das Vorstadium des Krebses, das nach Professor Chiurco der Universität Rom eine *Conditio sine qua non* (ohne weitere Bedingung) bei Krebs ist
2. die allgemeine Krebskrankheit, mit beginnender Milchsäuregärung in den Zellen, aber noch immer ohne sichtbare Geschwulstbildung
3. die Krebsgeschwulst
4. die Aussaat oder Metastasierung der Geschwulst

Während des Vorstadiums des Krebses ändern sich die Erythrozyten und es entstehen Granula in den Erythrozyten. Am Anfang der Milchsäuregärung in den Zellen und bei der Krebsgeschwulst entstehen kleinere und größere Blasen, die Scheller Lysome nannte. Der gefärbte Blutausschlag zeigt bei gesundem Blut keine Veränderungen der Erythrozyten, weil die Makromoleküle des Farbstoffs die feinen Poren der gesunden Zellmembrane nicht durchdringen können.

Nur eine erkrankte Zellmembran mit vergrößerten Poren lässt die großen Farbmoleküle durch, so dass die Strukturen innerhalb der Zelle sichtbar werden.

Chemotherapie-Sensibilitätstests

In den letzten Jahren kommen immer mehr Tests auf den Markt, die voraussagen sollen, wie erfolgreich eine bestimmte Chemotherapie bei einem Patienten sein wird. Alle haben jedoch die gleichen Probleme:

- Es wird nicht mehr hinterfragt, **ob** eine Chemotherapie sinnvoll ist, sondern nur noch **welche**. Darüber freuen sich natürlich alle Pharmahersteller und man muss die (angeblichen) Erfolge dieser Tests grundsätzlich in Frage stellen.
- Es kommen verschiedene Verfahren zur Anwendung wie Genkontrolle, ATP-Messungen usw. Doch die eigentliche Frage ist natürlich: Wie aussagekräftig ist das Ergebnis denn überhaupt?
- Lassen sich Laborverhältnisse überhaupt auf den Menschen übertragen?

Verwirrend sind auch die unterschiedlichen Aussagen innerhalb der Schulmedizin. Da schreiben gleich Hunderte von Wissenschaftlern – auf die sich Onkologen immer wieder in ihren Aussagen berufen – dass eine Chemotherapie keinen Wert bei niedrigen p53-Werten hat, gleichzeitig werden die meisten Therapien ohne eine Messung eines p53-Gen-Wertes verabreicht. Seit vielen Jahren gibt es die Möglichkeit eines p53- oder eines Sensibilitäts-Testes. Die meisten Ärzte wenden sie jedoch nicht an. Warum eigentlich nicht? Glauben sie etwa selbst nicht an deren Aussagekraft? Sind die Kosten zu hoch bzw. wollen die Krankenkassen sie nicht bezahlen, weil sie „wissenschaftlich nicht anerkannt“ sind?

Sollten Sie eine Chemotherapie machen wollen, vor allem bei epithelialen Tumoren, bestehen Sie unbedingt auf einen Sensitivitätstest. Was haben Sie zu verlieren?

EVA (Ex Vivo Apoptotic Assay)

Eva bezeichnet der amerikanische Onkologe Dr. Nagourney einen Labortest, der „Ex Vivo Apoptotic Assay“ ausgeschrieben wird. Apoptotic bedeutet übersetzt „programmierter Zelltod“. Dr. Nagourney testet in seinen Untersuchungen die Fähigkeit einer Substanz, den Tod einer Krebszelle zu verursachen. Das Ziel ist, genau zu ermitteln, welche Form der Chemotherapie wirklich effektiv für einen bestimmten Krebspatienten angewandt werden kann, also welche Sensibilität oder Resistenz bei verschiedenen Chemotherapiemedikamenten besteht.

Mit seinem Test kann die wahrscheinliche Effektivität von ca. 70 Chemotherapiemedikamenten (die entweder einzeln oder in Kombination verabreicht werden) und anderen Substanzen wie z. B. Mistel bestimmt werden. Weiteres hierzu im Internet unter: www.rational-t.com.

ATP-TCA-Test

Beim ATP (Adenosintriphosphat) Test wird frisches Tumormaterial nach der Operation entnommen, auf Testplatten aufgebracht und dann in verschiedenen Dosierungen mit Chemotherapeutika gemischt. Diese Kulturen werden dann 7 Tage lang gezüchtet und danach misst man mit einem Luminometer den ATP-Gehalt der Zellen und glaubt so, zu wissen, wie stark eine Krebszelle durch welchen Giftstoff geschädigt werden kann.

AMAS (Anti Malignin Antibody)

Der Amas Test ist ein Test auf Malignin, ein Polypeptid, welches in den meisten Krebszellen vorkommt. Nach Angaben von Oncolab USA ist Malignin schon in sehr frühen Phasen einer Krebserkrankung vorhanden, andererseits ist es in sehr späten Stadien der Er-

krankung nicht mehr nachweisbar. In einer Studie mit über 8.000 Patienten hat der Test bei mehr als 95 % korrekt angezeigt.

Die Kosten betragen ca. 150 U\$ plus den Transport des Blutes nach Amerika. Mehr Infos unter: www.amascancertest.com.

CCR-Test

Die Carcinochrom-Reaktion nach Gutschmidt (CCR) ist eine photometrische Messung des nach Zusatz eines Carcinochrom-Reagens im Harn gebildeten roten Farbstoffs zur Früherkennung von Krebserkrankungen. Das Testverfahren geht davon aus, dass die von einer Krebszelle vermehrt produzierten Polypeptide im Harn gemessen werden können. Manche Ärzte setzen den CCR-Test vor allem zur Früherkennung eines Tumorgeschehens ein.

Hydroxylamin-Test nach Prof. Neunhoffer

Prof. Neunhoffer (gest. 1998) war einer der größten Krebsforscher und Biochemiker Deutschlands. Seine Arbeiten über den Nachweis von N-Hydroxy-Peptid-Gruppen im Krebszelleiweiß waren für viele beeindruckend, und er entwickelte einen Test, der in der Lage ist, das von Krebszellen vermehrt ausgeschiedene Hydroxylamin im Urin nachzuweisen. Für die Aussagekraft des Tests muss man wissen, dass Tumore nicht permanent sehr viel Hydroxylamin produzieren und deshalb der Test auch falsch negativ ausfallen kann. Sollte der Test jedoch positiv ausfallen, spricht dies sehr für ein malignes Geschehen. Der Test kann in Deutschland für ca. 80 Euro gemacht werden.

Scheidl-Thrombozyten-Test

Im Juni 1966 wurde in der Zeitschrift FOLIA CLINICA INTERNATIONALIS in Barcelona über einen Krebstest berichtet, der als

einzig die Forderungen der Weltgesundheitsbehörde (WHO) an die Diagnosesicherheit von 90 % bis 96 % eines idealen Krebstestes mit 95 % Zuverlässigkeit erfüllt. Der Test soll die Erkennung von Tumortendenzen wie Sarkom-, Karzinom und Leukämieerkrankungen bereits im Entwicklungsstadium – oder noch früher – ermöglichen, also zu einem Zeitpunkt, an dem bei üblichen Vorsorgeuntersuchungen noch keine Symptome zu erkennen sind. Beim Scheidl-Test werden die Thrombozyten, (Blutplättchen) im Blut untersucht. Bei dem Früherkennungstest werden die Thrombozyten isoliert, auf einen bestimmten pH-Wert eingestellt und für 4 Tage inkubiert. Danach wird das Präparat in einem Dunkelfeld-Mikroskop auf bestimmte Kriterien hin begutachtet.

Ein geschulter Mediziner kann anhand der verschiedenen Auswüchse, Formen und Farbausprägungen das Risiko oder das Bestehen einer gut- oder bösartigen Tumorerkrankung analysieren und beurteilen. Am wichtigsten ist die Feststellung, ob eine Tumortendenz vorhanden ist oder nicht. Allerdings lässt sich die Lokalisation des Tumorgeschehens nicht voraussagen. Aber es kann erkannt werden, ob es sich um ein Karzinom, Sarkom oder Lymphom handelt. Auch eine myeloische oder lymphatische Leukämie soll zu erkennen sein. Zusätzlich soll ein klinisch bereits vorhandener Tumor von einer reinen Tumortendenz klar zu unterscheiden sein.

Regulations-Thermographie

Bei der Regulations-Thermographie nach Schwamm/Rost handelt es sich um eine Wärmemessung an der Körperoberfläche (Kopf, Zähne und Brust) des Patienten mit einem elektronischen Thermometer. Dabei werden die Temperaturen elektronisch an insgesamt 136 genau definierten Messpunkten des Körpers in Ruhe und nach einem standardisierten Kältereiz erfasst. Nach der erfolgten Erstmessung entkleidet sich der Patient und bleibt 10 Minuten bei Raumtemperatur sitzen (thermische Reizgebung). Der Organismus kühlt ab. Im Anschluss daran erfolgt die Zweitmessung in gleicher Art und Weise,

und das Thermogramm ist erstellt. Ein in sich gesunder Körper wird eine klar definierte normale Regulation zeigen; schon bei einer kleinen Regulationsabweichung ist dies als Störung auf dem Auswertungsbogen sichtbar. Darüber hinaus eignet sich diese Methode sehr gut zur Therapiekontrolle und Verlaufsbeobachtung einer Erkrankung. Auch für die Beantwortung der Frage nach einem Herdgeschehen wird die Regulations-Thermographie gerne benutzt.

Thermographie

Über Jahrzehnte hinweg war die Thermographie eine gute Methode, um Tumore aufzuspüren. Nach der Erfindung der Mammographie wurde das Verfahren jedoch vom Markt gedrängt. Hier spielten natürlich wirtschaftliche Aspekte eine große Rolle. Dies geschah meiner Meinung nach zu Unrecht, denn es gilt immer noch die alte Formel: Wo ein Tumor ist, ist mehr Blut und wo mehr Blut ist, ist mehr Wärme. Und genau diese Wärme lässt sich sichtbar machen.

Dazu Dr. Gautherie, ehemaliger Direktor des Institutes für Biomedizinische Thermologie der Louis Pasteur Universität in Straßburg: „Bei Forschungen zur Thermobiologie ergab sich eine eindeutige Beziehung zwischen der spezifischen Wärmezeugung des cancerösen Gewebes und der Verdoppelungszeit des Tumolvolumens.“ In anderen Worten, je schneller der Tumor wächst, desto mehr Wärme erzeugt er.

Philipp Strax, M. D. am Guttman Breast Institut in New York, führte 2 Untersuchungen zur Brustkrebsdiagnose mit einem BH mit Flüssigkristallen durch. An seiner ersten Untersuchung nahmen 109 Frauen im Alter von 16 - 70 Jahre teil. In 71 % der Fälle war die Diagnose exzellent, in 19 % gut und nur in 10 % der Fälle war er mit den Untersuchungsergebnissen nicht zufrieden.

Auch Prof. Tricoire von der Bobigny Klinik in Paris hat durch Thermographie-Selbsttests in 30 Monaten 1.046 Mal Brustkrebs diagnostiziert mit nur 1 % falsch-negativen und 4 % falsch-positiven Ergebnissen. Dies sind bessere Zahlen als mit einer

Mammographie und spätestens hier wird wieder einmal klar, wie Geld die Medizin bestimmt. Oder warum würden sonst so viele Frauen Krebs erregenden Strahlen einer Mammographie ausgesetzt? Mit der so genannten Mammo-Vision hat der Hersteller Inframedic (www.inframedic.de) übrigens ein spezielles Thermographie-Gerät entwickelt, welches eventuell in der Lage ist, Tumore früher als die Mammographie zu entdecken.

Radiothermometrie

Bei diesem Verfahren wird die schwache Abstrahlung elektromagnetischer Strahlung des menschlichen Körpers gemessen, um eine Aussage über die Temperaturen im Inneren des Körpers zu machen. Die dabei abgestrahlte Energie lässt sich nach der Raleigh-Jeans Gleichung berechnen. Mit Hilfe dieser Technik ist es möglich, Temperaturdifferenzen unter 1° Grad zu messen, ohne Patienten einer Strahlung auszusetzen.

Blutkristallisations-Test

Das Prinzip des Kupferchlorid-Blutkristallisations-Tests besteht darin, dass Blut mit Kupferchloridlösung versetzt wird und in einer Kammer bei gleich bleibender Temperatur und Luftfeuchtigkeit auskristallisiert. Dieser Prozess dauert in der Regel ca. 24 Stunden. Dabei entstehen charakteristische Bilder, die von erfahrenen Diagnostikern ausgewertet werden können. In Deutschland gibt es gleich zwei erfahrene Diagnostiker, die dies seit vielen Jahren machen.

Decoderdermographie

Die Decoderdermographie dient zur Aufzeichnung körpereigener elektrischer Signale, die an vorbestimmten Hautzonen abgenommen werden und mit nicht spürbaren elektrischen Reizimpulsfolgen

im 10 Hz-Bereich kombiniert werden. Mit dieser bioelektronischen Funktionsanalyse kann man, ähnlich wie bei der Regulations-Thermographie, Störungen feststellen, die als Grundlage einer weiteren diagnostischen Abklärung sehr nützlich sind. Bei der elektrischen Hautmessung werden drei Elektrodenpaare jeweils an Stirn, Hand und Fuß angeschlossen.

EAV

EAV steht für Elektroakupunktur nach Voll und wurde vor über 40 Jahren von Dr. med. Voll entwickelt. Heute ist die EAV ein weit verbreitetes Diagnose- und Therapieverfahren. Es beschäftigt sich mit biologischen sowie Steuerungs- und Regelungsprozessen im menschlichen Körper und deren Störungen. Daher wird die EAV zur Feststellung der Ursachen von akuten und vor allem von chronischen Erkrankungen eingesetzt. Durch die EAV sollen hauptsächlich wichtige Störfaktoren, wie Infektreste, Umweltgifte, Herd/Störfeldbelastungen usw. festgestellt werden. Aber auch zur Überprüfung von Unverträglichkeiten von zahnärztlichen Werkstoffen wie z. B. Amalgam oder zum Austesten von Nahrungsmittelintoleranzen hat sich die EAV bewährt. Beim Test werden an anatomisch definierten und elektrisch signifikanten (Akupunktur)-Punkten der Haut elektrophysikalische Messungen durchgeführt.

Vor-Sorge & Nach-Sorge

Zum Thema Diagnose gehören auch die Begriffe Vorsorge und Nachsorge. Ist Ihnen eigentlich klar, dass beide Begriffe das Wort „Sorge“ enthalten? Genau darum geht es hier auch, denn sehr viele Menschen verdienen sehr viel Geld damit, dass Sie sich sorgen. Das Wort Vorsorge und vor allem die Vorsorgeuntersuchungen sollen ja bekanntlich der Früherkennung von Krebs dienen. Doch das Wort Früherkennung verdient sicherlich nicht diesen Namen, denn bevor ein Tumor entdeckt wird, muss er sich in der Regel dreißig Mal teilen. Wenn man von einer Teilungszeit von 130 Tagen bei einem Brustkrebs ausgeht, dann ist der Tumor schon ca. 10 Jahre alt, wenn er durch Abtastung oder bildgebende Verfahren entdeckt wird. Würde man bei jeder anderen Krankheit hierbei von einer Früherkennung sprechen, dann würde man sofort ausgelacht. Nicht so bei Krebs.

Unter dem Vorwand, dass man Brustkrebs schulmedizinisch besser behandeln könnte, wenn man ihn früher entdeckte, bekommen Frauen immer noch Mammographien verordnet, obwohl wir doch nicht erst seit Tschernobyl wissen, dass genau solche Strahlen Krebs **erzeugen**. Jawohl erzeugen – und zwar nach schulmedizinischer Meinung. Wird Medizinstudenten nicht auf der ganzen Welt erklärt, dass DNS-Veränderungen für die Entstehung von Krebs verantwortlich seien und ist es nicht eine physikalische Tatsache, dass Mammographiegeräte genau diese DNS-Veränderungen erzeugen. Ärzte reden zwar immer noch von „geringer Dosis“ und „sicherer Strahlung“, aber dies tun sie nur, weil sie niemals Dr. Golfmans Buch: *Preventing Breast Cancer* gelesen oder sich in Physik und Biochemie weitergebildet haben. Andernfalls würden sie wissen, dass es weder eine sichere Strahlung gibt, wenn es um die Zerstörung der DNS in

einzelnen Zellen geht, und schon gar nicht eine geringe Dosis, da schon das Auftreffen geringster Mengen sehr große Schädigungen hervorrufen kann.

Nachsorge

Viele Patienten wollen von ihren Ärzten wissen, welche Untersuchungen sie nach der Zerstörung bzw. Entfernung eines Tumors machen sollen, um zu wissen, ob der Tumor zurückgekommen ist. Auf den ersten Blick ist dies angesichts der Tatsache, dass fast alle Tumore über kurz oder lang wieder zurückkommen, eine verständliche Frage. Dahinter steckt natürlich der Glaube, dass Ihr Arzt besser weiß, wie es Ihnen geht als Sie selbst. Warum dies so ist, sollten wir einmal näher betrachten.

1. Der Glaube an das Blutbild

In den meisten Fällen kontrolliert Ihr Arzt Ihr Blutbild und versucht anhand von so genannten Tumormarkern oder Lymphozyten-Werten zu beurteilen, ob ein Tumor zurückgekommen ist bzw. in welcher Form sich Ihr Immunsystem befindet. Was würden Sie jedoch sagen, wenn ich Ihnen erzähle, dass es Krebskranke gibt, die seit Jahrzehnten erhöhte Tumormarker haben und bei den meisten Krebskranken das Immunsystem gar nicht besonders schlecht ist. Fragen Sie doch einmal einen Krebspatienten kurz nach seiner Diagnose, wie seine Leberwerte sind oder sein Immunstatus. In fast allen Fällen wird er Ihnen berichten, dass sein Arzt nichts feststellen konnte. Außer dem Tumor bzw. erhöhten Antikörper-Antigenreaktionen (erhöhte Tumormarker) gibt es keine „Symptome“.

Im russischen Institut für Grundlagenforschung (IISP) traf ich im März 2000 Prof. Fudin und Prof. Glazachev und wir sprachen über die Arbeiten der wohl berühmtesten Akademie Moskaus, aus der

Größen wie Tolstoi, Bechterev oder Pawlow hervorgingen. Pavlows Enkel, Prof. Sudakov, ist übrigens der heutige Leiter der Universität. Unter den vielen Studien ist vor allem eine erwähnenswert, nämlich die über das Volk der Nentsi. Diese Russen leben im nördlichsten Teil der Union und werden von der Akademie seit vielen Jahren beobachtet und studiert, weil Nentsis keinen Krebs oder andere chronische Erkrankungen kennen (mit Ausnahme von Lungenkrankheiten) und fast ausnahmslos sehr alt werden. Für meine Arbeit erschien mir am wichtigsten, dass das Immunsystem der Nentsis so „schlecht“ ist, dass ein westlicher Arzt sofort immunsteigernde Medikamente einsetzen würde. Bitte bedenken Sie diesen Punkt einmal. Obwohl (oder weil) die Nentsis ein miserables Immunsystem haben, bleiben sie gesund und werden dabei sehr alt. Während Onkologen auf der ganzen Welt gerade einmal das Einmaleins der Immunstimulation lernen, wird in Russland darüber diskutiert, ob man bei Krebs das Immunsystem **überhaupt** auf eine Art und Weise erhöhen sollte, wie es heute in onkologischen Kliniken absolut üblich ist (Mistel, Thymus, Sauerstoff, Ozon, Zelltherapien ...).

Wenn wir davon ausgehen, dass die Natur bzw. die Evolution immer recht hat, dann müssen wir auch davon ausgehen, dass es einen überaus wichtigen Grund gibt, warum unser Körper bei chronischen Krankheiten die Produktion bestimmter Zellen verändert, nach oben oder nach unten. Kann es vielleicht sein, dass es für unser Knochenmark einfacher ist, 3.000 gesunde Leukozyten herzustellen, anstatt 6.000 Leukozyten, die alle miteinander nicht so gut funktionieren? Ist es vielleicht wichtig, dass Energie vom Knochenmark abgezogen wird, weil diese woanders dringender benötigt wird oder ...? Fragen über Fragen, auf die wir heute noch keine Antwort haben.

Doch wer sich mit Krebstherapien auskennt, wird recht schnell ähnliche Gedanken z. B. bei Dr. Hamer oder Dr. Budwig finden, die sich schon immer konsequent dafür eingesetzt haben, dass wir unsere Selbstheilungssysteme nicht stören sollen und Tumore nichts anderes sind als ein Teil dieses Prozesses. Auch meine Erfahrungen

bei *Menschen gegen Krebs e. V.* bestätigen diese Gedanken in der Form, dass wir sehr viele Patienten kennen gelernt haben, die vor allem deshalb gesund wurden, weil sie sich nicht den Torturen konventioneller (und manchmal auch alternativer) Therapien unterzogen haben.

Damit keine Missverständnisse aufkommen. Ich bin absolut nicht **grundsätzlich** gegen Tumormarker oder Kontrollen der Blutbilder, solange man diese **zusätzlich**, und falls es **der Patient** benötigt, als einen Teil der Diagnose einsetzt. Doch leider kommen viele Patienten immer noch zu ihrem Arzt und der sagt dann: „Liebe Frau Müller, es tut mir Leid, aber ich muss Ihnen leider sagen, dass Ihr Tumormarker XY von 12,3 auf 14,5 gestiegen ist.“ Was der Arzt leider nicht sagt, ist, dass dieser Anstieg positiv sein kann, da Tumormarker oftmals ansteigen, bevor ein Tumor kleiner wird. Wenn man diese Antikörper-Antigen-Reaktion einmal chemisch betrachtet versteht, dann ist dies ja auch logisch und sollte zuerst einmal als eine gute Reaktion des Immunsystems angesehen werden. Des Weiteren unterliegen die Werte teilweise größeren Schwankungen und man vergisst leider auch, dass es vorkommen kann, dass die Geräte in den Labors ebenfalls nicht immer gleich messen bzw. menschliche Fehler vorkommen können.

Doch in solch einem Moment hört der Patient nur: „Oh Gott, ich habe einen Rückfall. Nein, alles bloß das nicht.“ Der ganze Energiefluss des Körpers kommt durcheinander und das Immunsystem wird so stark unterdrückt, dass es gar nicht mehr wichtig ist, ob die Worte des Arztes jetzt wahr sind oder nicht. Da hilft es auch nicht, wenn der Arzt sagt, man solle dies jetzt nicht überbewerten und wir (warum eigentlich wir) müssen jetzt mal abwarten, ob sich die Werte verschlimmern oder nicht. Ja Herr Doktor, was glauben Sie, was passieren wird, wenn Sie durch Ihre unbedachten Worte das Immunsystem Ihres Patienten auf Tage, ja wenn nicht sogar auf Monate durcheinander gebracht haben. Natürlich werden sich die Werte verschlimmern.

Ich möchte an dieser Stelle erneut an ein viel vorsichtigeres Um-

gehen mit Diagnosen appellieren, weil nicht nur ich, sondern sehr viele Ärzte auf der ganzen Welt immer und immer wieder erleben müssen, dass es Patienten nach einer Diagnose ungewöhnlich schnell sehr schlecht geht. Ein weiterer Punkt sollte hier von Ärzten ebenfalls beachtet werden. Das, was Ärzte sagen und das, was Patienten hören ist nicht immer das Gleiche. Ein kleines Beispiel:

Arzt: „Also, Frau Müller, im Großen und Ganzen bin ich ganz zufrieden mit Ihrem Blutbild.“

Der Patient denkt jedoch: „Im Großen und Ganzen. Mit Sicherheit will er mir nur nicht die ganze Wahrheit sagen.“

Arzt: „Damit wir aber ganz sicher sein können, sollten wir noch eine CT-Aufnahme machen.“

Der Patient denkt jedoch: „Wofür noch eine CT-Aufnahme machen. Wahrscheinlich kann man mir ja sowieso nicht mehr helfen.“

Arzt: „Im Moment brauchen wir sonst nichts zu machen außer abwarten.“

Der Patient denkt jedoch: „Er bietet mir noch nicht einmal mehr eine Therapie an. Nichts zu machen außer abwarten sind doch nur schönere Worte für: Gehen Sie nach Hause und haben Sie noch ein paar schöne Tage. So ein Schwachsinn. Wie kann man noch ein paar schöne Tage haben, wenn man nur noch wenige Wochen zu leben hat.“

Das Missverständnis ist natürlich nicht immer so extrem wie in diesem Beispiel und viele Ärzte haben auch ein sehr gutes Gefühl für ihre Patienten. Doch leider kann selbst der einfühlsamste Arzt nicht errahnen, was der Patient aus seinen Worten macht, und hier stellt sich die große Frage, ob die einzige Chance, dieses Missverständnis

zu vermeiden, nicht ganz einfach die ist, auf diese Art der Nachsorge zu verzichten.

2. Der Glaube an die Wichtigkeit der Tumorgroße

Versuchen Sie einmal als Patient folgende Situation zu beurteilen. Sie haben den dritten Zyklus Chemotherapie hinter sich gebracht und es ist Chefarztvisite. Gemeinsam mit weiteren Ärzten betritt der Chefarzt Ihr Zimmer und sagt zu Ihnen: „Liebe Frau Schmidt. Ich habe gute Nachrichten für Sie. Die CT-Aufnahme von gestern hat gezeigt, dass ihr Tumor etwas kleiner geworden ist, also die Chemotherapie bei Ihnen sehr gut anspricht.“ Nach meinen Erfahrungen verstehen die meisten Patienten diese Nachricht als ein Zeichen dafür, dass sie dadurch länger leben werden. Die Wahrheit ist jedoch, dass in den meisten Fällen eine Verkleinerung des Tumors nicht gleichzusetzen ist mit einer Verlängerung des Lebens, wie unzählige Studien beweisen.

Hierzu möchte ich Dr. Blumenschein, Autor mehrerer Bücher über Krebs und ein wandelndes Lexikon in Sachen nicht-konventioneller Krebstherapien zitieren: „Wenn Ärzte endlich begreifen würden, dass der Tumor bei Krebs gar nicht so wichtig ist und endlich damit beginnen würden, Krebs und nicht Tumore zu behandeln, dann könnten wir das Leben von Tausenden von Krebspatienten retten – und ich müsste nicht mehr fast ausschließlich Patienten therapieren, deren Knochenmark durch Therapien zerstört wurde und eine sinnvolle Therapie leider fast unmöglich macht.“

Meine eigenen Erfahrungen mit Ärzten auf allen Kontinenten bestätigen Dr. Blumenscheins Ansicht. Die Größe des Tumors ist bei einer Krebstherapie zweit-, ja wenn nicht sogar drittrangig. Dies bedeutet nicht, dass das Ziel einer Krebstherapie nicht auch das Verschwinden des oder der Tumore beinhaltet, jedoch sollten wir alle, Ärzte und Patienten, endlich verstehen, dass dies nicht das Primärziel einer Krebstherapie sein darf.

Sollten Sie sich mit der Erkrankung Krebs noch nicht intensiv

auseinandergesetzt haben, dann mögen sich diese Worte für Sie vielleicht zuerst einmal etwas befremdlich anhören, haben Ihnen doch viele Menschen wahrscheinlich erzählt, dass man bei jeder Krebstherapie zuerst einmal den Tumor zerstören muss, wenn man überleben will. Diese Ansicht geht jedoch leider immer noch von der total veralteten Ansicht aus, dass Krebs eine lokale Erkrankung ist und wenn der Tumor weg ist, auch der Krebs besiegt wäre. Dass dem nicht so ist, beweisen täglich Tausende von Krebspatienten, die sterben müssen, obwohl ihr erster Tumor nach einer Therapie verschwunden war.

3. Der Glaube, dass ein Tumor wieder zurückkommt

Der Sinn der Nachsorge ist bekanntlich ja die Kontrolle, ob der Tumor bzw. Zellveränderungen zurückgekommen sind. Dies setzt natürlich voraus, dass wir auch daran glauben, dass der Tumor wieder zurückkommen kann. Was wäre jedoch, wenn wir uns sicher sind, dass der Tumor 100 % nicht mehr zurückkommen wird? Lehrt uns die Bibel nicht, dass unser Glaube Berge versetzen kann? Unterrichten Geistliche aller Religionen nicht auf der ganzen Welt, dass wir unsere Zukunft selbst kreieren müssen durch Gebet, Meditation und unsere Gedanken im Allgemeinen? Beweisen uns die besten Motivationstrainer und Psychotherapeuten nicht täglich, dass unsere Visualisierungs- und Affirmationsfähigkeiten den Unterschied zwischen persönlichem Glück und Unglück ausmachen? Unterrichten spirituelle Lehrer nicht auf allen Kontinenten, dass wir nur das ernten können, was wir zuvor gedacht haben?

Wir können jetzt natürlich davon ausgehen, dass alle Gelehrten dieser Welt unrecht haben und ausschließlich Ärzte wissen, wie man einen Rückfall verhindert. Dies sollten Sie jedoch nur dann tun, wenn Sie ganz sicher sind, dass Ihre Psyche bzw. Ihre Seele nichts mit Ihrer Gesundheit bzw. Krankheit zu tun haben. Sollten Sie auch nur im Geringsten daran glauben, dass Ihre Psyche bzw. Ihre Seele eventuell etwas mit Ihrem Status quo zu tun haben, sollten Sie noch

heute damit beginnen, sich intensiv Gedanken darüber zu machen, wie Sie Ihre Zukunft selbst kreieren können. Programme wie z. B. MindStore (www.mindstore.de) können Ihnen dabei helfen, Ihre Zukunft mit System zu gestalten. Ich habe in den letzten Jahren vielen Menschen die Hände geschüttelt, die trotz einer infausten (unheilbaren) Prognose ihren Krebs überlebten. Für keinen einzigen dieser Patienten waren Worte wie Visualisierung, Lebenssinn oder Gott Fremdworte. Jeder Einzelne von ihnen erzählte mir auf seine Weise von seinen Lebens-Änderungen bzw. Systemsprüngen (mehr hierüber im Kapitel: Mentale Energie).

Auch wenn Sie dies jetzt für Quatsch halten oder für übertrieben, so kommen sie nicht um die Tatsache herum, dass ich viele geheilte Krebspatienten kenne, die mir erzählten, dass sie sich 100 % sicher waren bzw. sind, dass ihre Tumore nicht mehr wiederkommen. Dazu gehört auch die Geschichte von Karl, einem jungen Mann, der nach Hause geschickt wurde, um seine letzten Tage mit seiner Familie zu verbringen. Während alles für seinen baldigen Tod sprach, unterzeichnete er einen Vertrag mit seinem Tumor (siehe hierzu auch Tumorvertrag) und obwohl die Tumore weiter wuchsen, beruhigte er seinen behandelnden Arzt, indem er diesem sagte: „Machen Sie sich keine Sorgen. Ich weiß, dass sich meine Tumore an den Vertrag halten werden und ich jetzt gesund bin. Ich bin mir da 100 % sicher.“ Bei einem gemeinsamen Abendessen erzählte er mir, dass er sich absolut sicher war, dass er gesund werden und bleiben würde.

Meine Frage an Sie: Glauben Sie, dass es gut für Karl wäre, wenn er alle 6 Monate zu einer Nachsorgeuntersuchung gehen würde? (Info: Karl ist jetzt seit 1994 gesund und hat auf alle Nachsorgetermine verzichtet).

4. Der Glaube, dass mein Doktor weiß wie es mir geht – ja er weiß es sogar besser als ich!

Frank Wiewel, Präsident von *People against Cancer* in den USA und sicherlich der Mann in den USA, wenn es um nicht-konventionelle

Krebstherapien geht, erzählt manchmal die Geschichte einer alten Dame, die er in einer amerikanischen Krebsklinik besucht hat. Gleich zu Beginn fragte er sie, wie es ihr denn gehen würde und sie antwortete: „Mein Arzt ist sehr zufrieden mit mir, er sagt es geht mir gut.“ Sie müssen jedoch wissen, dass die Dame zusammengekauert in einem Rollstuhl saß, ein gelb/weißes Gesicht und kaum die Kraft zum Sprechen hatte, da sie schon mehrere Chemotherapien hinter sich hatte. Auch ich habe ähnliche Antworten schon sehr oft erhalten. Auf meine Frage wie es jemandem geht, bekomme ich Antworten wie:

„Mein Blutbild sieht schon besser aus“, „der Tumor wächst wieder“ oder „ich soll bald nach Hause entlassen werden.“

Alle Antworten haben eines gemeinsam. Sie sind an Antworten dritter Personen gebunden, ganz so, als ob wir die Frage nach unserem Wohl nicht mehr selbst beantworten können. Doch wenn wir wissen wollen, wie es uns geht, haben wir 2 mächtige „Werkzeuge“, die von den meisten Ärzten und Patienten jedoch nicht mehr benutzt werden. Das erste ist der Spiegel und das zweite das „nach innen gehen“.

Ein Spiegel zeigt uns nicht nur den Zustand unserer Haut und unseres Körpers in Bezug auf Form, sondern er reflektiert auch unseren Seinszustand. Hierzu müssen Sie sich nur für wenige Minuten im Spiegel betrachten und anschließend auf ein Blatt Papier schreiben, was Ihnen so alles durch den Kopf geht. Sollten Sie diese Übung noch nie gemacht haben, dann ist jetzt die richtige Zeit dafür.

Eine andere Übung ist, sich selbst für 5 - 10 Minuten in die Augen zu schauen. Falls Sie auch diese Übung noch nie gemacht haben, werden Sie staunen, was alles passieren wird, wenn Sie dies regelmäßig üben. Was früher ganz normal war, nämlich das Betrachten des Patienten, ihn also genauestens anzuschauen und daraus eine Diagnose zu stellen, wird heute von Ärzten so gut wie nicht mehr praktiziert. Nach innen gehen haben wir leider genauso verlernt wie in den Spiegel zu schauen. Viele Menschen haben in unse-

rer hektischen Welt das Gefühl für ihr eigenes Wohl verloren. Klaus Pertl, MindStore Motivationstrainer, fragt seine Klienten in seinen Seminaren, was sie denn tun, wenn sie Hunger haben und die Antwort ist natürlich „etwas essen“. Doch was machen die gleichen Menschen, wenn sie Stress haben? Haben sie gelernt zu entspannen und nach innen zu gehen, um herauszufinden, warum sie gestresst sind und gleichzeitig den Stress abzubauen? In der Regel lautet die Antwort Nein. Genauso geht es auch Krebspatienten. Sie haben ebenfalls verlernt bzw. vergessen, in sich hineinzuhören, um herauszufinden wie es ihnen geht, warum sie angespannt sind, was ihre Ziele sind, was sie heute glücklich macht usw.

Warum glauben also so viele Menschen, dass Ärzte besser wissen wie es ihnen geht, als sie selbst es wissen sollten? Was bedeutet ein Hb-Wert (Hämoglobin) von unter 10 denn wirklich für mein Leben? Wer sagt denn, dass es grundsätzlich schlecht ist, krank zu sein? Wir wissen doch nicht erst seit gestern, dass Krankheit ein sinnvoller Selbstheilungsprozess sein kann? Auch der Buddhismus unterrichtet seine Anhänger, dass es Yin und Yang, also gut und schlecht gibt, und dass das Ganze eine Einheit ist.

Sie sehen an diesen Fragen, dass nur wir es sind, die die Frage nach unserem Wohlbefinden beantworten können. Überlassen Sie die Antwort also zukünftig nicht mehr dritten Personen.

4. Kapitel

Chemotherapie und Bestrahlung

Chemotherapie! Fluch oder letzte Rettung?

Das Thema Chemotherapie anzusprechen, ohne gleichzeitig in eine meist emotional geführte Diskussion zu kommen, ist im 21. Jahrhundert wohl nicht mehr möglich und die Antwort auf das Warum ist relativ einfach. Niemand weiß nämlich wirklich genau, bei welchen Menschen eine Chemotherapie helfen wird einen Tumor zu zerstören bzw. ob es besser wäre, diese nicht durchzuführen. Bis heute gibt es kein medizinisches Messinstrument, das uns zeigt, ob eine Chemotherapie bei diesem oder jenem Menschen helfen wird. Ich betone hierbei das Wort Menschen, denn noch weniger wissen wir, ob eine Chemotherapie bei diesen oder jenen Krebsarten hilft.

Falls Sie sich noch nicht intensiv mit dem Thema Chemotherapie auseinandergesetzt haben, dann werden Sie jetzt vielleicht denken: „Aber die Ärzte müssen doch wissen, ob eine Chemotherapie bei mir helfen kann, **bevor** sie mir eine verordnen.“ Doch leider muss ich Sie enttäuschen. Wenn Sie sich wissenschaftlich und intensiv mit dem Thema auseinandersetzen, dann werden Sie sehr schnell feststellen, dass wir eigentlich erst am Anfang bzw. schon längst am Ende sind, zu verstehen, was Chemotherapie denn tatsächlich bewirkt. Sicher ist, wie der Arzt Peter Alexander schon 1944 beschrieb, dass das Knochenmark stark beschädigt wird und Menschen über kurz oder lang an einer „Erschöpfung des weißen Blutbildes“ sterben. Diese Tatsache wurde übrigens schon 1919! in einem Magazin beschrieben. Dr. Alexander untersuchte die Matrosen, die durch das Unglück im italienischen Hafen Bari im Dezember 1943 mit Gelbkreuz (Senfgas) in Verbindung kamen. Danach war der Siegeszug dieses eigentlich zum Töten feindlicher Soldaten gedachten Präparates nicht mehr aufzuhalten, und heute ist dieses Gift mit all seinen

Abkömmlingen nicht mehr aus der „modernen“ Onkologie wegzudenken. Jetzt könnte man ja annehmen, dass wir sicherlich im neuen Jahrtausend enorme Fortschritte gemacht haben und man die heutigen Chemotherapien nicht mehr mit dem Senfgas im zweiten Weltkrieg vergleichen kann.

Doch lassen Sie uns einmal den Status quo etwas genauer betrachten. Wie Sie sicherlich noch vom Biologieunterricht aus der Schule wissen, teilen sich, bis auf wenige Ausnahmen, unsere Zellen immer wieder. Pro Sekunde erneuern sich in unserem Körper mehrere Millionen Zellen. Die Zellteilung läuft in festen Phasen ab. Biologen nennen diese Prophase, Metaphase, Anaphase und Telophase.

Viele neue Zellen müssen auch noch heranreifen. Den gesamten Vorgang einer Zellteilung und Zellreifung nennt man Zellzyklus und dieser komplette Zyklus wird unterteilt in G₀-Phase (Ruhephase), G₁-Phase (RNS und Proteinsynthese), S-Phase (DNS-Verdoppelung), G₂-Phase (Reparaturphase der DNS) und zuletzt die M-Phase, die eigentliche Zellteilung. Für Krebskranke ist dies nur deshalb wichtig, damit sie besser verstehen, wie eine Chemotherapie wirkt, da verschiedene Präparate auf verschiedene Teilungsphasen einen Einfluss haben. Während der Zellteilung sind Zellen leichter angreifbar. Zytostatika versuchen jetzt, diese Abwehrschwäche der Zellen auszunutzen, indem sie ganz bestimmte Stoffwechselfvorgänge der Zelle stören. Das gewünschte Ergebnis ist hierbei der Zelltod. Ich möchte dies noch einmal betonen, der gewünschte Effekt ist der Zelltod und nicht die Umwandlung der Zelle in eine gesunde Zelle.

Da sich manche Tumorzellen sehr schnell teilen, sind diese natürlich noch empfindlicher auf solche Gifte und werden vermehrt zerstört. Wenn Sie die letzten Sätze aufmerksam gelesen haben, dann werden Sie sicherlich auch schon selbst das Problem dieser Zellgifte erkannt haben. Wenn sich Tumorzellen nicht schneller teilen als andere Zellen im Körper, was ist dann? Und wie erkennen diese Gifte eigentlich Tumorzellen?

Die erste Frage können Sie sicherlich selbst beantworten und die Antwort auf die zweite Frage wissen Sie zumindest teilweise.

Zytostatika erkennen Tumorzellen nämlich überhaupt nicht. Sie zerstören einfach alles was schneller wächst (und noch vieles mehr). Daher auch die bekannten Nebenwirkungen aller Körpersysteme, deren Zellen sich in der Regel etwas schneller teilen:

- unsere Epithelzellen z. B. im Mund, Magen oder Darm.
- unser lymphatisches System, z. B. Zerstörung der Lymphozyten.
- unsere Keimdrüsen, daher die vorübergehende bzw. oftmals für immer andauernde Sterilität nach einer Chemotherapie.
- unser Knochenmark, z. B. Zerstörung der Leukozyten, der Erythrozyten und der Thrombozyten.
- Haut, Haare und auch Nägel.

Wenn Sie diese Hauptwirkungen kennen, und nicht Nebenwirkungen wie es immer so schön heißt, dann verstehen Sie auch sehr leicht, warum sich jeder dreimal überlegen sollte, ob er eine Chemotherapie machen sollte oder nicht. Vor allem die Einflüsse auf das Knochenmark und auf das lymphatische System sind so verheerend, dass viele Menschen sich zu Recht fragen, ob dies eigentlich nicht gerade das Gegenteil von dem ist, was sie benötigen, wenn Tumore im Körper sind. Wir alle wissen, dass wir unser Immunsystem dringend benötigen, wenn wir einen Tumor im Körper haben und trotzdem glauben wir, dass wir gerade dies auf viele Monate hin zerstören können, wenn wir Krebs haben.

Genau hier liegt das Dilemma mit Chemotherapie-Präparaten. Ihre komplette Zielrichtung ist auf das Zerstören von Zellen angelegt und nicht darauf, Zellstrukturen sozusagen wieder mitzuteilen, wie sie sich richtig teilen sollen. Ein weiteres Problem ist die Resistenz gegen diese Präparate. Nicht nur, dass sie Zellen, die sich lang-

sam teilen oder gerade nicht teilen, erst gar nicht erkennen, nein, es kommt noch schlimmer und zwar in Form von Resistenzen. Manche Tumorzellen ignorieren von vornherein bestimmte Substanzen. Deshalb werden auch in der Regel „Cocktails“ mit verschiedenen Substanzen gegeben, in der Hoffnung, dass irgendeiner schon helfen wird. Dass mehrere Substanzen jedoch auch größere Nebenwirkungen haben, brauche ich wohl nicht zu erwähnen. Vielleicht interessiert es Sie auch, dass gleich bei mehreren Umfragen (Makillop/Hansen/ Moore/Tannock ...) Onkologen auf die Frage, ob sie denn bei sich selbst eine Chemotherapie machen würden, dies verneinten (in welcher Welt leben wir eigentlich, in der Ärzte Therapien verordnen, die sie bei sich selbst nie anwenden würden).

Einen Vorteil haben diese Cocktails aber auf jeden Fall. Pro Patient kann eine enorme Menge an Kosten verursacht werden, über die sich jeder Hersteller freut. Vielleicht kommt Ihnen dieser Satz jetzt überzogen, ironisch oder sogar unverschämt vor. Doch nichts von dem ändert diese Tatsache, die gerne vergessen wird. Sollten Sie gegen bestimmte Substanzen nicht resistent sein, so erhöht sich Ihre Chance, dass sie sehr bald gegen diese Substanz resistent sein werden, von Infusion zu Infusion und zwar viel schneller als sie dies z. B. von Antibiotika gewöhnt sind. Dies liegt daran, weil unser Körper erstaunlich intelligente Fähigkeiten besitzt, sich gegen Gifte zu wehren, wie z. B. die Durchlässigkeit der Zellwand zu verändern.

Des Weiteren erhöht sich die Chance einer Metastasierung, wie verschiedene Studien bewiesen haben. Untersuchungen deuten auch darauf hin, dass je größer die Tumormasse, desto größer ist die Anzahl der resistenten Zellen. Es wurde auch festgestellt, dass Tumorzellen mit der Zeit lernen, sich gegen jede Art von Zytostatika zu wehren. Das erklärt auch, warum der Wechsel auf eine andere Kombination von Zytostatika so oft versagt.

Vergessen wird auch gerne, dass Zellen nach einer Chemotherapie maligner (aggressiver) werden, wie nicht nur Wenzel-Seifert und Lentzen schon vor vielen Jahren feststellten.

Solche Zellen haben auch ein erhöhtes „metastatisches Poten-

zial“, was nichts anderes bedeutet, als dass eine Chemotherapie die gefürchteten Metastasen erst entstehen lassen kann.

Je giftiger also eine Substanz ist, desto mehr wird Ihr Körper unternehmen, damit ihm diese Substanz das nächste Mal nicht so sehr schaden kann. Eine Resistenz gegen Medikamente ist also nichts anderes als ein Teil eines genialen Abwehrsystems namens Mensch, wobei wir wieder mal beim Thema wären: Die Evolution hat Recht.

Nachfolgend eine kurze Auflistung der geläufigsten Chemotherapie-Präparate und deren Einsatzgebiete:

Alkylantien:

Dies ist eine Gruppe, die zumindest theoretisch gleich an mehreren Stellen mit der DNS reagiert und diese vernetzt (Crosslink). Etwas einfacher ausgedrückt bedeutet dies, dass Alkylantien unseren genetischen Code verändern, der dadurch nicht mehr gelesen werden kann. Ein alter Begriff hierfür ist auch Radiomimetika. Ein schönes Wort für etwas ziemlich Teuflisches, nämlich die Tatsache, dass die Zellen sich so teilen, wie wenn sie einer starken radioaktiven Strahlung ausgesetzt werden. Die Folgen hiervon sind wohl jedem bekannt.

Zu dieser Gruppe gehört übrigens auch Lost, jene Substanz, die man im ersten Weltkrieg noch Senfgas nannte und viele Tausende von Soldaten tötete. Das heutige Lost ist ein Stickstoff-Lost, jedoch mit nicht viel geringerer Wirkung. Es zerstört immer noch das Knochenmark und andere Gewebestrukturen. Weitere bekannte Präparate sind Chlorambucil (Leukeran) und Melphalan (Alkeran).

Eine Untergruppe von Stickstofflost sind die Vertreter der Oxazaphosphorine wie Cyclophosphamid, dessen berühmtester Vertreter wohl Endoxan ist. Nicht viel weniger wird jedoch auch Ifosfamid (Holoxan) und Trofosfamid (Ixoten) eingesetzt. Bei Hirntumoren kommen außerdem „Verwandte“ des Stickstoff-Losts in Einsatz, da diese in der Theorie die Blut-Gehirn-Schranke überwinden. Hier sind vor allem Nimustin (ACNU), Fotemustin (Muphoran), Car-

mustin (BCNU), Bendamustin (Ribomustin) und Lomustin (CCNU) im Einsatz.

Eine andere Gruppe der „Cross-Linker“ sind die sogenannten Platin-Verbindungen wie Cisplatin (Platinex) oder Carboplatin (Carboplat), welche wegen ihrer starken Nebenwirkungen von Patienten gefürchtet werden. Wie Sie langsam erkennen, gehen die Möglichkeiten von Untergruppierungen und weiteren Derivaten wahrscheinlich nie aus. Doch ich möchte Sie nicht noch länger langweilen mit weiteren Untergruppen wie Hydrazin-Derivaten oder Mitomycinen. Lassen Sie uns stattdessen die nächste Gruppe der Zellkiler betrachten, die

Antimetabolite

Die Theorie der Wirkungsweise dieser Gruppe geht davon aus, dass wenn man in den Stoffwechsel der Zelle bestimmte Verbindungen einbringt, die den DNS-Basen ähnlich sind, diese falschen Basen dann in den DNS Strang eingebaut werden und es hierdurch zu Strangbrüchen bzw. zum Tod der Zelle kommt. So richtig „frankensteinmäßig“ wird es bei dieser Therapieform vor allem dann, wenn man noch einen Schritt weiter geht und durch sogenannte Folsäureantagonisten gleich ganz verhindert, dass bestimmte Basen aufgebaut werden. Damit der Patient an dieser Behandlung nicht sehr schnell stirbt, gibt man dann hochdosiert ein Mittel wie 5FU und kurz darauf Folinsäure (z. B. Leucovorin). Etwas sehr Interessantes ist mir hierbei aufgefallen. Diese Kombination hat sich in Deutschland als die Standardbehandlung für fortgeschrittenen Darmkrebs durchgesetzt, obwohl Deutschlands oberste Behörde für die Zulassung von Arzneimitteln, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, diese Kombination nie zugelassen hat (siehe Brief vom 26.03.1999 – Abbildung nächste Seite), weil es sich gezeigt hat, dass diese Kombination für „therapiebedingte Todesfälle“ verantwortlich war. Auch die deutsche Regierung weiß hiervon, wie der Brief vom 30.08.1999 beweist (siehe übernächste Seite).



BfArM

Bundesinstitut für Arzneimittel
und Medizinprodukte

BfArM · Seestraße 10 · D-13303 Berlin

MENSCHEN GEGEN KREBS E.V.
Postfach 12 05
71386 Kernen

Hauptsitz und Postanschrift:
Seestraße 10
D-13303 Berlin
Telefon: (030) 45 48 - 30
Telefax: (030) 45 48 - 32 07

Ihre Zeichen und Nachricht vom
16.03.1999

Gesch.-Z.: Bitte bei Antwort angeben
1-A21014-18978/99

Telefon: (030) 45 48 - 30
4548 3324

Berlin **26. März 1999**

Kombination 5FU / Calciumfolinat

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu Ihrer Anfrage können wir Ihnen mitteilen, daß gegenwärtig kein Calciumfolinat enthaltendes Arzneimittel für die Kombination mit 5-Fluoruracil bei fortgeschrittenen colorektalen Karzinomen als Indikation zugelassen ist.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

gez.

Dr. Mohrbutter
Dir. u. Prof.



beglaubigt:

Sch...3



Aufensteller

Gurtelner Straße 24
D-10785 Berlin
Telefax: (030) 45 48 - 52 10

Outdempler Straße 19-20
D-13347 Berlin
Telefax: (030) 45 48 - 41 20

Werner-Hopf-Charité 62
D-10785 Berlin
Telefax: (030) 45 48 - 53 07

Platz der Luftkücke 1-3
D-10789 Berlin



BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

114-5001-16

Geschäftszeichen (Bei allen Antworten bitte angeben)

Bonn, den 30. August 1999

Tel.: (0228) 941-1141

oder 941-0

Fax: (0228) 941-4959

oder 941-4900

Postanschrift: Bundesministerium für Gesundheit - 53108 Bonn

Herrn
Lothar Hirnseise
Menschen gegen Krebs
Postfach 1205

71386 Kernen

Sehr geehrter Herr Hirnseise,

vielen Dank für Ihr Schreiben an Frau Ministerin Fischer vom 22. Juni 1999, in dem Sie auf den vermehrten Einsatz einer nicht zugelassenen Kombination von LEUCOVERIN mit 5-FLUORO-URACIL bei colorektalen Carcinomen hinweisen. Ich bin gebeten worden, Ihnen zu antworten.

Ihre Feststellung, daß eine Kombination von LEUCOVERIN (Calciumfolinat) und 5-FLUORO-URACIL (5-FU) in Deutschland für die Indikation bei fortgeschrittenem colorektalem Carcinom nicht zugelassen ist, trifft zu. Es ist auch korrekt, daß das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in einer „Arzneimittelschnellinformation“ 1994 festgestellt hat, daß für die o.a. Kombination kein Vorteil gegenüber der Monotherapie nachgewiesen sei.

Das BfArM teilte mir auf Anfrage mit, daß die Kombination mit Ausnahme von *Deutschland und Großbritannien* in allen weiteren Mitgliedstaaten zugelassen ist. Die Behörde informierte mich auch darüber, daß seit 1994 weitere klinische Studien mit der Kombination aus LEUCOVERIN und 5-FLUORO URACIL durchgeführt worden sind, die ggf. zu einer Revision der früheren Einschätzung des BfArM führen könnten. Die Behörde überprüft z.Z. diese neuen Studien.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Geisler

Hauptgebäude
Am Propsthof 78 a
Bonn

Telex
8809355

Telefax
(0228) 941-4900
oder Telefaxkurzwahl

Auch die meisten deutschen Ärzte wissen das, was im Heft 31/32 am 08. August 1994 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde. Ich zitiere wörtlich: „Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte weist die Fachkreise darauf hin, dass die Behandlung des fortgeschrittenen kolorektalen Karzinoms mit der Kombination von 5-FU und CF (*Calciumfolinat wie Leukovorin, der Autor*) nicht zugelassen wurde, sondern dass sie eine experimentelle Therapie darstellt. Da sie schon bisher verbreitet eingesetzt wird, wird auf die schwerwiegenden Risiken der Kombinationsbehandlung hingewiesen.“

In anderen Worten ausgedrückt: Aus welchen niederen Gründen auch immer – in Deutschland werden jährlich Tausende von an Darmkrebs erkrankten Menschen mit einem Chemotherapie-Cocktail behandelt, der erstens nicht zugelassen ist und zweitens in Studien bewiesen hat, dass bei Anwendung die Chance eines „therapiebedingten Todes“ gegeben ist. Der Satz:

„Da sie schon bisher verbreitet eingesetzt wird“ zeigt auch, dass es sehr bekannt ist, dass diese Kombination seit Jahren meistens illegal benützt wird (außerhalb von Studien). Mir fallen jetzt noch viele Worte ein, doch ich bin mir sicher, dass auch Sie die richtigen Fragen und Antworten auf diesen den meisten Patienten nicht bekannten Skandal kennen.

Spätestens hier sieht man jedoch, wie gefährlich Zytostatika sind. Und etwas anderes wird ebenfalls sehr deutlich. Theoretische Konstruktionen sind viel weiter weg von der Praxis, als sie auf dem Papier oder im Labor erscheinen. Weitere Vertreter dieser Gruppe sind: Cladribin (Leustatin), Pentostatin (Nipent), Fludaribinphosphat (Fludara), Cytarabin (Alexan), Fluorouracil, 5FU (Efudix) und Gemcitabin (Gemzar).

Gemzar ist ebenfalls ein interessantes Präparat, hat es sich in den letzten Jahren doch „heimlich“ als das Standardpräparat bei Pankreaskarzinomen (Bauchspeicheldrüse) durchgesetzt. Wenn man einmal von einem Pleuramesotheliom (Brustfell/Lungenkrebs, meist durch Asbest) absieht, dann hat statistisch gesehen Pankreas-

krebs die schlechteste Prognose aller Krebsarten. Dieses Jahr werden allein in der BRD ca. 12.000 Menschen an dieser Erkrankung sterben. In der Schulmedizin hat sich in den letzten Jahren entweder Resignation vor dieser Diagnose oder aber das Chemotherapie-Präparat Gemzar (Gemcitabin) durchgesetzt. Gemzar ist ein Mittel, welches die DNA-Synthese stört, genauer gesagt, Einfluss auf Cytosin hat.

Auch bei unseren eigenen intensiven Erforschungen konnten wir nur ganz wenige Heilungen oder Langzeitüberlebende bei Pankreaskopfkrebs finden (die übrigens fast ausnahmslos durch intensive Ernährungstherapien möglich waren wie z. B. Budwigs Öleiwweiß-Kost, Nutri-Therapy, Gersons Diät oder Dr. Gonzales Therapie). In der Literatur werden vor allem Studien aufgeführt, die Gemzar mit 5FU vergleichen. Also wieder einmal Studien, bei denen zwei oder mehr Chemotherapeutika miteinander verglichen werden, damit am Ende wenigstens ein Präparat positiv bewertet werden kann. Bei der wohl am meisten genannten Studie mit 126 Patienten bekam die Hälfte der Patienten Gemzar und die andere Hälfte 5FU. Pharmafirmen und Ärzte zitieren diese Studie immer und immer wieder und teilen ihren Patienten mit, dass die Patienten, welche Gemzar bekamen, deutlich länger gelebt haben.

Doch was bedeutet eigentlich „deutlich länger“ für Menschen, die es gewohnt sind, jedes zehnte Wort lateinisch auszusprechen? Bei dieser Studie haben Patienten die 5FU erhielten durchschnittlich noch 4,2 Monate gelebt. Patienten die Gemzar erhielten lebten 5,7 Monate. Dieser Unterschied wird bis heute „kleiner Durchbruch in der Therapie von Pankreaskrebs“ genannt. Wieder einmal wurde „vergessen“, eine Gruppe in die Studie aufzunehmen, die entweder gar nichts oder aber biologische Therapien gemacht hatten.

Würden Sie als Patient wirklich eine Gemzar-Therapie machen, wenn Ihnen Ihr Arzt nicht sagen würde, dass Sie mit Gemzar „deutlich länger“ leben, sondern: „Lieber Herr Müller, Sie werden statistisch gesehen noch maximal 6 Monate leben. Ich kenne keine The-

rapie die Sie heilen kann. Was ich Ihnen jedoch anbieten könnte, wäre eine Chemotherapie mit all ihren Nebenwirkungen. Dadurch steigern Sie jedoch Ihre Überlebenszeit vielleicht um 6 Wochen im Vergleich zu einer anderen Chemotherapie die ich Ihnen natürlich auch anbieten kann. Ob Sie dadurch im Vergleich länger oder kürzer leben werden, als wenn Sie gar nichts machen, kann ich Ihnen nicht sagen, da es darüber keine Studien gibt.“ Und jetzt frage ich Sie: „Würden Sie jetzt immer noch eine Chemotherapie mit Gemzar machen, wenn Ihnen Ihr Arzt *die Wahrheit* mit diesen Worten erzählen würde?“

Gemzar ist ein Musterbeispiel, wie sich Medikamente zu einem Goldstandard entwickeln können, ohne dass der verschreibende Arzt auch nur einen einzigen Beweis hat, dass sein Patient dadurch einen Tag länger leben wird. Wäre dies ein homöopathisches Medikament ohne Nebenwirkungen könnte man ja noch sagen: „Was solls.“

Bei Gemzar handelt es sich jedoch um ein Chemotherapeutikum, das Menschen in den letzten Wochen ihres Lebens gegeben wird und dadurch die Lebensqualität deutlich senkt. Über die Kosten für die Allgemeinheit möchte ich noch gar nicht reden. Gerade Ärzte sollten bei der Diagnose Pankreaskarzinom viel offener mit ihren Patienten umgehen und wenn sie sich nicht mit Therapien wie Gerson oder Kelley auskennen, die nachweislich Langzeit überlebende Pankreaskarzinom-Patienten therapierten, dann sollten sie vielleicht einmal etwas detaillierter darüber nachdenken, wie ein Mensch seine letzten Lebenswochen verbringen möchte.

Interkalanzien

Schon während des Zweiten Weltkrieges gewann man die ersten Actinomycine. Dieser aus Bakterien gewonnene Stoff gehört zur Gruppe der Interkalanzien. Eine Interkalantion ist nichts anderes, als dass sich ein Molekül zwischen 2 Basenpaare einlagert. Die wichtigeren Interkalanzien sind jedoch die Anthrazykline, oder anders ausgedrückt: Antibiotika – gewonnen aus Streptomycen. Diese Zell-

killer wirken vor allem in der S-Phase der Zellteilung und werden deshalb bei Leukämien und Lymphomen eingesetzt. Obwohl man hiermit nicht nur den Herzmuskel dauerhaft schädigen kann, gibt es eine ganze Reihe dieser Präparate wie Adriamycin, Doxorubicin (Adriblastin) und das bekannte Epirubicin (Farmorubicin).

Taxane

Eine erst in den Neunzigern zugelassene Gruppe sind die Taxane, die aus der Rinde der Eibe produziert werden. Paclitaxel (Taxol) und Docetaxel (Taxotere) sind die bekanntesten. Obwohl die Umsatzzahlen beider Medikamente sich inzwischen in schwindelerregenden Höhen bewegen, fehlen bis heute harte Fakten. Bei Brustkrebs gab die beste Studie eine Verlängerung der Überlebenszeit von 14 auf 15 Monate her. Dies ist schon eine rein statistische Möglichkeit der Abweichung und muss absolut nichts mit dem Medikament zu tun haben. Dafür hatten jedoch 87 % aller Patienten zusätzliche Beschwerden (J Clin. Oncol. 1996; 14:58 - 65).

Auch der Einsatz bei Lungenkrebs (nicht-Kleinzeller) wird von den Herstellern in Hochglanzbroschüren vorgeschlagen wegen den „signifikanten Vorteilen“. Doch wo sind diese denn wirklich? In einer Studie der M. D. Anderson-Klinik, immerhin die größte Krebsklinik der Welt, gab es keinen Unterschied zwischen der Placebo-Gruppe und den beiden anderen Gruppen, die Taxotere in einer hohen bzw. in einer niedrigen Dosis erhielten (J Clin. Oncol. 2000; 18:2354 - 62). Wieder einmal nur ein Spiel mit Zahlen auf Kosten der Patienten?

Und jetzt?

Wenn Sie zum ersten Mal ein Buch über Zytostatika und deren Wirkungen auf Zellen bzw. die Zellteilung lesen, dann geht dies in der Regel nicht ohne 2 - 3 zusätzliche Wörterbücher. So richtig beeindruckend

ruckend wird das Ganze jedoch spätestens, wenn man liest, wie viel die Wissenschaftler über Zellteilung, DNS und Gene im allgemeinen wissen. Was man hier alles über hybridisierte und kohybridisierte Zellen, Plasmiden, Nucleotidsequenzen und Primärklone lesen kann, ist wirklich phantastisch. Doch irgendwann kommen einem global denkenden Menschen immer und immer wieder zwei Wörter in den Sinn: Und jetzt?

Was nützt mir eigentlich all dieses Wissen? Und vor allem, wenn diese Wissenschaftler so viel wissen, und immer vorausgesetzt, es stimmt was ich da gelesen habe, warum wirken dann all diese Stoffe nicht so wie sie es auf dem Papier vorgeben zu tun? Kann es vielleicht sein, dass es kein anderes „wissenschaftliches“ Gebiet wie die Onkologie gibt, in der Theorie und Praxis so weit voneinander entfernt sind?

Je mehr ich mich mit der Theorie des Krebses beschäftige und je mehr krebserkrankte Menschen ich kennen lerne, desto weiter entferne ich mich von einer befriedigenden Antwort auf all diese Fragen. Es ist eine Tatsache, dass die Chemotherapie, so wie sie heute angewendet wird, in einer totalen Sackgasse steckt. Die Mauer, die am Ende der Straße steht, besteht aus großen schweren Steinen, auf denen unbefriedigende oder falsche Antworten auf häufig gestellte Fragen stehen. Sicherlich haben Sie schon einmal gelesen, wie erfolgreich Chemotherapien bei Krebs sind. Diese Krebsarten sind vor allem Hodenkrebs, Leukämien und lymphatische Krebsarten. Wenn man sich die Geschichte der Medizin etwas näher anschaut, dann fällt einem auf, dass Krebsarten wie Leukämien schon seit Jahrhunderten von vielen Ärzten beschrieben werden, doch ausgerechnet diese „Krebsarten“ erst seit wenigen Jahrzehnten zur großen Gruppe „Krebs“ hinzugezählt werden. Spätestens als man herausfand, dass Senfgas das Knochenmark zerstört, welches wiederum für die Produktion der bei diesen Krebsarten vermehrten Zellen verantwortlich ist, glaubte man, das Zaubermittel gegen diese „Krebsarten“ gefunden zu haben. Nur wenige Ärzte scheinen sich jedoch Gedanken zu machen, ob eine Leukämie überhaupt etwas gemeinsam hat mit einem Tumor in der

Bauchspeicheldrüse. Ist ein „Krebs“ des lymphatischen Systems denn wirklich das Gleiche wie Lungenkrebs? Und noch wichtiger, ist eine Störung der Bildung von Blutkörperchen (Leukämie) eines Kindes, welches sich noch im Wachstum befindet, wirklich das Gleiche wie der Prostatakrebs eines Erwachsenen?

Sicherlich nicht, werden Sie jetzt sagen. Gleichzeitig akzeptieren Sie jedoch, dass beide Erkrankungen mit dem gleichen Medikament behandelbar sein sollen. Wir können nicht unsere Augen vor der Geschichte der Chemotherapie verschließen, und diese zeigt uns nun einmal, dass man „Erfolge“ bei der Behandlung von Störungen des Knochenmarks hatte und deshalb Regierungen und Zulassungsstellen auf der ganzen Welt davon überzeugen konnte, diese Präparate auch für die Behandlung „anderer Krebsarten“ zuzulassen. Böse Zungen nennen dies noch heute einen Schachzug, der Milliarden einbrachte.

Bei meinen täglichen Unterhaltungen mit Krebskranken und mit Onkologen erlebe ich (mit Ausnahme bestimmter Leukämie- und Hodenkrebserkrankungen junger Menschen) immer nur, dass eine Chemotherapie (und in viel schlimmeren Ausmaße die Bestrahlung) zwar manchmal Tumore aufhalten kann, weiter zu wachsen, aber niemals Krebs zu heilen vermag. Zum gleichen Ergebnis kommen die wenigen kritischen Statistiken, die es geschafft haben, das Licht der Öffentlichkeit zu erblicken. Noch weniger erfährt die Öffentlichkeit davon, wie viele Menschen **durch** diese Behandlungen sterben. Ich erinnere mich sehr gut an ein Mitglied von *Menschen gegen Krebs*, das nach der ersten Dosis einer Chemotherapie starb, obwohl es außer einem noch sehr kleinen Tumor sehr gesund war. Oder der Fall einer 35-jährigen Mutter zweier kleiner Kinder, die in einer süddeutschen Klinik starb, weil man ihr erzählte, dass es für sie, mit ihrem Brustkrebs, am besten wäre, wenn sie eine Hochdosis-Chemotherapie bekommen würde. Was man ihr nicht zum Lesen gab, waren die Studien, die aufzeigen, dass es **absolut keinen Vorteil** bringt, eine Hochdosis-Chemotherapie bei Brustkrebs zu machen, wie gleich mehrere Studien zeigen.

Ich weiß nicht wie es Ihnen geht, aber wenn ich im Fernsehen ei-

nen Bericht über Krebs sehe, dann handelt es meist über Leukämie und noch öfter von Kindern und Krebs. Wahrscheinlich deshalb, weil mit den damit erzeugten Emotionen leichter Spendengelder zu bekommen sind und weil man auch mal etwas Positives über Chemotherapien berichten kann. Dass diese Erkrankungen nicht einmal 0,6%! aller Krebserkrankungen in Deutschland ausmachen, wird meistens nicht gesagt.

Stellen Sie sich doch einmal vor, dass Sie auf dem Flughafen sind und draußen stehen 20 Flugzeuge, die Sie von München nach Hamburg bringen sollen. Sie wissen schon vorher, dass 19 hiervon abstürzen werden, und ein Pilot soll Sie davon überzeugen, trotzdem mitzufiegen. Mal ehrlich, würden Sie in eines der Flugzeuge einsteigen oder würden Sie sich nicht lieber nach einem „alternativen“ Transportweg zu Ihrem Ziel umsehen?

Sicherlich würde ich in keines der Flugzeuge einsteigen, werden Sie jetzt sagen, und trotzdem geschieht Ähnliches fast jeden Tag in deutschen Kliniken. Gerade mal 5 % ist ihre Überlebenschance laut bester Statistik durch eine Chemotherapiebehandlung und trotzdem wird die Mehrheit der epithelialen Krebsarten immer noch mit Chemotherapien behandelt. Die große Frage nach dem Warum bleibt von der Schulmedizin jedoch unbeantwortet. Bitte überlegen Sie sich dies erneut. Obwohl selbst die besten Statistiken bei den großen Krebserkrankungen wie Brustkrebs, Lungenkrebs, Darmkrebs oder Prostatakrebs eindeutig aufzeigen, dass deren Einsatz nur sehr wenig oder gar nichts bringt, werden trotzdem täglich Tausende von Krebskranken mit Chemotherapeutika behandelt. Kein Schulmediziner scheint auf die Idee zu kommen, die ganze Prozedur in Frage zu stellen, egal wie viele Bücher Dr. Dr. Ulrich Abel noch schreiben wird (Dr. Abel ist Autor des Buches: *Chemotherapie fortgeschrittener Karzinome*, in welchem er als Mitarbeiter des Deutschen Krebsforschungszentrums ausführlich die meisten Chemotherapiestudien untersucht und dabei festgestellt hat, dass es eigentlich fast keine Studien gibt, die beweisen, dass Chemotherapien bei epithelialen Krebsarten dazu beitragen, dass Patienten länger leben.

Das Krebsbusiness ist ein Milliardengeschäft

Inzwischen leben mehr Menschen von Krebskranken als es Kranke gibt. Es ist einfach, sich vorzustellen, dass Firmen, die jährlich Hunderte von Millionen an Krebsmedikamenten, Mammographiegeräten, Laboruntersuchungen und Bestrahlungsapparaten verdienen, alles tun werden, um ihre Aktionäre zu befriedigen. Wie dieser Kampf aussieht, erleben wir immer wieder von Neuem. Haben Sie sich noch nie gewundert, dass ein Gesundheitsminister sich für Zigarettenwerbung einsetzt (BRD) oder es verboten ist, eine Vitamin C Tablette, die mehr als 250 mg Vitamine C enthält, an der Kasse eines Supermarktes zu verkaufen, obwohl dort 80 %iger Alkohol neben Zigaretten steht? Ein noch viel größeres Problem stellen auch ein paar wenige Kriminelle dar, die verantwortlich dafür sind, dass Tausende nicht nur leiden, sondern auch sterben müssen. Welche Ausmaße dies angenommen hat, möchte ich Ihnen am Beispiel Prof. Herrmann aufzeigen.

Prof. Herrmann war 1997 als 47-jähriger noch der Shooting Star der deutschen Krebsforschung wie ihn die Zeitung Focus nannte. Als „Schüler“ des deutschen „Genpapstes“ Prof. Dr. Mertelsmann bekam er Krebsforschungsaufträge von der Deutschen Krebshilfe, der Thyssen Stiftung oder der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Er hat sieben Forschungspreise erhalten, war Gutachter, Mitglied in vielen Fachgesellschaften und Sprecher der deutschen Gentherapeuten. Doch Mitte März 1997 bröckelte das Bild dieses Professors der medizinischen Fakultät in Ulm. Prof. Hofschneider vom Max Planck Institut für Biochemie in München und Herr Bartram vom Institut für Humangenetik der Uni Heidelberg deuteten in einem Brief an die medizinische Fakultät an, dass Prof. Herrmann und seine Assis-

tentin und Lebensgefährtin, Prof. Brach, Krebsforschungen gefälscht hätten.

Um eine lange Geschichte kurz zu machen – am Ende kam heraus, dass Prof. Herrmann und Prof. Brach in den neunziger Jahren sage und schreibe mindestens 50 Forschungsergebnisse fälschten. Interessanterweise entstanden 28 hiervon in Freiburg, wo Prof. Mertelsmann tätig war, und sieben weitere „Wissenschaftler“ aus Freiburg waren bei 32 Studien Mitautoren. In anderen Worten ausgedrückt, die meisten großen Krebsforschungen in Deutschland wurden gefälscht! Ich schreibe dies deshalb so ausführlich, damit Sie einmal wirklich verstehen, wie „wissenschaftlich“ es in der konventionellen Onkologie zugeht.

Jetzt könnte man meinen, dass Prof. Herrmann und Prof. Brach seitdem im Gefängnis sitzen und außerdem Millionen an Forschungsgeldern zurückzahlen müssen. Doch weit gefehlt. Beiden wurden noch nicht einmal ihre Approbation entzogen und saßen bis heute keinen einzigen Tag im Gefängnis. Auf Grund solcher Forschungen bekommen Krebsmedikamente ihre Zulassung und anschließend werden diese Medikamente Tausenden von Krebspatienten verabreicht. Haben Sie jemals eine Liste gesehen, welche Medikamente getestet und welche Zulassungen zurückgenommen wurden? Ich nicht!

Während Steuersünder unverzüglich in Untersuchungshaft kommen, sehen Fälscher das Gefängnis nicht einmal einen Tag von innen. Sie sehen, die Chance, dass Sie ein Medikament bekommen, das auf Grund falscher Forschungsergebnisse zugelassen wurde, ist weitaus größer als immer angenommen wird. Selbst wenn es Ihr Arzt noch so gut mit Ihnen meint, woher weiß er eigentlich, dass die Statistiken nicht durch solche Verbrecher zustande kamen? Und haben Sie sich schon einmal überlegt, warum Prof. Herrmann niemals ins Gefängnis kam – ist er denn nicht für den Tod vieler Krebskranke verantwortlich? Wie war es eigentlich möglich, dass über Jahre hinweg niemand Prof. Herrmann auf die Schliche kam? Wer hat eigentlich bei der Deutschen Krebshilfe kontrolliert, was mit den

Geldern geschah? Im Originaltext der Task Force F. H., welche die Untersuchungen leitete, heißt es in deren Abschlussbericht: „Bei den hier aufgeführten fälschungsbehafteten und konkret fälschungsverdächtigen Publikationen werden als Förderinstitutionen 41 Mal die DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft), 43 Mal die Deutsche Krebshilfe/Dr. Mildred-Scheel-Stiftung und 12 Mal das Bundesministerium für Forschung und Technologie (bzw. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie) genannt. Daneben werden noch weitere Förderinstitutionen aufgeführt. Insgesamt 14 der hier aufgeführten Arbeiten sind bereits zurückgezogen (Stand: 1.3.2000). Bei 5 Publikationen hat ein Teil der Autoren den eigenen Namen von der Publikation zurückgezogen (Stand: 1.3.2000).“

Äußerst interessant finde ich, dass ausgerechnet die Deutsche Krebshilfe am häufigsten die Studien von Prof. Herrmann bezahlte. Jetzt kommen natürlich jedem denkenden Menschen sofort folgende Fragen: Hat die Deutsche Krebshilfe Prof. Herrmann über Jahre hinweg gedeckt, weil dessen Studienergebnisse der Politik der Deutschen Krebshilfe entgegen kam oder hat die Deutsche Krebshilfe über Jahre hinweg Spendengelder von vielen Menschen an Prof. Herrmann bezahlt, ohne dass die Ergebnisse der Studien jemals näher untersucht wurden? Ich weiß ehrlich gesagt nicht, was von beidem denn jetzt schlimmer wäre.

In der offiziellen Mitgliederliste der Deutschen Krebshilfe wimmelt es nur so von Professoren-Titeln und politischen Namen. Doch kein einziger dieser Professoren und Politiker hat (offiziell) über viele Jahre bemerkt, was hier vorging. Zur Rolle der Deutschen Krebshilfe möchte ich in diesem Buch nicht noch mehr sagen. Sie können sich aber deren „Blaue Hefte“ kostenlos bestellen unter: Deutsche Krebshilfe, Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn – und sich danach fragen, ob das, was in diesen Heften steht, Ihnen auf Ihrem Weg weiterhilft.

Doch Prof. Herrmann und Prof. Brach waren nicht die einzigen, die von der Task Force F. H. überführt wurden, Manipulationen

vorgenommen zu haben. So können Sie im Abschlussbericht lesen: „Die Task Force untersuchte 170 gemeinsame Publikationen (Veröffentlichungen in Journalen und Buchartikel) von Prof. Mertelsmann und Herrmann. Dabei wurden bei 58 Arbeiten Hinweise auf Datenmanipulationen gefunden, wobei Herr Mertelsmann bei 15 dieser Publikationen als Letztautor eine Position einnimmt, die normalerweise besondere Verantwortung für die Veröffentlichung signalisiert. Es widerspricht nach unserer Ansicht jeder Lebenswirklichkeit, dass jemand, dessen berufliche Tätigkeit über einen langen Zeitraum derart eng mit einer anderen Person verknüpft ist, nicht registriert, ob die Arbeitsweise des anderen regelgerecht ist oder nicht“. Im Dezember 2001 wurde Herr Prof. Mertelsmann (Universität Freiburg) vom Gericht freigesprochen. Hierzu möchte ich jedoch keinen Kommentar abgeben.

Aber auch andere Professoren werden erwähnt, so z. B. Prof. Lindemann: „Von den 129 Journalpublikationen ist Herr Herrmann bei 53 Arbeiten Koautor. Von diesen 53 Veröffentlichungen stehen 27 auf der Liste der inkriminierten Publikationen, 6 davon mit seiner Erstautorenschaft. Auch von den 25 Buchbeiträgen sind 4 auf dieser Liste zu finden. Zusätzlich wurden in der Habilitationsschrift mehrere gefälschte Abbildungen gefunden (siehe Anlage 18). Diese Vorwürfe führten zur Retraktion der Habilitationsschrift.

Aus unserer Sicht bleibt jedoch festzuhalten, daß sich Herr Lindemann als Wissenschaftler disqualifiziert hat.

Selbst für seine Habilitationsschrift wollte Herr Lindemann keine nachhaltige Verantwortung übernehmen; vielmehr versuchte er die Arbeit nach dem Bekanntwerden der in ihr enthaltenen, offensichtlichen Datenmanipulation zurückzuziehen und eine neue, kumulative Arbeit einzureichen, die sich ausschließlich auf ‚Herrmann-unabhängige‘ Arbeiten bezog. Es erscheint uns bis heute als ein ungewöhnlicher Vorgang, wenn nach Bekanntwerden der Vorwürfe eine neue ‚saubere‘ Arbeit vorgelegt und diese im zeitgleichen Austausch zur fälschungsbehafteten Arbeit eingereicht wird. Herr Lindemann hielt es auch nicht für notwendig, aufgrund dieser Enthül-

lungen sein Amt als Professor ruhen zu lassen, das er doch offenkundig mit einer fälschungsbehafteten Arbeit erlangt hat“.

Ich könnte Ihnen auf den nächsten Seiten noch viele weitere Professoren aus der Onkologie nennen, deren Manipulationen „entdeckt“ wurden. Mir geht es in erster Linie jedoch darum, Ihnen aufzuzeigen, wie unwahrscheinlich groß Ihre Chance ist, dass Sie Chemotherapien oder andere konventionelle Krebstherapien verschrieben bekommen, die nur deshalb verordnet werden, weil es geldgierliche, egozentrische und machthungrige Ärzte gibt, die, schlicht ausgedrückt, über Leichen gehen. Der größte Skandal für mich ist jedoch, wie die deutsche Justiz (und nicht nur die deutsche) mit diesen Ergebnissen umgeht. Denn kein einziger Arzt kam nach Bekanntgabe dieser Skandale ins Gefängnis.

Sollten Sie also immer noch glauben, dass ausgerechnet die bei Ihnen angewandte Chemotherapie oder Zytokininjektion nur deshalb verordnet wird, weil sie so vielen Menschen in den letzten Jahren geholfen hat – dann nützt es Ihnen auch nichts, wenn Sie dieses Buch jetzt noch weiterlesen.

Eine Ausnahme?

Mehr als ein Viertel der vom amerikanischen Verband zur Förderung der Wissenschaften befragten Wissenschaftler gab zu, dass sie persönlich mit mindestens 2 Fällen von Forschungen in Kontakt gekommen sind, bei denen sie den Verdacht hatten, dass sie im vorausgegangenen Jahrzehnt verfälscht oder plagiiert wurden. Ich denke da z. B. an Dr. Poisson vom St. Luc Krankenhaus in Montreal/Kanada, der Daten über die Tumorgöße seiner Patienten fälschte.

Oder denken Sie an den Skandal um Prof. Hübener vom Universitätskrankenhaus Eppendorf (UKE) in Hamburg. Hunderte von Patienten wurden mit einer Dosis bestrahlt, von der die Gerichte später sagten, dass Patienten **durch die Bestrahlung** gestorben seien. Im Gutachten für Darmkrebspatienten heißt es da: „Insgesamt

51 Patienten erlitten schwere Nebenwirkungen von EORTC/RTOG Grad = 3 ($51/83 = 81\%$). Eine aktuarische Auswertung nach Kaplan-Meier ergab – hochgerechnet – eine Nebenwirkungsrate von 85 % nach 5 Jahren und 93 % nach 10 Jahren. Insgesamt sind zum Auswertungszeitpunkt 20 Patienten am Leben ($20/63 = 32\%$). 43 Patienten sind verstorben, 23 vor allem am Tumorleiden, 11 vor allem an Spätschäden und 9 an den Ursachen/Krankheiten.“ Später wurden die 11 % noch auf 20 % hochgerechnet. Doch lassen Sie uns einmal genau anschauen, was in der Öffentlichkeit bis heute niemals diskutiert wurde. Dazu Prof. Trott, University of London, im Gutachten vom 28.7.1993 zum Fall der Patientin S., die 1987 nach der Hübenerischen Sandwich-Methode bestrahlt worden war: „Abschließend stelle ich fest, dass nach dem Stand des strahlenbiologischen Wissens von 1987 die Kombination der präoperativen Bestrahlung mit 4 mal 5 Gy und der postoperativen Bestrahlung mit 15 mal 2 Gy (bzw. 2,4 Gy) zu einer nicht tolerierten Überdosierung im Zielvolumen geführt hat, die ein unverträglich hohes Risiko chronischer Strahlenfolgen an den Beckenorganen zur Folge hatte.“

Insgesamt haben die Patienten von Prof. Hübener also eine Gesamtdosis von 50 - 55 Gy erhalten. Dies ist jedoch eine absolut normale und eher am unteren Ende anzusiedelnde Menge in heutigen Krebstherapien, bei denen die Standardbestrahlungen oftmals 30 - 35 mal 2 Gy betragen. Da man diesen Punkt nicht angreifen konnte, stürzte man sich auf die 4 x 5 Gy und gab dieser Dosis die ganze Schuld am Dilemma (plus der zweifelhaften Sandwich-Therapie, also Bestrahlung **vor** und **nach** der Operation).

Mit dieser Taktik ging man mal wieder einer „größeren“ Diskussion aus dem Weg, wie sinnvoll Bestrahlungen denn überhaupt bei bestimmten Krebsarten sind. Es liegt mir fern, Prof. Hübener seiner Schuld zu entheben, doch bei den vielen Gutachten machen es sich viele „Kollegen“ doch recht einfach, wenn sie die ganze Schuld Prof. Hübeners Sandwich-Therapie zuschieben. Die gleichen Kollegen verordnen nämlich am gleichen Tag oftmals eine weitaus höhere Dosis als Prof. Hübener und fühlen sich „im Recht“, so lange sie die

Einzeldosis unter 2,5 Gy belassen. Dabei wissen wir doch schon lange, dass sich Strahlenbelastungen kumulieren und nicht nur von einer erhöhten Einzeldosis abhängig sind.

Fragen sich diese Ärzte niemals, ob manche Patienten an der Therapie sterben und wo denn nun die Grenze ist. Sind es 50 Gy, 70 Gy oder 100 Gy? Und egal welche Zahl man hier nennt, ist die nächste Frage eines logisch denkenden Menschen: „Woher wissen Sie, dass diese Zahl richtig ist?“ Sollten Sie die ganze Geschichte aus zwei verschiedenen Sichtweisen lesen wollen, dann gehen Sie doch mal auf folgende Internetseiten:

www.strahlenskandal.de (Seiten des Anwaltes der Patienten)

www.strahlenskandal-uke.de (Das Ganze aus der Sicht von Prof. Hübener)

Responserate (Ansprechrate) und Survival Time (Überlebenszeit)

Ein weiteres Thema gehört ebenfalls zum Thema Chemotherapie: Responserate (Ansprechrate) und Survival Time (Überlebenszeit). Sie müssen lernen, diese Begriffe unbedingt auseinander zu halten, da Ärzte dies leider nicht immer tun. Wenn also ein Arzt zu Ihnen sagt, es gäbe bei Brustkrebs z. B. Studien von Henderson und Canello, von Schwartzmann und Pinedo oder von Plosker und Faulds, die beweisen, dass Chemotherapien wie Doxorubicin oder Epirubicin in hohen Dosierungen Responseraten bis zu 70 % erzielt haben, dann entspricht dies absolut der Wahrheit. In der Regel spricht der Arzt dann nicht weiter und „vergisst“ Ihnen zu sagen, dass sogar 70 %ige Responseraten selbst in den besten Studien nicht einmal eine 25 %ige Remission (Verschwinden des Tumors) erreichten. Am wichtigsten ist jedoch, dass **Sie** wissen, dass weder eine 70 %ige Responserate noch eine 25 %ige Remissionsrate irgendwelche Auswirkungen auf Ihre Überlebenszeit haben. Sollten Sie immer noch daran gezweifelt haben, dass der Tumor bzw. die Tumorgroße bei Krebs nicht so wichtig ist wie es immer dargestellt wird – all diese Studien beweisen es!

Soll ich jetzt eine Chemotherapie machen oder nicht?

Chemotherapeutika als Erststrategie anzuwenden wird meiner Meinung nach sicherlich über kurz oder lang als medizinisches Fehlverhalten in die Geschichte eingehen, und als alleiniges Mittel zur Behandlung von Krebsarten wie Brust-, Darm-, Prostata-, Pankreas-, Nieren- oder Lungenkrebs ist es sicherlich heute schon ein ärztlicher Fehlgriff – und steht juristisch gesehen langsam aber sicher auch auf immer wackligere Beinen.

Grundsätzliches zum Thema Bestrahlung

*Die Ihr's nicht fühlt,
Ihr werdet's nimmermehr erjagen*

Dr. Seeger

Bestrahlungen werden meiner Meinung nach leider immer noch viel zu sehr verharmlost und ich kann manchmal wirklich nicht glauben, welchen Unsinn man in Büchern lesen kann bzw. auf Vorträgen zu hören bekommt. Viele Professoren stellen sich auch heute noch hin und behaupten öffentlich, dass bei Bestrahlungen nur kranke Zellen zu Schaden kommen. Da kann ich nur noch sagen: „Wie viel Unsinn darf man eigentlich heute öffentlich noch sagen?“

Natürlich ist mir bewusst, dass viele Ärzte solche Sätze nur deshalb sagen, um ihren Patienten die Angst vor einer Bestrahlung zu nehmen bzw. dadurch mehr Druck ausüben wollen, dass der Patient auch wirklich eine Strahlentherapie macht. Man könnte hier aber auch sagen, dass viele Ärzte bewusst lügen, da sie es ja auf Grund ihrer Ausbildung besser wissen (sollten). Und da wären wir wieder beim alten Thema, das da heißt: Wie soll sich ein Patient objektiv für eine Therapie entscheiden, wenn er nur einseitige Informationen erhält. Und wenn ich mir in einem 100 % sicher bin, dann in dem, dass eine Bestrahlung mit 30 x 1,8 Gy sehr wohl und sehr nachhaltig gesunde Zellen zerstört, beeinflusst und in vielen Fällen der direkte bzw. alleinige Auslöser für neue Tumore ist.

In der Literatur sind Hunderte von Stellen zu finden, welche die Gefährlichkeit einer Strahlentherapie beweisen, wie Sie später noch lesen können. Die große Frage ist jedoch, **warum** ist die Strahlen-

therapie eigentlich so beliebt? Hier fließen mehrere Einflüsse zusammen. Erstmals kann man mit Strahlen natürlich Zellen, auch Tumore, grundsätzlich zerstören – es hängt nur von der Strahlendosis ab. Da die gesamte Onkologie leider immer noch auf den längst überholten Satz setzt: Tumor weg = Krebs weg, ist es natürlich logisch, alle Arten von Tumor zerstörenden Therapien einzusetzen. Doch mindestens genauso groß ist der finanzielle Aspekt. Strahlentherapie ist richtig großes Business und die Umsätze für die Maschinen und Therapien bewegen sich in schwindelerregenden Höhen. Darüber spricht man natürlich nicht, denn es kann doch nicht sein, dass ein Arzt aus finanziellen Gründen eine Strahlentherapie verordnet – und natürlich auch keine Chemotherapie oder schon gar nicht eine Knochenmarkstransplantation für die z. B. eine Uniklinik gerade mal „lächerliche“ 190.498,07 berechnet. Ja, Sie haben gerade richtig gelesen. Eine einzige Therapie kostet sage und schreibe über 190.000 Euro plus weitere Zusatzkosten.

Des Weiteren ist eine Strahlentherapie einfach durchführbar, man benötigt relativ wenig „Arztzeit“ für die Therapie und sie ist für den Patienten logisch, weil er ja meistens auch glaubt, dass mit der Tumorerstörung die Krebskrankheit weg wäre. Auch bei der Erklärung der Zerstörung von Mikrometastasen funktioniert die Strahlentherapie hervorragend, denn fast kein Patient kommt auf die Idee, einen Arzt zu fragen, ob er denn schon einmal unter einem Mikroskop so eine Mikrometastase gesehen hätte, die ja angeblich mit den Strahlen zerstört werden. Bei Studien werden selbstverständlich auch immer nur Strahlentherapien mit anderen konventionellen Therapien untereinander verglichen, so dass eine natürlich immer als Sieger aus dem Wettbewerb hervorgeht.

Der größte Vor- und Nachteil einer Bestrahlung ist aber, man kann Strahlen nicht sehen und sie tun zunächst auch nicht weh. Die Nebenwirkungen stellen sich oftmals erst nach Monaten ein und auch hier gilt – wenn es schief geht – der oberste Satz: „Der Krebs war stärker“. All diese Gründe zusammen haben es geschafft, dass Strahlentherapien heute in der Onkologie einen Stellenwert haben,

der sich anhand von Zahlenmaterial absolut nicht erklären lässt. Die Statistiken, die das Tageslicht erblicken, sind in den meisten Fällen nicht gerade berauschend, da möchte man als logisch denkender Mensch erst gar nicht wissen, wie viele Studien nie veröffentlicht wurden. Aber trotz allem bzw. gerade deshalb (je nachdem welchen Standpunkt man hat) lässt sich erklären, warum Strahlentherapien immer noch als erste Standardtherapie gelten und viele Menschen, die sich mehr um Aktionäre als um Kranke kümmern, werden auch zukünftig dafür sorgen, dass sich hier nichts ändert.

Mir ist absolut bewusst, dass weder dieses Buch noch irgendwelche andere Maßnahmen den „alltäglichen onkologischen Wahnsinn der Bestrahlung“ stoppen können. Um Missverständnisse auszuschließen. Ich bin nicht immer und grundsätzlich gegen Strahlen, aber aus dem was ich lernen durfte, bin ich der Meinung, dass 99 % aller Strahlentherapien nicht dem Patienten nutzen. Wenn man nur mal bedenkt, dass Ärzte nach einer Operation ein Gewebe bestrahlen, nur weil sie **glauben** (nicht wissen!!!) da könnten noch Krebszellen sein, obwohl doch schon der Chirurg behauptet, er habe „im Gesunden“ geschnitten, dann kann man erkennen, wie weit die so genannte moderne Onkologie von einer wissenschaftlichen Medizin entfernt ist. Die ganze Onkologie ist auf theoretischen Konstrukten aufgebaut und Strahlentherapien passen da eben mal gut rein. Ich weiß, dass dies sehr ketzerisch klingt, nur glauben Sie mir, niemand wäre mehr froh darüber als ich, wenn diese Theorien wahr wären. Wahr jedoch ist, dass Patienten ausgerechnet an den Stellen wieder Krebs bekommen, wo sie bestrahlt wurden. Wahr ist, dass alle „sicheren Strahlenmengen“ nur ein theoretisches Konstrukt sind und wahr ist auch – ob dies nun Radiologen passt oder nicht – dass genau diese Strahlen Krebs erzeugen.

Es liegt mir fern, Radiologen oder Ärzte im allgemeinen schlecht zu machen. Doch wenn es um Bestrahlungen geht, dann können anscheinend ganze Berufsgruppen Wahrheit und Dichtung nicht mehr auseinanderhalten. Ich muss dies in so harten Worten sagen, denn wir sind gerade mal dabei, zu verstehen, welcher großen Einfluss

schon niedrig frequente Wellen wie Sendemasten haben und noch weit davon entfernt, was Strahlenmengen in der Höhe von 60 Gy in unseren Körpern bewirken. Jeder Arzt, der hier behauptet er wüsste es besser, sollte sich selbst für den Nobelpreis vorschlagen, denn er wäre der Einzige auf der Welt. Ich finde es erstens unverantwortlich und zweitens juristisch angreifbar, wenn ein Radiologe hergeht und seinem Patienten erklärt, dass die vorgeschlagene Strahlentherapie keine oder wenige negative Schädigungen auf gesunde Zellen hat. Tatsache ist nämlich, er hofft, dass es so ist, wissen ist etwas anderes. Anscheinend lesen viele Mediziner auch keine Literatur über X-Strahlen, denn sonst wüssten sie nachstehendes wie:

Schon 1960 beschrieb Dr. Zabel, dass ein Tumor nur etwa 0,5 - 5,0 % der gesamten Bestrahlung abbekommt und das restliche Gewebe also mindestens 95 % der Strahlenmenge absorbiert. Da aber um den Tumor herum sich ein Kampf abspielt, in den verschiedene Abwehrzellen integriert sind, werden ausgerechnet diese wichtigen Abwehrzellen angegriffen bzw. zerstört. Dass dem so ist weiß jeder Bestrahlte wegen der erhöhten Infektanfälligkeit während und nach der Bestrahlung. Dies ist eine paradoxe Situation, weil dem Körper seine Abwehrfunktion gegen restliche Krebszellen genommen wird.

Der berühmte Otto Warburg hat die erhöhte H_2O_2 -Produktion von Zellen durch Strahlen beschrieben. Da wir heute wissen, dass Krebszellen ebenfalls eine erhöhte H_2O_2 -Produktion haben, kann dies für eine vermehrte Verkrebung verantwortlich sein. Dieses „Phänomen“ habe nicht nur ich schon mehrmals erleben müssen, nämlich dass während bzw. kurz nach einer Bestrahlung ein Tumor fast explosionsartig wächst. Schulmediziner gehen grundsätzlich davon aus, dass eine erhöhte H_2O_2 -Produktion zum Tod von Krebszellen führt, doch wenn man logisch weiterdenkt, kann man auch den Umkehrschluss daraus ziehen.

Dr. Astaldi veröffentlichte 1959 wie X-Strahlen den Sauerstoffverbrauch hemmen und zwar parallel zur Dosis. Dies ist ein wichtiger Hinweis, da z. B. Leukämiezellen erheblich mehr vertragen als gesunde Leukozyten. Im gleichen Jahr veröffentlichten

Noyes und Smith dass X-Strahlen mit 0,2 Gy Mitochondrien zerstören und der Stickstoffgehalt in den Mitochondrien vermehrt wird. Im Durchschnitt werden heute Patienten pro Sitzung mit 1,8 - 2 Gy bestrahlt und das Ganze oftmals auch noch 30 Mal. Pro Sitzung wird also die zehnfache Menge dessen verabreicht, was für eine **unwiderrufbare** Zerstörung von evtl. Millionen von Mitochondrien notwendig ist! Patienten ist leider nicht bewusst, dass zerstörte Mitochondrien nicht mehr nachwachsen und dadurch die Energiegewinnung bis ans Lebensende beeinträchtigt bleibt.

Dies sind zwei Argumente, die sich doch sehr stark gegen jede Art von X-Strahlen aussprechen. Wer heute noch hergeht und die Wichtigkeit der Mitochondrien in der Thematik Krebs verleugnet, dem kann man meiner Meinung nach nicht mehr helfen. Aber nicht nur bei Krebs, sondern überhaupt für unsere Gesundheit sind die Mitochondrien lebenswichtig und wer dies verleugnet, versteht absolut nichts von Biochemie. Aber auch der zweite Teil, der erhöhte Stickstoffgehalt der Mitochondrien, spielt eine große Rolle (siehe Mitochondrientheorie unter Stickstoffoxid).

1961 bestätigten dann die Arbeiten von Wohlfarth, Bottermann und Schneider, dass Mitochondrien unter X-Strahlen schon 15 Minuten nach der Bestrahlung vollständig zerbröckeln, die Fettsäureoxydation zerstört wird und Veränderungen im Zytoplasma sichtbar werden.

Dem Forscher Kuhl haben wir ebenfalls sehr viel zu verdanken in Bezug auf Krebs und Strahlen. Schon 1966 hat er folgende Forschungen zusammengetragen, welche Dr. Seeger in seinem besten Buch: *Krebs – Weg ohne Ausweg* veröffentlichte:

1. konnte bereits im Jahre 1903 der Berliner Prof. Dr. G. SCHWARZ nachweisen, dass Röntgenstrahlen, radioaktive Strahlung, usw. die Zellphosphatide, das heißt die Lecithine, in den Zell- und Erythrozytenmembranen zerstören, also denselben Effekt hervorrufen, den SEEGER 1937/38 als Initialphase der Krebsgenese histochemisch nachweisen konnte. Da auch die phosphatidhaltige,

spricht lezithinhaltige Grundstruktur der Mitochondrien zerstört wird, kommt es infolge der damit verbundenen Loslösung und Zerstörung der strukturgebundenen Oxydationsfermente, speziell der Cytochromoxydase (SEEGER 1938), Sukzinodehydrase und Zytochrome (von EULER 1939) zu einer Sauerstoffutilisationsstörung in der Zelle, dadurch zu einer Elektronenhäufung verstärkten Negativierung, ergo Verkrebsung der Zelle. J. THOMAS (1959) bestätigt durch Strahleneinwirkung verursachte Oxydationshemmung infolge Fermentinaktivierung bei gleichzeitiger Erhöhung der Glykolyse.

2. Die Folge der Sauerstoffutilisationsstörung (SEEGER 1938/51) ist die bereits 1925 von den späteren Nobelpreisträgern C. und F. CORI an der Berliner Charité festgestellte Tatsache, dass das Blut der von einer Geschwulst des Beines ableitenden Vene einen größeren Sauerstoffgehalt besitzt als das Venenblut des gesunden Beines. J. THOMAS (1959) bestätigt die signifikante Sauerstoffhöhung des venösen Blutes Krebskranker als Folge einer Blockierung oder Schädigung der Oxydationsfermente. Somit finden die experimentellen Befunde von SEEGER (1937/38) und die 1951 daraus abgeleiteten Folgen eine glänzende Bestätigung.
3. Durch die ionisierende Strahlenbehandlung werden die Lipoproteinmembranen der im Zellplasma befindlichen Lyosomen, das sind ca. 0,4 Mü große Zellorganellen, zerstört und hydrolytische proteolytische Fermente werden frei, die SEEGER bereits 1938 mit Hilfe der ABDERHALDENschen Ninhydrinreaktion nachweisen konnte. Ihr Wirkungsoptimum liegt im sauren Bereich, der anfänglich durch die aus der Glykolyse anfallende Linksmilchsäure gegeben ist, obwohl diese schnell eliminiert wird.
4. Durch ionisierende Strahlen wird der lymphozytäre Abwehrwall (vergleiche die Arbeit von SEEGER: Über die Wirkung von Mis-

telextrakten, Erf. Heilk. 1965) zerstört und die Krebszellen können ausschwärmen; das gesamte lymphatische System wird geschädigt, damit die körpereigene Abwehr gegen Krebszellen. Schon nach niedrigen Dosen von 25 - 50 r findet ein vermehrter Untergang von Lymphozyten durch Kernschrumpfung und Zellzerfall statt. Milz, Thymus und Lymphknoten schrumpfen und bilden sich auf 50 % ihres normalen Gewichtes zurück (A. MARQUARDT und G. SCHUBERT).

5. Die Mitochondrien der normalen Zellen der Tumorumgebung, in denen allein die Fermente der Oxydation strukturgebunden enthalten sind (SEEGER 1937/38) werden geschädigt und dezimiert. Die Verminderung der mitochondrialen Fermentdepots einerseits, die Inaktivierung und Zerstörung der Atmungsfermente in den noch vorhandenen Mitochondrien andererseits bewirkt, dass diese normalen Zellen durch die ionisierende Strahlenbehandlung in Krebszellen umgewandelt werden.
6. Die ionisierende Strahlenbehandlung führt zu einem schlagartigen Zellzerfall. Der gesamte Körper des Krebskranken, der sowieso schon mit den Giften der Krebszellen wie Malignolin, Toxohormon (Polypeptide), Mukopolysacchariden usw. überladen ist, mit denen er nicht fertig werden kann, wird auf einmal explosionsartig mit Zelldetritus der eingeschmolzenen Tumormassen, D(-) = linksdrehenden pathologischen Aminosäuren (KÖGL und ERXLEBEN), pathogener Linksmilchsäure (WARBURG), Wasserstoffsuperoxyd usw. überschwemmt und der Zustand des Krebskranken wird kachektisch und lebensbedrohlich. Der Krebskranke stirbt nämlich nicht an seiner Geschwulst, sondern an den von dieser ausgeschiedenen Giften. Die Giftwirkung von ionisierenden Strahlen zeigt sich am besten daran, dass ein parabiologisch mit einem bestrahlten Hunde verbundener Hund eine tödliche Vergiftung erleidet (S. SCHMIDT, Rotherfelde).

7. Ionisierende Strahlen führen nach J. SEGAL (1963) zu einer Verschiebung des isoelektrischen Punktes der Serumglobuline zur sauren Seite, die H-Brücken im Eiweißmolekül brechen, es entsteht eine „Faltentrommel“ von Polypeptidketten und dadurch kommt es zu einem vermehrten Auftreten irreversibel denaturierter Eiweiße in der Zelle, die SEEGER bereits 1938 mit mehreren Methoden histochemisch nachzuweisen vermochte.

8. Die Röntgenbestrahlung führt nach der Treffertheorie (geballe Energie durchschießt wie eine Gewehrkugel den Raum. SEGAL 1960) zur Mutation einer gesunden Zelle zur Krebszelle, ferner zur Entstehung unphysiologischer, chemisch sehr aktiver, hochgiftiger, toxisch wirkender Substanzen. Es entstehen Peroxyde und chemisch besonders aktive freie Radikale, die sekundär auf große Distanzen das „target molecül“, das heißt das Zielmolekül, erreichen und schädigen. Nach WITTE (Gutachten 1960) gibt es keine wirklich Toleranzdosis; denn schon die kleinste überhaupt mögliche Röntgendosis, das Photon, vermag eindeutig Schäden zu erzeugen, weil es derart energiereich ist, dass es eine große Zahl organischer Moleküle des lebenden Körpers zu zerstören vermag.

Nach einem Urteil des bekannten Physikers B. RAJEWSKI (1960) führt jede Einwirkung von Röntgenstrahlen auf lebende Gewebe zu einer Schädigung ihrer Struktur- und Funktionselemente (wie dies bereits 1903 Prof. SCHWARZ in Berlin nachwies) der durch Strahlen getroffenen Einheiten. Das gilt auch für beliebig kleine Strahlendosen. BENDER (1910) fand, dass bereits durch eine Bestrahlung mit 1 r in 3 von 1000 Zellen Chromosomen-Umbaumutationen bzw. Chromosomenbrüche entstehen, die letal auf die Zelle wirken. Schon die Hautdosis einer Reihenröntgenuntersuchung (RRU) von 0,2 r erzeugt in jeder Zelle von ca. 10 Mü Durchmesser im Mittel 400 Ionisationen und ca. 800 Elektronenanregungen, im Ganzen werden 30 Millionen Zellen

durch Chromosomenmutationen geschädigt, viele davon tödlich, das heißt durch eine RRU werden 1 - 2 g der Körpersubstanz zerstört.

9. Nach E. HECKER (1969) werden durch physikalische Karzinogene wie Röntgenstrahlen und ultraviolette Strahlen oder Elektronenstrahlung hoher Energie die Basen Guanin und Thymin in der Desoxyribonukleinsäure (DNS) sowohl in vitro wie in vivo irreversibel geschädigt, indem der Sechsering des Thymins unter Verlust von 3 Kohlenstoffatomen zu Harnstoff abgebaut und der Fünfering des Guanins in ein Formamidderivat übergeführt wird, wodurch infolge Veränderung der Basensequenz des Polynukleotidstranges der DNS und RNS der Informationsgehalt der betroffenen Nukleinsäure geändert und eine somatische Mutation oder eine letale Mutation verursacht wird.

Es überrascht mich immer wieder, dass „Experten“ heute hinstehen und so tun, als gäbe es all diese Tatsachen nicht. Zugegeben, nicht alle Ärzte haben so viel Zeit wie ich, um all die Literatur zu wälzen und sich das notwendige Wissen über Bestrahlung anzueignen. Aber ist es nicht das, was man als Patient eigentlich von einem Radiologen erwartet, der immerhin darüber entscheidet, ob man eine Bestrahlungstherapie erhalten soll oder nicht?

Ältere Forschungen werden manchmal auch belächelt, nur weil sie alt sind. Doch die Strahlen von 1960 sind immer noch die gleichen wie im 21. Jahrhundert und 60 Gy sind immer noch 60 Gy. Auch unsere Mitochondrien sind immer noch gleich aufgebaut und heute sogar stärker geschädigt als vor 40 Jahren. Wenn also Strahlentherapien heute verniedlicht werden, dann liegt es bestimmt nicht daran, dass Strahlen für unsere gesunde Zellen so harmlos sind.

5. Kapitel

Konventionelle Therapien

Konventionelle Therapien

Nachfolgend möchte ich Ihnen einmal aufzeigen, was bei bestimmten Krebsarten der Goldstandard, also die übliche Therapie, der Schulmedizin ist. „Aber hierfür gibt es doch konventionelle Lehrbücher“ werden Sie jetzt vielleicht denken. Ja, das stimmt, aber nicht mit meinen kritischen Anmerkungen hierzu. Und aus meiner jahrelangen Erfahrung heraus weiß ich, dass es oftmals die „kleinen“ Dinge ausmachen, warum sich Patienten für diese oder jene Therapie entscheiden. Ist einem der Arzt sympathisch, kommen die Aussagen des Arztes ‚gut rüber‘, wo liegt die Klinik usw. sind oftmals wichtiger als alle Statistiken dieser Welt.

Auf den nächsten Seiten habe ich Ihnen so komprimiert wie möglich zusammen gestellt, welche Therapien Ihnen ein konventionell denkender Arzt bei Ihrer Krebsart anbieten wird. Aus Platzgründen kann ich natürlich nicht jede mögliche bzw. mir bekannte Therapie anführen. Ich bin mir jedoch sicher, dass ich grundsätzlich die Haupttherapien aufgeführt habe und erkläre hierzu meinen Standpunkt.

Mancher Arzt wird natürlich die Hände über dem Kopf zusammenschlagen und sagen: ‚Das geht doch nicht, der Autor kann Patienten doch nicht von so ‚lebenswichtigen‘ Therapien wie Chemotherapie und Bestrahlung abhalten.‘ Doch hierzu möchte ich sagen, dass ich grundsätzlich keinen Patienten von irgendetwas abhalte.

Wenn ich mir jedoch erlaube, signifikante Studien eventuell anders zu bewerten als Ihr behandelnder Onkologe, dann mache ich dies bestimmt nicht um Sie zu verwirren, sondern um Ihnen aufzuzeigen, wie die andere Seite der Medaille aussieht. Dass manche Ärzte so viel Kritik nicht vertragen, na ja, damit muss ich eben leben und mich dafür rügen lassen.

Aber lieber Arzt, vergessen Sie eines dabei niemals. Wir haben beide das gleiche Ziel und so wie ich Ihre Ansicht der Dinge akzeptiere, so erwarte ich auch von Ihnen, dass Sie, im **Interesse von Tausenden von Krebspatienten**, akzeptieren, dass es andere Sichtweisen gibt. Nur so können wir gemeinsam für all die Menschen da sein, die dringend Hilfe benötigen und wer behauptet, sein Weg sei der richtige, dem kann ich nur empfehlen, das Johannes-Evangelium (vor allem 8/7) nochmals zu lesen.

Sind wir doch mal ehrlich. Ist es nicht eine unglaubliche Arroganz Krebspatienten gegenüber, zu behaupten, dies oder das ist Krebs und kann nur mit drei oder vier Therapien behandelt werden. Ich würde nichts sagen, wenn es in der Onkologie in den letzten Jahren **objektive** Fortschritte, vor allem bei epithelialen Krebsarten, gegeben hätte, doch weit gefehlt. Alle Statistiken dieser Welt sprechen eindeutig eine andere Sprache. Und so lange es keine Beweise gibt für einen Neubeginn, werde ich mir erlauben, Therapien zu hinterfragen, zu hinterfragen und nochmals zu hinterfragen.

Wir sollten auch nicht die Studien vergessen, die das *Journal of the American Medical Association* (Vol 284, 26. Juli 2000) veröffentlichte, nämlich, dass die Schulmedizin inzwischen der drittgrößte Faktor bezüglich Todesfälle ist (nach Herz- und Krebserkrankungen). Ungefähr 225.000 Menschen sterben nach diesen Studien allein in den USA wegen Ärzten. Man muss sich das einfach vorstellen, wie viele Menschen **an Therapien** sterben. Wir alle sollten also etwas leiser treten, wenn wir behaupten, wir wüssten wie man Krebs behandeln sollte.

Apropos behandeln. Wissenschaftler des McGill Krebs Centers in den USA sandten einen Fragebogen an 118 Onkologen und fragten diese, welche der 6 üblichen Therapien sie bei sich selbst anwenden würden. 79 Ärzte reagierten und hiervon sagten 64, dass sie niemals eine Therapie mit Cisplatin machen würden – eine durchaus übliche Chemotherapie, deren Umsatz immerhin über 100 Millionen Euro im Jahr beträgt. Viel schlimmer war jedoch, dass 58 der 79 Ärzte antworteten, dass sie niemals eine Chemotherapie machen wür-

den, weil sie erstens ineffektiv sei und zweitens viel zu giftig. Als ich dies zum ersten Mal las, dachte ich nur: ‚Na ja, das ist ja nichts neues, dass man Patienten anders behandelt als sich selbst bzw. seine Ehefrau.‘ Doch nachdem ich mir das ganze nochmals überlegte, und mir im Geiste einmal hochrechnete, was es eigentlich heißt, dass ca. 75 % der angeschriebenen Ärzte Therapien verordnen, hinter denen sie selbst nicht stehen, da hatte ich nur noch Mitleid und Wut. Mitleid mit den Patienten, die geopfert werden. Mitleid mit den Ärzten, die jeden Tag die Schizophrenie des onkologischen Alltags mitmachen müssen und viel Wut auf all die Menschen, die so ein System nach außen hin permanent positiv vertreten.

Auch ich werde immer wieder von dem Widerspruch der Onkologie eingeholt, nämlich dann, wenn Schulmediziner sich „herablassen“ und einen Nichtarzt wie mich um Rat fragen, wenn sie selbst oder ein naher Angehöriger Krebs haben. Einerseits bestätigen solche Kontaktaufnahmen meine Arbeit, andererseits ist es nicht immer einfach für mich, mit Menschen umzugehen, die mich jahrelang „bekämpft“ haben. Doch ein Satz geht mir in solchen Situationen dann immer wieder durch den Kopf: „Nur Dumme ändern niemals ihre Meinung“ und ich freue mich dann über jeden Arzt, der seine Intelligenz positiv einsetzt. Zusätzlich hilft es mir, mich daran zu erinnern, was **ich** vor 10 Jahren gemacht hätte, wenn ich Krebs bekommen hätte.

Wenn Ihnen also Ihr Arzt sagt, dass nur die von ihm vorgeschlagene Therapie erfolgreich ist und „ein Herr Hirneise, der nicht mal Arzt ist, keine Ahnung vom onkologischen Alltag in Deutschland hat“, dann wissen Sie zumindest, dass dies so nicht stimmt.

Was ist der Goldstandard der konventionellen Onkologie?

Auf den nächsten Seiten werde ich Ihnen so kurz als möglich und so ausführlich als nötig aufzeigen:

- Die schulmedizinische Definition Ihrer Krebsart
- Wie häufig diese Krebsart vorkommt
- Welche Unterteilungen es gibt
- Wie diese schulmedizinisch diagnostiziert wird
- Welche Stadien der Erkrankung es gibt
- Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte es gibt, in der Regel aufgeteilt in:
 - Operation
 - Chemotherapie
 - Bestrahlung
 - Weitere Therapien wie Hormone, Interferone, Antikörper usw.

Die Daten stammen aus medizinischen Lehrbüchern und aus veröffentlichten Statistiken. Bezüglich Statistiken kennen Sie vielleicht den Witz: „Was ist die Steigerung einer Lüge?“

Antwort: „Eine Lüge, zwei Lügen, eine Statistik.“

Zusätzlich müssen Sie wissen, dass Statistiken in alle Richtungen „gebogen“ werden können. Ich behaupte, dass wenn Sie mir im Voraus sagen, welches Ergebnis eine Studie bezeugen soll, dann werde ich entweder durch ein dementsprechendes Studiendesign, eine „verbogene“ Auswertung oder durch das Stellen der „richtigen“ Fragen jede Studie so aussehen lassen, wie ich es für richtig halte. Deshalb müssen wir sehr vorsichtig sein mit den angegebenen Zahlen.

Etwas anderes wird oftmals auch nicht beachtet. Wenn ein Medikament 99 % aller Patienten hilft, bei einem Prozent jedoch schwerste Nebenwirkungen auslöst, dann hört sich dies zuerst einmal recht positiv an. Wenn Sie jedoch zu den 1 % gehören, dann hat

dieses Medikament bei Ihnen 100 % versagt. Wenn Ihnen also von einer besonders positiven oder negativen Studie erzählt wird, dann hinterfragen Sie zuerst:

- Wer hat die Studie bezahlt?
- Wem dient das Ergebnis der Studie?
- Welchen Vorteil hat derjenige, der Ihnen von dieser Studie erzählt?

Nur wenn alle drei Fragen zu Ihrer Befriedigung ausfallen, sollten Sie die Studie überhaupt in Ihre Überlegungen miteinbeziehen. Ich weiß aus eigener Erfahrung, dass dies sehr aufwendig ist und oftmals auch nur sehr schwer bzw. zeitaufwendig durchführbar – doch was ist die Alternative hierzu? Die Alternative ist ganz klar: **Glauben statt wissen**. Darauf ist leider die komplette Behandlung **chronischer Erkrankungen** (nicht Notfall-Medizin) in der heutigen Medizin aufgebaut. Und wie erfolgreich das Ganze ist, wissen wir ja leider auch.

Akute lymphatische Leukämie (ALL)

Die schulmedizinische Definition:

Maligne Entartung und Reifungsstörung weißer Blutzellen. Hierbei produziert der Körper unreife weiße Blutkörperchen (Lymphozyten), die so genannten Blasten.

Wie häufig kommt ALL vor?

Derzeit ca. eine Erkrankung pro 100.000 Menschen.

Welche Unterteilungen gibt es?

Morphologisch werden L-1, L-2 und L-3 Blasten unterschieden. L-1 Blasten sind klein und haben einen homogenen Kern. Ca. 20 % aller L-2 Blasten haben einen großen Kern mit Einkerbungen und sind allgemein heterogener (verschiedenartig). L-3 Blasten sind alle groß und homogen (gleichartig).

Wie wird ALL schulmedizinisch diagnostiziert?

Müdigkeit, Fieber, Hautblutungen, Blässe, Knochenschmerzen, allgemeine neurologische Symptome, Gelenkschmerzen. Knochenmarkpunktion (Blastenanteil höher als 25 %), Blutuntersuchungen (Leukozyten, Hb, Thrombozyten), Messung der

Leber- und Milzgröße, Hodenuntersuchung, Ultraschall, CT. Grundsätzlich sollte jeder Arzt eine genaue Differenzialdiagnose zu rheumatischen Erkrankungen oder einer Osteomyelitis (Knochenmarkentzündung) stellen. Im Detail auch zu Neuroblastomen, Rhabdomyosarkomen und natürlich Lymphomen. Bei etwa 50 % der Patienten lassen sich zytogenetische Veränderungen einzelner Chromosomen nachweisen. Bei 4 % der kindlichen und 20 % der Erwachsenen-ALL liegt die als „Philadelphia Chromosom“ bezeichnete Translokation des cABL Protoonkogens (paternales Chromosom 9q34) und der BCR (breakpoint cluster region/maternales Chromosom 22q11) vor.

Stadien:

Im Gegensatz zu soliden Tumoren gibt es keine Stadieneinteilung für die akute lymphatische Leukämie. Die Art der Behandlung hängt davon ab, wie alt der Patient ist, von seinem Blutbild und ob es die erste, zweite oder dritte Therapie ist. Ansonsten findet eine Einteilung der Gruppen wie bei der AML in Induktionstherapie, Konsolidierungsphase, Erhaltungstherapie und Rezidivtherapien statt (genaues siehe unter AML).

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Chemotherapie

Allgemein sieht das Behandlungsprotokoll von ALL vor, dass über 6 Monate hinweg in verschiedenen Blöcken so hoch als möglich Chemotherapie gegeben wird, gefolgt von weiteren 2 Jahren Chemotherapie mit niedrigerer Dosis. In der Regel kommen folgende Giftstoffe zum Einsatz: Ara-C, Daunorubicin, Cyclophosphamid, Asparaginase, Vincristin, Prednison, Mercaptopurin und Methotrexat.

Ohne Zweifel gibt es Studien, die auf den ersten Blick für eine Chemotherapie sprechen. Auf den zweiten Blick bemerkt man jedoch, dass fast alle Studien alte Chemotherapieprotokolle mit neueren vergleichen. Also wieder mal wissen wir nicht, wie diese Protokolle im Vergleich mit ganzheitlichen Therapien aussehen würden.

Knochenmarktherapien (KMT)

In den letzten Jahren haben sich vor allem Knochenmarksubstitutionstherapien durchgesetzt wie:

A. Allogene Knochenmark-/Stammzellentransplantation:

Hierbei erhält der Patient Stammzellen von einem Spender. Zuerst werden hohe Dosen an Chemotherapie mit oder ohne zusätzliche Bestrahlung verabreicht, um das gesamte Knochenmark im Körper zu zerstören. Von einem anderen Spender wird dann gesundes Knochenmark entnommen. Das gesunde Knochenmark des Spenders wird dem Patienten injiziert und soll dann das zerstörte Knochenmark des Patienten ersetzen.

B. Autologe Knochenmark-/Stammzellentransplantation:

Bei dieser Therapie werden dem Patienten Knochenmark/ Stammzellen entnommen, mit Medikamenten behandelt, um alle Krebszellen zu töten und nach einer Hochdosis-Chemotherapie wieder verabreicht. Das Knochenmark wird zur Aufbewahrung eingefroren. Der Patient erhält dann eine hochdosierte Chemotherapie mit oder ohne zusätzliche Bestrahlung, um das gesamte verbleibende Knochenmark zu zerstören. Das aufbewahrte, eingefrorene Knochenmark wird aufgetaut und dem Patienten zurückinjiziert.

Zum Thema Knochenmarktransplantation darf man natürlich nicht vergessen, dass es hier eine große Chance gibt, **an der Therapie** zu sterben. Auch unter Schulmedizinern sind beide Therapien nicht unumstritten.

Bestrahlungen:

Vor allem bei großen Mediastinaltumoren wird Patienten eine Bestrahlungstherapie vorgeschlagen, in der Regel mit 24 - 26 Gy.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Obwohl es Ansätze mit Interferon gibt, spielen andere Therapien wie Zytokintherapien oder monoklonale Antikörper bei ALL keine Rolle, weil ALL neben Hodenkrebs und AML die Hochburg von Chemotherapien ist.

Allgemeines

Bitte lesen Sie zusätzlich das unter AML erwähnte. Auch wenn die einzelnen Protokolle unterschiedlich sind, so ist doch der Therapieansatz bei ALL und AML identisch.

Akute myeloische Leukämie (AML)

Die schulmedizinische Definition:

Maligne Entartung und Reifungsstörung der blutbildenden Stammzellen. Das Wort akut bedeutet hierbei, dass Leukämiezellen morphologisch als Blasten vorkommen und ein großer Anteil von Blasten im Knochenmark nachweisbar ist (25 - 30 %).

Wie häufig kommt AML vor?

Derzeit ca. 2,5 Erkrankungen pro 100.000 Menschen. Im Durchschnitt sind die Patienten über 60 Jahre alt. Vor allem Patienten, die einer vermehrten Strahlungsbelastung (Tumorthherapie, radioaktive Strahlung ...) ausgesetzt waren, sind davon betroffen. Aber auch Patienten nach einer Chemotherapie.

Welche Unterteilungen gibt es?

Siehe nachfolgende Tabelle nach Bennet. Am häufigsten kommen die Typen M1, M2 und M4 vor.

MO minimal differenzierte Myeloblastenleukämie

Zytochemie: < 3 % aller Blasten POX-positiv, myeloische Marker CD33 u./o. CD 13 ev. CD 1 Ib positiv, lymphatische B- oder T-Linien-Marker negativ

M1 Myeloblastenleukämie ohne Ausreifung

Zellkern: ein oder mehrere Nukleolen abgrenzbar, Zytoplasma: vereinzelt Azurgranula u./o. Auerstäbchen, Zytochemie: „ 3 % der Blasten POX-positiv, 90 % aller nicht erythropoetischen Zellen sind Blasten

M2 Myeloblastenleukämie

Im Unterschied zu AML-M1 weitergehende Ausreifung der leukämischen Blasten, „ 10 % der kernhaltigen Zellen sind Myelozyten oder Promyelozyten, teilweise Übergänge bis zu reifen Granulozyten, häufig Auerstäbchen, 30 - 89 % aller nicht erythropoetischen Zellen sind Blasten

M3 Promyelozytenleukämie

Zellkern: häufig nierenförmig oder bilobular, Zytoplasma: fast vollständig ausgefüllt mit großen Granula, vereinzelt „Faggot-Zellen“ mit bündelförmiger Anordnung von Auerstäbchen und klarem Zytoplasma

M4 Myelomonozytäre Leukämie

Ähnlich wie bei M2, jedoch erhöhter Anteil von Monoblasten, Promonozyten und Monozyten im Blut („ 5 x 10⁹/l) oder KM („ 20 % aller kernhaltigen Zellen), Markerenzym: alpha-NE, Lysozym in Serum u./o. Urin um mindestens das Dreifache des oberen Normwerts erhöht, Anteil granulopoetischer Zellen 30 - 80 % aller nicht erythropoetischen Zellen

M4eo (wie M4 aber zusätzlich)

„4 % Eosinophile im Knochenmark, überwiegend unreife Vorstufen mit atypischen großen tief basophilen Granula neben normalen eosinophilen Granula

M5 Monozytenleukämie

Anteil granulozytärer Zellen (Markerenzym: POX) in der Regel nicht

höher als 10 %, maximal 20 %. Monozytäre Zellen “ 80 % aller nicht erythropoetischen Zellen Markerenzym für monozytäre Zellen: unspezifische Esterase, z. B. alpha-Naphthylazetat-Esterase

M5a undifferenziert

Große Monoblasten im Knochenmark (selten auch im Blut), Kern: stark aufgelockertes Kernchromatingerüst mit einem oder mehreren prominenten Nukleoli, Zytoplasma: sehr voluminös, basophil, teilweise Pseudopodien, vereinzelt Azurgranula, vereinzelt Auerstäbchen, „ 80 % aller monozytären Zellen sind Blasten

M5b differenziert

Ausreifung der Monoblasten über Promonozyten bis hin zu morphologisch reifen Monozyten, der Anteil reiferer Monozyten im Blut ist in der Regel höher als im Knochenmarkausstrich, Zellkerne: stark gelappt, Zytoplasma: grau, häufig Azurgranula, vereinzelt Auerstäbchen, weniger als 80 % der monozytären Zellen sind Blasten

M6 Erythroleukämie

Anteil erythropoetischer Zellen mit schweren Kernreifungsstörungen “ 30 %, Erythropoese häufig PAS-positiv, Anteil der Myeloblasten „ 30 %, wenn Anteil der Erythropoese < 50 %; sonst genügt ein Myeloblastenanteil von “ 30 % aller nicht erythropoetischen Zellen im Knochenmark

M7 Megakaryoblastenleukämie

Meist unergiebigste Punktion bei Faservermehrung im Knochenmark, Blasten: starke Anisozytose, teilweise lymphoide Morphologie, POX-negativ, Diagnosesicherung: elektronenmikroskopischer Nachweis der Plättchenperoxidase oder immunologischer Nachweis von Glykoprotein IIb/IIIa

Wie wird AML schulmedizinisch diagnostiziert?

Müdigkeit, Fieber, Hautblutungen, Blässe, Knochenschmerzen, allgemeine neurologische Symptome, Gelenkschmerzen.

Knochenmarkpunktion (Blastenanteil höher als 25 %), Blutuntersuchungen (LDH, Leukozyten, Hb, Thrombozyten, GOT, GPT, Quick, PTT, PTZ, Fibrinogen, Lysozym ...), Messung der Leber- und Milzgröße, Hodenuntersuchung, Ultraschall, CT. Hierbei muss man wissen, dass es bei Blutbildern grundsätzlich zu hohe und zu niedrige Werte geben kann. Viele Ärzte benützen auch den Laktatdehydrogenase-Wert (LDH) als Messwert der Erkrankung.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Allgemeines

AML-Therapie bedeutet = Chemotherapie. Es gibt hierzu auch Statistiken, die aufzeigen, dass Patienten, die eine Chemotherapie bekommen, die Fünfjahresgrenze überlebten. Was viele Patienten natürlich nicht wissen, ist die Tatsache, dass es nur sehr wenige Patienten gibt, die mit dieser Therapie **nicht** schulmedizinisch behandelt werden und sich hier natürlich wieder mal die Frage stellt, überleben die Patienten wegen oder trotz der Behandlung. Ein anderer Punkt wird bei schulmedizinischen Therapieempfehlungen ebenfalls „vergessen“. Nach einer Therapie mit einer solch intensiven Chemotherapie wie bei AML, die, wie wir wissen, ja selbst krebserregend ist, gibt es kein Zurück mehr zu einer ganzheitlichen Therapie, da die Schädigungen dieser Therapiekombination von keiner holistischen Therapie aufzufangen sind. Für die Praxis heißt dies, dass der Patient sich 100 %ig entscheiden muss, welchen Weg er gehen möchte. Ein „Testen wir **zuerst** dies und wenn das versagt, dann gehen wir einen anderen Weg“, ist zu 99 % nicht möglich.

Chemotherapie

In den meisten Therapiezentren spricht man von den 4 Stufen oder Phasen einer AML-Behandlung. Diese sind:

1. In der ersten Phase, der Induktionstherapie, wird sehr viel Chemotherapie eingesetzt, um die Krebskrankheit eventuell in eine Remission zu bringen. Hierbei wird natürlich immer eine CR (Complete Remission) angestrebt. Diese ist nach schulmedizinischer Ansicht erreicht, wenn der medulläre Blastenanteil maximal 5 %, die periphere Thrombozytenzahl kleiner als 100.000 und die periphere Granulozytenzahl über 1.500 beträgt. Hierbei kommen vor allem Cytosinarabinosid (Ara-C), Anthrazykline (wie z. B. Daunorubicin oder Idarubicin), Thioguanin und VP16 zum Einsatz. Als Standard hat sich in vielen Kliniken die TAD-Therapie (Thioguanin, Ara-C, Daunorubicin), gefolgt von der HAM-Therapie (Ara-C, Mitoxantron) durchgesetzt.

Eine Ausnahme bilden hier die „M3-Patienten“. Dies sind Patienten mit einer Promyelozytenleukämie. Patienten mit diesem klinischen Bild erhalten anfangs all-trans-Retinsäure, da sich bei Studien gezeigt haben soll, dass sich promyelozytäre Blasten „normalisieren“ und sich wieder normal teilen. Leider sind die Nebenwirkungen dieser Therapie sehr gefährlich (Embolien), so dass diese Therapie in der Regel nur kurzfristig eingesetzt wird.

Patienten, die nicht auf die oben genannten Therapien ansprechen, nennen Mediziner Non-Responder (NR's). Ich finde dieses Wort sehr Menschen verachtend, weil sich anscheinend niemand Gedanken darüber macht, dass nicht die Patienten, sondern in Wahrheit ja die Therapie versagt. Indem man jedoch den Patienten einen NR nennt, tut man so, als ob die Therapie grundsätzlich richtig wäre. Was für ein fataler Fehler für viele Patienten.

2. In der zweiten Phase, der so genannten Konsolidierungsphase, geht es theoretisch darum, mit erheblich mehr Chemo-

therapie das Rezidivrisiko zu verringern. Dieses Therapieverständnis gehört meiner Meinung nach doch stark hinterfragt, da man dem Patienten keine Zeit lässt, sich von der Induktionstherapie zu erholen und glaubt/hofft, dass der Patient jetzt so gesund ist, dass er weitere Chemotherapien überlebt. Dass dem nicht so ist, musste ich leider schon mehrmals erleben.

Interessant ist auch, dass sich Onkologen bei weitem nicht einig darüber sind, wie denn nun eine erfolgreiche Konsolidierungsphase auszusehen hat. Man könnte aber auch ketzerisch sagen: Da Onkologen überhaupt nicht wissen, welche Therapien ihren Patienten hier helfen können, wird einfach mal „drauf los therapiert“. Während manche Patienten allogene oder autologe Stammzelltransplantationen erhalten, bekommen andere wiederum Hochdosis-Chemotherapien mit Ara-C oder auch eine erneute „normale“ Dosis mit Ara-C.

3. In der dritten Behandlungsphase, der so genannten Erhaltungstherapie, werden in der Regel Chemotherapien niedriger dosiert. Ich halte diesen Ansatz für sehr fragwürdig, da die Chance einer Immunität/Resistenz gegenüber den vorher höher gegebenen Giftstoffen sehr wahrscheinlich ist und man sich hier doch wirklich fragen muss, ob Erhaltungstherapien nichts anderes sind als unnötige Vergiftungen des Körpers.

4. Bei Rückfällen werden meistens so genannte „second line“-Therapien angeboten. Dabei handelt es sich zusammenfassend ausgedrückt um: Noch mehr Chemotherapien in allen Variationen. Meiner Meinung nach zeigt sich hier die Ohnmacht vieler Onkologen. Auf jedem anderen Gebiet, außer der Onkologie, benützt man andere Strategien, wenn die alten versagt haben. Nicht so in der Onkologie. Hier gibt man von dem, was früher schon nicht funktioniert hat, noch mehr. Hier hilft nur noch Logik, Logik und Logik.

Knochenmarktherapien (KMT)

A. Allogene Knochenmark-/Stammzellentransplantation

Hierbei erhält der Patient Stammzellen von einem Spender.

Zuerst werden hohe Dosen an Chemotherapie mit oder ohne zusätzliche Bestrahlung verabreicht, um das gesamte Knochenmark im Körper zu zerstören. Von einem anderen Spender wird dann gesundes Knochenmark entnommen. Das gesunde Knochenmark des Spenders wird dem Patienten injiziert und ersetzt dann das zerstörte Knochenmark des Patienten.

Ob dem wirklich so ist, wird leider viel zu wenig hinterfragt. Genaue Testverfahren sind mir nicht bekannt, die beweisen, dass das neue Knochenmark auch wirklich das alleinige Knochenmark des Spenders ist und nicht neues **eigenes** Knochenmark. Doch so lange an jedem Knochenmarkpatienten weit über 250.000 Euro verdient wird, wer ist da schon an der Beantwortung dieser Frage interessiert?

B. Autologe Knochenmark/Stammzellentransplantation

Bei dieser Therapie werden dem Patienten Knochenmark/Stammzellen entnommen und nach Verabreichung einer Hochdosis-Chemotherapie wieder zugeführt. Hierbei wird dem Patienten Knochenmark entnommen und mit Medikamenten behandelt, um alle Krebszellen zu töten. Das Knochenmark wird zur Aufbewahrung eingefroren. Der Patient erhält dann eine hochdosierte Chemotherapie, mit oder ohne zusätzliche Bestrahlung, um das gesamte verbleibende Knochenmark zu zerstören. Das aufbewahrte, eingefrorene Knochenmark wird aufgetaut und dem Patienten zurückinjiziert.

Zum Thema Knochenmarktransplantation darf man natürlich nicht vergessen, dass es hier eine große Chance gibt, **an der Therapie** zu sterben. Auch unter Schulmedizinern sind beide Therapien nicht unumstritten.

Bestrahlungen und Operationen

Der Einsatz von Bestrahlungen bzw. Operationen spielen bei AML keine Rolle. Sollte Ihnen vor allem eine Bestrahlung angeboten werden, dann hinterfragen Sie diese gleich drei Mal.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Monoklonale Antikörper

Es gab und gibt Studien mit Antikörpern, z. B. CD3 (MAK). Hier muss man jedoch ganz klar sagen, dass diese Studien keine signifikanten Vorteile, aber viele Nachteile, aufgezeigt haben.

Des Weiteren musste ein Hersteller (Genentech) von monoklonalen Antikörpern im Juni 2000 in den USA einen Brief an alle Ärzte schreiben und vor schwerwiegenden Nebenwirkungen warnen, da 15 Frauen durch Therapien mit monoklonalen Antikörpern starben (innerhalb von 24 Stunden nach der Infusion).

Andere Ansatzpunkte

Andere Mittel wie Arsen-Trioxid, Gentherapien usw. werden derzeit diskutiert und untersucht. Doch wieder einmal gilt: Wo sind die überzeugenden Ergebnisse?

Analkarzinom

Die schulmedizinische Definition:

Maligner epithelialer Tumor der Analregion.

Wie häufig kommt Analkrebs vor?

Derzeit ca. 2 - 5 % aller Darmkrebserkrankungen. Es gibt Untersuchungen, aus denen gedeutet wird, dass es eine Verbindung zwischen Analkrebs und Homosexualität, Chlamydien, Herpes- und Papillomaviren gibt. Diese Studien sind jedoch anzweifelbar, da hier häufig Dateninterpretationen vorkommen, die einer strengen, wissenschaftlichen Untersuchung nicht standhalten würden.

Welche Unterteilungen gibt es?

Ca. 90 % aller Kolonkarzinome sind Plattenepithel- und kloakogene Karzinome (Kloake = Ende des Hinterdarms). Des Weiteren gibt es basaloide (aus den Basalzellen) und mukoepidermoide (drüsig-zystische Strukturen) Karzinome.

Wie wird Analkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Stuhluntersuchung auf Blut, Blüten, Sigmoidoskopie (Spiegelung des Darmes), Schmerzen, Bleistiftstuhl (dünn wie ein Bleistift), Koloskopie, Röntgen (mit Brei), Sonographie, Labor mit Erhöhung von CEA und LDH.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benutzt. Dies bedeutet:

- T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.
N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.
Bei Analkrebs:
N0 = Keine Lymphknotenmetastasen
N1 = Lymphknotenmetastasen perirektal
N2 = Lymphknotenmetastasen inguinal (in der Leiste) und an der Arteria iliaca interna an einer Seite.
N3 = Lymphknotenmetastasen inguinal (in der Leiste) und an der Arteria iliaca interna an beiden Seiten.
M = Metastasen. Stadien 0 (keine) - 1.
G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4. Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

- Tx Keine Beurteilung des Primärtumors.
T1 Der Tumor ist < 2 cm.
T2 Der Tumor ist „ 2 cm, aber maximal 5cm.
T3 Der Tumor ist " 5 cm.
T4 Die Größe des Tumors ist egal, er ist jedoch schon in benachbarte Regionen infiltriert wie z. B. Vagina, Harnblase ...

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Kommt bei allen Stadien in Frage und ist sicherlich die erste Option. Leider infiltrieren Analkarzinome sehr früh in die Muskulatur des Schließmuskels, sodass eine Operation mit Erhaltung desselbigen meistens nicht möglich ist. Hinzu kommt, dass viele Männer nach Analoperationen impotent sind.

Sie sollten sich aus oben genannten Gründen auf jeden Fall auch einen Arzt suchen, der sich mit Kryochirurgie (Vereisungsoperationen) auskennt. Bei diesem Verfahren werden die Tumore sozusagen eingefroren und oftmals können hierdurch größere Operationen vermieden werden. Manchmal kommen auch Lasertherapien zum Einsatz.

Anus praeter

Anus praeter ist der medizinische Begriff für einen künstlichen Darmausgang (meist am Colon transversum). Man unterscheidet hier vor allem zwischen einem vorübergehenden und einem permanenten Anus praeter. Dieser Eingriff zeigt auch, welche große Auswirkung eine Darmoperation für die restliche Lebensqualität hat und warum diese immer sehr gut überlegt werden muss. Vor allem für den Sexualakt spielt ein permanenter Anus praeter für viele Menschen eine einschneidende negative Rolle.

Grundsätzlich muss man sagen, dass es Studien gibt, die eine Lebensverlängerung durch eine Operation belegen. Vor allem wenn die Entfernung eines großen Tumors ohne Anus praeter möglich ist, sollte die Operation in die Therapieüberlegungen mit einbezogen werden.

Sollten Sie operiert werden müssen, sollte auch eine Lektinblo-

ckade in Form einer D-Galaktose-Infusion zur Metastasenvermeidung überlegt werden (siehe hierzu auch Kapitel: Unterstützende Substanzen).

Chemotherapie

Bei Analkrebs wird meistens eine Chemotherapie mit Bestrahlungen kombiniert (RCT - Simultane Radio-Chemotherapie). Mittel der Wahl sind Mitomycin C und 5-FU. Es werden zwar immer wieder Studien genannt (Allal 1993, Cummings 1991, Grabenbauer 1993, Panzer 1993), die behaupten, dass Sie durch diese Kombinationstherapie länger leben würden, doch bei genauerem Hinsehen kann man entdecken, dass wieder einmal nur Studien mit verschiedenen Giftstoffen verglichen wurden, sodass es logischerweise einen „Sieger“ in den Kategorien geben muss. Weitere Infos: siehe unter Dickdarmkrebs.

Bestrahlung

Bestrahlungen werden vor allem bei kleineren Tumoren angewandt, in der Hoffnung, nicht zu groß operieren zu müssen. Leider zerstört die hohe Strahlungsmenge oftmals zu viel Gewebe, sodass dann doch operiert werden muss. Aus diesem Grund gehen viele Onkologen auch zu einer internen Bestrahlung mit Iridium über, da es hier bessere Studien gibt, bei denen die Komplikationsrate nicht so hoch lag.

Welche weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Siehe unter Dickdarmkrebs.

Astrozytom

Die schulmedizinische Definition:

Hirntumore, die aus Astrozyten bestehen, den so genannten Hüllzellen des ZNS (Zentralnervensystems).

Wie häufig kommen Astrozytome vor?

An einem Astrozytom erkranken in Deutschland jährlich 1 - 2 Personen von 100.000.

Welche Unterteilungen gibt es?

Astrozytome gehören zur Untergruppe der so genannten Astrozytären Gehirntumore, und man unterscheidet hierbei Pilozytische Tumore (Grad 1), Astrozytom mit niedrigem Malignitätsgrad (Grad 2), Anaplastisches Astrozytom (Malignitätsgrad 3) und dann das Glioblastom (Malignitätsgrad 4).

Wie wird ein Astrozytom schulmedizinisch diagnostiziert?

Neben den neurologischen Untersuchungen, vor allem wegen den vielen Differenzialdiagnosen, kommen vor allem bildgebende Verfahren zum Einsatz: Elektroencephalogramm (EEG), Evozierte Potenziale (akustisch evozierte Potenziale AEP, visuell evozierte Po-

tenziale VEP, sensorisch evozierte Potenziale SEP), Computertomogramm (CT), Blutuntersuchungen (z. B. Tumormarker), Magnetresonanztomographie (MRT), Angiographie, Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und natürlich Biopsien.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.

N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.

M = Metastasen. Stadien 0 - 1.

G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4.

Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

Stadieneinteilung von Gehirntumoren nach WHO (Weltgesundheitsorganisation):

1 = Gutartiger, langsam wachsender Tumor.

2 = Noch gutartiger Tumor, jedoch nicht mehr langsam wachsend.

3 = Bösartiger, schnell wachsender Tumor.

4 = Bösartiger, sehr schnell wachsender Tumor.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Hier muss man sehr stark die einzelnen Grade unterscheiden. Bei anaplastischen Astrozytomen wird eine Entfernung des Tumors versucht, so lange es die Lage erlaubt. Beim pilozytischen Astrozytom wird eine Operation sogar oftmals kurativ (heilend) angesetzt ohne weitere Therapie. Liegen die Tumore jedoch im Bereich der Augen bzw. am Hypothalamus, dann ist eine vollständige Entfernung meist nicht möglich bzw. zu riskant für den Patienten.

Schulmedizinisch wird in der Regel auch davon ausgegangen, dass eine Tumormassenreduktion grundsätzlich gemacht werden sollte, wenn es operationstechnisch möglich ist. Ich kann mich dieser Argumentation nicht grundsätzlich anschließen, denn meine persönlichen Erfahrungen mit Patienten, die ihren Tumor ohne Operation besiegten, sprechen hier dagegen. Des Weiteren darf man die sehr hohe Rückfallrate nach Operationen nicht vergessen.

Chemotherapie

Bei anaplastischen Astrozytomen ist der Wert einer Chemotherapie auch unter Schulmedizinern sehr umstritten, da vor allem die Tumore junger Menschen resistent gegen die meisten Giftstoffe sind. Es gab und gibt Versuche mit Cisplatin, Vincristin, Doxorubicin, Taxol, 5-FU, Cyclophosphamid, Carmustin, Cytarabin und Etoposid, doch leider waren die Ergebnisse bisher nicht gerade viel versprechend und hier stellt sich grundsätzlich die Frage, ob Chemotherapie bei anaplastischen Astrozytomen wirklich der richtige Ansatzpunkt ist.

Bei pilozytischen Astrozytomen spielt die Chemotherapie keine so große Rolle wie bei anaplastischen Astrozytomen. Dennoch wer-

den auch hier bei Infiltrationen des Tumors in benachbarte Hirnregionen oftmals Polychemotherapien empfohlen.

Bestrahlung

Beim anaplastischen Astrozytom erfolgt nach dem OP meistens eine perkutane (durch die Haut) Bestrahlung. Heute kommen fast ausschließlich Elektronenbeschleunigeranlagen (Teletherapie) zum Einsatz. Kreisbeschleuniger (Betatron) wurden inzwischen von Linearbeschleunigern verdrängt. Man unterscheidet hauptsächlich die Ganzhirnbestrahlung von der alleinigen Bestrahlung des Tumors. Bei der Ganzhirnbestrahlung müssen Sie wissen, dass diese Strahlen vor allem solche Zellen abtöten, die gut mit Sauerstoff versorgt werden (gesunde Zellen). Wie wir jedoch wissen (siehe Krebsstheorien), ist dies gerade bei Krebszellen nicht der Fall und deshalb sind die Nebenwirkungen (wie verstärkte Ödembildung) niemals absehbar. Interessanterweise gehört zu diesen Nebenwirkungen auch ein beschleunigtes Tumorwachstum. Ich betone dies, weil Ärzte dies ihren Patienten leider oftmals verschweigen.

Inzwischen gibt es die verschiedensten Arten von Bestrahlungstechniken wie Stereotaktische Bestrahlung, „interne“ Bestrahlungen mit Radionukliden wie Radium-226, Iridium-192, Caesium-137, Cobalt-60, Gold-198 oder Jod-125. Über Bohrlöcher in der Schädelkalotte werden operativ auch Katheter in den Tumor implantiert (Overloading-Verfahren) und bei der Seed-Implantation werden Radionuklide (Seeds) als kleine Kügelchen oder Stäbchen in das Tumorgewebe „eingearbeitet“. Bei pilozytischen Astrozytomen werden meistens ¹²⁵Jod-Seeds benutzt.

Doch egal welche Bestrahlungsart benützt wird, es muss Ihnen klar sein, dass die Strahlen grundsätzlich durch Ihren Kopf durchgehen und somit immer mehr gesunde als veränderte Zellen treffen. Jeder Arzt, der etwas anderes behauptet, soll Ihnen bitte erklären, wie es anders möglich ist. Seit Hiroshima, Nagasaki und Tschernobyl wissen wir auch, dass gerade diese Strahlung viele Jahre später

Krebs erzeugt und der Standard ist heute immerhin, mit bis 70 Gy zu bestrahlen.

Allgemeines

Die Prognose für pilozytische Astrozytome ist sehr gut und man kann bestimmt nicht sagen, dass es sich hierbei um einen äußerst aggressiven Tumor handelt. Deshalb muss man auch die „positiven Statistiken“ äußerst vorsichtig behandeln, da viele Patienten auch ohne Therapie bzw. „nur“ mit einer Operation überleben. Ich wehre mich dagegen, gerade bei dieser Tumorart diese „Erfolge“ der Bestrahlung und Chemotherapie gutzuschreiben, wie es in der meisten Literatur nachzulesen ist. Tatsache ist nämlich, dass bis heute niemand weiß, **wie** eine Chemotherapie eigentlich im Gehirn funktioniert, da hier andere biologische „Gesetze“ gelten wie bei anderen Organen (z. B. Blut-Gehirn-Schranke).

Weitere Therapien wie Hyperthermie, Gentherapien usw.

Achtung

Da es in der Schulmedizin wenig Erfolg versprechende Therapien für fortgeschrittene Gehirntumore gibt, ist dies ein großes Feld für „Experten“ und natürlich Pharmafirmen. So sind derzeit z. B. gentechnisch veränderte Lentiviren und Herpesviren ein großes Forschungsgebiet und es ist nur eine Frage der Zeit, bis auch hier neue Versuche, vielleicht mit Ihnen als Testperson, stattfinden. Seien Sie also auf der Hut, wenn Ihnen jemand sagt:

„In Tierversuchen ...! Man hört auch immer wieder von „Wundermitteln“, wie Hypericin, SU101, thermische Neutronen (Borthherapie) und so weiter, doch man muss hier doch bitte auf dem Boden

der Tatsachen bleiben und sollte dem Patienten auch sagen, dass diese Therapien nichts anderes als Versuche am bzw. mit kranken Menschen sind, die bis heute keine signifikanten Ergebnisse hervorgebracht haben.

Hyperthermie

Z. B. in der Charité in Berlin werden Tests mit einer interstitiellen Wärmetherapie (Hyperthermie) mit Flüssigmagneten durchgeführt. Dazu wird in den Tumor eine magnetisierbare Flüssigkeit eingespritzt und über ein von außen appliziertes magnetisches Wechselfeld kann dann die magnetische Flüssigkeit und damit der Tumor erhitzt werden. Positive Ergebnisse bei Menschen liegen bis heute nicht vor.

Antikörper

Mit einem radioaktiven monoklonalen Antikörper gegen das Tumor-Antigen Tenascin versuchten Wissenschaftler des Duke Medical Center in Durham Erfolge zu erzielen. Über einen Katheter brachte man dabei radioaktives Jod-131 (gekoppelte Antikörper 81C6) in einen intrazerebralen Hohlraum, der zuvor bei einer Operation des Tumors geschaffen wurde.

Diese Technik wurde jedoch schon zuvor von Mitarbeitern des Duke Comprehensive Cancer Center erfolglos angewandt, auch wenn diese kein Jod-131 benutzten. Bisher wurde nur von „Teilerfolgen“ gesprochen. Man könnte dies auch Aktionärsbefriedigung nennen.

Gentherapien

Nachdem über 300 *Glioblastom-Patienten* in 45 Kliniken Europas und Nordamerikas (Studie 117) seit 1996 mit einer Gentherapie

behandelt worden waren, musste die Studie 1999 abgebrochen werden, weil alle Patienten starben. Außer viel Geld zu verdienen, war die offizielle Idee, mit Hilfe bestimmter Viren "Selbstmordgene", in den Tumor einzuschleusen. Die fremde Erbinformation führt dort zunächst zur Bildung des Eiweißes Thymidinkinase. Anschließend erhielten die Patienten eine Infusion mit Ganciclovir, die von der Thymidinkinase im Tumor in ein starkes Zellgift umgewandelt wird.

In Tierversuchen hat das Ganze hervorragend geklappt, nur sind künstlich erzeugte Tumore bei Ratten eben etwas anderes als menschliche Gliazellen, zu denen auch Astrozytome gehören.

Cortison und Boswellia Säure

Die Verhinderung von Ödemen spielt eine wichtige Rolle bei Astrozytomen. In der Regel geschieht dies durch Cortison (z. B. Dexamethason). Immer häufiger wird jedoch auch Boswellia Säure (Weihrauch) angewandt. In Studien der Universität Gießen und Bochum traten die besten Ergebnisse bei einer Dosierung von 3 x 1.200 mg / Tag (DÄ, 94; 18, 2.5.97, A-1197) auf.

Misteltherapie

Um vor allem die Nebenwirkungen des Kortisons zu verringern, auch zur Rezidivprophylaxe, kommen oftmals auch die Mistel (s.c. oder i.v.) oder andere immunstimulierende Präparate zum Einsatz. Hier möchte ich jedoch nicht verschweigen, dass einige holistisch denkende Therapeuten gerade bei Astrozytomen den Einsatz der Mistel verneinen, da sie nach deren Erfahrungen kontraproduktiv (schnelleres Tumorwachstum) ist.

Basaliom

Die schulmedizinische Definition:

Beim Basaliom (auch Basalzellkrebs, Basalzellkarzinom oder Epithelioma basocellulare genannt) spricht man von einer bösartigen Zellneubildung der Basalzellschicht der Epidermis (Oberhaut).

Wie häufig kommen Basaliome vor?

50 - 100 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr. Damit ist das Basaliom der häufigste epitheliale Hautkrebs.

Welche Unterteilungen gibt es?

- Multifokales superfizielles Basalzellkarzinom
- Solides noduläres Basalzellkarzinom
- Adenoides noduläres Basalzellkarzinom
- Zystisches noduläres Basalzellkarzinom
- Infiltratives Basalzellkarzinom, nicht sklerosierend, sklerosierend (desmoplastisch, morpheaartig)
- Fibroepitheliales Basalzellkarzinom

- Basalzellkarzinom mit adnexoider Differenzierung
- Basosquamöses Karzinom
- Keratotisches Basalzellkarzinom
- Pigmentiertes Basalzellkarzinom
- Basalzellkarzinom beim Basalzellnävussyndrom
- Mikronoduläres Basalzellkarzinom

Wie werden Basaliome schulmedizinisch diagnostiziert?

Die Diagnose kann nur durch eine Biopsie (Zellentnahme) sicher gestellt werden. Bei pigmentierten Basalzellkarzinomen kann die Auflichtmikroskopie differenzialdiagnostisch benützt werden. Des Weiteren CT- oder MRT-Aufnahmen. Grundsätzlich kann man sagen, dass Basaliome sehr langsam wachsen, manchmal über Jahre hinweg, und erst spät „auffallend“, aussehen.

Aussehen: An der befallenen Stelle bildet sich zunächst ein oft unbemerkt bleibendes Knötchen oder eine Verhärtung in der Haut. Typisch sind sehr feine rote Äderchen (Telangiektasien) am Rand des Tumors. Über einen Zeitraum von Monaten oder sogar Jahren bildet sich ein glasiger kugeligiger Tumor mit aufgeworfenem Rand. Eine weitere Form hat eher das Aussehen einer Narbe. Charakteristisch ist der perlschnurartige Rand. Die wahre Tumorgöße kann dabei über die sichtbaren Hautveränderungen hinausreichen.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Bei Basaliomen wird diese Einteilung jedoch nur sehr selten benützt, da es nur in Ausnahmen zu Metastasen bzw. einem Befall der Lymphknoten kommt. Deshalb werden die Tumore meistens nach folgenden Kriterien beschrieben:

- Klinische TumorgroÙe (horizontaler Tumordurchmesser)
- Lokalisation
- Basaliomtyp
- Histologische Tiefenausdehnung (vertikaler Tumordurchmesser)
- Therapeutischer Sicherheitsabstand (bei Resektion, bzw bei Radiotherapie oder Kryotherapie)
- Resektionsränder mikroskopisch im Gesunden bzw. nicht im Gesunden.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Eine Operation ist die absolut erste Wahl der Therapie und wird unter dem Aspekt einer Heilung durchgeführt. Im Anfangsstadium ist es meistens eine ambulante Operation unter örtlicher Betäubung.

Im fortgeschrittenen Stadium wird der Tumor in der Regel zwei Mal operiert. In einer ersten Operation wird der Tumor chirurgisch entfernt, die Operationswunde jedoch nicht verschlossen. Erst nach der Biopsie des herausgeschnittenen Gewebes erfolgt abhängig vom Befund der endgültige Wundverschluss. Zeigt sich bei dieser Untersuchung, dass das herausgeschnittene Gewebe nicht im Gesunden entfernt wurde, so erfolgt eine erneute, erweiterte Operation. War das herausgeschnittene Tumorgewebe im Gesunden entfernt, so

schließt sich hier die zweite Operation mit dem Verschluss der noch offenen Wunde an.

Achtung

Da vor allem in Anfangsstadien des Basalioms chirurgische Maßnahmen am "einfachsten," für den Patienten/Arzt sind und die 5-Jahresstatistiken bei Basaliomen gut aussehen, wird immer wieder davon ausgegangen, dass eine Operation eine ausreichende Therapie wäre. Die guten Statistiken sehen jedoch nur deshalb so gut aus, weil Basaliome erstens oftmals in einem frühen Stadium entdeckt werden und zweitens sehr langsam wachsen. Selbst bei dem in der Regel weitaus aggressiver wachsenden Malignen Melanom (schwarzer Hautkrebs) hat die Chipsa-Klinik in Mexiko eine Studie veröffentlicht, in der (hauptsächlich durch die Gerson-Therapie) 100 % aller Patienten mit einem Melanom mit T1 Stadium 5 Jahre überlebten.

Als Patient darf man sich also nicht täuschen lassen, dass mit der Entfernung des Tumors auch das Krebsgeschehen herausoperiert wurde, nur weil die Krebsart eine sehr langsam wachsende ist.

Chemotherapie

Bei Basaliomen wird zwischen lokaler und systemischer Chemotherapie unterschieden. Bei einer lokalen Chemotherapie ist das Mittel der Wahl das Zytostatikum 5-Fluorouracil (5-FU). Es wird meistens für 4 - 6 Wochen angewendet (1 - 5 % in Creme oder Salbe). Statistisch relevante Daten, die für diese Therapie **anstatt** einer Operation sprechen, liegen nicht vor.

Obleich es immer und immer wieder Versuche mit systemischen Chemotherapien bei metastasierten Basaliomen gibt, vor allem mit 5-FU (Fluorouracil) in Kombination mit Cisplatin, haben alle Therapieversuche versagt und konnten nicht zu einer signifikanten Le-

bensverlängerung beitragen. Sollte Ihr Arzt Ihnen also eine systemische Chemotherapie vorschlagen, dann ist dies mehr als Verzweiflungstat zu bewerten.

Mir ist bewusst, dass dies harte Worte sind. Ich kann jedoch nicht dahinter stehen, Patienten, die nach der Meinung der behandelnden Ärzte schon aufgegeben sind (deshalb die systemische Chemotherapie), auch noch als Studienobjekt zu missbrauchen.

Bestrahlung

Die Ansicht der Schulmedizin ist heute die, dass die Strahlentherapie vergleichbare Heilungsaussichten hat wie eine konventionelle chirurgische Behandlung (Silverman et al. 1991a; Rowe et al. 1989c; Rowe et al. 1989b; Dubin, Kopf, 1983; Silverman et al. 1992b; Smith, Grande, 1991, Lovett et al. 1990, Grieb et al. 1995). Aus diesem Grund wird Patienten über 70 Jahren und mit Basaliomen im Nasen, Augenwinkel, Ohr oder Mundbereich lieber zu einer Bestrahlung als zu einer Operation geraten.

Dieser, meiner Meinung nach, riesige Irrtum beruht auf der Annahme, dass eine Bestrahlung den Tumor genauso gut zerstört wie eine Operation. Hierbei wird jedoch total vergessen, dass diese Therapie **krebserzeugend** ist und mit tausendfach größeren Nebenwirkungen und Risiken erkaufte wird, da mit einer Strahlungs-dosis von 15 - 25 Gy pro Woche gearbeitet wird und dies über mehrere Wochen.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Photodynamische Therapie

Vor allem bei größeren Basaliomen wird Patienten eine photodynamische Therapie (PDT) vorgeschlagen. Hier wird auf die zu be-

handelnden Tumormassen ein spezieller Wirkstoff (z. B. HPD) aufgetragen und nach 24 Stunden erfolgt dann auf diese Areale für 20 Minuten eine Lichtbestrahlung mit rotem oder blaugrünem Licht, welches die Tumorzellen abtöten soll.

Diese Therapie könnte eine Alternative zur Operation in schlecht operierbaren Arealen sein. Leider konnte ich keine aussagefähigen Daten finden.

Interferon

Es gibt Studien mit Typ-I-Interferonen (a, b) bei denen 3 x wöchentlich 1 - 3 Mio. I.E. über 3 Wochen gegeben wurden. Auch hier gilt, dass es keine aussagefähigen Daten gibt, die einen Vorteil gegenüber den anderen Therapien in Bezug auf Lebensverlängerung zeigen.

Imiquimod Aldara®-Creme (3M Medica)

Imiquimod ist ein so genanntes Imidazo-Chinolin-Derivat, das eigentlich zur Behandlung äußerlicher Feigwarzen (Condylomata acuminata) zugelassen wurde, die durch menschliche Papillomviren verursacht werden.

Imiquimod soll hierbei eine immunmodulierende Wirkung herbeiführen. Wissenschaftlich heißt dies, es wird angenommen, dass Imiquimod an den Oberflächenrezeptoren der Zellen des Immunsystems wie Monozyten und Makrophagen andockt und die Phosphorylierung des Transkriptionsfaktors NF kappa B (kappa-Gene Enhancer Bindung Protein) und von Faktoren für die Transkription des IFN über die Aktivierung der Tyrosinkinase und der Proteinkinase C stimuliert. Auf diese Weise wird die Synthese von IFN, TNF, IL-1, IL-6 und IL-8 induziert. Zu Deutsch heißt dies, das Immunsystem wird angeregt.

In einer Doppelblindstudie einer kalifornischen Hautklinik mit 24 Patienten, war bei 15 Patienten, die sich mindestens 3 x die Wo-

che mit Imiquimod einrieben, nach 6 Wochen der Tumor nicht mehr nachweisbar. Jedoch gab es starke Hautreaktionen, die viele Patienten zu einer Unterbrechung der Therapie zwangen.

Kryotherapie

Die Kryotherapie mit flüssigem Stickstoff nach dem Kontakt- oder offenen Sprayverfahren bei -196°C ist ein Verfahren, bei dem vergleichbare Ergebnisse wie mit konventioneller Chirurgie erreichbar sind, wenn entsprechende Sicherheitsabstände eingehalten werden [Hall et al. 1986; Tuppurainen, 1995; Rowe et al. 1989c; Rowe et al. 1989b]. Sie kann bei gut abgegrenzten, nicht zu großen, oberflächlichen Tumoren insbesondere bei Patienten höheren Alters eine Alternative zur Operation darstellen.

Fiebertherapie

Der Einsatz von Fiebertherapien (endogen durch Bakterien) hat sich nach meinen Untersuchungen positiv bei allen Hauttumoren bewährt und sollte auf jeden Fall bedacht werden.

Brustkrebs bei Frauen (Mammakarzinom)

Die schulmedizinische Definition:

Brustkrebs ist eine Erkrankung der weiblichen Brustdrüse.

Wie häufig kommt Brustkrebs vor?

Derzeit ca. 75 Erkrankungen pro 100.000 Frauen.

Welche Unterteilungen gibt es?

Die Mehrzahl der Tumore entstehen aus dem duktalem (Milchgang) Epithel und der Rest aus den Drüsenläppchen.

Wie wird Brustkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Abtasten der Brust, bildgebende Verfahren wie CT, Mammographie, Sonographie usw. Definitive Feststellung der Malignität (Bösartigkeit) durch Pathologie nach vorhergehender Biopsie.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

- T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.
- N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.
- M = Metastasen. Stadien 0 - 1.
- G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4. Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

- Tx Keine Beurteilung des Primärtumors.
- T0 Kein Anhalt für Primärtumor.
- Tis Carcinoma in situ.
- a = intraduktales Karzinom (im Milchgang)
- b = Lobuläres (Läppchen) Karzinom
- 1 Tumor ist nur in der Brust und maximal 2 cm groß
- Mic = < 0,1 cm
- a = " 0,1 cm + < 0,5 cm
- b = „ 0,5 cm + < 1 cm
- c = " 1 cm + < 2cm
- 2
- a = Kleiner als 2 cm aber auch in den axillaren Lymphknoten. 2 cm - 5 cm; mit bzw. ohne Ausbreitung in die Lymphknoten.
- b = Größer als 5 cm ohne Ausbreitung in die Lymphknoten.
- c = Größer als 5 cm ohne Ausbreitung in die Lymphknoten.

3

a = 1: Kleiner als 5 cm, mit Ausbreitung in die Lymphknoten und Verwachsungen der Lymphknoten. 2: Größer als 5 cm, mit Ausbreitung in die Lymphknoten.

b = 1: Der Tumor hat sich in das umliegende Gewebe ausgebreitet.
2: Der Tumor hat sich auf Lymphknoten innerhalb des Brustkorbs ausgebreitet.

4

a = Der Tumor hat sich auf andere Organe ausgebreitet (z.B. Lunge, Knochen, Leber, Gehirn).

b = Der Tumor hat sich in der Haut und den Halslymphknoten ausgebreitet.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Kommt bei allen Stadien in Frage und ist schulmedizinisch immer die erste Therapie. Hier unterscheidet man vor allem brusterhaltende Operationen (BET) und radikale Operationen (Mastektomien).

Anmerkungen: Es gibt mehrere Studien, die aufzeigen, dass radikale Operationen keinen Überlebensvorteil bringen (z. B. L94; 334:1496-7). Auch die Entnahme von Lymphknoten kann zu unnötigen Spätschäden führen. Inzwischen gibt es schulmedizinisch die Möglichkeit, den so genannten „ersten Lymphknoten“ anzufärben und dadurch unnötige Entfernungen der Lymphknoten zu vermeiden.

Chemotherapie

Meistens wird das Schema CMF (Cyclophosphamid/Methotrexat/Fluorouracil) oder ähnliche Kombinationen (CAF/VAC) eingesetzt. Immer mehr Ärzte benutzen auch Taxol, Taxotere, Etoposid, Idarubicin und sogar Gemcitabin. Chemotherapie wird auch immer häufiger **vor** einer Operation eingesetzt, um den Tumor zu verkleinern.

Studien von Henderson und Canello, von Schwartzmann und Pinedo oder von Plosker und Faulds beweisen, dass Chemotherapien wie Doxorubicin oder Epirubicin in hohen Dosierungen Responderaten bis zu 70 % erzielen können. Leider hat dies jedoch keinerlei Auswirkungen auf Ihre Überlebenszeit, wie die größten Studien beweisen (Antman 1992, Walters 1991, Marschner 1994, Becher 1990, Focan 1990 ...). Diese Zahlen sind sehr aussagefähig, da sie beweisen, dass ein Zerstören von Tumoren bzw. eine Verkleinerung überhaupt nichts bringt und dass es viel wichtiger ist, die Ursachen und nicht den Tumor zu bekämpfen.

Anmerkungen

Für Sie ist sehr wichtig zu wissen, dass es bis heute keine gesicherten Untersuchungen gibt, dass sie durch irgendeine Kombination oder Einzelgabe eines Chemotherapeutikum länger leben werden. Kombinationen bewirken keine längere Überlebenszeiten (Baker 1974).

Sogar das NCI (National Cancer (Krebs) Institut) in Amerika hat selbst veröffentlicht, dass bevor die adjuvante Chemotherapie ab Mitte der 80er Jahre flächendeckend eingesetzt wurde, 91 % aller Frauen mit lokalisiertem Brustkrebs unabhängig vom Alter mehr als 5 Jahre lebten (NCI/Bethesda 1994). Dies bedeutet nichts anderes, als dass seit Einführung der verschiedenen Chemo-Kombinationen die Überlebenszeit **gesunken** ist.

Hochdosis-Chemotherapie plus Knochenmarkstransplantation Sollte Ihnen diese Therapie vorgeschlagen werden, müssen Sie unbedingt zuerst die Studien lesen, die aufzeigen, dass diese Therapie wegen den schlechten Ergebnissen niemals aus den Experimentierstadien heraus gekommen ist (Lancet 1998, Rodenhuis, Eichel). Niemand hat auch bis heute diskutiert, wie viele Frauen **durch die Therapie** sterben mussten.

Bestrahlung

Obwohl bis heute keine harten Fakten vorliegen, dass Bestrahlungen dazu beitragen, dass Frauen länger leben, gehört diese Therapie immer noch zum Standardprogramm. Die Empfehlungen sind in der Regel, dass die gesamte Brust mit 50-60 Gy bestrahlt werden soll. Hier muss man wiederum wissen, warum dies geschieht, denn interessanterweise sagen sogar führende Onkologen, dass die Überlebenszeit durch diese Maßnahme nicht „wesentlich beeinflusst“ wird. Die Studien sprechen, ähnlich wie bei Chemotherapien, deshalb meistens auch von „bis zu 40 % Verhinderung von Lokalrezidiven“. Auf Deutsch bedeutet dies, dass zwar Tumore nicht so häufig zurückkommen, Sie aber dadurch keinen Tag länger leben werden. Hier wird wieder einmal von der Theorie der Mikrometastasierung ausgegangen.

Eine prospektive, randomisierte Therapie von Dr. Wilhelm Friedl (Chir. Klinik Uni Heidelberg) mit Brustkrebs zeigte auf, dass nach 10 Jahren noch ca. 37 % der Frauen lebten, unabhängig davon, ob sie bestrahlt wurden oder nicht (MT, Nr. 6/82). Auch die Untersuchung von Dr. B. Fisher/USA mit 2.000 Frauen über 9 Jahre zeigte keinen Unterschied (NEJM 89; 320:822).

Dr. Ian MacKenzies Studie bewies, dass bei den von ihm untersuchten 781 Frauen, die Chance Brustkrebs zu bekommen, bei bestrahlten Frauen 24,5(!) x höher war als bei unbestrahlten Patientinnen (1/510 und 13/271).

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Monoklonale Antikörper

In Deutschland wird vor allem Herceptin (Trastuzumab) eingesetzt. Dies geschieht auf Grund einer amerikanischen Studie. In dieser Studie bekam eine Gruppe Chemotherapie und die andere Chemotherapie und Herceptin. Nach einem Jahr waren noch 67 % der nur Chemo-Gruppe am Leben und 78 % der anderen Gruppe. Diese Studie, die gerade mal 1 Jahr gedauert hat und deren Unterschiede schon aus statistischen Gründen erklärt werden können, hat gereicht, um Herceptin als „neues Wundermittel“ gegen Brustkrebs zu vermarkten. Im Juni 2000 musste der Hersteller Genentech einen Brief an alle Ärzte schreiben und vor schwerwiegenden Nebenwirkungen warnen, da 15 Frauen durch die Therapie starben (innerhalb von 24 Stunden nach der Infusion). Vor allem bei Lungen- und Herzerkrankungen ist oberste Vorsicht angesagt.

Hormontherapien

Wenn Ihre Östrogen- oder Progesteronrezeptoren positiv reagieren, wird meistens eine Hormontherapie verschrieben, wie z. B. Tamoxifen. Die Idee hinter allen Anti-Östrogen Präparaten ist der Gedanke, die östradiolspezifische Zellstoffwechselstimulation zu unterdrücken. Theoretisch führt dies zu einer Stimulation wachstumshemmender Faktoren (TGF- β) und soll wachstumsfördernde Faktoren (TGF-alpha und IGF) hemmen.

Tamoxifen ist bis heute ein sehr umstrittenes Medikament. Einerseits gibt es „offizielle“ Studien, die die Wirksamkeit dieses Medikaments beweisen sollen, andererseits ist noch nicht vergessen, dass der Leiter der großen Tamoxifen Studie, Dr. Fisher, zurücktreten musste, weil er wichtige Daten fälschte (darunter, dass es 4 Todesfälle durch Tamoxifen gab und Gebärmutterhalskrebs häufiger auftrat). Neueste Daten aus dem Jahr 2000 bestätigen die Gefährlich-

keit von Tamoxifen. In Holland untersuchte man 309 Frauen die nach einer Brustkrebserkrankung Gebärmutterkrebs bekamen. Man verglich diese Frauen mit 860 Frauen die „nur“ Brustkrebs entwickelten und fand heraus, dass Frauen, die Tamoxifen maximal zwei Jahre einnahmen, ein 50 % höheres Risiko hatten. Frauen, die Tamoxifen zwischen zwei und fünf Jahren einnahmen, hatten ein 100 % höheres Risiko und Frauen, die Tamoxifen über 5 Jahre einnahmen, hatten ein 690 % höheres Risiko, Gebärmutterkrebs zu entwickeln (Lancet 2000, 356). Zusätzlich war der Gebärmutterkrebs schwerer zu behandeln als bei den Frauen, die nie Tamoxifen einnahmen.

Das National Cancer Institute USA und das Sloan Kettering Cancer Center berichteten außerdem, dass Tamoxifen Mutationen beim p53-Gen hervorrufen kann, was natürlich für Krebspatienten sehr nachteilig sein kann.

Ein weiteres Problem ist ebenso nicht genügend untersucht. Tamoxifen dockt ja bekanntlich an Rezeptoren an. Da Tamoxifen jedoch nicht 100 % in den Rezeptor passt, ändert sich der Rezeptor leicht. Dies könnte jedoch dazu führen, dass die Rezeptoren immun gegen eigene Hormone werden. Dieses Phänomen ist schon seit langem auch von anderen Medikamenten bekannt. Eine Alternative könnte hier vielleicht Indole-3-Carbinol darstellen (siehe Kapitel: Unterstützende Substanzen).

Prof. Dr. Julius Hackethal ging seit 1985 einen eigenen Weg der Hormonblockade, indem er Buserelin (Profact), ein so genannter Hormonblocker (GnRh), hochdosiert (20 - 40 x höher als empfohlen) täglich injizierte. In der Regel wurde Buserelin für 6 - 24 Wochen gegeben und danach für 3 - 6 Monate pausiert.

Aromatasehemmer

Östrogene werden vor allem bei Frauen nach der Menopause (Wechseljahre) vermehrt in Fettzellen produziert. Aromatasehemmer können diese Produktion verhindern und werden deshalb gerne bei älteren Frauen eingesetzt. Anastrozol und Letrozol (Arimin-

dex/Femara) gehören, nach Aminogutethemid, zu einer neueren Generation von Aromatasehemmer.

BH

Bei Brustkrebs gibt es ein Risiko, welches leider in den Medien aus verschiedenen Gründen absolut totgeschwiegen wird. Es ist die Studie der Anthropologen Sydney Ross Singer und Soma Grismaijer. Beide untersuchten insgesamt 4.700 Frauen und fanden heraus, dass die Chance an Brustkrebs zu erkranken, bei Frauen die 24 Stunden am Tag einen BH tragen, sage und schreibe 125 x höher ist als bei Frauen, die keinen BH tragen. Bei 12 Stunden am Tag ist die Chance immer noch 21 x größer. Der Grund hierfür liegt noch im Dunkeln. Wahrscheinlich spielt die Tatsache, dass BHs permanent lymphatische Gefäße blockieren, eine bedeutende Rolle. Auch die Veränderungen des Magnetfeldes durch die meist künstlichen Fasern der BHs könnten hierfür verantwortlich sein. Wir wissen heute nicht **warum** BHs so negative Auswirkungen haben, doch nach dieser Studie sollte sich wirklich jede Frau überlegen, **ob** bzw. was für einen BH sie zukünftig tragen möchte.

Etwas anderes ist mir hierbei auch aufgefallen. Japan hat die niedrigste Brustkrebsrate der Welt und weltweit werden Erziehung, Ernährung und viele weitere Einflüsse diskutiert, warum dem so ist. Tatsache ist jedoch, dass japanische Frauen weniger BHs wegen der kleineren Brüste tragen und dies ist zumindest **ein** Grund von vielleicht mehreren, könnte jedoch aber auch der Hauptgrund für die niedrige Brustkrebsrate sein.

Chronisch myeloische Leukämie (CML)

Die schulmedizinische Definition:

Maligne Entartung und Reifungsstörung der blutbildenden Stammzellen. Im Unterschied zur akuten myeloischen Leukämie liegt im Anfangsstadium eine Vermehrung aller drei Zellreihen in allen Reifungsstufen vor.

Wie häufig kommt CML vor?

Derzeit eine Erkrankung auf 100.000 Menschen.

Welche Unterteilungen gibt es?

Die CML wird in der Regel in drei Stadien eingeteilt.

1. Chronisch stabile Phase

Die Hauptsymptome sind hier Müdigkeit, Leistungsminderung und Nachtschweiß. Im Blut gibt es eine Zunahme der Leukozyten (Leukozytose) und man kann eine Vergrößerung der Milz (Spleno-megalie) finden, die auch ein Druckgefühl im linken Oberbauch verursachen kann. Hinzu kommt ein Klopf- oder Druckschmerz des Brustbeines.

2. Akzelerationsphase

Hier kommt es zu einer zunehmenden Leukozytose, einer Anämie (Mangel an roten Blutkörperchen) und einer Thrombozytopenie (Mangel an Blutplättchen). Hinzu kommt Tumorfieber, Knochenschmerzen und evtl. Gewichtsverlust. Auch die Splenomegalie nimmt zu.

3. Blastenschub

In diesem Stadium produziert das Knochenmark unreife Vorstufen von Blutzellen (Blasten) und gibt diese in das Blut ab. Die Zahl der Blasten steigt hierbei auf über 30 % aller Blutzellen.

Wie wird CML schulmedizinisch diagnostiziert?

Siehe weiter oben bei Unterteilungen und durch den Nachweis des so genannten Philadelphia-Chromosoms (bei ca. 90 % aller Patienten möglich). Bei Philadelphia-negativen Patienten muss eine genauere Blutuntersuchung (bcr/abl ...) durchgeführt werden.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Manchmal ist eine Milzentfernung notwendig. Aber ansonsten spielen Operationen bei CML natürlich keine Rolle.

Chemotherapie

Im Gegensatz zu der akuten myeloischen Leukämie spielt die Chemotherapie bei der CML keine so große Rolle, da Chemotherapien zu keiner Heilung führen. Dies wurde über Jahre hinweg in allen Formen „getestet“ und zwar ohne Erfolg. Um die Menge der Zellen

und die Größe der Milz besser kontrollieren zu können, setzt man trotzdem Chemotherapien ein, meistens Hydroxycarbamid. Aber auch Prednison, Vincristin oder Mitoxantron kommen zum Einsatz.

Allogene Knochenmark/Stammzellentransplantation:

Hierbei erhält der Patient Stammzellen von einem Spender. Zuerst werden hohe Dosen an Chemotherapie verabreicht, um das gesamte Knochenmark im Körper zu zerstören. Von einem anderen Spender wird dann gesundes Knochenmark entnommen. Das gesunde Knochenmark des Spenders wird dem Patienten injiziert und ersetzt dann das zerstörte Knochenmark des Patienten. Dies ist nach schulmedizinischer Meinung die einzige Therapie von CML, die zu Heilungen führen kann. Leider benötigt man hierzu einen HLA-identischen Spender (HLA = (human leucocyte antigen)). Alternativ werden zwar auch HLA-kompatible Spender genommen, jedoch nicht mit der gleichen Prognose.

Bestrahlungen:

Der Einsatz der Bestrahlung spielt bei CML keine Rolle mit der eher seltenen Ausnahme einer Bestrahlung der Milz.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Interferon

Interferon-alpha kommt frühzeitig zum Einsatz in einer sehr hohen Dosis von ca. 5 Millionen Einheiten / mpro Tag. Bei etwa der Hälfte der Patienten soll es zu einer zumindest verübergewendenden Normalisierung des Blutes und zu einer Rückbildung der Milzvergrößerung

kommen. Doch nur bei jedem zehnten Patienten wird ein Verschwinden der malignen Zellen mit dem Philadelphia-Chromosom erreicht. Hinzu kommen die teilweise schweren Nebenwirkungen und sobald das Medikament abgesetzt wird, tritt die Erkrankung wieder ein.

STI 571 / Glivec / Imatinib

Seit Mai 2001 ist der Enzymhemmer Imatinib als Glivec für Patienten mit CML zugelassen. Die Idee von Glivec ist, das Bcr-Abl-Protein zu hemmen, welches eine bestimmte Enzymaktivität aufweist (so genannte Tyrosinkinaseaktivität), ohne die Leukämiezellen nicht überleben können. Glivec wurde (mal wieder) von der Presse als **das** Mittel für CML hochgejubelt und inzwischen sogar für andere Krebsarten wie Magenkrebs zugelassen. Doch wie immer gilt auch hier: „Schaun mer mal“, denn die anfängliche Euphorie ist nämlich schon längst verschwunden, nachdem die prognostizierten Erfolge bei weitem nicht eingetroffen sind.

Das heißt nicht, dass Glivec nicht vielleicht doch ein wichtiges Mittel in der Behandlung von CML sein könnte, doch es gibt inzwischen selbst in der Schulmedizin einige Stimmen, die davor warnen, Glivec als Wundermittel zu sehen. Ich kann dem nur zustimmen und meine wenigen Erfahrungen mit Glivec sind auch nicht gerade berauschend. Bei fortgeschrittenen Fällen (und das sind viele!) scheint Glivec erstens keine Rückfälle vermeiden zu können, wie auch das Wissenschaftsjournal „Science“ im Juni 2001 berichtete und zweitens fördert es evtl. sogar das Krebswachstum.

Zwar erlangen manche Patienten eine Remission, dieser Zustand hält jedoch nicht lange an. Bei ca. 80 % dauert die hoffnungsvolle Phase maximal ein Jahr, danach produziert ein spezielles Gen wieder zu viel Kinaseprotein und **aktiviert** darüber das Wachstum der Krebszellen. In Kalifornien glaubt ein Team um Charles Sawyers auch zu wissen warum. Sein Team entdeckte bei Patienten eine Punktmutation in dem BCR-ABL-Gen, die das entsprechende Pro-

tein so veränderte, dass Glivec wirkungslos war. Gleichzeitig behielt es aber seine aktivierende Wirkung, mit der Folge, dass das Tumorstadium wieder angekurbelt wurde.

Bei anderen Patienten lag das Gen in Extrakopien vor und überschwemmte so die Zellen mit der Kinase. Diese Untersuchungen zeigen wieder mal, wie intelligent unsere Zellen sind und die Zerstörung von Zellen niemals die Lösung des Krebsproblems darstellen kann.

Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom)

Die schulmedizinische Definition ist:

Maligner epithelialer Tumor des Kolons (Hauptteil des Dickdarms).

Wie häufig kommt Dickdarmkrebs vor?

Derzeit ca. 18 Männer und 25 Frauen pro 100.000 Menschen.

Welche Unterteilungen gibt es?

Ca. 90 % aller Kolonkarzinome sind Adenokarzinome (Drüsenstrukturen bildendes Karzinom).

Wie wird Dickdarmkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Stuhluntersuchung auf Blut, Sigmoidoskopie (Spiegelung des Darms), Schmerzen, Bleistiftstuhl (dünn wie ein Bleistift), Koloskopie, Röntgen (mit Brei), Sonographie, Labor mit Erhöhung von CEA und LDH.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

- T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.
N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 – 3.
Bei Darmkrebs:
N0 = Keine Lymphknotenmetastasen
N1 = 1- 3 regionale Lymphknotenmetastasen
N2 = Mehr als 3 regionale Lymphknotenmetastasen
M = Metastasen. Stadien 0 (keine) – 1.
G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4.
Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

- TX Keine Beurteilung des Primärtumors
T0 Hier werden Krebszellen nur an der Oberfläche der Schleimhaut gefunden
T1 Infiltration der Submukosa (unter der Schleimhaut)
Duke A
T2 Infiltration in Muskelgewebe
Duke B
T3 Infiltration der Subserosa (unterhalb des Bauchfells) und Befall von Lymphknoten
Duke C
T4 Perforation in andere Organe
Duke D

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Kommt bei allen Stadien in Frage und ist sicherlich die erste Option. Dabei unterscheidet man verschiedene Operationen:

A: Nicht radikale Operationen

Hierbei wird ausschließlich der Tumor entfernt ohne Ausräumung von Lymphknoten. Diese OP wird meistens sehr alten Menschen oder Menschen mit einem hohen OP-Risiko vorgeschlagen.

B: Radikale Operationen

Hierbei wird der Tumor und die Lymphknoten entfernt.

C: Anus praeter

Anus praeter ist der medizinische Begriff für einen künstlichen Darmausgang (meist am Colon transversum). Man unterscheidet hier vor allem zwischen einem vorübergehenden und einem permanenten Anus praeter. Dieser Eingriff zeigt auch, welche große Wirkung eine Darmoperation für die restliche Lebensqualität hat und warum diese immer sehr gut überlegt werden muss. Vor allem für den Sexualakt spielt ein permanenter Anus praeter für viele Menschen eine einschneidende negative Rolle.

Grundsätzlich muss man sagen, dass es Studien gibt, die eine Lebensverlängerung durch eine Operation belegen. Vor allem wenn die Entfernung eines großen Tumors ohne Anus praeter möglich ist,

sollte die Operation in die Therapieüberlegungen immer mit einbezogen werden.

Sie sollten sich auf jeden Fall einen Arzt suchen, der sich auch mit Kryochirurgie (Vereisungsoperation) auskennt. Bei diesem Verfahren werden die Tumore sozusagen eingefroren und oftmals können hierdurch größere Operationen vermieden werden. Manchmal kommen auch Lasertherapien zum Einsatz. Sollten Sie operiert werden müssen, sollte auch eine Lektinblockade in Form einer D-Galaktose-Infusion zur Metastasenvermeidung überlegt werden.

Chemotherapie

In der Regel wird Patienten mit Darmkrebs eine Chemotherapie empfohlen, meistens mit 5-FU (Fluorouracil), gemeinsam mit Leucovorin oder Levamisol (ein Entwurmungsmittel z. B. für Schafe). Vor allem eine Studie aus dem Jahr 1990 wird immer und immer wieder zitiert, in der Patienten mit Duke C durch die Gabe von 5-FU und Levamisol bis zu 33 % länger lebten (Moertel 1990). Bei einer zuvor durchgeführten Studie nur mit Levamisol kam jedoch heraus, dass Levamisol das Leben der Patienten deutlich verkürzte (in der Vergleichsgruppe überlebten fast doppelt so viele Menschen, 68 % anstatt 38 %). Diese Untersuchung bestätigte vorherige Studien, in denen Levamisol z. B. bei Lungenkrebs ebenfalls dazu beitrug, dass Patienten früher starben (Davis 1981).

Interessanterweise zeigte diese Studie auch nur einen Vorteil bei Darmkrebspatienten im Stadium 3. In den Stadien 2 und 4 gab es keine Vorteile, sondern nur Nachteile. Niemand scheint auch der Frage nachzugehen, warum eine Kombination aus 5-FU, das allein gegeben keinen Überlebensvorteil erbringt, und ein Mittel wie Levamisol, welches nachweislich Patienten früher sterben lässt, auf einmal, wenn gemeinsam gegeben, signifikante Vorteile haben soll.

Viele Ärzte verschreiben in den letzten Jahren auch in Deutschland eine Kombination aus 5-FU und Leucovorin. Obwohl diese Kombination in Deutschland nie zugelassen wurde, ist sie heute die

Standardtherapie. Es gibt 2 Studien, bei denen es 20 therapiebedingte Todesfälle gab (Petrelli, N. et al., J. Clin. Oncol. 7, 1989 1419 - 1426 und Laufmann, L. R. et al., J. Clin. Oncol. 11, 1993, 1888 - 1893) und trotzdem wird diese Therapie sehr häufig verschrieben! Fragen Sie sich doch einmal selbst: Wie ist es möglich, dass diese Medikation trotzdem täglich verschrieben und von Krankenkassen bezahlt wird obwohl sie in Deutschland nicht zugelassen ist?

Dies ist ein erschreckendes Beispiel dafür, wie weit Ärzte in Systemen verstrickt sind. Eigene Forschungen ergaben nämlich, dass die meisten Ärzte gar nicht wissen, dass diese Kombination nur unter Studienbedingungen zulässig ist und nur wenn der Patient dieser Therapie zustimmt.

Ein weiteres Mittel, welches Ärzte immer öfter bei Darmkrebs verschreiben, ist Campto (Irinotecan - CPT-11). Wie Topotecan stammt es aus der Gruppe der so genannten Topoisomerase-I-Inhibitoren. Aufgabe dieser „Antikrebsmittel“ ist es, einen DNA-Strang zu brechen, in der Hoffnung, dass so Krebszellen zu töten sind. Ich kenne diese Theorie schon von vielen anderen Chemotherapeutika und weiß auch, warum es hauptsächlich eine Theorie ist und bleiben wird.

Inzwischen ist es so, dass manche Onkologen meinen, je mehr desto besser und geben ihren Patienten 5-FU, Leucovorin und Campto. Ihren Patienten gegenüber argumentieren sie, dass eine Studie, welche in Europa und Südafrika durchgeführt wurde, zu deutlich besseren Resultaten geführt habe. Die Wahrheit ist jedoch, dass Irinotecan bis heute nicht bewiesen hat, dass Patienten auch nach 5 Jahren nur einen Tag länger leben und es mal wieder nur um Tumorverkleinerung und um statistische Spielereien geht.

In einer Studie, die im Juli 2001 im NEJM (*New England Journal for Medicine*) veröffentlicht wurde, kann man nachlesen, dass Patienten mit Darmkrebs, die Campto gemeinsam mit 5-FU und Leucovorin bekommen haben, fast drei Mal so häufig starben wie Patienten, die „nur“ 5-FU/Leucovorin erhielten – und zwar an den Folgen der Therapie und nicht am Krebs! Das NCI (*Nationales Krebs-*

institut/USA) hat 2001 zwei Studien mit Camppto gestoppt.

Eine weitere Substanz ist Tegafur, sozusagen ein „Vorstufen-Präparat“ von 5-FU, welches sich erst im Körper zu 5-FU umwandelt. Auch hier gilt: Wo bitte sind Studien, die signifikante Vorteile der Lebenszeit enthalten?

Auch Xeloda und Orzel gelten als „Hoffnungsträger“. Orzel ist eine Kombination aus Tegafur/Uracil (UFT). Doch auch hier gilt das oben genannte.

Eine Notiz am Rande. Laut einer Studie der Unternehmensberatung Frost & Sullivan wird der „Markt“ bei Darmkrebs im Jahr 2000 auf 277,7 Millionen US-Dollar beziffert, jedoch bis zum Jahr 2006 auf 564,1 Millionen US\$ steigen. Wer hier noch glaubt, dass es keine finanziellen Interessenkonflikte gäbe, muss von einem anderen Stern sein.

Bestrahlung

Bestrahlungen spielen bei Darmkrebs eigentlich eine untergeordnete Rolle, da viele konventionelle Ärzte nicht mehr an deren Wirksamkeit bei dieser Krebsart glauben. Wie schnell man sich jedoch „täuschen“ kann, hat ja der Skandal in Hamburg gezeigt, als mehr als 60 Patienten „verstrahlt“ wurden.

Manchmal wird sie auch noch zur Schmerzbekämpfung eingesetzt, wobei hier der Sinn dieser Maßnahme stark angezweifelt werden muss, da genau diese Maßnahme oftmals zu verstärkten Schmerzen führt.

Ein anderer Einsatzpunkt ist die präoperative Bestrahlung, um durch eine Verkleinerung des Tumors besser operieren zu können. Doch auch hier haben Metastudien (8507 Patienten, 22 randomisierte Studien/Lancet 2001; 358:1291-304) aufzeigen können, dass man hierdurch nicht länger leben wird, weder durch eine präoperative noch durch eine postoperative Bestrahlung. Was sich jedoch in den Studien deutlich zeigte, ist, dass die Chance an anderen Krankheiten zu sterben, sich um 15 % erhöhte. Diese 15 % stellen eine

wirklich signifikante Zahl dar und jeder Arzt sollte diese Zahl kennen, bevor er seinem Patienten zu einer Bestrahlung rät.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Monoklonale Antikörper

Ein Immunpräparat, das Krebszellen markieren soll ist z. B. der Antikörper 17-1 A. In einer Studie mit Duker 3 Patienten unter Leitung von Prof. Gert Riethmüller (München) traten in der Nachbeobachtungszeit von 5 Jahren 30 % weniger Metastasen auf (Medikament: Panorex). Ein zweiter zugelassener Antikörper ist Rituximab, der jedoch bisher hauptsächlich bei Non-Hodgin-Lymphomen eingesetzt wird und seine Wirkung durch die Bindung an ein Protein namens CD20-Antigen entfalten soll. Vor dem Antikörper Herceptin/Trastuzumab wird seit Mitte 2000 gewarnt, da 15 Frauen während der Therapie innerhalb von 24 Stunden verstarben. Dieses Beispiel zeigt auf, dass der Einsatz von Antikörpern vorschnell zugelassen wurde und wir noch gar nicht wissen, welche Nebenwirkungen möglich sind, wenn Millionen von Menschen Antikörper bekommen haben.

Alkohol Therapie

Hierbei wird 96 %iger Alkohol direkt in den Tumor gespritzt und kann dazu beitragen Krebszellen zu töten. Was sich einfach und logisch anhört, ist in der Realität jedoch schwer durchführbar und wird nur bei bestimmten Tumorarten angewandt.

Lebermetastasen

Sehr häufig treten bei Darmkrebs zusätzliche Tumore in der Leber auf. Nachfolgend vier Therapien, die dann zum Einsatz kommen können:

Chemotherapie-Embolisation

Hier werden Chemotherapeutika in die Leberarterien injiziert und anschließend verödet man die Gefäße, die zu den Tumoren führen um den Tumor sozusagen „trocken“ zu legen. Diese Therapie wird auch TACE = transarterielle Chemotherapie-Embolisation genannt.

Harnstoff/Kreatin

Siehe unter Therapien: Harnstoff/Kreatin

Litt – Laserinduzierte Thermoerapie oder HITT

Hierbei werden Tumore in der Leber mittels Laser oder hochfrequenten Wellen zerstört. In der Regel nur möglich, wenn die Tumore kleiner als 4 cm sind.

Frequenztherapien

Ich habe gute Ergebnisse bei Störungen der Leber mit Frequenztherapien wie **PapImi** oder der **Aquatilis** Therapie gesehen.

Ependymom

Die schulmedizinische Definition:

Hirntumore, die aus dem die Ventrikel (mit Liquor gefüllte Hirnkammer) und den Zentralkanal des Rückenmarks auskleidenden Ependym bestehen.

Wie häufig kommen Ependymome vor?

30 - 40 Kinder pro 100.000 unter 15 Jahren. Insgesamt 5 % aller intrakraniellen Tumore sind Ependymome. Sie bilden 9 % aller Gliome. Das Ependymom des Rückenmarks macht 60 % aller Gliome des Rückenmarks aus. Ependymome der zerebralen Hemisphäre treten hauptsächlich bei Kindern und Heranwachsenden auf. Danach hauptsächlich im Alter von 35 Jahren.

Welche Unterteilungen gibt es?

Es gibt statistisch mehr gutartige Ependymome als bösartige. Man unterscheidet drei Gruppen gutartiger Tumore: myxopapilläre Ependymome (üblicherweise im Rückgrat auftretend), papilläre Ependymome (äußerst selten, sitzen im cerebellopontinen Bereich), und Subependymome (häufig gefunden im 4. Ventrikel und sich ausweitend in einem großen Bereich zwischen Kleinhirn und Medulla). Das anaplastische Ependymom ist die bösartige Form dieses Tumors. Anaplastisch bedeutet, dass höher differenzierte Zellen (normale Zellen) in weniger differenzierte übergehen (also bösartig werden).

Wie wird ein Ependymom schulmedizinisch diagnostiziert?

Neben den neurologischen Untersuchungen, vor allem wegen den vielen Differenzialdiagnosen, kommen vor allem bildgebende Verfahren zum Einsatz: Elektroencephalogramm (EEG), Evozierte Potenziale (akustisch evozierte Potenziale AEP, visuell evozierte Potenziale VEP, sensorisch evozierte Potenziale SEP), Computertomogramm (CT), Blutuntersuchungen (z.B. Tumormarker), Magnetresonanztomographie (MRT), Angiographie, Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und natürlich Biopsien. Da Ependymome häufig den Liquorabfluss blockieren, kommt es dann auch zu der spezifischen Symptomatik eines erhöhten Hirndrucks.

Histologisch ist das Hauptkriterium die so genannte Pseudorosette um die Blutgefäße. Die Tumorzellen sind dabei mit langen Fibrillen um die Gefäße herum angeordnet.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Stadieneinteilung von Gehirntumoren nach WHO (Weltgesundheitsorganisation):

- 1 = Gutartiger, langsam wachsender Tumor.
- 2 = Noch gutartiger Tumor, jedoch nicht mehr langsam wachsend.
- 3 = Bösartiger, schnell wachsender Tumor.
- 4 = Bösartiger, sehr schnell wachsender Tumor.

Das Ependymom wird in der Regel dem WHO Stadium 2 zugeordnet. Anaplastische Ependymome gehören jedoch der Stufe 3 an und manche werden auch der Stufe 4 (sekundäres Glioblastom) zugeordnet, jedoch mit einer günstigeren Prognose.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Eine Operation ist die Behandlung erster Wahl. Dabei darf man jedoch nicht vergessen, dass der Sitz der Tumore oftmals Operationen nur mit einem sehr großen Operationsrisiko erlaubt und deshalb jede Operation zweimal überdacht werden muss.

Schulmedizinisch wird in der Regel auch davon ausgegangen, dass eine Tumormassenreduktion grundsätzlich gemacht werden sollte, wenn es operationstechnisch möglich ist. Ich kann mich dieser Argumentation nicht grundsätzlich anschließen, denn meine persönlichen Erfahrungen mit Patienten, die ihren Tumor ohne Operation besiegten, sprechen hier dagegen. Des Weiteren darf man die sehr hohe Rückfallrate nach Operationen nicht vergessen.

Chemotherapie

Grundsätzlich ist zu sagen, dass **alle** Versuche mit Chemotherapien bis heute gescheitert sind. Es gab und gibt Versuche mit Cisplatin, CCNU (Lomustin), Cyclophosphamid, Carboplatin, Methotrexat, Vincristin uvm. – doch leider waren die Ergebnisse bisher nicht gerade viel versprechend und hier stellt sich grundsätzlich die Frage, ob Chemotherapie bei Ependymomen überhaupt der richtige Ansatzpunkt ist.

Leider reizt dies jedoch viele Onkologen und so ist die Chance, dass Sie oder Ihr Kind eine Chemotherapie erhalten, und zwar mit den schwersten Giftstoffen, die es in der Onkologie gibt (Cisplatin, Cyclophosphamid und Carboplatin), leider sehr groß. Seien Sie also auf der Hut und lassen Sie sich nicht zu Menschenversuchen überreden, die anderen Menschen **nicht** geholfen haben (um es sehr freundlich auszudrücken).

Da die Prognose bei Kindern mit anaplastischem Ependyom nach OP und Bestrahlung nicht sehr gut ist, empfehlen viele Onkologen den Eltern „einen letzten Therapieversuch“ mit Chemotherapie. Diesem Ansatz muss ich deutlich widersprechen, da dies kein „letzter Versuch“, sondern mehr die „letzte Verzweiflungstat“ eines Onkologen ist, der mit seinem Latein am Ende ist. Die Statistiken sprechen hier eine deutliche Sprache und jeder logisch denkende Mensch muss sich hier die Frage stellen, wann auch der letzte Mediziner endlich versteht, dass eine Chemotherapie nicht der richtige Ansatzpunkt für Gehirntumore ist.

Bestrahlung

Bei Ependyomen wird in der Regel „großzügig“ bestrahlt, da man Angst vor so genannten „Abtropfmetastasen“ hat (mit Ausnahme von Kindern unter einem Jahr). Ein übliches Schema ist z. B.:

- gesamter Hirnschädel 30 Gy
- gesamter Spinalkanal 30 Gy
- Boost Tumorregion 20 Gy bis 50 Gy

Weiteres bezüglich Bestrahlung siehe unter Astrozytomen.

Weitere Therapien wie Hyperthermie, Gentherapien usw.

Bitte lesen Sie unbedingt das Kapitel über Astrozytome, da das dort gesagte auch bei Ependyomen zutrifft.

Gallenblasenkrebs

Die schulmedizinische Definition:

Gallenblasenkrebs ist eine bösartige Erkrankung des Epithelgewebes der Gallenblase.

Wie häufig kommt Gallenblasenkrebs vor?

Derzeit ca. 5 Erkrankungen pro 100.000 Menschen.

Welche Unterteilungen gibt es?

Man unterscheidet die Tumore nach ihrer Zellart wie z. B. Adenokarzinome (Drüsengewebe), Siegelring Zellen, Sarkomazellen usw.

Wie wird Gallenblasenkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Oberbauchbeschwerden, Gelbsucht, Gewichtsverlust, Übelkeit und Erbrechen, Appetitlosigkeit, Ultraschalluntersuchung, ERCP (endoskopische retrograde Cholangiographie). Dabei wird eine lange Spiegelsonde über die Speiseröhre in den Zwölffingerdarm eingeführt. Von dort aus wird in den Gallengang/Gallenblase ein Kontrastmittel gespritzt. Durch die Röntgenaufnahme lassen sich so die Gallengänge und die Gallenblase genauer beurteilen.

Computertomographie (CT), Perkutane transhepatische Cholan-

giographie und Drainage (PTCD) bei erfolgloser ERC, Gastroskopie mit Biopsie, Sonographie, Tumormarker CA 72-4, Ca 19-9, CEA, evtl. Leberfunktionstest bei Gelbsucht.

In der Vorgeschichte der Patienten sind oftmals Gallensteine zu finden. Hieraus jedoch darauf zu schließen, wie man in vieler Literatur nachlesen kann, dass Gallensteine eine Vorstufe oder sogar Auslöser von Gallenblasenkrebs seien, halte ich angesichts dessen, dass weniger als 2 % aller Patienten mit Gallensteinen auch ein Karzinom entwickeln, für falsch.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

- T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.
- N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.
- M = Metastasen. Stadien 0 - 1.
- G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4. Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

- TX Keine Beurteilung des Primärtumors.
- T0 Kein Anhalt für Primärtumor.
- Tis Carcinoma in situ (in natürlicher Lage/Oberflächenkarzinom).
- T1 Der Tumor tritt in die Bindegewebsschicht oder den Muskel über (T1, N0, M0).
- la = In die Bindegewebsschicht (lamina propria).
- lb = In den Muskel.
- T2 Der Tumor greift auf andere Muskelschichten

- über, jedoch nicht in die Leber oder ins Bauchfell (T2, N0, M0).
- T3 Der Tumor infiltriert ins Bauchfell oder in ein anderes naheliegendes Organ oder beides. (Leberbefall ist kleiner als 2 cm) T1, N1, M0 * T2, N1, M0 * T3, N0, M0 * T3, N1, M0
- T4 Die Tumorerinfiltration in die Leber ist größer als 2 cm, und/oder der Befall mindestens zweier weiterer Organe wie z. B. Magen, Darm, Pankreas.
- 4a = T4, N0, M0 * T4, N1, M0
- 4b = Alle T, N2, M0 * Alle T, Alle N, M1

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Die Operation der Gallenblase wird als erste und einzige Indikation zur kurativen Therapie angegeben und gilt bei Carcinoma in situ (Tis), Mukosakarzinom und Primärtumore der Kategorie T1b (Infiltration der Muskeln) sogar als alleinige Standardtherapie.

Bei Tumoren der Kategorie T2 kommt meistens die Entfernung des Gallenblasenbettes mit einem ca. 3 cm breiten Saum hinzu bzw. eine anatomische Leberresektion (Entfernung der Segmente IVb und V) mit Lymphadenektomie (Entfernung von Lymphknoten) entlang des Ligamentum hepatoduodenale. Bei einem T3-Tumor wird manchmal auch der Gang zwischen Leber und Gallenblase (ductus choledochus) entfernt.

Bei großen OPs werden evtl. auch der Zwölffingerdarm und die Bauchspeicheldrüse entfernt. Dies bedeutet jedoch einen großen Eingriff in die zukünftige Lebensqualität und sollte sehr vorsichtig abgewägt werden. Ein Leben ohne Gallenblase ist hingegen durchaus ohne sehr große einschneidende Veränderungen möglich.

Chemotherapie

Obwohl es bis heute keine einzige Studie gibt, die einen lebensverlängernden Beweis hervorbringen konnte, werden Patienten mit Gallenblasenkrebs immer noch Chemotherapien vorgeschlagen. So werden z. B. Studien mit Oxaliplatin, 5-FU und Leucovorin gemacht. Obwohl wir heute wissen, dass es gerade bei der Kombination von 5-FU und Leucovorin zu einem **therapiebedingten vorzeitigen Tod** des Patienten kommen kann, erlaubt die Ethikkommission immer wieder neue Menschenversuche mit diesen Präparaten. Ich habe hierfür absolut kein Verständnis und kann Sie hiervoor nur warnen.

Ein anderer Ansatzpunkt ist die regionale Chemotherapie, die sich „natürlich“ in einem geschlossenen System wie der Gallenblase anbietet. Hierzu muss man jedoch folgende Punkte abwägen:

1. Meistens wird Gallenblasenkrebs in einem Stadium diagnostiziert, in dem der Tumor nicht mehr auf die Blase begrenzt ist.
2. Diese Theorie geht davon aus, dass Tumor = Krebs ist und der Tumor möglichst schnell zerstört werden muss.

Zusammenfassend kann man sagen, dass bisher alle Chemotherapiesansätze versagt haben und wenn Ihnen diese Therapie angeboten wird, dann bitten Sie Ihren Arzt unbedingt darum, Ihnen **schriftliche** Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die etwas anderes aufzeigen.

Bestrahlung

Die Zusammenarbeit mit Radiologen bei Gallenblasenkrebs ist selbst unter Schulmedizinern sehr umstritten. Sie finden in der Literatur oder bei Kongressen fast alle Aussagen von „unwirksam, da die Blase nicht strahlenempfindlich ist“ bis „man sollte immer versuchen, die Tumormasse mit einer Strahlentherapie zu verkleinern.“

Tatsache ist, dass auch die Strahlentherapie Patienten immer wieder vorgeschlagen wird, ohne dass es Daten gibt, die für eine Effektivität dieses Vorgehens sprechen. Zusammenfassend gilt das Gleiche wie für die Chemotherapie. Wenn Ihnen diese Therapie angeboten wird, dann bitten Sie Ihren Arzt unbedingt darum, Ihnen **schriftliche** Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die etwas anderes aufzeigen.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Therapien wie Hormonblockaden, Interferone usw. spielen bei Gallenblasenkrebs keine Rolle, da sich die gesamte Therapie im Grunde genommen auf die Operation konzentriert. Von großem Nachteil bzw. Vorteil, je nach Sichtweise, ist natürlich auch die Tatsache, dass Gallenblasenkrebs sehr selten vorkommt und es daher für Pharmafirmen nicht gerade interessant ist, hier Geld in Studien zu investieren. Hauptsächlich aus diesem Grund gibt es kaum Studien und wenn doch, dann nur solche von Chemotherapiekombinationen im Vergleich zu anderen schulmedizinischen Maßnahmen. Diese sind natürlich für Patienten nicht sehr interessant, da diese mehr vom Marketingdenken einzelner Firmen bestimmt werden oder aber um Forschungsgelder „in Umlauf zu bringen.

Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)

Die schulmedizinische Definition ist:

Beim Zervixkarzinom werden Krebszellen im Zervixgewebe (Gewebe des Gebärmutterhalses) gefunden.

Wie häufig kommt Gebärmutterhalskrebs vor?

Derzeit ca. 7.000 Frauen pro Jahr. Es gibt Statistiken, die aufzeigen sollen, dass Frauen ohne Geburten, die früh Sexualverkehr oder Infektionen mit Herpes bzw. Papilloma-Viren hatten, häufiger Gebärmutterhalskrebs bekommen. Diese Daten sind jedoch sehr schwer zu bewerten und deshalb mit Vorsicht zu genießen.

Welche Unterteilungen gibt es?

Man unterscheidet hauptsächlich nach den Gewebetypen. Die meisten (ca. 80 %) sind Plattenepithelkarzinome, gefolgt von den Adenokarzinomen (ca. 10 - 15 %). Der Rest sind Mischtumore.

Wie wird Gebärmutterhalskrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Außergewöhnliche Blutungen, Unterleibsschmerzen, vergrößerter Uterus, Ultraschall, CT, Kernspintomographie, Hysteroskopie (En-

doskopie der Gebärmutter), Kürettage (Gewebegewinnung). Häufig wird immer noch der PAP-Test durchgeführt. Obwohl viele Studien (siehe hierzu z. B. das Buch: *Was Ärzte Ihnen nicht erzählen*, Seite 91 - 100) die Unzuverlässigkeit dieses Tests bzw. die unnötige Geldverschwendung hierdurch belegen, gehört er immer noch zum Standardprogramm vieler Gynäkologen.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

- T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.
- N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.
- M = Metastasen. Stadien 0 - 1.
- G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4. Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien nach FIGO

- Tis = Carcinoma in situ. Hierbei werden Krebszellen ausschließlich in der obersten Schleimhautschicht der Zervix gefunden.
- 1 = Der Tumor hat sich in der Zervix ausgebreitet.
- 1a = Karzinom nur im Mikroskop sichtbar.
- 1a1 = Mikroskopisch sichtbarer Befall des Bindegewebes.
- 1a2 = Maximal 5 mm tief und 7 mm breit.
- 1b = Größer als bei 1a2 oder sichtbar im Hals.

- 1b1 = Maximal 4 cm.
- 1b2 = Über 4 cm.
- 2 = Ausbreitung jenseits der Gebärmutter, jedoch nicht bis Beckenwand bzw. unterem Drittel der Vagina.
- 2a = Keine Ausbreitung ins Parametrium (spezieller Bindegewebsraum).
- 2b = Ausbreitung ins Parametrium (spezieller Bindegewebsraum).
- 3 = Ausbreitung bis Beckenwand, unteres Drittel der Vagina, Harnstauungsniere und/oder stumme Niere (Wegfall einer Niere).
- 3a = Tumor befällt unteres Drittel der Vagina, keine Ausbreitung zur Beckenwand.
- 3b = Tumor breitet sich bis zur Beckenwand aus oder verursacht Hydronephrose oder stumme Niere.
- 4 = Tumor verbreitet sich in die Schleimhaut von Blase oder Rektum und/oder ins kleine Becken.
- 4a = Verbreitung auf angrenzende Organe des Beckens.
- 4b = Verbreitung auf entfernte Organe.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Es gibt keine Studien, dass radikale Operationen, also mit Gebärmutter- und/oder Eierstockentfernungen, bessere Ergebnisse hervorbringen, wie Connors und Norris 1990 in ihrer Studie aufzeigten. Leider kommt diese Operation jedoch immer noch sehr häufig vor. Dabei werden die Gebärmutter sowie die im Becken befindlichen Lymphknoten entfernt. Meistens werden die gesamte Gebärmutter, beide Eierstöcke, beide Eileiter, die Beckenlymphknoten und Teile des Netzes (Gewebeabdeckung innerhalb des Bauchrau-

mes) entfernt (Wertheim-Meigs-Operation). In der Regel wird auch das obere Vaginaldrittel entfernt.

Die Ausräumung der Lymphknoten ist selbst unter Schulmedizinern umstritten, da es keine Studien gibt, die beweisen, dass Patientinnen durch diese Maßnahme länger leben (Hannigan et al.; 1992 sowie Leibsohn). Wenn man bedenkt, dass die Nebenwirkungen jedoch deutlich größer sind, dann sollte man diese Option unbedingt mit seinem Chirurgen besprechen.

In späteren Stadien werden auch Teile des hinteren Dickdarms, des Mastdarms oder die gesamte Blase mitentfernt (Exenteration). Danach benötigen Sie meistens eine neue Vagina, die chirurgisch angelegt werden muss.

Chemotherapie

Es gibt sehr viele Studien mit Chemotherapien, meistens in Kombination mit einer Bestrahlung. Die meisten Studien haben gezeigt, dass Chemotherapien **plus** Bestrahlung im Vergleich zu einer alleinigen Bestrahlung die Überlebenschancen eher **senken** (Souhami et al., 1991, Cardenas et al., 1992, Kumar et al., 1994, Tattersall et al., 1995).

In den letzten Jahren hat sich vor allem Cisplatin als „Goldstandard“, durchgesetzt. Interessant ist dabei jedoch (Malfetano et al., 1993, Souhami et al., 1993, Runowicz et al., 1989, Potish et al., 1986), dass es in allen Studien nur um Ansprechraten ging (die bei Cisplatin natürlich sehr hoch liegen) und dass die Gesamtbeobachtungszeit maximal bei 44 Monaten lag. Zusätzlich waren die untersuchten Gruppen manchmal mit 29 Patienten (Polish) sehr klein. Das Wichtigste jedoch ist, dass es in der Studie wieder einmal keinen Vergleichsarm zu einer biologischen Therapie gab, ganz abgesehen davon, dass die Ergebnisse sowieso nicht gerade berauschend waren (4 Jahresüberleben 81 % mit Cisplatin gegenüber 71 % ohne).

Ein weiterer Punkt ist, dass Sie sich mit Cisplatin eventuell die Chance einer Heilung nehmen, da Sie ihr Knochenmark so stark

schädigen, dass Sie sich hiervon nicht mehr erholen oder aber **an der Therapie** sterben. Dieser Punkt wird gerne "vergessen,, obwohl jedes Jahr unzählige Menschen **an Chemotherapien** sterben.

Bestrahlung

1992 veröffentlichte Dr. Hannigan eine Studie, in der er beweisen konnte, dass über 30 % aller Frauen mit **Gebärmutterkrebs** zwei bis zwanzig Jahre zuvor im Beckenbereich wegen anderer Erkrankungen bestrahlt wurden. Diese Tatsache wurde aber sofort wieder unter den Teppich gekehrt und damit begründet, dass diese Frauen sowie so eine "Prädisposition,, zu Krebs gehabt hätten. Aus Sicht der konventionellen Medizin ist dies natürlich verständlich, denn sonst müssten sich manche Radiologen ja fragen, ob nicht sie es waren, die den Krebs dieser Frauen **erzeugten!** Und es könnte noch schlimmer kommen. Vielleicht kommt dann ja jemand auf die Idee, andere Krebsarten ebenfalls einer intensiven Untersuchung zu unterziehen. Da ist es doch schon viel besser, allen Frauen "schlechte Gene,, zu bescheinigen.

Die Bestrahlung spielt bei Gebärmutterhalskrebs eine große Rolle. Alleinig wird sie hauptsächlich bei sehr fortgeschrittenen Tumoren und im Frühstadium **anstelle** einer Operation durchgeführt. Bei einer **lokalen Bestrahlung** wird eine Strahlensonde durch die Scheide bis zur Tumorregion vorgeschoben. Diese Bestrahlungsart wird als **afterloading** bezeichnet. Durch diese Maßnahme soll das nicht vom Tumor betroffene Gewebe, wie z. B. die Blase oder der Darm geschont werden. Ansonsten wird den meisten Frauen eine Radio-Chemotherapie-Kombination angeboten, meistens in Ergänzung mit Cisplatin.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Hormontherapien

Hormontherapien spielen zwar in der Behandlung des Gebärmutterhalskrebses keine Rolle, jedoch als Auslöser von Krebs. Vor allem das Mittel Tamoxifen spielt hier eine große Rolle.

Daten aus dem Jahr 2000 bestätigen die Gefährlichkeit von Tamoxifen. In Holland untersuchte man 309 Frauen, die nach einer Brustkrebserkrankung Gebärmutterkrebs bekamen. Man verglich diese Frauen mit 860 Frauen, die „nur„ Brustkrebs entwickelten und fand heraus, dass Frauen die Tamoxifen maximal zwei Jahre einnahmen ein 50 % höheres Risiko hatten; Frauen die Tamoxifen zwischen zwei und fünf Jahren einnahmen hatten ein 100 % höheres Risiko und Frauen die Tamoxifen über 5 Jahre einnahmen, hatten ein 690 % höheres Risiko, Gebärmutterkrebs zu entwickeln (Lancet 2000, 356). Zusätzlich war der Gebärmutterkrebs schwerer zu behandeln als bei den Frauen, die nie Tamoxifen einnahmen.

Gebärmutterkrebs (Uteruskarzinom)

Die schulmedizinische Definition ist:

Eine Gruppe von Tumoren, deren mesenchymales Gewebe bösartig ist, entweder ausschließlich oder in Kombination mit Epithelzellen der Gebärmutter (Gebärmutter = Uterus).

Wie häufig kommt Gebärmutterkrebs vor?

Derzeit ca. 11.000 Frauen pro Jahr.

Welche Unterteilungen gibt es?

Man unterscheidet hauptsächlich nach den Gewebetypen, also Karzinosarkome, Leiomyosarkome, endometriale Stroma-Sarkome und unklassifizierte Sarkome (Sarkom = vom mesenchymalen Gewebe ausgehender Tumor).

Wie wird Gebärmutterkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Außergewöhnliche Blutungen, Unterleibsschmerzen, vergrößerter Uterus, Ultraschall, CT, Kernspintomographie, Hysteroskopie (Endoskopie der Gebärmutter), Kürettage (Gewebegewinnung)

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

- T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.
- N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.
- M = Metastasen. Stadien 0 - 1.
- G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4. Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien nach FIGO

- 1 = Tumore werden nur im Hauptteil des Uterus gefunden.
- 2 = Tumore werden auch im Gebärmutterhals gefunden.
- 3 = Tumore werden außerhalb der Gebärmutter gefunden, jedoch nicht außerhalb des Beckens.
- 4 = Tumore werden außerhalb des Beckens gefunden, z. B. in der Wand der Harnblase oder im Darm oder in anderen Organen.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Kommt bei allen Stadien in Frage und ist sicherlich die erste Option. In der Regel wird eine "Totaloperation," vorgenommen. Dabei werden die Gebärmutter sowie die im Becken befindlichen Lymphknoten entfernt. Meistens werden die gesamte Gebärmutter, beide Eierstöcke, beide Eileiter, die Beckenlymphknoten und Teile des Netzes (Gewebeabdeckung innerhalb des Bauchraumes) entfernt (Wertheim-Meigs-Operation). Die Ausräumung der Lymphknoten ist selbst unter Schulmedizinern umstritten, da es keine Studien gibt, die beweisen, dass Patientinnen durch diese Maßnahme länger leben (Hannigan et al.; 1992 sowie Leibsohn). Wenn man bedenkt, dass die Nebenwirkungen jedoch deutlich größer sind, dann sollte man diese Option unbedingt mit seinem Chirurgen besprechen.

Bei Patientinnen mit Kinderwunsch im Stadium I kann auch eine uteruserhaltende Operation überdacht werden, da die radikale Operation keinen Vorteil bezüglich krankheitsfreiem Überleben hat, wie Connors und Norris 1990 in ihrer Studie aufzeigten. Bei endometrialem Stromasarkom geht die Meinung heute klar dahin, dass hier grundsätzlich eine Totaloperation durchgeführt wird, da diese Tumore eine große Östrogen-Rezeptor-Expression aufweisen und Berchuk 1990 in einer Studie veröffentlichte, dass Patientinnen ohne eine Entfernung der Eierstöcke 100 % Rückfälle hatten (mit Entfernung nur 43%).

Chemotherapie

Um es vorweg zu nehmen. Alle Ansätze mit Chemotherapien bei Gebärmutterkrebs haben bisher versagt und müssen heute als Expe-

riment an Menschen eingestuft werden. Trotzdem höre ich immer wieder, dass Patientinnen mit Cyclophosphamid, Vincristin, Ifosfamid, Etoposid, Mitoxandron, Piperazinedion, Doxorubicin und Dacarbazin behandelt werden. Bei Karzinosarkomen schlagen manche Ärzte ihren Patientinnen sogar Chemotherapien mit Cisplatin vor, trotz der enormen Nebenwirkungen.

Jeder Patient und jeder Arzt muss sich hier die Frage stellen, ob **keine** Chemotherapie nicht besser ist als ein erneuter Versuch mit einem der Präparate, die bis heute den Patientinnen nur Leid und Schmerzen gebracht haben. Anstatt einzusehen, dass Chemotherapien bei Gebärmutterkrebs der falsche Ansatzpunkt sind, gehen "Experten,, jedoch dazu über, dieses "Experimentierfeld,, großzügig auszunutzen, denn anders ist es nicht zu erklären, dass immer noch so viele Frauen so viele nutzlose Chemotherapien bekommen. In jedem anderen Gebiet würden Menschen sagen, warum sollte ich eine Therapie machen, die erstens mein Leben nicht verlängern kann und zweitens so schmerzhaft ist. Doch wenn es um Chemotherapien geht, dann muss man anscheinend akzeptieren, dass es in Ordnung ist, ohne Logik zu agieren.

Ein weiterer Punkt ist, dass Sie sich durch diese Therapien evtl. die Chance auf eine Heilung nehmen, da Sie Ihr Knochenmark so stark schädigen, dass Sie sich hiervon nicht mehr erholen oder aber **an der Therapie** sterben. Dieser Punkt wird gerne "vergessen,, obwohl jedes Jahr unzählige von Menschen **an Chemotherapien** sterben.

Bestrahlung

Alles was ich über Chemotherapien geschrieben habe, gilt auch für die Bestrahlung von Gebärmutterkrebs. Vor allem bei inoperablem Gebärmutterkrebs gilt Bestrahlung immer noch als die Therapie. Bis heute ist es jedoch nicht gelungen, zu beweisen, dass diese Therapie dazu beiträgt, dass Patientinnen länger leben. Man geht immer noch von dem überalteten Konzept aus, dass Menschen länger leben,

wenn Tumore z. B. durch Bestrahlung kleiner werden, obwohl wir schon lange wissen, dass dem nicht so ist.

Obwohl bis heute keine harten Fakten vorliegen, dass Bestrahlungen dazu beitragen, dass Frauen länger leben, wird sie dennoch immer wieder vorgeschlagen, auch unter dem Gesichtspunkt "palliativer (lindernder) Charakter,„. Ich kann mich nicht der Meinung einer palliativen Strahlentherapie anschließen, und wenn man die Nebenwirkungen betrachtet, dann muss sich jeder Patient **und** Arzt sehr genau überlegen, ob ein Patient die letzten Tage seines Lebens bestrahlt gehört oder nicht.

Weiteres zu **Bestrahlung** siehe unter Gebärmutterhalskrebs.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Da sich in den letzten Jahren vor allem die Operation als **die** Standardtherapie durchgesetzt hat, spielen andere Therapien wie Hormontherapien oder Zytokintherapien keine Rolle. Bezüglich Hormontherapien siehe unter Gebärmutterhalskrebs.

Glioblastom

Die schulmedizinische Definition ist:

Hirntumor aus blastomatösen, mesenchymalen und glösen Anteilen. Entsteht meistens im hemisphärischen Marklager.

Wie häufig kommen Glioblastome vor?

An einem Glioblastom erkranken in Deutschland jährlich 8 - 10 Personen von 100.000. Darunter vor allem Kinder bis zum 10. und Erwachsene vom 60. - 75. Lebensjahr.

Welche Unterteilungen gibt es?

Glioblastome sehen in verschiedenen Stadien unterschiedlich aus und sind deshalb auch nicht immer einfach zu diagnostizieren. Strichförmige Nekrosen (tote Zellen) sind z. B. ein Indiz, dass es sich um ein Glioblastom handelt.

Wie wird ein Glioblastom schulmedizinisch diagnostiziert?

Neben den neurologischen Untersuchungen, vor allem wegen der vielen Differenzialdiagnosen, kommen vor allem bildgebende Verfahren zum Einsatz: Elektroencephalogramm (EEG), Evozierte Potenziale (akustisch evozierte Potenziale AEP, visuell evozierte Po-

tenziale VEP, sensorisch evozierte Potenziale SEP), Computertomogramm (CT), Blutuntersuchungen (z. B. Tumormarker), Magnetresonanztomographie (MRT), Angiographie, Positronen-Emissionstomographie (PET) und natürlich Biopsien.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Stadieneinteilung von Gehirntumoren nach WHO (Weltgesundheitsorganisation):

- 1 = Gutartiger, langsam wachsender Tumor.
- 2 = Noch gutartiger Tumor, jedoch nicht mehr langsam wachsend.
- 3 = Bösartiger, schnell wachsender Tumor.
- 4 = Bösartiger, sehr schnell wachsender Tumor.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Die Operation ist nach Angaben der schulmedizinischen Literatur die einzige kausale Therapie. Gleichzeitig wird jedoch in der gesamten Literatur beschrieben, dass Glioblastome nach einer Operation zu 100 % zurückkommen. Oftmals sind Operationen gar nicht möglich, weil der Tumor zu groß ist oder Onkologen glauben, dass eine Operation sich nicht lohne, wenn der Tumor z. B. in die Stammganglien eingebrochen ist.

Schulmedizinisch wird in der Regel auch davon ausgegangen, dass eine Tumormassenreduktion grundsätzlich gemacht werden sollte, wenn es operationstechnisch möglich ist. Ich kann mich dieser Argumentation nicht anschließen, wenn ich die bisherige 100 %ige Rezidivrate betrachte. Des Weiteren sprechen meine persönli-

chen Erfahrungen mit Patienten, die ihren Tumor ohne Operation besiegt, gegen diese Argumentation.

Etwas anderes ist ebenfalls sehr beunruhigend. Wenn Sie mit einem Schulmediziner über Glioblastome reden, dann wird er Ihnen keine großen Hoffnungen machen. Dies liegt meiner Meinung jedoch nicht daran, dass Glioblastome sehr viel aggressiver sind als andere Tumore, sondern vielmehr, dass der schulmedizinische Ansatzpunkt der alleinigen Tumorzerstörung als Heilungschance bei Tumoren im Gehirn zum Scheitern verurteilt ist. So lange hier kein Umdenken stattfindet, werden Glioblastome niemals erfolgreich von Schulmedizinern behandelt werden können.

Chemotherapie

Eine Chemotherapie wird in der Regel nur jungen Patienten in gutem Allgemeinzustand angeboten. Meist kommen folgende Chemo-Protokolle zum Einsatz: VM-26, ACNU, BCNU und eine Kombination aus Procarbazin, CCNU und Vincristin (PCV). Auch Hochdosis Therapien mit MTX (Methotrexat) sind möglich.

Bis heute gibt es jedoch keinen einzigen eindeutigen Beweis für einen signifikanten Vorteil in Bezug auf Überlebenszeit. Anstatt endlich einzusehen, dass Chemotherapien bei Glioblastomen der falsche Ansatzpunkt sind, gehen "Experten,, jedoch dazu über, dieses "Experimentierfeld,, großzügig auszunutzen. Wie weit dies führt, kann man an der MTX-Hochdosis-Studie sehen, bei der Menschen zu solch einer Therapie "überredet,, werden, immer mit der Argumentation, dass es keine Therapie für Glioblastome gäbe. Sollten Sie solch einem Arzt einmal gegenüber stehen, dann fragen Sie ihn unbedingt, ob er meine, dass es keine **schulmedizinische** Therapie gäbe oder ob er grundsätzlich keine kenne. Nicht nur Dr. Burzynski in Texas hat schon mehrmals bewiesen, dass es sehr wohl erfolgreiche Therapien gibt.

Bestrahlung

Die Behandlung mit ionisierenden Strahlen spielt beim Glioblastom eine weitaus größere Rolle als die Chemotherapie. Heute kommen fast ausschließlich Elektronenbeschleunigeranlagen (Therapie) zum Einsatz. Kreisbeschleuniger (Betatron) wurden inzwischen von Linearbeschleunigern verdrängt.

Man unterscheidet hauptsächlich die Ganzhirnbestrahlung von der alleinigen Bestrahlung des Tumors. Bei der Ganzhirnbestrahlung müssen Sie wissen, dass diese Strahlen vor allem solche Zellen abtöten, die gut mit Sauerstoff versorgt werden (gesunde Zellen). Wie wir jedoch wissen (siehe Krebstherorien), ist dies gerade bei Krebszellen nicht der Fall und deshalb sind die Nebenwirkungen (wie verstärkte Ödembildung) niemals absehbar. Interessanterweise gehört zu diesen Nebenwirkungen auch ein beschleunigtes Tumorgewachstum. Ich betone dies, weil Ärzte dies ihren Patienten leider oftmals verschweigen.

Inzwischen gibt es die verschiedensten Arten von Bestrahlungstechniken wie *Stereotaktische Bestrahlung*, „interne“, Bestrahlungen mit Radionukliden wie Radium-226, Iridium-192, Caesium-137, Cobalt-60, Gold-198 oder Jod-125. Über Bohrlöcher in der Schädelkalotte werden operativ auch Katheter in den Tumor implantiert (*Overloading Verfahren*) und bei der *Seed Implantation* werden Radionuklide (Seeds) als kleine Kügelchen oder Stäbchen in das Tumorgewebe „eingearbeitet“.

Es gibt Studien, bei denen Patienten im Untersuchungsarm Bestrahlung länger gelebt haben und dies wird in der Regel auch jedem Patienten nahe gelegt. Neben den zuvor erwähnten Argumenten spricht jedoch gegen eine alleinige Bestrahlung, dass diese Patienten maximal wenige Wochen länger lebten und dass Sie das Risiko eingehen, dass Ihr Tumor wächst. Hinzu kommt noch die Überlegung, ob es überhaupt möglich ist, **nach** einer Bestrahlung geheilt zu werden.

**Weitere Therapien wie Hyperthermie, Genterapien
usw.**

Siehe unter Astrozytom.

Harnblasenkarzinom

Die schulmedizinische Definition Ihrer Krebsart ist:

Maligne Tumore des Urogenitalsystems.

Wie häufig kommt Harnblasenkrebs vor?

Derzeit ca. 20 Erkrankungen pro 100.000. Dabei spielt das Alter eine große Rolle, da es bei unter 20-jährigen nur 0,2 und bei über 80-jährigen über 200 Fälle pro 100.000 sind. Auch der Einfluss von Anilinfarben wird immer wieder beschrieben. Aber auch Chemotherapien wie Cyclophosphamide werden als Ursache von Blasenkrebs erwähnt.

Welche Unterteilungen gibt es?

Man unterscheidet vor allem epitheliale und nicht-epitheliale Tumore:

Epitheliale Tumore:

gutartige:

Transitionalzellpapillom (Sonderform diffuse Papillomatose), invertiertes Transitionalzell-Papillom, plattenepitheliales Papillom.

maligne:

Urothelkarzinom (herdförmig mit plattenepithelialer u./o. drüsi-

ger Metaplasie), Plattenepithelkarzinom, Adenokarzinom, undifferenziertes Karzinom.

Nichtepitheliale Tumore:

gutartige:

Leiomyom, Neurofibrom, Hämangiom, Granularzelltumor.

maligne:

Rhabdomyosarkom, Leiomyosarkom, Fibrosarkom, Osteosarkom.

weitere Tumore:

Phäochromozytom, Lymphom, Karzinosarkom, malignes Melanom.

Wie wird Harnblasenkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Abtasten des Nierenlagers und des Unterbauchs, Harnanalyse und Harnkultur: vor allem Blut im Urin, Serumkreatinin, Sonographie, Urethro-Zystoskopie (Blasenspiegelung), Biopsie - meistens wird eine Transurethrale Elektresektion (TUR) durchgeführt, bei der Teile aus dem Tumorgrund und aus den Tumorrändern entnommen wird. Die Resektion des Tumorgrundes sollte dabei die Blasenmuskulatur mit einschließen.

Ausbreitungsdiagnostik: MRT (Magnetresonanz), CT, Röntgenübersichtsaufnahme des Thorax, Abklärung von Lebermetastasen mit Sonografie, Leberwerte wie alkalische Phosphatase, LDH ... , Knochenszintigraphie.

Welche Stadien der Erkrankung es gibt?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benutzt. Dies bedeutet:

T =	Tumorstadium. Stadien 1 - 4 (siehe weiter unten).
N =	Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.
Nx =	Regionale Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0 =	Keine regionären Lymphknoten
N1 =	Metastase in solitärem Lymphknoten, 2 cm im größten Durchmesser
N2 =	Metastase(n) in solitärem Lymphknoten, mehr als 2 cm, aber nicht mehr als 5 cm im Durchmesser, oder in multiplen Lymphknoten, keine mehr als 5 cm im größten Durchmesser
M =	Metastasen. Stadien 0 - 1.
Mx =	Keine Beurteilung möglich
M0 =	Keine Metastasen
M1 =	Metastasen diagnostizierbar
G =	Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4. Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien:

Tx =	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0 =	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis =	Carcinoma in situ, auch flat (flacher) Tumor genannt
Ta =	Nichtinvasives papilläres Karzinom
T1 =	Tumor infiltriert in subepitheliales Bindegewebe
T2 =	Tumor infiltriert in die oberflächliche Muskulatur
T3 =	Tumor infiltriert in die tiefe Muskulatur oder in das perivesikale Fettgewebe (peri = um etwas herum, z. B. Organ, in der Nähe, über etwas hinaus und Vesika = Blase)

- T3a = Befall der tiefen Muskulatur
- T3b = Infiltration des perivesikalen Fettgewebes
- T3bi Mikroskopische Fettgewebes Infiltration des perivesikalen
- T3bii = Makroskopische Fettgewebes Infiltration des perivesikalen
- T4 = Tumore befallen Bauchwand.
Nachbarorgane, Becken- oder
- T4a = Tumor befällt die Prostata oder Uterus oder Vagina
- T4b = Tumor perivesikale die Becken- oder Bauchwand

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation:

TUR

Da Harnblasenkarzinome sehr häufig noch lokal begrenzt sind bei ihrer Entdeckung, können Sie sehr oft durch einen relativ einfachen Eingriff, der Transurethralen Elektroresektion (TUR), komplett entfernt werden. Allein diese Maßnahme führt bei nichtinvasiven Tumoren zu einer guten 5-Jahresüberlebenszeit. Diese Statistik zeigt jedoch auch, wie wenig aggressiv Harnblasenkarzinome sind und wie langsam wachsend.

Radikale Zystektomie

Beim Mann umfasst der Eingriff die Entfernung von Harnblase, Prostata und Samenblasen. Dabei wird zwar "versucht,, die Erektionsfähigkeit zu erhalten, dies geschieht jedoch "nicht immer,,. Evtl.

werden Lymphknoten im Beckenbereich (pelvine Lymphadenektomie) ebenfalls entfernt.

Bei der Frau umfasst der Eingriff die Entfernung von Harnblase, Gebärmutter und zwei Drittel der Harnröhre mit anliegendem Abschnitt der vorderen Vaginalwand.

Da Patienten mit T4-Tumoren nach radikaler Zystektomie nur eine 5-Jahresüberlebensrate von 0 - 6 % haben, kann man diese Operation nur als palliative (lindernde) Operation ansehen.

Achtung: Nach einer radikalen Zystektomie müssen zur Urinableitung hauptsächlich ausgeschaltete Dick- und/oder Dünndarmsegmente eingesetzt werden plus "Auffangsysteme", außerhalb des Körpers. Dies stellt natürlich einen großen Einschnitt in die Lebensqualität dar und sollte genauestens überlegt werden.

Chemotherapie

Da die Blase ein Hohlorgan ist, besteht die Möglichkeit lokaler und systemischer Anwendungen von Zellgiften. Hauptsächlich kommen Doxorubicin, Mitomycin C, Adriamycin, 5-FU, Methotrexat, Vinblastin, Carboplatin und Cisplatin zum Einsatz. Es gibt mehrere Studien, welche versuchten, herauszufinden, ob der Einsatz eines oder gleichzeitig mehrerer Chemotherapien größere Erfolge haben. Allgemein kann man sagen, dass es zwar Ergebnisse gibt, die aufzeigen, dass es z. B. durch eine Kombination von Dichloromethotrexat mit Cisplatin längere Remissionsraten gibt, doch der Einfluss auf die Überlebenszeit dadurch nicht signifikant ist. Die zusätzlichen Tage (nicht Jahre!) wurden außerdem mit weitaus größeren Nebenwirkungen erkauft.

In einer australischen Studie wurde ebenfalls Cisplatin gegen Cisplatin mit Methotrexat verglichen, hierbei gab es sogar gar keine Vorteile in Bezug auf Überlebenszeit. Auch eine Studie bei der Cisplatin mit CISCA-Chemotherapie verglichen wurde, ergab keine signifikanten Unterschiede in Remissionsrate, Remissionsintervall **und**

Überlebenszeit. Allein im Internet habe ich mehr als 150 Studien mit Chemotherapien bei Blasenkrebs gefunden. Hier wird jedoch vergessen, dass es (mal wieder) nur Studien gibt, die einen Giftstoff mit einem oder mehreren anderen vergleicht. Logischerweise schneidet also ein Giftstoff immer besser ab. Auffallend jedoch ist, dass kein einziger Wirkstoff wirklich dazu beitrug, dass Menschen länger lebten.

Jeder Arzt, der also behauptet, dass Patienten mit Harnblasenkarzinom durch eine Chemotherapie länger leben, sollte dies seinen Patienten **schriftlich** beweisen.

Bestrahlung

I. Vor einer Operation:

Selbst unter Schulmedizinern ist eine präoperative Bestrahlung vor allem vor einer Zystektomie sehr umstritten, da Studien klar belegen, dass dadurch niemand länger lebt. Der einzige nachvollziehbare Vorteil wäre, wenn durch eine Bestrahlung der Tumor kleiner würde und dadurch eine erhaltende Operation durchgeführt werden kann.

Nach einer Operation:

Hier unterscheidet man vor allem, ob die Lymphknoten ebenfalls befallen sind oder nicht. Je nach dem wird „nur„ die Blase oder aber das gesamte Becken bestrahlt. Vor allem durch die zweitgenannte Technik wird natürlich fast ihr gesamtes Blut mitbestrahlt. Interessanterweise zeigen die Statistiken, dass es weniger auf die Bestrahlung, sondern mehr auf die Operation ankommt, da sich die Erfolge der Bestrahlung am Erfolg der Operation messen lassen können. Dies bedeutet, je radikaler operiert werden konnte, desto besser sind die Überlebenszeiten.

Anstatt einer Operation:

Ausgehend von den Statistiken, dass vor allem die Patienten län-

ger leben, die radikal operiert wurden, bestrahlt man Patienten nur dann **anstatt** einer Operation, wenn diese zu gefährlich ist (Alter, Allgemeinzustand ...).

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Hormon und Zytokintherapien mit Interferon oder Interleukin spielen bei Harnblasenkrebs keine große Rolle. Dafür jedoch:

Lasertherapie des oberflächlichen Harnblasenkarzinoms

Bei dieser Therapie geht es um eine Zerstörung oberflächlicher oder nur wenig infiltrierender Tumore mit einem Nd-YAG-Laser.

Photodynamische Therapie des oberflächlichen Harnblasenkarzinoms

Hierbei werden Photosensitizer (z. B. Photofrin) intravenös injiziert. Als Hauptnebenwirkung tritt jedoch oftmals eine Schrumpfblass auf. Deshalb gehen viele Ärzte inzwischen zu dem Wirkstoff 5-Aminolävulinsäure über. Nach der Injektion erfolgt die Bestrahlung in der Regel 4 bis 6 Stunden danach. Als Lichtquelle dient z. B. Farbstofflaser, welcher zentral in der Blase positioniert wird.

Ukrain

Siehe unter Ukrain.

Hodenkrebs

Die schulmedizinische Definition:

Keimzelltumore der Hoden.

Wie häufig kommt Hodenkrebs vor?

Derzeit 4 - 8 Erkrankungen pro 100.000 Männer, meistens zwischen 20 - 40 Jahren.

Welche Unterteilungen gibt es?

Histologisch unterscheidet man vier Arten von Hodenkrebs:

- Maligne Keimzelltumore
- Stromatumore (z. B. Sertoli- oder Leydigzelltumore)
- Tumore des Nebenhodens, der Ausführungskanälchen des Hodens (Rete testis), Samenleiter (ductus deferens) der Hodenhüllen und der bläschenförmigen Anhangsgebilde
- Maligne Lymphome und Metastasen

Des Weiteren erfolgt eine Einteilung in:

- Seminome (vom Keimgewebe ausgehender Tumor)
- Nichtseminome
- Teratome (Mischgeschwulst der drei Keimblätter)

Wie wird Hodenkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Tastbefund, Potenzprobleme, Hodenschwellung, Vergrößerung der Brust (Gynäkomastie), Blutuntersuchungen wie AFP, HCG, LDH, H-PLAP ... , Sonographie, Röntgen der Brust, CT, Urographie, Lymphographie.

Welche Stadien der Erkrankung es gibt?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

- T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.
N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.
N0 = Keine Lymphknotenmetastasen
N1 = Bis zu 5 Lymphknotenmetastasen maximal 2 cm Durchmesser
N2 = Regionäre Lymphknotenmetastasen über 2 cm aber maximal 5 cm
N3 = Regionäre Lymphknotenmetastasen über 5 cm
M = Metastasen. Stadien 0 - 1. M0 = Keine Metastasen
M1 = Fernmetastasen
G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4. Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien:

Tx	Keine Beurteilung des Primärtumors
T1	Der Tumor ist begrenzt auf Hoden bzw. Nebenhoden ohne Befall des Lymphsystems.
T2	Der Tumor ist begrenzt auf Hoden bzw. Nebenhoden mit Befall des Lymphsystems oder Infiltration in andere Bereiche.
T3	Der Tumor infiltrierte in den Samenstrang.
T4	Der Tumor infiltrierte in den Hodensack.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation:

Die Entfernung des befallenen Hodens ist die absolut erste Therapie und wird unter kurativem (auf Heilung zielend) Gesichtspunkt vorgenommen.

Chemotherapie und Bestrahlung

Seminome:

Bei Seminomen im Stadium I gibt man vor allem Carboplatin als Monotherapie den Vorzug. Doch sind die Studien (Dieckmann 1993, Oliver 1990) nicht besser als Studien mit alleiniger Bestrahlung, sodass in der Regel eine Bestrahlung der Lymphknoten (BWK 11 bis LWK 4) mit ca. 26 Gy vorgezogen wird. Interessant ist hier jedoch die Tatsache, dass das Überleben bei einer "Wait and see," Strategie, also keine Therapie, genauso hoch ist wie bei der Strahlen-

therapie (Ramakrishan 1992, Thomas and Williams 1992). Dabei ist die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls ca. 20 %.

Also nochmal, weil es so wichtig ist: Ob Sie sich bestrahlen lassen oder nicht, hat keinen Einfluss auf die Überlebenszeit. Jetzt könnte man ja hergehen und sagen, ja warum wird dann Patienten denn überhaupt eine Bestrahlung angeboten? Doch diese Frage lässt sich nicht in Bezug auf Hodenkrebs beantworten, sondern hier muss man die Gesamtproblematik Onkologie betrachten, wenn man in dieser Frage weiter kommen möchte.

Im Stadium 2a und 2b werden in der Regel die Lymphknoten mit ca. 35 Gy bestrahlt und ab Stadium 2c ist eine primäre Chemotherapie die erste Wahl. Hierbei kommt vor allem das PEB Schema (Platin-Etoposid-Bleomycin) oder alternativ PEI (I=Ifosfamid) zum Einsatz. Interessant ist hier, dass Monochemotherapien z. B. mit Carboplatin ähnliche Ergebnisse erzielen konnten (Horwich 1988) und man sich auch hier fragen muss, warum man einem Patienten die weitaus höheren Nebenwirkungen zumuten muss und uns allen die weitaus höheren Kosten.

Nicht-Seminome, Teratome und Leydigzelltumore

Auch hier stellt sich im Stadium 1 die Frage einer Bestrahlung, da die Überlebenszeiten hierdurch nicht verbessert werden (z. B. Roth 1987). Ab Stadium 2a gilt die Operation der Lymphknoten plus Chemotherapie als Standard. Studien der Testicular Cancer Interstudy Group haben jedoch gezeigt, dass wenn man die Chemotherapie weg lässt, 51 % innerhalb von 5 Jahren **keinen** Rückfall hatten. Man könnte also auch sagen, dass mehr als die Hälfte eine Chemotherapie absolut umsonst bekommen. Ab Stadium 2c und bei Teratomen ist die Chemotherapie absoluter Standard.

Leydigzelltumore und auch Sertolizelltumore sprechen nicht so gut auf Chemotherapien an. Eine Operation und die Entfernung von Lymphknoten ist hier angesagt. Bestrahlungen spielen fast keine Rolle.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Antikörper Therapien oder Hormontherapien spielen keine Rolle bei Hodenkrebs. Etwas anderes fällt auch noch auf. Es gibt keine besseren Statistiken innerhalb aller Chemotherapiestudien als bei Hodenkrebs. Mir ist jedoch aufgefallen, dass die Studien nur die neueren Chemotherapieprotokolle mit den alten von vor 30 - 40 Jahren vergleichen und wir wieder mal nicht wissen, ob es nicht andere ungiftigere Therapien gibt. Ohne Zweifel hören sich die Daten auf den ersten Blick sehr gut an, doch man darf nicht vergessen, dass Hodenkrebs vor allem in Anfangsstadien mit einer „Nur-Operation,, ebenfalls großartige Heilungen aufzuweisen hat. Hier stellt sich natürlich sofort die Frage nach der Gefährlichkeit dieser Krebsart. Bitte nicht missverstehen: Ich möchte Hodenkrebs ganz bestimmt nicht verniedlichen. Doch es gibt im Grunde genommen keine andere Krebsart, die sich so gut im Operationssaal behandeln lässt, wenn man den offiziellen Statistiken glauben darf.

Hinzu kommt, dass aufgrund der juristischen Seite sich kein ganzheitlicher Arzt traut, Hodenkrebs zu behandeln. Aus diesem Grund gibt es keine Vergleichsdaten die mir mehr Aufschluss geben könnten über den wirklichen Erfolg der Chemotherapie. Ich kenne inzwischen auch mehrere Menschen, die Hodenkrebs ohne Chemotherapie geheilt haben. Das bestärkt mich in dem Glauben, dass man Hodenkrebs sehr wohl auch anders behandeln kann, selbst wenn die Datenlage derzeit sehr positiv für Chemotherapien spricht.

Korpuskarzinom

Die schulmedizinische Definition ist:

Das Korpuskarzinom wird auch Endometrium-Karzinom genannt, da es von der Schleimhaut der Gebärmutter (Endometrium) ausgeht.

Wie häufig kommt Korpuskarzinome vor?

Derzeit ca. 11.000 Frauen pro Jahr. Vor allem ältere Frauen nach den Wechseljahren sind davon betroffen.

Welche Unterteilungen gibt es?

Korpuskarzinome sind fast alle Adenokarzinome (von Drüsengewebe ausgehend). Je schlechter die Differenzierung (siehe weiter unten) ist, desto größer ist die Chance, dass plattenepithelartige Teile entstehen (adenosquamöse Tumore). Sehr selten kommt auch das Klarzellkarzinom, vor allem bei recht jungen Frauen, vor.

Wie werden Korpuskarzinome schulmedizinisch diagnostiziert?

Außergewöhnliche Blutungen, Unterleibsschmerzen, vergrößerter Uterus, Ultraschall, CT. Kernspintomographie, Hysteroskopie (Endoskopie der Gebärmutter), Kürettage (Gewebegewinnung)

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

- T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.
- N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.
- M = Metastasen. Stadien 0 - 1.
- G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4. Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien nach TNM

- T1a Der Tumor ist auf das Endometrium begrenzt.
- T1b Der Tumor infiltrierte in die innere Hälfte des Myometriums.
- T1c Der Tumor infiltrierte weiter als bei 1b.
- T2a Befall der Zervix-Drüsen.
- T2b Befall der Zervix-Stroma.
- T3a Befall der Serosa und/oder Adnexen oder Tumorzellen in der Peritonealzytologie.
- T3b Befall der Vagina.
- T4 Befall von Harnblase, Rektum, Sigmoid oder Dünndarm.

Stadien nach FIGO

- 1 = Tumore werden nur im Hauptteil des Uterus gefunden.
- 2 = Tumore werden auch im Gebärmutterhals gefunden.
- 3 = Tumore werden außerhalb der Gebärmutter gefunden, jedoch nicht außerhalb des Beckens.
- 4 = Tumore werden außerhalb des Beckens gefunden, z. B. in der Wand der Harnblase oder im Darm oder in anderen Organen.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Siehe unter Gebärmutter- und Gebärmutterhalskrebs.

Chemotherapie

Siehe unter Gebärmutter- und Gebärmutterhalskrebs.

Bestrahlung

Siehe unter Gebärmutter- und Gebärmutterhalskrebs.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Siehe unter Gebärmutter- und Gebärmutterhalskrebs.

Larynxkarzinom (Kehlkopfkrebs)

Die schulmedizinische Definition ist:

Das Larynxkarzinom stellt eine bösartige epitheliale Neubildung von Zellen dar, die vom Kehlkopf (Larynx) ausgehen.

Wie häufig kommen Larynxkarzinome vor?

Rachen und Kehlkopfkrebs: ca. 7.200 Männer und 2.500 Frauen pro Jahr. Am häufigsten sind ältere Männer ab ca. 60 Jahren betroffen.

Welche Unterteilungen gibt es?

Nach dem Sitz des Karzinoms: Supraglottis, Subglottis oder Glottis.

Nach der Art des Krebses: zu 95 % handelt es sich um Plattenepitheliale Tumore. Sehr selten sind kleinzellige Tumore, Adenokarzinome oder Karzinosarkome.

Nach der Art der zellulären Differenzierung: (also wie ähnlich sehen die Zellen im Vergleich zu gesunden Zellen aus): G1 (hoch differenziert), G2 (mittel differenziert), G3 (schlecht differenziert).

Wie wird ein Larynxkarzinom schulmedizinisch diagnostiziert?

Risikogruppen wie Raucher und vor allem Menschen, die Rauchen und zu viel Alkohol trinken. Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Knoten und Schmerzen. Kehlkopfspektion, Laryngoskopie, Fiberoendoskopie, CT oder Kernspintomographie, Stroboskopie (zur Beurteilung der Stimmklappen Schwingung), Sonographie, Röntgen, Ultraschall, Skelettszintigraphie.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

- T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.
N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.
0 = keine Halslymphknotenmetastasen
1 = Metastase im Lymphknoten < 3 cm
2 = Metastase (bilateral oder kontralateral) im Lymphknoten zwischen 3 und 6 cm
3 = Metastase(n) in Lymphknoten " 6 cm
M = Metastasen. Stadien 0 - 1.
G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4. Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

Die Tumoreinteilung der Stadien findet nach dem Sitz des Tumors statt (Supraglottis, Glottis und Subglottis). Aus diesem Grund gibt es drei verschiedene T1 - T4 Stadien.

Supraglottis

- TX Keine Beurteilung des Primärtumors.
- T0 Kein Anhalt für Primärtumor.
- T1 Der Tumor ist auf einen Unterbezirk der Supraglottis begrenzt.
- T2 Der Tumor infiltriert in mehr als einen Unterbezirk.
- T3 Der Tumor bleibt auf den Kehlkopf begrenzt oder infiltriert in den Postkrikoidbezirk, Sinus piriformis oder in das präalaryngeale Gewebe.
- T4 Der Tumor infiltriert durch den Schildknorpel, und/oder breitet sich auf Gewebestrukturen außerhalb des Kehlkopfes aus.

Glottis

- TX Keine Beurteilung des Primärtumors.
- T0 Kein Anhalt für Primärtumor.
- T1 Der Tumor ist auf ein Stimmband (1a) oder aber auf zwei Stimmbänder (1b) begrenzt.
- T2 Der Tumor infiltriert in die Supra und/oder Subglottis.
- T3 Der Tumor bleibt auf den Kehlkopf begrenzt.
- T4 Der Tumor infiltriert durch den Schildknorpel, und/oder breitet sich auf Gewebestrukturen außerhalb des Kehlkopfes aus.

Subglottis

- TX Keine Beurteilung des Primärtumors.
- T0 Kein Anhalt für Primärtumor.

- T1 Der Tumor bleibt auf die Subglottis begrenzt.
T2 Der Tumor breitet sich auf der Stimmbandebene aus.
T3 Der Tumor bleibt auf den Kehlkopf begrenzt.
T4 Der Tumor infiltrierte durch den Ring- oder Schildknorpel, und/oder breitet sich auf Gewebestrukturen außerhalb des Kehlkopfes aus.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Die Operation ist die absolut erste Wahl. Hierbei wird zuerst einmal versucht, den Kehlkopf zu erhalten. Dabei kann die Abschälung (Dekortitation) einer oder beider Stimmlappen (Stripping) angewandt werden oder aber eine komplette Stimmbandentfernung (Chordektomie). Des Weiteren können nur Teile des Kehlkopfes oder aber der gesamte Kehlkopf (Laryngektomie) entfernt werden müssen. Bei diesem großen Eingriff wird dann das Luftröhrende in die Haut des Halses eingenäht und der Pharynxschlauch (Rachen) verschlossen.

Immer mehr Ärzte gehen auch dazu über, vor allem bei kleinen Tumoren, von innen zu operieren, um den Patienten so wenig wie möglich zu schädigen. Hierbei bleibt vor allem die Chance auf eine Wiederherstellung der Sprache erhalten und der Patient muss keine künstliche Atemöffnung (Tracheostoma) ertragen, welche einen großen Einschnitt in die Lebensqualität bedeutet. Grundsätzlich beinhaltet jedoch jede Operation ein großes Risiko späterer großer Umstellungen bezüglich Sprache und Atmung. Vor allem das alleinige Atmen durch die künstliche Atemöffnung stellt viele Patienten vor eine große Herausforderung. Da es keine Daten gibt, dass radikale Operationen eine signifikante Verbesserung der Überlebenszeit

bedeuten, sollte man sich vor einem solchen Eingriff die Tragweite sehr genau überlegen.

Chemotherapie

Obwohl es bis heute keine einzige Studie gibt, die eine signifikante Verlängerung des Lebens durch eine Chemotherapie (Kombination) nachweisen kann, wird diese Therapie den Patienten immer noch angeboten. Oftmals mit palliativem (lindernden) Hintergedanken. Hier sollte sich jeder Arzt und jeder Patient die Frage stellen, ob eine Chemotherapie wirklich die richtige Art und Weise ist, wie ein Mensch die letzten Tage seines Lebens verbringen sollte. Ich kann mich dieser Meinung so nicht anschließen.

In der Regel wird Patienten eine alleinige Chemotherapie mit Cisplatin, Carboplatin (beide haben schwerste Nebenwirkungen), 5-FU oder Mitomycin angeboten oder aber auch eine Kombination der vorgenannten Präparate. Jeder Arzt der seinem Patienten eine Chemotherapie empfiehlt, sollte entweder **schriftlich** belegen können, dass die von ihm angewandte Chemotherapie Erfolge im Sinne von Lebensverlängerung (nicht Tumorverkleinerung!) aufzuweisen hat oder seinem Patienten klar machen, dass es sich hier um eine palliative Maßnahme handelt. Nur so wird dem Patienten nicht die Chance genommen, sich gegen eine solche Therapie zu wehren. Andererseits wäre nämlich der psychische Druck auf den Patienten viel zu hoch und dies ist doch weder im Sinne des Arztes noch des Patienten. Sollte Ihr Arzt hier anderer Meinung sein, dann verlangen Sie unbedingt ein ausführliches Gespräch hierüber und fragen Sie ihn nach seinen Beweggründen.

Vor allem supraglottische Karzinome haben ein großes lymphatisches Netz und aus diesem Grund sind Lymphknotenmetastasen hier sehr häufig, oftmals sogar beidseitig. Hier wird Patienten dann auch eine Neck-Dissection (Halsräumung mit Entfernung der Lymphknoten) empfohlen.

Bestrahlung

Nach meinen Erfahrungen wird fast allen Patienten in späteren Stadien eine Bestrahlung empfohlen. Wenn man jedoch die medizinische Literatur durchforstet, dann findet man wenig harte Fakten, die beweisen können, dass Bestrahlungen zu einer signifikanten Verlängerung des Lebens von Larynxkarzinomen beitragen können. In der Regel heißt es dann, dass durch eine Strahlentherapie (mit 60 - 70 Gy) eine bessere Stimmqualität erreicht werden kann, dass es von Vorteil wäre, die Lymphabflussbereiche zu bestrahlen und natürlich, dass man hierdurch Metastasen verhindern kann. Doch wo sind die Beweise für diese Theorien? Welche Studien zeigen denn auf, dass eine Bestrahlung wirklich große Vorteile **in Bezug auf Überlebenszeit** im Vergleich zu einer „Nur-Operation-Behandlung“ hat?

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Hormontherapien, aber auch andere Therapien wie Zytokintherapien (Interleukin, Interferon ... oder monoklonale Antikörper) spielen bei Larynxkarzinomen keine Rolle bzw. haben bis heute keinen Nachweis einer effektiven Alternative geliefert. Sollte Ihnen also eine dieser Therapien angeboten werden, dann machen Sie sich klar, dass es sich hierbei um eine Studie handelt.

(Primärer) Lebertumor

Die schulmedizinische Definition ist:

Epitheliale Tumore wie das hepatozelluläre Karzinom, das cholangiozelluläre Karzinom bzw. ein Mischtyp beider Karzinome. Des Weiteren: mesenchymale Tumore wie das Angiosarkom oder frühe Tumore wie das Hepatoblastom.

Wie häufig kommen Lebertumore vor?

Maximal 3 % aller vorkommenden Karzinome in Deutschland.

Welche Unterteilungen gibt es?

Das hepatozelluläre Karzinom ist das häufigste Karzinom.

Wie wird Leberkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Zu Beginn meist rechtsseitige Oberbauchschmerzen. In selteneren Fällen auch mit Fieber. Das Alpha-Fetoprotein ist meist stark erhöht (500-700 ug/ml). Bildgebende Verfahren wie CT, MRT, Sonographie, Szintigraphie, Coeliaco-Mesentericographie, Portographie und Biopsien.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

- T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.
- N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.
- M = Metastasen. Stadien 0 - 1.
- G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4. Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

- TX Keine Beurteilung des Primärtumors.
- T0 Kein Anhalt für Primärtumor.
- T1 Solider Tumor, maximal 2 cm. Kein Einbrechen in Gefäße.
- T2 Solider Tumor, maximal 2 cm. Einbrechen in Gefäße vorhanden oder mehrere Tumore innerhalb eines Leberlappens (maximal 2 cm ohne Einbrechen in Gefäße) oder solider Tumor größer als 2 cm, jedoch ohne Einbrechen in Gefäße.
- T3 Solider Tumor, größer als 2 cm. Einbrechen in Gefäße vorhanden oder mehrere Tumore innerhalb eines Leberlappens (maximal 2 cm mit Einbrechen in Gefäße) oder mehrere Tumore innerhalb eines Leberlappens (einer davon größer als 2 cm, mit oder ohne Einbrechen in Gefäße).
- T4 Mehrere Tumore in mehr als einem Leberlappen

oder Tumor(e) mit Einbrechen in die Vv. portae oder Vv. hepaticae oder Tumor(e) mit Einbrechen in Nachbarorgane (mit Ausnahme der Gallenblase) oder Tumor(e) mit Einbrechen in das viszerale Bauchfell (Peritoneum).

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Kommt bei allen Stadien in Frage und ist sicherlich die erste Option. Hierbei kommen folgende Operationen zum Einsatz:

A: Teilresektion zur Tumormassenreduzierung, die durchaus sinnvoll sein kann, oder Entfernung des Tumors.

B: Lebertransplantation. Dies kann zu einer schnellen Heilung beitragen, ist jedoch sehr teuer und auf Grund der mangelnden Spender nicht für jeden möglich. Bitte machen Sie sich hier jedoch unbedingt bewusst, dass dadurch natürlich nur der Tumor und nicht die Grunderkrankung Krebs therapiert wird. Dies ist sehr wichtig, weil unsere Erfahrungen zeigen, dass wenn Patienten sich nur auf die Transplantation verlassen, die Tumore sonst sehr oft und sehr schnell wieder zurückkommen.

Chemotherapie

Systemische Chemotherapien mit Adriamycin oder Doxorubicin haben bisher versagt. Selbst wenn es zu einer Tumorverkleinerung kam, wurde die Überlebenszeit hierdurch nicht positiv beeinflusst. Da beide Chemotherapien schwerste Nebenwirkungen haben, sollte der Einsatz unbedingt genau überlegt werden.

Auch regionale Chemotherapien z. B. über die Arteria hepatica haben bis heute nicht bewiesen, dass Patienten hierdurch länger leben.

Allgemein kann man sagen, dass Chemotherapien die sowieso schon geschädigte Leber schwerstens belasten und dass dieser Ansatzpunkt, leicht verständlich, nicht funktionieren kann.

Bestrahlung

Noch unverständlicher als der Ansatzpunkt mit Chemotherapien erscheint mir, Bestrahlungen bei Lebertumoren einzusetzen. Auch der Einsatz von radioaktiv markierten Mikrosphären als so genannte „interne Strahlentherapie“ ist meiner Meinung nach zum Scheitern verurteilt, da auch sie die Leber noch mehr vergiftet.

Weitere Therapien wie Alkohol, Litt usw.

Alkohol-Therapie

Hierbei wird 96 %iger Alkohol direkt in den Tumor gespritzt und kann dazu beitragen Krebszellen zu töten. Was sich einfach und logisch anhört, ist in der Realität jedoch schwer durchführbar und bis heute auch nicht besonders von Erfolg gekrönt.

Chemoembolisation

Hier werden Chemotherapeutika in die Leberarterien injiziert und anschließend verödet man die Gefäße, die zu den Tumoren führen um den Tumor sozusagen „trocken“ zu legen. Diese Therapie wird auch TACE = transarterielle Chemoembolisation genannt.

Gentherapie/Strukturproteine

Versuche mit z. B. Apoptin, der so genannten Strukturproteine, haben bis heute keine wirklichen Vorteile bei Menschen beweisen können.

Harnstoff/Kreatin

Siehe unter Therapien: Harnstoff/Kreatin

Litt – Laserinduzierte Thermotherapie oder HITT

Hierbei werden Tumore in der Leber mittels Laser oder hochfrequenten Wellen zerstört. In der Regel nur möglich, wenn die Tumore kleiner als 4 cm sind.

Frequenztherapien

Ich habe gute Ergebnisse bei Störungen der Leber/Gallengänge mit Frequenztherapien wie PapImi oder der Aquatilis-Therapie gesehen. Beide Therapien werden im Buch ausführlichst beschrieben.

Allgemeines zu Leberkrebs

Die Leber ist unser Entgiftungsorgan Nr. 1 und spielt bei Krebserkrankungen eine außergewöhnlich große Rolle. Doch nicht nur wegen ihrer Entgiftungsfunktionen, sondern auch wegen ihres Einflusses auf alle metabolischen Vorgänge wie Fettstoffwechsel oder des neuen Aufbaus von Zucker, spielt sie eine entscheidende Rolle. Aus diesem Grund spielen bei Leberkrankheiten aller Art Entgiftungsmaßnahmen eine noch wichtigere Rolle als bei allen anderen Krebsarten. Unternehmen Sie bitte deshalb alle Maß-

nahmen die nötig sind, um Giftstoffe auszuschcheiden bzw. zu vermeiden.

Die Schulmedizin wundert sich immer noch, warum alle Therapien bei Leberkrebs versagen, ohne zu hinterfragen, ob es nicht sogar die hochgiftigen Therapien sind (Narkosemittel bei der OP, Chemo und Bestrahlung), die zu einer Verschlechterung beitragen. Gerade bei Leberkrebs sollte der Fokus noch weniger auf Tumorzerstörung, sondern 100 %ig auf Entgiftung liegen.

Kleinzelliges Bronchialkarzinom

Die schulmedizinische Definition ist:

Beim Bronchialkarzinom handelt es sich um einen epithelialen Tumor, ausgehend von den Alveolen, den Bronchien oder der Trachea.

Wie häufig kommen Bronchialkarzinome vor?

Bei Männern ist das Bronchialkarzinom der am häufigsten vorkommende Tumor und liegt bei 75 Männern pro 100.000 und 35 Frauen pro 100.000. Dies bedeutet ca. 45.000 Neuerkrankungen im Jahr 2001.

Welche Unterteilungen gibt es?

Histologisch werden 3 Arten unterschieden:

- Plattenepithelkarzinom
- Großzelliges und kleinzelliges Karzinom
- Adenokarzinom

Beim kleinzelligen Bronchialkarzinom werden zusätzlich noch 3 Gruppen unterschieden:

- Haferzell (lymphozytenähnlich, auch Oat-Zell-Karzinom genannt)
- Intermediärer Zelltyp

- Kombiniertes Typ mit mit großzelligen Teilen bzw. Adeno- oder Plattenepithelanteilen

Wie wird Lungenkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Husten bzw. Bluthusten. Schmerzen im Brustbereich. Manchmal werden auch Metastasen gefunden, bevor der primäre Tumor entdeckt wurde. Röntgen, CT, Lungenfunktionsdiagnostik wie Spirometer, Blutgasanalyse oder Perfusionsszintigraphie. Des Weiteren werden öfter Mediastinoskopien (Betrachten des oberen Mediastinums) und Punktionen durchgeführt.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

- T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.
- N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.
- M = Metastasen. Stadien 0 - 1.
- G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4. Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

- TX Keine Beurteilung des Primärtumors
- T0 Tumore werden nur in einem begrenzten Gebiet bzw. in wenigen Zellschichten gefunden und sind nicht durch die Lungenoberfläche gewachsen.

- T1 Der Tumor ist auf die Lunge beschränkt.
- T2 In diesem Stadium sind nahe liegende Lymphknoten betroffen.
- T3 Der Tumor hat die Brustwand oder das Zwerchfell angegriffen oder die Lymphknoten in dem Raum zwischen beiden Lungenflügeln befallen oder Lymphknoten auf der anderen Seite der Brust bzw. im Halsbereich befallen.
- 3A bedeutet, dass Sie operiert werden können.
- 3B bedeutet, dass keine Operation möglich ist.
- T4 Es gibt Tumore auch in anderen Organen/Gebiete.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Kommt bei allen Stadien in Frage und ist oftmals die erste Option. Hier unterscheidet man zwischen Keilresektion (Entfernung eines kleinen Teils der Lunge), der Lobektomie (Entfernung eines Lappens) und der Pneumektomie (Entfernung eines Lungenflügels). Auch der Einsatz von Lasern, der Kryo-(Kälte)Chirurgie und der photodynamischen Therapie (Licht in Kombination mit Zytostatika) kommt oftmals vor.

Grundsätzlich muss man sich natürlich im Klaren sein, dass die Entfernung eines Lungenlappens ein großer und auch gefährlicher Eingriff ist, da mindestens jeder 20. und höchstens jeder 10. Patient die Operation nicht überlebt (Goldstraw 1994). Noch gefährlicher und auch bedeutend beeinträchtigender in Bezug auf Lebensqualität ist natürlich die Entfernung eines gesamten Lungenflügels. Operationen spielen bei Lungenkrebs grundsätzlich eine große Rolle, da es oftmals zu schwerwiegenden Atemstörungen kommen kann. Auch der Einsatz von Lasern zur teilweisen Tumorzerstörung, und dadurch besseren Atmung, kommt immer öfter vor.

Chemotherapie

* Meistens kommen Epi-Adriamycin, Vincristin, Cisplatin, Etoposid und Cyclophosphamid zum Einsatz. Immer mehr kommt auch Topotecan und Gemcitabin vor.

* Kleinzellige Bronchialkarzinome gelten als chemotherapie-sensibel, und daher wird fast allen Patienten eine Chemotherapie angeboten. Es kann gut sein, dass Ihr Arzt Ihnen sagt, dass Sie dank einer Chemotherapie drei Mal länger leben werden als ohne eine Chemotherapie und wird sich dann auf mehrere Studien berufen. Um es vorweg zu nehmen, es stimmt, dass Patienten in zwei Studien drei Mal so lange gelebt haben wie die Vergleichsgruppe, die **keine** Behandlung erhielt (Green 1969 / Wittes 1991 / Malik 1986). Doch lassen Sie uns die Zahlen einmal etwas genauer anschauen. Bei der 1969 veröffentlichten Studie von Green war die Überlebenszeit 16 Wochen anstatt 6 Wochen. Ärzte sagen dann, dass Sie mit Cyclophosphamid (Name der Chemotherapie) also fast drei Mal so lange leben. In Wahrheit bedeutet dies jedoch, dass Sie im besten Fall 10 Wochen länger leben mit schwersten Nebenwirkungen der Chemo wie permanenter Übelkeit, blutende Blasenentzündungen u. v. a. m.

Auch weitere Studien haben nur beweisen können, dass Patienten maximal wenige Wochen länger gelebt haben, dafür aber unter enormer Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität. Was gerne verschwiegen wird, ist, dass es auch Studien gibt (Brower 1983) in denen Patienten nicht länger gelebt haben.

* Zusätzlich muss man wissen, dass manche Studien natürlich nur deshalb gut aussehen, weil all die Patienten aus der Studie herausfallen, die wegen „intolerierbaren Nebenwirkungen“ die Therapie abbrechen mussten.

* Hochdosistherapien zeigen (natürlich) hohe Ansprechraten, doch gilt dieses Gebiet immer noch ganz klar als Experiment, und ich kann heute vor diesen Menschenversuchen nur warnen.

* Die Behandlung mit Chemotherapie bei kleinzelligem Lun-

genkrebs wird seit fast 20 Jahren als signifikant wichtig für die Überlebenszeit des Patienten beschrieben. Doch bis heute gibt es keine Studie, die Chemotherapien bei Lungenkrebs mit biologischen Therapien vergleicht. Warum Onkologen immer und immer wieder ihren Patienten von den großartigen Erfolgen der Chemotherapie bei kleinzelligem Lungenkrebs erzählen, bleibt mir (bedingt) ein Rätsel, da es keine Studien gibt, die ein solches Verhalten rechtfertigen.

Erklärbar ist eigentlich nur der Satz: „Bei kleinzelligen Bronchialkarzinomen haben wir viel mehr Chancen als bei nichtkleinzelligen Bronchialkarzinomen.“ Dahinter steht nämlich die Tatsache, dass es bei nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinomen überhaupt keine erfolgreichen Studien gibt.

Bestrahlung

Das für die Chemotherapie Gesagte gilt auch für die Bestrahlung. Hier wird Patienten mit Lungenkrebs permanent erzählt, wie sehr ihre Überlebenschance dadurch gesteigert werden würde.

* Eine 1998 veröffentlichte Studie (Port Meta Studie) mit 2128 Patienten mit **nicht-kleinzelligem** Bronchialkarzinom bewies, dass nach zwei Jahren 7 % **weniger** Patienten am Leben waren als in der Vergleichsgruppe.

* Die vorliegenden Daten bei kleinzelligem Bronchialkarzinom vergleichen ausschließlich Bestrahlungen mit verschiedenen Chemotherapien bzw. Kombinationen. In einer Studie von 1975 haben Patienten mit einer alleinigen Bestrahlung 218 Tage überlebt im Vergleich zu 87 Tagen bei alleiniger Chemotherapie (Laing 1975). Begehen Sie jetzt aber bitte nicht den Denkfehler und glauben Sie, dass man jetzt doch einfach nur Chemotherapie **und** Bestrahlung machen müsste, damit man längere Überlebenszeiten erreichen könnte. Dies ist leider nicht möglich, wie gleich mehrere Studien gezeigt haben.

Weitere Therapien wie Genterapie, Transferfaktoren usw.

Genterapien

Genterapien oder Zytokintherapien nur mit Interleukin-2 konnten bis heute keine Beweise erbringen, die signifikant genug wären, erwähnt zu werden, obwohl dies immer wieder in den Medien anders dargestellt wird.

Transferfaktoren

Siehe unter Transfer Faktoren Dr. Pizza/Bologna

Allgemeines zu Lungenkrebs

Außer der Leber spielt unsere Lunge eine wichtige Rolle in der Entgiftung. Einerseits ist sie großen „Gefahren“ wie Nikotin, Luftverschmutzung usw. ausgesetzt und andererseits muss sie Abfallstoffe der Energiegewinnung (Kohlendioxid) abatmen. Von einem ganzheitlichen Standpunkt aus betrachtet, spielen deshalb Entgiftungsmaßnahmen eine vorrangige Rolle.

Die Fokussierung der konventionellen Medizin auf die Tumorerstörung, darf Ihnen nicht den Blick auf eine ganzheitliche Sicht der Problematik verbauen. Natürlich gehören unangenehme Symptome bei Lungenkrebs akutmedizinisch versorgt und die Medizin hat hier auch große Fortschritte gemacht. Leider erlebe ich jedoch zu häufig, dass gerade bei Lungenkrebs sich nur noch alles um diese Symptome dreht und viele Patienten und Ärzte die Wichtigkeit der Entgiftung bzw. eines grundsätzlichen ganzheitlichen Behandlungsansatzes vergessen.

Nichtkleinzelliges Bronchialkarzinom

Die schulmedizinische Definition ist:

Beim Bronchialkarzinom handelt es sich um einen epithelialen Tumor, ausgehend von den Alveolen, den Bronchien oder der Trachea.

Wie häufig kommen Bronchialkarzinome vor?

Bei Männern ist das Bronchialkarzinom der am häufigsten vorkommende Tumor und liegt bei 75 Männern pro 100.000 und 35 Frauen pro 100.000. Dies bedeutet ca. 45.000 Neuerkrankungen im Jahr 2001.

Welche Unterteilungen gibt es?

Histologisch werden 3 Arten unterschieden:

- Plattenepithelkarzinom
- Großzelliges und kleinzelliges Karzinom
- Adenokarzinom

Wie wird Lungenkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Husten bzw. Bluthusten. Schmerzen im Brustbereich. Manchmal

werden auch Metastasen gefunden, bevor der primäre Tumor entdeckt wurde. Röntgen, CT, Lungenfunktionsdiagnostik wie Spirometer, Blutgasanalyse oder Perfusionsszintigraphie. Des Weiteren werden oft auch Mediastinoskopien (Betrachten des oberen Mediastinums) und Punktionen durchgeführt.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Siehe Einteilung unter kleinzelligem Bronchialkarzinom.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Siehe unter kleinzelligem Bronchialkarzinom.

Chemotherapie

* Meistens kommen Cisplatin, Cyclophosphamid, Mytocin und Methotrexat zum Einsatz.

* Es gibt bis heute keine gesicherten Untersuchungen, dass Sie durch irgendeine Kombination oder Einzelgabe eines Chemotherapeutikum signifikant länger leben werden. Alle bisherigen Studien zeigen selbst in den positivsten Fällen nur eine geringe Verbesserung der Überlebenszeit, die aber vor allem bei cisplatinhaltigen Chemotherapien mit großen Nebenwirkungen bezahlt werden muss.

* Die Behandlung mit Chemotherapie bei Lungenkrebs wird seit fast 20 Jahren als signifikant wichtig für die Überlebenszeit des Patienten beschrieben. Es ist auch richtig, dass es Studien gibt, in denen Patienten, *verglichen mit Patienten, die gar keine Behandlung*

bekamen, länger lebten. Doch was bedeutet länger leben? In den meisten Studien betrug die Verlängerung zwischen 1,1 Monaten und maximal 34,9 Wochen. 34,9 Wochen war mit Abstand die beste Studie bis heute (Fuks, J. Z. JCO 1983). Bei allen anderen waren es in der Regel nur wenige Tage bzw. Wochen. Hier müssen Sie jedoch wissen, dass diese Verlängerung nur mit erheblichen Schädigungen erreicht wurden, da man hierzu Cisplatin benutzte, eins der nebenwirkungsreichsten Chemotherapeutika.

Bestrahlung

Das für die Chemotherapie Gesagte gilt auch für die Bestrahlung. Hier wird Patienten mit Lungenkrebs permanent erzählt, wie sehr ihre Überlebenschance dadurch gesteigert werden würde. Lassen Sie uns doch einmal die Zahlen etwas genauer betrachten.

Eine 1998 veröffentlichte Studie (Port Meta Studie) mit 2128 Patienten bewies, dass nach zwei Jahren 7 % **weniger** Patienten am Leben waren als in der Vergleichsgruppe. Man muss sich das einmal vorstellen. Nicht nur, dass Patienten bestrahlt wurden, mit all den Nebenwirkungen, nicht nur, dass man ihnen die letzten Monate eine solche Behandlung zumutete, nein, sie starben im Durchschnitt auch noch früher. Sollten Sie also bestrahlt werden, dann fragen Sie Ihren Onkologen unbedingt, ob er bessere Daten kennt.

* In zehn Studien wurden alleinige Chemotherapien mit Chemotherapien in Kombination mit Bestrahlung verglichen. Keine dieser Studien zeigte für Patienten mit nicht-kleinzelligen Lungentumoren einen Überlebensvorteil für die Kombination.

Weitere Therapien wie Genterapie, Transferfaktoren usw.

Siehe unter kleinzelligem Bronchialkarzinom.

Magenkrebs

Die schulmedizinische Definition ist:

Epithelialer Tumor der Magenschleimhaut.

Wie häufig kommt Magenkrebs vor?

Derzeit ca. 19.000 Neuerkrankungen pro Jahr.

Welche Unterteilungen gibt es?

Man unterscheidet vor allem das Frühkarzinom, welches nur die Schleimhaut befällt und das fortgeschrittene Karzinom, das auch in die Muskelschichten infiltriert.

Zusätzlich kommt die so genannte **Lauren-Klassifikation** zur Anwendung, die eine besondere Bedeutung für das Ausmaß einer Operation hat. Die Lauren-Klassifikation unterscheidet:

Interstinaler Typ

Der Krebs wächst pilzförmig (polypös) in das Magenlumen vor und ist gut begrenzt.

Diffuser Typ

Der Krebs wächst in der Magenwand und ist schlecht begrenzt.

Mischtyp

Der Krebs wächst sowohl in Richtung Magenumen als auch seitwärts in der Magenwand vor.

Histologisch gesehen gibt es folgende Einteilung nach dem internationalen WHO-Schema:

- Papilläres Adenokarzinom
- Tubuläres Adenokarzinom
- Muzinöses Adenokarzinom
- Siegelringzellkarzinom
- Adenosquamöses Karzinom
- Kleinzelliges Karzinom
- Undifferenziertes Karzinom

Wie wird Magenkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Ein Bakterium, der *Helicobacter pylori*, das sich im Magen in der Schleimhaut einnistet und Magenschleimhautentzündung (Gastritis) verursacht, wird heute für über 90% der Magenfrühkarzinome in Deutschland verantwortlich gemacht. Das Risiko an einem Magenlymphom zu erkranken erhöht sich bei einer *Helicobacter pylori*-Infektion um den Faktor 6. Meiner Meinung nach wird hier Ursache und Wirkung verwechselt. Die meisten Menschen, bei denen man *Helicobacter pylori* nachweisen kann, entwickeln nämlich kein Karzinom.

Ansonsten gibt es natürlich viele unspezifische Symptome wie: Druck- und Völlegefühl, Übelkeit und Erbrechen, Appetit-

losigkeit, Gewichtsverlust, Aufstoßen, Schluckstörungen, Blutiger Stuhl usw.

Wenn der Tumor in den Magen blutet, kann dieses Blut im Stuhl mit einem Test (z. B. Hämooccult Test) nachgewiesen werden, Eisenmangelanämie, Tumormarker CA 72-4 und evtl. CA 19-9 und CEA.

Sicher nachweisen kann man ein Karzinom jedoch erst durch eine Biopsie bzw. der mikroskopischen Untersuchung. Daneben spielen die Endosonographie, die Gastroskopie, Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel, CT und die explorative Laparotomie eine Rolle zum besseren Verständnis der Lage des Tumors.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

T =	Tumorstadium. Stadien 1 - 4.
N	Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 2.
N0	Keine Lymphknoten befallen.
N1	Befall von Lymphknoten innerhalb 3 cm vom Tumorrand (Kompartiment I).
N2	Befall von Lymphknoten, die mehr als 3 cm vom Tumorrand entfernt sind – entlang der regionalen Arterien (A. gastrika sinistra, lienalis, hepatis communis – Kompartiment II).
M	Metastasen. Stadien 0 - 1.
M0 =	Keine Metastasen.
M1 =	Metastasen vorhanden; Lymphknotenbefall des Kompartiment III (retro-pankreatisch, paraösophageal, paraaortal) wird zu Metastasen gezählt.
G	Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4. Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer

normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

- Tis Carcinoma in situ, d. h. der Krebs ist auf die Schleimhautoberfläche beschränkt.
- T1 Als „early cancer“ (Frühkarzinom) bezeichnet man ein Magenkarzinom, welches nur oberflächennah in Mukosa und Submukosa (Schleimhautschichten) einwächst und die tieferen Schichten noch nicht erreicht hat.
- T2 Tumorinfiltrierung bis in die Muskularis propria oder Subserosa.
- T3 Tumorinfiltrierung bis in die Serosa ohne benachbarte Organe und Strukturen.
- T4 Der Tumor wächst in angrenzende Gebiete (z. B. Milz, Dickdarm, Leber, Zwerchfell, Bauchspeicheldrüse, Bauchwand, Niere, Nebenniere, Dünndarm) und die Lymphknoten.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Eine Operation stellt die erste Option dar. Bei einer subtotalen Gastrektomie werden Tumor, Nachbargewebe und naheliegende Lymphknoten entfernt. Der Magen bleibt jedoch größtenteils erhalten.

Bei der totalen Gastrektomie wird der Magen, Teile der Speiseröhre, des Dünndarms und naheliegendes Gewebe/Lymphknoten entfernt. Eventuell wird auch die Milz mit entfernt.

Grundsätzlich stellt vor allem eine totale Gastrektomie einen großen Einschnitt in die Lebensqualität dar und muss sehr genau überlegt werden. Auch wenn durch neue Operationstechniken wie z. B. dem Anlegen eines neuen Magens durch den Dünndarm oder durch Zwischenschaltung (Interponat) eines Darmstücks Verbesserungen gegenüber früher möglich sind, so bedeuten beide Maßnahmen jedoch keinen echten Ersatz. Vor allem der Rückfluss (Reflux) der Nahrung in die Speiseröhre ist eine große Komplikation und soll durch diese Maßnahmen verhindert werden.

Das Ziel der chirurgischen Maßnahmen sollte die vollständige Entfernung des Tumors im Gesunden (R0-Resektion) sein. Der hierfür ausreichende Sicherheitsabstand ist abhängig vom Wachstumstyp und beträgt beim intestinalen Typ 5 cm und beim diffusen Typ 8 cm.

Photodynamische Therapie

Bei der photodynamischen Therapie bekommt der Patient einen Farbstoff verabreicht, welcher über das Blut zu den Tumorzellen im Magen gelangt. Die Besonderheit dieses Farbstoffes ist die Reaktion mit Licht bestimmter Wellenlänge zu einer zellabtötenden Substanz. Bestrahlt man also einen oberflächlichen Magenkrebs mehrere Tage nach Verabreichung des Farbstoffes mit Laserlicht der benötigten Wellenlänge, so bildet sich aus dem Farbstoff an der beleuchteten Tumorregion eine Substanz, welche die Tumorzellen abtötet. Das für diese chemische Reaktion benötigte Licht besonderer Wellenlänge wird mit einem Endoskop an die richtige Stelle geleitet.

Chemotherapie

Chemopräparate wie 5-FU, Doxorubicin, 4-Epidoxorubicin, Etoposid, Mitomycin, Irinotecan, Taxotere und sogar Cisplatin kamen und kommen beim Magenkarzinom zum Einsatz. Um es jedoch

schon zu Anfang auf einen Nenner zu bringen: Es gibt absolut keinen Beweis dafür, dass Sie durch eine Chemotherapie länger leben werden.

So verglich Dr. Dent Patienten, die eine Therapie mit 5-FU und Bestrahlung erhielten, mit Gruppen, die eine Therapie mit Thiotepa erhielten und einer Placebo Kontrollgruppe. Es gab keine Unterschiede in der Überlebenszeit. Eine sehr umfangreiche Studie machte Dr. Kingston ein Jahr später. Die erste Gruppe erhielt 5-FU plus MeCCNU und die zweite Gruppe nur ein Placebo. Interessanterweise waren die Ergebnisse auch hier fast gleich. **Die Placebo Gruppe schnitt sogar etwas besser ab, lebte also länger!** Sollte Ihr Arzt Ihnen also eine Chemotherapie vorschlagen, dann sprechen Sie mit ihm sehr genau darüber und lassen Sie sich seine Aussagen unbedingt **schriftlich** bestätigen.

Auch die Ergebnisse der hochgelobten Studien über FAMTX, FAM, ELF und ECF müssen sehr kritisch betrachtet werden. Hierbei wurden (wieder einmal) verschiedene Chemotherapie-kombinationen miteinander verglichen und dann die Kombination hochgelobt, bei der die Patienten am längsten überlebten, nämlich FAMTX. Jedoch gerade bei FAMTX (5-FU, Adriamycin, Methotrexat) treten sehr erhebliche Nebenwirkungen auf. Daneben fehlt bis heute der Beweis, dass die Patienten auch wirklich länger leben.

Auch der Einsatz von präoperativen (vor der Operation) Chemotherapien, meistens mit Cisplatin, hat bis heute nicht zeigen können, dass Patienten deshalb länger leben.

Strahlentherapie

Bei inoperablen Tumoren und nach Operationen bei denen der Tumor nicht komplett entfernt werden konnte, wird Patienten manchmal eine Strahlentherapie vorgeschlagen. Die Hauptgründe sind, dass Patienten durch eine Bestrahlung jede Chance einer Heilung, ja meistens sogar einer Verbesserung genommen wird und bei Patienten, denen man nicht helfen kann, sind die Nebenwirkungen

so enorm, dass der Vorteil einer evtl. Chance auf eine Verkleinerung des Tumors diese nicht aufwiegen. Am wichtigsten für den Patienten ist jedoch, dass er durch eine Bestrahlung des Magens keinen Tag länger leben wird.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Immuntherapien mit Antikörpern oder Zytokinen spielen bei Magenkrebs keine Rolle.

Malignes Melanom

Die schulmedizinische Definition ist:

Beim malignen Melanom spricht man von einer bösartigen Zellneubildung von pigmentbildenden Hautzellen.

Wie häufig kommen Melanome vor?

Derzeit ca. 100.000 Erkrankungen pro Jahr.

Welche Unterteilungen gibt es?

Man unterscheidet vorrangig folgende Untergruppen:

SSM	Superfiziell spreitendes Melanom
NM	Noduläres Melanom
LMM	Lentigo-maligna Melanom
ALM	Akrolentiginöses Melanom

Wie werden Melanome schulmedizinisch diagnostiziert?

Die Diagnose kann nur durch eine Biopsie (Zellentnahme) sicher gestellt werden. Ansonsten halten sich Ärzte an die **ABCD-Regel**:

- A: Asymmetrie
- B: Begrenzung unregelmäßig

- C: Colorit (Farbe) innerhalb der Läsion variierend
- D: Durchmesser größer als 5 mm

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

T= Tumorstadium. Stadien 1 - 4.

N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.

N0 = Keine Metastasen.

N1 = Metastasen kleiner als 3 cm in regionalen Lymphknoten.

N2 = Metastasen größer als 3 cm in regionalen Lymphknoten und/oder anderen Organen.

M = Metastasen. Stadien 0 - 1.

G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4.

Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

TX Keine Beurteilung des Primärtumors.

T0 Kein Anhalt für Primärtumor.

T1 Krebszellen werden in der äußeren und/oder tiefersitzenden Hautschicht gefunden, jedoch nicht in benachbarten Lymphknoten (Clark-Level 2).

T2 Der Tumor hat eine Größe zwischen 1,5 und 4 mm und ist immer noch begrenzt auf die tiefer sitzenden Hautschichten (Clark-Level 3).

T3 Der Tumor ist größer oder kleiner als 4 mm, hat sich auf die tiefer sitzenden Hautschichten ausgebreitet, und es können weitere Tumore in nächster Nähe gebildet worden sein. Des Weiteren können nahe liegende Lymphknoten befallen sein (Clark-Level 4).

T4 Der Tumor hat entfernte Organe oder Lymphknoten befallen (Clark-Level 5).

4A Tumordicke über 4 mm.

4B Satelliten innerhalb von 2 cm um den ersten Tumor.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Die Operation ist die Therapie für Melanome. Dabei wird immer versucht, im gesunden Gewebe zu schneiden und grundsätzlich hierbei „großzügig“ zu schneiden. Befallene Lymphknoten werden in der Regel ebenfalls entfernt.

Da vor allem in den Anfangsstadien des Melanoms chirurgische Maßnahmen am „einfachsten“ für den Patienten/Arzt sind und die Statistiken durchaus gut aussehen, wird immer wieder davon ausgegangen, dass eine Operation, evtl. mit einer zusätzlichen Interferon-

therapie, eine ausreichende Therapie wäre. Die guten Statistiken sehen jedoch nur deshalb so gut aus, weil Melanome meistens in einem frühen Stadium entdeckt werden. Auch nicht-konventionelle Therapien haben aus diesem Grund sehr gute Statistiken. So hat die Chipsa-Klinik in Mexiko eine Studie veröffentlicht, in der (hauptsächlich durch die Gerson Therapie) 100 % aller Patienten mit einem Melanom mit T1 Stadium fünf Jahre überlebten. Dies ist meines Wissens die mit Abstand erfolgreichste Studie, die je über Melanom-Patienten veröffentlicht wurde.

Diese Studie zeigt jedoch ebenfalls, dass früh entdeckte Melanome bei weitem keine so schnell wachsenden Tumore sind, wie man immer wieder lesen kann. Dies bestätigen auch die von mir dokumentierten Fälle von Patienten mit Melanomen, die gar keine Therapie gemacht haben und erst viele Jahre später größere Tumore hatten. Als Patient darf man sich also nicht täuschen lassen, dass mit der Entfernung des Tumors auch das Krebsgeschehen herausoperiert wurde.

Chemotherapie

Meistens wird Dacarbazin (DTIC), aber auch BCNU, Vincristin, Vinorelbine, Fotemustin, Bleomycin oder sogar Cisplatin eingesetzt. In einer Untersuchung mit DTIC gab es zwar Remissionen, jedoch leider auch Todesfälle durch akute Lebervergiftung (Ceci, G. Cancer 61, 1988 - 1991). Es gibt bis heute keine gesicherten Untersuchungen, dass Sie durch irgendeine Kombination oder Einzelgabe eines Chemotherapeutikums länger leben werden (Gleich mehrere Studien zeigten keine positive Wirkung – F. J. Lejeune, S+S 1986 – 549 - 559).

Weil es so wichtig ist: Bis heute gibt es keine einzige Studie, die beweisen konnte, dass Patienten mit Melanomen länger leben, wenn sie eine Chemotherapie machen. Dies weiß natürlich auch der Arzt, der Ihnen eine Chemotherapie vorschlägt und Sie sollten sich bewusst machen, dass Sie hier zu 99 % an irgend einer Studie teilnehmen.

Leider gibt es Ärzte, die ihren Patienten sogar eine Hochdosis-Chemotherapie vorschlagen. Hierzu sollten Sie wissen, dass sogar das NCI (Nationale Krebsinstitut Amerikas), welches normalerweise Chemotherapien grundsätzlich empfiehlt, sich von der Hochdosis-Chemotherapie mit autologer Knochenmarktransplantation distanziert, weil Patienten dadurch nicht länger leben (JNCI 1993, 1080-1085). Sollte Ihnen also Ihr Arzt diese Therapie vorschlagen, dann fragen Sie ihn bitte **warum**.

Bestrahlung

Bestrahlungen werden hauptsächlich Patienten empfohlen, bei denen Operationen (z. B. Augen) nur sehr schwer möglich sind bzw. bei großflächigen Melanomen im Gesicht. Des Weiteren wird immer noch häufig davon ausgegangen, dass Knochenmetastasen oder z. B. Patienten mit starken Schmerzen bestrahlt gehören. Tatsache ist jedoch, dass es bis heute keine Studie gibt, die beweisen könnte, dass Patienten mit Melanomen auch nur einen einzigen Tag länger durch eine Bestrahlung leben.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Zytokintherapien

In den letzten Jahren haben sich Zytokintherapien mit Interleukin und Interferon durchgesetzt, jedoch bisher mit keinem durchschlagendem Erfolg, obwohl dies immer wieder durch die Medien und durch medizinische Zeitschriften geht. Was noch in den 80er Jahren als die Krebstherapie angesehen wurde, sehen heute immer mehr Onkologen rationaler, weil bis heute die Studien fehlen, die beweisen, dass Patienten durch diese Therapie signifikant länger leben. Zwar gibt es Studien, die mit großen „Ansprechraten“ (Verkleine-

nung des Tumors und längere rezidivfreie Zeit) aufwarten, aber wo sind die Studien, die beweisen, dass Patienten hierdurch auch länger leben?

Auch das Argument, dass Zytokine die Ansprechrate von Chemotherapien verbessern (z. B. Tilgen 1995) ist insofern drittrangig zu bewerten, da es auch hier bis heute keine Studien gibt, die nachweisen können, dass Patienten hierdurch signifikant länger leben. Dabei darf man die Nebenwirkungen der Zytokintherapie nicht vergessen und die hohen Kosten, die in der Regel von den Krankenkassen bezahlt werden. Mehr und mehr wird deshalb der Wert vor allem von Interferontherapien auch unter Schulmedizern angezweifelt.

Fiebertherapie

Der Einsatz von Fiebertherapien (endogen durch Bakterien) hat sich nach unseren Untersuchungen positiv bei malignen Melanomen bewährt und sollte auf jeden Fall bedacht werden.

Hormontherapien

Es gibt Studien z. B. mit Tamoxifen, doch diese haben bis heute nur Aktionären geholfen, aber nicht Patienten.

Dendritische Zellen

An vielen Universitäten laufen Studien mit *dendritischen Zellen*, deren Ergebnisse jedoch frühestens in mehreren Jahren bewertet werden können.

Morbus Hodgkin (Lymphogranulomatose)

Die schulmedizinische Definition:

Maligne Systemerkrankung charakterisiert durch den Nachweis von ein- und mehrkernigen Hodgkin- und Reed-Sternberg Riesenzellen.

Wie häufig kommt Morbus Hodgkin vor?

Derzeit 2 - 3 Erkrankungen pro 100.000 Menschen

Welche Unterteilungen gibt es?

Man unterscheidet 4 verschiedene histologische Gruppen:

- LP (lymphozytenreich, ca. 3 %)
- NS (nodulär-sklerosierend, ca. 80 %)
- MC (gemischte Zellen, ca. 15 %)
- LD (lymphozytenarm, ca. 2 %)

Wie wird Morbus Hodgkin schulmedizinisch diagnostiziert?

Zuerst einmal durch Nachweis von Hodgkin und Reed-Sternberg-Zellen durch Entnahme eines Lymphknotens (Biopsie). Röntgen des Brustraumes, Ultraschall und CT, Skelettszintigramm, Knochen-

markbiopsie, manchmal wird auch die Milz entfernt (dies ist jedoch auch unter Schulmedizinern umstritten wegen der Gefahr einer bakteriellen Komplikation).

Welche Stadien der Erkrankung es gibt?

1 = Tumore befinden sich nur in einer Lymphknotenregion (I/N) **oder** es liegt ein einziger Herd außerhalb eines Knotens vor (I/E).

2 = Tumore befinden sich in zwei oder mehr Lymphknotenregionen auf einer Seite des Zwerchfells (2/N) **oder** es liegt ein einziger Herd außerhalb eines Knotens vor (2/E) mit Befall einer oder mehrerer Lymphknotenregionen auf einer Seite des Zwerchfells.

3 = Tumore befinden sich in Lymphknotenbereichen beiderseits des Zwerchfells (3/N) **oder** Befall von Herden außerhalb eines Knotens mit Befall beider Seiten des Zwerchfells (3/E).

4 = Streuung in ein Organ oder in mehrere Organe außerhalb des Lymphsystems mit oder ohne Befall von Lymphknoten.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Operationen spielen bei Morbus Hodgkin keine große Rolle, sondern kommen nur dann zum Einsatz, wenn Lymphknoten große physische Probleme wie Stauungen verursachen bzw. zur Gewinnung von Gewebeproben.

Autologe Knochenmark-/Stammzellentransplantation:

Bei dieser Therapie werden dem Patienten Knochenmark/ Stammzellen entnommen und nach Verabreichung einer Hochdosis-Chemotherapie (meist mit Cyclophosphamid, Melphalan, BCNU, Ara-C, Methotrexat und Etoposid) wieder verabreicht. In der Regel wird diese Therapie nur jungen Menschen angeboten, da sie erstens extrem teuer ist, zweitens ältere Menschen ein sehr hohes Risiko haben an der Therapie zu sterben und drittens die Erfolge recht bescheiden sind, denn nur ca. 50 % der Überlebenden dieser Prozedur erreichen einen Stillstand und nur bei 30 - 50% dieser Gruppe bleibt dieser Erfolg über Jahre stabil.

Bei der **Allogenen Knochenmark-/Stammzellentransplantation** erhält der Patient Stammzellen von einem Spender und bei der **Peripheren Blutstammzellen-Transplantation** wird das Blut des Patienten durch eine Maschine geleitet, welche die Stammzellen aus dem Blut entfernt und das Blut wieder in den Kreislauf zurückbringt (auch Leukopherese genannt). Die dabei gewonnenen Stammzellen werden mit krebstötenden Medikamenten „scharf gemacht“ und dem Patienten rückinfundiert.

Chemotherapie & Bestrahlung

Bei Morbus Hodgkin gibt es Studien, die aufzeigen, dass die Kombination Bestrahlung und Chemotherapie große Erfolge hervorbringt. Aus diesem Grund trauen sich auch ganzheitlich denkende Ärzte kaum, Patienten mit dieser Diagnose zu therapieren. Es gibt keine Vergleichsstudien mit nicht-konventionellen Therapien und die Frage, ob Patienten weil oder obwohl einer Therapie gesund geworden sind, bleibt unbeantwortet. Um auch hier keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Ich möchte hier **nicht** die Erfolge der Schulmedizin bei dieser Erkrankung klein reden, sondern wie

immer kritisch hinterfragen, **warum** Menschen gesund werden.

In der Regel werden Patienten nach dem EF (Extended field) oder dem IF (Involved field) Schema mit 30 - 40 Gy bestrahlt. Zwischendurch werden Pausen gemacht, damit sich das Knochenmark besser erholen kann.

Hinzu kommen Chemotherapien nach dem COPP Schema (COPP-ABVD und COPP-ABV-IMEP) COPP bedeutet Cylophosphamid, Vincristin, Procarbazin und Prednison, wohingegen ABVD aus folgenden Giftstoffen besteht: Adriamycin, Bleomycin, Vinblastin und Dacarbazin. Das früher benützte MOPP (M=Mechlorethamin) Schema wird heute kaum mehr angewandt.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Ein Antikörper der bei Morbus Hodgkin eingesetzt wurde war z. B. MAb BerH2. In Deutschland hat die Kölner Uniklinik diesen Antikörper eingesetzt, jedoch ohne signifikante Vorteile auf das Überleben.

Ein anderer ist das Immuntoxin bzw. Ki-4.dgA. Dabei handelt es sich um einen Antikörper, der sich gegen das CD25-Antigen auf den Hodgkin-/Reed-Sternberg-Zellen richtet. Das Zellgift, das an den Antikörper Ki-4 gekoppelt ist, heißt Ricin-A. Wenn man von den immensen Nebenwirkungen einmal absieht, gibt es bis heute keine Studie, die auch nur annähernd gezeigt hätte, dass Patienten mit Morbus Hodgkin durch dieses Medikament auch nur einen Tag länger gelebt haben.

Andere Therapien spielen bei Morbus Hodgkin keine Rolle. Aus meiner persönlichen Erfahrung heraus muss ich sagen, dass ich persönlich nur wenigen Patienten mit diesem Krankheitsbild begegnet bin, da die Therapie komplett in den Händen der Schulmedizin liegt und es hier auch massive juristische Konflikte gibt. Doch vor allem bei Rezidiven hat die Schulmedizin leider auch hier wenig zu bieten und erst dann fragen sich Patienten, ob es nicht auch andere Therapien gibt. Leider sind diese Patienten dann körperlich und

geistig in einem sehr labilen Zustand angekommen und hier fällt es jedem Therapeuten schwer, noch positiv einzuwirken.

Ich sage nicht, dass es nicht möglich ist, da ich z. B. einen Menschen sehr gut kenne, der in diesem Stadium mit nicht-konventionellen Therapien wieder gesund wurde und heute sogar eine Krebs-Organisation leitet. Was ich Ihnen eigentlich mitteilen möchte, ist, dass sich auch bei Morbus Hodgkin jeder genauestens überlegen muss, wie weit er seinen Körper *durch die Therapie* zerstören lässt. Natürlich habe auch ich keine Standardlösung für dieses Problem. Ich sage es aber, weil ich schon oft erlebt habe, dass selbst bei Rezidiven immer nur die Therapien erneut angewandt werden, die vorher versagt haben und ich würde mir spätestens zu diesem Zeitpunkt ein Umdenken wünschen.

Mesotheliom

Die schulmedizinische Definition ist:

Von den Mesothelzellen der Pleura ausgehender maligner (bösartiger) Tumor.

Wie häufig kommt ein Pleuramesotheliom vor?

Derzeit ca. 1 - 2 Erkrankungen pro 100.000 Menschen.

Welche Unterteilungen gibt es?

Allgemein gesehen unterscheidet man zwischen einem diffusen Pleuramesotheliom, einem diffusen malignen Pleuramesotheliom und einem malignen Mesotheliom. Dabei können die Mesothelzellen der Pleura (Brustfell) oder des Peritoneums (Bauchfell) betroffen sein.

Wie wird ein Pleuramesotheliom schulmedizinisch diagnostiziert?

Schmerzen im Brustbereich, Husten, Biopsien (**Vorsicht** – hier besteht natürlich eine erhebliche Gefahr der Streuung), Röntgen, CT, Spirometrie – Lungenfunktionsdiagnostik.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.

N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.

M = Metastasen. Stadien 0 - 1.

G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4.

Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

TX Keine Beurteilung des Primärtumors.

T1 Der Tumor bleibt auf das Brustfell begrenzt.

T2 Der Tumor befällt entweder die Lunge, Faszien innerhalb des Brustkorbes, das Zwerchfell oder den Herzbeutel.

T3 Der Tumor infiltrierte entweder in die Muskulatur, die Rippen oder in Gewebe bzw. Organe des Mediastinums (Mittelfell).

T4 Der Tumor breitet sich direkt in eine der folgenden Körperteile aus: kontralaterale (entgegengesetzt) Pleura, kontralaterale Lunge, Bauchfell, Gewebe des Halses.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Allgemein

Viele Mediziner sehen die Diagnose Pleuramesotheliom grundsätzlich als unheilbar an. Selbst wenn sie es nicht so sagen, dann kommt dies trotzdem sehr oft „beim Patienten an“. Machen Sie sich unbedingt von dieser selbsterfüllenden Prophezeiung frei. Wenn Sie nicht daran glauben, dass Sie wieder gesund werden können – **wer dann?** Sollte Ihr Arzt Ihnen keine Hoffnung geben, suchen Sie diese Hoffnung zuerst einmal bei sich selbst und dann bei anderen Menschen um sich herum. Lernen Sie zu verstehen, dass **Sie** nicht an dieser Erkrankung sterben müssen – egal was Ihnen Ihr Arzt sagt!

Natürlich kenne auch ich die offiziellen Statistiken. Im Gegensatz zu den meisten Schulmedizinern habe ich jedoch schon Menschen kennen gelernt, die seit vielen Jahren mit dieser Diagnose leben und zwar sehr gut. Ich stimme Schulmedizinern grundsätzlich zu, dass es hier keine schulmedizinische Therapie gibt und sich jeder Patient natürlich **sofort** nach der Diagnose die Frage stellen muss: „Was soll ich bei einem Arzt, der mir klipp und klar sagt, dass er für meine Erkrankung keine Therapie kennt?“

Operation

Inwieweit eine Operation eine Hilfe sein kann, wird auch unter Schulmedizinern sehr kontrovers diskutiert. Einige Autoren sagen, dass Pleuramesotheliome grundsätzlich nicht operabel sind und andere schreiben, dass unbedingt operiert werden muss, da die meisten Patienten an ihrem Primärtumor und nicht an Metastasen sterben.

Meine persönliche Meinung ist ebenfalls gespalten. Einerseits habe ich oftmals gesehen, dass man durch eine Tumormassen-

reduktion Zeit gewinnen kann, andererseits wird durch solch einen massiven Eingriff das Immunsystem auf Monate hin geschwächt und Selbstheilungskräfte abgezogen. Ich glaube deshalb, dass man die Entscheidung für eine Operation nur von Fall zu Fall treffen kann und nicht grundsätzlich.

Chemotherapie

Um es vorwegzunehmen. Es gibt keine Chemotherapie, die bei einem Pleuramesotheliom das Leben verlängern kann. Es gab und gibt immer wieder Versuche mit Adriablastin, Cisplatin, Carboplatin, Cyclophosphamid, Doxorubicin, 5-FU, Methotrexat und auch Gemcitabin, doch das waren und sind immer nur Versuche, die niemals beweisen konnten, dass Patienten dadurch auch nur einen Tag länger gelebt hätten. Aus diesem Grund kann ich es nicht verstehen, wenn Patienten immer noch Chemotherapien angeboten werden.

Bestrahlung

Das Gleiche was für die Chemotherapie gültig ist, kann man auch für die Bestrahlung sagen. Als man 1992 über 100 Patienten behandelte, konnte man keinen Überlebensvorteil feststellen (Mattson et al., 1992). Oftmals wird von palliativer Bestrahlung gesprochen. Auch dem kann ich nicht zustimmen, da die Nebenwirkungen solch einer Bestrahlung enorm sind.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Andere schulmedizinische Therapien wie monoklonale Antikörper oder Hormontherapien spielen im Grunde genommen bei Pleuramesotheliomen keine Rolle. Immer noch dreht sich die ganze Therapie um die Tumorzerstörung, doch bei solch einem aggressiven

Tumor ist dieses Unterfangen natürlich zum Scheitern verurteilt. Man muss sich wirklich wundern, dass es bis heute keine neuen Ansätze gibt. Die Gründe hierfür sind vielfältig, der Hauptgrund aber dürfte der sein, dass es schlicht und ergreifend zu wenig Fälle gibt und seitens der Pharmafirmen kein großes Interesse besteht, hier etwas zu unternehmen.

Wie ignorant dies selbst heute noch ist, kann man am Beispiel der IAT Therapie sehen (siehe unter IAT). Als Dr. Burton erstmals von der erfolgreichen Behandlung von 11 Patienten mit Mesotheliomen berichtete, wurde er sofort als Quacksalber abgetan.

Selbst als 1999 ein Team der amerikanischen Regierung gemeinsam mit unserer Organisation, diese Fälle erneut untersuchte und bestätigte, wurde nichts unternommen.

Dem einzigen Arzt Deutschlands, der IAT vor vielen Jahren in Deutschland anwandte, wurde die Praxis geschlossen, nachdem es bekannt wurde. Obwohl er hart dafür kämpfte und alle Genehmigungen beantragte, gelang es ihm nie, die notwendigen Zulassungen zu bekommen. Wenn man bedenkt, dass die Schulmedizin keine einzige Therapie für diese Erkrankung hat und Dr. Burton nachweislich mehrere Patienten hatte, die dank seiner Therapie viele Jahre (teilweise über 20 Jahre) überlebten, dann kann man wieder einmal erkennen, was alles unternommen wird, damit nicht-konventionelle Krebstherapien nicht auf den Markt kommen – und schon gar nicht Therapien mit wenig Nebenwirkungen.

Myelodysplastisches Syndrom

Die schulmedizinische Definition ist:

Hierbei handelt es sich um einen Überbegriff von verschiedenen Knochenmarkerkrankungen, die vorwiegend bei Patienten im zweiten Lebensabschnitt auftreten. Im Grunde genommen handelt es sich hierbei um Symptome, die nicht in andere Krebsarten wie Leukämien „passen“ und unter diesem Begriff zusammengefasst werden.

Das myelodysplastische Syndrom ist außerdem eine „Nebenwirkung“ mehrerer Medikamente wie z. B. Zytostatika.

Wie häufig kommt das Myelodysplastische Syndrom vor?

3,5 - 12 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr.

Welche Unterteilungen gibt es?

In der Regel benützen Ärzte die FAB (French-American-British) Einteilung, nach der 5 verschiedene morphologische Untergruppen unterschieden werden.

Morphologischer Subtyp	Blastenanteil im Blut	Blastenant. im Knochenmark	weitere Veränderungen
Refraktäre Anämie (RA)	≤ 1 %	< 5 %	

RA mit Ringsideroblasten (RARS)	$\leq 1 \%$	$< 5 \%$	„ 15% Ringsideroblasten im KM
RA mit einem Überschuss an Blasten (RAEB)	$< 5 \%$	5 - 20 %	
Chronisch myelomonozytäre Leukämie	$< 5 \%$	5 - 20 %	Periphere Monozytose (Vermehrung der Monozyten)
RAEB in Transformation (RAEB/T)	$\leq 5 \%$	21 - 30 %	Fakultativ Auerstäbchen

Wie wird das Myelodysplastische Syndrom schulmedizinisch diagnostiziert?

Eine endgültige Diagnose kann nur durch das Mikroskop geschehen. Hierbei werden Ausstriche des Knochenmarks oder Stanzbiopsien benötigt. Zwar findet man im Blut oftmals eine Panzytopenie (Verminderung von Blutzellen), doch viele Patienten haben überhaupt keine Symptome. Andere wiederum neigen zu einer erhöhten Infektanfälligkeit, Blutungsneigung oder haben Anämiesymptome. Bei einer chronischen myelomonozytären Leukämie (CMML) findet man zudem häufig eine Splenomegalie (vergrößerte Milz).

Differenzialdiagnostisch ist das MDS von reaktiv bedingten Blutbild- und Knochenmarksveränderungen abzugrenzen. In erster Linie sind ein Folsäure- oder Vitamin B12-Mangel oder infektiöse Prozesse auszuschließen. Erhöhte Blastenzahlen im Knochenmark deuten auch auf eine beginnende, akute Leukämie hin. Die Wahrscheinlichkeit bei Patienten mit einem RAEB oder RAEB-T (leukämische MDS) liegt bei 30 bis 60 %, dass deren MDS in eine akute Leukämie übergeht.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Beim Myelodysplastischen Syndrom hat sich in Deutschland vor allem das Düsseldorf-Score durchgesetzt (neben dem Bourne-mouth- und Sanz-Score). Hierbei gibt es 3 Risikogruppen:

Risikogruppe	Punktezahl
Risikogruppe A (günstige Prognose)	0
Risikogruppe B (intermediäre Prognose)	1 - 2
Risikogruppe C (ungünstige Prognose)	3 - 4

Die Punkte werden nach folgendem Schema verteilt:

Hämoglobin	< 9 g/dl	1
Thrombozyten	< 100.000 /ul	1
LDH	"2000 U/l	1
Blastenanteil KM	<5 %	1

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Hierzu muss man grundsätzlich sagen, dass es kein Grundschemata einer Therapie gibt. Dahinter steckt natürlich, dass das Myelodysplastische Syndrom eigentlich keine Krankheit ist, sondern eine Ansammlung verschiedener Symptome, die sich bei jedem Menschen anders zeigen. Aus diesem Grund steht die Behandlung der Symptome auch im Vordergrund. Hinzu kommt natürlich auch noch das fortgeschrittene Alter vieler Patienten.

Erste Maßnahmen sind oftmals Bluttransfusionen und die Vermeidung von Medikamenten, die die Knochenmarkfunktion stören können. Auch Steroide werden immer noch eingesetzt. Zur Bluttransfusion muss gesagt werden, dass es hierbei viele unbekannte und bekannte Risiken gibt, die das Immunsystem stören können.

Des Weiteren findet hierdurch eine Überladung mit Eisen statt, so dass eine Bindung des Eisens durch eine so genannte Eisenchelation notwendig werden kann.

Knochenmarktransplantation

Je nach Herkunft des transplantierten Knochenmarkes (der Stammzellen) unterscheidet man zwischen zwei Arten:

1. Allogene Knochenmark-/Stammzellentransplantation

Hierbei erhält der Patient Stammzellen von einem Spender

2. Autologe Knochenmark-/Stammzellentransplantation

Bei dieser Therapie werden dem Patienten Knochenmark/Stammzellen entnommen und nach Verabreichung einer Hochdosis-Chemotherapie wieder verabreicht.

Beim Myelodysplastischen Syndrom kommt die Allogene Knochenmark-/Stammzellentransplantation bei jüngeren Patienten (unter 50 Jahre) zum Einsatz. Sie gilt unter vielen Ärzten als einzige kurative (heilungstrebende) Therapie.

Chemotherapie

Viele Jahre war **die** Chemotherapie eine niedrigdosierte Behandlung mit Cytosin-Arabinosid (low-dose Ara-C). Dieser Fehlgriff ist mir bis heute nicht verständlich, auch wenn es hierfür viele Erklärungsmuster gibt, weil ja gerade diese Therapie die Blutbildung unterdrückt. Für mich ist deshalb auch mehr als verständlich, dass diese

Therapie eigentlich heute nicht mehr so oft angewandt wird (fast nur noch bei einer leukämischen MDS (RAEB, RAEB-T)). Seien Sie also vorsichtig, wenn man Ihnen diese Therapie anbietet.

Chemotherapien können zwar kurzzeitig Remissionen erzielen, jedoch ist der Rückfall vorprogrammiert und die schlechten Ergebnisse sprechen eine eindeutige Sprache. Leider gibt es vor allem bei RAEB, RAEB/T und AML-MDS eine Tendenz zu aggressiven Therapien. Die Protokolle leiten sich meistens von den üblichen Standardprotokollen für akute myeloische Leukämien ab. Daran kann man schon erkennen, dass es kein schulmedizinisches Konzept für das Myelodysplastische Syndrom gibt und man in der Verzweiflung versucht, das nächstliegende zu benützen.

Das eigentliche Problem ist jedoch, dass die Ursachenforschung für diese Krankheit versagt hat und man deshalb so gut wie möglich „am Symptom Knochenmark herumdoktert“. Bitte lassen Sie sich nicht täuschen. Es gibt keine Statistiken, die beweisen, dass Sie signifikant länger leben, wenn Sie eine Chemotherapie machen.

Bestrahlung

Bestrahlungen sollten eigentlich beim MDS keine Rolle spielen. Trotzdem kenne ich Einzelfälle, wo dieses Therapieinstrument in ein Behandlungsprotokoll integriert wurde.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Wachstumsfaktoren

So genannte hämatopoetische (blutbildende) Wachstumsfaktoren spielen bei der Behandlung des MDS eine große Rolle. Der Ansatz hier ist: Lass uns das Symptom (zu wenig Blut) behandeln und schon ist der Patient wieder gesund. Dieser Ansatzpunkt ist natür-

lich langfristig zum Scheitern verurteilt, wird jedoch deshalb gerne angewandt, weil es kurzfristig zu Symptomverbesserungen kommt.

Im Einsatz sind derzeit vorwiegend DGM-CSF, G-CSF, Erythropoetin und Interleukin 3. GM-CSF und G-CSF führen zu einem Anstieg der neutrophilen Granulozyten, die jedoch nach Absetzen des Medikaments schnell wieder abfallen. Gleichzeitig besteht jedoch die Gefahr einer erhöhten Blutungsneigung, da unter dem Einsatz dieser Medikamente die Thrombozytenproduktion geringer werden kann. Bei einer Studie mit 102 Patienten konnte durch diese Maßnahme kein Vorteil in bezug auf Lebensverlängerung festgestellt werden, genauer gesagt war es sogar so, dass Patienten früher starben. Um so mehr verwundert es mich, dass diese Therapie immer noch häufig eingesetzt wird.

Noch schlechter sind die Ergebnisse mit Interleukin und Erythropoetin. Sollten Ihnen also diese Therapien als „Standardtherapien“ bei MDS angeboten werden, lassen Sie sich doch bitte von Ihrem behandelnden Arzt die Studien **schriftlich** geben, die beweisen, dass Sie dadurch länger leben – ich konnte diese Studien nicht finden.

Vitamine, Interferone u.a.

Es liefen und laufen Studien mit Derivaten von Vitamin A und Vitamin D3, genauso wie mit Interferon-alpha oder Interferongamma. Doch all diese Studien haben bis heute keine Vorteile für MDS-Patienten erbracht, sondern nur für Aktionäre.

Achtung

Da die Schulmedizin kein Therapiekonzept hat, ist die Chance, dass man Sie bittet, an einer Studie teilzunehmen, natürlich sehr groß.

Multiples Myelom (Plasmozytom)

Die schulmedizinische Definition ist:

Beim Multiplen Myelom (MM) handelt es sich um maligne, monoklonale Plasmazellen (Plasmazellen reifen aus weißen Blutkörperchen heran, die Lymphozyten genannt werden) und wird daher den niedrig malignen Non-Hodgkin Lymphomen zugerechnet.

Oftmals wird das MM auch Plasmozytom oder Morbus Kahler genannt. Streng genommen ist das nicht richtig, weil ein Plasmozytom eigentlich eine Erkrankung **ohne** Knochenmarkinfiltration bezeichnet, was ja beim MM nicht der Fall ist.

Wie häufig kommen Multiple Myelome vor?

Derzeit ca. 4 - 5 Erkrankungen pro 100.000 Menschen. Auffallend ist hierbei, dass Schwarze mehr als doppelt so häufig erkranken wie die weiße Bevölkerung.

In vielen Lehrbüchern kann man auch Studien über Risikofaktoren nachlesen:

- Chronische Antigenstimulation des Immunsystems (z. B. durch IL-6-Induktion als Stimulator der B-Zelldifferenzierung)
- virale oder bakterielle Erkrankungen, Immunisierungen (BCG, Diphtherie, Scharlach, Keuchhusten), Allergien oder Auto-

immunstörungen.

- Strahlenbelastungen (interessant ist hierbei, dass es einerseits immer heißt, eine niedrige Strahlenbelastung habe keine Nachteile und andererseits wird gerade diese niedrige Strahlenbelastung z. B. bei Radiologen oder Mitarbeitern von Nuklearfirmen für MM (mitverantwortlich gemacht, wie Studien belegen).
- Herbizide und Insektizide Metalle (Blei, Arsen, Cadmium, Kupfer-Staub, Nickel ...)
- Haarfärbemittel
- Genetische Faktoren bzw. Chromosomen-Anomalien wie z. B. 14q+
- Onkogene wie c-myc mRNA oder bcl-1- und bcl-2 ...

Welche Unterteilungen gibt es?

- Morphologische Klassifikation nach Zelltyp:
- Marschalko
- Kleinzellig
- Gekerbt
- Polymorph
- Asynchron
- Blastisch

Des Weiteren werden diese Gruppen oftmals in prognostische Grade zusammengefasst:

1. niedriger Malignitätsgrad
2. intermediärer Malignitätsgrad
3. hoher Malignitätsgrad

Wie werden Multiple Myelome schulmedizinisch diagnostiziert?

Die Diagnose eines multiplen Myeloms gilt als gesichert, wenn zwei der folgenden „Ossermann-Kriterien“ erfüllt sind:

A: Nachweis von über 10 % teilweise atypischen Plasmazellen

B: Nachweis eines M-Proteins im Serum und/oder Urin

C: Nachweis von mindestens einer Osteolyse (Abbau von Knochengewebe)

Proteinchemie

Immunglobuline im Serum und Urin, Beta-2-Mikroglobulin, Albumin, C-reaktives Protein, verschiedene Zytokine.

Labeling Index

Dieser Index gibt den Prozentsatz der Myelomzellen mit H-Thymidin-Aufnahme an.

Zusätzliche Untersuchungen

Röntgen (zur Beurteilung der Knochen), Magnetresonanztomographie, Knochendichtemessungen, Knochenmarkbiopsie. Differenzialdiagnostisch muss immer eine monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) ausgeschlossen werden.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

1 = In den Knochen finden sich keine Tumore (Plasmozytome). Der Patient muss keine Symptome haben. Hb ist über 10 g/dl. IgG kleiner als 5 g/dl. IgA kleiner als 3. Normaler Kalziumwert.

2 = Weder Stadium I noch Stadium 3.

3 = Hb ist unter 8,5 g/dl. IgG größer als 5 g/dl. IgA kleiner als 5, Kalziumwert über 12, Ausscheidung des monoklonalen Proteins über 12 g/24 h und ausgeprägte Osteolysen (mehr als 3).

Zusätzlich werden die Stadien in A (normale Nierenfunktion) und B (eingeschränkte Nierenfunktion) unterteilt.

Weitere Differenzierungen

Isoliertes Plasmozytom des Knochens

Nur ein einzelner Plasmazell-Tumor wird in dem Knochen gefunden.

Plasmozytom außerhalb des Knochenmarks (extramedulläres Plasmozytom)

Hierbei werden Plasmazell-Tumore nur außerhalb von Knochen und Knochenmark in den Weichteilen gefunden, meistens in den Mandeln (Tonsillen) oder den Geweben in der Umgebung der Nase.

Makroglobulinämie

Plasmazellen, die einen bestimmten Typ von M-Proteinen produzieren und oftmals zu geschwollenen Lymphknoten oder Milz- oder Lebervergrößerungen führen.

Monoklonale Gammopathie unbekannter Herkunft

M-Proteine werden im Blut gefunden, ohne dass der Patient Symptome hat.

Therapierefraktäre plasmazelluläre Neoplasie

Trotz schulmedizinischer Therapien werden die Plasmazellen nicht weniger.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Chemotherapie

Multiple Myelome sind eine Hochburg der Chemotherapie. Hier gibt es jedoch einiges zu beachten.

1. Das MM kann durch konventionelle Chemotherapie nicht geheilt werden. Alle Versuche der letzten Jahre (hauptsächlich mit Melphalan/Prednison = MP) sind gescheitert. Auch der Einsatz von Cyclophosphamid in üblichen Dosierungen hat nicht zu den erwarteten Erfolgen geführt.
2. Nach Studien von Jagannath, Barlogie, Vesole, Attal und anderen kam man am Schluss zum heutigen „Goldstandard“, der da heißt: *Hochdosis-Chemotherapie mit autologer Blutstammzelltransplantation*.
Innerhalb dieses Protokolls gibt es zwar immer noch unterschiedliche Ansichten über die Dosierungen, die Kombinationen (mit Ganzkörperbestrahlung, mit Cyclophosphamid, Busulfan und Idarubicin oder Anthrazyklinen) und die Häufigkeit. Im Großen und Ganzen wird diese Therapie jedoch in der Regel Patienten vorgeschlagen, die jünger als 60 Jahre sind.
3. Grundsätzlich müssen Patienten wissen, dass in den meisten Studien (wieder einmal) in erster Linie von hohen „Ansprechraten“, „Remissionsraten“ und „rezidivfreien Intervallen“ gesprochen wird. Wenn man die Datenlage in Bezug auf Lebensqualität und Lebensverlängerung betrachtet, dann sehen die Zahlen erheblich nüchterner aus. So sterben eine nicht zu unterschätzende Zahl (bis zu 17 %!) der Patienten **an der Therapie** (Blutvergiftung, allgemeine Immunschwäche usw.) und in manchen Studien war die Überlebenszeit nur wenige Wochen/Monate. Dies spielt insofern eine große Rolle, weil diese Therapie die Lebensqualität auf Monate hin extrem verringert und man nie vergessen sollte, dass man an der Therapie sterben kann. Grundsätzlich gibt es jedoch auch Studien, die bewiesen haben, dass Patienten mit Hochdosis-Chemotherapien im Vergleich mit normal dosierten Chemotherapien länger gelebt haben. Leider gibt es bis heute keine einzige Studie, die Chemotherapien mit Therapien ohne Chemotherapien vergleicht.

4. Es gibt auch Hochdosistherapien mit Melphalan ohne Stammzelltransplantation, jedoch starben hier zu viele Menschen wegen der zu starken Unterdrückung des Knochenmarks. Aus diesem Grund tendiert man heute eher zu Therapien mit autologen oder allogenen Knochenmark/Blutstammzellen.
5. Eine Alternative zur autologen Knochenmarktransplantation (KMT) ist die Gabe von Knochenmark von einem HLA (human leucocyte antigen)-identischen Spender. Die Todesrate innerhalb von 3 Jahren beträgt bei dieser Therapie jedoch über 40 %.

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich bei Patienten unter 60 Jahren die Hochdosiskombination mit Stammzellen bzw. die zweimalige Hochdosistherapie im Abstand von ca. 6 Monaten durchgesetzt hat. In der Regel halten sich Mediziner in Deutschland an das München-Bozener Hochdosisprotokoll (VAD = Vincristin, Adriamycin und Dexamethason oder IEV = Ifosfamid, Epirubicin und Etoposid).

Bei Patienten über 60 Jahren wendet man immer noch das Alexanian Protokoll an (also Melphalan und Prednison), obwohl die Ergebnisse hier alles andere als überzeugend sind.

ACHTUNG

Patienten im Stadium I wird meistens keine Therapie vorgeschlagen, da sich in Studien (Durie/Salmon) gezeigt hat, dass Patienten hiervon keinen Überlebensvorteil haben. Deshalb zu glauben, dass man nichts tun muss, bzw. warten, bis sich alles verschlechtert, halte ich für einen großen Fehler. Machen Sie also diesen Fehler nicht und beginnen Sie noch heute mit dem 3E-Programm.

Bestrahlung

Bestrahlungstherapien werden auch unter Schulmedizinern bei MM unterschiedlich gesehen. Einerseits zeigen Studien, wie die von Björkstrand (1996), dass Patienten eigentlich nur Nachteile von einer Ganzkörperbestrahlung haben, andererseits hat sich die Bestrah-

lung fast schon als goldener Standard durchgesetzt. Viele Ärzte gehen auch dazu über, Bestrahlungstherapien nur noch bei Osteolysen bzw. Knochenschmerzen anzuwenden. Hierbei wird dann hauptsächlich mit hohen Dosierungen (8 - 10 Gy) agiert.

Da es wenig „harte Fakten“ gibt, die aufzeigen können, dass Bestrahlungen bei MM dazu beitragen können, dass Patienten dadurch länger leben, ist es doch etwas „verwunderlich“, warum sich diese Therapie als Standard in so vielen Kliniken durchgesetzt hat.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Interferon

Ähnlich wie bei der Strahlentherapie sehe ich es doch als etwas „merkwürdig“ an, dass sich eine Therapie wie die mit Interferon in vielen Krankenhäusern durchgesetzt hat, obwohl auch hier harte Fakten fehlen, dass Patienten durch diese Therapie signifikant länger leben. Wenn man bedenkt, welche Nebenwirkungen diese Therapie hat und wie teuer sie ist, dann ist man schon erstaunt (oder auch nicht, wenn man den finanziellen Aspekt betrachtet).

Es gibt zwar Studien, die nachweisen wollen, dass es Überlebensvorteile für Patienten gab, die im Anschluss an eine Hochdosis-Therapie eine komplette Remission hatten (Powels 1995), doch hier muss man natürlich sehr vorsichtig sein, da man diese Daten auch anders bewerten könnte.

Bisphosphonate

Bisphosphonate haben eine Ähnlichkeit mit Pyrophosphorsäure und können dazu beitragen, dass Knochen nicht abgebaut werden können. Bekannte Mittel sind Bondronat oder Aredia. Meistens erhält der Patient im dreiwöchigen Rhythmus eine Infusion.

Bei der Gabe von Bisphosphonaten zur Behandlung von Knochenmetastasen fällt mir immer wieder auf, dass viele Ärzte nicht zwischen ab- (lytischen) und aufbauenden (neoplastischen) Prozessen unterscheiden. Da wird jeder Schatten eines bildgebenden Ver-

fahrens als Knochenmetastase bezeichnet, egal ob diese „Metastase“ jetzt ein Loch in den Knochen frisst oder sich aber auf dem Knochen angesiedelt hat. Und aus diesem Grund geben viele Ärzte grundsätzlich Bisphosphonate, selbst bei neoplastischen Prozessen. Ich kann mich dieser Meinung nicht anschließen und deshalb sollten Sie genau abklären, was für eine Art Knochenmetastasen Sie denn haben.

Nierenzellkarzinom

Die schulmedizinische Definition ist:

Bösartiger Tumor der Epithelzellen des Nierenparenchyms.

Wie häufig kommen Nierenzellkarzinome vor?

Derzeit ca. 6 - 7 Erkrankungen pro 100.000 Menschen.

Welche Unterteilungen gibt es?

Meistens werden Nierentumore nach Zelltyp (basophil, eosinophil, spindelzellartig, klar, chromophob usw.), histologischem Aufbau (azinär, kompakt, papillär, zystisch usw.) und Malignitätsgrad (wie bösartig = G1, G2 und G3) unterschieden.

Wie werden Nierenzellkarzinome schulmedizinisch diagnostiziert?

Schmerzen, Blut im Urin, tastbarer Tumor, Anämie, Fieber, Leberstörungen. Ultraschall, CT, AUG (Ausscheidungsurogramm), Röntgen, Angiographie, Kernspintomographie, PET (Positronenemissionstomographie).

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.

N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 2.

M = Metastasen. Stadien 0 - 1.

G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4.

Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

TX Keine Beurteilung des Primärtumors.

T0 Kein Anhalt für Primärtumor.

T1 Der Tumor ist maximal 0,7 cm groß und auf die Nieren begrenzt.

T2 Der Tumor ist größer als 0,7 cm und auf die Nieren begrenzt.

T3 Der Tumor breitet sich in größere Venen, die Nebenniere oder in das naheliegende Gewebe aus, jedoch nicht außerhalb der Nierenfaszie.

3a = Der Tumor breitet sich in die Nebenniere oder in das naheliegende Gewebe aus, jedoch nicht außerhalb der Nierenfaszie.

3b = Der Tumor breitet sich in die Nierenvene(n) oder in die Cava Vene unterhalb des Zwerchfells aus.

- 3c = Der Tumor in die Cava Vene oberhalb des Zwerchfells eingedrungen.
- T4 = Der Tumor breitet sich außerhalb der Nierenfaszie aus.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Die Operation ist immer die erste Wahl bei Nierenzellkarzinomen. Hierbei wird zwischen organerhaltenden Operationen und Totaloperationen unterschieden. Vor allem wenn keine Metastasen vorliegen, raten alle Chirurgen in der Regel zu einer radikalen Operation. Dahinter steckt natürlich der Ansatz: „Lass uns den Tumor weg-schneiden und damit ist Ruhe.“ Dies ist sehr gefährlich und führt in der Regel automatisch zu Rückfällen. Verfallen also Sie bitte nicht auch diesem Irrtum.

Interessanterweise gibt es Studien, bei denen sich die Überlebenszeiten bei Patienten, die bei der Erstdiagnose Metastasen hatten und sich operieren ließen, nicht unterschieden von den Menschen, die sich nicht operieren ließen (z. B. Patel und Lavengood 78). Bei verschiedenen Studien kam auch heraus, dass die Anzahl der Metastasen keinen Einfluss auf die Überlebenszeit hatte (Branscheid 92). Diese Studien zeigen erneut, dass die Tumormasse bzw. die Entfernung des Tumors bei weitem nicht so wichtig ist, wie immer wieder dargestellt wird.

Chemotherapie

Um es vorwegzunehmen: Es gibt keine Chemotherapie, die bei einem Nierenzellkarzinom das Leben verlängern kann. Es gab und gibt immer wieder Versuche mit Vinblastin, Lonidamin, Hochdosis

mit Tamoxifen oder mit Carmustin und Lomustin, doch sie waren und sind immer nur Versuche, die niemals beweisen konnten, dass Patienten dadurch auch nur einen Tag länger gelebt hätten. Aus diesem Grund kann ich es nicht verstehen, dass Patienten immer noch Chemotherapien angeboten werden.

Bestrahlung

Obwohl bis heute keine harten Fakten vorliegen, dass Bestrahlungen dazu beitragen, dass Menschen mit Nierenzellkarzi länger leben, wird diese Therapie immer noch häufig angeboten. Und dies, obwohl das Nierenzellkarzinom im Allgemeinen als „nicht strahlensensitiv“ angesehen wird. Dies mag stimmen. Was jedoch nicht stimmt, ist, dass die Niere nicht anfällig wäre für Strahlen im Allgemeinen – ganz im Gegenteil.

Palliative Bestrahlung

Ich kann mich auch nicht mit einer palliativen Strahlentherapie anfreunden, denn wenn man davon ausgeht, dass der Patient sowieso bald stirbt, warum sollte man ihm dann noch all die Qualen einer Strahlentherapie antun.

Oftmals wird mit einer verbesserten Lebensqualität durch eine Bestrahlung gesprochen, z. B. bei Knochenmetastasen. Hierzu muss man jedoch wissen, dass Schulmediziner bei Schmerzen oftmals nur Schmerzmittel in Pillenform und Bestrahlungen kennen. Beide Therapien haben natürlich für einen Patienten in seinen letzten Lebenstagen erhebliche Nachteile und hier sollte man sich unbedingt entweder mit nicht-konventionellen Schmerztherapien auseinandersetzen (z. B. Kaffeeinläufe und niedrig dosierte Analgetika oder Milchsäure) oder sich zumindest mit einem Schulmediziner zusammensetzen, der bei Schmerzen nicht nur Medikamente verordnet.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Hormontherapien

Da bei einem geringen Prozentsatz von Menschen mit Nierenkrebs im normalen Nierengewebe höhere Östrogenrezeptoren gemessen wurden, kam man auf die Idee, mit Östrogenblockern wie z. B. Tamoxifen zu therapieren. Außer den Pharmafirmen haben diese Therapien jedoch bis heute noch keinem genutzt.

Zytokine

Botenstoffe wie Interferon oder Interleukin scheinen bei Nierenkrebs eine wichtige Rolle zu spielen und so gibt es gleich mehrere Ansätze mit beiden Stoffen. In Studien gab es höhere Remissionen als in Vergleichsgruppen ohne Zytokine. Leider gibt es noch zu wenig „harte Fakten“ als dass wir heute schon sagen könnten, ob jetzt Interferon-alpha oder Interleukin-2 oder ein anderes Zytokin, und vor allem in welcher Menge, Ihnen helfen könnte. Hier sind noch größere Studien notwendig. Auch darf man nicht vergessen, dass Zytokine bei manchen Patienten heftige Nebenwirkungen hervorrufen wie z. B. Herzstörungen.

Ein anderer Ansatz, den Dr. Pizza in Italien seit vielen Jahren verfolgt ist der Einsatz von Zytokinen in extrem niedrigen Dosierungen. Dabei werden Zytokine direkt in das lymphatische System injiziert (siehe unter Transferfaktoren).

Chemoembolisation bei Lebermetastasen

Hier werden Chemotherapeutika in die Leberarterien injiziert und anschließend verödet man die Gefäße, die zu den Tumoren führen, um den Tumor sozusagen „trocken“ zu legen. Diese The-

rapie wird auch TACE = transarterielle Chemoembolisation genannt.

Harnstoff/Kreatin-Therapie bei Lebermetastasen

Siehe unter Therapien: Harnstoff/Kreatin.

Litt – Laserinduzierte Thermoerapie oder HITT

Hierbei werden Tumore in der Leber mittels Laser oder hochfrequenten Wellen zerstört. In der Regel nur möglich, wenn die Tumore kleiner als 4 cm sind.

Frequenztherapien

Ich habe gute Ergebnisse bei Störungen der Leber mit Frequenztherapien wie **PapImi** oder der **Aquatis**-Therapie gesehen. Beide Therapien werden im Buch ausführlichst beschrieben.

Non-Hodgkin-Lymphom

Die schulmedizinische Definition ist:

Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) sind maligne Zellen des Lymphsystems und zwar der B- und der T-Zellen.

Wie häufig kommt Non-Hodgkin vor?

Derzeit ca. 15 Erkrankungen pro 100.000 Menschen.

Welche Unterteilungen gibt es?

Bei der Einteilung der Lymphome gibt es gleich mehrere verwirrende Herausforderungen. Erstens laufen alle Lymphome, die nicht zum Morbus Hodgkin gehören, unter der Kategorie NHL und zweitens gibt es 3 verschiedene Klassifikationen. Aus diesem Grund habe ich Ihnen alle 3 Klassifikationen nachstehend aufgezeigt.

B-Zell-Lymphome

Kiel-Klassifikation	REAL-Klassifikation	Working-Formulation
	niedrig maligne Lymphome	
B-CLL	B-CLL	B-CLL

B-PLL	B-PLL	B-PLL
Haarzell-Leukämie	Haarzell-Leukämie	
Immunozytom	Immunozytom	kleinzellig, plas- mocytoïd
Plasmozytom	Plasmozytom	Plasmozytom

intermediär maligne Lymphome

Kiel-Klassifikation	REAL-Klassifikation	Working- Formulation
zentrozytisches Lymphom	Mantelzell- Lymphom	kleinzellig gekerbt
centroblastisch/ centrozytisches Lymphom mit blas- tenreichen Arealen	Keimzentrum- Lymphom GI GII G III	follikulär gemischt, groß + kleinzellig
follikulär centrob- lastisches Lym- phom, monozytoi- des B-Zell- Lymphom, niedrig malignes B-Zell Lymphom vom MALT- Typ Triso- mie 3	Marginalzonen Lymphom Trisomie 3	follikulär, überwie- gend großzellig diffus, gekerbt, kleinzellig

Hochmaligne Lymphome

B- lymphoblastisches Lymphom	B- lymphoblastisches Lymphom (B-ALL)	lymphoblastisches Lymphom
Burkitt Lymphom	Burkitt Lymphom	Burkitt Lymphom

großzellig sklero- mediastinales B-
 siertes B-Zell- Zell-Lymphom
 Lymphom des Me-
 diastinums
 centroblastisches Diffuses großzelli- diffuses großzelli-
 Lymphom ges B-Zell- ges B-Zell-
 Lymphom Lymphom Lymphom
 B-
 immunoblastisches
 Lymphom großzel-
 lig anaplastisches
 Lymphom (sog. Kil-
 Lymphom vom B-
 Typ)

T- Zell Lymphome

Kiel-Klassifikation REAL- Klassifikation Working-
 Formulation

niedrig maligne Lymphome

T-CLL, T-PLL My- T-CLL, T-PLL Mycosis keine Unterschei-
 cosis fungoides (+ fungoides (+ Sézary dung Mycosis
 Sézary Syndrom) Syndrom) fungoides
 subkutanen
 T-Zonen- Pannikulitisches T- wird nicht unter-
 Lymphom Lym- Zell-Lymphom peri- schieden, fällt un-
 phoepitheloides phere T-Zell- ter die bei B-NHL
 Lymphom (= Len- Lymphome nicht wei- aufgeführten Ka-
 nert Lymphom) ter klassifiziert klein- tegorien
 Lymphom zelliges pleomorphes

intermediär maligne Lymphome

T-Zell-Lymphom (Angioimmunoblastisches Lymphom mit Dysproteinämie) Angioimmunoblastisches T-Zell-Lymphom wird nicht unterschieden

Hochmaligne Lymphome

T-lymphoblastisches Lymphom (T-ALL) T-lymphoblastisches lymphoblastisches Lymphom

T-immunoblastisches Lymphom T-lymphom T-Zell-Lymphom wird nicht unterschieden

mittelgroßzellig pleomorphes T-Zell-Lymphom peripheres T-Zell-Lymphom unklassifiziert

großzellig pleomorphes T-Zell-Lymphom anaplastisches T-Zell-Lymphom (Ki1-Lymphom) groß-diffuses großzelliges Lymphom

meist als mittelgroßzellig pleomorphes T-Zell-Lymphom intestinales T-Zell-Lymphom wird nicht unterschieden

klassifiziert

Wie wird NHL schulmedizinisch diagnostiziert?

Gewichtsverlust von mehr als 10 % in 6 Monaten, wiederkehrende Schweißausbrüche, unklares Fieber, Histologie aus Lymphknotenmaterial, Röntgen und CT Brustkorb, Sonographie, Beckenkamm-biopsie.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.

A = Fehlen von irgendwelchen Symptomen.

B = Auftreten von Symptomen wie Fieber, Schweiß, Gewichtsverlust.

Stadien

T1 Tumore befinden sich nur in einer Lymphknotenregion **oder** nur in einer Region **oder** in einem Organ außerhalb der Lymphknoten.

T2 Tumore befinden sich in zwei oder mehr Lymphknotenregionen auf der selben Seite, oberhalb oder unterhalb des Zwerchfells **oder** Tumore befinden sich in nur einer Region **oder** nur einem Organ außerhalb der Lymphknoten und in den Lymphknoten in der nahen Umgebung.

T3 Tumore befinden sich in Lymphknotenbereichen beiderseits des Zwerchfells, Tumore können sich auf ein Gebiet **oder** ein Organ nahe des befallenen Lymphknotenbereiches **und/oder** die Milz ausgebreitet haben.

T4 Tumore befinden sich in mehr als einem Organ oder in Organen, die nicht zum lymphatischen System gehören und zwar unabhängig davon, ob in den benachbarten Lymphknoten Krebszellen gefunden werden oder nicht. Tumore befinden sich nur in einem Organ außerhalb des Lymphsystems, befallen aber auch entfernt liegende Lymphknoten.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Allgemeines

NHL sind eine Hochburg der schulmedizinischen Therapien wie Chemotherapie und Bestrahlung. Es gibt hierzu auch Statistiken, die aufzeigen, dass ein hoher Prozentsatz (schwankend von 20 % bis über 60 %) mit diesen Therapien die Fünfjahresgrenze überlebt. Was viele Patienten natürlich nicht wissen, ist die Tatsache, dass es nur wenige Patienten gibt, die mit dieser Therapie **nicht** schulmedizinisch behandelt werden und sich hier natürlich wieder einmal die Frage stellt, überleben die Patienten **wegen** oder **trotz** der Behandlung.

Ein anderer Punkt wird bei schulmedizinischen Therapieempfehlungen ebenfalls „vergessen“. Nach einer Therapie mit Chemotherapie und Bestrahlung, die wie wir wissen, ja selbst krebserregend ist, gibt es kein Zurück mehr zu einer ganzheitlichen Therapie, da die Schädigungen dieser Therapiekombination von keiner holistischen Therapie aufzufangen ist. Für die Praxis heißt dies, dass der Patient sich 100 %ig entscheiden muss, welchen Weg er gehen möchte. Ein „Testen wir **zuerst** dies und wenn das versagt, dann gehen wir einen anderen Weg“, ist zu 99,9 % nicht möglich.

Operation

Operationen spielen bei NHL natürlich keine große Rolle, sondern kommen nur dann zum Einsatz, wenn Lymphknoten große physische Probleme wie Stauungen verursachen.

Knochenmarktransplantation

Je nach Herkunft des transplantierten Knochenmarkes (der Stammzellen) unterscheidet man zwischen zwei Arten:

1. Allogene Knochenmark-/Stammzellentransplantation:

Hierbei erhält der Patient Stammzellen von einem Spender.

2. Autologe Knochenmark-/Stammzellentransplantation:

Bei dieser Therapie werden dem Patienten Knochenmark/ Stammzellen entnommen und nach Verabreichung einer Hochdosis-Chemotherapie wieder verabreicht.

Auch unter Schulmedizinern gibt es keine klare Entscheidung für die allogene oder autologe Therapieform. Zu beiden muss man natürlich sagen, dass beide Therapien von der Theorie ausgehen, dass man die „entarteten“ Zellen töten muss und wie wir heute wissen, ist dies nur ein symptomatischer Ansatz

Chemotherapie und Bestrahlung

Bei NHL Therapien muss man zuerst einmal umdenken, weil Ärzte

ihren Patienten erzählen, dass je aggressiver die Erkrankung sei, desto besser könne man diese behandeln. Das bedeutet, dass hoch maligne Lymphome am besten zu therapieren sind. Diese Sichtweise ist natürlich nur deshalb gültig, weil man zur Therapie nur 2 Möglichkeiten hat: Chemotherapie und Bestrahlung. Beide Therapien können natürlich am besten schnell wachsende Zellen töten und deshalb gilt bis heute diese Ansicht.

Als Standardtherapie hat sich bei **hochmalignen Lymphomen** das CHOP Schema durchgesetzt. CHOP steht hierbei für Cyclophosphamid, Doxorubicin, Prednison und Vincristin. In der Regel wird dann nach 3 - 5 Chemotherapien zusätzlich eine Bestrahlung verordnet. Der Standard hierbei ist 20 - 30 Bestrahlungen a ca. 2 Gy.

Bei **intermediär und niedrig malignen Lymphomen** steht die Bestrahlung an erster Stelle. Dabei werden in der Regel die primäre Tumoregion und benachbarte Lymphknoten bestrahlt. Bei einem Befall von mehreren Lymphknoten werden auch größere Gebiete bestrahlt.

Bei fortgeschrittenen Stadien (3 und 4) versagen diese Therapieansätze jedoch und man geht hier nur von einem palliativen (lindernden) Ansatz aus. Dem kann ich absolut nicht zustimmen und deshalb sollten sich gerade Patienten in diesem Stadium sehr genau überlegen, welchen Weg sie einschlagen möchten.

Des weiteren wird Patienten leider immer noch die „*Wait and See*“-Therapie (abwarten und beobachten) vorgeschlagen. Entfernen Sie sich möglichst schnell von einem Arzt, der Ihnen **ausschließlich** diese Therapie vorschlägt. Wenn Sie ein NHL haben, dann können Sie nicht einfach warten – selbst wenn ich glaube, dass diese Therapie immer noch besser ist als eine palliativ angesetzte Chemotherapie mit nachfolgender Bestrahlung. Fragen Sie Ihren Arzt doch einmal, worauf Sie eigentlich warten sollen. Auf ein Wunder oder so lange bis es Ihnen schlechter geht?

Entschuldigen Sie bitte diese harte Worte, aber ich halte es für absolut unverantwortlich, einem Krebspatienten zu sagen, er soll so weiter machen wie bisher. Genau dieser Lebensweg ließ doch das

NHL entstehen. Machen *Sie* also bitte diesen Fehler nicht und halten Sie sich unbedingt an das 3E-Programm.

Allgemein kann man sagen, dass es harte Fakten gibt, dass Patienten mit schulmedizinischen Therapien vor allem mit hochmalignen NHL 5 Jahre überleben. Ich kann mich jedoch nicht der Meinung anschließen, dass dies vor allem der Bestrahlung zu verdanken ist. Wir sollten auch nicht vergessen, dass bei bestrahlten NHL-Patienten, aber nicht nur bei diesen, vermehrt ein MDS (Myelodysplastisches Syndrom) auftritt, was man als eine Art Vorstufe von Leukämie bezeichnen kann, die in eine akute myeloische Leukämie umschlagen kann. Allein diese Statistiken zeigen die Krebs erregende Wirkung einer Bestrahlung auf.

Sie sehen, all diese Hauptwirkungen von Strahlen werden sehr gerne „verniedlicht“, und als Patient muss man sich darüber im Klaren sein, dass die Chance sehr groß ist, innerhalb von mehreren Jahren die eine Erkrankung mit einer anderen auszutauschen. Das Argument: „Dann habe ich wenigstens noch ein paar schöne Jahre, die ich ohne Chemotherapie nicht hätte“ kann ich so nicht stehen lassen, weil Sie nämlich gar nicht wissen können, was passieren wird, wenn Sie eine ganzheitliche Therapie machen. Dies wäre nur möglich, wenn es endlich bei nicht-epithelialen Krebsarten Studien geben würde, in denen ganzheitliche Therapien mit schulmedizinischen verglichen werden. Leider sind wir von solchen Studien noch Jahrzehnte entfernt.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Monoklonale Antikörper

Seit wenigen Jahren gibt es Ansätze mit so genannten monoklonalen Antikörpern z. B. auf anti-CD 20. Leider haben diese Therapien nicht das gehalten, was die Pharmafirmen noch bis heute

versprechen und deshalb muss man diese Therapien auch noch unter den Begriff **Studie** packen.

Des Weiteren musste ein Hersteller (Genentech) von monoklonalen Antikörpern im Juni 2000 in den USA einen Brief an alle Ärzte schreiben und vor schwerwiegenden Nebenwirkungen warnen, da 15 Frauen durch Therapien mit monoklonalen Antikörpern starben (innerhalb von 24 Stunden nach der Infusion).

Interferon

Auch der Einsatz von Interferonen ist bis heute sehr umstritten, weil es auch hier keine aussagefähigen Studien gibt, und viele Menschen halten das Ganze nur für Geldmacherei.

Oropharynxkarzinom

Die schulmedizinische Definition ist:

Tumore des Mundrachens.

Wie häufig kommt Oropharynxkarzinome vor?

Zwischen 2 - 5 je 100.000 bei Männern und 0,5 - 1 Personen bei 100.000 Frauen. In vielen Büchern wird Alkohol und Rauchen als Ursache bezeichnet, wofür es jedoch keine Beweise gibt.

Welche Unterteilungen gibt es?

Man unterscheidet histologisch:

- Epitheliale Tumore (die Mehrzahl der Tumore)
- Lymphoepitheliale Tumore
- Speicheldrüsenkarzinome

Nach der Lokalität werden hauptsächlich 3 Tumore unterschieden:

- Gaumenmandeln
- Zungengrund
- Weichgaumen

Da fast alle Tumore relativ spät entdeckt werden, liegen in den meisten Fällen schon Metastasen vor, bevorzugt in den Lymphknoten. Danach findet man Metastasen vor allem in den Lungen.

Wie werden Oropharynxkarzinome schulmedizinisch diagnostiziert?

Schluckbeschwerden und Halsschmerzen mit Ausstrahlung ins Ohr, Mundgeruch (Foetor ex ore), Kieferklemme, Blut im Speichel, Näseln der Stimme (Rhinolalie), Schwellung der Halslymphknoten. Spiegelung, Biopsie als Hauptkriterium, CT, MRT, Sonographie, Röntgen.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.

N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.

M = Metastasen. Stadien 0 - 1.

G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4.

Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien:

- TX Keine Beurteilung des Primärtumors.
- T0 Kein Anhalt für Primärtumor.
- Tis Carcinoma in situ.
- T1 Der Tumor ist ≤ 2 cm.
- T2 Der Tumor ist ≤ 4 cm.
- T3 Der Tumor ist ≥ 4 cm.
- T4 Der Tumor befällt andere Regionen (Knochen, Halsweichteile usw.).

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Die Operation stellt die absolut erste Maßnahme dar. In der Regel wird sie mit einer Bestrahlung oder Bestrahlung und Chemotherapie kombiniert, da es in den meisten Fällen nicht möglich ist, den Tumor komplett zu entfernen.

Grundsätzlich muss man wissen, dass hier Patienten oftmals eine sehr lebensentscheidende Operation angeboten wird. Diese Empfehlungen gehen vom Grundsatz aus, dass ein Tumor möglichst komplett entfernt werden muss, da es sonst keine Heilung geben kann. Eine alleinige Tumormassenreduktion wird von den meisten Chirurgen als „nicht genug“ angesehen.

Ohne Zweifel bin auch ich der Meinung, dass eine **komplette** Entfernung des Tumors von Vorteil ist. Deshalb jedoch das halbe Gesicht wegzuschneiden mit anschließendem Versuch einer plastischen Rekonstruktion ist eine schwerwiegende Entscheidung, und meiner Meinung nach kann auch eine Teilresektion des Tumors das Immunsystem verbessern. Wenn man jedoch das Immunsystem nach der Operation mit Bestrahlung und Chemotherapie schädigt, dann hilft einem auch keine Teilresektion mehr – da gehe ich natürlich konform mit Schulmedizinern.

Neben den „üblichen“ Tumorentfernungen, der Entfernung der Mandeln und des Zungengrundes stehen meistens so genannte Neck-Dissektionen (Entfernung der Lymphknoten des seitlichen Halsbereiches) an.

Chemotherapie

5-FU(Fluorouracil), Cisplatin, Mitomycin C und Carboplatin kommen bevorzugt zum Einsatz. Vor allem bei epithelialen Tumoren ist dieser Ansatz jedoch zum Scheitern verurteilt und hat bis heute nicht beweisen können, dass Patienten hierdurch im Vergleich zu nicht-konventionellen Therapien länger leben. Alle durchgeführten Studien haben (wieder einmal) nur konventionelle Therapien miteinander verglichen (Byfield, Kish Marcial). Logischerweise hat dann auch z. B. eine der Kombinationen (Cisplatin, 5-FU und Leukovorin mit Bestrahlung) besser abgeschnitten als eine „Nur-Bestrahlung“ (Wendt 1998).

Die „Studienmöglichkeiten“ gehen hier sogar so weit, dass man vergleicht, ob eine Bestrahlungstherapie während oder vor/nach der Chemotherapie besser abschneidet (Adelstein 1990). Interessanterweise werden die Ergebnisse dieser Studien oftmals in Zwei bzw. Drei-Jahresüberlebensraten angegeben und nicht in 5-Jahresüberlebensraten, wie es sonst üblich ist. Die Bewertung dieses Umstandes überlasse ich Ihnen.

Bestrahlung

Da komplette Operationen oftmals nicht möglich sind, und Schulmediziner eine Zerstörung des Tumors als höchstes Gebot einer Krebstherapie ansehen, sind Bestrahlungstherapien eine Hochburg bei Oropharynxkarzinomen. Schon ab T2 wird eine Bestrahlung fast immer empfohlen. Dazu müssen Sie wissen, dass Oropharynxkarzinome eigentlich so gut wie nie im T1 Stadium entdeckt werden.

Jahrelang wurden Patienten mit Oropharynxkarzinomen mit dem „üblichen“ Bestrahlungsschema (30 - 35 x 1,8 - 2 Gy) behandelt. Nachdem die Patienten trotzdem (oder deshalb?) starben (Marks 1978, Meoz-Mendez 1978, Mendenhall 1987), wurde nicht jedoch die Bestrahlungstherapie in Frage gestellt, sondern die Verabreichung. „Große Denker“ kamen jetzt auf die Idee, dass die Zellen die nicht sofort sterben, sich zwischen den einzelnen Bestrahlungen wieder erholen können, und deshalb müsste man nicht nur ein Mal am Tag bestrahlen.

Aus diesem Grund hat sich in den letzten Jahren die „Hyperfraktionierung“ bzw. „Akzelerierung“ der Strahlentherapie durchgesetzt. Für den Patienten bedeutet dies, das er jetzt mindestens zwei Mal am Tag bestrahlt wird, jedoch mit einer geringeren Dosis.

Angenommen diese Theorie wäre richtig, dann wären ja alle anderen Radiologen, die ihre Krebspatienten nur ein Mal am Tag bestrahlen, absolute „Anfänger“. Und weiter gedacht, warum dann nur zwei Mal, man könnte die Dosis doch noch mehr verringern und z. B. fünf Mal bestrahlen. Und wenn diese Theorie richtig wäre, warum leben dann die Patienten immer noch nicht länger (Nguyen 1988, Horiot 1992) – haben jedoch erheblich schwerere Nebenwirkungen.

Niemand macht sich anscheinend Gedanken darüber, inwieweit eine, **nach schulmedizinischer Meinung Krebs erregende**, Bestrahlung, die Heilungschancen vermindert und den Fortschritt der Krankheit fördert. Durch die einseitige Sicht, dass Krebs gleich Tumor ist und man den Tumor unter allen Umständen zerstören muss, werden alle anderen Vorsichtsmaßnahmen unter den Teppich gekehrt.

Gerade bei Zungengrundtumoren sollten Schulmediziner sich noch einmal die Statistiken besser anschauen und sich überlegen, ob hier „ein Mehr“ an Therapie wirklich angesagt ist.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Die Behandlung von Oropharynxkarzinomen liegt komplett in der Hand von Chirurgen und Radiologen. Hinzu kommt, dass es nicht besonders viele Fälle gibt, so dass sich größere Investitionen für Pharmahersteller nicht lohnen. Zytokine (Interferon, Interleukin) oder Hormontherapien spielen hier keine Rolle.

Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs)

Die schulmedizinische Definition ist:

Eine maligne Erkrankung eines Eierstockes oder beider Eierstöcke.

Wie häufig kommt Eierstockkrebs vor?

Derzeit ca. 8.000 Frauen pro Jahr.

Welche Unterteilungen gibt es?

Man unterscheidet hauptsächlich zwischen epithelialen Tumoren, den so genannten Karzinomen, den „sex-cord stromal“ Tumoren wie Thekazell- oder Granulosatumoren und den Lipoid- bzw. Keimzelltumoren wie den Teratomen, Chorionkarzinomen oder Dysgerminomen.

Über 90 % machen epitheliale Tumore aus. Hier gibt es wiederum viele Unterteilungen wie endometroide, seröse, mucöse usw. die aber für die Therapie weitaus weniger wichtig sind als für den Pathologen.

Wie wird Eierstockkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Magenschmerzen, Blähungen, außergewöhnliche Blutungen, starke

Gewichtsabnahme mit gleichzeitiger Vergrößerung des Bauchumfanges.

Transvaginale (durch die Vagina), Sonographie, Tumormarker CA 12-5, CSS und CEA, Röntgen mit Kontrastmitteleinlauf, CT. Da Ovarialkarzinome auch öfter als Zweittumore anderer Primärtumore wie z. B. Brust oder Magen auftreten, werden natürlich auch Untersuchungen angeordnet, die sich auf diese Tumore beziehen.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.

N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.

M = Metastasen. Stadien 0 - 1.

G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4.

Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

TX Keine Beurteilung des Primärtumors.

T0 Kein Anhalt für Primärtumor.

T1 Der Tumor bleibt auf das Ovar begrenzt.

- 1a Kein Tumor auf dem Ovar, keine Aszites (Bauchwasser-sucht), intakte Kapsel, ein Ovar befallen.
- 1b Beide Ovarie könne befallen sein, sonst wie 1a.
- 1c MIT Kapseldurchbruch oder auf der Oberfläche oder Aszites.

- T2 Tumore bleiben auf das kleine Becken beschränkt.

- 2a Tumore breiten sich auf Gebärmutter oder Eileiter aus.
- 2b Ausbreitung auf weitere Bereiche des Beckens.
- 2c Wie 2a oder 2b **mit** Kapseldurchbruch **oder** auf der Oberfläche **oder** Aszites.

- T3 Tumore bleiben auf das Abdomen (Bauchraum) begrenzt.

- 3a Streuung in die Abdominalhöhle – ohne Lymphknotenbefall.
- 3b Metastasen bis zu 2 cm – ohne Lymphknotenbefall.
- 3c Metastasen über 2 cm – und/oder Lymphknotenbefall.

- T4 Metastasen im Bauchfell.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Kommt bei allen Stadien in Frage und ist sicherlich die erste Option. Meistens wird eine sogenannte „Totaloperation“ vorgenommen, bei der die Gebärmutter, die Eileiter, die Eierstöcke und Teile des Netzes (Gewebeabdeckung innerhalb des Bauchraumes) entfernt werden. In der Regel werden auch noch Lymphknoten mit entfernt. Fertilitätserhaltende Operationen werden eigentlich nur bei seltenen Keimzelltumoren wie z. B. dem Granulosazelltumor durchgeführt, da diese Tumore auch bei „mäßigen“ Operationen eine hohe 10-

Jahresüberlebensrate haben (zwischen 70 - 90 %).

Die Ausräumung der Lymphknoten ist auch unter Schulmedizinern umstritten, da es keine Daten gibt, die aufzeigen können, dass Patientinnen hierdurch länger leben.

Bei Patientinnen im Stadium 1a mit Kinderwunsch kann auch eine ovarienerhaltende Operation überdacht werden, da die radikale Operation keinen Vorteil bezüglich krankheitsfreiem Überleben hat (Colombo et al.; 1994).

Oftmals sehen Chirurgen es auch als notwendig an, Darm- und Blasenteile zu entfernen. Da dies große Auswirkungen auf die Lebensqualität hat bzw. ein vergrößertes Operationsrisiko darstellt, sollte dieser Schritt natürlich gut überlegt werden.

Im Stadium 4 gelten alle schulmedizinischen Maßnahmen nur noch als palliative (lindernde) Maßnahmen und manchmal wird deshalb auf eine Operation verzichtet. Von dem Gesichtspunkt aus, dass eine Tumormassenreduktion das Immunsystem entlastet, ist diese Maßnahme natürlich sehr zweifelhaft.

Immer wieder schlagen Ärzte auch eine „Second-Look-Operation“ (nochmaliges Nachschauen) vor. Hierbei soll geklärt werden, ob ein Tumor zurück gekommen ist (was dann in der Regel erneute Chemotherapie bedeutet).

Chemotherapie

Ovarialkarzinome gelten als chemotherapiesensibel und daher wird mit Ausnahme der Stadien Ia und Ib allen Patientinnen eine Chemotherapie angeboten. Studien haben auch klar bewiesen, dass Tumore mit cisplatinhaltigen Präparaten bzw. in Kombination mit Taxol kleiner werden. Vor allem seit Veröffentlichung der GOG-111 Studie der Gynecologic Oncology Group (GOG) wird für eine Kombination von platinhaltigen Chemopräparaten und Taxol geworben. Meistens wird Carboplatin dem Präparat Cisplatin vorgezogen, aber nicht weil es besser wirkt, sondern nur weil es in einer Studie weniger Nebenwirkungen aufwies.

Bei der ganzen Begeisterung der Schulmediziner darf man aber als Patient eines nicht vergessen. Erstens ist diese Kombination besser **im Vergleich** zu Cisplatin mit Cyclophosphamid (wieder einmal wurden nur Chemopräparate getestet), zweitens hat es vor allem bessere **Ansprechraten** bzw. nur geringe verbesserte Überlebenszeiten gezeigt und drittens wissen viele Ärzte nicht, dass die Studien natürlich auch deshalb so gut aussehen, weil all die Patienten aus der Studie herausfallen, die wegen „intolerierbaren Nebenwirkungen“ die Therapie abbrechen müssen. Patientinnen muss klar sein, dass diese Kombination nur mit schwersten Nebenwirkungen wie Nieren- und Nervenschädigungen, Verlust des Gehörs u.v.m. durchführbar ist.

Grundsätzlich kann man sagen, dass es Daten gibt, bei denen Patientinnen mit Carboplatin/Taxol länger gelebt haben **im Vergleich** zu den **früher angewandten** Chemotherapiekombinationen mit Cyclophosphamid, Chlorambucil und Doxorubicin. Dieses Mehr an Tagen (nicht Jahren!) wird mit einer stark verminderten Lebensqualität und dem Risiko an der Therapie direkt oder indirekt zu sterben jedoch sehr teuer erkaufte.

Hochdosistherapien zeigen (natürlich) hohe Ansprechraten, doch gilt dieses Gebiet immer noch ganz klar als Experiment und ich kann vor diesen Menschenversuchen nur warnen.

Bestrahlung

Obwohl bis heute keine harten Fakten vorliegen, dass Bestrahlungen dazu beitragen, dass Frauen länger leben, wird sie dennoch immer wieder vorgeschlagen. Vor allem unter dem Gesichtspunkt „palliativer Charakter“. Da im „Zielbereich“ der Bestrahlung jedoch blutbildendes Knochenmark ist, kommt es sehr oft zu zusätzlichen schweren Komplikationen bzw. Nebenwirkungen.

Ich kann mich deshalb der Meinung einer palliativen Strahlentherapie nicht anschließen, und wenn man die Nebenwirkungen betrachtet, dann muss sich jeder Patient **und** Arzt sehr genau über-

legen, ob ein Patient die letzten Tage seines Lebens bestrahlt gehört oder nicht.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Da sich in den letzten Jahren Operation und Chemotherapie als die Standardtherapie durchgesetzt hat, spielen andere Therapien wie Hormontherapien oder Zytokintherapien keine Rolle. Dies ist nicht verständlich, wenn man bedenkt, dass die Erfolgsrate der konventionellen Therapie bei fortgeschrittenem Ovarialkrebs (und meistens wird Ovarialkrebs spät diagnostiziert) nach offiziellen Statistiken unter 13 % liegt.

Pankreaskarzinom (Bauchspeicheldrüsenkrebs)

Die schulmedizinische Definition ist:

Ein Pankreaskarzinom ist eine maligne Erkrankung des Epithelgewebes der Bauchspeicheldrüse.

Wie häufig kommt Pankreaskrebs vor?

Derzeit ca. 9 - 10 Erkrankungen pro 100.000 Menschen. Negative Auswirkungen scheint das Rauchen zu haben, da Raucher drei Mal häufiger betroffen sind.

Welche Unterteilungen gibt es?

Man unterscheidet hauptsächlich nach dem Sitz des Tumors. Ungefähr 70 % aller Tumore sitzen im Kopf, 20 % im Mittelteil und 10 % im Schwanz der Bauchspeicheldrüse.

Fast alle Tumore gehen vom exokrinen (nach außen absondernd) Epithelgewebe aus und in ca. 80 % aller Fälle handelt es sich um duktale Adenokarzinome (duktal = innerhalb eines Ganges und Adeno = Drüse). Sehr selten sind andere Epitheltumore wie das Plattenepithelkarzinom, das muzinöse Karzinom oder das Zystadenokarzinom. Tumore wie Sarkome oder Lymphome kommen so gut wie nicht vor.

Wie wird Pankreaskrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Schmerzen im Oberbauch, langsamer Gewichtsverlust, Durchfall, Auftreten von Diabetes mellitus, Enzymtests wie Amylase, GOT, GPT, LDH, Tumormarker wie: CEA, CA 19-9, CA 494, SPAN-1 und DUPAN-2, Ultraschall, EUS (Endoskopischer Ultraschall), CT (Computertomographie), ERCP (Endoskopische retrograde Cholangio-Pankreatikographie), Restriktionsenzym-Mismatch-PCR (für ras-Onkogene. Das sind bestimmte Onkogene – geschwulsterzeugend –, die man bei ca. 60 % aller Pankreaskarzinome finden kann).

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.

N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.

M = Metastasen. Stadien 0 - 1.

G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4.

Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

- TX Keine Beurteilung des Primärtumors.
- T0 Kein Anhalt für Primärtumor.
- Tis Carcinoma in situ.
- A Intraduktales Karzinom (im Milchgang).
- B Lobuläres (Läppchen) Karzinom.
- T1 Der Tumor ist nur im Pankreas und maximal 2 cm groß.
- T2 Der Tumor ist nur im Pankreas und über 2 cm groß.
- T3 Der Tumor dehnt sich bis zum Zwölffingerdarm (Duodenum), in die Gallengänge und/oder angrenzendes Gewebe aus.
- T4 Der Tumor infiltriert in den Magen, Darm, Milz und/oder angrenzende größere Gefäße.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Kommt hauptsächlich bis Stadium 3 in Frage und ist sicherlich die erste Option. Leider sind jedoch die meisten Pankreaskarzinome inoperabel, weil sie sehr spät entdeckt werden. Bei der sogenannten Whipple-Operation wird der Pankreaskopf, ein Teil des Dünndarms, Teile des Magens, die Gallenblase und weiteres naheliegendes Gewebe entfernt. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass wei-

terhin Insulin und Verdauungsenzyme gebildet werden können. Bei der Operation wird die Dünndarmschlinge am restlichen Magen oder Gallengang angenäht.

Beim Sitz des Tumors im Schwanz des Pankreas wird nur der Schwanz und die Milz entfernt. Eine Operation wird in der Regel empfohlen, falls dies möglich ist. Auf jeden Fall sollte mit dem Chirurgen auch über eine Tumormassenreduzierung gesprochen werden, d. h. selbst wenn eine klassische Operation nicht möglich ist, könnte eine Teilentfernung des Tumors das Immunsystem entlasten.

Chemotherapie

Meistens kommt eine Behandlung mit 5-FU(Fluorouracil) in Kombination mit weiteren Chemopräparaten zum Einsatz. Des Weiteren gibt es Studien mit Mitomycin C, Ifosfamid und Cisplatin. Seit Mitte der 90er Jahre wird vermehrt Gemcitabin (Gemzar) benützt.

Tatsache ist jedoch, dass es bis heute keine gesicherten Untersuchungen gibt, dass Sie durch irgendeine Kombination oder Einzelgabe eines Chemotherapeutikums länger leben werden. Es gibt sogar Studien (z. B. Frey mit 152 Patienten), in denen die Patienten, die eine Chemotherapiekombination erhielten (5-FU + CCNU), früher starben.

Auch der Einsatz von Gemcitabin ist bis heute nicht überzeugend, obwohl nach meinen Forschungen dieses Mittel zum Standard in Deutschland geworden ist. Vorliegende Daten gibt es nur im Vergleich zu 5-FU und auch diese Daten (MSB. 1996; 18 (12):1) zeigen im besten Fall nur eine Lebensverlängerung um exakt 6 Wochen im Vergleich zu 5-FU. D. h., dass diese Studie aussagt, dass Patienten die Gemzar **anstatt** 5-FU genommen haben, bei dieser Studie 6 Wochen länger gelebt haben. Leider gibt es keine Studie darüber, ob Patienten ohne Chemotherapie länger gelebt hätten als mit der Einnahme von 5-FU oder Gemzar.

Hier zeigt sich wieder einmal, wie ohnmächtig die Schulmedizin bei bestimmten Krebsarten ist. Obgleich laut offizieller Statistik 99

% aller Patienten, die diese Therapie bekommen, innerhalb von 5 Jahren sterben (und die Meisten hiervon innerhalb eines Jahres), wird den Patienten trotzdem hauptsächlich diese Therapie vorgeschlagen. Es wird immer wieder von palliativen (lindernde) Therapieansätzen gesprochen. Doch was soll eine Therapie mit so schweren Nebenwirkungen, wenn man selbst im besten Fall allerhöchstens wenige Tage länger leben wird und man hierfür auch noch sehr viel Zeit im Krankenhaus verschwenden muss.

Was muss passieren, damit bei dieser Krebsart endlich andere Therapieansätze anerkannt werden? Diese Frage sollten sich nicht nur Ärzte, sondern auch Krankenkassen stellen, die bereit sind, Chemotherapien zu bezahlen, aber nachweisbar erfolgreichere Therapien wie Gerson, Budwig oder Gonzales ablehnen.

Bestrahlung

Grundsätzlich spielen Bestrahlungstherapien bei Pankreaskarzinomen keine große Rolle. Trotzdem erleben wir immer wieder, dass sie Patienten als „Therapieversuch“ angeboten wird. Was hier „versucht“ werden soll, wird immer wieder mit „palliativer Symptomkontrolle“ oder „kombinierter Radiochemotherapie“ erklärt. Ich kann dem absolut nicht zustimmen und jeder Arzt sollte sich wirklich fragen, ob er seinem Patienten solche Therapien wirklich vorschlagen sollte.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Allgemeines

Pankreaskrebs wird in fast allen Fällen in einem sehr späten Stadium der Erkrankung diagnostiziert und hat leider eine schlechte Prognose. Speziell bei dieser Erkrankung ist der Patient sehr zur Mi-

tarbeit gefordert. Unsere Forschungen und unsere Erfahrungen zeigen uns, dass bei dieser Krebsart Heilungen nur durch eine sehr intensive Lebensumstellung möglich sind. Vor allem der Einsatz einer Chemotherapie sollte nur dann erfolgen, wenn die Zielsetzung ganz klar definiert ist, da man heute davon ausgehen muss, dass man durch den Einsatz einer Chemotherapie erstens nicht bedeutend länger leben wird und zweitens die Lebensqualität dadurch deutlich sinkt. Des Weiteren wird unserer Meinung nach hierdurch definitiv jede Chance auf eine Heilung (nicht Lebensverlängerung!) zerstört.

Sie werden also mit dieser Diagnose nicht umhin kommen, sich intensiv mit Ihrer Zukunft auseinanderzusetzen und Entscheidungen in **eine** Therapierichtung machen müssen. Auf Grund der geringen Lebenserwartung kann man hier nicht „zuerst einmal probiere ich das, und wenn das nicht hilft, dann ...“ versuchen, sondern Sie sollten sich von vornherein für eine Therapierichtung entscheiden.

Etwas anderes kommt noch hinzu. Viele Mediziner sehen die Diagnose Pankreaskrebs grundsätzlich als unheilbar an. Selbst wenn sie es nicht so sagen, dann kommt dies trotzdem sehr oft „beim Patienten an“. Machen Sie sich unbedingt von dieser selbsterfüllenden Prophezeiung frei. Wenn Sie nicht daran glauben, dass Sie wieder gesund werden können – **wer dann?** Sollte Ihr Arzt Ihnen keine Hoffnung geben, suchen Sie diese zuerst einmal bei sich selbst und dann bei anderen Menschen um sich herum. Lernen Sie zu verstehen, dass Sie nicht an dieser Erkrankung sterben müssen – egal was Ihnen Ihr Arzt sagt!

Wer überlebt?

Eine intensive Entgiftungstherapie in Kombination mit hochdosierten Enzymen/Vitaminen (siehe Nutritherapie oder auch Dr. Nicolas Gonzales), gemeinsam mit einer Ernährungsumstellung (Dr. Budwig/Dr. Gerson) waren neben Prof. Hackethal die einzigen dokumentierten Fälle von **Heilungen bzw. Langzeitüberlebenden** bei Pankreskarzinomen, die ich finden konnte.

Da die Bauchspeicheldrüse eine überragende Rolle bei der Verdauung spielt, ist eine Ernährungstherapie überhaupt sehr wichtig. Obwohl wir wissen, dass „Experten“ immer wieder sagen, dass es keine Krebsdiäten gäbe, kommen wir trotzdem nicht um die Tatsache herum, dass die mir vorliegenden Daten eindeutig eine andere Sprache sprechen.

Weil es so wichtig ist: Schulmedizinische Therapien führen nach meiner Erfahrung nicht zur Heilung bei Pankreaskopfkarzinomen. Nur wer bereit ist, ein ganzheitliches Konzept 100 %ig konsequent durchzuführen, hat überhaupt eine Chance auf Heilung.

Peniskarzinom

Die schulmedizinische Definition ist:

Eine maligne Erkrankung des Penis.

Wie häufig kommen Peniskarzinome vor?

Derzeit ca. 1 % aller malignen Erkrankungen (0,4 bis 1 pro 100.000 Personen pro Jahr).

Welche Unterteilungen gibt es?

Das Peniskarzinom ist histologisch (Biopsie) ein verhornendes, meist gut differenziertes Plattenepithelkarzinom. Es gibt prinzipiell nur hoch und nieder differenzierte Karzinome. Nur 10 % sind entdifferenzierte Karzinome.

Eine Sonderform ist das so genannte „spindelzellige Karzinom“, das lichtoptisch leicht mit einem Sarkom verwechselt werden kann. Im Zweifelsfall kann man mittels Immunhistochemie (Keratinantikörper) dessen Plattenepithelherkunft nachweisen.

Histologische Klassifizierung:

1. Epithelial:

1. Gutartig
 - Condyloma accuminatum

- Intermediär (Präkanzerosen)
 - Intraepitheliale Neoplasie (Erythroplasie/Morbus Bowen)
Grad I bis III
 - Morbus Paget
2. Bösartig
- Plattenepithelkarzinom
 - a) verruköses Karzinom
 - b) spindelzelliges Karzinom
 - Basaliom
 - Melanozytäre Tumoren
 - Mesenchymale Tumoren
 - Tumoren des lymphatischen Gewebes

Info: Melanome können immunhistochemisch (spezifische Antikörper) ausgeschlossen oder bestätigt werden.

Wie wird ein Peniskarzinom schulmedizinisch diagnostiziert?

Rötung, Jucken, Knötchen an der Glans oder am Übergang zum Penis. Hier ist immer auch eine differenzialdiagnostische Abklärung gegen verschiedene Veränderungen wie Morbus Bowen, Erythroplasie Queyrat usw. abzuklären. Tastbare, große Lymphknoten, Verhärtung und Ödem des gesamten Penis, Störungen beim Wasserlassen. Eine sichere Abklärung kann jedoch nur durch eine Biopsie geschehen.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.

N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.

N0 = Keine regionäre Lymphknotenmetastasen

N1 = Metastase in solitärem oberflächlichem Leistenlymphknoten

N2 = Metastasen in multiplen oder bilateralen oberflächlichen Leistenlymphknoten.

N3 = Metastase(n) in tiefen Leisten- oder Beckenlymphknoten (uni- oder bilateral).

M = Metastasen. Stadien 0 - 1.

M0 = Keine Fernmetastasen.

M1 = Fernmetastasen.

G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4. Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

TX Primärtumor kann nicht beurteilt werden.

T0 Kein Anhalt für Primärtumor.

Tis Carcinoma in situ.

Ta Nichtinvasives verruköses Karzinom.

T1 Tumor infiltriert subepitheliales Bindegewebe.

- a) Tumor < 2 cm im größten Durchmesser
- b) Tumor „ 2 cm und < 5 cm im größten Durchmesser
- c) Tumor “ 5 cm im größten Durchmesser

T2 Tumor infiltriert Corpus spongiosum oder cavernosum.

- a) Tumor < 2 cm im größten Durchmesser
- b) Tumor „ 2 cm und < 5 cm im größten Durchmesser
- c) Tumor “ 5 cm im größten Durchmesser

T3 Tumor infiltriert Urethra oder Prostata.

T4 Tumor infiltriert in andere Nachbarstrukturen.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Grundsätzlich gilt in der Schulmedizin, dass Tumor = Krebs ist, und wenn man den Tumor entfernt, dann ist auch der Krebs weg. Diese einseitige Sichtweise von Krebs hat leider dazu geführt, dass immer noch unter allen Umständen versucht wird, den Tumor durch einschneidende Therapien (OP, Chemo und Bestrahlung) zu zerstören. Bei Peniskarzinomen wird deshalb vielen Männern immer noch zu einer partiellen bzw. totalen Penisamputation geraten. Obwohl dieser Eingriff sehr einschneidend für die spätere Lebenssituation ist, gibt es bis heute keine Studien, die aufzeigen, ob es hierzu eine alternative Therapie gibt.

Dass sich jeder Mann diese Entscheidung gleich drei Mal überlegen sollte, erwähne ich hier nur deshalb, weil ich weiß, dass viele Ärzte dieses überaus wichtige Thema in nur wenigen Minuten mit ihren Patienten besprechen.

Bei Carcinoma in situ (TIS), Erythroplasia Queyrat und Morbus Bowen wird in der Regel immer organerhaltend mit 5 mm Sicherheitsabstand im Gesunden operiert. Alternativ wird auch mit Lasern operiert, hier gibt es jedoch für Mediziner die Problematik fehlender histologischer Aufarbeitungsmöglichkeiten des Gewebes. Infiltriert das Karzinom, wird je nach Stadium eine partielle oder totale Penektomie empfohlen.

Chemotherapie

Folgende Zytostatika kommen beim Peniskarzinom zum Einsatz: Bleomycin, Methotrexat, Cisplatin, 5-FU(Fluorouracil) und Vincristin. Der allgemeine Kontext ist, dass eine Chemotherapie nur bei Vorliegen von Metastasen und bei Rückfällen zum Einsatz kommen sollte. Hierzu sollten Sie jedoch wissen, dass es absolut keine Beweise dafür gibt, dass Sie durch eine Chemotherapie länger leben werden. Sollte Ihr Arzt etwas anderes behaupten, dann lassen Sie es sich bitte **schriftlich** zeigen.

Bestrahlung

Da der chirurgische Eingriff für viele Patienten eine zu große Belastung darstellt, gehen viele Onkologen dazu über, stattdessen eine Bestrahlung anzuwenden. Hier darf jedoch nicht vergessen werden, dass dahinter ebenfalls der Ansatz steht: Tumor weg = Krebs weg.

Technisch gesehen kommen vor allem die interstitielle Implantation (T1 bis T3 Tumore), meistens mit Iridium, und die perkutane Strahlentherapie zum Einsatz. Dabei wird mit einer hohen Dosis bis zu 40 Gy bestrahlt.

Bei Befall der regionalen Lymphknoten wird ebenfalls in der Regel eine Bestrahlung empfohlen. In der Literatur kann man jedoch nachlesen, dass dies selbst unter Schulmediziner umstritten ist, da es keine Studien darüber gibt, dass diese Therapie einen signifikan-

ten Vorteil in Bezug auf Überlebenszeit hätte und außerdem viele Nebenwirkungen hat. Dasselbe gilt auch für Bestrahlungen nach einer Penektomie.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Hormon- und Zytokintherapien mit Interferon oder Interleukin spielen bei Peniskarzinomen keine große Rolle. Auch Hormontherapien sind nutzlos.

HPV (Humanpapillomaviren)

Es gibt Studien, die eine Verbindung vor allem zwischen dem HPV Typ 16 und Peniskarzinomen herstellen wollen. Der kausale Zusammenhang wird jedoch immer noch stark angezweifelt.

Prostatakarzinom

Die schulmedizinische Definition ist:

Prostatakrebs ist eine Erkrankung der Vorsteherdrüse des Mannes.

Wie häufig kommt Prostatakrebs vor?

Derzeit ca. 47 Erkrankungen pro 100.000 Männer.

Welche Unterteilungen gibt es?

Man unterscheidet hauptsächlich Karzinome, die keine Beschwerden machen, Karzinome, die asymptomatisch z. B. wegen Metastasen entdeckt werden und „klassische“ Karzinome, die wegen Tumormarkererhöhung bzw. Beschwerden entdeckt werden.

Wie wird Prostatakrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Beschwerden beim Wasserlassen, erhöhter Tumormarker (PSA) – siehe hierzu auch Kapitel: Diagnose. Oftmals geht eine gutartige Vergrößerung der Prostata voraus, Unterbauchschmerzen, rektale Untersuchung mit dem Finger, transrektale Ultraschalluntersuchung (TRS), Biopsie.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.

N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.

M = Metastasen. Stadien 0 - 1.

G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4.

Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G 1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

TX Keine Beurteilung des Primärtumors.

T0 Kein Anhalt für Primärtumor.

T1 Der Tumor ist 2 cm groß und nicht tastbar.

1a Zufällig entdeckt in weniger als 5 % des Resektionsgewebes.

1b Zufällig entdeckt in mehr als 5 % des Resektionsgewebes.

1c Gesichert durch Nadelbiopsie.

T2 Der Tumor ist 2 - 5 cm groß und auf die Prostata beschränkt.

- 2a Der Tumor ist auf einen Seitenlappen beschränkt.
- 2b Der Tumor belegt beide Seitenlappen.
- T3 Der Tumor ist größer als 5 cm und überschreitet die Prostata kapsel.
- 3a Extrakapsulärer Tumor, ein- oder beidseitig.
- 3b Infiltration der Samenblase.
- T4 Ausdehnung in angrenzende Organe wie z. B. Blasen Hals oder Rektum.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Die so genannte radikale Operation ist eine häufige Operation und wird meistens empfohlen, wenn noch keine Metastasen bzw. Lymphknoten nachweisbar sind. Dabei wird die gesamte Prostata mit Samenblase und Samenleitern entfernt sowie die nahen Lymphknoten und partiell der Blasen Hals. Als „Nebenwirkung“ wird Ihr Arzt dann eventuell Inkontinenz (Unfähigkeit zur Harnhaltung) und Impotenz angeben. Diese „Nebenwirkung“ kann jedoch lebensentscheidend sein und sollte mehr als gut überlegt werden. Meine Erfahrung zeigt mir, dass fast alle Männer nach einer Operation impotent sind, weil es zu operationsbedingten Verletzungen des Blaseschließmuskels kommt, welche wiederum Potenzprobleme nach sich ziehen. Was sich eigentlich nicht so schlimm anhört, hat in Wahrheit große Folgen.

Immer wieder werfen Ärzte mit irgendwelchen Prozentzahlen herum. Nur „?? %“ der Operierten sind nach der OP inkontinent. Nur „??%“ bleiben impotent usw. Entschuldigung Herr Doktor. Woher kommen diese Zahlen? Ich lese die gleichen Bücher, besuche die gleichen Kongresse **und** ich spreche mit all den Patienten noch Jahre nach der Operation. **Ich** kann diese Zahlen nicht bestätigen und **Sie** sollten sich daher sehr wohl überlegen, welcher Eingriff gemacht werden sollte. Lesen Sie hierzu bitte auch Bücher von Prof. Julius Hackethal (z. B. *Operation – ja oder nein* oder *Der Meineid des Hippokrates*) Und sollte Ihr Arzt erzählen, dass Prof. Hackethal unrecht hatte, seine Therapie erfolglos waren usw., dann fragen Sie ihn bitte woher er das wisse? (Ich war nämlich der Einzige, der jemals die Daten in der Eubios Klinik durchforschte!)

Ich kann nicht beurteilen, ob eine OP jetzt für Sie notwendig ist oder nicht. Auf jeden Fall ist keine Eile geboten (in Wochen gerechnet) und Sie sollten sich auf jeden Fall die Zeit nehmen und recherchieren. Seien Sie sich des Risikos der OP bewusst und der evtl. erheblich beeinträchtigten Lebenslage. Setzen Sie sich mit den Büchern von Prof. Hackethal auseinander und erwägen Sie unbedingt andere Therapien. Vergessen Sie auch nicht, dass eine große Prozentzahl von Männern über 70 **mit** einem Prostatakarzinom sterben und **nicht wegen** eines Karzinoms.

Oftmals wird Patienten auch die Entfernung der Hoden empfohlen (Orchiektomie). Dies geschieht deshalb, weil in den Hoden ca. 90 % des Testosterons (männliches Hormon) gebildet wird und dieses Hormon negative Auswirkungen auf den Zellwachstum von Karzinomzellen haben kann. Testosteron kann man in stark erhöhter Konzentration in der Innendrüse der Prostata finden. Hierbei müssen Sie jedoch wissen, dass sich durch diesen Eingriff Ihre Stimmlage verändern kann, welches oftmals ebenfalls eine einschneidende Lebensveränderung sein kann.

Chemotherapie

Eigentlich spielt die Chemotherapie bei Prostatakrebs eine absolut untergeordnete Rolle, da immer die OP und Hormontherapien im Vordergrund stehen. Es gab Ansätze mit dem Xenobiotikum Suramin, diese wurden jedoch bald wieder aufgegeben. Sollte Ihnen Ihr Arzt also eine „neue“ Chemotherapie anbieten – fragen Sie unbedingt nach den schriftlich dokumentierten Erfolgen und lesen Sie sie unbedingt selbst!

Manchmal wird von einer palliativen (lindernden) Chemotherapie gesprochen, wenn andere Therapien versagen. Ich teile diesen Ansatzpunkt nicht und kann Ärzte nicht verstehen, die das ihren Patienten in solch einer Situation antun.

Bestrahlung

Obwohl bis heute wenig Fakten vorliegen, dass Bestrahlungen dazu beitragen, dass Männer länger leben, gehört diese Therapie immer noch zum Standardprogramm. Die Empfehlungen sind in der Regel, dass in Rotations- oder Mehrfeldertechnik bis zu 70 Gy verabreicht werden, meistens über einen Zeitraum von 6 - 8 Wochen. Ärzte „vergessen“ hierbei leider immer wieder, dass es durch die Breite und Dauer der Bestrahlung zu einer fast vollkommenen Bestrahlung des Blutbildes kommt, da die Strahlen ja bekanntlich durch den Körper durchgehen. Selbst gesunde Menschen hätten nach solch einer Tortur eine mehrfach höhere Chance Krebs zu bekommen.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Hormontherapien

Hormontherapien spielen bei Prostatakrebs eine übergeordnete Rol-

le. Dabei kommen so genannte Lh-Rh Analoga zum Einsatz. Was sich kompliziert anhört, ist in Wahrheit nichts anderes, als dass diese Medikamente in der Hypophyse bestimmte Hormone (Gonadotropine) blockieren, die einen starken Einfluss auf die Keimdrüsen haben.

Eine andere Methode ist die „direkte“ Blockade von Steroid-Rezeptoren durch z. B. Flutamid und eine dadurch bedingte Blockade der Androgenrezeptoren der Prostata und der Hypophyse. Beide Therapien werden oftmals auch kombiniert und dadurch wird eine „totale“ Blockade versucht.

Ohne Zweifel spielt die Hormonblockade eine wichtige Rolle. Wir dürfen jedoch dabei nicht vergessen, dass die meisten Patienten trotz dieser Therapie sterben – was die Wichtigkeit der Therapie doch wieder sehr relativiert. Etwas anderes spielt bei Prostatakrebs eine wichtige Rolle. Viele Patienten, die einfach gar nichts mach(t)en, leben sehr lange mit dieser Krebsart. Deshalb sind viele Statistiken zweimal anzuschauen, da niemand weiß, wie wichtig jetzt die Therapie war.

Natürlich werden alle „guten Zahlen“ den Therapien gutgeschrieben, aber mal ehrlich: Woher wissen Ärzte das eigentlich? Wie kommt es denn, dass so viele alte Männer Prostatakrebs ohne Beschwerden haben? Wie kommt es denn, dass viele alternative Therapien bei Prostatakrebs so erfolgreich sind usw. Sie sollten sich hierzu unbedingt noch einmal den Artikel: *Die Weil-Obwohl-Theorie* ins Gedächtnis rufen, denn nirgends gilt diese mehr als bei Prostatakrebs.

Prof. Julius Hackethal

Prof. Dr. Julius Hackethal ging seit 1985 einen eigenen Weg der Hormonblockade, indem er Buserelin (Profact), einen so genannten Hormonblocker (GnRh) hochdosiert (20 - 40 x so hoch wie empfohlen) täglich injizierte. In der Regel wurde Buserelin für 6 - 24 Wochen gegeben und danach für 3 - 6 Monate pausiert. Ich habe als

Erster über 30 Fälle untersucht und 13 Fälle dokumentiert, bevor die Klinik schließen musste.

Da Hackethal einen ganzheitlichen Ansatz hatte, fällt es mir schwer, evaluieren zu können, ob seine Erfolge jetzt seiner Art der Hormonblockade zuzuschreiben sind oder wegen all der anderen Therapien (Entgiftung, Ernährung, BCG, Licht, Psychologische Betreuung usw). Dass er Erfolge aufzuweisen hatte, steht jedoch außer Frage.

Schilddrüsenkarzinom

Die schulmedizinische Definition ist:

Das Schilddrüsenkarzinom ist eine Erkrankung epithelialen Gewebes der Schilddrüse.

Wie häufig kommt Schilddrüsenkrebs vor?

Derzeit ca. 2.400 Neuerkrankungen pro Jahr.

Welche Unterteilungen gibt es?

Man unterscheidet Tumore, die von den folliculären Zellen (anaplastische, papilläre und folliculäre) und von den parafolliculären (para = nebenliegende) Zellen (medulläre) ausgehen (Follikel sind kleine Bläschen/Schläuche, die mit Epithelgewebe ausgekleidet sind). In diesen Follikeln werden dann Schilddrüsenhormone gebildet. Zwischen den Follikeln liegen noch die C-Zellen, die das Hormon Calcitonin bilden.

Ca. 65 % aller Tumore sind papilläre Tumore. Bei Patienten unter 40 sogar ca. 90 %. Folliculäre Karzinome treten meistens bei Menschen über 50 auf.

Details zu den einzelnen Typen

Anaplastische Tumore

Diese Tumore gelten schulmedizinisch gesehen als sehr aggressiv, da sie oftmals organüberschreitend wachsen. Mikroskopisch sieht man große Zellen in Spindelform. Des Weiteren findet man viele abgestorbene Zellen und eine schnelle Zellteilung.

Hier muss man sich als Patient **unbedingt** von den selbsterfüllenden Prophezeiungen vieler Ärzte frei machen. Natürlich stimmt es, dass diese Art von Schilddrüsenkrebs schnell wachsend ist. Ich halte es jedoch für einen für den Patienten katastrophalen Irrtum, hier vorschnell von kurzen Lebenszeiten zu sprechen (siehe hierzu Kapitel Vorsorge). Die schlechte Prognose resultiert nämlich (auch) daraus, dass Schulmediziner leider immer noch versuchen, schnell wachsende epitheliale Tumore ausschließlich mit Chemotherapie und Bestrahlung zu therapieren. Diese Therapieform konnte bis heute nicht beweisen, dass sie erfolgreich ist und wird trotzdem in den meisten Fällen als einzige Therapie vorgeschlagen. Aus diesem Grund sehe ich eine psychologische Betreuung bei anaplastischen Karzinomen bzw. eine intensive mentale Therapie als absolut notwendig an.

Bitte nehmen Sie diesen Punkt sehr ernst. Wenn Sie den Worten und den „offiziellen“ Statistiken glauben, unterdrücken Sie ihr Immunsystem vielleicht therapieentscheidend.

Medulläre (C-Zell) Karzinome:

Diese Tumore verbreiten sich nestartig und lagern Amyloid (Eiweiß-Zucker-Komplex) ab. Sie sollen über das Lymphsystem streuen, und meistens ist eine deutliche Vergrößerung der C-Zellen nachweisbar.

Follikuläre Karzinome:

Diese Tumore neigen dazu, sich einzukapseln. Sie sollen ebenfalls über das Lymphsystem streuen und auch ins Blut.

Papilläre Karzinome:

Diese Karzinome können sich einkapseln oder invasiv, nicht eingekapselt wachsen. Mikroskopisch sieht man große Kerne in den Zellen. Sie sollen über das Lymphsystem streuen, jedoch sind ferne Metastasen seltener.

Wie wird Schilddrüsenkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Vergrößerung der Schilddrüse, Über- oder Untererregbarkeit, Druckgefühl, Schmerzen, kalter Knoten, Sonographie, Biopsie (teilweise sehr schwer), Calcitonin-Bestimmung, Szintigraphie, Röntgen.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.

N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 1 - 3 (N0, N1a, N1b).

M = Metastasen. Stadien 0 - 1.

G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4.

Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

Bei Schilddrüsenkrebs gibt es unterschiedliche Einteilungen der Stadien für papilläre/follikuläre und für medulläre Karzinome. Zusätzlich werden diese Stadien nach Alter über 45 und unter 45 eingeteilt. Anaplastische Karzinome gehören grundsätzlich in die vierte Kategorie.

Papilläre/follikuläre Karzinome

Stadium	Unter 45	Über 45
1	Alle T + N und T1 + N0 + M0	
2	Alle T + N und T2 - 3 + N0 + M1	M0
3		T4 + N0 + M0 oder Alle T + N1 + M0
4		Alle T + Alle N + M1

Medulläre Karzinome

Stadium

- 1 T1 + N0 + M0
- 2 T2 + 4 + N0 + M0
- 3 Alle T + N1 + M0
- 4 Alle T + Alle N + M1

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Mit Ausnahme des anaplastischen bzw. undifferenzierten Karzinoms steht die Operation ganz klar an erster Stelle und stellt eine kurative Therapie dar. Dabei wird die Schilddrüse (Thyreoidektomie) sowie Lymphknoten entfernt. Dieser Eingriff gilt auch für anaplastische Karzinome, die auf die Schilddrüse begrenzt sind. Aus schulmedizinischer Sicht spielt hierbei natürlich auch eine Rolle, dass eine nachfolgende Radiojod-Therapie nur dann Erfolg versprechend ist, wenn die Schilddrüse restlos entfernt wurde.

Eine Ausnahme stellen kleine (< 1 cm) papilläre Karzinome dar. Bei diesen wird in der Regel nur ein Teil der Schilddrüse entfernt, da bei diesen Tumoren nach der OP keine Radiojod-Therapie erfolgt.

Da nach einer Operation keine Schilddrüsenhormone (T3 = L-Trijodthyronin und T4 = L-Thyroxin) mehr gebildet werden können, müssen diese täglich substituiert werden. Auch Jod spielt hierbei eine große Rolle, da Jod Hauptbestandteil von T3 und T4 ist.

Chemotherapie

Grundsätzlich gibt es bei allen Schilddrüsenkarzinomen keine Daten, die eine Lebensverlängerung bewiesen hätten. Selbst Schulmediziner schließen Chemotherapien bei allen differenzierten Karzinomen aus. Lediglich bei anaplastischen Karzinomen kommt vor allem Doxorubicin zum Einsatz. Die Datenlage sieht jedoch auch hier negativ aus, und die meisten Ärzte verstehen den Einsatz von Chemotherapien deshalb auch nur als palliativen (lindernden) Einsatz.

Ich kann diesem Vorgehen nicht zustimmen, da der Einsatz von Doxorubicin dem Patienten die Chance einer ganzheitlichen Therapie nimmt und somit der weitere Weg vorgeschrieben ist. Auch das Argument der „Verstärkung der Empfindlichkeit der Bestrahlung“ ist mir nicht einleuchtend, da der Erfolg einer Bestrahlung nicht von der Gabe von zusätzlichen Giftstoffen abhängig ist, wie viele Studien bewiesen haben.

Da der derzeitige Ansatzpunkt einer kombinierten Therapie Chemotherapie und Bestrahlung zu einer extrem niedrigen Überlebensrate führt, stellt sich hier natürlich die Frage, warum Ärzte ihren Patienten immer noch diesen Weg vorschlagen. Ganz zu schweigen davon, welche Lebensqualität jemand hat, der dieser Therapie folgt.

Ein anderer Punkt wird bei dieser Therapieempfehlung ebenfalls „vergessen“. Nach einer Therapie mit Chemotherapie

und Bestrahlung, die wie wir wissen, in annähernd 100 % aller Fälle versagt, gibt es kein Zurück mehr zu einer ganzheitlichen Therapie, da die Schädigungen dieser Therapiekombination von keiner holistischen Therapie aufzufangen sind. Für die Praxis heißt dies, dass der Patient sich 100 % entscheiden muss, welchen Weg er gehen möchte. Ein „Testen wir **zuerst** dies und wenn das versagt, dann gehen wir einen anderen Weg“ ist bei anaplastischen Karzinomen nicht möglich.

Bestrahlung

Bei Schilddrüsenkrebs unterscheidet man 2 Arten von Bestrahlung:

- 1 Die Radiojod-Therapie, bei der Jod radioaktiv angereichert wird.
- 2 Die externe Bestrahlung.

Radiojod-Therapie

Mit Ausnahme des C-Zell-Karzinoms und des anaplastischen Karzinoms speichert Karzinomgewebe der Schilddrüse Jod. Wenn man jetzt Jod mit radioaktivem Material anreichert, dann soll dieses Material evtl. zurückgebliebene Krebszellen zerstören. Diese Theorie setzt natürlich voraus, dass die Metastasentheorie überhaupt stimmt, denn andernfalls ist diese Therapie nicht zu erklären. In der Regel wird sie 4 - 6 Wochen nach der OP empfohlen. Oftmals werden auch jährliche Wiederholungen empfohlen.

Patienten wird immer wieder erzählt, dass eine Schädigung

anderer Zellen bei dieser Therapie ausgeschlossen ist, da das Jod nur von den Metastasen aufgenommen wird. Was aber wenn diese gar nicht da sind? Wie kommt es zu all den Fällen schwerster Knochenmarkschädigungen? Wieso sterben so viele Patienten, wenn oben genannte Theorie richtig ist? Ohne Zweifel ist es möglich, durch die Einlagerung von Jod in Schilddrüsenzellen hier Krebszellen gezielter zu zerstören als in anderen Organen.

Trotzdem muss man auch die als oberster Standard bekannte Radiojodtherapie neu hinterfragen, vor allem dann, wenn man keine Metastasen nachweisen kann, da eine solche Therapie natürlich eine große Belastung für unseren Organismus darstellt – und dies zu einem Zeitpunkt, wo wir gerade alle Abwehrkräfte benötigen. Sie dürfen auch nicht vergessen, dass Sie für diese Therapie in einen abgeschlossenen Raum müssen, den Sie für ca. 2 Wochen nicht verlassen dürfen. Ihre gesamten Fäkalien müssen dabei als radioaktiver Abfall betrachtet werden und niemand darf sich in Ihrer Nähe aufhalten. Finden Sie es nicht auch paradox, dass man einerseits lesen kann, diese Therapie sei für andere Organe in ihrem Körper ungefährlich und man andererseits so umfangreiche Vorsichtsmaßnahmen trifft?

Externe Bestrahlung:

Die externe Bestrahlung spielt eine etwas untergeordnetere Rolle, da meistens die Radiojodtherapie zum Einsatz kommt. Bei Karzinomen wo diese jedoch nicht möglich ist, kommt die externe Bestrahlung oftmals zum Einsatz, um zumindest theoretisch Tumore zu verkleinern. Ich schreibe bewusst theoretisch, weil es auch vorkommen kann, dass Tumore unter der

Bestrahlung oder kurz danach sehr schnell wachsen können. Obwohl harte Fakten fehlen, dass gerade bei medullären Karzinomen eine externe Bestrahlung zu einer Lebensverlängerung beitragen kann, wird diese jedoch immer noch gerade bei dieser Tumorart empfohlen.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Hormontherapien

Meistens wird L-Thyroxin lebenslang substituiert, um TSH (Thyreoida stimulierendes Hormon) zu blockieren, welches als Wachstumsfaktor für Schilddrüsenzellen gilt. Ansonsten gab es bis heute keine erfolgreichen Therapien wie Antikörper usw.

Speicheldrüsenkrebs

Die schulmedizinische Definition ist:

Maligne (bösartige) Erkrankung einer Speicheldrüse.

Wie häufig kommt Speicheldrüsenkrebs vor?

Derzeit ca. 1 Erkrankung pro 100.000 Menschen.

Welche Unterteilungen gibt es?

1. Entsprechend dem Aufbau der Speicheldrüsen nach Azinus-, Gang- und Myoepithelzellen.
2. Nach der WHO-Einteilung gibt es 18 verschiedene Speicheldrüsenkarzinome. Die häufigsten sind:
 - **Adenokarzinom** (ausgehend vom Drüsengewebe)
Diese Untergruppe kommt eher selten vor (4 %) und ist meistens in der Glandula Parotis lokalisiert.
 - **Plattenepithelkarzinom**
Seltener Tumor (2 %) der vor allem ältere Männer betrifft.
 - **Adenoid-zystisches Karzinom**

Ebenfalls seltener Tumor, der bevorzugt im Gaumenbereich auftritt und die Glandula submandibularis befällt. Ein eher langsam wachsender Tumor.

- **Azinuszellkarzinom**

Langsam wachsender Tumor, der häufiger bei Frauen auftritt und meistens die Ohrspeicheldrüse befällt.

- **Undifferenziertes Karzinom**

Schnell wachsender Tumor, bei dem häufig Fernmetastasen auftreten.

- **Mukoepidermoidkarzinom**

Zu 70 % entwickeln sich diese Tumore in kleinen Drüsen des Gaumens und kommen auch bei jungen Patienten vor.

- **Karzinom im pleomorphen Adenom**

Meistens ein Tumor der Ohrspeicheldrüsen. Kommt vor allem bei Patienten über 70 Jahren vor.

Wie wird Speicheldrüsenkrebs schulmedizinisch diagnostiziert?

Abtasten, Funktionsprüfung des Facialis Nervs, Sonographie, Biopsie – die jedoch nicht immer eine genaue Beurteilung zulässt. Differenzialdiagnostisch müssen gutartige Tumore, nicht-epitheliale Malignome und Metastasen anderer Primärtumore abgeklärt werden.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.

N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 3.

M = Metastasen. Stadien 0 - 1.

G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4.

Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

TX Keine Beurteilung des Primärtumors.

T0 Kein Anhalt für Primärtumor.

T1 Tumor ≤ 2 cm maximal, ohne extraparenchymale Ausbreitung.

T2 Tumor ≥ 2 cm und ≤ 4 cm maximal, ohne extraparenchymale Ausbreitung.

T3 Tumor ≤ 4 cm und ≤ 6 cm maximal, und/oder extraparenchymale Ausbreitung.

T4 Tumor ≥ 6 cm und Infiltration des Schädels oder Nervus Fazialis.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Die Operation ist schulmedizinisch die erste und wichtigste Therapie. Bei allen Operationen geht es vor allem darum, ob es möglich ist, Nerven wie z. B. den Fazialis Nerv zu erhalten. Dies ist in vielen Fällen leider nicht möglich und führt zu größeren Einschnitten in der Lebensqualität. Häufig werden auch die Lymphknoten entfernt (z. B. Neck dissection).

Statistisch gesehen ist die Operation die mit Abstand wichtigste Therapie, da Bestrahlungen und Chemotherapien nicht besonders Erfolg versprechend sind. Trotzdem sollte die Größe des Eingriffs immer sehr genau überlegt werden, da ein Leben ohne Gesichtsnerven eine deutliche Behinderung darstellt.

Chemotherapie

Chemotherapien spielen eigentlich keine Rolle in der Behandlung von Speicheldrüsenkrebs. Es gab und gibt zwar immer wieder Ansätze, vor allem bei wiederkehrenden Tumoren, diese mit Chemotherapien „zu kontrollieren“, doch muss man hier als Patient wissen, dass dies nichts anderes darstellt als eine Verzweiflungstat des Onkologen. Es gibt absolut keine Beweise dafür, dass Patienten durch den Einsatz einer Chemotherapie auch nur einen Tag länger leben.

Sollte Ihr behandelnder Arzt etwas anderes behaupten, so lassen Sie sich dies unbedingt **schriftlich** bestätigen.

Bestrahlung

Bestrahlungen gehören zu den gängigen Therapiekonzepten, obgleich es auch hier keine Studien gibt, die eine signifikante Lebensverlängerung belegen können. In den Studien geht es (wieder einmal) nur um „Tumorkontrollraten“ (Borthne 1986), „Verbesserung der Rezidivraten“ usw. jedoch nicht um Lebensverlängerung und schon gar nicht um Vergleiche mit biologischen Therapien. Der geringe Wert einer Bestrahlungstherapie zeigt sich auch an einer Studie (Buchholz 1992), die aufzeigt, dass es mit einer alleinigen Bestrahlungstherapie nicht einmal „Kontrollraten“ von 26 % gibt.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Gentherapien

In den Medien geistern immer wieder Berichte über erfolgreiche Gentherapien bei Krebs. So z. B.: *Bei inoperablen Speicheldrüsenkrebs haben Forscher der Veterinärmedizinischen Universität Wien und von der Universität Rostock große Erfolge erzielt. Sie konnten das Tumorwachstum 20 Wochen lang stoppen oder sogar eine deutliche Reduktion der Tumore erreichen, ohne dass es zu besonderen Nebenwirkungen kam. Da nur rund 15 Prozent der Patienten mit Speicheldrüsenkrebs auf konventionelle Therapien ansprechen, könnte sich ein Anwendungsfeld für die Gentherapie eröffnen.*

Bei Berichten wie diesem müssen Patienten unbedingt

„zwischen den Zeilen“ lesen, da eigentlich gut klingende Sätze wie *Tumorwachstum 20 Wochen lang stoppen* oder *deutliche Reduktion der Tumore* nichts, aber auch absolut gar nichts über die Qualität der Therapie aussagen und schon gar nicht darüber, ob sie dadurch auch nur einen Tag länger leben.

Interessant ist in dieser Meldung jedoch auch der Satz: *Da nur rund 15 Prozent der Patienten mit Speicheldrüsenkrebs auf konventionelle Therapien ansprechen.* Wenn es darum geht, eigene Therapien „ins bessere Licht zu stellen“, dann erwähnt man auch gerne mal, dass konventionelle Therapien bei weitem nicht so erfolgreich sind, wie man sonst immer behauptet.

Zusammengefasst kann ich sagen, dass es keine erfolgreichen Therapien wie Antikörper- oder Hormontherapien gibt.

Speisenröhrenkrebs (Ösophaguskarzinom)

Die schulmedizinische Definition ist:

Tumor der Speiseröhre.

Wie häufig kommt ein Ösophaguskarzinom vor?

Derzeit ca. bei Männern 6 von 100.000 und bei Frauen 1 - 2 Neuerkrankungen von 100.000 pro Jahr. Das Rauchen, aber auch zu viel Alkohol, spielen eine statistische Rolle.

Welche Unterteilungen gibt es?

Meistens (ca. 90%) sind Ösophaguskarzinome Plattenepithelkarzinome. In selteneren Fällen können es aber auch Adenokarzinome (von den Drüsen ausgehend), kleinzellige Karzinome, adenoidzystische oder mucoepidermoide Karzinome sein.

Wie wird ein Ösophaguskarzinom schulmedizinisch diagnostiziert?

Schluckstörungen (Dysphagie), Schmerzen und Gewichtsverlust sind typische Erstsymptome. Ansonsten gibt es natürlich viele unspezifische Symptome wie: Druck- und Völlegefühl, Übelkeit und Erbrechen, Appetitlosigkeit, Aufstoßen, blutiger Stuhl usw. Wenn der Tumor in den Magen blutet, kann dieses Blut im Stuhl mit einem Test (z. B. Hämoccult Test) nachgewiesen werden. Sicher nachweisen kann man ein Karzinom jedoch erst durch eine Biopsie bzw. der mikroskopischen Untersuchung. Daneben spielen die Endosonographie, die Gastroskopie, Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel und CT eine Rolle zum besseren Verständnis der Lage des Tumors.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Dies bedeutet:

- T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.
- N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 2.
- N0 = Keine Lymphknoten befallen.
- N1 = Befall von regionären Lymphknoten
- M = Metastasen. Stadien 0 - 1.
- M0 = Keine Metastasen.
- M1 = Metastasen vorhanden; auch Lymphknotenmetastasen jenseits der regionalen Lymphknoten.
- G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4.

Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G I bedeutet, dass

die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

Tis Carcinoma in situ, d.h. der Krebs ist auf die Schleimhautoberfläche beschränkt.

T1 Der Tumor befindet sich nur in der Lamina propria (Bindegewebsschicht) oder in der Submukosa (unter der Schleimhaut).

T2 Der Tumor infiltriert in den Muskel (Lamina propria muscularis).

T3 Tumorinfiltrierung in die Adventitia (Bindegewebshülle).

T4 Der Tumor wächst in angrenzende Gebiete (z. B. Wirbel, Aorta).

Operation

Eine Operation stellt die erste Option dar. Das Ziel der chirurgischen Maßnahmen sollte die vollständige Entfernung des Tumors im Gesunden (R0-Resektion) sein. Bei T1 und T2 Tumoren geht man davon aus, dass dieses Ziel in den meisten Fällen zu erreichen ist. Dabei wird eine so genannte transthorakale En-Bloc-Ösophagektomie durchgeführt, wo neben dem Tumor auch noch Teile der Speiseröhre, Lymphknoten, Teile des Brustfells und des Milchbrustganges entfernt werden.

Viele Patienten sind bei der Diagnose jedoch schon längst im T3-Stadium, wo eine Operation bei Tumoren der oberen

Speiseröhre wegen der Nähe zur Luftröhre oftmals nicht mehr möglich ist. Hier wird dann vielen Patienten, genauso wie bei T4-Tumoren, empfohlen, zuerst eine Chemotherapie und/oder Bestrahlung durchzuführen. Diese Empfehlung hat natürlich gleich mehrere Nachteile. Zuerst einmal ist eine Operation **nach** einer Chemotherapie/Bestrahlung weitaus „komplikationsreicher“ als ohne. Hierzu muss man wissen, dass nach offiziellen Daten (Siewert et al.) jeder 20. Patient innerhalb von 30 Tagen **an den Folgen der Operation** stirbt. Bei Patienten **mit** Risikofaktoren (Herz, Lunge oder Leberprobleme) stirbt sogar jeder 6. - 14. Patient.

Hinzu kommt, dass man sich die Frage stellen muss, wie erfolgreich eine Chemotherapie/Bestrahlung überhaupt ist, da Tumore unter einer solchen Therapie erstens auch größer werden und zweitens ein viel aggressiveres Wachstum aufweisen können. Aus diesen Gründen sollte man sich diesen Schritt also sehr genau überlegen. Hinzu kommt, dass biologische Therapien nicht mehr so gut „greifen“ bzw. erst gar nicht mehr wirken können und man sich so komplett die Tür zu einer biologischen Therapie zuschlägt.

Viele Patienten wissen natürlich auch nicht, dass es mehrere Studien gibt (Wang 1989, Schlag 1992, Girling 1992, Nygaard 1992, LePrise 1994 ...), aus denen man klar sehen kann, dass es vor allem bei T1- und T2-Patienten keinen Überlebensvorteil gibt. Bei T3-Patienten gibt es Studien (Stahl 1996, Walsh 1996) die aufzeigen, dass Patienten, **die die Operation überlebt hatten**, mit einer Chemotherapie länger lebten als „Nur-Operierte“. Wenn man jedoch das hohe Operationsrisiko mit einbezieht, dann sehen die Daten wieder sehr negativ aus.

Bei T3-Tumoren der mittleren und unteren Speiseröhre wird in der Regel ebenfalls eine R0-Resektion (komplette Ent-

fernung des Tumors) angestrebt. Patienten sollten sich auch bewusst machen, dass in vielen Fällen eine Entfernung des Kehlkopfes stattfindet, natürlich mit allen negativen Konsequenzen (Sprache).

Chemotherapie

Chemopräparate wie 5-FU, Mitomycin C, Methotrexat, Belemycin, CCNU, Etoposid, Nindesin und sogar Cisplatin kamen und kommen zum Einsatz. Um es jedoch schon zu Anfang auf einen Nenner zu bringen: Es gibt absolut keinen Beweis dafür, dass Sie durch eine Chemotherapie länger leben werden.

Jeder Arzt der etwas anderes behauptet, soll Ihnen dies **schriftlich** vorlegen. Ich kenne bis heute keine vergleichenden Studien. Manche Ärzte sagen, dass es gute Studien gäbe wie z. B. die RTOG-Studie aus Amerika. Doch was steckt hinter dieser Studie? Hierbei wurde eine „Nur-Bestrahlungstherapie“ mit 64 Gy mit einer Kombination von Bestrahlungstherapie mit 50 Gy **plus** einer Chemotherapie mit 4 Zyklen Cisplatin und 5-FU miteinander verglichen.

Dabei kam heraus, dass Patienten welche die Kombination erhielten, weniger Metastasen hatten und die Tumore kleiner blieben. Auf den ersten Blick sieht das ja schon ganz gut aus. Doch in Wahrheit wurde hierdurch nicht die Überlebenszeit verlängert und man hat den „alten Trick“ angewandt, mal wieder zwei schulmedizinische Maßnahmen miteinander zu vergleichen. Wären in der Gruppe der „Nur-Bestrahlungstherapie“-Patienten weniger Metastasen aufgetreten, hätten die gleichen Mediziner gesagt, dass man Patienten zukünftig lieber mit hohen Strahlenmengen behandeln sollte.

Strahlentherapie

Erstens sagen sogar Schulmediziner, dass die vorliegenden Studien (RTOG, Okawa, Earlam, John ...) gegen eine alleinige Bestrahlung sprechen und zweitens wird meiner Meinung nach Patienten durch eine alleinige Bestrahlung wahrscheinlich jede Chance einer Heilung, ja meistens sogar einer Verbesserung genommen. Bei Patienten, denen man nicht mehr helfen kann, sind die Nebenwirkungen so enorm, dass der Vorteil einer evtl. Chance auf eine Verkleinerung des Tumors diese nicht aufwiegen. Am wichtigsten für den Patienten ist jedoch, dass er durch eine Bestrahlung der Speiseröhre nach den vorliegenden Daten keinen Tag länger leben wird.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Immuntherapien mit Antikörpern oder Zytokinen spielen bei Ösophaguskarzinomen keine Rolle und obwohl es immer wieder Ansätze gab und gibt, konnte man bis heute keine einzige Therapie entwickeln.

Weichteilsarkom

Die schulmedizinische Definition ist:

Tumore des Bindegewebes und der Muskulatur.

Wie häufig kommen Sarkome vor?

Derzeit ca. 2 Erkrankungen pro 100.000 Personen.

Welche Unterteilungen gibt es?

Sarkome werden zuerst einmal danach eingeteilt, aus welchem Gewebe sie hervorgehen, also: Fettgewebe, Gefäße, Muskeln oder Nervenscheiden. Im Detail werden folgende Kategorien unterschieden:

1. Fibrosarkom

Bindegewebstumor, der jedoch nur selten diagnostiziert wird. Grad 1 gilt als prognostisch sehr gut, weil in diesem Stadium der Tumor nicht zur Metastasierung neigt. Grad 3 gilt als sehr aggressiver Tumor.

2. MFH (Malignes fibröses Histiocytop)

Wird als primitiver mesenchymaler und z. T. fibroblastischer (Bindegewebszellen) Tumor angesehen. Meistens eine Kombination von Spindelzellen und meistens mehrkernigen Zellen. Graduierung von 1 - 3.

3. Aggressive Fibromatose/Desmoid (gutartige Bindegewebsgeschwulst)

Obwohl dieser Tumor als „gutartig“ gilt, kann er durch sein rasches Wiederkehren nach Operationen Probleme machen. Histologisch gesehen unterscheidet er sich von einem Fibrosarkom durch eine gleichmäßige Ausreifung mit Kollagenbildung und dem Fehlen einer „mitotischen Aktivität“, was so viel bedeutet wie, dass er sich nicht so aggressiv teilt.

4. Liposarkom

Tumor aus dem Fettgewebe. Man unterscheidet 4 Gruppen:

- 4a Hochdifferenziertes lipomähnliches Liposarkom G1
- 4b Myxoides (Myxo = Schleim) Liposarkom G2 - G3
- 4c Rundzelliges Liposarkom
- 4d Pleomorphes Liposarkom

5. Leiomyosarkom

Es gibt kutane Leiomyosarkome, die von der Pilarmuskulatur ausgehen und tief liegende Leiomyosarkome die von der glatten Gefäßmuskulatur ausgehen; teilweise auch unter Einbeziehung von Gefäßwänden.

6. Rhabdomyosarkom

Hochgradig maligner Tumor, der vor allem im Kindesalter auftritt.

7. Vaskuläre Tumore

Hierunter fallen 3 Gruppen:

7a Malignes Hämangioperizytom

Wachstum der perivaskulären Zellen, jedoch nicht der Endothelzellen.

7b Kaposi Sarkom

Idiopathisches hämorrhagisches Sarkom = Gefäßtumor. Wird auch öfter in Verbindung mit HIV gebracht.

7c Malignes Hämangioendotheliom

Gut differenzierte Tumorzellen.

8. MPNST

Maligne periphere Nervenscheidentumore wurden früher noch Fibrosarkome genannt. Die Zellen sind unterschiedlich differenziert und reichen von Fibroblasten bis zu Schwannzellen.

9. Extraskellettale Chondrosarkome

(Chondro = Knorpel)

Man unterscheidet hier 2 Typen:

9a Extraskellettales myxoides Chondrosarkom

9b Mesenchymales Chondrosarkom

10. Maligne Tumore ohne eindeutige Differenzierung

In diese Untergruppe fallen Tumore wie: Alveoläre Weichgewebssarkome, Epitheloide Sarkome, Klarzellsarkome, Extraskellettale Ewingsarkome, Maligne extrarenale rhabdoide Tumore oder das synoviale Sarkom.

Wie werden Sarkome schulmedizinisch diagnostiziert?

Tumorbildung (auch Raumforderung genannt), Schmerzen, Röntgen, CT, Kernspintomographie usw. Zur Differenzialdiagnose ist jedoch immer eine Biopsie erforderlich.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Zur Beurteilung des Tumorstadiums wird weltweit das TNMG System benützt. Insgesamt gibt es bei Weichteilsarkomen 148 Untergruppen, von denen 61 als bösartig angesehen werden.

T = Tumorstadium. Stadien 1 - 4.

N = Knoten (lateinisch Nodus). Stadien 0 - 2.

N0 = Keine Lymphknoten befallen.

N1 = Befall von regionären Lymphknoten.

M = Metastasen. Stadien 0 - 1.

M0 = Keine Metastasen.

M1 = Metastasen vorhanden.

G = Grad der Entartung der Zelle. Stadien 1 - 4.

Mediziner nennen dies Differenzierung. Ein G1 bedeutet, dass die Zelle gut differenziert ist, also einer normalen Zelle sehr

ähnlich. G4 bedeutet eine schlecht differenzierte Zelle, also eine Zelle, die sich stark von einer normalen Zelle unterscheidet.

Stadien

1a = Die Krebszellen sehen den normalen Zellen sehr ähnlich. Der Tumor befindet sich entweder nahe der Körperoberfläche oder in der Tiefe und ist kleiner als 5 Zentimeter. Er hat keine Lymphknoten befallen und ist nicht in andere Körperteile metastasiert.

1b = Der Tumor wächst nahe der Körperoberfläche und ist größer als 5 Zentimeter. Er hat aber keine Lymphknoten befallen und ist nicht in andere Körperteile metastasiert.

2a = Der Tumor wächst in der Tiefe des Körpers und ist größer als 5 Zentimeter, er hat aber keine Lymphknoten befallen und ist nicht in andere Körperteile metastasiert.

2b = Der Tumor befindet sich entweder nahe der Körperoberfläche **oder** in der Tiefe und ist kleiner als 5 Zentimeter. Er hat keine Lymphknoten befallen und ist nicht in andere Körperteile metastasiert.

2c = Der Tumor wächst nahe der Körperoberfläche und ist größer als 5 Zentimeter. Er hat aber keine Lymphknoten befallen und ist nicht in andere Körperteile metastasiert.

3 = Der Tumor wächst in der Tiefe des Körpers und ist größer als 5 Zentimeter. Er hat aber keine Lymphknoten befallen und ist nicht in andere Körperteile metastasiert.

4 = Der Tumor hat Lymphknoten der Umgebung befallen oder ist in andere Körperteile, wie z. B. Lunge, Kopf oder Hals/Nacken metastasiert.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Viele Chirurgen sagen, dass bei der Operation eines Sarkoms der Chirurg den Tumor nicht zu Gesicht bekommen sollte. Übersetzt heißt dies, dass man sehr weit „im Gesunden“ operieren sollte, da sich Sarkome optisch nicht sehr genau vom gesunden Gewebe abgrenzen.

Ich gehe mit dieser Meinung absolut nicht konform, da dahinter der Ansatz steckt: „Lass uns den Tumor wegschneiden und damit ist Ruhe.“ Wohin dieser Ansatz in der modernen Onkologie geführt hat, kann man daran erkennen, wie „großzügig“ (5 cm im gesunden Gewebe) bei Sarkomen und gerade bei jungen Menschen operiert wird. Da werden Beine bzw. Arme amputiert und Augen entfernt – immer in der Hoffnung, dadurch das Wachstum stoppen zu können. Doch wie viele Sarkome kommen nach solchen Operationen nicht mehr? Meine Erfahrungen zeigen nicht, dass radikale Operationen vielversprechender wären als „normale“ Tumorentfernungen. Sollte Ihr Chirurg anderer Meinung sein, fragen Sie ihn unbedingt im Detail, auf welche Studien er sich beruft und lassen Sie sich diese **schriftlich** geben (siehe auch Kapitel: *Wann habe ich Krebs* bezüglich der *Stiftung für das Knochentumor-Referenzzentrum*).

Chemotherapie

Bis heute gibt es keinen einzigen eindeutigen Beweis für einen signifikanten Vorteil in Bezug auf Überlebenszeit. Trotzdem gelten Chemotherapien immer noch als vorrangiges schulmedizinisches Konzept bei Sarkomen. Meistens kommen Doxorubicin, Cyclophosphamid, Methotrexat, Ifosfamid, aber auch Vincristin, Etoposid oder Ifosfamid zum Einsatz.

Da Chemotherapien bei Sarkomen nicht oder nur in hohen Dosen für entsprechende Ansprechraten (nicht Lebensverlängerungen!) sorgen, ist dies in Deutschland ein großes Gebiet für „Studien“. Die Chance, dass man Sie bittet/fragt/drängt an einer solchen teilzunehmen, ist also relativ groß. Wenn Ihr Arzt Ihnen sagt, dass es jedoch keine andere Therapie gibt, dann fragen Sie ihn unbedingt, ob er meint, dass es keine **schulmedizinischen** Therapien gäbe oder ob er grundsätzlich keine andere kenne.

Auf Grund dieses Versagens von allen Chemotherapie-Kombinationen gibt es auch an Universitäten immer mehr Studien von Chemotherapien in Kombination mit Hyperthermie.

Bestrahlung

Obwohl auch bei dieser Therapieform immer noch keine harten Fakten vorliegen, dass Bestrahlungen dazu beitragen, dass Menschen dadurch länger leben, gehört auch diese Therapie immer noch zum Standardprogramm vieler Onkologen. Dies ist umso erstaunlicher, weil es gleich mehrere Studien gibt, die aufzeigen, dass von einer zusätzlichen Bestrahlung (z. B. Suit et. al. 1985) absolut kein Vorteil zu erwarten ist.

Da bei Sarkomen in der Regel eine großvolumige Erfassung des Tumorgebietes angestrebt wird, erhalten Patienten natürlich eine sehr große Strahlenmenge. Ist es nicht genau diese Strahlenmenge, die einen neuen Tumor entstehen lässt?

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Sarkome sind im Anfangsstadium der Therapie fest in den Händen von Chirurgen. Obwohl diese Sichtweise nicht funktioniert, wie an den hohen Rückfallquoten einfach zu beweisen ist, gibt es immer noch kein Umdenken in der Sarkombehandlung und andere Ansätze wie monoklonale Antikörper oder Zytokintherapien spielen in der schulmedizinischen Therapie von Sarkomen so gut wie keine Rolle.

Fiebertherapien

Meine bisherigen Forschungen zeigen, dass Fiebertherapien (siehe auch Coley's Toxin) bei Sarkomen gute Ergebnisse hervorbringen und unbedingt in die Therapieüberlegungen aufgenommen werden sollten. Vor allem der Einsatz von Fiebererzeugenden Bakterien und/oder Hyperthermie (exogen erzeugtes Fieber) ist meines Wissens nach eine erfolgreiche Alternative.

Krebsbehandlungen bei Kindern

Ich habe selbst 2 Söhne und es gibt wohl mit Ausnahme meiner Ehefrau niemanden auf der Welt, den ich auch nur annähernd so liebe wie meine Kinder. Aus diesem Grund kann ich mich zumindest in etwa einfühlen, was es bedeutet, wenn Kinder krank sind bzw. dem Tode nahe. Leider kommen jedoch bei krebskranken Kindern gleich mehrere Faktoren zusammen, die eine Behandlung erschweren, auf die ich kurz eingehen möchte, bevor ich Ihnen meine Meinung zu einzelnen Krebsarten mitteile:

1. Da sind zuerst einmal die Gerichte. Wenn es um Kinder geht, dann versteht nicht nur die deutsche Justiz keinen Spaß und greift im Interesse der Kinder hart durch. Doch wer bestimmt eigentlich, was im Interesse eines Kindes ist? Im Falle von kranken Kindern sind dies Ärzteverbände, Jugendämter und im Hintergrund Pharmafirmen, die uns Eltern vorschreiben, was gut für unsere Kinder ist. Dass es diesen Firmen zumindest **auch** um Aktionärsbefriedigung geht, wollen wir meistens nicht wahrhaben, weil ja nicht sein kann, was nicht sein darf.

Sollte dies bedeuten, dass man Kinder ihren Eltern wegnehmen muss, dann wird auch dies geschehen, auch wenn wir alle wissen, dass das sicherlich nicht im Interesse eines Kindes ist. Doch ist ein solches Vorgehen nicht das einzige „falsche Interesse“, das passieren kann, wenn Ihr Kind krank ist.

2. Wenn es um das Leben von Kindern geht, sind alle Energien in unserem Gehirn auf einmal in der rechten, kreativen Seite und nur sehr wenig Energie bleibt in unserer rationalen, linken Gehirnhälfte. Dies ist angesichts großer Liebe zu Kindern „normal“. Doch ist es auch förderlich? Meine Erfahrungen sagen hier ganz klar **nein**, denn wenn unser Kind krank ist, sollten wir einen kühlen und klaren Kopf behalten um evtl. lebensnotwendige Entscheidungen treffen zu können. Doch leider ist dies bei kranken Kindern einfacher gesagt als getan, und so treffen wir (Eltern) leider viel zu viele Entscheidungen aus dem Bauch heraus.

3. Ich habe mehrmals erleben dürfen, welchen positiven, ja sogar lebensrettenden Einfluss Eltern auf ihre Kinder haben können. Doch leider verstehen die meisten Menschen heutzutage nichts mehr von positiver Energie, die sie abgeben können und glauben, wenn sie ihr Kind genügend lieben, würde das ausreichen. Meine Erfahrungen sprechen jedoch auch hier eine andere Sprache. Auch wenn Sie jetzt nicht verstehen wovon ich rede, dann möchte ich Sie trotzdem bitten, wenn Sie Ihrem Kind **mit ihrer** Energie helfen möchten, dann machen Sie unbedingt für sich selbst **und dadurch auch** für Ihr Kind das in diesem Buch beschriebene mentale Programm bzw. halten Sie sich an das 3E-Programm im Allgemeinen. Ich weiß, dass Sie nicht Krebs haben, sondern Ihr Kind. Bitte haben Sie Vertrauen zu mir und helfen Sie Ihrem Kind dadurch, dass Sie sich ebenfalls „gesund weiterentwickeln“.

Was haben Sie zu verlieren? Das Schlimmste was Ihnen passieren kann, ist, dass Sie sich gesünder ernähren und damit beginnen, jeden Tag zu visualisieren, dass Ihr Kind wieder gesund ist. Sie kennen mich nicht und es fällt Ihnen sicherlich schwer, mir zu vertrauen, dass „so etwas“ Ihrem Kind helfen

kann. Ich verstehe diese Herausforderung, möchte aber noch einmal betonen: **Was haben Sie zu verlieren, außer etwas Zeit?**

4. Wir glauben gerne den Worten von Ärzten und Statistiken, wenn diese „gut“ sind. Dies ist bei bestimmten Erkrankungen wie Leukämien sicherlich der Fall, da es hier Studien gibt, die aufzeigen, dass Kinder **wegen** oder **trotz** schulmedizinischer Maßnahmen noch lange gelebt haben. Dies heißt jedoch nicht, dass Sie sich hierauf verlassen können. Es gibt in der Medizin kaum ein größeres „unwissenschaftlicheres“ Gebiet als die Onkologie, wie Sie nach dem Lesen dieses Buches besser verstehen werden.

5. Auch Krebs bei Kindern ist aus einer ganzheitlichen Sicht eine akute bis chronische Vergiftung bzw. Stresssituation eines noch sehr jungen Körpers. Sollten Sie jetzt glauben, das sei doch bei so jungen Menschen gar nicht möglich, dann muss ich Sie leider enttäuschen. Es gibt Kinder, die schon, durch Giftstoffe der Mutter, vergiftet auf die Welt kommen und deshalb spielen Entgiftungsmaßnahmen und Ernährungstherapien eine große Rolle. Und noch etwas: Ich bin mir 100 %ig sicher, dass es sich ein schwerkrankes Kind nicht erlauben kann, täglich das minderwertige Essen in einem Krankenhaus zu essen.

6. Viele Eltern wollen, können oder möchten nicht verstehen, dass sie evtl. auch etwas zu der Erkrankung ihres Kindes beigetragen haben. Ich kann diese Haltung sehr gut verstehen. Nur, wird es Ihrem Kind helfen?

Bitte missverstehen Sie mich nicht. Hier geht es nicht um Schuld oder Unschuld, sondern nur darum, wie Sie Ihrem

Kind helfen können. Ich möchte Ihnen hierzu ein Beispiel nennen. Ein siebenjähriges Kind hatte Leukämie und die Eltern kamen mit ihrem Sohn zu einem ganzheitlichen Therapeuten nach Holland, weil sie Angst hatten, ihr Kind durch Chemotherapien zu verlieren. Der Therapeut sprach „nur“ mit den Eltern und dabei stellte es sich heraus, dass der Vater des Kindes Flugkapitän war und die Mutter Stewardess auf Abruf. Das bedeutete, dass die Mutter 1 - 3 Mal die Woche kurzfristig zum Dienst abberufen und der Sohn dann immer schnell zur Großmutter gebracht wurde, die in der Nähe wohnte. Der Therapeut bat die Mutter darum, als „erste Therapiemaßnahme“ dieses „häufige den Sohn verlassen“ sofort einzustellen und ihm dies noch am gleichen Tag mitzuteilen. Innerhalb einer Woche sanken die Leukozyten um annähernd 50 % und innerhalb von 3 Wochen waren sie fast im Normbereich. Der Sohn hatte daraufhin auch keinen Rückfall und blieb gesund.

Schulmedizinisch fallen solche Fälle in den Bereich Spontanremissionen, aber nur deshalb, weil aus den verschiedensten Gründen nicht wahrgenommen wird, dass wir nicht nur einen Körper haben, sondern auch eine Psyche. **Ich erzähle Ihnen diese Geschichte nur aus einem Grund: Es reicht, dass Ärzte diesen Fehler machen (dürfen) – machen SIE ihn bitte im Interesse Ihres Kindes nicht!**

Auf den nächsten Seiten beschreibe ich ein paar wenige Krebsarten für Kinder. Ich gehe in diesem Buch recht wenig auf dieses Thema ein. Dies liegt nicht daran, dass ich mich so wenig dafür interessiere, ganz im Gegenteil, sondern daran, dass ich weiß, dass auf diesem Gebiet die Pharmedien so stark ist, dass man sich hier nur gewaltig die Finger verbrennen kann, ohne wirkliche Änderungen hervorzurufen.

Eltern kann ich nur empfehlen, sich selbst ein Bild von den (angeblichen) Fortschritten der Kinderonkologie zu machen

und dabei gegenüber allen Aussagen, egal ob alternative oder schulmedizinische, kritisch zu sein. Haben Sie im Interesse Ihres Kindes unbedingt den Mut auch kritische Fragen zu stellen und beharren Sie auf Antworten.

Wenn ich Ihnen einen Tipp mit auf den Weg geben darf, dann ist es der, dass Kinder unwahrscheinliche Visualisierungskräfte haben. Nutzen Sie diese und wenden Sie das, was Sie in diesem Buch lernen, auch bei Ihren Kindern an.

Info: Im Buch wird oftmals das Wort Tumor erwähnt. Natürlich ist ein Tumor etwas anderes als eine Leukämie. Aus einer ganzheitlichen Sicht handelt es sich jedoch genauso um eine energetische Störung und deshalb habe ich nicht jedes Mal *Tumor/bösartige Zellen* wie bei Leukämie oder Lymphkrebs geschrieben, sondern nur das Wort Tumor benützt.

Akute lymphatische Leukämie (ALL) bei Kindern

Die schulmedizinische Definition:

Maligne Entartung und Reifungsstörung weißer Blutzellen. Hierbei produziert der Körper unreife weiße Blutkörperchen (Lymphozyten), die so genannten Blasten.

Wie häufig kommt ALL vor?

Derzeit ca. 600 Erkrankungen pro Jahr.

Welche Unterteilungen gibt es?

Morphologisch werden L-1, L-2 und L-3 Blasten unterschieden. L-1 Blasten sind klein und haben einen homogenen Kern. Ca. 20% aller L-2 Blasten haben einen großen Kern mit Einkerbungen und sind allgemein heterogener (verschiedenartig). L-3 Blasten sind alle groß und homogen (gleichartig).

Wie wird ALL schulmedizinisch diagnostiziert?

Müdigkeit, Fieber, Hautblutungen, Blässe, Knochenschmerz,

allgemeine neurologische Symptome, Gelenkschmerzen. Knochenmarkpunktion (Blastenanteil höher als 25 %), Blutuntersuchungen (Leukozyten, Hb, Thrombozyten), Messung der Leber- und Milzgröße, Hodenuntersuchung, Ultraschall, CT. Grundsätzlich sollte jeder Arzt eine genaue Differenzialdiagnose zu rheumatischen Erkrankungen oder einer Osteomyelitis (Knochenmarkentzündung) stellen. Im Detail auch zu Neuroblastomen, Rhabdomyosarkomen und natürlich Lymphomen. Bei etwa 50 % der Patienten lassen sich zytogenetische Veränderungen einzelner Chromosomen nachweisen. Bei 4 % der kindlichen und 20 % der Erwachsenen-ALL liegt die als „Philadelphia Chromosom“ bezeichnete Translokation des cABL Protoonkogens (paternales Chromosom 9q34) und der BCR (breakpoint cluster region/maternales Chromosom 22q11) vor.

Stadien:

Im Gegensatz zu soliden Tumoren gibt es keine Stadieneinteilung für die akute lymphatische Leukämie bei Kindern. Die Art der Behandlung hängt davon ab, wie alt der Patient ist, von seinem Blutbild und ob es die erste, zweite oder dritte Therapie ist. Grundsätzlich unterscheidet man folgende Gruppen:

Unbehandelte Kinder

Unbehandelte akute lymphatische Leukämie (ALL) bedeutet, dass bisher keine Behandlung, außer der Behandlung von Begleitsymptomen, durchgeführt wurde. Es gibt zu viele weiße Blutzellen im Blut und im Knochenmark. Außerdem können andere Zeichen und Symptome einer Leukämie vorliegen.

Remission

Remission bedeutet, dass eine Behandlung stattgefunden hat und dass die Zahl der weißen Blutkörperchen und der anderen Blutzellen im Blut und im Knochenmark normal ist. Der Patient hat keine Symptome.

Rückfall/Rezidiv/Therapierefraktär

Rückfall/Rezidiv bedeutet, dass die Leukämie nach einer Remission wieder aufgetreten ist. Therapierefraktär bedeutet, dass die Leukämie nach einer Behandlung nicht in Remission gegangen ist.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

In den meisten Therapiezentren spricht man von den 4 Stufen oder Phasen einer ALL-Behandlung bei Kindern. Diese sind:

1. In der remissionserzeugenden ersten Therapie wird sehr viel Chemotherapie eingesetzt, um so viele Leukämiezellen wie möglich abzutöten und die Krebskrankheit in die Remission zu bringen. Während man früher nur Cortison und Vincristin einsetzte, gibt man heute nur noch Megadosen an verschiedensten Chemotherapien in Kombination mit Cortison und Bestrahlung. Heute kommen hauptsächlich folgende Medikamente/Chemotherapien zum Einsatz:

Methotrexat, Cyclophosphamid (Senfgas), Vincristin, Cortison, Daunorubicin, Asparaginase, Thioguanin, 6-

Mercaptopurin, Cytosin-Arabinosid, Teniposid (VM 26). Dieses Behandlungsprotokoll hat sich inzwischen zu einem goldenen Standard entwickelt.

2. In der zweiten Phase, die Zentralnervensystem(ZNS)-Prophylaxe genannt, geht man davon aus, dass man verhindern muss, dass sich Krebszellen im Gehirn oder im Rückenmark ansiedeln, selbst wenn hier noch kein Krebs gefunden wurde. Die ganze Prozedur läuft als Vorbeugung und beinhaltet hochdosierte Chemotherapien mit Methotrexat plus einer sehr starken Bestrahlung des (gesunden) Gehirns. Die Menge der Bestrahlung beträgt hierbei teilweise das über 10-fache dessen, was Erwachsenen bei anderen Krebsarten zur Zerstörung von Tumoren gegeben wird. Hier zeigt sich auf brutalste Art und Weise, dass es der Schulmedizin einzig und allein auf die Symptombehandlung ankommt.

3. In der dritten Behandlungsphase, der so genannten Konsolidierungs- und Intensivierungstherapie, wird unter Einsatz erneuter Chemotherapien versucht, evtl. verbliebene Leukämiezellen zu töten.

4. Die vierte Phase, die Erhaltungstherapie, besteht darin, dass man Kindern über Jahre hinweg Chemotherapien gibt, um Rezidive zu vermeiden (wobei man sich natürlich vor allem nach den Erfahrungen mit AIDS fragen muss, ob nicht gerade diese Therapie dazu geeignet ist, Krebs zu erzeugen).

Knochenmarktherapien (KMT)

A. Allogene Knochenmark-/Stammzellentransplantation:

Hierbei erhält der Patient Stammzellen von einem Spender. Zuerst werden hohe Dosen an Chemotherapie mit oder ohne zusätzliche Bestrahlung verabreicht, um das gesamte Knochenmark im Körper zu zerstören. Von einem anderen Spender wird dann gesundes Knochenmark entnommen. Das gesunde Knochenmark des Spenders wird dem Patienten injiziert und soll dann das zerstörte Knochenmark des Patienten ersetzen.

B. Autologe Knochenmark-/Stammzellentransplantation:

Bei dieser Therapie werden dem Patienten Knochenmark/Stammzellen entnommen, mit Medikamenten behandelt, um alle Krebszellen zu töten und nach einer Hochdosis-Chemotherapie wieder verabreicht. Das Knochenmark wird zur Aufbewahrung eingefroren. Der Patient erhält dann eine hochdosierte Chemotherapie mit oder ohne zusätzliche Bestrahlung, um das gesamte verbleibende Knochenmark zu zerstören. Das aufbewahrte, eingefrorene Knochenmark wird aufgetaut und dem Patienten zurückinjiziert.

Zum Thema Knochenmarktransplantation darf man natürlich nicht vergessen, dass es hier eine große Chance gibt, **an der Therapie** zu sterben. Auch unter Schulmedizinerinnen sind

beide Therapien nicht unumstritten. Aus diesem Grund sollte man es sich natürlich zweimal überlegen, ob man das seinem Kind „zumuten“ möchte oder nicht.

Bestrahlungen:

Der Einsatz der Bestrahlung spielt vor allem in der ZNS-Phase eine große Rolle. Man glaubt hier, durch eine starke Bestrahlung noch evtl. vorhandene Krebszellen abzutöten. Zum besseren Verständnis: Kein Arzt weiß, ob es so ist. Dies ist reine Theorie und wegen dieser Theorie werden Kinder *Krebs erzeugenden* Strahlen ausgesetzt.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Obwohl es Ansätze mit Interferon gibt, spielen andere Therapien wie Zytokintherapien oder monoklonale Antikörper bei ALL keine Rolle, weil ALL neben Hodenkrebs die Hochburg von Chemotherapien ist.

Allgemeines

Wenn Sie die letzten Zeilen über die Behandlung von ALL gelesen haben und wissen, dass es eine große Zahl von Kindern gibt, die zwischen zwei und vier Jahre alt sind, wenn sie diese Therapie bekommen, dann drängt sich einem über kurz oder lang natürlich folgende Frage auf: „Angenommen ein **gesundes Kind** erhält über 2 Jahre regelmäßig 6 - 10 verschiedene Chemotherapien, eine hochdosierte Bestrahlung des noch

wachsenden Gehirns, es muss sich über Monate in einem Krankenhaus mit all den Bakterien, Viren und dem schlechten Essen aufhalten **und** zusätzlich eine Knochenmarktransplantation überleben – wie viele **gesunde Kinder** würden wohl an dieser Therapie sterben?“

Sicherlich einige werden Sie jetzt vielleicht denken. Aus diesem Grund erlaube ich mir auch immer wieder darauf hinzuweisen, dass wir nicht wissen, ob Kinder **wegen** oder **trotz** dieser Therapien überleben. Ich bin mir sehr wohl bewusst, dass diese Frage für einige Eltern und vor allem für viele Onkologen schockierend sein muss. Andererseits nützt es nichts, wenn wir so tun, als wüssten wir die Antwort hierauf – **niemand** weiß diese und jeder, der das Gegenteil behauptet, lügt. Ärzte sagen oftmals, wenn man ALL nicht mit Chemotherapien behandeln würde, dann müssten die Kinder sterben. Dem muss ich jedoch aus gleich mehreren Gründen widersprechen:

1. In alten medizinischen Lehrbüchern können Sie nachlesen, dass ALL früher nicht immer als **die** tödliche Krankheit angesehen wurde. Waren jetzt all diese Ärzte Kurpfuscher oder Laien? Das Hauptargument war immer, dass sich die „blutbildende Störung“ wieder von selbst reguliert. Glauben Sie wirklich Ärzte hätten das geschrieben, wenn all ihre Patienten an ALL gestorben wären.

2. Ich habe persönlich Fälle dokumentiert, bei denen Kinder mit ALL nicht gestorben sind, weil oder obwohl sie keine Chemotherapie bekommen haben.

3. Keine Chemotherapie zu machen ist nicht gleichzusetzen mit nichts tun und warten. Auch oder gerade Kinder sollten

unbedingt entgiften, sich z. B. an die Öl-Eiweiß-Kost halten und vor allem ein mentales „Glückstraining“ machen.

4. Fast alle Kinder in Deutschland mit ALL bekommen Chemotherapie. Woher wissen eigentlich all die Ärzte, dass Kinder ohne eine Chemotherapie sterben würden, da es ja bekanntlich keine vergleichenden Studien gibt und auch nie gab.

5. Wie viele Kinder kennen Ärzte in Deutschland überhaupt, die ohne Chemotherapie ALL überlebt haben. Null, eins oder zwei? Wahrscheinlich gar keins, weil Eltern sofort das Kind weggenommen wird, wenn sie ihr Kind nicht zwangschemotherapieren lassen.

Der juristische Punkt ist leider ein sehr schwerwiegender. Als Eltern muss man wissen, dass man die Erziehungsberechtigung entzogen bekommen kann bzw. fast immer entzogen bekommt, wenn man sein Kind ganzheitlich behandeln lassen möchte. Deshalb gibt es im Grunde genommen auch kaum einen Arzt in Deutschland, der sich traut, Kinder ohne Chemotherapie zu behandeln. Der letzte Arzt, der sich dies getraut hat, war Dr. Hamer und er ging hierfür (unter anderem) ins Gefängnis. Wer mehr über ALL und Dr. Hamer lesen möchte, dem sei folgendes Buch empfohlen: *Vermächtnis einer Neuen Medizin 1* Seite 482 - 484.

Schulmediziner halten Hamers Aussagen natürlich für baren Unsinn eines Spinners und werden Ihnen ausführlich erklären, warum jeder einzelne Punkt nicht wahr sein kann. Was sollten sie auch anderes tun und ich bin der Letzte der dies nicht versteht.

Trotzdem kommen wir nicht umhin, Hamers Worte erst dann als Spinnerei abzutun, wenn das Gegenteil von dem bewiesen wurde, was er behauptet.

So lange erlaube ich mir genauso wie Dr. Hamer immer und immer wieder die Frage zu stellen, ob eine Therapie, die **gesunde Kinder** töten kann, wirklich die richtige Therapie für unsere kranken Kinder ist.

ACHTUNG: Um hier keine Missverständnisse aufkommen zu lassen. Ich empfehle Ihnen schon aus rein juristischen Gründen **NICHT**, ihr Kind **nicht behandeln** zu lassen, sprich einfach abzuwarten, egal ob nach Dr. Hamer oder schulmedizinisch. Auch Dr. Hamers Therapie besteht nicht nur aus abwarten, sondern er erklärt seinen Patienten bzw. den Eltern sehr genau, was diese tun müssen, um wieder gesund zu werden.

Astrozytom

Die schulmedizinische Definition:

Hirntumore, die aus Astrozyten bestehen, den so genannten Hüllzellen des ZNS (Zentralnervensystems).

Wie häufig kommen Astrozytome vor?

An einem Astrozytom erkranken in Deutschland jährlich 1 - 2 Personen von 100.000.

Welche Unterteilungen gibt es?

Astrozytome gehören zur Untergruppe der so genannten Astrozytären Gehirntumore und man unterscheidet hierbei Pilozytische Tumore (Grad 1), Astrozytom mit niedrigem Malignitätsgrad (Grad 2), Anaplastisches Astrozytom (Malignitätsgrad 3) und dann das Glioblastom (Malignitätsgrad 4).

Eine andere Einteilung ist auch, dass alle Tumore Grad 1 und 2 niedrigmaligne und alle Tumore Grad 3 und 4 als hochmaligne bezeichnet werden.

Wie wird ein Astrozytom schulmedizinisch diagnostiziert?

Kinder haben manchmal Sehstörungen, endokrinologische Störungen oder aber Gesichtsfeldausfälle. Seltener kommen auch Krampfanfälle und Hirndrucksymptome (Übelkeit/Erbrechen) vor. In manchen Lehrbüchern wird auch von Entwicklungsverzögerungen oder Persönlichkeitsstörungen gesprochen. Dies ist jedoch ein zu großes Feld für Spekulationen und sorgt für mehr Hysterie als Aufklärung.

Neben den neurologischen Untersuchungen, vor allem wegen der vielen Differenzialdiagnosen, kommen vor allem bildgebende Verfahren zum Einsatz: Elektroencephalogramm (EEG), Evozierte Potenziale (akustisch evozierte Potenziale AEP, visuell evozierte Potenziale VEP, sensorisch evozierte Potenziale SEP), Computertomogramm (CT), Blutuntersuchungen (z. B. Tumormarker), Magnetresonanztomographie (MRT), Angiographie, Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und natürlich Biopsien.

Stadien

Stadieneinteilung von Gehirntumoren nach WHO (Weltgesundheitsorganisation):

- 1 = Gutartiger, langsam wachsender Tumor
- 2 = Noch gutartiger Tumor, jedoch nicht mehr langsam wachsend
- 3 = Bösartiger, schnell wachsender Tumor
- 4 = Bösartiger, sehr schnell wachsender Tumor

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Grundsätzlich gilt das Astrozytom als schulmedizinisch therapierbar, da es Studien gibt, in denen mehr als die Hälfte der Kinder durch Operation, Chemotherapie und Bestrahlung länger als 5 Jahre gelebt haben. Diese Zahlen bedeuten jedoch leider auch, dass ca. jedes zweite Kind stirbt und niemand traut sich, die drei **für Eltern** entscheidende Fragen zu stellen:

1. Überleben 50% der Kinder **wegen** oder **trotz** der giftigen Therapien?
2. Sterben viele Kinder vielleicht an den Therapien und nicht am Tumor?
3. Gibt es eigentlich auch andere erfolgreiche Therapien für Astrozytome?

Die erste Frage kann niemand beantworten, **auch nicht** Schulmediziner. Die zweite Frage muss man sicherlich mit einem Ja beantworten, nur leider wissen wir heute nicht, wie hoch der Prozentsatz liegt. Die dritte Frage kann ich ebenfalls mit einem klaren Ja beantworten, siehe z. B. die Antineoplaston-Therapie von Dr. Burzynski, auch wenn viele Ärzte dies deutlich verneinen. Als Hauptargument kommt hier immer: „Diese Therapien sind nicht wissenschaftlich anerkannt“. Dass dies gar nicht möglich ist, wie ich in diesem Buch schon beschrieben habe, verschweigen sie jedoch gerne.

Operation

Schulmedizinisch wird in der Regel davon ausgegangen, dass eine Entfernung des gesamten Tumors oder eine Tumormassenreduktion grundsätzlich gemacht werden sollte, wenn es operationstechnisch möglich ist. Ich kann mich dieser Argumentation nicht grundsätzlich anschließen, denn meine persönlichen Erfahrungen mit Patienten, die ihren Gehirntumor ohne Operation besiegten, sprechen hier dagegen. Des Weiteren darf man die sehr hohe Rückfallrate nach Gehirnoperationen nicht vergessen, neben dem zusätzlichen Operationsrisiko.

Selbstverständlich ist mir die Bedeutung der Aussage des obersten Abschnittes sehr bewusst und ich habe lange überlegt, ob ich dies Eltern zumuten kann. Ich bin jedoch zu der Überzeugung gelangt, dass es nichts nützt, hier „um den heißen Brei“ herum zu reden, sondern Eltern die Chance zu geben, über die Krankheit ihres Kindes von verschiedenen Seiten nachzudenken. Ich rede hier natürlich auch nicht von Kindern mit Liquorzirkulationsstörungen, bei denen eine primäre Resektion eine lebensrettende Operation darstellen kann.

Da eine komplette Entfernung des Tumors sehr häufig nicht möglich ist, wird Eltern oftmals eine zweite Operation empfohlen, **nach** Bestrahlung und/oder Chemotherapie. Hierbei sollten jedoch auch immer die Schädigungen (vor allem bei Kindern unter 3 Jahren) des Gehirns bedacht werden, die enorm sein können. Dies wird leider immer wieder mit Sätzen wie: „Wir haben heutzutage neueste Strahlengeräte“ oder „wir wissen genau, wie wir eine Chemotherapie dosieren müssen“ usw. als geringes Risiko abgetan. Der Praxisalltag spricht hier leider eine andere Sprache.

Grundsätzlich müssen Eltern wissen, dass Schulmediziner

von dem Ansatz ausgehen, dass der Tumor im Gehirn = Krebs ist und wenn man diesen Tumor zerstört, auch der Krebs weg ist. Daher wird auch gerne „automatisch“ zu weiteren tumorzerstörenden Therapien wie Bestrahlung oder Chemotherapie gegriffen, auch wenn diese erstens selbst Krebs erregend sind und zweitens Nebenwirkungen haben, die die Gesundheit eines Kindes lebenslang beeinträchtigen können.

Chemotherapie

Astrozytome werden als mittelmäßig chemotherapiesensible Tumore angesehen. Deshalb werden die Giftstoffe bei Kindern sehr hoch dosiert. Da Kinder allgemein einfach viel gesünder sind, gehen Ärzte davon aus, dass sie diese Prozedur schon überleben werden.

Grundsätzlich sind Chemotherapien bei Kindern nicht einfach anzuwenden, da durch die in der Regel schon verabreichte Bestrahlung ja schon ein großer Schaden im Knochenmark angerichtet wurde. Die bisher gemachten Studien mit Carboplatin, Vincristin oder Actinomycin D sind auch nicht gerade vielversprechend und sind bei genauem Hinsehen alles andere als überzeugend. Vor allem, weil (wieder mal) nur Chemotherapien untereinander verglichen wurden und viel von positiven Ansprechraten bzw. Remissionsraten erzählt wird, aber keine signifikanten Lebensverlängerungen bewiesen werden konnten. Eltern dürfen sich hier nicht täuschen lassen. Eine Zerstörung des Tumors ist nicht gleichzusetzen mit einer längeren Lebenszeit. **Hochdosis-Chemotherapien** gehören ganz klar in den Bereich Forschung und Studie. Hier liegen keine aussagefähigen Daten vor. Seien Sie also vorsichtig, wenn man Ihr Kind in solch eine Studie hineinpressen will.

Bestrahlung

Bei niedrigmalignen Astrozytomen wird in der Regel nur dann bestrahlt, wenn der Tumor weiterwächst. Bei hochmalignen Tumoren wird grundsätzlich bestrahlt und zwar mit einer sehr großen Menge von 54 - 60 Gy. Egal welche Bestrahlungsart benützt wird, es muss Ihnen klar sein, dass die Strahlen grundsätzlich durch den Kopf durchgehen und somit immer mehr gesunde als veränderte Zellen treffen. Jeder Arzt, der etwas anderes behauptet, soll Ihnen bitte erklären, wie es anders möglich ist. Seit Hiroshima, Nagasaki und Tschernobyl wissen wir auch, dass gerade diese Strahlung viele Jahre später Krebs erzeugt.

Die Kombination Operation und Bestrahlung wird heute oftmals bei hochmalignen Astrozytomen als absolutes Muss einer Behandlung angesehen. Wie schon erwähnt, geschieht dies aus dem Blickwinkel, dass nur durch eine komplette Tumorzerstörung eine Heilung eintritt. Inwieweit gerade hierdurch jedoch eine Heilung verhindert wird, „darf nicht diskutiert werden“, ohne zu riskieren, dass der Staatsanwalt sich einschaltet.

Um Missverständnisse auszuschließen: **ich sage nicht**, dass Sie Ihr Kind nicht bestrahlen lassen sollen. Ich erlaube mir nur unabhängig, die mir vorliegenden Daten genauestens anzuschauen, und aus denen geht leider bei weitem nicht das hervor, was heute als Standardtherapie angesehen wird. Es gibt keinerlei Beweise, sondern nur sehr viele Theorien. Sie können das ganz schnell daran erkennen, wie viele unterschiedliche schulmedizinische Therapien es gibt.

Ich weiß, dass ich durch diese Aussage nicht dazu beitrage, dass Sie eine klare Linie in Ihren Therapieentscheidungen tref-

fen können, aber ich möchte auch nicht so einfach den gleichen Fehler wie die meisten Schulmediziner machen und behaupten, dass die vorliegenden Daten ganz klar für die jetzigen Standardtherapien sprechen – das tun sie nämlich bei genauem Hinschauen absolut nicht.

Weitere Therapien wie Hyperthermie, Gentherapien usw.

Siehe unter Astrozytom bei Erwachsenen.

Michael Horwin und seine Erkenntnisse über Gehirntumore

Mir geht es auf nachfolgenden Seiten nicht darum, erneut darüber zu diskutieren, wer denn nun recht hat und wer nicht. Wichtig ist jedoch, dass Sie erkennen, dass es sehr wohl auch andere Menschen gibt, die über die Ursachen von Gehirntumoren nachgedacht haben und wir heute weit weg davon sind zu wissen, was Gehirntumore sind, egal wer was behauptet.

Michael Horwin und Alexander

1999 ging in den USA der Fall des kleinen Alexander Horwin durch die Presse. Alexander war 1998 an einem **Medulloblastom** erkrankt und seine Eltern begannen umfangreiche Recherchen anzustellen, welche Behandlung denn nun die erfolgreichste bei dieser Erkrankung sei. Sie studierten sehr genau die Forschungsarbeiten von Dr. Percival Bailey und Harvey Cushing, welche als erste über Medulloblastome berichteten. Danach sammelten sie alle Studien über Medulloblastome und am Schluss entschieden sie sich für die Antineoplaston-Therapie von Dr. Burzynski in Houston/Texas.

Leider war es ihnen jedoch nicht möglich Dr. Burzynskis Therapie machen zu dürfen, weil diesem nur erlaubt ist, Kinder zu therapieren, bei denen Bestrahlung und Chemotherapie

versagt hatten. Auf Grund dieses Umstandes bekam Alexander dann eine Chemotherapie, an der er wenige Wochen später starb.

Interessant ist jedoch, was die Familie Horwin in ihren Forschungen zu Tage brachte und ich Ihnen hier weitergeben möchte:

1. Sind Impfstoffe Krebs erregend?

Quecksilber, Aluminium und Formaldehyd sind bekannte Krebs erregende Stoffe. Jeder Mensch würde verhaftet werden, wenn er diese Produkte einem Baby injizieren würde – auch geringste Mengen. Nicht so, wenn Sie Arzt sind! Wussten Sie, dass fast alle Impfstoffe mehr oder weniger gerade diese 3 Giftstoffe enthalten?

2. Können Viren Krebs auslösen?

In der medizinischen Literatur wird diese Frage ganz klar mit einem Ja beantwortet. Wir kennen heute den Eppstein-Barr Virus der für Morbus Hodgkin Lymphkrebs verantwortlich gemacht wird oder den HPV-17; der häufig bei Hautkrebs genannt wird. Nur wenige Viren wurden darauf getestet wie karzinogen (krebserzeugend) sie wirklich sind. Gleichzeitig werden Kindern abgetötete Bakterien injiziert, die fast immer auch Viren enthalten. Oder man injiziert gleich Viren, die man in Tiergewebe gezüchtet hat, das wiederum eigene Virenstämme enthält. Tatsache ist, dass niemand weiß, auch nicht die Hersteller, was denn am Schluss wirklich im Impfstoff enthalten ist.

3. Gehirnschädigungen nach Impfungen

Als „Nebenwirkungen“ von Impfstoffen werden „neurologische Schädigungen“ wie Krampfanfälle, Nervenschädigungen oder das Guillan-Barre-Syndrom (Lähmungserscheinungen) genannt. Hierzu passt leider die Erkenntnis, dass Tumore sich leichter in vorgeschädigten Gebieten ausbreiten (siehe z. B. auch erhöhte Lebertumore nach Hepatitis).

4. Polioimpfung als Krebsursache?

In den fünfziger- und sechziger Jahren wurden viele Menschen mit dem Simian Virus 40 gegen Polio geimpft. Erst später fand man heraus, dass in den gleichen Affennieren, in denen man den Virus züchtete, sich auch noch ein anderes, leider krebs-erregendes, Virus eingenistet hatte. Daraufhin wechselte der Hersteller seine Affensorte. Heutzutage findet man in Gehirntumoren von Kindern immer noch ab und zu das SV 40 Virus! 1987 veröffentlichten Dr. George Roush und Mitarbeiter ein Buch, in dem sie die Beziehung von SV 40 Viren und Medulloblastomen genauestens schilderten. Auch eine 1995 veröffentlichte Studie zeigte erneut, dass SV 40 Viren nicht in gesunden Gehirnen zu finden waren – **aber bei Gehirntumoren**. Eine 1999 veröffentlichte Studie von H. Huang fand ebenfalls in allen Gehirntumoren SV 40 Viren.

Die Forscher gehen übrigens davon aus, dass das Kind gar nicht selbst geimpft worden sein muss, sondern der Virus von der Mutter übertragen wird.

5. Impfung und Immunsystem

Viele Ärzte sagen, dass unser Immunsystem eine bedeutende Rolle spielt bei Krebs. Jetzt wissen wir aber, dass Impfstoffe einen negativen Einfluss auf unsere T-Lymphozyten haben und diese sehr stark supressieren können. Wenn Kinder jedoch jünger als ein Jahr sind, ist dies im Blut nur schwer feststellbar. Gleichzeitig warnen jedoch alle Kinderärzte, ja keine Kinder zu impfen, deren Immunsystem schwach ist. Logisch wäre also, Kinder im ersten Lebensjahr gar nicht zu impfen und deren Immunsystem VOR jeder Impfung abzuklären. Weder in Amerika noch in Deutschland geschieht dies jedoch.

Hierzu passt auch, wie Forscher 2002 im Magazin *Science* veröffentlichten, dass manche Erreger wie z. B. der Parasitenwurm Helminth die Zytokinproduktion (wie Interleukin-10) anregen. Bei Menschen, die jedoch Infektionen bekämpfen mit Impfungen und Antibiotika, wird die Zytokinproduktion herabgesetzt, was gerade bei Krebs eine wichtige Rolle spielen könnte. So stellte Prof. Kremsner von der Uni Tübingen fest, dass Interleukin-10 bei vielen Menschen in der zivilen Welt gar nicht mehr oder unzureichend produziert wird.

6. DNA und Viren

Dass eine Veränderung der DNA Krebs erzeugt, wird heutzutage an allen Universitäten der Welt gelehrt. Dass Viren DNA-Änderungen hervorrufen, ebenfalls. Auch dass jeder Impfstoff Millionen von Bakterien oder Viren enthält. Viren, die im Wachstumsgewebe des Impfstoffes vorkommen und Viren, die unabsichtlich mit reinkommen. Was jedoch nicht gelehrt

wird, ist, dass die steigende Zahl von Krebs auch nur annähernd irgend etwas mit Impfstoffen zu tun haben könnte.

Was kann ich hieraus lernen?

Führt impfen zu Krebs? Sicherlich, wahrscheinlich, hoffentlich nicht. Wir wissen es nicht. Aber warum sollten Impfstoffe, die zu Hirnhautentzündungen und Krampfanfällen führen können, das Guillan-Barre-Syndrom auslösen und vieles mehr, nicht auch für Gehirntumore verantwortlich sein? Wie stark stören sie wirklich die Immunsysteme unserer Kinder, die sie eigentlich aufbauen sollten? Die Eltern von Alexander impften ihr Kind in den ersten siebzehn Monaten sechzehn Mal. Dies ist auch in Deutschland nichts Ungewöhnliches. Der Impfpass meines Sohnes sieht mindestens vierzehn Impfungen vor und niemand stellt heute die wichtige Frage: Wie viele Impfungen verträgt ein Kind in den ersten zwei Lebensjahren?

Neuroblastom bei Kindern

Die schulmedizinische Definition Ihrer Krebsart ist:

Solides Malignom, das aus dem autonomen Nervensystem entsteht.

Wie häufig kommen Neuroblastome vor?

1 von 100.000 Kindern unter 15 Jahren (ca. 1.400 Fälle pro Jahr). Etwa 35 % werden im ersten Lebensjahr diagnostiziert und mehr als 90 % sind jünger als 6 Jahre.

Welche Unterteilungen gibt es?

Man unterteilt Neuroblastome nach ihrem Aussehen (Zellreife) bzw. Malignitätsgrad (Bösartigkeit) unter dem Mikroskop. Dementsprechend sind dann auch die Einteilungen.

1a = Diffuse Mischung von unreifen, ausreifenden und reifen Zellelementen (diffuses Ganglioneuroblastom)

1b = Abwechselnd große Gebiete mit undifferenziertem Neuroblastomgewebe (Ganglioneuroblastom vom Kompositionstyp)

2 = Mischung aus undifferenzierten Zellen und dem Vorhandensein von einigen mit partieller Differenzierung in Ganglienzellen

3 = Undifferenziertes, klein- und rundzelliges Tumorgewebe

4 = Das Stadium 4 wird Anaplasie genannt. Eine Anaplasie ist nichts anderes als ein Übergang höher differenzierter Zellen in weniger differenzierte. Dabei findet man Neuroblastomgewebe (1 - 3) und Tumoranteile ohne Neuroblastomanzeichen, die jedoch große bzw. mehrkernige Zellkerne enthalten.

Wie werden Neuroblastome schulmedizinisch diagnostiziert?

Meistens findet man einen Tumor durch bildgebende Verfahren wie CT, Kernspintomographie, Sonographie oder Röntgen. So genannte Katecholamin-Metabolit-Untersuchungen des Urins oder Blutes sind leider sehr ungenau, da viele Neuroblastoms gar keine erhöhten Katecholaminwerte produzieren, Tumormarker NSE, MIBG (Noradrenalinabkömmling) Bestimmung, Biopsie des Tumors bzw. des Knochenmarks. Grundsätzlich ist eine Abgrenzung zu anderen embryonalen Tumoren sehr schwierig.

Stadien:

In der Regel benützen Ärzte die Internationale Einteilung nach INSS:

1 = Lokaler Tumor, der sich komplett entfernen lässt, jedoch ohne Lymphknotenbefall. Am Tumor sitzende Lymphknoten können jedoch positiv sein.

2a = Nach einer Seite ausgerichteter Tumor der sich nicht komplett entfernen lässt.

2b = Nach einer Seite ausgerichteter Tumor mit regionalem Lymphknotenbefall

3 = Nach zwei Seiten ausgerichteter nicht operabler Tumor mit oder ohne Lymphknotenbefall

4 = Ausbreitung zum Knochenmark, Knochen, Leber, Haut, entfernten Lymphknoten und/oder anderen Organen

4s = Bei Kindern im ERSTEN Lebensjahr: Tumor wie im Stadium 1 oder 2 und Ausbreitung zum Knochenmark, Leber oder Haut.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Interessanterweise wird im Stadium 4s keine Therapie gemacht und Ärzte warten hier auf Spontanremissionen, die oftmals auch eintreten. Hier kommt natürlich jedem logisch denkenden Menschen sofort der Gedanke, **warum** macht man das dann nicht auch in anderen Stadien? **Warum** vergleicht man nicht endlich auch andere Stadien mit keiner oder einer nicht-konventionellen Behandlung mit Chemotherapie und Bestrahlung? **Warum** stellt niemand die Frage, wie viel Kinder **an der** Therapie sterben? Insider kennen natürlich die Antworten auf diese Fragen, aber ist all den Kindern damit geholfen?

Sicherlich nicht und ich kann hier nur an das Gewissen jedes einzelnen Arztes plädieren, sich zukünftig dafür einzusetzen, dass hier endlich Änderungen geschehen. Im Interesse jedes einzelnen Kindes mit dieser Diagnose.

Operation:

Grundsätzlich wird eine Operation zur Entfernung des Tumors angestrebt. Da die Patienten jedoch noch sehr jung sind, muss man hier das große Risiko einer Operation natürlich sehr genau überdenken. Vor allem bei größeren Tumoren neigen viele Onkologen dazu, **zuerst** eine Chemotherapie zu machen, um den Tumor zu verkleinern und dann erst zu operieren.

Dies birgt natürlich das Risiko, dass ein Tumor **trotz** oder **wegen** der Chemotherapie schneller weiterwächst und der Patient danach für eine Operation zu schwach ist. Besprechen Sie dies unbedingt mit Ihrem Onkologen, da viele Menschen davon ausgehen, dass Tumore während einer Chemotherapie grundsätzlich kleiner werden.

Chemotherapie:

Außer im Stadium I bzw. 4s gilt die Chemotherapie als Therapie erster Wahl. Hauptsächlich kommen folgende Wirkstoffe zum Einsatz: Cyclophosphamid, Vincristin, Cisplatin, Vindesine, Ifosfamid, Dacarbazin, Adriamycin.

Ohne Zweifel können alle Präparate zur Zerstörung von Zellen beitragen und die Blutwerte verbessern. Doch wird Ihr Kind dadurch auch länger leben? Da es nur Vergleichsstudien innerhalb von Chemotherapiearmen gibt, bleibt diese Frage leider unbeantwortet und so lange diese Frage unbeantwortet sind, fällt es mir schwer, mich auf die Seite konventioneller Therapien zu begeben, auch wenn es Statistiken gibt, die bei Neuroblastomen für eine Chemotherapie sprechen (könnten).

Knochenmarkstherapien (KMT)

A. Allogene Knochenmark-/Stammzellentransplantation:

Hierbei erhält der Patient Stammzellen von einem Spender. Zuerst werden hohe Dosen an Chemotherapie mit oder ohne zusätzliche Bestrahlung verabreicht, um das gesamte Knochenmark im Körper zu zerstören. Von einem anderen Spender wird dann gesundes Knochenmark entnommen. Das gesunde Knochenmark des Spenders wird dem Patienten injiziert und ersetzt dann das zerstörte Knochenmark des Patienten.

B. Autologe Knochenmark-/Stammzellentransplantation:

Bei dieser Therapie werden dem Patienten Knochenmark-/Stammzellen entnommen und nach Verabreichung einer Hochdosis-Chemotherapie wieder verabreicht. Hierbei wird dem Patienten Knochenmark entnommen und mit Medikamenten behandelt, um alle Krebszellen zu töten. Das Knochenmark wird zur Aufbewahrung eingefroren. Der Patient erhält dann eine hochdosierte Chemotherapie mit oder ohne zusätzliche Bestrahlung, um das gesamte verbleibende Knochenmark zu zerstören. Das aufbewahrte, eingefrorene Knochenmark wird aufgetaut und dem Patienten zurückinjiziert.

Zum Thema Knochenmarkstransplantation darf man natürlich nicht vergessen, dass es hier eine große Chance gibt, **an der Therapie** zu sterben. Auch unter Schulmedizinern sind

beide Therapien nicht unumstritten. Aus diesem Grund sollte man es sich natürlich gleich zwei Mal überlegen, ob man das seinem Kind „zumuten“ möchte oder nicht. Des Weiteren sprechen Studien gegen beide Therapieformen, weil ambulant durchgeführte Therapien (über ein Jahr) mit Chemotherapie zu gleich guten/schlechten Ergebnissen geführt hatten.

Bestrahlungen:

Der Einsatz der Bestrahlung spielt immer noch eine große Rolle in der Behandlung von Neuroblastomen. Man glaubt hier, durch eine starke Bestrahlung noch evtl. vorhandene Krebszellen abzutöten bzw. Tumore zu zerstören. Zum besseren Verständnis: Kein Arzt weiß, ob es so ist. Dies ist reine Theorie und wegen dieser Theorie werden Kinder krebserzeugenden Strahlen ausgesetzt. So haben Studien (Matthay 1989) gezeigt, dass Kinder durch Bestrahlungen nicht länger leben und auch der Einsatz einer Ganzkörperbestrahlung zur besseren „Vorbereitung“ für eine Knochenmarkstransplantation zeigte keinerlei Überlebensvorteile (Ladenstein 1994). Auch der Einsatz von ¹³¹Jod-MIBG hat bis heute nicht zu den positiven Ergebnissen geführt, die man erwartet hat. Doch wenn man den großzügigen Einsatz von Strahlen bei Kindern mit Neuroblastomen betrachtet, muss man manchmal annehmen, dass Onkologen diese Studien nicht lesen.

Ist es nicht paradox, dass bei Neuroblastomen gerade die Strahlen als Therapie eingesetzt werden, die nach schulmedizinischer Meinung evtl. die **Ursache** für die Erkrankung sind? Hier werden Eltern sehr in Verantwortung genommen, da Ärzte oftmals sehr großzügig all die Nebenwirkungen von Bestrahlungen verniedlichen. Ich habe persönlich schon mehr-

mals erlebt, wie Ärzte Patienten erzählten, dass die Strahlen nur die kranken Zellen zerstören.

Überlegen Sie sich also sehr genau, warum Ihr Kind bestrahlt werden soll und welche Risiken es gibt.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Zytokine

Obwohl es Ansätze mit Interleukin 2 oder LAK-Zellen (Lymphokin-aktivierte-Killerzellen) gibt, spielen diese Therapien genauso wie monoklonale Antikörper bei Neuroblastomen keine große Rolle bzw. wurden wegen Erfolglosigkeit wieder eingestellt.

Allgemeines

Wenn Sie die letzten Zeilen über die Behandlung von Neuroblastomen gelesen haben und wissen, dass die meisten Kindern unter 6 Jahre alt sind, wenn sie diese Therapien bekommen, dann drängt sich einem über kurz oder lang natürlich folgende Frage auf:

Angenommen, ein **gesundes Kind** erhält über 1 Jahr regelmäßig verschiedene Chemotherapien, hochdosierte Bestrahlungen, es muss sich über Monate in einem Krankenhaus mit all den Bakterien, Viren und dem schlechten Essen aufhalten **und** zusätzlich eine Knochenmarktransplantation überleben – wie viele gesunde Kinder würden wohl an dieser Therapie sterben?

Sicherlich einige werden Sie jetzt vielleicht denken. Aus diesem Grund erlaube ich mir auch immer wieder darauf hinzuweisen, dass wir nicht wissen, ob Kinder **weil** oder **trotz** dieser Therapien überleben. Ich bin mir sehr wohl bewusst, dass diese Frage für einige Eltern und vor allem für viele Onkologen schockierend sein muss, andererseits nützt es nichts, wie wenn wir so tun als wüssten wir die Antwort hierauf – **niemand** weiß sie nämlich und jeder der das Gegenteil behauptet lügt.

Ärzte sagen oftmals, dass wenn man Neuroblastome nicht mit Chemotherapien behandeln würden, dann müssten die Kinder sterben. Dem muss ich jedoch aus gleich mehreren Gründen widersprechen:

1. Ich habe persönlich Fälle dokumentiert bei denen Kinder mit Neuroblastomen nicht gestorben sind, **weil** oder **obwohl** sie keine Chemotherapie bekommen haben.

2. Keine Chemotherapie zu machen ist nicht gleichzusetzen mit nichts tun und warten. Auch oder gerade Kinder sollten unbedingt entgiften und sich z. B. an die Öl-Eiweiß-Kost halten.

3. Fast alle Kinder in Deutschland mit Stadium 2, 3 + 4 bekommen Chemotherapie. Woher wissen eigentlich all die Ärzte, dass Kinder ohne eine Chemotherapie sterben würden, da es ja bekanntlich keine Studien gibt und auch nie gab.

4. Wie viele Kinder kennen Ärzte in Deutschland überhaupt, die ohne Chemotherapie Neuroblastome überlebt haben. Null, eins oder zwei? Wahrscheinlich gar keins, weil Eltern sofort das Kind weggenommen wird, wenn sie ihr Kind nicht

zwangschemotherapieren lassen. Der juristische Punkt ist leider ein sehr schwerwiegender. Als Eltern muss man wissen, dass man die Erziehungsberechtigung entzogen bekommen kann bzw. fast immer entzogen wird, wenn man sein Kind ganzheitlich behandeln lassen möchte. Aus diesem Grund gibt es im Grunde genommen auch kaum einen Arzt in Deutschland, der sich traut Kinder ohne Chemotherapie zu behandeln.

ACHTUNG: Um hier keine Missverständnisse aufkommen zu lassen. Ich empfehle Ihnen **nicht**, ihr Kind nicht behandeln zu lassen, egal jetzt ob nach Dr. Hamer oder schulmedizinisch. Denn auch Dr. Hamers Therapie besteht nicht nur aus abwarten, sondern er erklärt seinen Patienten sehr genau was diese tun müssen, um wieder gesund zu werden.

Das Einzige was ich mir erlaube, ist, den schulmedizinischen Ansatzpunkt **komplett** in Frage zu stellen. Ich sage **nicht**, dass er falsch ist. Ich möchte Sie nur dazu bringen, keine unüberlegten Handlungen vorzunehmen, die nicht mehr rückgängig zu machen sind.

Andere Therapeuten haben nachweislich Neuroblastome erfolgreich mit nicht-konventionellen Präparaten behandelt. So hat z. B. Dr. Aschhoff in Deutschland eine, wenn auch kleine, Studie mit 5 Neuroblastomen veröffentlicht, von denen 3 geheilt, ein Fall zum Stillstand und 1 Fall ohne positives Ergebnis war. Alle Kinder erhielten Ukrain (siehe unter Ukrain). „Natürlich“ sind diese Ergebnisse alle „unwissenschaftlich dokumentiert“, doch den Patienten und den Eltern war dies unwichtig, weil der Erfolg für Dr. Aschhoff sprach.

Medulloblastome bei Kindern

Die schulmedizinische Definition:

Hirntumore, die vom Kleinhirnwurm (der mittlere Teil des Kleinhirns), der hinteren Schädelgrube und vom 4. Ventrikel ausgehen.

Wie häufig kommen Medulloblastome vor?

Ca. 20 % aller Hirntumore bei Kindern (2 pro 100.000) sind Medulloblastome.

Welche Unterteilungen gibt es?

Medulloblastome sind unter dem Mikroskop sehr kleine und dichte Tumorzellen mit wenig Zytoplasma. Sie teilen sich relativ schnell und die Zellkerne sind hyperchromatisch und sehen sehr unterschiedlich aus. Damit sind sie einfach von den normalen, runden Körnerzellen des Kleinhirns abzugrenzen.

Wie wird ein Medulloblastom schulmedizinisch diagnostiziert?

Neben den neurologischen Untersuchungen, vor allem wegen den vielen Differenzialdiagnosen, kommen vor allem bildgebende Verfahren zum Einsatz: Elektroencephalogramm (EEG), Evozierte Potenziale (akustisch evozierte Potenziale AEP, visuell evozierte Potenziale VEP, sensorisch evozierte Potenziale SEP), Computertomogramm (CT), Blutuntersuchungen (z. B. Tumormarker), Magnetresonanztomographie (MRT), Angiographie, Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und natürlich Biopsien.

Daneben spielen Symptome wie heftiges Erbrechen und eine Stauungspapille (Veränderungen des Augenhintergrundes) eine große Rolle, die durch einen erhöhten Hirndruck bzw. durch Wasseransammlungen zustande kommen.

Vor allem Tumore des Kleinhirnwurmes, die stark Kontrastmittel anreichern, werden häufig zuerst einmal als Medulloblastome angesehen. Differenzialdiagnostisch muss man hier jedoch auch an Astrozytome oder Lindau-Tumore (Hämangioblastome) denken.

Welche Stadien der Erkrankung gibt es?

Stadieneinteilung von Gehirntumoren nach WHO (Weltgesundheitsorganisation):

- 1 = Gutartiger, langsam wachsender Tumor
- 2 = Noch gutartiger, jedoch nicht mehr langsamwachsende Tumor
- 3 = Bösartiger, schnell wachsender Tumor

- 4 = Bösartiger, sehr schnell wachsender Tumor Medulloblastome gehören zur Kategorie 4.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Info: Lesen Sie bitte unter Astrozytom bei Kindern.

Chemotherapie

Medulloblastome werden als chemotherapiesensible Tumore angesehen. Dies hängt natürlich auch mit der Altersstruktur zusammen und mit der Möglichkeit, Giftstoffe bei Kindern sehr hoch dosieren zu können, da Kinder allgemein noch viel gesünder sind.

Grundsätzlich sind Chemotherapien bei Kindern nicht einfach anzuwenden, da durch die in der Regel schon verabreichte Bestrahlung ja schon ein großer Schaden im Knochenmark angerichtet wurde. Obgleich es viele Studien gibt mit CCNU, MOPP, Vincristin und Cylcophosphamid, sind deren Ergebnisse nicht gerade sehr vielversprechend (Evans 1990, Tait 1990, Levin/De-Vita, Gutin). Auch die immer wieder hochgelobten HIT Studien, bei denen auch Cisplatin, Ifosfamid und Methotrexat zum Einsatz kamen, sind bei genauem Hinsehen alles andere als überzeugend. Vor allem, weil (wieder mal) nur Chemotherapien untereinander verglichen wurden und viel von positiven Ansprechraten bzw. Remissionsraten erzählt

wird, aber keine signifikanten Lebensverlängerungen bewiesen werden konnten. Eltern dürfen sich hier nicht täuschen lassen. Eine Zerstörung des Tumors ist nicht gleichzusetzen mit einer längeren Lebenszeit.

Hochdosis-Chemotherapien mit z. B. Busulfan und Melphalan gehören ganz klar in den Bereich Forschung und Studie. Hier liegen keine aussagefähigen Daten vor. Seien Sie also vorsichtig, wenn man Ihr Kind in solch eine Studie hineinpressen will.

Bestrahlung

„Wegen des infiltrativen Wachstums ist eine Heilung ohne nachfolgende Strahlentherapie nicht möglich.“ Dieser Aussage stimmen die meisten Schulmediziner zu, mit Ausnahme bei Kindern unter 3 Jahren. Da man mit einer Metastasierung über die Liquorwege rechnet, wird eine kraniospinale Bestrahlung des gesamten Liquorraums angestrebt.

Hierbei werden enorme Strahlenmengen im Bereich von 54 Gy empfohlen (Kortmann et al. 1999). Und egal welche Bestrahlungsart benützt wird, es muss Ihnen klar sein, dass die Strahlen grundsätzlich durch den Kopf durchgehen und somit immer mehr gesunde als veränderte Zellen treffen. Jeder Arzt, der etwas anderes behauptet, soll Ihnen bitte erklären, wie es anders möglich ist. Seit Hiroshima, Nagasaki und Tschernobyl wissen wir auch, dass gerade diese Strahlung viele Jahre später Krebs erzeugt.

Weitere Therapien wie Hyperthermie, Genterapien usw.

Bitte unbedingt unter Astrozytom lesen.

Weichteilsarkom

Info: Definition und Einteilung siehe unter Weichteilsarkom für Erwachsene.

Welche schulmedizinischen Therapiekonzepte gibt es?

Operation

Siehe unter Weichteilsarkom für Erwachsene.

Chemotherapie

Kinder haben grundsätzlich ganz andere Vitalfunktionen als Erwachsene und überleben deshalb eine Chemotherapie viel besser als Erwachsene. Von diesem Wissen wird leider gerade bei Weichteilsarkomen großzügig Gebrauch gemacht. Aus diesem Grund gehört auch die Chemotherapie zum Grundkonzept bei Weichteilsarkomen bei Kindern.

Onkologen unterscheiden hier vor allem die chemotherapieempfindlichen und -resistenten Weichteilsarkome. Vor allem alle Rhabdomyosarkome, aber auch extraossäre Ewing-Sarkome und maligne periphere neuroektodermale Tumore gelten als chemotherapieempfindlich. Fibrosarkome und maligne Schwannome gelten jedoch als resistent gegen Chemo-

therapien. Leiomyosarkome, maligne Rhabdoidtumore, maligne fibröse Histiocytozytome und Liposarkome gelten als mäßig bis wenig sensibel.

Zum Einsatz kommen heute vor allem Cyclophosphamid, Ifosfamid, Adriamycin, Vincristin, Actinomycin und Etoposid, welches jedoch wegen des erhöhten Leukämierisikos auch unter Schulmedizinern nicht unumstritten ist. Die Ansicht der meisten Onkologen ist leider immer noch, je stärker, desto besser. Hierfür werden auch oftmals große körperliche und psychische Schädigungen in Kauf genommen. Man darf auch nicht vergessen, dass nach offiziellen Statistiken (CWS Studien 81 und 86) jedes 33. - 50. Kind **an der Behandlung** stirbt!

Bitte nehmen Sie den letzten Satz ebenfalls sehr ernst. Sehr viele Kinder sterben sehr schnell direkt an der Therapie oder aber indirekt durch die Erzeugung neuer Tumore durch die schulmedizinischen Behandlung.

Bestrahlung

Wenn ich meine Forschungen bezüglich Bestrahlungen von Weichteilsarkomen bei Kindern auf einen Punkt bringen möchte, dann muss ich sagen, dass ich keine aussagefähigen Studien finden konnte, die beweisen, dass Kinder hierdurch länger lebten. Da gibt es zwar viele Studien in allen möglichen Kombinationen mit Chemotherapien, doch sagen diese nur wenig aus, inwieweit eine zusätzliche Bestrahlung denn jetzt wirklich hilft, dass Kinder auch länger leben werden.

Es klingt logisch, dass Tumore unter einer Bestrahlung kleiner werden bzw. sogar ganz verschwinden. Leider fehlen hier immer noch die klaren Studien, die beweisen, dass Kinder hierdurch auch länger leben.

Auch sind sich Schulmediziner bei weitem nicht über die Mengen bzw. darüber klar, wann denn jetzt nun bestrahlt werden soll. Manche Onkologen sagen, dass eine Bestrahlung frühzeitig **und** großflächig zur Vermeidung von Rückfällen eingesetzt werden soll. Andere wiederum sagen, dass gerade dies nicht gemacht werden sollte, sondern erst dann bestrahlt werden sollte, wenn es lokale Rückfälle gibt. Allein an diesem „Streit“ können Sie erkennen, wie „sicher“ sich Onkologen in Bezug auf Bestrahlung bei Weichteilsarkomen sind.

Was man Ihnen jedoch in der Regel nicht sagen wird, ist, dass es genau diese Strahlen sind, die einen neuen Tumor entstehen lassen! Sie dürfen auch nicht vergessen, dass die empfohlene Strahlenmenge mit 30 - 60 Gy sehr hoch liegt und niemand die Schädigungen richtig abschätzen kann.

Weitere Therapien wie Hormone, Antikörper usw.

Ansätze wie monoklonale Antikörper oder Zytokintherapien spielen in der schulmedizinischen Therapie von Sarkomen so gut wie keine Rolle.

Fiebertherapien

Meine bisherigen Forschungen zeigen klar, dass Fiebertherapien (siehe auch Coley's Toxin) bei Sarkomen gute Ergebnisse hervorbringen und unbedingt in die Therapieüberlegungen aufgenommen werden sollten. Vor allem der Einsatz von fiebererzeugenden Bakterien und/oder Hyperthermie (exogen erzeugtes Fieber) ist meines Wissens nach eine erfolgreiche Alternative. Bei Kleinkindern ist diese Therapie in der Regel nicht möglich, jedoch bei Teenagern.

Chemotherapie, Bestrahlung und 3E

Auch wenn es bis heute keine harten Fakten gibt, die beweisen, dass Chemotherapien bei soliden Tumoren helfen, bin ich natürlich realistisch genug, um die politische Landschaft und das medizinische Establishment bzw. deren machtvolle Überzeugungskraft richtig einzuschätzen. In anderen Worten ausgedrückt, egal was ich hier schreibe und egal wie viele Studien auch zukünftig versagen werden, es entscheiden sich immer noch viel zu viele Patienten für eine Chemotherapie bzw. Bestrahlung. Dies liegt daran, dass es einerseits für einen Patienten sehr schwer ist unter Zeitdruck richtig einzuschätzen, welcher Weg der richtige für ihn ist und andererseits sind Patienten immer noch erschreckend „obrigkeitshörig“, wenn es um Gesundheit geht. Aus besagten Gründen möchte ich darauf eingehen, wie Sie das 3E-Programm auch nutzen können, wenn Sie eine Chemotherapie oder Bestrahlung machen.

Grundsätzlich gilt, dass alle Aspekte des 3E-Programmes auch dann gelten, wenn Sie eine konventionelle Therapie machen. Auf ein paar Punkte möchte ich jedoch besonders eingehen. Da es den meisten konventionellen Ärzten sowieso egal ist, was Sie während oder vor konventionellen Therapien machen, da sie argumentieren, dass das sowieso nichts bringt, nutzen Sie diese Chance. Bereiten Sie sich mit nachfolgendem Plan vor, wenn es schon Ihre Ärzte nicht interessiert.

8 Tage vor einer Therapie

- Antioxidantien (vor allem Selen und Vitamin C). Sollten Sie es sich leisten können, nehmen Sie zusätzlich reduziertes L-Glutathion, L-Cystein und Ubichinon (CoQ10).
- Visualisieren Sie den Erfolg der Therapie drei Mal täglich.
- Achten Sie darauf, täglich mindestens 2 - 3 Liter zu trinken.
- Beginnen Sie täglich 2 - 4 Mal frisch gepresste Säfte zu trinken.
- Organisieren Sie jetzt schon, wer Ihnen das Essen und frisch gepresste Säfte ins Krankenhaus bringt. Verlassen Sie sich **unbedingt** nicht darauf, was Sie im Krankenhaus bekommen! Denken Sie nur einmal daran, dass in fast jedem Krankenhaus so genannte Ernährungsberater arbeiten und was man dann zu essen bekommt.
- Klären Sie ab, ob Sie eine Chemotherapie nicht auch beim Hausarzt oder zu Hause machen können. Es ist sehr gefährlich, während Ihr Immunsystem so schwach ist, ausgerechnet an den Platz zu gehen, wo es die meisten Keime gibt – in ein Krankenhaus.

Während Ihres Krankenhausaufenthaltes

- Lassen Sie sich täglich das Essen ins Krankenhaus bringen. Kümmern Sie sich nicht darum, was Ärzte oder Krankenschwestern sagen und haben Sie den Mut, belächelt zu werden. Wenn es Ihnen peinlich ist, erfinden Sie einfach eine Ausrede wie: Ich bin allergisch gegen dieses oder jenes.
- Nehmen Sie weiterhin Antioxidantien ein wie beschrieben.
- Visualisieren Sie unbedingt mehrmals täglich. Sie haben jetzt die Zeit dazu.

- Gehen Sie so früh wie möglich nach Hause. Kein Mensch kann sich im Krankenhausalltag erholen. Bitte bedenken Sie hierbei, dass ein Krankenhauschef Sie am liebsten im Krankenhaus sieht, wenn Sie nicht mehr so krank sind, da Sie dann weniger Kosten verursachen. Klären Sie mit Ihrem Arzt unbedingt ab, welche Therapien in den nächsten Tagen geplant sind und entscheiden **Sie**, ob diese nicht auch zu Hause möglich sind.
- Vergessen Sie niemals, dass der Sinn eines Krankenhausaufenthaltes der ist, möglichst schnell wieder so gesund wie möglich nach Hause zu kommen. Es ist nicht Ihre Aufgabe, zum beliebtesten Patienten der Station gewählt zu werden.

Schmerzkontrolle

Ich habe früher selbst Nachtdienste im Krankenhaus gemacht, bin durch die Zimmer gegangen und habe Patienten gefragt, wer eine Schlaf- oder Schmerztablette möchte. Wie ich immer wieder erleben kann, hat sich in den letzten 20 Jahren in diesem Punkt wenig geändert. Seien **Sie** jedoch sehr vorsichtig, wenn man Ihnen „präventiv“ Antibiotika, Beruhigungsmittel oder Schlafmittel verabreichen will. Es sind Ihre Schleimhäute, die darunter leiden und Ihre Zellatmung, die dadurch schwächer wird. Denken Sie daran, dass jede Krankenschwester und jeder Arzt hierzu **seine** Meinung haben wird und deshalb Sie Ihre eigene bilden müssen. Ich weiß, dass es nicht einfach ist, sich im Krankenhaus „unbeliebt“ zu machen, nur weil man nicht alles akzeptiert wie die meisten Patienten – denken Sie daher immer, hier geht es um Ihre Gesundheit und um das Wohl Ihrer Familie.

Zuerst einmal sind Schmerzen etwas Positives, weil sie uns

auf bestimmte Punkte im Körper aufmerksam machen. Ich betone dies deshalb, weil ich den Eindruck habe, dass Schmerzen heutzutage grundsätzlich nur noch negativ gesehen werden und jeder physische und psychische Schmerz mit Chemikalien überdeckt wird. Dies heißt nicht, Schmerzmittel an den Pranger zu stellen, sondern ich möchte Ihnen helfen, mit Ihrem Schmerz besser umzugehen.

Um Schmerzen überhaupt in den Griff zu bekommen, ist eine Schmerzanalyse unbedingt notwendig. Wenn Sie wissen, **warum** Sie Schmerzen haben, sollten Sie zuerst überlegen, welche Mittel es gibt, um die Schmerzen zu kontrollieren. Lassen Sie es mich Ihnen an einem Beispiel erklären. Während meines einwöchigen Aufenthaltes in einer Krebsklinik in Mexiko, kam ein junger Krebspatient mit schwersten Schmerzen in die Klinik, der seit Wochen mehrmals täglich Morphium erhielt. Das Klinikpersonal zeigte dem jungen Mann Entspannungstechniken, führte mehrmals am Tag Kaffeeeinläufe durch und ersetzte das Morphium durch Paracetamol, welches ein bedeutend schwächeres Schmerzmittel ist. Bis ich die Klinik verließ, hatte der Patient kein einziges Mal mehr Morphium benötigt. Fast jeder Arzt würde Ihnen erzählen, dass dies nicht möglich sei, gleichzeitig habe ich genau dieses Schema (Entspannungstechniken, Einläufe und eine permanente Verringerung der Dosis oder sofortigen Ersatz mit schwächeren Schmerzmitteln) in mehreren Kliniken erlebt und Ärzte und Patienten waren oftmals begeistert. Bevor Sie also zur Pille greifen, klären Sie mit sich selbst ab, wie lange bzw. ob Sie den Schmerz überhaupt ohne Chemikalien aushalten können oder ob folgende Alternativen nicht auch etwas für Sie wären:

1. Wann immer Sie Schmerzen haben, gehen Sie in **ihr Haus**

am rechten Ufer (siehe Kapitel Mentale Energie) und gehen Sie dort in den Relaxraum, den Sie zuvor kreieren. In diesem Raum legen Sie sich auf die bequeme Liege, atmen Sie Sauerstoff durch eine Maske ein und riechen Sie Ihren Lieblingsduft. Bleiben Sie so lange in diesem Raum, bis Sie sich völlig entspannt fühlen.

2. Hören Sie Entspannungs- oder klassische Musik.
3. Sollte es Ihnen möglich sein, haben Sie Sex oder masturbieren Sie, sofern es Ihnen Ihre persönliche/religiöse Einstellung erlaubt (dieser Vorschlag ist ernst gemeint!)
4. Trinken Sie so viel wie möglich.
5. Lassen Sie sich massieren.
6. Nehmen Sie ein Entspannungsbad.
7. Lassen Sie sich akupunktieren oder erlernen Sie Akupressur.
8. Lenken Sie sich ab mit einer Tätigkeit, die Ihnen Spaß macht.
9. Unternehmen Sie etwas, wodurch Sie lachen müssen.
10. Kliniken haben oftmals noch die Möglichkeit mit Biofeedback- oder TENS-Geräten Schmerzen besser kontrollieren zu können. Fragen Sie Ihren Arzt danach und benutzen Sie diese Möglichkeiten. Es gibt für Krebskranke keine Schmerzmittel mit „geringen“ Nebenwirkungen, da alle

Schmerzmittel (auch Aspirin) Auswirkungen auf die Zellatmung haben können und Ihre Schleimhäute belasten, ganz zu schweigen von der zusätzlichen Arbeit für Ihre Leber.

11. Denken Sie an ein Aufbauprogramm für Ihren Darm mit Darmbakterien oder z. B. einer Kur nach Gray.
12. Entsäuern Sie auf jeden Fall intensiv durch Bäder oder mit basischen Getränken (siehe Kapitel: Entgiftung).
13. Und nicht vergessen: Kaffeeinläufe können Schmerzen äußerst positiv beeinflussen (siehe Kapitel: Entgiftung).

Nach dem Krankenhaus

In einer Werbung heißt es: „Sie haben es sich verdient“. Wenn Sie vom Krankenhaus zurückkommen, dann haben Sie sich ebenso etwas verdient. Ich kann Ihnen nicht sagen, was dies ist. Sie sollten sich aber auf jeden Fall „etwas gönnen“, da es nichts besseres gibt, um Ihr Immunsystem wieder nach oben zu bringen. Schieben Sie diesen Punkt auch nicht hinaus, sondern gönnen Sie sich **jetzt** etwas.

Achtung: Dieses Programm kann bedeutend zu Ihrer Gesundheit beitragen und vor allem zu einer weitaus schnelleren Regenerierung Ihres Darmes.

6. Kapitel

Das 3E-Programm

Wie haben es Krebskranke in einem finalen Stadium erreicht, nicht nur zu überleben, sondern auch noch ein qualitativ höheres Leben zu führen als zuvor?

Das erste E Ernährung

Niemand weiß wirklich exakt, welche Ernährung denn nun am besten für uns ist. Genau aus diesem Grund ist es auch möglich, dass Tausende von Journalisten sich erlauben können, jeden Tag total gegensätzliche Richtlinien zu beschreiben. Denken Sie einmal darüber nach, wie lange es her ist, dass Sie sich an einer Diskussion über Ernährung beteiligt bzw. Sie sich selbst über Ihre Ernährung Gedanken gemacht haben. Wahrscheinlich ist dies gar nicht so lange her.

Das größte Problem unserer heutigen Ernährung ist sicherlich, dass wir tote bzw. verarbeitete Nahrung zu uns nehmen. Sicherlich versteht jeder, dass ein Brot, dessen Saatkorn mit chemischen Mitteln gebeizt, gewaschen, gehobelt, poliert, entkeimt ... wurde, um danach mit Stickoxyden, Chlor, Persulfaten, Bromaten, Arsenderivaten ... „behandelt“ zu werden, nicht förderlich für unsere Gesundheit ist. Dies hält jedoch Millionen von Menschen in Deutschland nicht davon ab, genau dieses Brot jeden Tag zu essen, nur weil biologisches Vollkornbrot draufsteht oder ein anderer täuschender Name. Das Gleiche gilt für Zucker oder Trans-Fettsäuren (gehärtetes Fett) und trotzdem hindert es uns nicht, diese Substanzen fast täglich zu uns zu nehmen. Lassen Sie uns das Meisterwerk Körper doch einmal etwas genauer betrachten, damit wir besser verstehen, wie wichtig unsere Nahrung ist.

Sicherlich wissen Sie, dass unser Körper aus Milliarden von

Zellen aufgebaut ist, von denen wiederum jede einzelne Zelle selbst Millionen kleinster Teile enthält. Und egal was man Ihnen immer und immer wieder erzählt, niemand hat auch nur annähernd eine Ahnung davon, wie es eine einzelne Zelle schafft, in neun Monaten aus zwei Zellen Milliarden von Zellen zu erschaffen und vor allem verschiedene Zellverbände wie Nerven oder Leberzellen. Viele kluge Köpfe glauben, sie würden verstehen, dass das alles mit unserer DNS, mit Genen usw. zusammenhängt. Die Wahrheit ist jedoch, sie wissen zwar, was in einer einzelnen Zelle unter ganz bestimmten Laborverhältnissen passiert, aber wie sich diese Zelle in einem Verbund namens Mensch verhält, hiervon wissen wir gar nichts – aber gerade hierauf kommt es an. Denn es sind nicht einzelne Zellen, die gesund werden können, sondern nur ein ganzer Mensch mit allem, was dazu gehört.

Erst wenn wir in der Lage sind, Verbände von Milliarden Einzelteilen zu verstehen, werden wir auch verstehen, was Gesundheit und Krankheit ist. Da wir aber hiervon noch Lichtjahre entfernt sind, können wir nicht einfach unseren Verstand ausschalten und so tun, als ob wir aus einzelnen Zellen auf ganze Zellorganisationen schließen könnten. Wenn Wissenschaftler dies tun, dann nur aus einem Grund – nämlich weil der andere, der objektivere Weg, ganz einfach noch nicht möglich ist. Wenn Ärzte uns also erzählen, was denn in unserem Körper schief läuft, dann dürfen wir niemals vergessen, dass diese Worte nur eine Einschätzung sind und weiter nichts. Verstehen Sie dies bitte nicht falsch, das heißt nicht, dass wir jetzt alle Diagnoseverfahren vergessen sollen, sondern wir sollten schlicht und ergreifend ganz einfach niemals vergessen, dass Diagnosen immer nur ein Teil eines großen Puzzles sind und nicht das ganze Bild.

Nur wenn Sie dies verstehen, dann können Sie sich auch

die wichtigste Frage stellen, die es gibt, wenn Sie Krebs haben: „Was kann ich tun, damit diese Tumorzellen sich wieder normal teilen“. Ich möchte dies noch einmal betonen, weil es so wichtig ist. Die Frage heißt nicht, was kann mein Arzt tun, damit ich wieder gesund werde, sondern was kann ich tun. Dieses Buch wird Ihnen Möglichkeiten aufzeigen. Aber wenn Sie Krebs haben oder Menschen behandeln, die Krebs haben, dann müssen Sie verstehen, dass jeder **seinen** Weg der Heilung finden muss. Innerhalb weniger Wochen sind fast alle Zellen unseres Körpers erneuert. Das heißt, dass wir heute nicht mehr der Gleiche sind wie vor wenigen Tagen. Stellen Sie sich einmal ein Hochhaus vor, aus dem man jeden Tag Tausende von Steinen entfernt und gegen Neue ersetzt, und stellen Sie sich weiter vor, dass man die alten „guten“ Steine immer öfter gegen alte, verrottete und bröselige Steine austauscht. Sicherlich leuchtet es jedem ein, dass dieses Hochhaus wohl oder übel eines Tages zusammenbrechen wird.

Komischerweise hat sich die gleiche Sichtweise bei Menschen noch nicht durchgesetzt, wenn es um die Erneuerung ihrer Zellen geht. Jede Zellmembran ist aus Fettsäuren aufgebaut. Logischerweise werden auch diese permanent durch neue Fettsäuren ersetzt. Doch was passiert eigentlich, wenn wir über Jahre hinweg die benötigten guten Fettsäuren nicht mehr in ausreichender Anzahl zu uns nehmen? Glauben Sie wirklich, dass Ihre Leber 80 Jahre lang aus minderwertigen bröseligen Steinen hervorragende Steine zum Einbauen in das „Hochhaus Mensch“ bilden kann? Jeder Arzt beantwortet diese Frage mit einem klaren **Nein**; gleichzeitig glauben die gleichen Ärzte jedoch immer noch, dass Ernährung, bzw. wie in unserem Fall die Fettsäuren, nicht so wichtig sind wie irgendeine chemische und im Labor zusammengemixte Substanz. Wir diskutieren immer und immer wieder über Hormone, Vi-

tamine und Enzyme und vergessen dabei, woraus wir eigentlich bestehen. Abgesehen von Wasser bestehen wir nämlich hauptsächlich aus Proteinen und Fett. Da wäre es doch einleuchtend, dass wir z. B. darüber diskutieren, welche Fettsäuren wir essen sollten, oder nicht? Stattdessen haben es bestimmte Interessenverbände geschafft, uns dazu zu bringen, dass wir uns tagtäglich Gedanken darüber machen, wie viel Vitamin C wir denn nun zu uns nehmen sollen.

Wenn Sie Ihren Arzt fragen, ob es eine Krebsdiät gibt, dann wird er dies sicherlich verneinen. Er wird dann eventuell damit beginnen, dass es wichtig sei, dass man sich gesund ernährt und wahrscheinlich von Vollwertkost, mehr Gemüse essen usw. erzählen. Dass diese Diskussion zwischen Ärzten und Patienten täglich hundert Mal in Krankenhäusern auf der ganzen Welt geführt wird, liegt allerdings auch an der falschen Fragestellung. Die richtige Frage wäre: „Wie viele Patienten kennen Sie, die es dank einer intensiven Ernährungsumstellung geschafft haben, ihren Tumor zu verlieren?“

Die meisten Ärzte würden dann ganz einfach sagen: „Keinen“ oder „Natürlich keinen, da es keine Krebsdiät gibt“ und Patienten wüssten ganz genau, dass dieser Arzt ein vielleicht sehr guter Arzt ist, nur eben mit Krebsdiäten bisher keine Erfahrung hat. Was wäre daran falsch? Muss ein Onkologe denn alles wissen – und dies in einer Zeit der Spezialisierung? Natürlich nicht. Doch mit wenigen Ausnahmen finden diese Gespräche nicht statt, da viele Patienten sich nicht trauen, einem Arzt „solche“ Fragen zu stellen, und dies, obwohl es doch hier um ihr Leben geht.

Seit über 25 Jahren lese ich Bücher über Ernährung und bevor ich mich intensiv mit Krebs auseinandergesetzt habe, dachte ich, dass ich mich schon recht gut mit Ernährung auskennen würde. Zu meinem eigenen Entsetzen musste ich je-

doch erkennen, dass ich in Wirklichkeit wenig wusste und noch einmal die Schulbank drücken musste. Meine wichtigste „Lehrerin“ war Dr. Johanna Budwig, die sicherlich größte noch lebende Kapazität auf dem Gebiet Krebs und Ernährung. Wenn man von der weit über 90 Jahre alten „Flaxseed (Leinöl) Lady“ (wie Sie in Amerika genannt wird) aus Freudenstadt spricht, dann spricht man auch über den einen oder anderen Superlativ. Mehrfach für den Nobelpreis nominiert, Autorin vieler Bücher und unzähliger wissenschaftlicher Arbeiten, gehasst von ihren Gegnern und geliebt von Tausenden von Patienten, die ihrer Therapie ihr Leben zu verdanken haben. Ich habe viel Zeit mit Frau Dr. Budwig verbracht und bin etliche Male in den Schwarzwald gefahren, um Frau Dr. Budwig zu interviewen und die mir zur Verfügung gestellten Unterlagen zu untersuchen. Jeder, der Frau Dr. Budwig persönlich kennen gelernt hat und/oder sich intensiv mit der Theorie und Praxis der Öl-Eiweiß-Kost beschäftigt hat, kann sich vorstellen, wie schwer diese Arbeit war. Ich weiß jedoch heute 100 %ig, dass sich dieser Aufwand gelohnt hat, und auf all meinen Reisen habe ich niemals mehr über Ernährung lernen können als durch Frau Dr. Budwig.

Inzwischen habe ich viele Therapeuten und Patienten kennen gelernt, die das Erlernte bestätigen. Es vergeht kein einziger Monat, ohne dass ich nicht jemandem begegne, der mir begeistert von den Erfolgen der Öl-Eiweiß-Kost berichtet. Ich habe mich in letzter Zeit vor allem mehr und mehr in die physikalischen Aspekte der Öl-Eiweiß-Kost hineingedacht und entdecke immer wieder Neues in Kombination mit Energiearbeit.

Leider sehe ich jedoch auch viele „Helfer“, die glauben, die Öl-Eiweiß-Kost verstanden zu haben und reduzieren Frau Dr. Budwigs Therapie auf die Ernährung. Doch dies wäre zu

einfach. Zur Therapie von Frau Dr. Budwig gehört das Wissen um elektromagnetische Belastungen, den richtigen Tagesablauf, die psychologische Komponente und natürlich die richtige Anwendung der ELDI-Öle und des Alkohols. Frau Dr. Budwig hat mich in Gesprächen unzählige Male darauf hingewiesen, wie gefährlich „falsche“ Kombinationen sein können und wie wichtig es ist, dass Patienten **keine** anderen Therapien gleichzeitig machen. Ich halte die Öl-Eiweiß-Kost für eine preiswerte Therapie, die fast jeder alleine durchführen kann – nach einer ersten Konsultation mit jemandem, der sich mit der Öl-Eiweiß-Kost auseinandergesetzt hat oder nach intensivem Studieren der Theorie. Für mich ist diese Therapie die absolute Nr. 1 aller Ernährungstherapien und Sie dürfen mir glauben, dass ich mir das sehr gut überlegt habe, bevor ich es in dieses Buch geschrieben habe.

Die Öl-Eiweiß-Kost

Als approbierte Apothekerin, Diplom-Chemikerin mit Promotion in Chemie und Physik, die später auch noch damit begann, Medizin zu studieren, war Dr. Budwig Obergutachterin für Arzneimittel und Fette im Bundesinstitut für Fettforschung. Schon 1949 veröffentlichte sie gemeinsam mit Prof. Kaufmann: „Neue Wege der Fettanalyse“, womit die Anwendung der Papierchromatographie auf dem Fettgebiet sozusagen geboren war. 1952 schrieb sie dann in der Arbeit: „Zur Biologie der Fette V. Die Papierchromatographie der Blutlipide, Geschwulstproblem und Fettforschung“, dass es als bewiesen gelten muss, dass die hochungesättigten Fettsäuren bei der Funktion der Atemfermente den entscheidenden gesuchten Faktor darstellen, also den 2. Paarling, den der Nobelpreisträger Otto Warburg nicht finden konnte. Was sich für Laien so unscheinbar anhört, war in Wirklichkeit vielleicht einer der größten Durchbrüche der Medizin.

Erst jetzt wusste man, dass die hochungesättigte Fettsäure den entscheidenden Faktor darstellten, den erwünschten Effekt der Atmungsregung zu erreichen. Im Zusammenspiel mit schwefelhaltigem Eiweiß spielt sie eine, wenn nicht sogar **die** entscheidende Rolle z. B. bei der Brückenbildung zwischen Fett und Eiweiß, bei der Sauerstoffaufnahme **und** der Verwertung, bei allen Wachstumsprozessen, bei der Blutbildung usw.

Ausgehend von dieser Theorie konnte nicht nur Frau Dr. Budwig sehr vielen Krebskranken helfen, indem sie durch die von ihr entwickelte Öl-Eiweiß-Kost erreichte, dass Krebszellen

sozusagen wieder in der Lage sind „zu atmen“, sondern auch andere Ärzte wie Dr. Dan C. Roehm aus Florida, Dr. Robert E. Willner aus Miami und viele weitere in Europa und Asien.

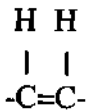
Dr. Jan Roehm schrieb schon 1990 in einem Artikel darüber, dass er, obwohl am Anfang sehr skeptisch, sich inzwischen davon überzeugen konnte, dass Krebs durch die Öl-Eiweiß-Kost heilbar sei. Wir sollten niemals vergessen, dass wir alle Heliotropen (Lichtwesen) sind und das Licht mit seinen Elektronen (Photonen) benötigen. Das menschliche Gewebe ist insofern einzigartig, als dass es in der Lage ist, genau diese Elektronen zu speichern und nach Bedarf wieder abzugeben. Die Absorption geschieht über die sogenannte Resonanz, was bedeutet, dass unser Gewebe in der gleichen Bandbreite schwingen muss wie die ankommenden Strahlen. Sie können dies mit der Antenne eines Fernsehers vergleichen, die man einstellen muss.

Doch damit dies geschehen kann, benötigen unsere Zellen bestimmte ungesättigte Fettsäuren wie Linolsäure oder Linsäure. Diese Fettsäuren bilden gemeinsam mit schwefelhaltigen Proteinen eine Verbindung, deren Dipolarität und inhere Resonanz es dem menschlichen Körper erlaubt, Elektronen aufzunehmen, zu lagern und bei Bedarf abzugeben. Diese „Kraft“ ist es auch, welche dafür sorgt, dass wir „leben“ und sie kontrolliert alle Lebensfunktionen, wie unseren pH-Spiegel, den Proteinaufbau usw. Schon Ende der zwanziger Jahre fand der Nobelpreisträger Otto Warburg heraus, wie wichtig diese Dipolarität schon bei der Entstehung menschlichen Lebens ist. Interessant hierbei ist auch die Tatsache, dass er herausfand, dass sich die Sauerstoffaufnahme eines befruchteten Eies sich um 2200%! steigert.

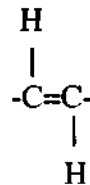
Doch lassen Sie uns die Arbeit von Otto Warburg ganz von Anfang an betrachten. Warburg versuchte, die bei Krebszellen

brachliegende Zellatmung wieder anzuregen, indem er mit Buttersäure experimentierte. Doch dies ging schief, da man zu diesem Zeitpunkt noch keine detaillierten Kenntnisse über gesättigte und ungesättigte Fettsäuren hatte. Die Ehre, den Faktor gefunden zu haben, der in der Lage ist, wieder Sauerstoff in die anaerob lebenden Krebszellen zu bringen, gebührt der Wissenschaftlerin Dr. Johanna Budwig. Sie veröffentlichte als Erste diese wichtigen Erkenntnisse.

Dr. Budwig sieht den menschlichen Körper als eine Antenne, die in der Lage ist, diese lebensnotwendigen und heilenden Elektronen zu empfangen, wenn die beiden Antennen namens Sulphydryl und ungesättigte Fettsäuren „richtig eingestellt sind“. In der Sulphydryl-Gruppe sind sie mit Cystein oder Methionin, die z. B. in Milchprodukten vorkommen, auf der sicheren Seite und bei den Fettsäuren mit der Linol- und Linolensäure. Doch Achtung. Das wirkliche „Geheimnis“ liegt jedoch darin, zu wissen, wo diese Fettsäuren auch wirklich noch unzerstört vorliegen. In der Margarine sind theoretisch auch große Mengen an Linolsäure. Doch diese liegen in der „Trans-Form“ und nicht in der „Cis-Form“ vor. Bei der Trans-Form liegen die Atome einander gegenüber und nicht parallel zueinander wie bei der Cis-Form (siehe untenstehendes Modell)



cis-Form



trans-Form

Dieser „kleine Unterschied“ steht natürlich nicht auf dem Deckel der Margarine oder auf dem Umschlag des Sonnenblumenöls, das Sie überall kaufen können. Das Problem dieser Trans-Form ist jedoch, dass keine Elektronenaufnahme stattfinden kann und somit ein Teufelskreis beginnt.

Wie werden wir also krank? Indem wir zuviel dieser „Elektronenräuber“ oder anders ausgedrückt, indem wir Nahrungsmittel und -gifte zu uns nehmen, welche die Zellatmung blockieren. Bekannte Elektronenräuber sind z. B. Margarine, tierisches Fett, Butter, Nitrate, Bestrahlungen und Zytostatika (Chemotherapien). Sie alle verhindern die Aufnahme von Elektronen. Interessanterweise gehören hierzu auch (ab bestimmtem Mengen) Antioxidantien wie z. B. Vitamine. Nehmen Sie deshalb nicht einfach hohe Dosierungen von Vitaminen oder Enzymen ein, nur weil Sie dies in einem Buch gelesen haben (etwas anderes sind natürlich speziell ausgearbeitete Programme wie Nutritherapie oder Dr. Gonzales). Übrigens wusste dies auch Prof. Linus Pauling, der die Arbeiten von Dr. Budwig persönlich bei ihr anforderte. Wenn Sie die letzten Sätze aufmerksam gelesen haben, dann verstehen Sie auch ganz leicht, warum die Arbeiten von Frau Dr. Budwig unter allen Umständen nicht der „breiten Masse“ zugänglich gemacht werden dürfen. Ganze Industriezweige müssten ihre Produktionsanlagen umrüsten und Menschen würden wahrscheinlich den größten Teil der in Supermärkten angebotenen Waren nicht mehr kaufen. Hinzu kommt:

* Die Margarineindustrie könnte uns nicht mehr vormachen, dass die ungesättigten Fettsäuren in ihren Produkten essentiell sind bzw. keine netzartigen Verbindungen in ihren Kohlenstoffgliedern der Fettsäuren haben und somit würde kein Mensch mehr Margarine essen.

* Gesättigte Fette und falsche ungesättigte Fette, wie sie in Produkten wie Soßen, in fast allen Süßigkeiten dieser Welt und in den meisten Backwaren vorkommen, müssten vom Markt genommen werden bzw. die Fertigung dieser Produkte müsste so umgestellt werden, dass eine Produktion mit echten hochungesättigten Fetten möglich wäre.

* Denaturierte Waren, die in jedem Supermarkt den größten Anteil der Waren in den Regalen ausmachen, würden nicht mehr produziert werden, da sie niemand mehr kaufen wollte oder von Gesetz wegen kaufen dürfte.

* Der jetzige Status quo der Parteienfinanzierung müsste wegfallen. Keine Regierung könnte mehr hinstehen und sagen, sie sei an der Gesundheit der Menschen interessiert und gleichzeitig krank machende Fette erlauben.

Sie können sich sicherlich sehr schnell selbst ausrechnen, dass wir hier nicht von Millionenbeträgen reden, sondern von Milliarden, und dass wir von einer Gesundheitsrevolution reden, die einmalig in der Geschichte der Menschheit wäre. Aber auch wir selbst müssten uns neu im Spiegel betrachten, denn sind wir nicht alle schon so bequem geworden, dass wir nur allzu gerne den Lügen der Werbung glauben. Wir nehmen uns keine Zeit mehr, die unbequemen Aussagen zu überprüfen und stattdessen hoffen wir, dass alles schon nicht so schlimm sein werde.

Die nächsten Zeilen dienen dazu, Ihnen die Öl-Eiweiß-Kost in der Praxis etwas näher zu bringen. Es versteht sich von selbst, dass die darin beschriebenen Nahrungsmittel nur so gut sein können, wie es der Erzeuger erlaubt. Achten Sie also darauf, wo bzw. bei wem Sie Ihre Nahrungsmittel kaufen. Die-

ser Punkt ist ausgesprochen wichtig, da keine Ernährungstherapie mit Lebensmitteln aus dem Supermarkt funktionieren kann.

Ernährungsvorschrift für den Beginn der Öl-Eiweiß-Kost für die ersten vier Wochen

(Auszug aus dem Buch: *Öl-Eiweiß-Kost* des Sensei Verlags)

Das Wesentliche der Öl-Eiweiß-Kost besteht darin, dass schwer bekömmliche, schwer verdauliche Fette ausgeschaltet werden. An ihrer Stelle sollen leicht bekömmliche, leicht verbrennbare, Energie und Spannkraft liefernde – also gute Fette – einen Hauptbestandteil der Nahrung ausmachen.

Außerdem ist die Ernährung so sorgfältig aufgebaut, dass alle Konservierungsmittel, die als Atemgifte wirken, ausgeschaltet sind. Frische und nicht gekochte Nahrung dagegen ist reich an Anteilen, die den Vorgang der selbsttätigen Sauerstoffaufnahme des Organismus unterstützen. Im Rahmen dieser Ernährungsform handelt es sich um eine Vollwertnahrung, eine Aufbaukost. Sie ist nicht zu verwechseln mit einer „Diät“, die nur eine Schonkost darstellt. Es werden viele frische Gemüsesorten roh verwendet. Zur Zubereitung des gedämpften Gemüses dienen ausschließlich frische Gemüsesorten. Konserven oder eingeweckte Gemüse werden vermieden. Roh zubereitete Nahrung soll in jeder Mahlzeit irgendwie enthalten sein. Entweder als Rohkostplatte oder roh verarbeitet, mit der warmen Mahlzeit verbunden. Es findet reichlich Fett Verwendung, jedoch immer in der rechten Harmonie mit Eiweiß, z. B. bildet Quark mit Leinöl in vielerlei Variationen einen wesentlichen Anteil dieser energiereichen und neu belebenden Nahrung.

Die Überleitung

Am Überleitungstag soll nichts gegessen werden außer 250 g Linomel (Leinsamen-Honig-Granulat von der Firma Flügge). Dazu werden nur frische Säfte getrunken, und zwar frisch gepresste Obstsäfte oder Muttersäfte (ohne Zuckerzusatz). Auch frisch gepresste Gemüsesäfte, z. B. Mohrrübensaft, Selleriesaft mit Apfelsaft, Rote-Bete-Saft mit Apfelsaft, werden empfohlen. Es ist darauf zu achten, dass mindestens dreimal täglich ein warmes Getränk gereicht wird, wie z. B. Kräutertee, Pfefferminztee, Hagebuttentee, Malventee. Gesüßt wird nur mit Honig. Zucker ist in jeder Form als Zusatz verboten. Traubensaft ist gestattet, auch zum Süßen frischer Säfte, gegebenenfalls ist etwas schwarzer Tee am Vormittag erlaubt. Bei Schwerkranken wird ein Sektfrühstück, bestehend aus Sekt und Linomel, gut vertragen. Auch bei Schwerkranken wird dieser Überleitungstag dringend empfohlen und bestens vertragen.

Tagesplan

Vor dem Frühstück wird ein Glas Sauerkrautsaft oder Sauer-
milch gegeben (*Anmerkung des Autors: Dies ist sehr wichtig und darf nicht weggelassen werden!*)

Zum Frühstück

soll regelmäßig ein Müsli genommen werden, das wie folgt zubereitet wird:

2 Esslöffel **Linomel** (oder frisch gemahlener Leinsamen als Alternative) werden in ein Glasschälchen gegeben. Man über-

schichtet mit frischem Obst; je nach Jahreszeit Beerenobst, Kirschen, Aprikosen, Pfirsiche, geriebene Äpfel. Anschließend bereitet man eine Mischung aus Quark und Leinöl. Auf 100 bis 125 g Quark gibt man 3 Esslöffel Leinöl, vermischt intensiv nach Zugabe von etwas Milch (2 Esslöffel), so dass das Leinöl vollständig verrührt ist. Zuletzt gibt man 1 Esslöffel Honig zu. Um den Geschmack täglich anders zu gestalten, kann man die Quark-Leinöl-Mischung mit Hagebuttenmus, Sanddornsaft, mit anderen Fruchtsäften oder gemahlenden Nüssen variieren. Butter wird nicht empfohlen. Als Getränk sollen nur Kräutertees dienen, gegebenenfalls ist auch eine Tasse schwarzer Tee erlaubt.

Um zehn Uhr morgens wird 1 Glas frisch gepresster Möhrensaft gegeben oder frisch gepresster Saft aus Sellerie und Apfel oder rote Bete mit Apfel.

Mittagsmahlzeit

a) Rohkostsalat als Vorspeise

Eine Quark-Leinöl-Mischung als Mayonnaise wird zubereitet, indem man 2 Esslöffel Leinöl, 2 Esslöffel Milch im Mixer mit 2 Esslöffeln Quark vermischt, dann 2 Esslöffel Zitronensaft oder Apfelessig hinzufügt und anschließend im Mixer mit 1 Teelöffel Senf und mit Kräutern abschmeckt. Man benütze auch Majoran, Dill, Petersilie usw., Zugabe von 2 - 3 Gewürzgurken ist empfehlenswert. Als Salz nimmt man gerne Kräutersalz. Die Quark-Leinöl-Mischung, mit viel Senf und wenig Banane kombiniert, ist ausgezeichnet als Salattunke geeignet. Im Rahmen dieser Öl-Eiweiß-Kost erhöht die Quark-Leinöl-Mischung den Wert der Rohkost; geschmacklich lassen sich durch Verwendung von Gewürzkräutern immer neue Überras-

schungen gestalten. Die Rohkost wird dadurch beliebter. Als Öl soll nur Leinöl Verwendung finden. Neben grünen Salaten sind geraspelte Rübengemüse wie Mohren, Kohlrabi, Rettich, Sauerkraut, Schwarzwurzeln, Blumenkohl, fein püriert oder fein gerieben geeignet. Meerrettich, Schnittlauch und Petersilie sind ebenfalls empfehlenswert.

b) Gekochtes Gericht

Es werden neben gedämpftem Gemüse zwar auch Kartoffeln gegeben, vor allem aber Reis, Buchweizen oder Hirse. Zum Fetten soll ausschließlich **Oleolux** verwendet werden. Es schmeckt zu Gemüsesorten besser als Leinöl. Die Zubereitung der Gemüse erfolgt in der Weise, dass man das Gemüse einfach in etwas Wasser kocht und vor dem Anrichten mit etwas Oleolux vermischt und mit Gewürzen abschmeckt. Die japanische Suppenwürze Shoyu (Soja-Sauce) wird dabei gute Dienste leisten.

Die Quark-Leinöl-Speise kann auch mit dem Kartoffelgericht zusammen gereicht werden, und zwar in herzhafter Zubereitung mit Kümmel, mit Schnittlauch, mit Petersilie oder mit anderen Kräutern abgeschmeckt. Gibt man die Quark-Leinöl-Speise zu Kartoffeln, so kann man etwas reichlicher Leinöl darunterarbeiten.

c) Nachtisch

Man kann eine Quark-Leinöl-Speise reichen, die ähnlich wie zum Frühstück mit Obst variiert wird. Als süße Quark-Leinöl-Speise sind Kombinationen wie Zitronencreme, Weincreme, Bananencreme oder Vanillecreme beliebt. Die Verbindung mit frischen Früchten ist immer angebracht.

* **Oleolux** ist eine Mischung aus Leinöl, Kokosfett, Zwiebeln und Knoblauch.

d) Nachmittag

Etwa um 15 Uhr und um 16 Uhr wird für den Kranken ein Gläschen naturreiner Wein oder Sekt oder auch Muttersaft empfohlen, jedoch stets in Verbindung mit 1 - 2 Esslöffeln Linomel.

e) Abend

Hier soll die Mahlzeit gering sein und früh eingenommen werden, etwa gegen 18 Uhr. Man kann je nach Bedarf eine warme Speise zubereiten aus Reis, Buchweizen oder Haferflocken, Sojaflocken oder anderen Flocken aus dem Reformhaus. Am besten bekömmlich und sehr wertvoll sind die Zubereitungen aus Buchweizengrütze. Die Zubereitungen können je nach Geschmack in Form von Suppe gegeben werden oder auch in fester Form, evtl. mit herzhaften Soßen kombiniert. Auch süße Soßen und Suppen sollten gut mit Oleolux gefettet sein, da sie auf diese Weise gehaltvoll und energiereicher werden. Zum Süßen wird nur Honig benutzt, jeder Zucker ist ausgeschaltet. Weizenkeimzubereitungen werden meinerseits nicht empfohlen. Weizenkeimöl (zweimal täglich ein Teelöffel voll) kann zur Unterstützung der Kur genommen werden.

Strengstens verboten sind alle tierischen Fette, Margarine und „Salatöl“, auch Butter. Außerdem alle Fleischwaren, weil ihre Zubereitungen fast immer mit schädlichen Konservierungsmitteln versetzt sind. Fleischkonserven sind strengstens untersagt. Wurst muss vollständig vermieden werden. Als Fruchtsäfte sollten nur „Muttersäfte“ eingekauft werden, da die Zubereitungsweise dieser Säfte wichtig ist. Säfte, die Konservierungsmittel enthalten, sind weniger wertvoll als vollständig naturbelassene.

Streng verboten sind auch Konditorwaren, vor allen Dingen die so genannten „Teilchen“, da diese sehr häufig mit schädlichen, biologisch wertlosen Fetten zubereitet sind.

Besonders empfohlen wird der Genuss von Sauerkrautsaft morgens nüchtern, aber auch der Genuss von rohen Möhren, Rettichen, Paprikaschoten, von rohem Spargel, rohem Blumenkohl, Kohlrabi sowie von anderen roh genießbaren Gemüsesorten (wenn möglich biologisch gedüngt) zur Salatplatte. Ebenfalls sollte der Verzehr von Nüssen, vor allen Dingen von Walnüssen, Paranüssen, nicht nur als Leckerei dienen, sondern wesentlich in den Ernährungsplan eingebaut werden. Auch Nachspeisen sollten unter reichlicher Verwendung von Nüssen zubereitet werden.

Kindern sollte man lieber Nüsse zu essen geben als Bonbons und Dauerlutscher. Erstere z. B. zusammen mit Datteln, Feigen, Rosinen. Im Rahmen dieser Kostform ist herzhaftes Würzen mit natürlichen Kräutern in frischem, aber auch im Winter in getrocknetem Zustand gestattet und erwünscht. Wer Leinöl genießt, braucht keine Angst vor Gewürzen zu haben.

Anmerkung zur Milch

Viele Menschen verdammen heutzutage Milch als ein gefährliches Produkt. Dies ist teilweise korrekt wegen all den Schadstoffen in der Milch und wegen den auftretenden Allergien. Andererseits habe ich einige Menschen mit einer so genannten „Laktose-Intoleranz“ gesehen, die nach drei Übergangstagen mit Leinöl die Öl-Eiweiß-Kost ohne jegliche Probleme aßen. Man muss hier sehr unterscheiden zwischen Milch als rohem Produkt und Quark, der mit ungesättigten Fettsäuren gemischt als **Lipoprotein** zugeführt wird. Sollten Sie trotzdem absolut gegen Kuhmilch sein, empfehle ich Ihnen Ziegenquark.

Ein Kernstück der Öl-Eiweiß-Kost ist das Linomel-Müsli zum Frühstück:



Zubereitung:

In eine kleine Schüssel gibt man 2 Esslöffel Linomel. Darüber schichtet man (s. Abb.) die Lage Früchte, die man je nach Jahreszeit wählt. Man kann die Früchte wie bei einem Fruchtsalate mischen oder etwa Beerenfrüchte einer Sorte verwenden. Ein grob geraspelter Apfel kann im Winter vielseitige Verwendung finden, indem man durch Zugabe von Kirsch-, Heidelbeer- und Quittensaft oder durch in Apfelsaft aufgeweichte Rosinen, Aprikosen usw. variiert.

Quark-Leinöl-Creme:

Honig, Milch und Leinöl werden miteinander gemischt, gegebenenfalls in einem elektrischen Mixer. Dann wird nach und nach in kleinen Portionen der Quark dazugegeben. Alles wird nun zu einer glatten Creme verrührt. Man darf kein Öl mehr sehen. Bei Bedarf kann man auch etwas Milch nachgeben.

Diese Mischung wird nun geschmacklich täglich variiert, indem man Nüsse hinzugibt oder Banane, Zitronensaft, Orangen- und Zitronensaft, im Verhältnis zwei zu eins gemischt; Kakao, Kokosraspeln, Hagebuttenmark, Fruchtsäfte (die man nur zuletzt zusetzen darf); Vanille, Zimt, Ananas u. a. Man überschichtet die Lage Früchte mit der Quark-Leinöl-Creme und kann zuletzt noch mit Nüssen oder Früchten garnieren.

Die Nahrung soll veratmet werden. Frische Luft ist für den Kranken wichtig. Bewegung in frischer Luft wird nach dem Maß der Kräfte dringend empfohlen. Ruhe ist für den Kranken als Ausgleich und zur Erholung ebenfalls wichtig. Auch dem bettlägerigen Kranken fehlt oft der rechte Rhythmus zwischen Ruhe und Entspannung einerseits und einer Anspannung der vorhandenen Kräfte, die auch zweckmäßig ist.

Achtung:

Ich habe in den letzten Jahren außergewöhnliche Erfolge durch die Öl-Eiweiß-Kost erleben dürfen, und es gibt viele Menschen, die sie in ihr tägliches Leben integriert haben. Doch ich erlebe leider auch viel zu oft, dass Menschen in einer akuten Phase (mit Tumoren) sich nur zum Teil an die vorgeschriebene Kost halten und z. B. den wichtigen Sauerkrautsaft weglassen oder ab und zu „sündigen“.

Meine Erfahrung ist, dass sich Krebspatienten mit Tumoren unbedingt genauestens an die Anleitung in diesem Buch halten sollten (oder aber wie auf den Seiten 117 - 120 des Buches: *Krebs – das Problem und die Lösung* beschrieben) und wenn keine Tumore mehr da sind wie im Buch: *Die Öl-Eiweiß-Kost*).

Weitere erfolgreiche Ernährungstherapien

Neben Dr. Budwig gab und gibt es noch weitere Therapeuten, von denen viele Patienten behaupten, dass deren Therapie Krebs heilen konnte bzw. chronische Krankheiten im Allgemeinen. Dazu gehören Moermann und Dries in Holland, Breuss in Österreich, Kushis Makrobiotik in Japan und Amerika, Kuhl, Warburg und Seeger in Deutschland und viele mehr. Ich könnte ein ganzes Buch über deren Theorien und Therapien schreiben, doch leider war es mir nicht möglich, harte beweisbare Fakten zu sammeln, wie bei Dr. Budwig und wie bei einem Mann, den ich bis jetzt noch nicht erwähnte, Dr. Max Gerson.

Dr. Max Gerson (1881-1959) war einer der Pioniere auf dem Gebiet Ernährung und Erkrankung. Schon 1929 stellte der berühmte Arzt Ferdinand Sauerbruch die Gerson-Diät als „Durchbruch in der Behandlung von TBC-Erkrankten“ vor. Sauerbruch stellte damals eine Studie vor, in der von 450 TBC-Patienten 446 dauerhaft geheilt werden konnten.

Dr. Gerson, der Helene Schweitzer (die Ehefrau von Albert Schweitzer) von TB geheilt hatte, emigrierte 1933 in die USA. Als Gerson 1959 starb, schrieb Albert Schweitzer: „Für mich ist er eines der größten Genies in der Geschichte der Medizin. Diejenigen, die er geheilt hat, bezeugen heute die Richtigkeit seiner Ideen.“

„Es gibt keinen Krebs in einem normalen Metabolismus“,

schrieb Max Gerson und dies war auch der Grundsatz seiner Therapie. Nur wenn die Leber, die Bauchspeicheldrüse und weitere Teile unseres Immunsystems gestört sind, ist es Krebszellen möglich, abnormal zu wachsen. Um Krebs erfolgreich behandeln zu können, ist deshalb oberstes Gebot, zu versuchen, den gestörten Metabolismus wieder auf den richtigen Weg zu bringen. Dies geschieht bei der Gerson-Diät durch eine intensive Entgiftung und der Zuführung wichtiger Nahrung durch eine salzfreie Diät. Was sich zuerst einmal recht einfach anhört, macht in der täglichen Praxis jedoch sehr viel Arbeit, da die Zufuhr der wichtigen Enzyme, Vitamine und Mineralien hauptsächlich dadurch erfolgt, dass die Patienten jede Stunde frisch gepresste Säfte (dreizehn Mal am Tag) zu sich nehmen und sechs Mal täglich (alle 4 Stunden, auch nachts) Kaffeeinläufe machen müssen.

Kaffeeinläufe? Was sich für den einen oder anderen zuerst einmal etwas komisch anhören mag, ist in Wahrheit ein altes Rezept. Gerson kam zu der Überzeugung, dass viele seiner Patienten deshalb starben, weil deren Leber nicht in der Lage war, all die Abfallstoffe auszuscheiden, die durch die intensive Enzym- bzw. Entgiftungstherapie im Körper anfielen. Koffein regt die Durchblutung von Leber und Darm an und öffnet die Gallengänge besser, so dass die Leber die Abfallstoffe schneller hinaustransportieren kann. Des Weiteren wirken Kaffeeinläufe hervorragend als Schmerzmittel. Mehrere Kliniken benützen Kaffeeinläufe kombiniert mit leichten Schmerzmitteln an Stelle von Morphinum, das die Darmschleimhaut attackiert. Auch Dr. Peter Lechner aus Wien, der die Gerson-Therapie näher untersuchte, kam zu dem Schluss: „Kaffeeinläufe haben einen definitiven Einfluss auf den Darm. Dies kann man mit einem Endoskop beobachten.“

Vor allem Theophyllin und Theobromin im Kaffee erwei-

tern Blutgefäße und verhindern entzündliche Prozesse. Zusätzlich erhalten die Patienten Schilddrüsenpräparate, Kalium, Leberextrakte, Betakarotin und weitere Antioxidantien. Fleisch ist in den ersten Wochen komplett verboten. Zusätzlich wird Leinöl und Hüttenkäse verabreicht (siehe Budwig-Therapie). Max Gerson ging es in seiner Therapie darum, die Balance zwischen Natrium und Kalium in der Zelle wieder herzustellen. Die Leber, das Gehirn und die Muskelzellen haben normalerweise höhere Werte an Kalium vorzuweisen. Bei Krebspatienten ist dies nicht der Fall. Deshalb ist die Gerson Diät sehr kaliumreich und fast natriumfrei.

Max Gerson ging es um einen erhöhten Sauerstoffanteil in den Zellen. Dies geschieht durch die Gabe oxidierender Enzyme durch Säfte, Früchte und Leberextrakte. Einen Rückgang des Tumors darf man dann erwarten, sobald die Entgiftung beginnt, die Leber wieder genügend Enzyme produziert und ein Natrium-Kalium-Gleichgewicht erreicht wird. Die Basis der Therapie hierfür sind die erwähnten 13 frisch gepresste Säfte und sechs Kaffeeinläufe. Bitte machen Sie sich bewusst, dass sie dabei Hilfe benötigen, da es sehr anstrengend ist. Eine stationäre Aufnahme zu Beginn der Therapie ist von großer Hilfe, da es wichtig ist zu erlernen, wie man die Säfte zubereiten soll und in welchen Abständen man Einläufe benötigt. Drei Mal täglich erhalten die Patienten zusätzlich eine vegetarische Mahlzeit. Es ist sehr wichtig, dass diese Säfte (Karotten, Äpfel, usw.) frisch gepresst werden, weil nur dann die benötigten Enzyme zur Verfügung stehen.

ACHTUNG:

Die Gerson-Therapie ist nicht möglich, wenn Sie gerade eine

Chemotherapie hinter sich haben. Beginnen Sie also bitte diese Therapie nicht alleine ohne Anleitung.

Als Mitarbeiter der *National Foundation for Alternative Medicine* hatte ich 1999 die Gelegenheit, mich persönlich von der Effektivität der Gerson-Therapie zu überzeugen. Unser Team untersuchte über 30 Fälle und dokumentierte diese für eine Best Case Serie nach den Vorschriften des National Cancer Institutes in den USA. Des Weiteren kenne ich mehrere Personen in Deutschland und in England, die dank der Gerson-Therapie überlebten. Ich möchte Ihnen jedoch auch nicht verschweigen, dass die Gerson-Therapie sehr anstrengend ist, da es ein Vollzeit-Job ist, 13 Säfte am Tag zu pressen und sechs Kaffeeinläufe durchzuführen. Andererseits ist es auch ein Vollzeit-Job, eine Chemotherapie zu machen.

Zusammenfassung Ernährung:

Es steht für mich absolut außer Frage, dass es erfolgreiche Ernährungstherapien für Krebskranke gibt. Jeder der das Gegenteil behauptet, sollte sich zuerst einmal die Mühe machen, herauszufinden, warum all die Patienten von Dr. Budwig oder Dr. Gerson wieder gesund geworden sind, wenn es denn nicht vorrangig an deren Ernährungskonzept lag. Was haben Sie eigentlich zu verlieren, wenn Sie sich 8 Wochen lang an die Öl-Eiweiß-Kost halten? Sie kostet nicht mehr als das, was Sie jetzt essen und ich verspreche Ihnen, dass Sie die Wirkung schon nach wenigen Tagen spüren werden. Warum also kämpfen so viele Ärzte gegen Krebsernährungstherapien, die nachweisbar anderen Menschen geholfen haben? Wie groß muss die Angst eines Arztes sein, seine Meinung über Krebsernäh-

nungstherapien zu ändern, dass er diese so vehement bekämpft?

Die Antwort ist immer dieselbe: Wir wollen nicht, dass Sie in die Hände von Quacksalbern fallen. Ich möchte Ihnen hierzu eine kurze Geschichte erzählen. Ein Bekannter des amerikanischen Präsidenten von *People against Cancer*, Mr. Frank Wiewel, lag mit einer Krebserkrankung in der wohl berühmtesten Klinik der Welt, der Mayo Klinik in Rochester. Frank Wiewel besuchte seinen Bekannten und fand heraus, dass er mit einem Präparat behandelt wird, welches nach Meinung der Mayo Klinik bei dessen Krebsart nicht hilft. Ausgerechnet der Krebsarzt, der seinen Bekannten behandelte, schrieb auch noch diesen Artikel im *New England Journal of Medicine*. Frank Wiewel sprach den Arzt daraufhin an und fragte ihn, warum er denn seinem Bekannten ausgerechnet dieses Präparat geben würde, da er doch selbst im *NEJM* (*New England Journal*) einen Artikel veröffentlicht hatte, aus dem die Nutzlosigkeit dieses Präparates hervorging. Die Antwort des Arztes war: „Wieso lesen Sie denn so eine Fachzeitschrift, sind Sie etwa Arzt?“ Frank Wiewel ließ jedoch nicht locker und erbat eine Antwort auf seine Frage. Daraufhin antwortete dieser: „Wir konnten Ihrem Bekannten leider keine Therapie mehr anbieten und wir wollten nicht, dass er in irgendwelche Hände von Quacksalbern fällt.“

Ich erzähle Ihnen diese Geschichte, weil sie zeigt, dass Schulmediziner grundsätzlich glauben, dass nur die „anderen“ die Quacksalber sind. Da Schulmediziner sich immer an die Goldstandards (übliche medizinische Behandlung) halten und weil dies grundsätzlich viele Tausende gleichzeitig machen, können sie nach deren Meinung niemals Quacksalber sein. Ich finde, dass Ärzte, wie der zuvor erwähnte, ins Gefängnis gehören und nicht in eine Klinik. Nur weil viele Men-

schen den gleichen Fehler begehen, bleibt ein Fehler immer noch ein Fehler. Das gilt natürlich genauso für nicht-konventionelle Therapeuten und wenn diese **vorsätzlich** Patienten falsch behandeln, dann gehören sie genauso ins Gefängnis. Einen Unterschied gibt es jedoch. Wenn ein Homöopath sie 3 Monate lang falsch behandelt hat, dann ist der Schaden bedeutend geringer als wenn Sie 3 Monate lang bestrahlt oder mit einer Chemotherapie behandelt werden.

Dann kann ich ja meinen Lieblingkuchen nicht mehr essen!

„Darf ich nie mehr eine Tasse Kaffee trinken“ oder „Wie lange muss ich denn die Öl-Eiweiß-Kost machen?“ Diese oder ähnliche Sätze höre ich immer wieder von Patienten, die damit beginnen, sich gesünder zu ernähren. Zu diesem Thema gibt es vor allem 3 Punkte die zu beachten sind:

1. Was für ein Leben führen Sie, dass Ihnen eine Tasse Kaffee so wichtig ist? Ich weiß natürlich, dass diese Frage provokativ ist, andererseits beinhaltet sie einen wichtigen Kern, nämlich, wie befriedigt Sie in Ihrem Leben sind bzw. welche Dinge Ihr Leben lebenswert machen. Nur wenn Sie sich mit dieser Materie auseinandersetzen, können Sie auch einen „Ersatz“ für eine Tasse Kaffee oder andere „ungesunde“ aber lieb gewonnene Nahrungsgewohnheiten finden.
2. Ich erlebe immer wieder, dass in unseren Kulturkreisen selbst geringste Lebensänderungen als unmachbar bzw. als einen zu großen Einschnitt in die Lebensqualität angesehen werden. Die gleichen Menschen haben jedoch oftmals noch

den zweiten Weltkrieg, Chemotherapien oder andere weitaus durchgreifendere Tage durchgemacht. Doch wenn sie sich anders ernähren sollen, dann vergessen sie, dass der Großteil der Menschheit froh wäre, hätte er die Chance, sich so ernähren zu können. Ich möchte mit diesen Worten niemanden als „Weichei“ deklarieren, sondern Ihnen einfach mitteilen, dass es mir unverständlich ist, warum Menschen so wenig bereit sind, mehr für ihre Gesundheit zu tun.

3. Wenn Sie sich eine Zeit lang gesund ernährt haben und mehr Energie haben, dann stellt sich die Frage nach einem „Zurück“ zu der alten Ernährung nicht mehr. Automatisch werden Sie biologische Nahrung verkochter und frisch gepresste Säfte jedem noch so toll von der Werbung angepriesenen Saft vorziehen. Und ob Sie ab und an eine Tasse Kaffee trinken ist dann nicht mehr von großer Wichtigkeit.

Gibt es denn einen roten Faden, der sich durch alle Ernährungstherapien zieht?

Ohne Zweifel gibt es die unterschiedlichsten Auffassungen darüber, was denn nun eine gesunde Ernährung bedeutet. In der Ayurveda wird Rohkost verpönt und Dr. Gerson sagt, dass es Rohkost sein muss. Beide Therapien haben jedoch Erfolge vorzuweisen und beweisen uns aufs Neue, wie wenig wir über die Bedeutung der Nahrung, nicht über die Nahrungsmittel, eigentlich wissen. Wenn wir die ayurvedischen Richtlinien einmal weglassen, dann gibt es durchaus Gemeinsamkeiten:

- Ungesättigte Fettsäuren
- Biologische Kost, also so natürlich und frisch wie möglich

- Viel Rohkost
- Wenig (kein) Fleisch
- Frisch gepresste Säfte

Sollten Sie eine längere Liste erwartet haben, dann muss ich Sie enttäuschen. Dies sind die Hauptmerkmale, die man bei allen finden kann, die sich intensiv mit dem Thema Krebs und Ernährung beschäftigt haben. Fast alle anderen Angaben unterscheiden sich deutlich in Bezug auf die Zusammensetzung der Nahrung. Es gibt bei weitem keine Einigung darüber, wie viel Fett, Eiweiß und Kohlenhydrate Sie essen sollen. Richtig „kompliziert“ wird es, wenn man die Meinungen über einzelne Nahrungsmittel liest. Der eine empfiehlt Tomaten, die Anthroposophen sagen, alle Nachtschattengewächse seien für Krebskranke verboten. Der eine empfiehlt Brot aus Sauerteig, der andere sagt unbedingt kein Brot essen. Der eine empfiehlt wenig Fett, der andere sehr viel Fett usw.

Wenn es um Ernährung und Krebs geht, dann werden Sie von der Wissenschaft allein gelassen, oder wissen Sie denn, wie viel Vitamin C Sie benötigen? Sie können sich nicht auf irgendwelche Bücher von „Ernährungswissenschaftlern“ und „Professoren“ verlassen, sondern ausschließlich auf die Kombination von Wissenschaft **und** Empirie (Lehre der Erfahrungen). Ich betone hierbei das Wort **und**, denn ich halte es für einen großen Fehler, eines von beidem wegzulassen. **Zuerst** benötigen wir eine Ernährungstherapie die bewiesen hat, dass sie Menschen helfen kann und dann benötigen wir die Wissenschaft hinterher. Ich weiß, dass der derzeitige Weg genau umgekehrt ist, doch genau hier liegt auch der Grund, warum so viele Therapien versagen. Der Weg aus dem Labor heraus funktioniert nicht, wenn wir nicht gleichzeitig all die Erfahrungen der „Anwender“ mit einbeziehen.

Ernährung im 3. Jahrtausend

Bei allen Erfolgen der Ernährungstherapien dürfen wir nicht vergessen, dass es immer schwerer wird, gesund zu leben und biologische Nahrungsmittel zu kaufen. Aus diesem Grund müssen Sie diesem Punkt größte Priorität einräumen. Es ist ein großer Unterschied, ob Sie zur Öl-Eiweiß-Kost einen Quark benutzen, der Hormone und Antibiotika enthält oder einen Quark von Kühen, deren Milch frei von diesen Stoffen ist. Dieser Punkt entscheidet, ob die ganze Therapie funktioniert oder nicht und kann gar nicht genügend betont werden. Ich halte diesen Punkt bei der Gerson-Therapie für sogar noch wichtiger als bei der Öl-Eiweiß-Kost. Lassen Sie sich auch nicht mit diesen „alles ist schlecht“-Sätzen wie „biologische Mittel sind nur teurer“ usw. abspeisen, denn es gibt sehr wohl riesige Unterschiede zwischen den einzelnen Nahrungsmitteln. Auch wenn es keine Garantien gibt, kaufen Sie zumindest Demeter oder Bioland Waren oder besser noch, lernen Sie den Bauer persönlich kennen, von dem Sie Ware beziehen. Vergessen Sie nie, es geht hier um Ihr Leben und Sie werden nicht umhin kommen, sich um diese Dinge zu kümmern.

Falls Sie immer noch zögern, ob eine Krebsernährungstherapie für Sie richtig ist oder nicht, möchte ich Ihnen zum Abschluss des Kapitels noch Folgendes auf den Weg geben: Es gibt nur eine Möglichkeit herauszufinden, ob Ihnen eine Krebsernährungstherapie helfen kann oder nicht: nämlich indem Sie diese machen. Bitte vergessen Sie nicht, dass wenn ich Recht habe, dies Ihnen vielleicht das Leben retten kann und wenn ich falsch liege, dann war das Schlimmste, dass Sie sich ein paar Wochen lang gesund ernährt haben.

Der soma-psychische Einfluss gesunder Ernährung

Sind Sie auch schon einmal dem Begriff somatisch-psychisch begegnet? (Soma = Körper). Wahrscheinlich nicht. Obgleich wir immer wieder lesen, wie wichtig die Einheit Körper-Geist ist, haben sich doch sehr wenige Wissenschaftler damit beschäftigt. Die Spezialisierung auf ein anderes, einzelnes Gebiet, lässt die Chance auf einen Nobelpreis doch erheblich steigen.

Seit wenigen Jahren gibt es jedoch auch verschiedene Strömungen, die sich mehr und mehr um diesen Aspekt des Satzes:

„Nur in einem gesunden Körper steckt ein gesunder Geist“ kümmern. Bevorzugt Altersforscher, Gentechnologen und Neurochirurgen kümmern sich verstärkt um diesen Zweig der Forschung. Auch ich bin der Überzeugung, dass sich die Forschung viel zu wenig um diese Aspekte gesorgt hat. Ein Beispiel: Haben Sie sich jemals Gedanken darüber gemacht, wie es zu Entscheidungen kommt? Nur aufgrund von Erfahrungen?

Angenommen, Sie sitzen da und überlegen sich, ob Sie im nächsten Urlaub in die Berge oder ans Meer fahren wollen.

Zuletzt entscheiden Sie sich für das Meer. Warum eigentlich? Aus einem Gefühl heraus? Was ist ein Gefühl? Eine vermehrte Ausschüttung von Hormonen, und warum hat sie Ihr Körper gerade jetzt ausgeschüttet? Es gibt inzwischen einen ganz anderen Weg, der mehr und mehr wissenschaftlich untermauert wird.

Während Sie so dasitzen und sich bewusst die Vor- und Nachteile überlegen, laufen Tausende von körperlichen Reaktionen ab. Bei dem Gedanken an das Meer steigt z. B. Ihre Körpertemperatur von 37,258 auf 37,345. Bei dem Gedanken an die Berge senkt sich Ihre Temperatur dagegen von 37,258 auf 37,155. Auch wenn dieser Temperaturunterschied nicht bis in Ihr Bewusstsein vorstößt, so ist er trotzdem vorhanden. Vielleicht hebt sich aber auch Ihr Adrenalin Spiegel um 0,01 Prozent an, wenn Sie ans blaue Meer denken. Sicher ist, dass während Sie über Ihren Urlaub so nachdenken, viele verschiedene Prozesse in Ihrem Körper ablaufen. Diese Reaktionen analysiert Ihr Gehirn und wertet diese aus. Am Schluss sagt Ihnen Ihr Körper, wenn er all seine Reaktionen auf eine Waage legt, dass es wohl das Beste sei, ans Meer zu fahren.

Es gibt unendlich viele andere Beispiele aus dem täglichen Leben, wie stark der Körper unsere Psyche bzw. unsere Denkweise beeinflusst. Denken Sie nur daran, wenn Sie morgens eine volle Blase haben, und Sie anfangen zu träumen, dass Sie auf die Toilette gehen (Der Arzt Hippokrates beschrieb dieses Phänomen übrigens schon ca. 500 Jahre vor Christus).

Oder versuchen Sie doch einmal über mehrere Wochen hart zu trainieren und gleichzeitig minderwertige Nahrung wie z. B. Hamburger zu sich zu nehmen. Auch dies ist fast unmöglich, da Ihr Körper Ihnen melden wird, welche Nahrung er haben möchte und sich automatisch Gelüste auf gesunde Nahrungsmittel einstellen werden. Oder wer kennt nicht den Satz: „Lass sie heute bloß in Ruhe, sie hat ihre Tage und ist gereizt.“ Dahinter verbirgt sich nichts anderes als die Tatsache, dass Frauen während ihrer Menstruation des öfteren empfindlicher, leichter gereizt und aggressiver sind. Dasselbe gilt für Sportler, die Anabolika einnehmen. Auch diese Athleten sind leichter reizbar und aggressiver. Doch was passiert hier denn

wirklich? Wie können Hormone erreichen, dass Frauen und Männer aggressiver oder sanfter sind? Wenn Hormone in der Lage sind, uns alle aggressiver zu machen, sind sie dann vielleicht auch verantwortlich für andere Gefühle wie Zuneigung, Depression, Hass und Liebe? Oder sind sie nur Verstärker von dem, was schon da ist? Sind sie etwa dafür verantwortlich, ob ich jemanden nur mit Worten beleidige oder ihm körperlichen Schaden zufüge?

Ich betreibe seit meinem 6. Lebensjahr Sport und seit fast 30 Jahren Kampfsport. Die intensive Beschäftigung mit der Psychologie einerseits und mit meinem Körper andererseits, haben mich eine hohe Sensibilität für Abläufe in meinem Körper entwickeln lassen. Hinzu kommt, dass ich in den letzten Jahren sehr oft mit Hochleistungssportlern und Schwerkranken zusammen war, von denen ich sehr viel darüber lernen konnte, welche Abläufe man in seinem Körper wahrnehmen kann. Die Grundvoraussetzung für ein erfülltes Leben ist nur in der Einheit mit einem gesunden und aktiven Körper möglich.

Das Zusammenspiel vieler Abläufe (Hormone, Enzyme, verschiedene Zyklen usw.) ist verändert, wenn Sie krank sind und deshalb entstehen auch andere Entscheidungen. Es ist eine wissenschaftliche Tatsache, dass untergewichtige Personen ein eingeschränktes Denkvermögen besitzen und sie nicht in der Lage sind, selbst lebenswichtige Entscheidungen zu treffen, z. B. ist dies bei Magersüchtigen, bei Soldaten in Gefangenschaft oder bei unterversorgten Häftlingen bekannt.

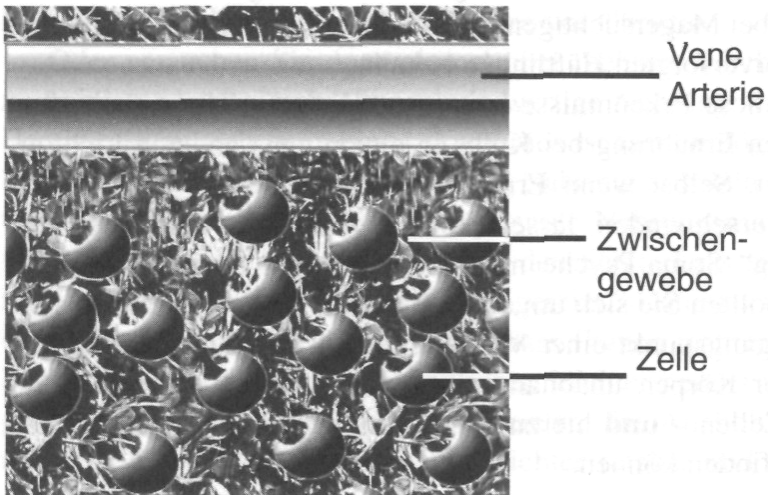
All diese Erkenntnisse lassen natürlich die Wichtigkeit einer gesunden Ernährung bei Krebs in einem ganz anderen Licht erscheinen. Selbst wenn Ernährungstherapien nicht „direkt“ Tumore verschwinden lassen können, so wäre dies über den „Umweg“ Soma-Psyche möglich und schon allein aus diesem Grund sollten Sie sich um eine Ernährungstherapie kümmern.

Ausgangspunkt einer Veränderung ist also zuerst einmal ein gesunder Körper, unabhängig vom Tumor oder anderer veränderter Zellen – und hierzu gehört nun mal die beste Ernährung die Sie finden können.

Das zweite E Entgiftung

Ob wir wollen oder nicht, täglich werden wir unzähligen Giftstoffen ausgesetzt bzw. führen uns diese durch unsere Nahrung selbst zu. Die Chance, dass wir eines Tages die Kontrolle hierüber wieder zurückbekommen, ist leider nicht sehr realistisch. Deshalb sind wir gezwungen, uns damit zu beschäftigen, wie wir diese Giftstoffe vermeiden und jene, im Körper abgelagerten, wieder ausleiten können. Für Krebskranke spielt dies eine zentrale Rolle.

Viele Menschen haben immer noch die Vorstellung, dass alle unsere Zellen direkt an unser Blutssystem angeschlossen sind und so eine optimale Versorgung erhalten. Dem ist jedoch nicht so. Lassen Sie uns einmal eine typische Gewebesituation etwas näher betrachten.



Wie Sie sehen können, sind nur wenige Zellen direkt an das Blutssystem angeschlossen und die anderen müssen sich darauf verlassen, was durch das Zwischengewebe zu ihnen durchdringt. Da ist es einfach zu verstehen, dass es sehr wichtig ist, wie durchgängig dieses (Mesenchym) Gewebe ist. Schon immer haben große Autoren wie Hauss, Pischinger oder Heine auf die Wichtigkeit dieses Gewebes für die Entstehung und Heilung von Krankheiten hingewiesen. Da alle Organe von dieser Art von Gewebe umgeben sind, können natürlich schnell „Kommunikationsstörungen“ auftreten, wenn das die Organe schützende Gewebe voller Giftstoffe und Ablagerungen ist. Ärzte nennen dies dann eine Störung der Grundregulation.

Für Krebskranke ist eine Entgiftung und eine zukünftige Vermeidung von Giften oftmals lebensentscheidend und kann gar nicht genug betont werden. Wenn Sie Bücher über die Geschichte der Medizin lesen, wird Ihnen schnell auffallen, welche Bedeutung Entgiftungsmaßnahmen in allen Hochkulturen gespielt haben und welche Schande es ist, dass die „moderne“ Medizin das über Jahrtausende gesammelte Wissen anscheinend komplett vergessen hat. Ja nicht nur das, sondern Ärzte verschreiben ihren sowieso schon vergifteten Patienten noch mehr Chemikalien **ohne** gleichzeitig ein Entgiftungsprogramm einzuleiten.

In der mesopotamischen Medizin wurden vor über 5.000 Jahren Entgiftungstherapien im Ashipu Handbuch genauso beschrieben wie in der ägyptischen Medizin. Was amerikanischen Schamanen, Azteken und Mayas bekannt war, fanden wir schon zuvor bei Römern und Griechen. Denken Sie doch nur einmal an all die Bäder von England bis Asien, die durch diese Hochkulturen gebaut wurden. Entgiftungstherapien spielten und spielen dort eine zentrale Rolle.

Von Aborigines, afrikanischen Heilern und natürlich durch die Traditionelle Chinesische Medizin und der indischen „Wissenschaft des Lebens“ (Ayurveda) lernen immer mehr Ärzte auf der ganzen Welt, welch positiven Einfluss eine Entgiftungstherapie auf unseren Körper hat. In den letzten Jahrhunderten haben uns dann große Lehrer wie Paracelsus, Bircher und vor allem Pfarrer Kneipp gelehrt, warum wir dieses alte Wissen unbedingt nicht vergessen dürfen. Nur wenn es um Krebs geht, einer „Mustererkrankung“ für Giftstoffe, denken Sie nur einmal an all die vielen tausend Studien, die immer wieder neue krebserregende Stoffe aufzeigen, dann scheint das Wort Entgiftung ein Fremdwort zu sein.

Leider können Sie von den meisten Ärzten in diesem Bereich nur wenig Unterstützung und Anleitung erwarten und deshalb kommen Sie nicht umhin, sich entweder einen fähigen Therapeuten zu suchen oder sich selbst kundig zu machen. Eines dürfen Sie jedoch auf keinen Fall: Zu glauben es gehe ohne! Wenn Sie Krebs haben, dann haben Sie ein Kommunikationsproblem Ihrer Zellen und dieses hängt fast immer auch mit Giftstoffen zusammen. Nehmen Sie dieses Kapitel also nicht auf die leichte Schulter und denken Sie bitte nicht, dass irgendwelche Pillen wichtiger wären als Entgiftungstherapien, denn die meisten Pillen können sowieso in einem undurchlässigen Gewebe nicht wirken.

Giftstoffe ausscheiden

Zuerst einmal ist es natürlich wichtig, die in unserem Körper abgelagerten Giftstoffe aus unserem Körper herauszubringen. Hierfür können Sie durch Ihren Arzt feststellen lassen, welche Schwermetalle oder andere Gifte in Ihrem Körper angereichert sind, um eventuell das Ausmaß der Therapie besser bestimmen zu können. Andererseits ist dies nicht nötig, da Sie sowieso eine intensive Entgiftung machen sollten.

Zähne

Als Krebskranker kommen Sie 100 %ig nicht um dieses Thema herum. Ich habe „nur“ durch eine Zahnsanierung „Wunder“ gesehen und je mehr ich mich mit dem Thema Zahnsanierung beschäftige, desto logischer ist es. Über Jahre hinweg haben uns Zahnärzte und Krankenkassen erzählt, dass Amalgam und Wurzelkanäle (tote Zähne) nicht gefährlich seien. Ich könnte die nächsten Seiten mit Studien füllen, die das Gegenteil beweisen, nur leider weiß ich auch, dass Studien Menschen nicht dazu bringen, zum Zahnarzt zu gehen und deshalb erspare ich Ihnen das Ganze und appelliere an Ihren gesunden Menschenverstand. Glauben Sie wirklich, dass hochgiftige Stoffe wie Quecksilber Ihnen keine Schädigungen zufügen können? Wenn dem so wäre, warum können wir dann diese Stoffe hochkonzentriert im Blut nachweisen? Glauben Sie wirklich, dass Wurzelkanäle (tote Zähne) Ihnen nicht durch eine Pro-

duktion von unzähligen Siphanspora Keimen schaden können? Glauben Sie wirklich, dass eine permanente hohe Spannung durch verschiedene Metalle in Ihrem Mund den nur wenigen Zentimetern darüber liegenden Organen und Ihrem Gehirn nicht schaden?

Wir wissen heute vor allem durch die TCM (Traditionelle Chinesische Medizin), dass alle Zähne über Meridiane mit bestimmten Organen verbunden sind. Bei Krebskranken spielen vor allem die Siphanspora Bakterien, die auch Leichengifte genannt werden, weil man diese in allem Verwesenden findet, eine große Rolle. Diese Bakterien wirken giftig in Ihrem Körper. Des Weiteren werden Teile der Füllungen vom Körper absorbiert und belasten Ihr Nerven- und Immunsystem. Doch das ist noch nicht alles. Verschiedene Metalle stellen auch Genelektroden z. B. zu Amalgam dar und dadurch haben Sie eine permanente Batterie in Ihrem Mund. Diese galvanischen Ströme stellen 24 Stunden am Tag eine Reizung für das gesamte System Körper da und belasten Sie schwerstens. Es gibt immer mehr ganzheitliche Onkologen, die sogar so weit gehen und keine Krebspatienten mehr behandeln, wenn diese ihre toten Zähne nicht entfernen lassen.

Aber auch andere Störungen, wie alte Kieferherde oder versprengte Amalgamteile, sind genauso abzuklären wie eine Entfernung Ihres Amalgams. Gehen Sie aber bitte nicht einfach zum *Zahnarzt* und sagen Sie, dass Sie alles Amalgam heraus haben möchten, sondern halten Sie sich unbedingt an einen Amalgam-Entfernungsplan, wie er von verschiedenen Organisationen bzw. Zahnärzten herausgegeben wird. Auf den nächsten Seiten möchte ich Ihnen ein Plan vorstellen, der das absolute Mindestprogramm beinhaltet.

Amalgam Ausleitungsprogramm

1. Was der Zahnarzt beachten sollte:

- Nur eine Füllung pro Sitzung entfernen
- Niedertouriges Bohren
- Ständiges Absaugen
- Nehmen Sie das Amalgam mit nach Hause für evtl. homöopathische Behandlungen.

2. Was Sie zusätzlich tun sollten

- Unbedingt abwechselnd DMSA (Chemet) und DMPS (Mercuval) Kapseln einnehmen.
- Natriumselenit (Seienase) einnehmen
- Bärlauch und Koriander-Tropfen
- Algen-Präparate

Zum Thema Zähne gehört auch **Fluor**. Hier gibt es unzählige Studien, die beweisen, dass dieses starke Zellgift, das Fluor nun mal ist, Ihnen täglich schadet. Leider gibt es ein immens großes finanzielles Interesse, Fluor zu verkaufen. Ich gehe absichtlich nicht intensiv auf dieses Thema ein, sondern möchte Sie einfach bitten, sich selbst folgende Frage zu beantworten: Glauben Sie wirklich, dass ein so starkes Gift Ihrem Körper gut tut? Ich kann Ihnen nur anraten, verzichten Sie unbedingt auf fluorhaltige Zahnpasten und lesen Sie einmal kritische Bücher über Fluor, bevor Sie glauben, Sie würden Fluor für Ihre Zähne benötigen.

Darm

Mindestens genauso wichtig wie eine Zahnsanierung ist eine Darmsanierung. „Im Darm sitzt der Tod“ wussten schon früher die Ärzte und bis in dieses Jahrhundert hinein gehörten Darmsanierungen zum Standardprogramm jedes Mediziners. Allein in Karlsbad wurden laut offiziellen Unterlagen von 1910 - 1954 ca. 700.000 Darmspülungen durchgeführt. Wenn wir dies auf alle Kur-Orte hochrechnen, dann kommt sehr schnell die Erfahrung von Millionen von Darmspülungen zusammen.

Dies ist eigentlich um so erstaunlicher, da die Darmregion vor allem in christlichen Gebieten früher mit weitaus größerer Scham besetzt war und trotzdem überwandene Patienten dieses Problem, weil sie um die Wichtigkeit dieser Therapie wussten. Es gibt die verschiedensten Therapieformen für den Darm und ich kann nachfolgend nur die wichtigsten vorstellen, doch bei allen geht es darum, innerhalb des Darms wieder eine Symbiose (gesundes Zusammenleben) mit Bakterien herzustellen und Giftablagerungen (vor allen Schwermetalle) auszuschneiden.

Es gibt auf dem Markt viele „Darmsanierungsprogramme“ wie z. B. Darmkur nach Gray, Ejuva, F. X. Mayr, R. Anderson und viele mehr. Doch jede Darmkur sollte mit einer Reinigung „von unten“ beginnen und nicht mit oralen Präparaten.

Colon-Hydro-Therapie

Mit gereinigtem Wasser wird eine sanfte Spülung in den Darm vorgenommen. Durch ein spezielles Schlauchsystem werden dabei Spülwasser und Darminhalt gleichzeitig wieder ausgespült – fast absolut sauber und geruchsfrei. Der ständige Wech-

sel zwischen Wasserzufuhr und Ausleitung löst nach mehrmaligen Behandlungsintervallen im Darm auch hartnäckigste Ablagerungen und Verklebungen. Der Darm wird sozusagen von innen massiert und gereinigt. Sollten Sie noch nie Einläufe gemacht haben, dann stellt dies sicherlich eine erste Option dar. Nicht nur für Krebskranke halte ich diese Therapie für äußerst wichtig und kann dies gar nicht genug betonen.

Kaffeeinläufe

Siehe auch unter: Ernährung/Gerson. Zur Durchführung noch ein paar Worte: Machen Sie mit 800 - 1000 ml Wasser (nach Angaben von Dr. Gerson sollten Sie destilliertes Wasser benutzen) und 3 - 5 Esslöffel biologischem Kaffee mit Koffein auf die übliche Art Kaffee. Warten Sie, bis der Kaffee auf Körpertemperatur abgekühlt ist und führen Sie diesen in den Darm ein. Hierzu benutzen Sie am besten einen Irrigator (Eimer/Schlauch System, ca. 10) aus der Apotheke und etwas Vaseline. Lassen Sie zuerst ein paar Tropfen aus dem Schlauch herauslaufen, damit keine Luft mehr im System ist und führen Sie den Rest ein.

Der Kaffee sollte ca. 10 - 15 Minuten im Darm bleiben, damit alles Koffein absorbiert wird. Erschrecken Sie bitte nicht, falls der Darm **alles** komplett resorbiert und nach 10 Minuten nichts mehr herauskommt, dies ist durchaus möglich.

ELDI Einläufe

ELDI steht für Elektronendifferenzierung und ist ein Sammelbegriff für ELDI-Öle nach Dr. Johanna Budwig. Diese Öle die-

nen unter anderem dazu, Ihrem Körper schnellstens Energie zuzuführen. Vor allem bei Schwerstkranken stellt dies eine wichtige Option dar. Am besten werden Sie mit einer großen Spritze zugeführt. Die erste Option ist das ELDI-R Öl.

Achtung: Einläufe sind kein Ersatz für die notwendigen täglichen Einreibungen mit ELDI-Ölen, sondern stellen ein spezielles Instrument bei niedriger Energielage dar.

Einläufe allgemein

Natürlich gibt es vor allem in der ayurvedischen Medizin und in der deutschen Heilkunde noch sehr viele Möglichkeiten, Einläufe mit verschiedensten Kräutern bzw. Ölen zu kombinieren. Setzen Sie sich mit dem Thema Einlauf unbedingt intensiv auseinander – es lohnt sich!

Bakterien

Wenn Menschen das Wort Bakterien hören, dann verbinden viele damit etwas Negatives. Viele vergessen ganz einfach, dass die Evolution einen Weg gefunden hat, wie wir nicht nur mit Bakterien zusammenleben, sondern es wird gerne vergessen, dass wir ohne Bakterien sehr schnell tot wären. Allein in unserem Darm haben wir Milliarden von hilfreichen Bakterien, ohne die wir kein einziges Essen verdauen könnten. Nicht nur bei Krebskranken ist die Darmflora gestört und muss unbedingt neu aufgebaut werden. Ganz sicher ist die Darmflora jedoch nach Chemotherapien oder dem Gebrauch von Antibiotika schwerstens geschädigt und sollte unter Zuhilfenahme von biologischen Milchprodukten, Säften (Sauerkraut) oder Kapseln mit Bakterien wie *Lactobacillus acidophilus* und vor

allem Bifidobakterien wieder aufgebaut werden.

Schwitzen

Schwitzen ist eine der einfachsten und effektivsten Möglichkeiten für unseren Körper, um Giftstoffe aus dem Körper zu transportieren. Sollten Sie jemals in Ihrem Leben gefastet oder eine intensive Ernährungstherapie gemacht haben, dann wissen Sie genau wovon ich rede. Es ist manchmal unglaublich, welche Gerüche entstehen und welche Substanzen man auf der Haut finden kann. Nicht umsonst ist unsere Haut auch immer ein Spiegel für unsere Gesundheit.

Sport

Am bekanntesten ist für uns sicherlich das Schwitzen durch körperliche Tätigkeiten, sei es nun schweißtreibender Sport oder harte Arbeit. Krebskranke sollten hiervon jedoch Abstand nehmen, so lange sie noch einen Tumor im Körper haben. Aerober Sport hat nämlich neben all den Vorteilen drei enorme Nachteile:

1. Produktion freier Radikale

Wenn wir aeroben Sport betreiben, benötigen wir vermehrt Sauerstoff. Diese Sauerstoffmoleküle bedeuten mehr freie Radikale, die unsere Zellen angreifen und diese müssen z. B. mit zusätzlichen Vitaminen neutralisiert werden. Sie können natürlich auch darauf hoffen, dass Ihre Zellen genügend Enzyme herstellen. Dass dem nicht so ist, werden Sie leider erst dann feststellen können, wenn Sie irreparable Schädigungen haben. Bitte machen Sie sich diesen Punkt noch einmal bewusst, egal

welche aerobe Sportart Sie betreiben.

Das europäische Magazin für angewandte Physiologie berichtete 1995 darüber, dass Sie nicht einmal eine Stunde joggen oder Fahrrad fahren müssen, damit freie Radikale in Ihren roten Blutkörperchen dramatisch ansteigen. Etwas anderes fanden Forscher der Universität von Utah und des U.S. Army Researchcenter heraus. Freie Radikale entstehen vermehrt, wenn Sie aerob trainieren, und zwar in den Bergen, bei Hitze und bei Kälte, und dies tun doch einige Sportler. So unwahrscheinlich gesund es sich anhört, aber jeden Tag zur Arbeit zu joggen oder über mehrere Kilometer mit dem Fahrrad zu fahren, und zwar bei jedem Wetter, sollten Sie besser bleiben lassen. Das Gleiche gilt für das Höhentraining. Wenn Sie sich nicht gerade auf eine Olympiade vorbereiten und viele rote Blutkörperchen benötigen, dann tun Sie dies Ihrer Gesundheit bitte nicht an.

2. Erhöhte Aufnahme von Ozon

Schon 1840 entdeckte der Chemiker Friedrich Schönbein das Gas Ozon. Doch erst 1913 erkannten französische Wissenschaftler, dass sich Ozon in einer sehr hohen Schicht der Atmosphäre bildet, und zwar durch die Einstrahlung der Sonne. 1985 entdeckte dann J. C. Farman, dass es über der Antarktis angeblich ein Loch in dieser Ozonschicht gäbe, und ab diesem Zeitpunkt wurde Ozon für uns alle ein Begriff, da es ein Gift ist und vor allem unserer Lunge schadet.

Übrigens, früher hat man gesagt, abends im Wald zu joggen, sei das Gesundeste, was Sie Ihrem Körper antun könnten.

Heutzutage ist dies allerdings so nicht mehr gültig. Es ist bedeutend gesünder für Ihre Lunge, früh morgens im Wald zu laufen, wenn die Ozonwerte nicht so hoch sind. Schädigende Werte von über 180 Mikrogramm pro Kubikmeter Luft sind

abends im Wald leider nicht mehr selten. Im Radio wird dann in der Regel vor sportlichen Aktivitäten gewarnt. Doch schon bei weitaus niedrigeren Werten besteht die Gefahr, dass Sie Kopfschmerzen bekommen, müde werden und Ihre Augen und Atemwege gereizt werden. Bei Werten über 350 Mikrogramm sind sogar irreversible Lungenschädigungen möglich.

Das zuerst einmal etwas komisch Anmutende ist, dass die Ozonkonzentration abends genau dort am höchsten ist, wo es die wenigsten Luftverschmutzungen gibt, sprich genau da, wo kein Autoverkehr und keine verpestete Industrieluft ist. Dies kommt daher, dass Ozon vor allem dadurch entsteht, weil Stickstoffdioxid durch die Sonneneinstrahlung ein Sauerstoffatom abgibt und sich mit unserer Luft zu Ozon verbindet. Dieses Ozon wird dann durch den Wind in stadtnahe Wälder getrieben und kann dort nur sehr schwierig abgebaut werden. In der Stadt hingegen kann sich Ozon leichter an die Stickstoffatome binden, und dadurch ist der Ozongehalt abends in der Stadt niedriger als im Wald. Wenn Sie also aussuchen können, morgens oder abends zu laufen, tun Sie es unbedingt morgens. Vor allem sollten Sie alles unterlassen, was Ihren Puls in die Höhe treibt, wenn es draußen sehr heiß ist. Sie schaden Ihrem Körper weitaus mehr, als Sie vielleicht vermuten.

3. Erhöhte Produktion von Milchsäure

Wir wissen heute, dass Tumore enorme Mengen an Milchsäure produzieren und dies für Krebskranke ein Problem darstellt. Dies tun Ihre Muskeln beim Sport leider auch – daher der Schmerz. Sie sollten also auf jeden Fall vermeiden, dass ihre Muskeln zusätzlich Milchsäure produzieren, egal ob dies durch schwere Arbeit oder Sport passiert.

Sobald Sie jedoch keine Tumore mehr im Körper haben,

gilt genau das Gegenteil. Sie sollten unbedingt damit beginnen, sich sportlich zu betätigen. Ich schließe mich jedoch nicht der Meinung an, dass Krebskranke innerhalb kürzester Zeit wieder Hochleistungssport betreiben können. Wir wissen viel zu wenig über die Mechanismen der Tumorentstehung und ich halte es für leichtsinnig, wieder in extremen Sport zurückzukehren. Auch wenn Sie jetzt an Musterbeispiele wie Lance Armstrong denken, den Tour de France Sieger, dann wissen wir erstens heute noch nicht, wie es ihm in wenigen Jahren gehen wird und zweitens sind die Sportler, die wieder zurückkehren, meistens Sportler mit bestimmtem Krebsarten wie Hodenkrebs oder Lymphomen. Beide Krebsarten sind meiner Meinung nach nicht mit epithelialen Krebsarten wie Brust-, Darm-, Magenkrebs usw. vergleichbar.

Heiße Bäder

Ein heißes Bad ist sicherlich die einfachste und bekannteste Therapie zur Entgiftung. Das heiße Wasser erhöht die Blutzirkulation und eine Erweiterung der Kapillargefäße, welches zu einer besseren Ausscheidung von Giftstoffen führt. Bei allen Bädern sollten wir niemals vergessen, dass diese „richtige Therapien“ darstellen und viel Energie kosten. Sie sind also nicht für jeden geeignet. Bevor Sie baden, sollten Sie sich am ganzen Körper waschen und die Haut mit einer Bürste leicht abreiben.

Bezüglich der Wassertemperatur gibt es zwei Theorien. Die erste besagt, dass die Temperatur ca. 42/43° C haben soll, also sehr heiß, damit sich die Poren weit öffnen. Die zweite Theorie besagt, dass die Temperatur über eine Stunde lang ca. 37° C, also Körpertemperatur, haben sollte. Es gibt für beide Theorien Pros und Contras.

Wie lange Sie im Wasser bleiben sollen, hängt ebenfalls von Ihrer Konstitution ab und es gibt keine Regel hierfür. Duschen Sie sich unbedingt kurz ab, bevor Sie die Wanne verlassen. Was Sie auf jeden Fall machen sollten, ist nach dem Bad noch für 15 - 20 Minuten im gut erwärmten Badezimmer zu bleiben.

Verschiedene Bäder

Bittersalz (Magnesiumsulfat) Bäder sind bekannt dafür, dass sie den pH-Wert der Haut verändern und dadurch helfen, Gift besser auszuscheiden. **Natriumhydrogenkarbonat (Natron)** Bäder dienen dazu, das Säure/Basen Gleichgewicht positiv zu beeinflussen. Bei beiden Bädern geht es darum, möglichst ein Badewasser herzustellen, dessen pH-Wert bei ca. 8,5 liegt.

Bäder mit **Lehm/Heilerde** gleichen ebenso das Säure/Basen Gleichgewicht positiv aus. Je nachdem, was mit einem Zusatz erzielt werden soll, finden noch Bäder mit Ameisensäure, Baldrian, Eichenrinde, Fichtennadeln, Kamille, Rosmarin, Melisse oder Senf ihre Anwendungen.

Kliniken haben natürlich den Vorteil, dass sie Ihnen noch ganz andere Bäder wie Moor, Teilbäder, Stangerbäder (mit elektrischem Strom), Schiele Fußbäder und vor allem die **Dauerbrause** anbieten können. Die Dauerbrause als Entgiftungsinstrument halte ich für eine herausragende Therapie und kommt meiner Meinung nach viel zu wenig zum Einsatz. (Bei der Dauerbrause liegt man in einem vorbeheizten Raum auf einer Liege und in ca. 150 - 200 cm Höhe fährt ein Duschkopf permanent über einen hinweg.)

Bitte benutzen Sie keine Chemikalien im Wasser. Schauen Sie sich sehr genau an, was auf der Flasche draufsteht. Wenn Sie sich nicht sicher sind, bevorzugen Sie immer ein Bad ohne Zusätze, anstatt irgendwelcher Badezusätze von denen Sie nicht 100 %ig wissen, was drin ist.

Sauna

Das Schwitzen in einer Sauna gehört schon seit Alters her zu den bevorzugten Entgiftungsmaßnahmen. Jeder, der regelmäßig in die Sauna geht, weiß um die Wohltat dieser Therapie. Man unterscheidet zwischen trockener Sauna und Dampfsauna. In einer Dampfsauna wird, wie das Wort schon sagt, zusätzlich Dampf erzeugt, oftmals mit Kräutern. Es gibt heute die unterschiedlichsten Saunen und die Anwendungsart hängt stark von Ihrer derzeitigen Konstitution ab. Egal, wie die einzigen Anwendungsgebiete auch immer beschrieben werden und egal, ob es jetzt eine trockene Hitze oder ein Dampfbad ist, am Ende geht es immer um das **gesunde Schwitzen**. Dieses bewirkt ein Ausscheiden von Giftstoffen **und** eine Sauerstoffsättigung des Blutes und hat in der Regel auch noch positive Auswirkungen auf Ihre emotionale Lage.

Krebskranken wird oftmals davor abgeraten, in die Sauna zu gehen. Ich schließe mich dieser Meinung nicht an (insofern keine anderen Gründe dagegen sprechen). Ein Tumor ist aber kein Grund, nicht in die Sauna zu gehen.

Wickel

Lange bevor der Name Sebastian Kneipp in die Annalen ein-

ging, beschrieb ein Mann namens Vinzenz Prießnitz (1799 - 1851) verschiedene Heilanwendungen von Wasser. Prießnitz wurde bekannt durch den nach ihm benannten Wickel und behandelte Tausende von Patienten in Gräfenberg.

Wickel können wärmeanziehend (wie bei den bekannten Fieberwickeln), wärmeabgebend, zur Entgiftung und zum Setzen eines Hautreizes verwendet werden. Da Krebskranke sehr oft auch andere Krankheiten haben, ist der Einsatz von Wickeln des öfteren indiziert. Ich möchte in diesem Bericht nur auf zwei Wickel eingehen:

1. Leberwickel

Nicht nur Prof. Hackethals Patienten bekamen täglich 30 Minuten vor dem Mittagessen einen Heuwickel auf den Unterbauch zur Anregung der Magen/Darmtätigkeit und zur besseren Durchblutung der Leber. Man kann dies zwar nicht als eine wirkliche Alternative zu Kaffeeinläufen sehen, aber viele Menschen können z. B. nach Operationen keine Einläufe machen und hierfür ist eine Förderung der Leberdurchblutung durch warme Wickel eine sinnvolle Alternative.

2. Wickel mit ELDI-Ölen

Die von Dr. Budwig entwickelten ELDI-Öle sind in der Lage, Energie „am Ort des Geschehens“ abzugeben. Gerade bei Lebertumoren oder bei Lungenkrebs sind ELDI-Wickel angesagt. Man tränkt hierfür ein Tuch/Watte mit dem jeweiligen ELDI-Öl und legt dieses auf die Haut. Darüber legt man ein weiteres Tuch und lässt diese Kombination je nach Indikation zwischen 1 - 8 Stunden am Körper.

Homöopathie

Auch Samuel Hahnemanns Anhänger haben viel zu sagen, wenn es um Entgiftungen geht. In Anbetracht der unzähligen Mischungen, die es gibt, sollten Sie sich hierfür jedoch einen erfahrenen Homöopathen suchen, der in der Lage ist, die für Sie richtige Mischung auszutesten.

Trampolin

Ein einfaches aber effektives Gerät um Ihre Lymphzirkulation zu erhöhen ist das Springen auf einem Trampolin. Versuchen Sie ganz leicht federnd, und ohne dass Sie sehr viel mehr atmen müssen, täglich für 5 - 10 Minuten darauf zu springen. Bitte unterschätzen Sie die ausgesprochen positiven Auswirkungen von Trampolinspringen auf Ihr Lymphsystem nicht. Auch wenn Sie die Heilwirkung nicht sofort spüren, so unterstützt dieses einfache Gerät eine Entgiftung doch immens.

Licht

Wir Menschen sind alle Heliotropen (nach dem Sonnenlicht ausgerichtet), das heißt, dass wir das Licht mit seinen Elektronen benötigen. Das menschliche Gewebe ist insofern einzigartig, als dass es in der Lage ist, diese Elektronen zu speichern und nach Bedarf wieder abzugeben. Die Absorption geschieht über die sogenannte Resonanz, was bedeutet, dass unser Gewebe in der gleichen Bandbreite schwingen muss wie die ankommende Strahlung. Sie können dies mit einer Antenne vergleichen, die entsprechend justiert wird.

Natürlich tragen viele verschiedene Entgiftungsmaßnahmen dazu bei, dass unsere „Antennen“ wieder richtig ausgerichtet werden. Auch Entspannungsübungen tragen dazu bei, dass wir überhaupt in der Lage sind, das Angebot an Biophotonen (Licht) aufnehmen zu können. Zu Ihren Aufgaben gehört es deshalb während der Therapie, dass Sie dafür sorgen, genügend Licht aufzunehmen. Deshalb sehe ich es als **wichtige Therapie** an, dass Sie täglich mindestens zweimal für ca. 20 - 30 Minuten nach draußen gehen. Tragen Sie nach Möglichkeit während des Spaziergangs keine (Sonnen)-Brille, da Licht vor allem durch unsere Augen aufgenommen und ans Gehirn weitergeleitet wird. Des weiteren „zeigen Sie der Sonne etwas Haut“. Dadurch geschieht folgendes:

- Die Produktion von Lymphozyten in der Haut wird angeregt
 - Supressorzellen werden aktiviert
 - Überschüssiges Cortisol wird verbraucht
 - Interferon wird produziert
 - Die Zellatmung wird verbessert
 - Die Phagozytose wird angeregt (das Auffressen von noch auszuscheidenden Zellpartikeln)
-

Wie Sie sehen, kann der tägliche Aufenthalt im Tageslicht weitaus mehr bewirken als modernste Medikamente. Das Wichtigste jedoch ist, dass sich Ihre Zellen sozusagen „aufladen“. Nutzen Sie diese Chance unbedingt.

Infusionen

Ärzte haben die Möglichkeit, Ihnen Infusionen zu geben, die

erstens das Säure/Basen-Gleichgewicht verbessern können und zweitens Schwermetalle binden.

1. Vitamin C Hochdosis-Infusionen zur Ausleitung, zum Binden freier Radikale und zum direkten Angreifen von Tumoren.
2. Selen-Infusionen zur Bindung von Metallionen.
3. Chelation mit EDTA (Ethylenediaminetetraensäure) zur Bindung von Schwermetallen.

Ölsaugen

Beim Ölsaugen, oder auch Ölziehen genannt, spült man morgens, mittags und abends **vor** dem Essen den Mund mit einem Esslöffel Öl aus (meistens Sonnenblumenöl, alternativ Leinöl, Sesamöl oder Weizenkeimöl). Genauer gesagt, man lässt das Öl ca. 10 Minuten im Mund und bewegt es hin und her. Die Theorie, wie z. B. von G. P. Malachow beschrieben, besagt, dass hierdurch die Speicheldrüsen aktiviert und Säuren und Giftstoffe gebunden werden. Zusätzlich bringt man die Muskeln im Kopfbereich in Bewegung, die für ein aktives Lymphsystem eine wichtige Rolle spielen.

Wasser

Über das Thema Wasser könnte ich ein eigenes Buch schreiben, so wichtig ist es. Informieren Sie sich deshalb unbedingt zusätzlich.

Nach allem, was ich heute über Wasser weiß, wird diese Substanz in der zukünftigen Medizin eine große Rolle spielen. Wasser dient vor allem als Trägersubstanz für Informationen

und zur Energiegewinnung. Vielleicht können wir eines Tages nicht nur mit Wasserstoff-Autos fahren, sondern Wasser als „inneren Energieträger“ nutzen. Deshalb nützt es auch nichts, Wasser nur zu filtern (egal ob jetzt mit Kohle, Umkehrosmose usw.), um Chemikalien herauszufiltern, sondern Sie sollten auch die darin enthaltenen Informationen wieder löschen, z. B. durch Verwirbelungsanlagen, wie sie Viktor Schaubberger schon beschrieb.

Nur zu verwirbeln oder nur zu filtern ist sicherlich nicht genug! Was die Menge des täglich zu trinkenden Wassers angeht, bin ich persönlich noch etwas gespalten. Einerseits gibt es viele Gründe, unbedingt täglich 2 - 4 Liter Wasser zu sich nehmen, andererseits zeigt uns die Tierwelt, dass es auch anders geht. Vor allem die uns Menschen nahestehenden Primaten trinken sehr wenig.

Meine Meinung ist, dass man jedoch vor allem während einer intensiven Entgiftungstherapie auf jeden Fall 3 Liter Wasser zu sich nehmen sollte, um genügend Giftstoffe auschwemmen zu können.

Säure-Basen Ausgleich über basische Mittel

Auch über den Magen-Darm Trakt kann man den pH-Wert positiv regulieren. Carbonatmischungen (z. B. mit Calcium, Magnesium, Kalium, Natrium, Mangan ...) als Pulver mit Wasser eingenommen, können hier sehr hilfreich sein. Kontrollieren Sie den Erfolg über eine pH-Messung Ihres Urins. Die zweite Urinabgabe am Morgen sollte dabei im basischen Bereich (pH über 7). Natürlich mit der Ausnahme während einer Entgiftungstherapie, weil während dieser vermehrt Säuren ausgeschieden werden.

Vermeidung von Giften

Die erste Maßnahme für jeden Krebskranken sollte sein, die Aufnahme von Giftstoffen zu vermeiden. Es reicht, wenn Ihr Körper jetzt schon genügend belastet ist und was nützen Ihnen die besten Entgiftungsmaßnahmen, wenn Sie gleichzeitig wieder Gifte zuführen. Legen Sie also Wert darauf, sich eine so gut wie möglich giftfreie Zone zu schaffen.

Nahrung

Kaufen Sie ausschließlich biologische Ware ein. Vergessen Sie all die Bessis, die Ihnen weismachen wollen, dass alle Nahrung gleich sei. Das stimmt nicht. Natürlich gibt es auf dem Markt schlechte Ware, die fälschlicherweise als Bioware deklariert ist – Verbrecher gibt es eben überall. Deshalb aber den Kopf in den Sand zu stecken nach dem Motto: Kenne ich einen, kenne ich alle, halte ich für sehr gefährlich.

Kosmetika und Waschmittel

Unsere Haut nimmt sehr leicht Giftstoffe auf und deshalb müssen Sie unbedingt 100 %ig genau wissen, was Sie auf Ihre Haut oder auf die Lippen cremen, oder in die Haare bzw. in Ihre Badewanne tun. Lesen Sie doch bitte einmal die Inhaltsliste Ihres Shampoos und fragen Sie sich selbst, wie viele Stoffe Sie kennen. Sie werden ganz schön überrascht sein. Lassen Sie

Ihre Finger auf jedem Fall von allem, das Fluorid, Propylalkohol und Aluminium enthält. Dasselbe gilt natürlich auch für Wasch- und Putzmittel.

Mikrowelle

Sollten Sie einen Todfeind haben, dann schenken Sie ihm Ihre Mikrowelle – wenn nicht, entsorgen Sie diese noch heute. Es gibt kaum etwas Vergleichbares, was Ihnen mehr schaden kann. Als Krebskranker müssen Sie unbedingt verstehen, dass unsere Zellen über Lichtsignale kommunizieren und wir ohne diese Kommunikationsfähigkeit der Zellen nicht überleben können. Wir müssen uns deshalb vor Wellen schützen, die wie bei einer Mikrowelle so funktionieren, dass hohe Frequenzen auf Signale mit niedriger Intensität „aufmoduliert“ werden. Jedes Mal wenn Sie die Mikrowelle einschalten, „konkurrieren“ diese Wellen sozusagen mit den gesunden Wellen Ihrer Zellen.

Doch das ist noch nicht alles. Jedes Nahrungsmittel, das Sie in einer Mikrowelle erhitzen, erhält ein anderes Schwingungsmuster, im Gegensatz zu einer normalen Erhitzung, bei der eine Oxydation stattfindet und Zellwände ganz einfach durchlässiger werden. Jedes Nahrungsmittel hat jedoch eine eigene Schwingung, und genau diese wollen wir eigentlich bewahren wenn wir etwas essen. Des Weiteren findet eine „Polarisationsdrehung“ statt, also eine Umkehrung der „gesunden“ Rechtsdrehung des Lichtes zu einer „kranken“ Linksdrehung. Lassen Sie also unbedingt die Finger weg von Mikrowellen!

Elektromagnetische Belastung

Unter diesen Sammelbegriff gehören alle Geräte, denen wir fast täglich ausgesetzt sind. Egal ob es jetzt Handys, Radiowecker, Fernsehgeräte, Halogenlampen, Heizkissen, Neonröhren, Computer, Bildschirme und vor allem die Sendemasten für die Handys sind, wir können uns den Belastungen des 3. Jahrtausends nicht mehr komplett entziehen, selbst wenn wir auf eine einsame Insel ziehen würden. Das Thema Elektromog ist inzwischen so groß geworden, dass Sie in jeder Bibliothek oder im Internet Tausende von Abhandlungen über deren Gefahren lesen können. Ich möchte Sie in diesem Bericht nicht mit all den Gefahren belasten und warum unsere Politiker nichts dagegen unternehmen, sondern Ihnen eine kleine Zusammenfassung darüber geben, was Sie dagegen tun können, damit Ihre Zellen nicht so stark beeinträchtigt werden:

1. Lassen Sie sich unbedingt einen Netzfreischalter einbauen. Dies ist ein kleines Gerät (ca. 100 Euro), welches verhindert, dass nachts in Ihrem Schlafzimmer Strom fließen kann. Wenn Sie das Licht ausschalten, fließt der Strom in der Wand trotzdem. Viele Menschen liegen jetzt mit ihrem Kopf nur wenige Zentimeter von der Wand weg, in welcher der Strom fließt. Dies hat unterschiedliche negative Auswirkungen, vor allem auf Ihr Gehirn. Stoppen Sie also den Strom, während Sie schlafen.
2. Keine Radiowecker oder elektrische Geräte im Schlafzimmer.

3. Keine drahtlosen Telefone zu Hause (vor allem kein DECT).
4. Keine Handys (und wenn Sie darauf nicht verzichten können, dann benützen Sie auf jeden Fall ein externes Mikrofon)
5. Keine Matratzen mit Springfedern oder Betten mit Metall (diese dienen sonst als Antenne).
6. Keine Stühle, die 3 oder 5 „Füße“ haben, wie die meisten Drehstühle im Büro (diese dienen ebenso als Antenne). Setzen Sie sich lieber auf einen Holzstuhl mit 4 Beinen.

Erdstrahlen

Als ich mich vor vielen Jahren zum ersten Mal mit diesem Thema beschäftigte, dachte ich zuerst, ich sei im falschen Film und habe die Literatur wieder beiseite gelegt. Nachdem mir das Thema in Bezug auf krank machende Aspekte immer wieder begegnete, begann ich damit, mich doch ernsthafter damit auseinanderzusetzen und heute sehe ich Bücher, in denen darüber berichtet wird, wie viel Energie früher damit verbraucht wurde, um den „richtigen Platz“ für Kirchen, Schulen und Häuser zu finden, in einem ganz anderen Licht.

Ich war in meinem Leben schon mehrmals in China und lange bevor der Begriff Feng Shui Mitte der neunziger Jahre nach Europa kam, hatte ich mich mit dem Thema intensiv auseinandergesetzt. Doch erst heute verstehe ich, was diese Feng Shui Meister da eigentlich wirklich machen und wie

wichtig ein Umfeld ist, in dem Energie fließen kann. Ja selbst die „ernste Wissenschaft“ beschäftigt sich immer mehr mit diesem Thema, da viele Physiker erkannt haben, wie wichtig unser magnetisches Umfeld für uns ist.

Was sind eigentlich Strahlen? Wir müssen hier unterscheiden zwischen den elektromagnetischen Wellen unserer Erde und den Wellen, die der Erde in Form von Elementarteilchen (Protonen, Neutronen, Elektronen) zuströmen. Wellen können sehr kurz sein, im Bereich von Nanometern, wie Röntgenstrahlen oder kilometerlang wie Radiowellen. Wenn Wellen zwischen 400 nm und 700 nm lang sind, dann nennen wir diese Wellen Licht. Sind sie kürzer, dann sprechen wir von UV-Strahlung, welche wir noch vom letzten Sonnenbrand kennen. Sind sie noch länger, dann reichen sie schon in den Infrarot-Bereich. Jedem von uns ist bekannt, dass eine Kompassnadel immer nach Norden zeigt und dies „irgendwie“ mit dem Magnetfeld der Erde zu tun hat. Wir wissen heute auch, dass es eine magnetische Kraft gibt, die von Nord nach Süd und von Ost nach West geht, und was man ebenso messen kann, sind die senkrechten Kraftlinien, die direkt aus dem Erdinnern nach oben strahlen.

Jetzt macht es natürlich Sinn, dass es da „Umstände“ geben kann, die verhindern, dass diese natürlichen Strahlungen wie gewohnt aus der Erde herauskommen z. B. weil da Wasser ist oder ungewöhnliche Verschiebungen bzw. Spalten. Dadurch verändert sich auch das magnetische Umfeld, das wir gewohnt sind. Als es noch weniger künstlich erzeugte Wellen gab, konnten vor allem Tiere, aber auch Menschen, diese „anderen“ Wellen fühlen. Heute benötigen wir hierfür feinste Messgeräte oder äußerst feinfühlig Rutengänger, die es jedoch immer schwerer haben durch die vielen künstlich erzeugten Wellen. Sie sehen, Rutengänger sind keine esoterischen Spin-

ner, sondern haben nicht mehr aber auch nicht weniger als die Fähigkeit, diese Wellen aufzuspüren.

Schon im vorletzten Jahrhundert stellte A. Haviland in England fest, dass in speziellen Gebieten (Kalk- und Kreide) erheblich mehr Krebsfälle auftraten als in anderen (mit Ton). Weitere Forscher wie Watt oder Brand, aber auch Robinet oder Rambeau in Frankreich bestätigten Havilands Forschungen. In Deutschland waren es dann Hager und vor allem der berühmte Freiherr v. Pohl, der 1932 beweisen konnte, dass 50 amtlich registrierte Krebsfälle auf geopathischen Zonen schiefen. Ende der 60er Jahre bestätigte E. Hartmann mit seinen umfangreichen Studien alle vorgenannten Forscher. Er war es auch, der im Detail beschrieb, dass die Abstände der Reizstreifen zwischen 30 cm und 200 cm betragen.

Was bedeutet das jetzt für Krebspatienten? Sie kommen nicht umhin, vor allem Ihr Schlafzimmer untersuchen zu lassen. Suchen Sie sich jemanden in Ihrer Nähe oder kontaktieren Sie eine Gesellschaft, die sich mit diesem Thema beschäftigt.

Textilien

Vor allem in Billigtextilien sind sehr viele Giftstoffe enthalten. Imprägnier- und Konservierungstoffe, Pestizide, Fungizide, Weichmacher und Desinfektionsmittel sind nur ein paar Stoffe der Hunderte von Giftstoffen, denen heutzutage Textilien ausgesetzt werden. Hinzu kommt, dass vor allem fettlösliche Gifte beim Tragen dieser Textilien freigesetzt und über die Haut resorbiert werden. So werden Menschen mit Giftstoffen wie Formaldehyd, Pentachlorphenol oder Pyrethroid kontaminiert, die alle gemeinsam haben, dass sie die Zellatmung in

unseren Mitochondrien stören oder aber sogar zum Erlahmen bringen. Achten Sie deshalb beim Kauf von Textilien, woher diese kommen und wer sie produziert hat und investieren Sie lieber ein paar Euro mehr in gesunde Kleidung.

Polyamide

Künstliche Fasern haben den „Vorteil“, dass sie in der Regel mit weniger Giftstoffen behandelt werden, dafür haben sie jedoch einen vielleicht noch viel größeren Nachteil: Sie stören den Energiefluss unseres Organismus, indem sie unsere Körperelektrizität durch elektrostatische Aufladungen durcheinanderbringen. Dadurch wird unser Körper gezwungen, diesen „Dauerstress“ permanent zu korrigieren, was sehr viel Energie verbraucht, die, wie wir wissen, die zentrale Rolle in der Krebstherapie spielt. Tragen Sie deshalb möglichst natürliche Materialien wie Baumwolle oder Seide. Für Frauen ist sehr wichtig zu wissen, dass vor allem BHs hier sehr negativ sind, da die meisten BHs aus Kunstfasern hergestellt werden. Doch wie die Anthropologen Sydney Ross Singer und Soma Grismaijer feststellten, ist das Risiko an Brustkrebs zu erkranken bei Frauen, die 24 Stunden am Tag einen BH tragen, sage und schreibe 125 x höher als bei Frauen, die keinen BH tragen (siehe auch unter Brustkrebs).

Metallschmuck

Das permanente Tragen von „geschlossenem“ Schmuck an Armen, Beinen und Hals kann ebenfalls sehr negative Auswirkungen haben, da dies ein Fließen der Energie verhindert. Vor allem metallische Halsketten können Probleme bereiten,

und Sie sollten deshalb immer ein Kettenglied aus Kunststoff eingearbeitet haben oder den Schmuck nur kurzfristig tragen.

Lachen

Lachen als Therapie. Sollten Sie das für verrückt halten und darüber lachen, dann freue ich mich, denn lachen kann viel mehr zu Ihrer Gesundheit bzw. einer verbesserten Entgiftung beitragen, als Sie vielleicht annehmen. Während auf der ganzen Welt in Labors Millionen ausgegeben werden, um herauszufinden, wie wir unser Immunsystem stärken können, haben wir alle das beste Mittel hierfür in uns. Dem Arzt Patch Adams haben wir es zu verdanken, dass wir heute wissen, dass dieses theoretische Wissen durchaus in die Praxis umzusetzen ist. Was viele Wissenschaftler nur in Studien erahnten, hat er erstmals unter klinischen Bedingungen bewiesen. Dieses Wissen wird heute inzwischen bei Kindern angewandt, und es gibt in vielen Kliniken Clowns auf Kinderstationen.

Aber warum eigentlich nur auf Kinderstationen? Brauchen wir Erwachsene nicht viel mehr als Kinder unseren täglichen „Immunschub“? Die Antwort hierfür ist sicherlich ein klares Ja, doch was würden Sie sagen, wenn Ihr Arzt mit einer roten Nase zur Visite kommen würde? Wir müssen anfangen umzudenken und wieder verstehen, dass wir nicht auf dieser Welt sind, um krank zu sein sondern andere Aufgaben zu bewältigen haben.

Sollten Sie glauben, dass es in Ihrem Leben derzeit nichts zu lachen gibt, dann ändern Sie diese Situation. Sorgen Sie dafür, es ist möglich! Besorgen Sie sich auch das ausgezeichnete Buch *Gesundheit* von Patch Adams.

Biete gehen Sie über diesen Punkt nicht einfach hinweg

und denken Sie: So ein Quatsch. Lachen wird eine große Rolle in der Medizin des nächsten Jahrtausends spielen, auch wenn es heute noch in keinem „wissenschaftlichen“ Lehrbuch zu finden ist. Die Auswirkungen von Lachen haben weitaus größere Effekte auf Ihr Immunsystem als viele Medikamente, die man Ihnen vielleicht zur Immunstimulation verschrieben hat oder noch verschreiben wird.

Eine kleine Übung hierzu:

Grinsen Sie jeden Morgen mindestens 2 - 3 Minuten ununterbrochen. Sie werden sehr schnell merken, dass es Ihnen allein durch eine so einfache Übung besser gehen kann.

Eine lebenslange Übung hierzu:

Wenn Sie das nächste Mal wieder einmal anfangen zu stöhnen, weil Sie sich nicht sicher sind, welche Wahl Sie treffen sollen, beginnen Sie unverzüglich zu lächeln und fangen Sie an, sich bewusst darüber zu freuen, dass es Ihnen überhaupt möglich ist, auswählen zu dürfen. Freuen Sie sich darüber, dass Sie eine Auswahl treffen dürfen und dies nicht andere Menschen für Sie tun. Freuen Sie sich ebenfalls, dass Sie zu einer privilegierten Minderheit auf dieser Erde gehören, die das Glück hat, immer wieder zwischen zwei oder mehr Dingen auswählen zu dürfen. Machen Sie diese Übung immer und immer wieder. Die Ergebnisse werden Sie dafür belohnen und sehr schnell wird folgendes eintreten:

- Es wird Ihnen leichter fallen, Entscheidungen zu treffen.

- Es wird Ihnen bewusst werden, dass Sie ein Leben führen, das Sie selbst bestimmen können.
- Sie werden erkennen, dass es für das Glücklichein zweitrangig ist, sich für das eine oder andere zu entscheiden.
- Es wird Ihnen die Energie geben, Neues anzupacken.
- Es wird für Sie nicht mehr so wichtig sein, ob Sie sich für dies oder das entscheiden, sondern Sie werden sich immer wieder aufs Neue daran erfreuen, sich entscheiden zu dürfen.

Das dritte E

Energie

In diesem Kapitel möchte ich das Gebiet Energie in zwei Gruppen unterteilen: Mentale Energie und Spirituelle Energie. Unabhängig von welcher Energie ich rede, bin ich davon überzeugt, dass wenn es wirklich ein Wundermittel für Krebskranke gibt, dann ist es eine energetische Therapie. Egal mit welchen Überlebenden eines finalen Stadiums ich mich unterhielt, mit russischen, afrikanischen, asiatischen oder amerikanischen – sie hatten alle gemeinsam, dass sie mir davon berichteten, wie sie sich „energetisch aufgebaut“ hatten. Auch wenn jeder Patient wahrscheinlich etwas anderes darunter verstand, so ging es doch bei allen darum, dass sie in der Lage waren, ihre Energie wieder frei fließen zu lassen. Ein freier Energiefluss hat auch immer etwas mit (persönlichem) Glück, Zufriedenheit, sich Ziele setzen und mit positivem Denken zu tun. Aus diesem Grund werde ich Ihnen auf den nächsten Seiten erklären, was Sie tun können, um all diesen Punkten näher zu kommen.

Ein Hinweis zuvor. Sollten Sie selbst Krebs haben oder etwas in Ihrem Leben ändern wollen, dann lesen Sie dieses Kapitel nicht einfach, sondern erwecken Sie es zum Leben, indem Sie die leeren Zeilen mit Ihren Gedanken füllen. Nur wenn Sie beginnen, sich über die nachfolgenden Punkte Gedanken zu machen und keine Angst mehr vor Änderungen haben, können Sie es erreichen, dass Energien (wieder) frei

fließen. Selbst wenn Sie zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht verstehen, warum das so wichtig ist, möchte ich Sie in Ihrem Interesse darum bitten, diese Zeilen nicht einfach nur zu lesen, sondern mit Leben auszufüllen.

3E-Mentaltraining

Wir alle haben eine Erziehung genossen, die uns zu der Person machte, die wir heute sind. Selbstverständlich hat auch unser Leben als Erwachsener viel dazu beigetragen, doch wir dürfen nicht vergessen, dass wir als Kinder und Jugendliche die Grundsteine für unsere Denkstrukturen gelegt haben.

Leider haben wir jedoch auch „Programme“ von unseren Eltern, Lehrern und Freunden erlernt, die wir oftmals unbewusst ablaufen lassen. Alles, was in unserem täglichen Leben auf uns einströmt, wird deshalb durch diese Programme sortiert und für gut, schlecht, optimal, nicht genügend, befriedigend usw. befunden. Wenn ein Mensch krank ist, dann ist es von großem Vorteil, diese Programme „umzuprogrammieren“ oder noch einfacher, neue Programme zu erlernen. Dabei werden Sie neue Visualisierungstechniken erlernen (rechte Gehirnhälfte) und auch intellektuell gefordert werden (linke Gehirnhälfte).

Wenn sich nichts ändert, ändert sich nichts!

Dieser Spruch ist sehr wichtig, denn Ihr bisheriges Leben hat dazu geführt, dass Sie heute Krebs haben. Dieser Satz hat nichts mit einer Bewertung Ihres Lebens zu tun, sondern beschreibt nur den Status quo. Für Menschen, die Tumore haben oder energetisch abnormale Zellen, ist es deshalb von größter Bedeutung, dass Änderungen eingeleitet werden. Doch kein

Arzt auf dieser Welt kann Ihnen sagen, welche Änderungen in Ihrem Leben notwendig sind. Dieses können nur Sie herausfinden bzw. in Gemeinsamkeit mit anderen. Doch wie findet man eigentlich heraus, was gut für einen ist?

Was gut für mich ist? „Aber das ist doch einfach“, werden Sie jetzt vielleicht denken. Ich kann Ihnen jedoch aus meinen Erfahrungen mit vielen Menschen sagen, dass dem nicht so ist.

Schauen Sie sich doch einmal in Ihrem näheren Bekanntenkreis um und Sie werden bestimmt Ähnliches feststellen. Es wird da Menschen geben, die zuviel Alkohol, Tabletten oder andere berauschende Mittel zu sich nehmen. Väter und Mütter, die ihre Kinder schlagen oder sogar eine Haftstrafe verbüßen. Männer, die unausstehliche Machos sind, unverbesserliche Paschas oder sich auf Kosten anderer Menschen vergnügen. Wissen diese Menschen, was gut für sie ist? Warum interessiert es diese Menschen überhaupt nicht, wie sich andere fühlen?

Die Antwort darauf ist schlicht und einfach: Sie erkennen nicht, was langfristig gut für sie ist. Sie geben sich kurzfristigen, gefühlsaufhellenden Dingen hin, die sich dann z. B. bei Süchtigen, aber auch bei den allzu bekannten Paschas eines Tages verselbständigen und dadurch nicht mehr zu kontrollieren sind. Dieser Automatismus endet nicht selten im Tod oder in schweren Krankheiten. Wissen wir denn wirklich, warum wir ausgerechnet unseren Beruf ausgewählt haben? Aus eigenem Interesse oder weil Ihnen Ihr (technisch begabter) Vater schon in jungen Jahren alle paar Monate einen Experimentierkasten gekauft hat, in der Hoffnung, sein Sohn würde sich genauso dafür interessieren wie er selbst?

Warum verlieben wir uns immer in die gleiche Sorte Mensch? Weil diesen Frauen (Männern) die gleichen Werte wichtig sind, die uns Mama und Papa beigebracht haben?

Oder falls sie gerade in Opposition zu Ihren Eltern sind, weil sie das Gegenteil von dem sind, was Ihre Eltern als eine(n) optimale(n) Schwiegertochter (Sohn) bezeichnen würden?

Sind Sie nicht auch manchmal beleidigt, obgleich es nichts mit dem Inhalt der Sache zu tun hat, sondern eher damit, dass sich Ihr Partner nicht genügend um Sie kümmert und Sie durch das Beleidigtsein ein paar Streicheleinheiten bekommen? Würden Sie jede Wette eingehen, dass Sie all diese Fragen mit Nein beantworten können? Sicherlich nicht. Doch selbst dann, wenn Ihnen Ihr Verhalten bewusst wird, bedeutet dies leider noch lange nicht eine positive Veränderung. Glauben Sie, dass Alkoholikern nicht bewusst ist, dass sie zuviel trinken? Oder Männer, die ihre Frauen schlagen, nicht wissen, dass dies der falsche Weg ist? Oder essgestörte Frauen, dass es gesundheitsschädlich ist, zehnmal am Tag zu erbrechen? Sie alle wissen sehr genau, dass ihre Verhaltensweisen nicht förderlich für ihr Glück sind. Warum sind wir dann nicht in der Lage, Vorgänge, die uns bewusst sind, zu ändern? Das Wort Angst spielt hier die entscheidende Rolle, genauer gesagt, die Angst vor Neuem, einhergehend mit der Angst vor Veränderungen. Unsere Psyche spielt uns hierbei viele Streiche, da sie Wege kennt, uns daran zu hindern. Der erste wichtige Schritt einer Änderung ist deshalb die Einsicht, dass sich etwas ändern sollte. Ohne Einsicht gibt es keine Möglichkeit einer Änderung, unabhängig davon, ob diese durch Druck entstanden ist oder durch Analyse.

Vielleicht geht es Ihnen ja auch wie vielen anderen Menschen. Eigentlich sind Sie mit Ihrem Leben im Großen und Ganzen zufrieden – wäre da nicht dieses Problem mit dem Krebs. Tauschen, nein tauschen wollen Sie mit keinem anderen Menschen auf dieser Welt.

Haben Sie sich jemals die Frage gestellt, warum fast alle

Menschen auf die Frage: „Würden Sie gerne mit jemand anderem tauschen“ ein klares Nein antworten? Warum möchten nur so viele Leute reicher, hübscher, gesünder, berühmter usw. sein, aber immer nur im Zusammenhang mit ihren eigenen Erfahrungen und ihrer eigenen Vergangenheit? Um langfristige Änderungen einleiten zu können, dürfen Sie sich nicht nur mit Ihrem Verstand auseinandersetzen, sondern Sie müssen dies auch verstärkt mit Ihrer Gefühlswelt tun. Unabhängig von allen schlechten Erfahrungen in der Vergangenheit, fühlt sich jeder von uns in seiner eigenen Haut deshalb am wohlsten, weil er diese besser kennt als alles andere auf der Welt, und Altbekanntes erzeugt in uns erst einmal ein positives Gefühl. Das Gegenteil davon sind neue Dinge, die zuerst einmal negative Gefühle hervorrufen, egal wie positiv sie später einmal sein mögen. Dies ist der Grund, warum es so viele Bücher über Veränderungen gibt und warum so viele Menschen täglich daran scheitern, sich ihre Wünsche zu erfüllen, obwohl sie alle Voraussetzungen dafür haben. Wenn Sie sich nicht auf das Abenteuer Neues einlassen, passiert genau das, was immer passiert ist. Nur wer sich auf Neues einlässt, kann auch neue positive Erlebnisse haben. Sobald Ihnen klar ist, dass es O.K. ist, vor neuen Dingen Angst zu haben und Angst nur ein Gefühl ist, wie Trauer oder Freude, können Sie sich auf Neues einlassen und Ihr Leben verändern.

Ein alter Mann wurde einmal gefragt, was er in seinem Leben anders machen würde, wenn er nochmals 20 Jahre jung wäre und er antwortete: „Nichts, absolut gar nichts. Ich würde alles noch einmal tun – nur besser.“

Nur besser! Was würden Sie besser machen, wenn Sie nochmals 10, 20 oder 50 Jahre jünger wären? Würden Sie noch einmal den gleichen Beruf ergreifen, den gleichen Partner heiraten und in der gleichen Stadt wohnen? Ich gehe einmal davon

aus, dass Ihnen eine ganze Menge einfällt, was Sie gerne anders machen würden. Der erste wichtige Satz des langen Briefes namens Änderung heißt deshalb:

Ich weiß, es muss sich etwas ändern.

Ich habe alle Kontinente dieser Erde bereist und Freunde auf der ganzen Welt. Durch meine Arbeit und meine früheren sportlichen Aktivitäten habe ich sehr viele Menschen kennen gelernt. Meine bisherigen Erfahrungen und die Kenntnisse vieler professioneller Helfer zeigen offensichtlich, dass Menschen grundsätzlich Änderungen zuerst einmal vermeiden. Natürlich tun sie dies meistens unbewusst, denken Sie nur an die unzähligen religiösen Fanatiker oder an Menschen, die etwas so Schreckliches erlebt haben, dass Ihr Verdrängungsmechanismus die Wahrheit nicht mehr ins Bewusstsein lässt wie z. B. bei sexuell missbrauchten Kindern. Aber auch Menschen, denen es bewusst ist, dass Änderungen in ihrem Leben notwendig sind, damit entweder sie selbst oder aber andere weniger Qualen, Schmerzen, Leid usw. erleiden müssen, sind sehr oft nicht in der Lage, die notwendigen neuen Wege zu gehen. Sicherlich kennen Sie selbst Personen in Ihrem Umfeld, über die Sie manchmal denken: „Wie lange soll das eigentlich noch gehen“, oder: „Was muss eigentlich noch passieren, damit endlich“ Die alleinige Erkenntnis, dass sich etwas ändern muss, reicht leider nicht aus. Psychoanalytiker der klassischen Schulen sind täglich mit diesem Problem konfrontiert. Die Analyse liegt sozusagen auf dem Tisch, die Probleme sind klar sichtbar, die Verdrängungsmechanismen auf ein gesundes Maß reduziert, und trotzdem gelingt es nicht, destruktive Verhaltensstrukturen zu durchbrechen oder auszuschalten.

Für Sie als Krebskranken ist es wichtig, dass Sie zuerst verstehen, dass jeder Weg der Änderung mit der Einsicht beginnt, dass sich etwas ändern muss. Verschließen Sie jetzt nicht Ihre Augen vor Änderungen. Sie sind notwendig, damit Sie wieder gesund werden. Beginnen Sie noch heute damit und machen Sie sich bewusst, was sich ändern sollte. Auf den nächsten Seiten werde ich Ihnen erklären, warum wir uns gegen Änderungen sträuben und wie Sie sich gegen diese Schutzmechanismen Ihres Ichs wehren können.

Warum wir uns gegen
Änderungen wehren?

Das Professorensystem

Viele Veränderungen werden erst gar nicht in Angriff genommen, weil sie schon im Ansatz von Ihrem Ich vernichtet werden (sollen). Um sich nicht ändern zu müssen, stecken sich viele Menschen ihre Ziele so hoch, dass eine Niederlage vorprogrammiert ist. Dahinter steckt nichts anderes als ein destruktives System, das ich das Professorensystem nenne. Dabei werden Ziele sehr, sehr hoch gesteckt, ohne einen realistischen Plan der Durchführung zu haben. Die Wahrscheinlichkeit, diese Ziele dann zu erreichen, ist natürlich sehr gering.

Das Musterbeispiel ist ein Mann, der unbedingt Professor werden will, aber nachdem er 5 Bücher gelesen hat, ist ihm klar geworden, dass er doch besser einen anderen Beruf ergreifen will, weil: „Professor zu sein, eigentlich blöd ist“, oder: „nichts für mich ist“, oder: „Professoren doch alle engstirnige Menschen sind“, oder: „lebensfremde Theoretiker“, usw.

Das Problem hierbei sind nicht die Ziele. Die können gar nicht hoch genug gesteckt sein. Die meisten Menschen setzen viel zu geringe Ziele. Nein, das Problem ist der mangelnde bzw. teilweise sogar total fehlende Plan der Durchführung. Es werden nur wenige Gedanken daran verwendet, wie man diese Ziele realistisch erreichen kann. Es gibt keine Definition der Zwischenziele und man wird dadurch Opfer seiner selbst. Beobachten Sie Ihren Bekanntenkreis einmal sehr genau und Sie werden viele Professorinnen und Professoren entdecken.

Hinter all diesen unerreichten Zielen steckt ein ausgeklügeltes System, das Ihnen erlaubt, sich etwas bewusst vorzuneh-

men, ohne von sich selbst enttäuscht zu sein, wenn es nicht klappt. Eigentlich ist es ein gutes System, da es unsere Psyche schützt und uns vor unserem Spiegelbild immer eine Ausrede für unser Versagen liefert. Das Handicap des Systems ist jedoch, solange Sie es nicht durchbrechen, so lange wird es Ihnen nicht gelingen, dauerhafte Veränderungen herbeizuführen. An einem Beispiel möchte ich Ihnen erklären, warum wir dieses System immer wieder einsetzen.

Die 90er Jahre waren geprägt von dem Wort Perestroika, zu Deutsch: Umgestaltung. Der Zerfall des Kommunismus, der Wegfall von Grenzen, die Möglichkeiten, sich unabhängig von Staatssystemen entfalten zu können und Eltern, die sich zuerst als Freunde und erst dann als Autoritätspersonen sehen. Freiheit pur war angesagt. Vor ein paar Jahren saß ich mit Bekannten aus Rumänien in einem Istanbuler Restaurant und hörte mir an, warum es in Rumänien nach Ceausescus Tod nicht besser, sondern schlechter geworden ist. Die Argumente meiner Gegenüber waren die gleichen wie überall auf der Welt. Jeder ist ab sofort auf sich selbst gestellt (korrekt wäre = man ist jetzt unabhängig), es gibt keinen Zusammenhalt mehr wie früher (korrekt wäre = ich kann mir jetzt meine Gruppe selbst aussuchen), die finanzielle Situation Einzelner ist noch schlechter als früher (korrekt wäre = es ist mir jetzt möglich, das Zehnfache von früher zu verdienen) usw.

Ich möchte keineswegs die prekäre Lage und teilweise unmenschlichen Lebensbedingungen in vielen östlichen Staaten verniedlichen, denn ich habe selbst längere Zeit in der Türkei gearbeitet. Ich vergesse auch nicht den Druck der Arbeitslosigkeit in westlichen Ländern, sondern ich möchte Ihnen aufzeigen, warum Millionen Menschen, unabhängig davon, in welchem Staat sie leben, das Professorensystem anwenden, um persönliche Niederlagen besser verarbeiten zu können.

Leider wird uns das Wissen, wie man sich frei entfalten, konstruktiv denken oder künstlerisch betätigen kann, nicht in die Wiege gelegt, sondern wir lernen diese Dinge wie Lesen und Rechnen. Verwechseln sie bitte künstlerische Entfaltung nicht mit einer Begabung für die Kunst. Dies sind zwei verschiedene Sachen. Zu lernen, wie man sich entfalten kann, hat selbst in der westlichen Welt immer noch keinen überragenden Stellenwert. Unser Schulsystem findet es leider immer noch wichtiger, dass Schüler den Zitronensäurezyklus im Biologieunterricht auswendig lernen, anstatt ihnen beizubringen, wie man sich bewusst auf Neues einlässt. Wie man sich erlaubt, seine Gefühle, seine Bedürfnisse und seine Wünsche besser kennen zu lernen und damit aus der Vielfalt der Angebote das für sich Richtige herauszufinden.

Das Professorensystem schützt uns zuerst einmal vor einer tiefen Depression. Denn sich einzugestehen, mit der Freiheit nicht umgehen zu können, bedeutet, sich als Versager zu fühlen. Diese (falsche) Erkenntnis ist der erste Schritt in eine Depression. Um sich also vor dieser Depression zu schützen, setzen wir unbewusst unser Professorensystem ein. Leider verhindert es, unser Leben bewusst zu betrachten und mit Niederlagen umzugehen, denn es benützt zwei mächtige Waffen, die allgemein als Verdrängung und Projektion bekannt sind.

Ohne tiefer in die Problematik beider Begriffe einzutau-chen, möchte ich Ihnen anhand kurzer Beispiele diese Begriffe in wenigen Sätzen näher bringen. Beide Systeme sind bei allen Menschen mehr oder weniger vorhanden und wir benötigen sie vor allem in unserer Kindheit für ein gesundes Heranreifen unserer Persönlichkeit.

Verdrängung

Angenommen, Sie haben seit mehreren Wochen immer wieder Schmerzen im unteren Bauchbereich. Die logische Folgerung hiervon wäre ein Arztbesuch. Alternativ dazu können Sie Ihre Schmerzen jedoch noch weitere Wochen missachten – verleugnen - verdrängen und zwar mit absolut logischen Argumenten, wie z. B. dass man so etwas ja schon öfter gehabt habe, Kinder auch öfters Bauchweh haben, der Nachbar mit ähnlichen Symptomen schon dreimal beim Arzt war, ohne dass dieser etwas gefunden hat usw. Das wäre eine Verdrängung (Ihrer Bauchschmerzen).

Verdrängungen sind zuerst einmal nichts Negatives. Sie helfen uns zu vergessen und schützen unsere Seele. Sie helfen uns über seelische Schmerzen hinweg bzw. lenken uns von der Angst vor Neuem ab. Leider erledigen die Verdrängungsmechanismen ihre Arbeit manchmal viel zu gut und schießen übers Ziel hinaus. Dadurch werden wir im Lauf der Jahre richtige Verdrängungsweltmeister. Ein paar Beispiele:

- Rauchen schadet nur ein bisschen.
- Die paar Kilo mehr, was soll's?
- Mein Mann schlägt mich ja nur ab und zu, sonst ist er der liebste Mensch auf der ganzen Welt.
- Meine Eltern wollen ja immer nur das Beste für mich.

Warum wir unsere Verdrängungen nicht näher betrachten (wollen) liegt außerdem noch an dem Wörtchen **Lust**. Ver-

drängung bereitet uns unwahrscheinlich viel Freude. Oder glauben Sie etwa, Sie könnten eine Zigarette rauchen, wenn Ihnen bewusst wäre, was Sie gerade Ihrer Lunge antun? Oder denken Sie, es wäre möglich, mit Ihrer Nachbarin fremdzugehen und Spaß am Sex zu haben, während Sie an Ihre Frau und Ihre Kinder denken? Oder könnten Sie nächsten Sonntag schon wieder bei Ihren Eltern zum Kaffee sitzen, mit dem Bewusstsein, dass es Ihre Eltern waren, die Sie nicht studieren ließen und Ihre größte Liebe aus dem Haus geworfen haben?

Sie sehen, Verdrängungen bringen gleich ihren eigenen Schutzwall mit und zwar in Form von Lust, Spaß und Freude. Tappen Sie jetzt nicht in diese Falle und glauben Sie bitte nicht, dass es ohne Verdrängung keine Lust gibt. Das Gegenteil ist der Fall. Bewusste Lust ist die große Schwester der verdrängten Lust und nicht ihr kleiner Bruder. Bewusster Sex ist das beste Beispiel hierfür. Oder sich *bewusst* für ein Kind oder eine(n) Partner(in) zu entscheiden.

So lange wir diesen mächtigen Verdrängungen nicht mit all unseren Kräften entgegentreten, so lange wird sich in unserem Leben nur wenig ändern. Natürlich laufen viele Handlungen ohne Einschalten unseres Bewusstseins ab und sind deshalb nicht erkennbar. Doch wenn Sie Änderungen hervorrufen wollen, um Ihr Leben positiv zu verändern, dann sollten Sie lernen, die in diesem Buch beschriebenen Techniken zum bewussteren Leben anzuwenden.

Je öfter Sie diese anwenden, desto mächtiger wird Ihre Waffe gegen Ihre Verdrängungsmechanismen. Es liegt in Ihren Händen, etwas dagegen zu unternehmen, unabhängig von Ihren Eltern zu werden oder nicht immer auf die falschen Frauen, Männer oder Berater hereinzufallen.

Projektion

Die Projektion ist der kleine Bruder der Verdrängung. Bleiben wir einmal bei dem Beispiel mit den Bauchschmerzen. Wenn Sie beim sonntäglichen Kaffeetrinken bemerken, dass die Hautfarbe Ihres Freundes heute etwas bleicher ist als sonst, und er nur eines anstatt seiner üblichen zwei Stückchen Kuchen isst, und Sie ihm dann raten, er solle doch dringend einmal einen Arzt konsultieren, dann wäre dies eine klassische Projektion. Die Zuschreibung von eigenen Problemen (Ihrer Angst vorm Arztbesuch) an eine andere Person.

Ich möchte Ihnen einen kleinen Trick mit auf den Weg geben. Wenn Sie das nächste Mal denken: „Ausgerechnet der (oder die) muss so etwas sagen,“ dann denken Sie bitte daran, dass Ihr Gegenüber wahrscheinlich gerade jetzt projiziert. Denn es sind meistens die offensichtlichen Dinge, die auf andere übertragen werden.

Projektionen können Sie jeden Tag erleben:

- „Iss doch nicht so viel Ungesundes“ (während man gerade die zweite Portion Pommes Frites isst).
- „Ich finde, Frau Mayer sollte wegen ihrer schlechten Haut weniger rauchen“ (während Sie sich am Zigarettensautomat eine neue Packung holen).
- „Ich glaube, bei Schmidts stimmt es auch nicht mehr so richtig in der Ehe“ (obwohl man selbst seit 24 Stunden mit seiner Frau beleidigt ist und seither nichts mehr miteinander gesprochen hat).

Projektionen erfüllen ähnliche Zwecke wie Verdrängungen. Sie helfen unserem Ich, sich Tatsachen nicht stellen zu müssen. Stattdessen können wir weiterhin in der uns bekannten, wenn auch unrealen, Welt weiterleben. Sie sehen, unsere Seele hat uns mächtige Werkzeuge auf den Weg mitgegeben, so dass wir locker und leicht ein ganzes Leben verbringen können, ohne uns jemals der Herausforderung Änderung stellen zu müssen. So lange wir ein glückliches und erfülltes Leben führen, ist dies auch nicht notwendig. Meine Erfahrungen zeigen mir jedoch, dass dies nur wenigen Menschen gegönnt ist. Bei der Analyse Ihres eigenen Lebens werden Sie jedoch sehr schnell erkennen, dass jeder von uns, vor allem in der Pubertät, ein kleiner Professor war.

Das Professorensystem trifft man übrigens sehr oft im Zusammenhang mit einem anderen System, das ich die Zwergentechnik nenne. Ich möchte Ihnen diese Technik ebenfalls an einem Beispiel erklären. Ein Freund von mir hält in London Seminare für russische Bankkaufleute ab. Diese Menschen kommen teilweise aus den entlegensten Gebieten Russlands, verdienen im Durchschnitt ca. 100,- bis 200,- im Monat und leben in Wohnungen, die selten größer als 50 m² sind. In London wohnen sie in einem Fünf-Sterne-Hotel und werden auch sonst sehr bevorzugt von aufmerksamen Mitarbeitern behandelt. In der Regel sind es nur wenige Stunden nach der Ankunft, bis die Zwergentechnik in ihrer reinsten Form sichtbar wird. Die Bankkaufleute beschwerten sich z. B. dass ihr Hotelzimmer nicht groß genug sei, der Swimmingpool nicht richtig beheizt, das Taxi nicht pünktlich, der Fünf-Sterne-Koch des Restaurants keine Ahnung vom Kochen habe usw.

Sicherlich sind auch Ihnen solche Begegnungen ebenfalls nicht unbekannt. Haben Sie sich jedoch jemals überlegt, warum diese Menschen so handeln (müssen)? Es ist nichts anderes, als

dass sie ihr Ich vor der Erkenntnis schützen, ein Versager zu sein, wobei wir wieder beim Professorensystem wären. Diese Menschen kommen aus sozial unterentwickelten Gebieten, mussten ihr ganzes Leben lang mit den Ellbogen kämpfen, andere unterdrücken und sich unterdrücken lassen, um eine so angesehene Position zu erreichen. Innerhalb ihres Lebens- und Denksystems sind diese Leute sehr anerkannte Persönlichkeiten.

In London begegnen sie jetzt auf einmal **Riesen** d. h. Menschen, die für ihr Verständnis reicher, mächtiger und schöner sind. Um sich jetzt nicht als **Zwerg** zu fühlen, benehmen sie sich jetzt auf einmal so, wie sich ihrer Meinung nach ein noch größerer Riese benehmen würde. Das Ergebnis ist dann, dass für diesen Riesen natürlich das Zimmer zu klein ist, das Essen nicht ausreicht usw. Bestehende Objekte oder Personen werden klein (schlecht) gemacht, damit das eigene Ich größer (besser) erscheint. Ich mache den Riesen zum Zwerg, und dann bin **ich** wieder der Größte.

Ich bin überzeugt davon, dass auch Sie wahre Weltmeister der Zwergentechnik kennen. In fast jeder Fußballmannschaft gibt es einen Spieler, der seine eigene Unfähigkeit damit deckt. Machos beherrschen sie meisterhaft, die überall beliebten Beserwiser wenden die Zwergentechnik in ihrer reinsten Form an und Politiker sind darin wahre Weltmeister. Sie brauchen sich nur eine einzige Bundestagsdebatte anzuschauen und verstehen genau wovon ich rede. An Politikern können Sie auch sehen, was Menschen selbst glauben, was effektiver ist bzw. einen weiter bringt. Anstatt anderen zu zeigen was man selbst zu leisten imstande ist, verbringen Politiker 99 % ihrer Zeit damit, das Zwergenspiel zu spielen, um andere schlecht zu machen. Inzwischen hat das Zwergenspiel ein solches Ausmaß in unserer Gesellschaft angenommen, von Politik bis zum täglichen Mobbing in Firmen, dass nur noch grundlegende päd-

gogische Gegenmaßnahmen helfen könnten, hier eine gesellschaftliche Änderung hervorzubringen. Doch hierzu bräuchten wir wieder Änderungen in der Erziehung unserer Kinder – und über diese bestimmen wie wir wissen – Politiker. Sie sehen, es ist nicht alles so einfach, wie es manchmal aussieht. Doch wir alle haben schon mehr oder weniger oft die Zwergentechnik benützt. Wichtig ist jedoch wie oft und in welchem Alter.

Es ist ein großer Unterschied, ob ein 14-jähriger Junge, auf dem Weg ein gesundes Selbstvertrauen zu entwickeln, diese Technik benützt, oder ob ein 40-jähriger Mann versucht, dadurch andere Menschen bewusst oder unbewusst zu erniedrigen. Es ist auch ein entscheidender Unterschied, ob Sie die Technik zweimal im Jahr oder zehnmal am Tag anwenden. Letzteres macht einen übrigens zu einem sehr unbeliebten Zeitgenossen.

In diesem Abschnitt habe ich Ihnen gezeigt, dass es das Wichtigste ist, dass Sie erkennen und/oder fühlen, dass sich etwas in Ihrem Leben ändern sollte. Das Professorensystem mit seinen Gehilfen namens Verdrängung und Projektion versucht, zusammen mit der Zwergentechnik, Änderungen zu verhindern. Deshalb sollten Sie diese inneren Abwehrmechanismen kennen lernen.

Allein das Wissen um diese Mechanismen wird Ihnen helfen, sie zuerst bei anderen zu bemerken und sehr bald auch bei sich selbst. Wenn es Ihnen gelingt, Abwehrhaltungen bei sich wahrzunehmen, haben Sie den größten Schritt einer positiven Änderung unternommen, den sie überhaupt gehen können. Fangen Sie deshalb an, beim nächsten Kaffeeklatsch mit Ihren Freundinnen oder bei der Zigarettenpause mit Ihren Kollegen etwas genauer hinzuhören, was diese Ihnen erzählen. Schreiten Sie bitte nicht ein. Hören Sie nur zu, und versuchen Sie herauszufinden, wann jemand Professor spielt.

Ich weiß, was ich will!

„Das ist eine meiner kleinsten Übungen“ werden Sie sich jetzt vielleicht sagen. Ich muss nur gesünder, reicher, schlanker, lustiger, erfolgreicher und hübscher werden, und schon bin ich der glücklichste Mensch der Welt. Gegenfrage: „Ist Bill Gates der glücklichste Mensch der Welt, obwohl er sich ohne Bodyguards keine 2 Meter bewegen kann?“ Oder vielleicht Naomi Campbell, die anscheinend einen Selbstmordversuch unternommen hat? Beide Personen sind schön, reich und werden begehrt (auch wenn das erste Attribut nicht gerade für Bill Gates zutrifft).

Auf den nächsten Seiten möchte ich Sie mit verschiedenen Techniken bekannt machen, die Ihnen helfen werden, besser, leichter und sicherer herauszufinden, was Sie wirklich wollen, um sich an einem glücklicheren Leben erfreuen zu können. Alle Techniken haben eines gemeinsam. Sie sollen für Sie zu einem ständigen Begleiter werden, denn Änderungen benötigen Zeit. Sie können nicht tiefe kindliche Verankerungen auflösen, nur weil Sie 3 Sekunden über glühende Kohlen gehen oder kurzzeitig mit einer anderen Furcht konfrontiert werden. Änderungen benötigen Zeit, manchmal viel Zeit und deshalb sollten Sie noch heute damit beginnen, sich klar zu werden, wie Sie was ändern werden.

Bevor wir zu verschiedenen Techniken kommen, möchte ich Sie jedoch bitten, sich zuerst klar zu machen, was Sie **nicht** ändern wollen. Nehmen Sie sich maximal 2 Minuten Zeit und schreiben Sie spontan 3 Punkte auf, die Sie an sich mögen und 3 Punkte, die andere Personen an Ihnen lieben.

Was ich an mir liebe:

1 _____

2 _____

3 _____

Was andere an mir lieben:

1 _____

2 _____

3 _____

Vor vielen Jahren habe ich mich als Mitarbeiter einer psychoanalytischen Fachklinik in Stuttgart beworben. Ich erinnere mich noch sehr gut an das Vorstellungsgespräch mit einem der bekanntesten Psychoanalytiker Europas und Autor vieler Fachbücher, Dr. Theodor Seifert. Weder meine Zeugnisse, noch das positive Ergebnis meines ersten Vorstellungsgesprächs in der Klinik, bei dem er urlaubsbedingt nicht teilnehmen konnte, hatten ihn beeindruckt. Schon seine zweite Frage an mich war, was denn meine Stärken wären und warum es für ihn gut wäre, wenn er mit mir zusammenarbeiten würde. Da ich mir meiner Stärken bewusst war und diese auch klar ausdrücken konnte, war es mir möglich, auch ihn davon zu überzeugen, dass es positiv für ihn wäre, mit mir zusammenzuarbeiten. Ich bekam die Arbeitsstelle, und es war mir gegönnt, fast 3 Jahre lang mit einem Mann arbeiten zu dürfen, der es auf eine wunderbare Weise erreicht, dass sich Menschen in seinem Umfeld wohl fühlen.

Ich möchte Sie deshalb dazu animieren, sich zuerst einmal Ihrer Stärken bewusst zu werden. Sollten Sie ein paar Zeilen weiter oben nicht spontan 6 Ihrer Stärken niedergeschrieben haben, liegt es bestimmt nicht daran, dass Sie diese Stärken nicht besitzen, sondern daran, dass Sie sich genauso wie viele andere Menschen lieber mit Ihren Schwächen auseinandersetzen. Sie glauben, nur wenn sie diese Schwächen kennen lernen, dann wären auch Änderungen möglich. Ich möchte Sie jedoch zuerst mit Ihren Stärken bekannt machen, weil Sie dadurch feststellen werden, dass Sie weit weniger ändern müssen, um ein glücklicheres Leben führen zu können, als Sie vielleicht bisher angenommen haben. Um diese Stärken herauszufinden, wenden Sie bitte folgende Technik an:

Die Jefferson Technik

Nach Thomas Jefferson,
Verfasser der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung

Eine einfache und erfolgreiche Technik. Ich möchte Sie dazu einladen, die folgenden Gedanken der Unabhängigkeit auszu-probieren. Stellen Sie sich doch einmal folgende Situation vor:

- Sie haben keinen Chef.
- Ihre Eltern leben seit 10 Jahren in Australien.
- Sie sind nicht verheiratet, leben alleine und haben keine Kinder.
- Egal, was Sie arbeiten, Sie werden immer Euro 10.000, - im Monat verdienen

Und jetzt beantworten Sie möglichst spontan folgende Fragen:

Was würden Sie arbeiten?

Würden Sie in ein anderes Land ziehen oder an einem anderen Ort wohnen?

Würden Sie am liebsten alleine leben, mit Partner(in) oder mit Kind(ern)?

Was würden Sie sich zuerst kaufen?

Wären Sie in der Lage sich wieder zu verlieben?

Und jetzt möchte ich Ihnen einen Weg zeigen, wie Sie mit diesen Antworten Ihre noch unbewussten Stärken besser kennen lernen können. Die Analyse Ihrer Antworten ist sehr einfach. Egal, welche Änderung Sie sich vorstellen, sie zeigt Ihnen auf jeden Fall, wie Sie sich besser entwickeln können, wenn Sie in Zukunft genau diese Stärken fördern.

Ein Beispiel. Sie sind Bankkaufmann und Sie haben die Fragen wie folgt beantwortet:

Arbeiten: Als Bergführer und Skilehrer
Wohnen: Alpen oder Österreich
Leben: Frau und Kinder
Kaufen: Haus mit Garten
Liebe: Ja

Jetzt schreiben Sie bitte hinter das Wort Bergführer/Skilehrer alle Attribute die man für diesen Beruf benötigt, z. B.:

Bergführer/Skilehrer: Disziplin, genaues Arbeiten, Lust mit anderen Menschen zu sprechen, diese zu führen und anzuleiten, Liebe zur Natur, sehr gute körperliche Fitness.

Betrachten Sie nun einmal Ihren jetzigen Beruf. Sie glauben, Bergführer habe nichts mit dem Berufsbild eines Bankers zu tun. Mitnichten. Als Bankangestellter benötigen Sie ebenfalls Disziplin und genaues Arbeiten. Die Lust mit anderen Menschen zu sprechen, ist sogar Voraussetzung. Die Fähigkeit, andere anzuleiten, benötigen Sie spätestens nach Ihrer ersten Beförderung. Eine gute körperliche Fitness ist ebenfalls empfehlenswert, da Sie als Angestellter während der Arbeit nichts für Ihre Fitness unternehmen können. Gerade deshalb sollten Sie auf einen körperlichen Ausgleich achten. Das Einzige in der Liste, das Sie absolut nicht zu Ihrem Beruf benötigen, ist die Liebe zur Natur. Hier müssen Sie selbst die Prioritätsstufe bestimmen, also wie wichtig Ihnen dieser Punkt ist. Falls Ihnen die Nähe zur Natur sehr wichtig ist, dann gibt es auch in Oberstdorf oder Genf hervorragende Banken, die Mitarbeiter wie Sie suchen. Somit hätten Sie sich gleichzeitig Ihren zweiten Wunsch erfüllt, nämlich in den Alpen oder in Österreich zu wohnen.

Sie sind verheiratet und haben Kinder. Bei Ihren Wünschen steht unter der Rubrik Leben genau dieser Wunsch. Dann sind Sie der glücklichste Mensch dieser Welt. **Nein**, warum nicht? Liegt es vielleicht daran, dass Ihnen dieses Glück nicht permanent im Bewusstsein ist? Ich habe in meinen Leben viele Menschen kennen gelernt, denen es objektiv an nichts gemangelt hat. Sie hatten einen Beruf, eine Familie und waren gesund. Trotzdem bezeichneten Sie sich nicht als die glücklichsten Menschen dieser Welt. Dann passierte eine Katastrophe. Sie erkrankten an Krebs, sie verloren ihre Frau/Kind oder etwas

anderes, tief Negatives, widerfuhr ihnen. Sie ahnen sicherlich selbst, was dann geschah. Die Werte des Lebens verschoben sich auf einmal bis zu 180 Grad. Bei einem Krebskranken rutscht der ach so wichtige Beruf auf einmal von Rang 1 auf Rang 300. Seine Gesundheit auf Rang 1 und seine Familie auf Rang 2. Dieselbe Werteverchiebung findet i.d.R. übrigens auch bei älteren Menschen statt. Das wirklich Interessante daran sind die gemeinsamen Nenner.

Es sind immer die Gleichen: Gesundheit, Familie und Freunde.

Wir können von diesen Menschen sehr viel lernen, da wir vor allem in jungen Jahren glauben, unser Glück wäre von äußeren Umständen abhängig. Doch wir besitzen heute schon alles, um glücklich zu sein. Niemand kann uns davon abhalten zu sagen, dass heute der glücklichste Tag unseres Lebens ist. Wenn Sie also eine Familie haben, ist das nur ein Grund mehr, der glücklichste Mensch der Welt zu sein. Mal ehrlich, wann sind Sie zum letzten Mal gemütlich in einem Stuhl gesessen, haben Ihre Frau/Ihren Mann/Ihre Kinder betrachtet und sich bewusst gemacht, dass dies das größte Glück auf Erden ist, was einem Menschen gegeben werden kann?

Fangen Sie damit an, das, was Sie schon haben, genauer anzusehen. Unser Streben nach mehr und mehr verbaut uns den Blick auf existierende schöne Dinge unseres Lebens. Sie können nicht mit einem Auge nach rechts und mit dem anderen nach links sehen.

Ein alter Mönch wurde einmal von seinem Schüler gefragt, wie lange es dauern würde, seine Lehre zu verstehen, wenn er 12 Stunden am Tag lernen würde. Der Mönch antwortete: 10

Jahre. Daraufhin fragte der Schüler, wie lange es dauern würde, wenn er 16 Stunden am Tag lernen würde. Der Mönch erklärte: 20 Jahre. Der Schüler war natürlich erstaunt, hatte er doch eine kürzere Zeitspanne erwartet. Doch wenn wir vergessen, in uns zu schauen und die vorhandenen Dinge nicht genießen können, dann werden wir dies auch nicht finden, wenn wir woanders 16 Stunden am Tag danach suchen.

Diese kleine Geschichte zeigt uns, dass ein Streben nach Mehr nicht gleichzeitig bedeutet, dass wir auch mehr zurückbekommen. Doch gehen wir noch einmal zurück zu Ihren Antworten. Unter der Rubrik Kaufen, haben Sie ein Haus mit Garten geschrieben. Der Traum eines jeden Schwaben und nicht nur derer. Doch was zeigt uns dieser Wunsch noch? Egal, welchen Wunsch Sie aufgeschrieben haben, schreiben Sie bitte dahinter, warum Sie gerade diesen Wunsch haben.

- Ich möchte ein eigenes Haus, um mehr Abstand von den jetzigen Nachbarn zu haben.
- Ich möchte meine Freunde und Feinde beeindrucken können.
- Ich will meine Kinder im Garten spielen sehen.
- Ich will eine Kapitalanlage besitzen.

Danach schreiben Sie auf, wie Sie diese Wünsche bis zu deren Erfüllung befriedigen wollen:

- Ich möchte ein eigenes Haus, um mehr Abstand von den jetzigen Nachbarn zu haben. Vielleicht lade ich mal meine Nachbarn zu einer Tasse Kaffee ein?
- Ich möchte meine Freunde und Feinde beeindrucken können. Mal ehrlich, haben Sie so etwas nötig? Macht dies denn wirklich so viel Spaß?

- Ich will meine Kinder im Garten spielen sehen. Ich kann überall mit meinen Kinder spielen. Allein, dass ich mit ihnen mehr Zeit als bisher verbringe, ist meinen Kindern viel wichtiger als ein schöner Garten.
- Ich will eine Kapitalanlage besitzen. Ich bin Bankkaufmann. Kapitalanlagen gibt es genügend.
- _____

Die letzte Antwort, ob Sie sich wieder verlieben könnten, haben Sie mit einem klaren Ja beantwortet. Nicht mit Wahrscheinlich, Vielleicht oder sogar mit einem klaren Nein. Machen Sie sich bitte bewusst, dass Sie die Fähigkeit zur größten Gabe der Menschheit haben. Liebe.

Sind Sie momentan verliebt? Werden Sie geliebt? Lieben Sie eine Aufgabe über alles? Der biblische Spruch: „Geben ist seliger denn Nehmen“, bewahrheitet sich vor allem in der Liebe. Viele Menschen wissen meist besser, was sich ihr Partner wünscht. Was sie sich am liebsten selbst gönnen würden, kommt erst an zweiter Stelle. Macht es Ihnen auch mehr Spaß, für andere Personen Geschenke einzukaufen, als für sich selbst? Wissen Sie warum? Die Erklärung hierfür ist, dass Sie weniger Zeit dafür aufbringen herauszufinden, was Sie selbst lieben bzw. zu Ihrem Glück benötigen. Vorrangig die christlichen Kirchen lehren den Satz:

„Geben ist seliger denn Nehmen.“ Wir alle wachsen damit auf, er wird uns tausendfach bewusst und unbewusst vermittelt.

„Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“, ist die biblische Antwort auf „Geben ist seliger denn Nehmen.“ Nur wer sich selbst kennen lernt, kann sich auch in andere hineinfühlen.

Dies beinhaltet das Erkennen der eigenen Schwächen und Stärken. Deshalb ist es so wichtig, dass Sie sich zuerst einmal Ihrer Stärken bewusst werden. Vielen Menschen sind ihre Schwächen leider stärker im Bewusstsein als ihre Stärken.

Stärken Sie Ihre Stärken und Ihre Schwächen werden schwächer.

Mit der Erkenntnis, was Sie im Leben am liebsten unternehmen würden, haben Sie den ersten Schritt unternommen, Ihre Stärken kennen zu lernen. Vertiefen Sie die Jefferson Technik. Machen Sie sie immer wieder und korrigieren Sie notfalls Ihren Weg. Vielleicht sind Sie heute Sekretärin und würden lieber Bücher schreiben. Oder Sie sind heute Geschäftsführer einer Handelsfirma und würden am liebsten Entwicklungshelfer werden. Allein die Tatsache, zu wissen, dass Sie lieber Autorin als Sekretärin wären, zeigt, dass es Ihnen Spaß macht kreativ zu sein (Geschichten zu erfinden).

Zu wissen, dass es Ihnen Freude bereiten würde, in einem fremden Land unbekanntem Menschen zu helfen, beweist, wie Sie in der Lage sind, aus der Freude anderer Menschen alles zu bekommen, was Sie fürs Leben benötigen. Möchten Sie lieber an einem anderen Ort oder in einem anderen Land wohnen? Was hindert Sie wirklich daran, dorthin zu gehen? Es gefällt Ihnen, wo Sie gerade sind? Wann war Ihnen dies zum letzten Mal so richtig bewusst? So bewusst, dass Sie sich wirklich richtig darüber freuen konnten?

Die Frage, was Sie sich zuerst kaufen würden, zeigt Ihnen nicht nur Ihre materiellen Wünsche. Die Antwort kann Ihnen noch viel mehr zeigen. Ist es z. B. etwas, womit Sie ausschließlich sich selbst eine Freude machen? Oder ist es etwas, um anderen Menschen eine Freude zu bereiten oder andere Men-

schen zu beeindrucken, wie z. B. der beliebte Porsche oder die Rolex Uhr. Ist es ein Luxusgut oder einfach etwas, was Sie gerade benötigen?

Ihre Antwort hilft Ihnen nicht nur zu erkennen, **was** Sie sich wünschen, sondern bei näherer Betrachtung auch **warum** Sie es sich wünschen. Dieses Warum wird außerdem eine andere Fähigkeit stärken: Ihre empathische Intelligenz oder, anders ausgedrückt, Ihre Fähigkeit sich in andere Menschen hineinzuversetzen.

Unsere Glaubenssätze und wie wir sie wieder loswerden

Glaubenssätze, Eigenarten, Gewohnheiten, Vererbtes ... dies sind alles Wörter für „Programme/Verankerungen“ in uns, die wir von anderen Menschen übernommen haben bzw. die wir uns so einverleibt haben, weil wir es zum damaligen Zeitpunkt so verstanden haben. Wir alle haben unsere Glaubenssätze, und das ist zuerst einmal weder positiv noch negativ zu bewerten. Doch wenn wir schwer krank sind, sollten wir uns mit diesem Thema auseinandersetzen, da Glaubenssätze uns sehr „einengen“ können. Sollten Sie die Möglichkeit haben, mit einem Kinesiologen zu arbeiten, dann tun Sie dies unbedingt, da die Kinesiologie hierbei gute Arbeit leisten kann.

Doch wie findet man eigentlich heraus, welche Glaubenssätze unser Gehirn denn jetzt abgespeichert hat? Welche sind es, die uns einengen und welche helfen uns, ein glückliches Leben zu führen? Auf den nächsten Seiten möchte ich Ihnen Möglichkeiten zeigen, wie Sie dies herausfinden können, um besser an deren Neudefinitionen arbeiten zu können. Mir ist natürlich klar, dass dies für viele eine Arbeit ist, die man besser mit einem ausgebildeten Therapeuten machen sollte. Andererseits erlebe ich viel zu oft, dass Menschen, aus welchen Gründen auch immer, nicht zu einem Therapeuten gehen (wollen). Daher halte ich es für besser, wenn Sie wenigstens damit beginnen, Änderungen hervorzurufen, auch wenn der Weg mit einem Therapeuten viel einfacher wäre. Nehmen Sie sich bitte genügend Zeit hierfür, es lohnt sich.

Die Pastoda Übung

Schreiben Sie auf den nächsten 5 Seiten die 5 wichtigsten Personen in Ihrem Leben auf. Dies können Ihre Eltern, Ihre Großeltern, Ihre Geschwister, aber auch Lehrer oder enge Freunde sein. Entscheiden Sie, wer für Sie wichtig war. Beachten Sie bitte, dass es nicht darauf ankommt, wie sehr Sie diese Personen geliebt haben oder wie oft Sie mit ihnen zusammen waren, sondern wie groß deren Einfluss auf Ihr Leben war.

Schreiben Sie dann in die einzelnen Zeilen, was diesen Personen in deren Leben wichtig war (Beruf, Ehe, Sport, Hobby ...), was deren Leitsätze waren („wer sich anstrengt bringt es zu was“, „Glück dem Tüchtigen“, „Du sollst es einmal besser haben“ usw.) und am Schluss tragen Sie bitte ein, ob sich diese Personen auch an ihre eigenen Grundsätze gehalten haben. Dieser Punkt wird von vielen Therapeuten vergessen. Doch er ist sehr wichtig, weil Kinder schon sehr früh wissen, ob Menschen das was sie sagen auch leben. Wenn dem nicht so ist, dann gehen sie innerlich in Opposition und prägen sich nämlich das Gegenteil von dem ein, was sie gehört haben. Es kann also sein, dass jemand Eltern hatte, die sehr streng waren und er dann seine Kindern auf eine negative Art äußerst antiautoritär erzieht. Hier fanden schon sehr früh **gegenteilige** Verankerungen statt und wurden selbst bzw. gemeinsam mit der nächsten Generation ausgelebt.

Ich kann gar nicht genügend betonen, wie wichtig die Pastoda Übung ist. Sie ist der Anfang Ihrer Veränderung und wird Ihnen in kurzer Zeit helfen, große Veränderungen einzuleiten. Überspringen Sie die Übung also nicht einfach, sondern hören Sie nicht damit auf, bevor nicht alle 5 Seiten mit Leben gefüllt sind.

1. Person: _____

Für diese Person war wichtig:

Seine/ihre Leitsätze waren:

Folgende Leitsätze wurden **nicht** gelebt:

2. Person: _____

Für diese Person war wichtig:

Seine/ihre Leitsätze waren:

Folgende Leitsätze wurden **nicht** gelebt:

3. Person: _____

Für diese Person war wichtig:

Seine/ihre Leitsätze waren:

Folgende Leitsätze wurden **nicht** gelebt:

4. Person: _____

Für diese Person war wichtig:

Seine/Ihre Leitsätze waren:

Folgende Leitsätze wurden **nicht** gelebt:

5. Person: _____

Für diese Person war wichtig:

Seine/ihre Leitsätze waren:

Folgende Leitsätze wurden **nicht** gelebt:

Die Sandkasten Übung

Wenn Sie sich entspannen und an Ihre Jugend zurückdenken, dann fallen Ihnen viele Geschichten und Erzählungen wieder ein. Trotzdem sind wir alle oftmals blockiert und können/wollen uns an vieles nicht mehr erinnern. Nichtsdestotrotz können wir uns jedoch jetzt und sofort dafür entscheiden, Geschehen von damals, an welche wir uns noch erinnern können, anders zu sehen, als wir dies früher taten. Hierzu müssen wir jedoch zuerst einmal wissen, wie wir unser Tun vor vielen Jahren bewertet hatten, und hierzu hilft uns die nächste Übung.

Sprechen Sie doch einmal zu sich selbst, als Sie 5, 10 und 15 Jahre alt waren. Sie werden erstaunt sein, was Ihnen noch alles einfallen wird. Stellen Sie sich einfach eine Situation vor, in der Sie sich selbst treffen. Setzen Sie sich zu dem Jungen oder Mädchen (sich selbst) an den Sandkasten und unterhalten Sie sich angeregt darüber, was dem Kind (Ihnen) wichtig ist bzw. vor welchen Herausforderungen es im Moment steht. Nehmen Sie sich hierzu genügend Zeit und tragen Sie Sorge, dass Sie währenddessen nicht gestört werden.

Direkt im Anschluss an die Sitzung schreiben Sie in Stichworten nieder, was dem Kind (Ihnen) damals wichtig war. Danach nehmen Sie sich Zeit, darüber nachzudenken, ob Sie das, was damals wichtig war, heute von einem anderen Standpunkt aus sehen. Lassen Sie mich Ihnen einmal zwei Beispiele aus meiner Bewertung zeigen.

1. Ich erinnere mich noch ganz genau an die Zeit als ich ca.

10 Jahre alt war und der Film King Kong abends um ca. 22.00 Uhr im TV lief. Meine ganze Schulklasse sprach darüber und jeder meiner Freunde sagte, dass er am Abend den Film ansehen würde. Meine Mutter war an diesem Abend in der Gesangsstunde und kehrte so gegen 22.15 Uhr wieder zurück. Für mich bedeutete dies, dass meine Geschwister mich 10 Minuten King Kong sehen lassen würden und ich dann zu Bett musste, bevor meine Mutter zurückkam.

Woran ich mich genauestens erinnere, sind die Worte meiner Mutter, dass so ein Film „Nichts für Kinder“ ist und ich deshalb tagelang auf meine Mutter sauer war. Heute treffe ich die gleichen Entscheidungen für meine Kinder und verstehe die Ansicht meiner Mutter sehr genau und habe ihr natürlich schon längst dafür „vergeben“. Diese Vergebung ist aber nur dann möglich, wenn man „alte Geschichten“ mit „neuem Verständnis“ betrachtet. Deshalb ist es sehr wichtig, immer wieder aufs Neue anzuschauen, was habe ich **wann** entschieden und mich frage, ob diese Entscheidung auch heute noch gilt. Hierzu muss ich jedoch zuerst wissen, was ich wann entschieden habe und genau hierbei sollen Ihnen die Übungen in diesem Buch helfen.

Nachdem ich über 10 Jahre in psychiatrischen Einrichtungen und psychoanalytischen Kliniken mit Patienten gearbeitet habe, weiß ich natürlich sehr genau, dass Glaubenssätze oftmals deshalb nicht änderbar sind, weil es so unwahrscheinlich schwer ist, sich an diese zu erinnern. Ich habe z. B. während meiner Arbeit mit Magersüchtigen nicht nur einmal erleben können, dass der Sucht ein schwerer körperlicher oder seelischer Missbrauch zugrunde lag. Aus diesem Grund tendiere ich auch dazu, Krebspatienten mit professionellen Helfern zusammenzubringen. Doch Sie haben in diesem Buch schon mehrmals gelesen, dass ich mit beiden Beinen im Leben stehe,

und deshalb ist es mir natürlich bewusst, dass viel zu viele Krebspatienten aus persönlichen oder rein finanziellen Gründen nicht in der Lage sein werden, sich professionelle Hilfe zu holen.

Benützen Sie deshalb dieses Buch als ein Arbeitsbuch. Als Krebspatient reicht es nicht aus, das Buch nur zu lesen. Wenn ich etwas weiß, dann das: Der große Unterschied zwischen den Menschen, die überleben und denen, die sterben müssen, ist der, dass Überlebende aktiv an sich arbeiten und hierzu gehört nun mal auch die Arbeit an Ihrer Psyche. Und weil es so wichtig ist: Das hat nichts, aber auch absolut gar nichts damit zu tun, dass Krebskranke psychisch „nicht in Ordnung“ wären. Es geht hier darum, sich helfen zu lassen, ein gesünder und glücklicherer Mensch zu werden. Was bitte schön ist denn daran verwerflich? Der Papst und der Dalai Lama stellen sich dieser Aufgabe täglich. Warum können wir es dann nicht auch?

5 Jahre

Was war mir damals wichtig:

Wie bewerte ich das Ganze heute:

10 Jahre

Was war mir damals wichtig:

Wie bewerte ich das Ganze heute:

15 Jahre

Was war mir damals wichtig:

Wie bewerte ich das Ganze heute:

Nachdem Sie beide Übungen durchgeführt haben, schreiben Sie bitte jetzt auf, welche Leitsätze Ihr heutiges Leben bestimmen und welche Sie Ihrer Meinung nach ändern sollten. Wenn Sie später dann einen Tumorvertrag (siehe Kapitel Tumorvertrag) mit sich selbst machen, dann können Sie all das was Sie jetzt niederschreiben, verwerten.

Folgende Leitsätze bestimmen mein Leben heute:

Folgende Leitsätze werde ich neu überdenken:

Noch ein Wort an alle, die glauben, sie müssten nicht an ihren Glaubenssätzen arbeiten.

Ich habe in meinem Leben viele Alkoholiker getroffen, die mir sagten, dass der Alkoholismus das Beste war, was ihnen passiert ist. Das Gleiche gilt für Krebskranke. Viele Krebskranke sagten mir, dass sie ohne den Tumor niemals den Mut bzw. den Druck gehabt hätten, ihr Leben so positiv zu verändern. Ich möchte nicht näher auf diese Sätze eingehen, weil es hier viele Argumente mit Für und Wider gibt. Doch ein Punkt erscheint mir wichtig. Auch wenn Sie mit Ausnahme des Tumors mit Ihrem Leben recht zufrieden sind, was ist daran verwerflich, an einem größeren Lebensglück zu arbeiten. Und wie auch immer Sie leben. Tatsache ist, dass genau dieses Leben dazu beigetragen hat, dass Sie heute mit der Krankheit Krebs konfrontiert sind.

Das Schlimmste, was Sie jetzt tun könnten, wäre so weiter zu leben wie früher. Es geht nicht ohne (Ver-)Änderungen. Doch machen Sie nicht den gleichen Fehler noch einmal und

glauben Sie, ohne länger darüber nachzudenken, dass Sie schon wissen würden, was Sie zu ändern hätten. Vielleicht erklimmen Sie dabei eine Leiter und verstehen erst dann, dass es die falsche Leiter war, wenn Sie schon oben stehen.

Etwas anders ausgedrückt: Nehmen Sie sich unbedingt die notwendige Zeit, um herauszubekommen, was Sie ändern sollten. Wenn nicht jetzt – wann dann?

Das Problem mit unserer Sprache

Ich weiß, was ich will, bedeutet auch, diese Wünsche anderen Menschen mitzuteilen. Unsere westliche Erziehung hat jedoch in den letzten zweitausend Jahren eine Sprache entwickelt, die ich die Pass-auf-Sprache nenne. Wir alle wurden schon tausendmal mit ihr konfrontiert, und täglich begegnen wir ihr aufs Neue. Der Irrtum der Pass-auf-Sprache beruht darauf, dass viele Erwachsene immer noch glauben, dass negative Inputs bei anderen Personen, vor allem bei Kindern, das Gleiche bewirken wie positive Inputs.

Ein Beispiel ist die Art der Berichterstattung in den Medien. Je stumpfsinniger desto größer ist die Chance, dass es gesendet wird. Anscheinend hat sich in den Köpfen der Programmverantwortlichen in der ganzen Welt die Meinung festgesetzt, dass wir alle nur noch scharf darauf sind, Kurioses, Außergewöhnliches und Niederträchtiges zu sehen. Auch hier sollte sich ein Kranker die Frage stellen, ob er wirklich seine kostbare Lebenszeit damit verbringen will.

Doch Programmdirektoren haben auch von Ihren Eltern und Lehrern gelernt, auf negative Art und Weise zu sprechen. Man sollte eigentlich annehmen, dass gerade Pädagogen während ihres Studiums eine andere, positivere Sprache erlernen. Doch weit gefehlt. Meine Erfahrungen vermitteln mir leider ein anderes Bild. Dies soll kein Generalangriff auf Pädagogen sein. Es zeigt nur auf, dass das Vermitteln von Inhalten bis heute wichtiger ist als die Art des Vermittelns.

Nachfolgend zeige ich Ihnen ein paar Beispiele, die Ihnen wahrscheinlich nicht unbekannt sind:

Pass-auf-Sprache	Positiver Input
Wir sagen:	Sagen Sie lieber:
Renn' nicht so schnell!	Geh bitte langsam.
Es wird bald dunkel, und wenn du jetzt nicht ins Haus kommst, holt dich der Nachtrabe.	Ich mache mir Sorgen, wenn du draußen bist und es dunkel ist.
Komm du mir ja nicht mehr nach Hause!	Ich bin sauer auf dich und will mit dir reden.
Wenn du jetzt nicht deine Hausaufgaben machst, darfst du morgen nicht mit zum Fußball.	Wenn du deine Hausaufgaben erledigst, gehen wir morgen zum Fußball.
Du brauchst keine Angst zu haben!	Wir gehen langsam über die Brücke, und ich halte dich ganz fest.

Die meisten Menschen, mich eingeschlossen, hatten und haben Eltern, die öfter die Pass-auf-Sprache angewandt haben, anstatt ihren Kindern positive Inputs zu geben. Verfallen Sie bitte nicht dem Irrtum, zu glauben, dass es doch das Gleiche ist, ob ich sage:

„Renn' nicht so schnell“ oder aber: „Geh bitte langsamer.“ Bei Ersterem hört Ihr Kind nämlich das Wort rennen verbunden mit einem negativen Input und beim zweiten das Wort langsam verbunden mit einem positiven Input. Wie hartnäckig negative Inputs haften bleiben, zeigt Ihnen folgendes Beispiel: Angenommen, ich verspreche Ihnen, dass ich die Lotto-Zahlen für die nächste Ziehung schon heute kenne und Ihnen diese unter folgenden Bedingungen verraten werde:

- 1.) Sie müssen am Samstag, 15 Minuten vor der offiziellen Ziehung, einen kompletten Erdbeerkuchen essen.
- 2.) Zuvor müssen Sie 10 Stunden nonstop Monopoly spielen.
- 3.) Sie dürfen während der Ziehung der Zahlen **nicht** an ein Krokodil denken.

Ich bin überzeugt davon, dass Sie es schaffen werden, einen Erdbeerkuchen zu essen und 10 Stunden Monopoly zu spielen, doch obwohl ich Ihnen gesagt habe, dass Sie nicht an ein Krokodil denken sollen, werden Sie mit absoluter Sicherheit genau das tun. Das Gleiche passiert, wenn Sie Ihren Kindern oder anderen nahestehenden Personen negative Inputs geben, anstatt Ihnen mitzuteilen, was Sie wollen. Das, was wir bekommen, hängt sehr stark davon ab, wie wir es sagen. Sagen Sie immer, was Sie wollen und nicht, was Sie nicht wollen.

Ich weiß aus eigener Erfahrung, dass diese Umstellung relativ schnell vonstatten gehen kann. Beginnen Sie noch heute damit, sich selbst zu kontrollieren, wie Sie etwas sagen. Korrigieren Sie sich, wenn Sie es bemerken. Sprechen Sie den Satz noch einmal mit einem positiven Input aus. Seien Sie nicht frustriert, wenn Sie sich am Anfang noch öfter dabei ertappen, wie Sie negative Inputs geben. Ich habe zwei sehr lebendige Söhne, und ich erwische mich heute noch manchmal dabei, wie ich ihnen negative Inputs gebe, auch wenn es inzwischen doch recht selten vorkommt.

Die nächsten Sätze werden Ihnen aufzeigen, wie die Pass-auf-Methode Ihr gesamtes Leben bestimmen kann. Bei diesen Beispielen habe ich noch einen weiteren Input – den nonverbalen (nicht ausgesprochenen) Input – hinzugeschrieben, der unser Tun sehr stark beeinflusst. Vor allem Kinder machen sich sehr oft Gedanken darüber, wie sie denn sein sollen, um

von den Eltern (Erwachsenen) geliebt zu werden. Deshalb interpretieren Kinder Wörter teilweise völlig anders, als sie ursprünglich gesprochen wurden. Sehr oft erkennen sie aber auch den nonverbalen Input als das, was er häufig ist. Eine Nachricht, die wir anderen mitteilen wollen, uns aber nicht getrauen, diese auszusprechen. Nonverbale Inputs hören jedoch mit dem Erwachsensein nicht auf.

Hier einige Beispiele:

Pass-auf-Sprache	Positiver Input	Sie Nonverbaler Input
	lieber:	
Wir sagen:	Begleitender Gedanken:	Begleitender Gedanken:
Ärzte sind gute Menschen.	Ich würde mich sehr freuen, wenn du später einmal Medizin studieren würdest.	Ich würde gerne vielen Menschen sagen, dass mein Sohn Arzt ist.
Sei froh, wenn du bei der heutigen Arbeitslosigkeit überhaupt einen Job hast.	Meine bisherige Erfahrung zeigt mir, dass es besser ist, einen Job anzunehmen, der einem die Arbeit auch noch nicht so gut gefällt, Spaß macht, da ich als arbeitslos zu sein. schaffte habe.	Ich bin dann ein größerer Verlust, wenn du eine sager, wenn du eine Arbeit bekommst, die dir auch noch Spaß macht, da ich nie gesein. schaffte habe.
Was habe ich nicht alles für dich getan und aufgegeben.	Weil mir dein Wohlergehen so wichtig ist, habe ich meine Bedürfnisse bewusst hinten angestellt.	Sobald du alt genug bist, möchte ich von dir Wiederherstellung gutmachung.

Wir können aus all diesen Beispielen erkennen, dass wir das Ergebnis dieser elterlichen Empfehlungen sind. Wobei das Wort elterlich hier nicht wörtlich gemeint ist, da diese in uns verankerten Empfehlungen auch von anderen Menschen ausgesprochen worden sein können. Betrachten Sie diese elterlichen Empfehlungen bitte als das, was sie sind: als **Empfehlungen**. Angenommen, Sie haben einen Zwilling Bruder und dieser hat die identischen Empfehlungen erhalten, wie Sie selbst, dann bedeutet dies noch lange nicht, dass Sie die gleiche Persönlichkeit entwickeln. Denn egal, wie viele positive oder negative Inputs Sie in den vergangenen Jahren erhalten haben, sie haben alle eines gemeinsam: Sie können diese korrigieren!

Doch wir erhalten nicht nur Empfehlungen. Wir teilen sie auch aus. Deshalb müssen wir lernen, mit unserer Sprache vorsichtiger umzugehen, denn Worte kreieren Emotionen, und Emotionen verursachen Reaktionen. Wir können dadurch Opfer oder Täter werden. Wenn ich sage: „Ich finde Sie toll“, löst das Freude bei Ihnen aus. Wenn ich sage: „Ich finde Sie merkwürdig“, löst das eine Irritation bei Ihnen aus. Wenn ich sage: „Ich finde Sie zum Kotzen“, dann wird das höchstwahrscheinlich eine Verärgerung bei Ihnen auslösen.

Sie sehen, wenn Sie sich Ihrer Stärken nicht bewusst sind, können Sie sehr leicht von anderen Menschen beeinflusst werden. Wir selbst können aber auch bewusst andere beeinflussen. Im positiven und im negativen Sinn. Wir wollen uns hier ausschließlich mit dem positiven Sinn beschäftigen, und ich möchte Ihnen zeigen, wie man sich mit Worten selbst positiv beeinflussen kann. Es ist für Ihren Dialogpartner wesentlich angenehmer, wenn Sie anstatt: „Herr Müller ist faul“ einfach sagen:

„Herr Müller spart viel Arbeitsenergie“ oder anstatt: „Ich

bin total frustriert“ einfach denken „Ich empfinde es als eine Herausforderung, dass ...“ Versuchen Sie doch einmal die Wörter der linken Spalte mit den Wörtern der rechten Spalte auszutauschen.

z. B. schlecht/furchtbar	interessant
Hass	Unwissenheit
Betrug	Unehrllichkeit
Ekelig	ungewohnt
Verärgert	nicht entzückt
Ängstlich	etwas verunsichert/neugierig
Zerstört	eine Stufe zurückgegangen
Peinlich	stimulierend
Müde	neu aufladen
Angst	Verwunderung
Frustriert	herausfordernd/fasziniert
Verletzt	überrascht
Ich hasse	ich bevorzuge
Unsicher	fragend
Beleidigt worden sein	falsch verstanden worden
Eifersucht	zu viel lieben
Faul	Energie sparen
Einsam	temporär auf mich gestellt
Verloren	suchend
Nervös	aufgeladen
Schmerzlich	unkomfortabel
Abgelehnt	falsch verstanden
Traurig	ordne meine Gedanken

Grundsätzlich suchen wir neue, positive und intensive Wörter. Wörter, die ein Zeichen geben, die einen selbst, aber auch andere Menschen, motivieren und Ihnen Energie zukommen

lassen. Verwenden Sie daher Worte wie: fasziniert, begeistert, erregt, phantastisch, extrem gut, superb, unglaublich gut, verzaubert, phänomenal, geliebt, leidenschaftlich, perfekt, total konzentriert, explosiv, begabt, unbesiegbar.

Durch gezieltes Fragen und einer nicht bewertenden Analyse der Aussagen, können Sie die Kommunikation vertiefen. Es gibt der Unterhaltung eine ganz andere Richtung, wenn Sie fragen:

„Was kann ich dadurch lernen, dass diese Sache schiefgelaufen ist“, anstatt: „Warum musste das schon wieder schiefgehen?“

Wenn Sie Krebs haben, ist dies ein sehr wichtiger Aspekt, da Sie nur so erreichen können, dass Sie sich nicht jeden Tag über dies oder jenes aufregen müssen und dadurch Ihr Energiefluss blockiert ist, der für Ihre Heilung sehr wichtig ist.

Nachdem ich Ihnen jetzt erklärt habe, warum es so unheimlich wichtig ist, seine Stärken besser zu kennen, möchte ich Ihnen nun Techniken zeigen, wie Sie herausfinden, was sich in Ihrem Leben ändern sollte, damit Sie die von Ihnen gewünschten Ziele erreichen werden.

Die Bilanztechnik

So wie es in jedem Betrieb am Jahresanfang üblich ist, eine Bilanz zu erstellen, so möchte ich Sie dazu einladen, eine Lebensbilanz anzufertigen. Genau wie in einer Firma werden Sie eine Gewinn- und Verlustrechnung erstellen. Nur gibt es bei uns keinen Gewinn und keinen Verlust, da das ganze Leben ein Gewinn ist, sondern eine Lust- und Notwendigkeitsrechnung.

Auf der nächsten Seite sollen Sie alles niederschreiben, was Ihnen im Leben bisher Spaß gemacht hat, zur Zeit Spaß macht oder aber was Sie glauben, was Ihnen Spaß machen würde, auch wenn Sie es noch nie ausprobiert haben. Ich möchte Sie bitten, mindestens 10 Situationen aufzuschreiben, die Ihnen Lust bereiten. Hören Sie nicht auf, bevor mindestens 10 Zeilen voll sind.

Sollte es Ihnen schwer fallen, diese Zeilen zu füllen, liegt es nicht daran, dass Sie nicht mindestens 10 Situationen kennen, die Ihnen Spaß machen, sondern daran, dass Sie nicht wollen, dass Ihnen lustvolle Dinge einfallen. Dies kann mehrere Gründe haben. Mangelndes Selbstwertgefühl, depressive Verstimmungen, Selbstmitleid oder aber eine „die ganze Welt ist schlecht Stimmung“, um nur einige zu nennen. Hören Sie **jetzt sofort** für wenigstens 3 Minuten damit auf und füllen Sie die nächste Seite mit Leben.

Auch wenn Ihnen eine innere Stimme sagt: „Der spinnt doch“ oder: „Der hat gut reden, denn schließlich bin ich es, dem es schlecht geht“, so möchte ich Ihnen trotzdem sagen, dass niemand auf der Welt es Ihnen untersagen kann, 10 Situationen aufzuschreiben, die Ihnen Spaß gemacht haben oder von denen Sie annehmen, dass sie Ihnen Spaß machen würden.

Sie können schreiben, Sie können sich erinnern und Sie können es tun. Also tun Sie es jetzt und sofort!

Meine tägliche Arbeit

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Kann das Leben nicht unwahrscheinlich Spaß machen? Bevor Sie weiterlesen, möchte ich Sie bitten, Ihre eigenen Worte noch einmal zu lesen. Einfach so. Weil es auf Ihrem Weg, wieder gesund zu werden, unwahrscheinlich wertvoll ist, zu wissen, was einem im Leben alles Spaß bereitet. Ich habe die ganze Lust-Seite in einen Rahmen gesetzt und ihr den Titel: *Meine tägliche Arbeit* gegeben, damit Sie täglich daran erinnert werden, was Sie wirklich „arbeiten“ müssen. Ich möchte, dass Sie sich diese Seite kopieren und an einen Platz legen bzw. aufhängen, wo Sie sie jeden Tag sehen können. Noch besser wäre, Sie rahmen die Seite schön ein und sorgen jeden Tag dafür, dass Sie mindestens einen Punkt „abhaken“. Vergessen Sie bitte nie, dass wir nicht auf dieser Welt sind, um traurig zu sein. Und was für Sie vielleicht noch wichtiger ist: **Ihr Immunsystem wird es Ihnen danken!**

Der nächste Schritt unserer Lust- und Notwendigkeitsrechnung ist etwas aufwändiger und schon eher mit dem Sammeln aller notwendigen Unterlagen für eine Betriebsprüfung vergleichbar. Die nächste Seite beinhaltet 3 Spalten. Schreiben Sie bitte in der linken Spalte auf, was Sie des öfteren tun, Ihnen aber überhaupt keine Freude bereitet, Sie es aber trotzdem tun, weil Sie es für notwendig erachten. In die mittlere Spalte schreiben Sie den Vorteil dieses Tuns auf. Z. B. könnte hier auf der linken Seite stehen: „Ich gehe jeden Tag zur Arbeit, einer Arbeit, die ich nicht besonders mag.“

In der mittleren Spalte: „Mein Verdienst ist eigentlich ganz O.K. Ich habe in der Firma Freunde, die ich vermissen würde. Manchmal lerne ich durch meinen Job ganz interessante Leute kennen.“

In die rechte Spalte schreiben Sie eine Zahl von 1 - 10. 1 bedeutet, dass Sie mit dieser Notwendigkeit gut leben können, selbst wenn Sie es nicht erreichen sollten, wichtige Änderun-

gen durchzusetzen wie z. B. endlich Ihrem Chef zu sagen, was man in der Firma ändern könnte, damit Ihnen Ihre Arbeit mehr Spaß macht.

Die Zahl 10 bedeutet, dass Ihnen diese Notwendigkeit sehr zu schaffen macht und Sie es nur erdulden, weil Ihnen die Vorteile aus der mittleren Spalte sehr, sehr viel wichtiger sind. Schätzen Sie bitte selbst ab, ob die Bewertung eine 1, eine 5 oder eine 10 verdient. Erfahrungsgemäß dauert vor allem das Ausfüllen der mittleren Spalte länger, weil es manchmal gar nicht so einfach ist z. B. Vorteile an unbezahlten Überstunden zu finden. Es lohnt sich jedoch aus zwei Gründen, sich hierfür Zeit zu nehmen.

Erstens werden Sie bei genauerem Betrachten so manche Vorteile erkennen, die sehr oft und viel zu schnell in Vergessenheit geraten und zweitens ist es eine unwahrscheinlich gute Übung, zu lernen, auch solchen Situationen etwas Positives abzugewinnen, die auf den ersten Blick nur negative Gedanken aufkommen lassen.

Was in einer Firma die Bilanzbesprechung mit dem Steuerberater ist, das ist die Bilanzanalyse bei uns. Der Vorteil ist, dass Sie weder einen Steuerberater noch einen Analytiker benötigen. Betrachten Sie in Ruhe Ihre Zahlen der dritten Spalte, nehmen Sie einen Leuchtstift und markieren Sie alle Zahlen, die größer als fünf sind. Jetzt liegt es an Ihnen, dafür zu sorgen, dass Sie diese Dinge entweder zukünftig unterlassen oder aber dafür sorgen, dass es jemand anders für Sie macht.

Viele Menschen haben mir schon davon erzählt, dass Ihnen die Bilanztechnik ihr Leben sehr erleichtert hat. Wenn man sie öfters anwendet und Routine darin entwickelt, dann bleibt oder kommt man mit beiden Beinen auf den Boden und was sich vorher als riesengroßes Problem aufgetürmt hat, zerfällt auf einmal in seine Einzelteile. Dadurch wird das Problem übersichtlicher und ist viel, viel leichter anzugehen.

Gerade Krebskranke haben meistens nicht „nur“ das Tumorproblem, sondern zusätzlich viele andere. Hier ist es deshalb wichtig rational und rationell vorzugehen. Da die emotionale Beteiligung jedoch sehr hoch ist, fällt dies nicht leicht. Und genau aus diesem Grund ist die Bilanztechnik für Krebskranke geradezu ideal, damit man nicht eines Tages den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr sieht.

Der Tumorvertrag

Ähnlich einer Ein-Mann-GmbH machen Sie danach einen Tumorvertrag mit sich selbst. Einen Vertrag zwischen der Person, die Sie heute sind, mit der Person, die Sie in 12 Monaten sein werden. Vielleicht kommt es Ihnen etwas lächerlich vor, mit sich selbst einen Vertrag abzuschließen. Mal ehrlich, Sie haben in Ihrem Leben doch bestimmt schon viel Verrückteres gemacht, als einen Vertrag mit sich selbst, oder?

Bevor Sie diesen Vertrag unterschreiben, sprechen Sie mit Ihrem Tumor, schließlich ist er ein Teil von Ihnen. Erklären Sie ihm, dass er durch sein Wachstum riskiert, dass Sie sterben müssen und dies für ihn bedeutet, dass er ebenfalls sterben muss. Machen Sie ihm diesen Punkt deutlich klar und schlagen Sie ihm stattdessen vor, einen Vertrag zu machen, mit dem beide Parteien gewinnen werden. Der Vertrag enthält nur 3 Paragraphen, und die Präambel des Vertrages sieht so aus, dass Sie sich vornehmen, in den nächsten drei Monaten folgende Punkte zu ändern, die Sie unter Paragraph 2 niederschreiben werden.

Betrachten Sie zuvor noch einmal Ihre Bilanzanalyse, den Jefferson-Test und Ihre Lust-Liste. Gemeinsam werden sie Ihnen helfen, herauszufinden was Sie in Ihrem Leben wirklich erreichen wollen. Bitte nehmen Sie diesen Vertrag sehr ernst und halten Sie sich zu 100 % an den Inhalt. Dies ist äußerst wichtig, da sich sonst Ihr Tumor ebenfalls nicht an den Vertrag hält.

In den letzten Jahren konnte ich außergewöhnlich positive

Erfahrungen mit diesem Vertrag machen, und je mehr ich mich mit ihm beschäftige, desto besser verstehe ich die genialen Abläufe, die in einem Menschen entstehen, wenn er solch einen Vertrag mit dem notwendigen **Ernst** mit sich abschließt. Überlegen Sie doch einmal: Wie soll es einem Tumor möglich sein, weiter zu wachsen? **Sie** selbst sind doch der Tumor! Sie sind doch derjenige, der über seinen Körper, im Negativen wie im Positiven, bestimmen kann. Nur wenn Sie daran glauben, dass irgendwelche „böse“ Zellen in Ihnen ein von Ihnen abgekoppeltes Eigenleben führen können, nur dann ist der Tumor in der Lage weiterzuwachsen.

Ich hoffe doch sehr, dass ich einigermaßen in der Lage bin, Ihnen in diesem Buch zu erklären, dass Tumore kein zweites Ich sind. Sie sind ein Teil von Ihnen, der, aus welchem Grund auch immer, sehr vernachlässigt wurde. Sozusagen wie in einer Großfamilie, in der ein Mitglied „unterging“, weil es nicht in der Lage war, sich genügend Gehör zu verschaffen. Das Gleiche macht der Tumor. Er verschafft sich durch sein „eigenartiges“ Wachstum Gehör.

Nachfolgend finden Sie einen Mustervertrag, den Sie bitte erst dann ausfüllen sollen, wenn Sie dieses Buch komplett gelesen und mindestens eine Nacht darüber geschlafen haben. Der Vertrag ist sehr wichtig, und Sie benötigen hierfür Zeit!

3E-Tumorvertrag

zwischen

Tumor 1 und alle Tochtergeschwüren bzw. Zellveränderungen
(nachfolgend Tumor genannt)

und

(nachfolgend Vertragspartner genannt)

Präambel

Die beiden Parteien verpflichten sich, einen Vertrag abzuschließen, aus dem detailliert hervorgeht, was jede Partei unternehmen wird, damit sie gemeinsam gesund und glücklich alt werden können.

§ 1

Der Tumor verpflichtet sich, mikroskopisch gesehen so klein zu werden, dass der Vertragspartner ihn nicht mehr bewusst wahrnehmen kann oder durch den Tumor andere Störungen hervorgerufen werden.

§ 2

Der Vertragspartner verpflichtet sich nachfolgende Änderungen in seinem Leben durchzuführen:

Noch heute wird er:

In den nächsten 14 Tagen wird er:

In den nächsten 3 Monaten wird er:

§ 3 Salvatorische Klausel

Sollte der eine oder andere Punkt des Vertrages nicht einhaltbar sein – aus Gründen für die beide Partner nichts können – so bleibt der Vertrag trotzdem gültig und beide Parteien suchen nach einer Lösung, die der ursprünglichen Planung am nächsten kommt. Spätestens in 3 Monaten wird dieser Vertrag analysiert und auf weitere 3 Monate verlängert. Diese Verlängerungen finden mindestens 10 Jahre lang statt und können von keinem Partner gekündigt werden.

Datum: _____



Unterschrift Tumor

Unterschrift Vertragspartner

Die Mittelwegtechnik

In der Predigt von Benares sprach Buddha: „Der Erleuchtete sucht sein Heil nicht in der Selbstkasteiung, noch sucht er es in einem Leben im Überfluss sowie der Selbstverwöhnung. Der Erleuchtete hat den mittleren Weg gefunden.“

Erleuchtung kann ich Ihnen nicht versprechen, doch ich kann Ihnen mit der Anwendung der Mittelwegtechnik ein Werkzeug in die Hand geben, das Ihnen helfen wird, Entscheidungen jeder Art leichter und sicherer zu treffen. Des Weiteren ist es ein Werkzeug, welches Ihnen erlauben wird, Ihren Blutdruck innerhalb von Sekunden wieder auf ein erträgliches Maß zu bringen. Sie werden zukünftig in der Lage sein, ohne eine negative Beeinflussung durch Wut bzw. Aufgeregtheit, klare Entscheidungen zu treffen. Sie beruht darauf, in wenigen Sekunden, und nach reiflicher aber trotzdem schneller Überlegung von Extremen, eine Entscheidung zu treffen. Die von Klaus Pertl und mir entwickelte Mittelwegtechnik besteht aus drei Teilen oder besser gesagt, aus drei hintereinander ablaufenden Gedanken.

- 1.)Der Frage: „Was passiert, wenn alles schief geht, und was passiert, wenn alles optimal läuft.“
- 2.)Dem Symbol Yin Yang.
- 3.)Dem Satz: „Gott gebe mir Gelassenheit, hinzunehmen, was nicht zu ändern ist. Mut, zu ändern, was ich ändern kann. Und Weisheit, zwischen beidem zu unterscheiden.“

Ganz schön viel auf einmal, werden Sie jetzt vielleicht denken. Weit gefehlt. Ihr Gehirn ist in der Lage, im Bruchteil einer Sekunde Tausende von Aktionen durchzuführen. Was sind da schon drei Gedanken? Lassen Sie mich Ihnen zuerst einmal die einzelnen Gedanken etwas näher erklären.

1. Was passiert, wenn alles schief geht, und was passiert, wenn alles optimal läuft?

Wie oft haben Sie sich schon diese Frage gestellt? Nicht so oft? Schade. Denn sie wirkt unwahrscheinlich beruhigend. Je nachdem wie optimistisch oder pessimistisch Sie durchs Leben gehen, haben Sie sich sicherlich schon öfter einen Teil der Frage gestellt.

„Was passiert, wenn alles schief läuft“ oder nur geträumt: „Wenn alles positiv läuft, dann ...“ Es gibt jedoch nichts auf der Welt, das nur ein Ende hat. Deshalb müssen Sie beginnen, beide Teile des Ganzen immer gleichzeitig zu betrachten. Denken Sie sich eine Linie. Egal, worüber Sie sich gerade Gedanken machen, sich aufregen oder worüber Sie dringend eine Entscheidung treffen müssen. Stellen Sie sich eine imaginäre Linie vor, bei der Ihr Problem genau in der Mitte sitzt.

Problem

Jetzt stellen Sie sich am linken Ende alles Negative vor, das Ihnen dazu einfällt, und alles Positive am rechten Ende:

Negativ

Problem

Positiv

Mal ehrlich, wie oft haben Sie in Ihrem Leben schon etwas Unangenehmes getan oder ertragen und dies nur aus Angst vor Sank-

Mal ehrlich, wie oft haben Sie in Ihrem Leben schon etwas Unangenehmes getan oder ertragen und dies nur aus Anst vor Sanktionen? Wenn Sie Angst haben oder Unangenehmes ertragen müssen, fragen Sie sich bitte immer zuerst, was das Schlimmste ist, was passieren kann, wenn Sie sich z. B. scheiden lassen, Ihren Job verlieren, sich blamieren, rot werden, ins Stottern kommen, zu spät kommen, usw. Sie werden sehr bald erkennen, dass nichts dabei ist, was Sie nicht bewältigen könnten. Die Frage besteht aber nicht nur aus: „Was schlimmstenfalls alles schief gehen kann“, sondern besteht aus zwei Fragen, denn der zweite Teil der Frage besteht daraus, was denn geschieht, wenn alles einhundertprozentig positiv, also einfach optimal läuft.

Warum? Weil wir so manches in unserem Leben unternehmen, das bei weitem nicht so positiv ist, wie wir es uns vorstellen. Kennen Sie nicht auch den Satz „Und, was war der Dank dafür, dass ich ...!“ Oder haben Sie sich nicht auch schon mal etwas unwahrscheinlich toll ausgemalt und in der Realität war es dann nur halb so schön. Die Chance, das reale Leben zu verlassen, ist an beiden Enden sehr groß. Denken Sie an die rosa Brille von Verliebten oder an Menschen, denen bei den Wörtern Urlaub und Dominikanische Republik nur das Wort Flugzeugabsturz und Kakerlaken einfällt.

Egal, um welche Angst es geht, egal welche Entscheidung Sie treffen müssen, beide Seiten der Linie anzuschauen, bringt Sie innerhalb von Sekunden in die reale Mitte und nur von dort aus können Sie bewusste Entscheidungen treffen. Übrigens, das Anschauen beider Enden dauert in der Regel nur wenige Augenblicke oder Sekunden. Sicherlich haben Sie schon einmal bei religiösen Menschen gehört, wie wichtig es ist, seine Mitte zu finden. Finden auch Sie Ihre Mitte und beginnen Sie, die Mittelwegtechnik in Ihr Leben einzubauen.

Nehmen wir einmal das Beispiel, dass Sie Angst haben, Ihren Job zu verlieren. Wahrscheinlich fallen Ihnen dann spontan Sätze ein wie: „Wovon soll ich nächsten Monat meine Miete bezahlen – die nächste Rate fürs Eigenheim ist fällig – was werden meine Freunde/Eltern/Partner sagen – kann ich meinen jetzigen Lebensstandard aufrecht halten – was für eine Schande – was soll ich nur den ganzen Tag machen?“

Fallen Ihnen jedoch folgende Sätze ebenfalls ein: „Endlich mal Zeit für mich und meine Familie – vielleicht traue ich mich ja dann endlich eine Umschulung zu machen – endlich habe ich einen Grund, um meinen Freund in Italien zu besuchen – das ist eine echte Chance für einen beruflichen (oder privaten) Neuanfang – nie mehr muss ich mich über den Kollegen Mayer aufregen, meine Güte ist das schön – jetzt nehme ich mir die Zeit, darüber nachzudenken, wie ich viel mehr Geld verdienen kann als bisher“, und vergessen Sie niemals: Die wunderschönen Bücher über *Harry Potter* wären niemals geschrieben worden, wenn J. K. Rowling nicht arbeitslos gewesen wäre.

Nur wenn Sie wirklich beide Gehirnhälften befragen, können Sie auch wirklich positive Entscheidungen treffen. Doch leider wird uns in der Schule beigebracht, hauptsächlich mit der linken (unserer rationalen) Gehirnhälfte zu denken und deshalb sollten wir uns auch nicht wundern, wenn uns zum Thema Arbeitslosigkeit fast nur Negatives einfällt. Doch es liegt an uns, zu lernen, wie wir unsere rechte (kreative) Gehirnhälfte wieder einsetzen können und dabei hilft diese Übung sehr.

2. Yin Yang

Der zweite Gedanke der Mittelwegtechnik ist kein Satz, sondern die Vorstellung des Symboles Yin und Yang.



Vielen wird es bekannt sein. Es beschreibt die Gegensätze im Leben und deren Abhängigkeit voneinander. Keine Gesundheit ohne Krankheit, kein Reichtum ohne Armut, keine Dunkelheit ohne das Licht. Yang beschreibt das schöpferische, männliche und geistige Prinzip, während Yin für das weibliche, nächtliche und empfangende Prinzip steht. Für unsere Mittelwegtechnik ist dieses Symbol deshalb so wichtig, weil es uns durch seine Präsenz zeigt, dass alles im Leben Vor- und Nachteile hat. Es gibt niemals nur das Eine. Machen Sie sich dies immer und immer wieder bewusst, denn es bringt Sie, egal wo Sie sind, zurück zu Ihrer Mitte. Wenn Sie sehr traurig sind, hilft es Ihnen, wieder Freude zu spüren, weil es Ihnen sagt, dass es einen Grund gibt, warum Sie so traurig sind. Einen Grund, den Sie einfach zum heutigen Zeitpunkt nicht verstehen können.

Wenn es Ihnen sehr gut geht, hilft es dabei, nicht zu vergessen, dass es Ihnen auch schon einmal schlechter ergangen ist bzw. andere Menschen nicht so glücklich sind wie Sie. Wenn wir es mit dem Symbol des Pfeiles aufzeichnen, tendieren die Kräfte von Yin und Yang beide zu unserer Mitte hin.

Krebskranke Menschen können oftmals kein Yin im Yang entdecken, da sie glauben, dass Krebs grundsätzlich nur nega-

tiv ist. Doch dann kommt ihnen auf einmal dieser Gedanke, dass sie jetzt doch „eine Entschuldigung“ haben dies und jenes zu tun. Oder sie treffen sich mit anderen Krebskranken, und dann fallen in der Runde plötzlich Sätze wie: „Mein Tumor war das Beste, was mir in meinem Leben bisher geschah“ und Sie beginnen zu verstehen, dass es immer zwei Seiten einer Medaille gibt.



Kommt es Ihnen auch manchmal so vor, dass Ampeln grundsätzlich rot werden, wenn Sie mit Ihrem Auto noch 10 Meter davon entfernt sind? Regen Sie sich nicht auf. Freuen Sie sich und denken Sie an Yin und Yang. Wahrscheinlich wären Sie später in einen Unfall verwickelt worden oder hätten Ihren Traumpartner nicht kennen gelernt, nur weil Sie eine Minute zu früh angekommen wären. Egal wie sehr Sie sich ärgern, egal wie traurig Sie sind. Zu wissen, dass alles Negative einen positiven Aspekt beinhaltet und umgekehrt, erleichtert Ihr Leben immer wieder aufs Neue und wird Ihnen ein ständiger Begleiter werden. Lassen Sie **Yin** und **Yang** auch Ihre Freunde sein. Sie können nicht nur Ärgernisse aus dem Weg räumen. Sie können helfen, dass Sie nicht depressiv werden oder Ihnen aus einer Depression heraushelfen. „Warum ich?“ oder: „Warum ist das gerade mir passiert?“ Gerade dann, wenn Sie nicht mehr weiter wissen, sind Ihre Freunde zur Stelle und geben Ihnen die Gewissheit, dass hinter diesen Fragen etwas Positives steht, etwas, was Sie momentan nur nicht verstehen können.

Vergessen Sie Ihre Freunde **Yin** und **Yang** nicht, wenn Sie sich das nächste Mal aufregen oder traurig und enttäuscht sind. Sie werden Ihnen helfen, schwierige Momente in einem neuen Licht zu sehen.

3. Gott gebe mir Gelassenheit, hinzunehmen, was nicht zu ändern ist. Mut, zu ändern, was ich ändern kann. Und Weisheit, zwischen beidem zu unterscheiden.

Dieser Satz stammt ursprünglich aus der Arbeit der Anonymen Alkoholiker. Vor allem der erste Teil: „Gott gebe mir Gelassenheit, hinzunehmen, was nicht zu ändern ist“, wird Ihnen helfen, Dinge klarer und von einem anderen Standpunkt aus zu betrachten. Allein das Wort Gelassenheit wirkt sehr beruhigend. Die Einsicht, dass es sehr leicht möglich ist, gegenüber Dingen, die man nicht ändern kann gelassen zu reagieren, wird Ihnen eine innere Ruhe verleihen, die Ihnen heute vielleicht noch unvorstellbar vorkommt.

Sicherlich haben Sie sich auch schon über Dinge aufgeregt, die einhundertprozentig unveränderbar waren oder sich Selbstvorwürfe gemacht, obwohl wir doch eigentlich wissen, dass Selbstvorwürfe grundsätzlich zu spät kommen? Genau hier hilft Ihnen das Wort Gelassenheit. Wenn Sie sich also aufregen, betrachten Sie die Situation dahingehend, ob Sie änderbar ist oder nicht. Wenn nicht, macht es dann noch Sinn, sich darüber aufzuregen? Die Antwort ist ein klares Nein! Leider spielen uns hier jedoch unsere Gene bzw. alte Verhaltensmuster einen bösen Streich, da diese noch immer glauben, sie müssten unseren Blutdruck schon wegen Kleinigkeiten erhöhen und unseren ganzen Körper in Alarmbereitschaft verset-

zen wie zu Höhlenzeiten den Neandertaler. Machen Sie sich also bewusst, dass ein erhöhter Blutdruck Sie daran hindert, Entscheidungen zu treffen. Und klare Entscheidungen sind genau das, was Sie benötigen, wenn Sie beginnen sich aufzuregen.

Ein Beispiel. Sie fahren mit dem Auto durch die Stadt. Von hinten fährt jemand auf Sie auf, weil er zu schnell fuhr. Wie steigen Sie aus dem Auto? Genauso wie Herr Beispiel: „Da haben wir aber Glück gehabt, dass uns nichts passiert ist. Ist Ihnen eigentlich klar, dass wir uns beide fast ganz schön verletzt hätten, nur weil Sie zu schnell gefahren sind?“ Das Bewusstsein, dass dieser Unfall nicht mehr rückgängig zu machen ist, hilft Ihnen, gelassen zu reagieren. Ein anderes Beispiel. Vor Jahren hat einmal eine Frau meine Autotür beim rückwärts Fahren eingedrückt. Ich war gerade mit meiner Frau auf dem Markt, und als wir zurückkamen, war die Unfallverursacherin sehr nervös. Ich bat sie um ihre Adresse, schrieb mir ihre Autonummer bzw. Versicherungsnummer auf und verabschiedete mich von ihr. Wenige Sekunden später drehte sie sich um, um fragte mich, ob das schon alles wäre. Ich sagte ja und wollte wegfahren, aber sie sprach mich erneut an und bedankte sich bei mir, dass ich sie nicht angeschrien hätte und konnte fast nicht verstehen, warum ich immer noch so gelassen war.

Der Alltag sieht jedoch anders aus. Denn wer kennt nicht jemanden, der beim Autofahren immer über andere Fahrer flucht? Oder haben Sie nicht selbst vor kurzem einem anderen Fahrer den Vogel gezeigt und sich über einen Stau auf der Autobahn aufgeregt? Oder wie sieht es mit dem Soßenfleck auf Ihrem neuen Kleid aus? Mit dem neuen Glas, das Ihr Sohn gerade auf dem Boden fallen ließ oder der Note Fünf Ihrer Tochter in Geografie?

Alle Beispiele haben eines gemeinsam. Sie gehorchen den

Gesetzen der Entropie und sind nicht mehr rückgängig zu machen. Nur wenn Sie sich nicht aufregen, können Sie ruhig analysieren und entscheiden, ob Sie diese in Zukunft vermeiden können (Note Fünf) oder nicht (Auffahrunfall). Jeder einzelne Gedankenteil der Mittelwegtechnik hilft Ihnen dabei, klare Entscheidungen treffen zu können, herauszufinden, was Sie wollen und vor allem Ihr Leben zu erleichtern, indem Sie sich nicht mehr so aufregen müssen. Gemeinsam sind sie jedoch unschlagbar. In ihrer Einheit sind sie in der Lage, alle Lebensbereiche komplett abzudecken. Versuchen Sie sich anfangs nur folgendes Schema zu merken:

Aufregung = Mittelweg + Yin Yang + Gelassenheit

Üben Sie täglich. Benützen Sie jede Kleinigkeit. Die falsch ausgepresste Zahnpastatube Ihres Partners, Ihren während des Frühstücks Zeitunglesenden Ehemann, die Unfähigkeit Ihrer Frau sich für ein Kleid zu entscheiden, Ihre beim Mittagstisch zappelnden Kinder, den Stau auf der Autobahn, Ihren zwanghaften Chef usw. Es gibt jeden Tag genügend Möglichkeiten auf Ihrem Weg zu einem gesunden und erfüllten Leben.

Visualisierung

Das wahrscheinlich wichtigste „Einzelinstrument“, um Ihr Leben in die Richtung zu bringen, in die Sie möchten, ist Visualisierung. Vielleicht können Sie mit diesem Begriff heute noch nicht so viel anfangen, doch ich hoffe sehr, dass Sie am Ende dieses Buches verstehen werden, dass es in erster Linie Visionen sind, die Sie wieder gesund machen.

Alles, was uns umgibt, war zuerst einmal eine Vision. Das Glas aus dem Sie trinken, genauso wie das Haus, in dem Sie wohnen. Lange bevor ein Haus gebaut wird, entsteht die Idee, ein Haus zu bauen und danach die geistige Umsetzung in Form von Bauplänen. Unser gesamtes Leben läuft immer auf einer Zeitschiene ab und kann niemals umgedreht werden.

Vergangenheit

Zukunft



Bitte machen Sie sich dies einmal bewusst. Alles um Sie herum war zuerst einmal ein Gedanke, eine Energie, eine Welle. Das Verständnis hierüber ist sehr wichtig, denn nur so können wir verstehen, dass Energien Materie erzeugen. Denken Sie doch einmal an den Hypnotiseur, der es schafft, Sie glauben zu machen, die Münze in Ihrer Hand sei heiß und Ihre Haut daraufhin rot wird, ja Sie sogar eine Blase bekommen können. Hier verändert sich also bestehende Materie allein durch Gedanken. Wäre Ihre Haut auch rot geworden, wenn Sie sich

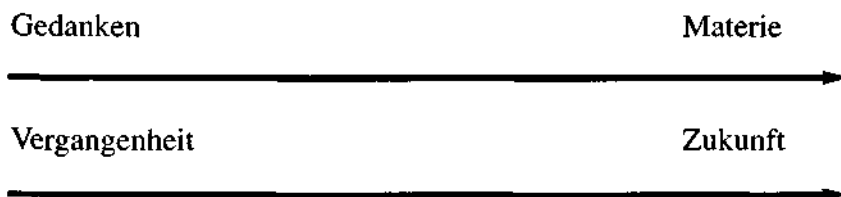
vorgestellt hätten, Sie würden eine normale kalte Münze in der Hand halten?

Wenn Sie jetzt gedacht haben: Natürlich nicht, dann haben Sie verstanden, dass die richtigen Gedanken innerhalb von Sekunden in ihrem Körper Materie verändern können. Warum sollte dies also nicht auch mit einem Tumor möglich sein? Dieser Frage gehen schon seit vielen Jahren Visualisierungstrainer wie Carl Simonton nach, dessen Arbeiten ich (mit ein paar Einschränkungen) sehr schätze. Carl Simonton hat genauso wie z. B. Lawrence LeShan, Bernie Siegel oder Andrew Weill in mehreren Studien aufgezeigt, dass Krebskranke zum Teil doppelt so lange gelebt haben, wenn Sie Visualisierungstechniken anwandten.

Leider unterrichtet Carl Simonton unter anderem, dass Krebskranke sich vorstellen sollen, wie deren weiße Blutkörperchen den Tumor attackieren und vernichten. Meine Forschungen haben mir jedoch gezeigt, dass diese Art der Visualisierung von vielen Krebskranken abgelehnt wird und auch ich habe aus vielen Gründen große Zweifel an der Richtigkeit dieser Praktik. Erstens bringt es den Tumor wieder in das Blickfeld des Patienten und wie wir heute wissen, ist der Tumor nur zweitrangig wichtig. Und zweitens visualisiert der Patient einen Krieg in seinem Körper und ich bin mir 100 %ig sicher, dass Krebskranke Harmonie benötigen und keine Kriegsphantasien.

In meinen Gesprächen mit vielen Überlebenden ist mir sehr schnell aufgefallen, dass diese sich nicht (mehr) mit ihrem Tumor auseinandergesetzt haben, sondern viel mehr mit ihrer gesunden Zukunft. Auch wenn fast jeder seine eigene „Technik“ hatte, so ging es am Ende immer um das Gleiche: Das Kreieren der eigenen Zukunft dank Visualisierung. Sollte es einen Punkt geben, den ich innerhalb des 3E-Programmes

für wichtiger als alle anderen halte, dann ist es dieser, denn wenn wir unsere Zukunft nicht selbst kreieren – wer dann? Bitte betrachten Sie unsere Zeitlinie noch einmal und vergleichen Sie sie einmal mit der Gedanken-Materie Linie.



Beide Linien können nur in eine Richtung gehen und es gibt kein Zurück. Sie können weder die eine noch die andere Linie in eine umgekehrte Richtung drehen. Beginnen Sie deshalb unbedingt noch heute damit, Ihre Zukunft selbst zu gestalten, indem Sie sich diese vorstellen.

Auf der nachfolgenden Seite möchte ich Ihnen eine Technik zeigen, die ich von meinem Freund und Europas führendem Visualisierungstrainer persönlich erlernte. Jack Black aus Glasgow hat in den letzten Jahren über 50.000 Menschen sein MindStore System gelehrt und ist der Berater führender Persönlichkeiten und Firmen. Ich kann nur jedem Krebskranken raten, ein Seminar (in englischer Sprache) von Jack Black oder Klaus Pertl (in deutscher Sprache) zu besuchen, um Visualisierungstechniken zu erlernen, die meiner Meinung nach ihresgleichen suchen.

Ich weiß aus vielen Gesprächen, dass man, wenn man einen Tumor im Körper hat, sehr schnell glaubt, die Zerstörung desselbigen sei jetzt am allerwichtigsten und wenn der Tumor mal weg ist, dann werde man sich auch mit einem mentalen

Programm beschäftigen. Dies ist jedoch ein riskantes Unterfangen und Sie müssen unbedingt nachfolgende Visualisierungstechnik als Teil Ihres Tumorzerstörungsprogrammes sehen.

Das Wort **Wie** spielt ebenfalls eine große Rolle, denn leider ist es gerade dieses Wort, welches Sie oftmals von wichtigen Entscheidungen abhält. Vor allem Menschen, die noch nie meditiert haben oder nicht besonders gläubig sind, haben Schwierigkeiten, sich vorstellen zu können, warum Visualisierung so wichtig sein soll. Machen Sie deshalb nicht den Fehler und beginnen Sie zu überlegen, wie denn so etwas wie Visualisierung Ihnen dabei helfen kann, einen Tumor zu zerstören, sondern vertrauen Sie bitte mir und all den vielen anderen, dass es einfach funktioniert.

Natürlich gibt es auch andere Lehrer (meistens NLP-Trainer) die gute Visualisierungstechniken unterrichten. Leider gibt es jedoch auch viele, die sich mit Krebskranken nicht sehr gut auskennen und nur darauf aus sind, Sie mental für wenige Tage aufzupuschen und Sie dann 8 Tage später in ein noch größeres Loch fallen. Es gibt leider kein Patentrezept, wie man einen guten Therapeuten erkennt.

Zusammenfassend kann ich allerhöchstens sagen, dass meine Forschungen eindeutig gezeigt haben, dass Krebspatienten mit Therapeuten weniger an der Vergangenheit bzw. Gegenwart arbeiten sollten, sondern an ihrer Zukunft. Natürlich weiß ich aus eigener Erfahrung, dass die Zukunft leichter zu ändern ist, wenn man sich seiner Vergangenheit bewusst ist. Doch Krebspatienten haben leider nicht immer genügend Zeit, um analytisch zu arbeiten und deshalb sollte sich dieser Teil der mentalen Arbeit an einen absolut engen, zeitlichen Rahmen halten.

Ich sage **nicht**, dass man nicht seine Vergangenheit an-

schauen sollte – also bitte nicht missverstehen. Doch in einer
Krebstherapie geht es nicht um eine klassische Psychoanalyse
und um keine Arbeit im Hier und Heute, sondern um eine
Kreierung der Zukunft. Und wie man diese kreiert, erkläre ich
Ihnen jetzt auf den nächsten Seiten.

Das Haus am rechten Ufer

Um unseren Körper durch unseren Geist positiv zu beeinflussen, ist es von Vorteil, dass Sie Ihre Gedanken in einem entspannten Zustand entwickeln und „weitergeben“. Hierzu sollten Sie in einem so genannten Alpha-Zustand sein. Das Wort Alpha-Zustand kommt daher, dass wir im EEG bestimmte Bewusstseinszustände aufzeichnen können und Alpha-Wellen (7-14 Hertz) einen entspannten Zustand signalisieren (die anderen sind Beta-, Theta- und Delta-Wellen.) Es gibt verschiedene Entspannungs- oder Meditationstechniken. Diese können Sie in jeder Volkshochschule erlernen oder sich ein Buch/CD kaufen und selbst beibringen. Alternativ hierzu können Sie auch klassische Musik hören.

Sobald Sie tief entspannt sind, stellen Sie sich bitte folgende Situation vor: Sie gehen am rechten Ufer eines Flusses entlang und wenden sich nach rechts. Dort sehen Sie vor sich eine grüne Wiese, einen blauen Himmel und ein Haus mit einem roten Dach (bitte kreieren Sie sich Ihr Traumhaus.) Betreten Sie Ihr Traumhaus und begeben Sie sich zuerst in einen Raum mit einer Dusche. Unter dieser Dusche spülen Sie alles Negative weg. Danach trocknet Sie helles Sonnenlicht, welches Ihren ganzen Körper durchströmt.

Nachdem Sie trocken aus der Dusche herauskommen, gehen Sie in Ihren Regieraum. Dort sehen Sie vor sich an der Wand drei große Leinwände.



Sie setzen sich vor die Leinwände auf einen Stuhl und haben eine Fernbedienung in Ihrer Hand. Egal welches Problem Sie haben, projizieren Sie dieses auf die mittlere Leinwand. Bitte betrachten Sie es als absolut O.K. dieses Problem zu haben, genauso wie viele Menschen vor Ihnen. Danach betrachten Sie auf der rechten Leinwand, welche Ihre Vergangenheit darstellt, ob Sie dieses Problem schon einmal gehabt haben und ob Sie damals eine Lösung hierfür fanden. In den meisten Fällen findet man in seiner Vergangenheit keine Lösung für seine aktuelle Herausforderungen, aber manchmal begegnet man Problemen zwei Mal im Leben und dann ist es sehr sinnvoll auch in seiner Vergangenheit nach Lösungen zu suchen. Verkleinern Sie jetzt das Bild auf dem Bildschirm zu einem Minibild und „frieren“ Sie es ein.

Gehen Sie jetzt zurück auf die mittlere Leinwand, benützen Sie die Fernbedienung und verkleinern Sie das Bild auf der Leinwand ebenfalls und frieren Sie dieses ebenso ein.

Jetzt gehen Sie mit Ihrem Blick zur linken Leinwand und betrachten Sie die Lösungen für das Problem. Sehen Sie eine Situation, in der Ihr Problem schon gelöst ist. Ein Beispiel: Sie haben einen Tumor im linken Oberschenkel, der Sie beim Gehen behindert. Betrachten Sie sich auf der linken Leinwand wie Sie z. B. mit Freunden Skifahren. Fühlen Sie die Berge, den Schnee, hören Sie das Lachen Ihrer Freunde und Ihren eigenen

Atem. Vergrößern Sie jetzt dieses Bild, machen Sie es heller und prägen Sie es sich ein. Jeden Tag, wenn Sie in Ihren Regieraum zurückkehren, sehen Sie sich kurz dabei zu, wie Sie Ski fahren. Sie brauchen die mittlere und rechte Leinwand zukünftig nicht mehr für dieses Problem zu betrachten, sondern betrachten Sie direkt die linke Leinwand.

Als nächstes nehmen Sie die Szene, in der Sie Ski fahren, auf ein Videoband auf. Nehmen Sie dann das Videoband, legen Sie es in Ihren „Universum“-Videorecorder ein, der neben Ihrem Regiestuhl steht, und senden Sie die Aufnahme in die Welt hinaus. Dies ist ein sehr wichtiger Teil, damit auch andere Menschen von Ihren Zielen erfahren. Wie durch Zufall werden dann andere Menschen in Ihr Leben kommen, die Ihnen dabei helfen werden, Ihre Ziele zu verwirklichen. Danach verlassen Sie Ihr Haus und kehren zum Flussufer zurück. Zählen Sie bis sieben und beenden Sie die Sitzung.

Ich weiß, dass sich dies beim ersten Lesen vielleicht für den einen oder anderen von Ihnen etwas „unverständlich“ anhört. Vertrauen Sie mir jedoch und Sie werden die Ergebnisse sehr schnell sehen. Und sollten Sie noch immer daran zweifeln, warum probieren Sie es dann nicht einfach mal mit etwas „Kleinem“ aus. Visualisieren Sie sich doch einmal einen Parkplatz auf dem Bahnhof/Flughafen oder den exakten Ausgang einer Sitzung mit Geschäftspartnern. Wenn diese „kleine Übung“ dann funktioniert, wagen Sie sich an „Größeres“ und zwar so lange bis Sie Vertrauen gewonnen haben, dass man sehr wohl seine Zukunft selbst kreieren kann.

Beachten Sie aber immer, dass es zu einer Situation kommen muss, die **allen Beteiligten** nützlich ist. Alles was Ihnen weiterhilft, **darf nicht auf Kosten eines anderen gehen!**

Weitere Räume in Ihrem Haus am rechten Ufer

In Ihrem Haus am rechten Ufer können Sie natürlich auch noch andere Räume kreieren, z. B. einen Raum für die totale Entspannung, der Ihnen bei Schmerzen helfen kann oder einen Versammlungsraum, in dem Sie wichtige Menschen treffen, die Sie nach ihrer Meinung fragen können. So wäre es denkbar, dass Sie Jesus, den Papst, Einstein, Mutter Theresa und Albert Schweitzer an einen Tisch holen, um sich deren Meinung zu Ihrem Problem anzuhören.

Sollten Sie Unterstützung von einer Gruppe haben (Familie, Selbsthilfegruppe ...), dann bitten Sie diese Gruppe, in einen Raum zu gehen und folgende Situation durchzuspielen. Die Gruppe sitzt in einem Saal und schaut nach oben, wo Sie als Sprecher stehen und eine spannende Geschichte erzählen. Das kann Ihr Skiurlaub, aber auch ein Abenteuerurlaub in Afrika sein. Auf jeden Fall ist es eine Geschichte, in der Sie gesund sind und etwas Schönes erlebt haben. Der Sinn ist, dass andere Menschen Sie ebenfalls schon als gesund sehen und Ihnen damit helfen, Ihre Zukunft zu kreieren.

Sollten Sie an der Kraft einer solchen Sitzung zweifeln, dann können Sie immer noch die Studie der Universität von Kalifornien (UCLA) einsehen, bei der für eine Gruppe von Patienten mit Herzinfarkten gebetet wurde und für die andere nicht. Und jetzt raten Sie mal, welche Gruppe nicht nur etwas, sondern so bedeutend besser abgeschnitten hat, dass dies nach Meinung der dortigen Schulmediziner an ein Wunder grenzte.

Ich werde häufig gefragt: „Wie oft soll ich denn in mein Haus am rechten Ufer gehen“ und meine Antwort ist immer dieselbe.

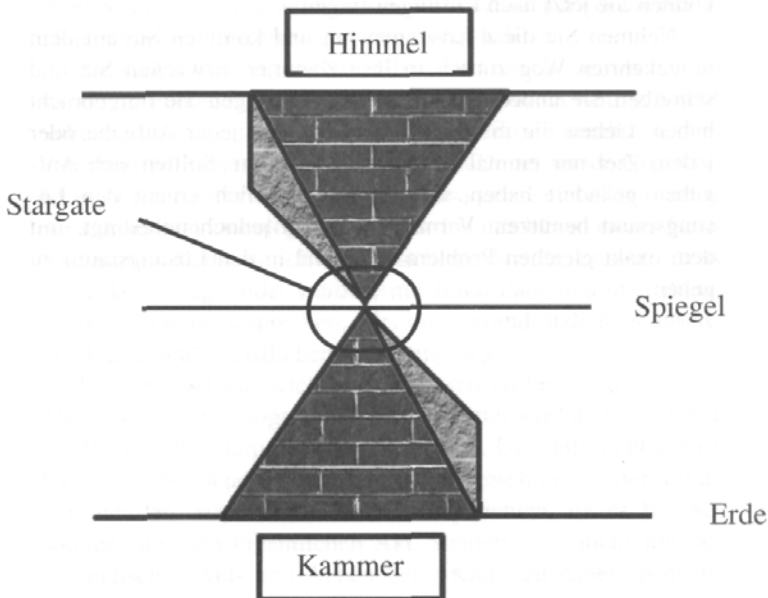
„Wie oft haben Sie Zeit dazu?“ Natürlich gibt es keine feste

Regel hierfür, doch wenn Sie akut krank sind, dann sollten Sie Ihr Haus mehrmals am Tag aufsuchen.

Visualisierung erzeugt einen Sog in die Gesundheit – in die richtige Richtung. Sie kostet nichts und ist 100 %ig effektiv. Sie bekommen mit dieser Technik ein mächtiges Werkzeug in die Hand, egal ob Sie es für Ihre Gesundheit oder für Ihr persönliches oder finanzielles Glück einsetzen. Beachten Sie bitte, dass Sie bei Ihren Wünschen niemand anderen verletzen, missbrauchen oder anderweitig negativ ausnutzen. Erzeugen Sie immer Win-Win (Gewinn) Situationen. Nur so können Sie sicher sein, dass es Sie dorthin bringen wird, wo Sie auch bald sein möchten.

Stargate Meditation

Wenn Sie nach Lösungen suchen, gibt es auch eine andere sehr effektive Technik der Meditation. Ich nenne sie Stargate Meditation, da man sich vorstellen muss, durch ein kleines Loch (Stargate) in eine andere Dimension zu gehen. Das Wissen um die Stargate Meditation ist nichts Neues und wird schon bei den alten Ägyptern erwähnt, von denen sie wahrscheinlich auch stammt. Die Idee dabei ist, dass eine Pyramide unser Leben darstellt und der Himmel die notwendigen Lösungen für uns bereithält. Doch wie kommen wir dorthin? Lassen Sie mich Ihnen das Prinzip anhand einer Zeichnung erklären.



Für die Ägypter spiegelte sich eine Pyramide am Himmel. Dies bedeutet jedoch auch, dass es nur wenn man sich in der Pyramide unterhalb der Erde aufhielt, möglich war, in den Himmel zu kommen. Diese Denkweise lässt Gräber unterhalb der Erdoberfläche natürlich in einem ganz anderen Licht erscheinen. Für Sie ist jedoch wichtig, wie Sie dieses alte Wissen in unsere heutige Zeit umsetzen können. Bitte stellen Sie sich also im Alpha-Zustand folgende Situation vor:

Sie befinden sich innerhalb einer Pyramide in einer Kammer unterhalb der Erdoberfläche. Projizieren Sie Ihr Problem an eine Wand und stoppen Sie den Film. Frieren Sie dieses Bild ein und betrachten Sie, wie das Bild sich langsam bis an die Spitze der Pyramide bewegt. Jetzt sehen Sie wie das Bild sich langsam durch das Nadelöhr (Stargate) der Spitze bewegt, auf dem Grund der gespiegelten Pyramide ankommt und von dort in den Lösungsraum geht. Hier wird das eingefrorene Bild warm und löst sich auf. Der Lösungsraum befindet sich im Himmel und deshalb können Sie jetzt nach Lösungen fragen.

Nehmen Sie diese Lösungen mit und kommen Sie auf dem umgekehrten Weg zurück in Ihre Kammer. Erwachen Sie und schreiben Sie unbedingt auf, welche Lösungen Sie mitgebracht haben. Gehen Sie mit jedem Problem, mit jeder Aufgabe oder jedem Ziel nur einmal in den Lösungsraum. Sollten sich Aufgaben geändert haben, können Sie natürlich erneut den Lösungsraum benützen. Vermeiden Sie es jedoch unbedingt, mit dem exakt gleichen Problem zwei Mal in den Lösungsraum zu gehen.

Sexualität und Krebs

Neben Fußball und Autos ist Sex sicherlich eines der Lieblingsthemen von jedermann und jederfrau – und das nicht nur bei uns Deutschen. Doch wenn es um Krebs und Sexualität geht, dann ist anscheinend jeder froh, wenn das Thema nicht angesprochen wird. Sexualität – nicht Liebe – ist jedoch ein sehr wichtiges Thema bei Krebs, da es fast jeden in seiner sexuellen Entfaltung einschränkt, wenn eine Brust abgeschnitten wird, Impotenz und Inkontinenz (Harnschwäche) durch eine Operation auftreten oder ein künstlicher Darmausgang ein neues Umgehen mit dem Körper herausfordert.

Wir können heute sicherlich sagen, dass es sich bei Sex um einen Austausch von Energien handelt. Dieser Austausch fängt beim sich Verlieben an und endet beim Orgasmus. Dazwischen gibt es viele verschiedene Abstufungen. Wenn ich hier also das Wort Sex bzw. Sexualität benutze, dann meine ich ein intensives „Fließenlassen“ von Energie in **unserem** Körper.

An vielen Stellen in diesem Bericht können Sie lesen, dass Krebs ein energetisches Problem ist. Dies wissen natürlich auch Schulmediziner, da sie den energetischen Zusammenbruch ihrer Patienten permanent erleben (müssen). Umso unverständlicher ist es mir, dass das Thema Sex einen so geringen Stellenwert in der klassischen Onkologie einnimmt. Ich möchte an dieser Stelle jetzt nicht diskutieren, ob es daran liegt, dass die meisten Ärzte nicht darin ausgebildet werden, mit Ihren Patienten über dieses „heikle“ Thema zu sprechen, oder ob es grundsätzlich an unserer „verklemmten“ christlichen Erziehung liegt.

Für mich ist nur wichtig, Sie wissen zu lassen, dass dieses Thema in der Onkologie stark unterbewertet wird und Sie sich in der Regel selbst darum kümmern müssen. Dies gilt nicht nur für Patienten, bei denen Körperteile herausgeschnitten oder verändert wurden, sondern für alle Krebspatienten, da es bei Sex weniger um den eigentlichen Akt, sondern viel mehr um den energetischen Auf- und Abbau geht. Krebs zu haben, bedeutet auch Dinge zu tun, die man sich früher nicht getraut hat. Wenn nicht jetzt, wann dann? Nutzen Sie dies unbedingt aus, auch beim Sex. Sagen Sie Ihrem Partner unbedingt jetzt was Sie mögen und was nicht. Es gibt keine bessere Chance in Ihrem ganzen Leben, denn fast jeder Partner hat hierfür Verständnis. Sollte ausgerechnet Ihr Partner zu den wenigen gehören, die hierfür kein Verständnis haben, dann ist es jetzt an der Zeit, sich darüber Gedanken zu machen, ob Sie Ihr restliches Leben mit Ihrem Partner sexuell unbefriedigt verbringen wollen.

Sollte Sex in Ihrem Leben immer eine wichtige Rolle gespielt haben, dann sollte er dies auch zukünftig tun – unabhängig von Ihrer Krebserkrankung. Jawohl, unabhängig von Ihrer Krebserkrankung. Ich betone dies deshalb, weil ich weiß, wie schwer sich Patienten damit tun, Sex mit nur einer Brust oder einem künstlichen Darmausgang zu genießen. Hier sind von vornherein beide Beteiligten gefragt, und Sie sollten unbedingt all Ihre Ängste mit Ihrem Partner besprechen. Ohne Zweifel erfordert dies Mut, doch es lohnt sich, denn Sex, Lebensglück, Aktivität und Gesundheit steuern oftmals in einem Boot gemeinsam einen wilden Fluss hinunter, und wenn das Boot nicht kentern soll, dann ist es notwendig, dass alle an Bord bleiben.

Das Wissen um die Wichtigkeit von Sex für Ihre Gesundheit sollte bei Ihrer Entscheidungsfindung für Ihre Therapie auch eine große Rolle spielen. Es ist einfach gesagt: „Da operieren

wir einmal die Prostata“ und hinterher sind Sie lebenslang impotent und inkontinent. Die Tragweite dieser „Nebenwirkungen“ wird von Patienten meistens erst dann richtig verstanden, wenn es zu spät ist. Gerade bei Prostataoperationen treten in fast allen Fällen schwerste Schädigungen auf und trotzdem erlebe ich immer wieder, dass diese „Nebenwirkungen“ in Gesprächen mit den Patienten nur am Rande diskutiert werden, als ob impotent zu sein nicht ein wirklich schlimmer Eingriff in das Leben eines Mannes wäre.

Auch die Entscheidung für eine Mastektomie (Brustentfernung) ist schnell getroffen und viele Frauen entwickeln mit der Zeit auch ein gesundes neues Selbstbild. Doch es gibt nicht wenige Ehemänner, die hiermit mehr Probleme haben als sich Ehefrauen vor der Operation vorstellen können. Reden Sie deshalb mit Ihrem Mann darüber und hören Sie ihm vorurteilsfrei zu.

Masturbation

Was haben BILD-Zeitung lesen und Masturbation gemeinsam? Viele tun es, doch keiner will darüber sprechen. Warum fällt es uns eigentlich so schwer hierüber zu reden? Sicherlich hat es etwas mit unserer religiösen Erziehung zu tun und auch aus psychologischer und sozialer Sicht spricht einiges dafür, dieses Thema nicht öffentlich anzusprechen. Wenn ich es trotzdem tue, dann hat dies einen wichtigen Grund.

Masturbation ist immer noch eine der billigsten, schnellsten und angenehmsten Möglichkeiten für das freie Fließen von Energie, die es überhaupt gibt – denn wir sollten alles tun, um die anwesende Energie auch fließen zu lassen und Masturbation ist hierfür sehr geeignet. Versuchen Sie Masturbation

einmal nicht als etwas „Unanständiges“, „etwas, worüber man nicht spricht“, „Schmutziges“ usw. zu sehen, sondern als eine Möglichkeit Energie in Ihrem Körper fließen zu lassen.

Spirituelle Energie

Wer sich mit dem Thema Krebs beschäftigt bzw. beschäftigen muss, dem fallen automatisch auch Begriffe ein wie: Tod, Schmerz, Sinn des Lebens, Sterben, Warum, Gott usw! Je mehr sich Menschen mit diesen Themen beschäftigen, desto näher kommen sie in der Regel ihrem Glauben. Interessanterweise gilt dies übrigens für alle Religionen. Grundsätzlich halte ich es für sehr förderlich, einerseits für den Betroffenen, andererseits auch für die gesamte Menschheit. Warum für die gesamte Menschheit?

Ich kenne sehr viele Menschen, die Krebs hatten oder andere „Leidenswege“ hinter sich gebracht haben wie Magersucht oder Alkoholismus. 99 % dieser Menschen haben eines gemeinsam: Sie sind, in religiösen Worten ausgedrückt, „bessere Menschen“ geworden. Sie haben begonnen, sich einerseits **zuerst** mehr um ihr eigenes Schicksal zu kümmern, aber **danach** auch viel intensiver um das ihrer Mitmenschen. Parallel hierzu wurden viele von ihnen „Aktivisten“. Sie begannen zu erkennen, wie wichtig es ist, den nachfolgenden Generationen etwas „zu hinterlassen“. Sei es nun eine gesunde Umwelt oder ein besseres Erziehungssystem. Auf jeden Fall habe ich bis heute noch keinen Menschen kennen gelernt, der nach einem solchen Schicksal sein zuvor „nicht so positives Leben für die Menschheit“ fortsetzte. Von diesem Standpunkt aus gesehen sind Krankheiten **ein Weg**, Gott bzw. einem höheren Sein näher zu kommen und einen „neuen Weg“ einzuschlagen.

Wie hilft das jetzt Krebskranken? Beginnen auch Sie damit,

über Ihren bisherigen Lebensweg nachzudenken. In intensiven Gesprächen fällt mir immer wieder auf, wie wenig Menschen bewusst ist, wie „reich“ sie eigentlich sind. Außer diesem „Problem“ mit dem Tumor haben sie genug zu essen, Freunde, Eltern, Kinder, Familien und oftmals sind sie sogar im Besitz von Häusern, Autos und vielen anderen Wertsachen. Warum sind sie dann nicht glücklich? Warum fehlt ihnen die innere Ruhe?

Warum suchen sie nach ihrer Mitte? Warum ...? Fragen über Fragen, die ich gerne auf einen Punkt bringen möchte: Glücklich und ausgeglichen zu sein ist die erste Grundvoraussetzung, um wieder gesund zu werden. Dies hört sich zuerst wie ein Paradoxon an, denn wie kann man glücklich sein, wenn man Krebs hat und sich, mit den damit verbundenen Gedanken, auf den Tod vorbereitet?

Ich habe mich sehr intensiv mit vielen Patienten beschäftigt und mit der Zeit kristallisierte sich eine ganz andere Frage heraus: „Warum sollte man nicht glücklich sein, wenn man einen Tumor im Körper hat?“ Auch diese Frage klingt zuerst einmal verwirrend, liegt die Antwort hierauf doch eigentlich jedem auf der Zunge. Dies gilt jedoch nur, wenn man Krebs so sieht, wie er in den Medien dargestellt wird. Als „unheilbare Krankheit“, „tödliches Schicksal“ oder „Gottes Strafe“. Alle drei Darstellungen sind jedoch falsch und hängen mehr damit zusammen, dass es ein großes finanzielles und politisches Interesse auf dieser Welt gibt, Krebs auf diese Art und Weise zu betrachten.

Egal wie Sie Krebs bis heute gesehen haben. Es ist eine unabstreitbare Tatsache, dass Krebskranke, die ihre Erkrankung überlebten, einen Weg gegangen sind, der sie zu einem glücklicheren Menschen gemacht hat. Damit Menschen glücklicher werden, spielt das Wort Vergebung eine große Rolle.

Jeder Therapeut weiß, was es bedeutet, mit diesem Thema umzugehen. Es geht bei der Vergebung auch fast immer um zwei Themen: erstens anderen zu vergeben und zweitens sich selbst. Wir alle werden irgendwann in unserem Leben mit diesem Thema konfrontiert. Doch spätestens wenn Sie schwer krank sind und sich auch mit „christlichen“ Themen, wie dem Tod, beschäftigen, ist es an der Zeit, auch das Wort **Vergebung** mit einzubeziehen, denn anderen zu vergeben ist oftmals der erste Schritt in ein bedeutend glücklicheres Leben.

Welche Worte fallen Ihnen zu dem Wort Vergebung ein? Hass, Kummer, jahrelange Streitigkeiten, Eltern, Kinder, Geschwister, Ungerechtigkeit, Ehepartner(in) oder nicht nachgeben. Ich bin mir sicher, dass auch Ihnen zu dem Wort Vergebung einiges einfallen wird. Aus diesem Grund möchte ich, dass Sie in die nächsten Zeilen Leben bringen, indem Sie zuerst niederschreiben, wem Sie was vergeben könnten. Bitte beachten Sie, dass ich könnten und nicht wollen geschrieben habe. Vergebung hat sehr viel mit Emotionen und weniger mit Verstand zu tun. Es nützt deshalb nichts, hier rational vorwärts zu schreiten und sich zu einer Vergebung zu zwingen, sondern Sie sollten sich langsam an das Thema herantasten. Schreiben Sie deshalb jetzt auf, wem Sie was vergeben **könnten** (weil ich davon ausgehe, dass niemand möchte, dass jemand anderes diese Zeilen liest, schreiben Sie diese nur in das Buch, wenn Sie sich sicher sind, dass es kein anderer in die Hände bekommt. Ansonsten kopieren Sie die Seiten oder aber schreiben Sie es einfach auf eine leere Seite Papier).

Name

Warum

Jetzt möchte ich Sie bitten, aufzuschreiben, was Sie sich selbst gerne vergeben würden. Was haben Sie in Ihrem Leben anderen und auch sich selbst angetan, was Ihnen heute Leid tut? Schreiben Sie zuerst auf, welche Menschen wegen Ihrer Taten (ohne Bewertung) Negatives in Kauf nehmen mussten.

Name	Warum

Und jetzt schreiben Sie bitte auf, was Sie sich selbst gerne verzeihen würden, beziehungsweise bis heute nicht in der Lage sind zu verzeihen. Auch wenn Sie glauben, dass dies etwas wäre was Sie sich niemals verzeihen können, möchte ich, dass Sie es trotzdem aufschreiben.

Sobald Sie all die Dinge, die Sie auf den letzten Seiten niedergeschrieben haben, nicht mehr emotional berühren, möchte ich Sie bitten, diese in einem feierlichen Akt zu vernichten. Ich weiß natürlich, dass solch ein Prozess nicht in wenigen Tagen vonstatten geht. Deshalb sollten Sie sich auch hierfür

bewusst Zeit nehmen. Glauben Sie jedoch bitte nicht, dass sich alles eines Tages von alleine auflösen wird. Dies anzunehmen, könnte ein großer Irrtum sein und Sie auf Ihrem Weg in die Gesundheit zurückwerfen bzw. am Vorwärtskommen hindern.

Arbeiten Sie so lange aktiv daran, bis sich emotionale Änderungen einstellen. Holen Sie sich eventuell professionelle Hilfe von einem Geistlichen oder einem Menschen, dem das Wort Vergebung aus anderen Gründen nicht unbekannt ist.

Das heilende Feld oder Warum Systemsprünge für Krebskranke so notwendig sind

In den letzten Jahren wird immer mehr über morphogenetische Felder, Radionik usw. diskutiert und wie ich meine, mit zunehmend besseren Daten bzw. Theorien. Wenn man sich mit Krebskranken (nicht mit Krebs!) näher beschäftigt, und vor allem wie ich mit Patienten, die trotz negativer Prognose wieder gesund geworden sind, dann kommt man über kurz oder lang darauf, dass die nächste Umgebung sehr wichtig für den Patienten ist, aber noch viel wichtiger ist die Änderung seiner Einstellung gegenüber der Welt.

Was meine ich damit? In meinen Forschungen ist mir etwas aufgefallen, was ich früher für wichtig, aber nicht für so wichtig hielt. Es ist die Tatsache, dass viele Krebskranke, im religiösen Sinn, bessere Menschen geworden sind. Jetzt könnte man natürlich zuerst einmal annehmen, das sei ja ganz normal, weil sie jetzt verstehen, wie schön das Leben ist, wie dankbar sie Gott sein müssen usw. Ich glaube jedoch, dass das nur ein Teil der Geschichte ist. Dahinter vermute ich noch etwas ganz anderes. Mir geht es hier natürlich genauso wie einem Rupert Sheldrake, der die Theorie seiner morphogenetischen Felder auch nicht „wissenschaftlich“ beweisen

kann. Dennoch möchte ich Ihnen etwas genauer erklären, was ich darunter verstehe, wenn ich von einem heilenden Feld spreche.

Wir alle leben in Systemen. Unsere Ehe, unser Beruf, unsere Familie, unser Haus in dem wir leben, aber auch unsere Art zu denken, zu lieben und sogar die Art, wie wir dies zeigen, sind eigene Systeme. Das ganze funktioniert wie ein Uhrwerk mit vielen kleinen Zahnrädern. Jetzt wissen wir jedoch auch, dass eine Uhr schon stehen bleibt, weil nur ein einziges Zahnrad nicht mehr so arbeitet, wie es soll. Das Gleiche gilt auch bei Krebs. Fast der ganze Körper ist gesund, nur dieser kleine Teil, in dem ein Tumor heranwächst, macht nicht mehr richtig mit. Und wie bei einer Uhr muss man nur das eine Zahnrad austauschen, damit die Uhr wieder läuft. Doch welches Zahnrad funktioniert nicht mehr richtig und warum ist es überhaupt zu einem Stillstand gekommen?

So wie ein Uhrenmechaniker in filigraner Kleinarbeit dieser Frage nachgeht, so müssen auch wir uns fragen, welches Zahnrad unseres Lebens nicht mehr rund läuft. Aus diesem Grund habe ich in diesem Buch auch so viel Wert darauf gelegt, dass der mentale Teil einer Krebstherapie nicht zu kurz kommt und Sie lernen, wie Sie herausfinden können, was Sie in Ihrem Leben ändern müssen. Auch auf die Gefahr hin, dass ich mich wiederhole. **Kein Krebskranker in einem finalen Stadium kann geheilt werden, wenn er nicht zu Systemsprüngen bereit ist.** Unter Systemsprüngen verstehe ich, dass man das bestehende System verlässt bzw. dieses ändert. Für den einen kann das bedeuten, dass er sich von seinem Partner trennen muss bzw. die Partnerschaft auf neue Beine stellt. Für den anderen, dass er nicht mehr zum nächsten Familientreffen geht und wieder für einen anderen, dass er damit beginnt, zu akzeptieren, dass Frauen auch im Berufsleben erfolgreich sein

können. Jede Änderung erzeugt Neues und dieses Neue kann jetzt positiv bewertet werden.

Jedoch habe ich in den letzten Jahren auch viele Menschen kennen gelernt, die durchaus einiges in ihrem Leben veränderten und trotzdem starben. In akribischer Kleinarbeit habe ich herausgearbeitet, ob es nicht doch einen weiteren Unterschied gab und ich bin fündig geworden. Es war die Bereitschaft ihr Leben in einem tiefen Vertrauen an eine höhere Instanz fließen zu lassen. Religiöse Menschen nennen dies einen „tiefen Glauben“, Atheisten würden dazu sagen, dass diese Menschen sich absolut haben „überzeugen lassen“.

Interessanterweise konnte ich keinen Unterschied feststellen, ob Menschen jetzt zu „ihrem Fluss“ kamen durch den Glauben an etwas oder aber weil sie in ihrer linken Gehirnhälfte eine Entscheidung – in diesem Fall für das Leben – getroffen hatten. Das einzig Wichtige war, dass sie sich dem Fluss hingeeben haben.

Natürlich kann ich verstehen, dass dieser Satz für den einen oder anderen von Ihnen viel zu abstrakt ist und Sie zu wenig damit anfangen können. Aber glauben Sie mir, Liebe, Glauben und Entscheidungsfindungen sind nicht einfach in Worte zu fassen, sondern man muss es erleben, um es besser verstehen zu können.

Ich möchte Ihnen aus meiner Sicht erzählen, was hier passiert. Schon der berühmte Psychoanalytiker C. G. Jung sprach von Archetypen und dass wir uns nicht loslösen können von unserer Geschichte. Dazu gehört auch, dass nicht nur körperliche Reaktionen wie Blutdruckanstieg bei Stress in unseren Genen verankert sind, sondern auch, dass gemeinsames Gedankengut weitervererbt wird bzw. permanente Felder/Wellen dieses Gedankengut übertragen. Ein Beispiel: Sie kommen zu einer Veranstaltung und sehen dort viele Menschen, die Ihnen

sympathisch sind, obwohl Sie diese noch nie in Ihrem Leben vorher getroffen haben. Ein paar Tage später gehen Sie wieder zu einer Veranstaltung und viele Menschen dort sind Ihnen eher unsympathisch.

Jetzt können Sie natürlich sagen, dass dies einfach Zufall ist und ganz normal. Es gibt aber auch eine andere Erklärung hierfür. Auf der ersten Veranstaltung waren Menschen, die ein ähnliches Gedankengut wie Sie selbst haben. Diese Menschen erzeugen ein gemeinsames **Feld** in dem Raum und die Ausstrahlung/Wellenlänge des dort erzeugten Feldes harmonisiert mit Ihrem eigenen Feld. Ganz wie in einem Orchester, in dem alle die gleiche Tonart spielen.

Was passiert also in solch einem Feld und was hat das Ganze mit Krebs zu tun? Ganz einfach: Auf welche Veranstaltung würden Sie wieder gehen? An welchem der beiden Tage haben Sie sich besser gefühlt? Welcher hat mehr Spaß gemacht? Natürlich der mit den sympathischen Menschen um Sie herum! Auf einen Nenner gebracht, weil es Ihnen dort einfach viel besser gefällt.

Und genau da müssen Sie hin, wenn Sie Krebs haben. In ein Feld, in dem es Ihnen viel besser gefällt und zwar aus einem äußerst wichtigen Grund. In solch einem Feld verbrauchen Sie bedeutend weniger Energie und sind zusätzlich in der Lage, die vorhandene Energie besser fließen zu lassen. Und jetzt fragen Sie einen Krebskranken doch einmal, ob er glaubt, dass er derzeit in einem solchen (Um-)Feld lebt? Doch egal in welchem energetischen Umfeld Sie derzeit leben, das Umfeld Krankenhaus mit den energieraubenden Therapien Chemotherapie und Bestrahlung ist in Bezug auf ein heilendes Feld für 99,9 % der Bevölkerung sicherlich noch schlechter.

Ich hoffe, ich kann Ihnen in diesem Buch aufzeigen, dass Krebs immer ein energetisches Problem ist, und so lange Sie es

schaffen, sich mehr Energie zuzuführen als der Tumor Ihnen raubt, so lange können Ihnen veränderte Zellen im Körper nichts anhaben. Dies ist auch der Grund, warum Menschen, die verstanden haben, dass ein Tumor bei weitem nicht so wichtig ist wie man immer glaubt, oftmals viele Jahre mit einem Tumor leben, bevor dieser weggeht.

Zuvor habe ich Ihnen das Gesetz der Ordnung bzw. unsere verschiedenen Energiequellen erklärt. Durch den Aufenthalt in einem zu Ihnen „passenden“ Feld können Sie zwar keine zusätzliche Energie gewinnen, Ihr „Verbrauch“ wird sich aber drastisch senken und Möglichkeiten der Energieaufnahme vergrößern sich gewaltig. Zwei Beispiele: In der ayurvedischen Medizin spielt Nahrung eine große Rolle, doch es wird auch großer Wert darauf gelegt, dass man Nahrung nur dann zu sich nehmen sollte, wenn man entspannt ist. Man könnte auch glücklich, gut gelaunt, in netter Begleitung usw. sagen. Die ayurvedische Medizin hat erkannt, dass es nicht nur auf gute Nahrung ankommt, sondern auch auf das Feld, das einen umgibt, während man die Nahrung aufnimmt.

Wir benötigen viel Energie um „gesellschaftlich zu funktionieren“. Sie kennen das ja auch. Man tut dies und das nicht, wenn man mit anderen Menschen zusammen ist. Doch wie sieht das Ganze denn aus, wenn man auf einer Skihütte ist, zusammen mit seinen besten Freunden oder aber auf der Hochzeit seiner Cousine. Wo verbrauchen Sie mehr Energie nur für das Dasein, nicht für irgendwelche Aktivitäten? Natürlich auf der Hochzeit. Wenn Sie Krebs haben, dann müssen Sie auf Ihren Energiehaushalt aufpassen. Sie können es sich nicht leisten, zu viel von Ihrem Energiekonto abzuheben und ein entsprechendes heilendes Feld kann hierzu viel beitragen.

Ich kann mich an eine Amateurfunkerin erinnern, deren größter Wunsch war, auf See zu sterben. Doch kaum war sie

wieder auf einem Schiff (sie fuhr früher viele Jahre zur See), ging es ihr besser und sie war wieder in der Lage, eine Entscheidung für das Leben zu treffen. Diese Entscheidung für das Leben hat nichts mit „leben wollen“ zu tun, sondern ist ein meist langwieriger Prozess, an dessen Ende eine Entscheidung für das Leben steht, **nachdem** man sein Leben näher betrachtet hat.

Sie haben in diesem Buch sicherlich schon herausfinden können, dass ich ein sehr praktisch denkender Mensch bin, und deshalb möchte ich Ihnen jetzt auch in recht einfachen Worten sagen, was Sie tun müssen, um ein heilendes Feld um sich herum zu erzeugen.

Beginnen Sie zuerst einmal damit, ab sofort nur noch die Menschen um sich zu haben, die Sie lieben und mögen. Wollten Sie das nicht schon lange? Mir ist durchaus bewusst, dass dies nicht immer einfach ist, doch mal ehrlich. Sie wollen doch nicht sterben, ohne Ihrem Arbeitskollegen einmal gesagt zu haben, was er für ein Primitivling ist? Und glauben Sie mir, jetzt ist die Zeit dafür. Das heißt nicht, dass Sie sich nicht mehr mit Menschen unterhalten sollen/müssen, die Ihnen unsympathisch sind. Aber es bedeutet, dass Sie sich bewusst machen müssen, wer Ihnen wie viel Energie raubt. Und die großen Energieräuber müssen Sie unbedingt aus Ihrem Leben verbannen.

Danach beginnen Sie, mit den Ihnen nahestehenden Menschen über Ihre Ziele und Wünsche zu reden und nicht über Ihre Krankheit oder was Sie im Leben nicht wollen. Ich betone dies hier deshalb so sehr, weil ich weiß, dass sich viel zu viele Menschen auf der ganzen Welt permanent über das unterhalten, was sie nicht wollen. Machen Sie diesen Fehler nicht auch, sondern reden Sie ausschließlich über Ihre Ziele und hören Sie auf darüber zu sprechen und darüber nachzudenken, was in Ihrem Leben alles schief läuft.

Erfahrungsgemäß bleiben nur sehr wenige Menschen in der eigenen Umgebung übrig, mit denen man wirklich über seine Ziele sprechen kann, ohne das Gefühl zu haben, dass man nicht wirklich ernst genommen wird. Wenn Sie so einen Partner oder Freund(in) haben, dann seien Sie froh hierüber. Die meisten haben ihn (sie) nämlich nicht. Doch es geht auch anders. Gehen Sie dahin, wo Sie vermuten, dass Menschen, mit ähnlichen Zielen wie Sie selbst sein könnten. Ich habe es nicht erst einmal erleben dürfen, wie Menschen nach solch einem Meeting (Konzert, Seminar, Tagung, Selbsthilfegruppe, Volkshochschule usw.) nach Hause gekommen sind und einfach zu sich selbst sagten: „Da bin ich richtig.“ Es kann aber auch sein, dass Sie hierzu den Standort wechseln müssen. Wollten Sie immer in den Bergen oder am Meer leben? Dann probieren Sie es jetzt aus. Probieren, ich sagte nicht umziehen. Das können Sie immer noch.

Jetzt sind Sie schon sehr nahe daran, ein heilendes Feld zu erzeugen. Doch das Wichtigste ist Kontinuität. Sie benötigen täglich Freude und heilende Felder um sich herum und nicht nur am Wochenende. Ich kenne inzwischen alle Ausreden dieser Welt die dagegen sprechen: „Ich bin allein erziehende Mutter“, „Ich habe kein Geld für ein Seminar“, „Ich muss ja auch noch ... und kann nicht so egoistisch sein“ und so fort. Gleichzeitig habe ich noch nie erlebt, dass jemand, der die Wichtigkeit des heilenden Feldes verstanden hat, es nicht erreicht hätte, dieses auch wirklich zu finden. Wie heißt es doch in der Werbung: *Just do it* (Mach's einfach).

Für mich ist es manchmal hart mit anzusehen, dass Menschen sich die ungeheure Kraft, die in einem heilenden Feld steckt, nicht abholen, weil sie weiterhin Gefangene ihrer Denksysteme bleiben und nicht sehen, dass die Zellentür schon längst geöffnet ist. Es sind manchmal nur wenige Schrit-

te in die Freiheit, doch auch diese Schritte müssen zuerst einmal gegangen werden. Ich habe in diesem Buch weiter vorne schon einmal geschrieben, dass Krebs auch Vorteile hat, man „darf“ neue Wege gehen, das nahe Umfeld akzeptiert, wenn man mit einem Tumor im Körper sein Leben ändert – nur tun, tun müssen Sie es. Haben Sie den Mut, (be-)suchen Sie Ihr heilendes Feld und werden Sie endlich der glückliche Mensch, als den Sie sich in Ihren kindlichen Träumen gesehen haben. Mein bester Freund Klaus Pertl fragt in seinen Seminaren immer: „Wann haben Sie damit aufgehört, Ihre Träume zu leben?“ In der Beantwortung dieser Frage liegt oftmals auch die Beantwortung der Frage: „Wo finde ich **mein** heilendes Feld.“ Wenn ich eines weiß, dann das, dass dieses Feld schon da ist. Machen Sie sich auf die Suche nach ihm – es lohnt sich.

Die 3E-Tagesübung

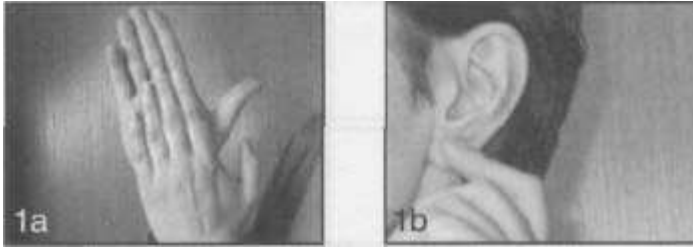
Seit meinem 14. Lebensjahr trainiere ich Kampfkunst. Ich war mehrmals in Asien, um dort mit bekannten und weniger bekannten Lehrern zu trainieren. Des Weiteren habe ich über 20 Jahre lang rund um den Globus mit vielen verschiedenen Kampfsportlern trainiert. Dabei durfte ich einiges über Atmung, Körperspannung und Energiefluss lernen.

Über die Jahre hinweg habe ich so verschiedene Techniken er- und wieder verlernt, doch ein paar Übungen bin ich immer wieder begegnet und diese haben sich für Tausende von Menschen als effektiv herausgestellt. Weder früher noch heute habe ich auf eine wissenschaftliche Art und Weise verstanden, warum gerade diese Übungen so gut sind. Doch heute ist mir das nicht mehr wichtig, sondern nur noch der Erfolg. Und den können Sie recht bald spüren. Damit Sie jedoch eine Motivation bekommen, die 3E-Tagesübung überhaupt zu machen, beschreibe ich zusätzlich zum Ablauf auch noch kurz, warum diese Übung so viel Sinn macht.

Nachfolgend der komplette Ablauf der Übung:

1. Meridiane wecken

Sie reiben zuerst Ihre Hände aneinander (1a) bis die Handinnenflächen warm werden und danach reiben Sie mit Daumen und Zeigefinger ihre Ohren (1b). Damit erwecken Sie Ihre Meridiane sozusagen zum Leben und bereiten diese auf den Tag vor.



2. Chakren offen

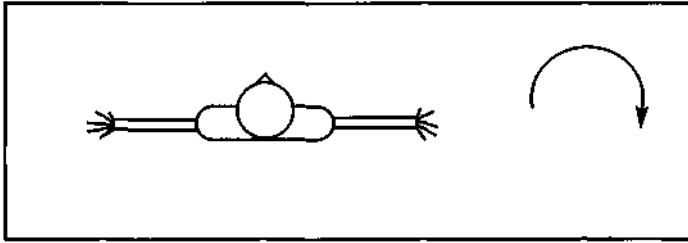
Der zweite Teil besteht aus einer Yogaübung Surya Namaskar, (Beschreibung weiter unten) – besser bekannt als das Sonnengebet oder der Sonnengruß. Selbst innerhalb des Yoga nimmt sie eine Sonderstellung ein, da sie eine uralte Methode ist, mehrere Yogastellungen in einem Ablauf hintereinander zu üben, gemeinsam mit einem geregelten Atemrhythmus. Alle Vorteile dieser Übung aufzuzählen wäre zuviel. (Hierzu empfehle ich das Buch: *Yoga mit Heilwirkungen* von Werner Vogel und Marlies Dorschner, erschienen im Schnitzer Verlag). Ein paar Auswirkungen des Sonnengebets möchte ich Ihnen jedoch mitteilen: Anregung von Magen und Darm, Förderung der Durchblutung des Kopfes, Erhöhung des Atemvolumens, Senkung des Blutdrucks und Verbesserung Ihres Nervensystems.

3. Rechtsspin

Nach dem Sonnengebet drehen Sie sich mehrmals auf der eigenen Achse **rechts** herum. Manche unter Ihnen kennen diese Übung vielleicht aus den Fünf-Tibeter-Übungen. Hier kommen jedoch noch zwei zusätzliche Übungen hinzu:

Während Sie sich drehen, massieren Sie Ihre Thymusdrüse. Diese liegt ca. in der Mitte des Brustbeins.

Dannach schütteln Sie ihre Finger.



Der Sinn des rechts drehen ist klar. Nachdem wir mit dem Sonnengebet unsere Chakren (Energiezentren im Körper) geöffnet haben, unterstützen wir jetzt unseren Zellen mit Rechtsdrehungen, da wir wissen, dass alle gesunden Zellen einen so genannten Rechtsspin (-drehung) im Körper haben und unsere Ausscheidungsprodukte wie z. B. Urin oder Schweiß linksdrehend sind. Das Massieren der Thymusdrüse dient dazu, unser Immunsystem zu unterstützen und das Schütteln der Finger bereitet unser Gehirn auf die kommenden Tagesaktivitäten vor. Unsere Finger haben nämlich sozusagen direkte Drähte zum Gehirn, und diese einfache Übung kann unserem Gehirn sehr helfen.

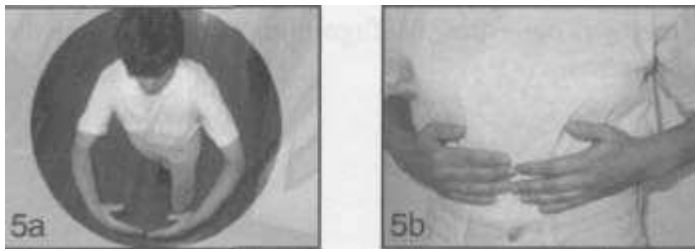
4. Energie erzeugen

Nachdem jetzt unsere Meridiane wach, unsere Chakren offen und unser Gehirn auf Arbeit eingestellt ist, wollen wir etwas Energie erzeugen (die jetzt gut fließen kann). Stellen Sie sich einfach hin und betätigen Sie sich als Karatekämpfer. Boxen Sie abwechselnd mit der linken und rechten Faust in die Luft, so dass Sie mehr atmen müssen und Wärme produzieren. Das Ganze sollte ca. 1 Minute lang dauern.

5. Lunge vorbereiten

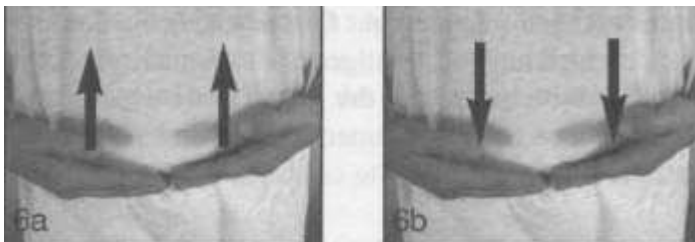
Jetzt lassen Sie Ihre Arme kurz baumeln und dann machen Sie

folgende ‚Baumatemübung‘. Stellen Sie sich vor, Sie würden vor einem Baum stehen und diesen umarmen (5a). Atmen Sie dabei zwei Mal so lange aus als ein. So können Sie Ihre Lunge auf die harte Arbeit vorbereiten, die in den nächsten Tagesstunden auf sie zu kommt. Dies machen Sie ca. 1 - 2 Minuten, ganz nachdem wie wohl Sie sich dabei fühlen. Am Ende der Baumatemübung drücken Sie jetzt die Energie, die sich zwischen Ihrem Bauch und Ihren Händen gebildet hat, einfach in Ihren Körper, indem Sie die Hände langsam auf den Bauch legen (5b).



6. Darm vorbereiten

Zum Abschluss bereiten Sie noch Ihren Darm auf den Tag vor. Ihre Hände umfassen dabei den Bauch links und rechts von unten. Legen Sie dabei Ihre Handkanten unter den Bauch (6a). Atmen Sie jetzt tief in den Bauch und während Sie ausatmen, schütteln Sie ihren Bauch ganz leicht. Dies geschieht dadurch, dass Sie ihre Hände, ohne dass sie diese absetzen, ganz leicht nach oben und unten wackeln/schieben (6b).



So, das war schon die ganze Übung. Sie werden sehr schnell erkennen, dass Sie, wenn Sie diese Übung täglich machen, viel mehr Energie haben werden. Insgesamt hat die gesamte Übung natürlich noch viel, viel mehr Vorteile. Für Krebskranke ist jedoch das Wichtigste, dass sie durch die 3E-Tagesübung erstens mehr Energie bekommen, zweitens vorhandene Energie besser fließen kann und drittens die Lunge bzw. der Darm auf den Tag vorbereitet werden.

Ein optimaler Tagesbeginn für akut Krebskranke wäre, dass Sie morgens nach dem Aufstehen den ganzen Körper mit ELDI-ÖL R einreiben, dann die 3E-Tagesübung machen und danach heiß/kalt duschen.

Nachfolgend eine kurze Anleitung zum Sonnengebet. Machen Sie sich bitte nichts daraus, wenn Sie nicht so gelenkig sind wie der junge Mann auf dem Bild. Ich bin es auch nicht und trotzdem hilft mir die Übung, mich besser auf den Tag vorzubereiten.

Ein paar Infos zum Sonnengebet:

- Die Hände bleiben von der 4. bis zur 9. Stellung in der gleichen Stellung am Boden.
- Ein kompletter Zyklus aller 12 Stellungen sollte nicht länger als ca. 30 Sekunden dauern. Versuchen Sie mindestens 3 Zyklen hintereinander zu machen.
- Üben Sie die Stellungen am Anfang einzeln.
- Sobald Sie den Ablauf beherrschen, konzentrieren Sie sich auf Ihre Atmung.

Surya Namaskar – Sonnengebet

1. Position



Falten Sie die Hände vor dem Körper. Bringen Sie von unten beginnend langsam eine Spannung in Ihren ganzen Körper. Atmen Sie aus und ziehen Sie den Bauch dabei ein. Lösen Sie die Spannung.

2. Position



Heben Sie die Arme über den Kopf, während Sie einatmen. Beugen Sie sich nach hinten und schieben Sie das Becken nach vorne.

3. Position



Atmen Sie langsam aus und beugen Sie den Rumpf und beide Arme nach vorne. Die Hände bei gestreckten Knien flach auf den Boden legen. Sollte Ihnen dies nicht möglich sein, beugen Sie einfach etwas Ihre Knie. Ziehen Sie dabei den Bauch ein. Jetzt bringen Sie Ihren Kopf nahe Richtung Beine, dehnen den Nacken und schauen Richtung Taille.

4. Position



5. Position



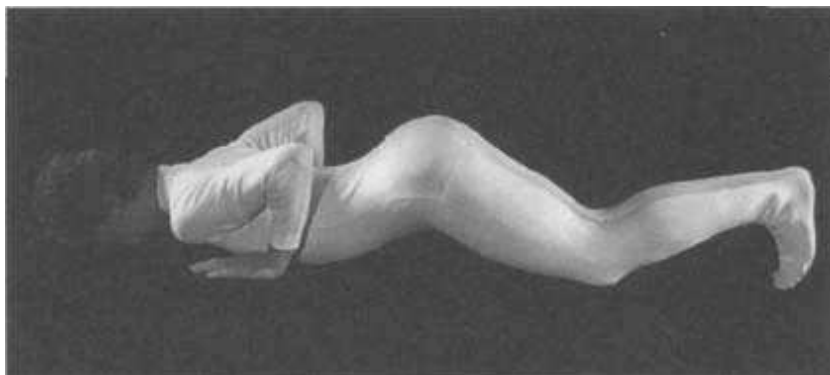
Halten Sie den Atem an, heben Sie das Becken und stellen Sie den rechten Fuß neben den linken. Die Fersen bleiben am Boden.

6. Position

Atmen Sie aus und legen Sie sich auf den Boden. Dabei haben die Stirn, die Brust, die Knie und die Zehen Bodenkontakt, jedoch nicht die Hüften. Ziehen Sie den Bauch ein und drücken Sie das Kinn zum Schlüsselbein.



7. Position



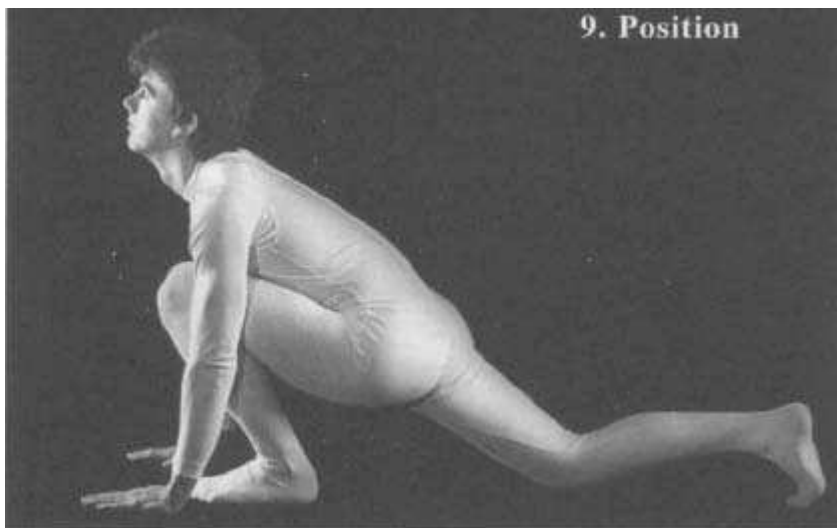
Atmen Sie ein und strecken Sie die Arme, bis der Oberkörper aufgerichtet ist. Lassen Sie das Becken am Boden, biegen Sie den Rücken nach hinten und richten Sie den Blick nach oben, indem Sie den Kopf zurückbeugen.

8. Position



Halten Sie den Atem an. Mit dieser Position haben Sie wieder die 5. Position erreicht und die ersten 4 Übungen werden in umgekehrter Reihenfolge wiederholt.

9. Position



10. Position



11. Position



12. Position



Auf den nächsten Seiten werde ich Ihnen nicht-konventionelle Krebstherapien vorstellen. Ich habe diese in zwei Gruppen eingeteilt. In „Einzeltherapien“ und in „unterstützende Substanzen“. Die Einzeltherapien habe ich noch zusätzlich in drei Gruppen eingeteilt. Gruppe Eins beinhaltet Therapien, von denen ich zu wissen glaube, dass Sie Ihnen helfen werden. Die zweite Gruppe **könnte** Ihnen **eventuell** helfen und von der dritten Gruppe rate ich ab. Der Grund, warum ich diese trotzdem erwähne, ist der, dass ich über diese Therapien immer und immer wieder gefragt werde wie erfolgreich sie wären.

Ich werde fast täglich mit dem Satz konfrontiert: „Herr Hirneise, kennen Sie auch ...?“ Natürlich ist es mir nicht möglich, in diesem Buch **alle** Therapien zu beschreiben, die in den letz-

ten Jahren mit Heilungen bei Krebs in Verbindung gebracht wurden. Dies ist auch insofern nicht wichtig, als dass es sowieso keine Einzeltherapie gibt, die Krebs heilen kann. Nachfolgende Auswahl habe ich mehr nach meinen persönlichen Erfahrungen mit Therapien und wegen des Bekanntheitsgrades einzelner Therapien getroffen. Sie mögen viele dieser Therapien vielleicht nicht kennen, doch die meisten erwähnten Therapien gibt es seit vielen Jahren bzw. Jahrzehnten und Hunderttausende von Patienten wurden damit behandelt. Wenn Sie also diese Therapien nicht kennen, obwohl doch so viele Patienten damit behandelt wurden, dann stellt sich mal wieder erneut die Frage: Wer kontrolliert eigentlich, was in den Medien erscheinen darf?

Bevor ich jetzt mit den Einzeltherapien beginne, möchte ich Ihnen noch etwas zu deren Bewertung sagen. Nicht nur meine Forschungen haben ergeben, dass es sehr riskant ist, sich auf einzelne Therapien zu verlassen. Wohin wir mit diesem Verständnis von Krebs gekommen sind, können wir jedes Jahr an der steigenden Zahl der Krebstoten sehen. Es ist mir egal, um welche Therapie es sich hierbei handelt, um eine Chemotherapie oder um IAT (Immuno Augmentative Therapy – siehe entsprechendes Kapitel). Krebskranke müssen verstehen, dass Krebs eine den ganzen Menschen umfassende Erkrankung ist und nicht eine lokale Entartung in Form eines Tumors. Gerade aus diesem Grund sind die nachfolgenden Seiten zuerst einmal **keine Hilfe zur Selbsthilfe!** Bitte verwechseln Sie dies nicht. Ich kann es nicht oft genug wiederholen. Krebs ist eine sehr umfassende Erkrankung und Sie brauchen einen (oder mehrere) Therapeuten der (die) Sie umfassend behandelt(en). Etwas anderes ist ebenfalls sehr wichtig. Das Glioblastom von Herrn Müller ist nicht das gleiche Glioblastom, das Sie vielleicht haben, und der Brustkrebs von Frau

Schneider ist ein anderer wie der von Frau Maier. Es gibt nicht **die** Krebsbehandlung für eine Krebsart, da Ärzte Menschen und keine Erkrankungen behandeln (sollten). Deshalb kann es auch kein Behandlungsprotokoll geben, das für jedermann anwendbar ist. Verfallen Sie also nicht dem Irrtum, zu glauben, dass Sie aus diesem Buch einfach ein paar Wirkstoffe herausgreifen und sich Ihren „privaten Cocktail brauen“ können. Dieses Buch soll Ihnen dabei helfen, gemeinsam mit Ihrem Therapeuten eine Therapie zu finden und Sie als aufgeklärten Patient auf der anderen Seite des Tisches sitzen lassen.

Natürlich ist mir auch hier bewusst, dass trotzdem viele Patienten ihre eigene Therapie „zusammenbrauen“. Sollten Sie auch zu denjenigen gehören, dann möchte ich Ihnen wenigstens Folgendes mit auf Ihren Weg geben: Halten Sie sich unbedingt **zuerst** an die 3E's. Entgiften Sie Ihren Körper, machen Sie die Öl-Eiweiß-Kost und führen Sie das in diesem Buch vorgestellte mentale Programm durch. Visualisieren Sie unbedingt. **Erst dann** fangen Sie bitte damit an, sich mit verschiedenen „Zusatzstoffen“ auseinanderzusetzen. Bitte verlassen Sie sich absolut nicht auf irgendwelche Pillen, egal ob Vitamin C oder sonst ein Wundermittel, das vielleicht schon anderen geholfen hat. Ich erlebe viel zu oft, dass Menschen glauben, sie könnten eine Darmsanierung nur mit Pillen durchführen oder ihr Immunsystem verbessern, indem sie irgendwelche Tabletten nehmen, die vom Darm bzw. den Zellen gar nicht mehr aufgenommen werden können. Die Chance, dass Sie viel zu spät herausfinden werden, dass dieses oder jenes Pülverchen Sie nicht gesund macht, ist leider auf diesem Wege sehr groß. Also nochmal: Es gibt keine Wundermittel, weder in der konventionellen noch in der nicht-konventionellen Welt. Bei der Zusammenstellung folgender Daten habe ich mich bemüht, hauptsächlich solche aus „neutralen“ Quellen

und nicht von den Herstellern dieser Wirkstoffe zu benützen. Wie schwierig dies jedoch ist, weil es im Grunde genommen keine neutralen Quellen gibt, können Sie sich sicherlich selbst vorstellen. Die meisten angesprochenen Therapeuten habe ich, Mitarbeiter unseres Teams bzw. Kollegen von mir, persönlich besucht und wir haben uns einen eigenen Eindruck darüber verschafft, wer diese Personen sind bzw. was sie tun.

Viele Therapeuten bzw. Wirkstoffe, die benutzt werden, habe ich als Vorstand von *Menschen gegen Krebs e.V.* gemeinsam mit *People against Cancer* in Iowa oder gemeinsam mit der *National Foundation for Alternative Medicine* – Washington/DC untersucht. Hierbei sind wir in der Regel mit einem medizinischen Team zu den jeweiligen Therapeuten gegangen und haben sogenannte Best Cases (beste Fälle) untersucht. Natürlich ist mir bewusst, dass man diese Fälle nicht so einfach auf andere Menschen übertragen kann, andererseits zeigen sie uns jedoch, dass Menschen mit einer 100 % gesicherten Krebsdiagnose, und meistens in einem sehr späten Stadium ihrer Erkrankung, einen anderen Weg gegangen sind als die Schulmedizin vorschlägt und dabei überaus erfolgreich waren. Schulmediziner sagen immer wieder, dass man von einzelnen Fällen nicht auf die Wirksamkeit einer Therapie schließen darf.

Grundsätzlich stimme ich dem zu. Doch es gibt hier einen gewaltigen Unterschied: Diese Patienten waren alle austherapiert und von der Schulmedizin aufgegeben. Gehen Sie doch einmal in eine Universität und fragen Sie dort einen Professor, wie viele Patienten mit metastasierendem Krebs er behandelt hat, die heute wieder gesund sind. Ein großes Schweigen wird die Antwort sein, denn Chemotherapie und Bestrahlung heilen nun mal keinen Krebs in fortgeschrittenem Stadium. So viel geben ja sogar Schulmediziner heute zu.

Die von mir untersuchten Fälle geben mir und anderen

Menschen immer wieder Hoffnung und genau das möchte ich mit diesem Buch auch erreichen. Verlieren Sie niemals die Hoffnung, dass auch Sie Ihren Krebs besiegen bzw. gemeinsam mit ihm alt werden. Ich habe persönlich viele Menschen kennen gelernt, und habe viele Therapeuten besucht, die gemeinsam Tausende von Menschen kennen, die in einer aussichtslosen Situation waren und dank der auf den nächsten Seiten beschriebenen Therapien bzw. Wirkstoffe geheilt wurden. Da mir bewusst ist, dass es natürlich für Sie unmöglich ist zu beurteilen, welche Therapie bzw. welcher Wirkstoff denn jetzt als erste(r) benutzt werden sollte, habe ich am Ende eine Zusammenfassung gemacht, damit Sie nicht unnötig Zeit verlieren.

Nicht-konventionelle Krebstherapien werden oftmals als „wissenschaftlich nicht anerkannt“ abgekanzelt. Was heißt das eigentlich? Die meisten Ärzte sagen dann, es würde keine Doppelblindstudien geben. Was Sie Ihnen nicht sagen werden, ist, dass es gar keine Möglichkeit zu solch einer Studie gibt. Zuerst einmal müssen Sie wissen, dass es sehr teuer ist, ein neues Medikament zuzulassen und nur große Pharmakonzerne können sich so etwas leisten. Ein weiteres Problem ist, dass man viele gute Therapien nicht patentieren kann und ein Konzern deshalb nicht daran interessiert ist. Des Weiteren kann ein Medikament nur dann zugelassen werden, wenn es an Menschen getestet wurde. Da man dies bei Krebsmedikamenten wegen der schweren Nebenwirkungen nicht wie sonst üblich an gesunden Personen machen kann, entscheidet eine so genannte Ethikkommission darüber, welche Menschenversuche (auch Studien genannt) mit Krebsmedikamenten gemacht werden dürfen und welche nicht. Und jetzt raten Sie mal, wer in diesen Gremien sitzt. Menschen wie ich oder ganzheitlich denkende Ärzte?

Sicherlich nicht, sondern Professoren, von denen man weiß, dass sie nur eine Richtung der Medizin vertreten. Hinzu kommt, dass Mitglieder der Ethikkommission über Anträge ihrer Kollegen abstimmen müssen, die evtl. zuvor oder später über deren eigene Studien abstim(m)t(en). Was dies bedeutet, weiß jeder logisch denkende Mensch. Wie also sollen ganzheitliche Therapien den „wissenschaftlichen“ Beweis antreten, wenn **bis heute** noch niemals eine Studie zugelassen wurde, in der nicht-konventionelle Krebstherapien mit konventionellen Krebstherapien verglichen wurden. Dies wäre sicherlich einfach durchzuführen, da alleine ich jeden Monat genügend Menschen kennenlerne, die gerne bereit wären, an solch einer Studie teilzunehmen – und zwar im nicht-konventionellen Arm der Studie. „Zum Schutz“ von Krebskranken (und natürlich nicht von Pharmafirmen) werden allerdings auch zukünftig solche Studien niemals zugelassen, und so wird auch weiterhin in jeder Studie ein Giftstoff besser abschneiden als die anderen. Wenn also Ihr Arzt Ihnen das nächste Mal sagt, dass diese oder jene Therapie „nicht wissenschaftlich anerkannt“ wäre, dann fragen Sie ihn bitte, ob er denn eine Möglichkeit wüsste, wie man dies „wissenschaftlich“ feststellen könnte. Und sollte er eine brauchbare Idee haben, wie man eine Ethikkommission, eine Universität und eine Krankenkasse umstimmen kann, würde ich mich über Ihren Anruf wirklich sehr freuen.

Um Missverständnisse wieder einmal auszuschließen. Ich finde es nicht gut, dass nicht-konventionelle Krebstherapien nicht mit Doppelblindstudien kontrolliert werden und ich verabscheue die vollmundigen Versprechungen der Vertreter vieler dieser Therapien genauso wie die Lügen über die Erfolge von Chemotherapien bei epithelialen Tumoren. Es wäre im Interesse aller Krebskranker, wenn diese Studien endlich ge-

macht würden, und außerdem würden viele Ärzte und ich endlich genauer wissen, welche Therapien denn nun wirklich das halten, was sie versprechen. Leider gibt es jedoch ein riesiges finanzielles und politisches Interesse, dass diese Studien niemals gemacht werden und daher stehen die Chancen gleich null. Deshalb ist es ja auch so wichtig, dass Sie sich Ihre eigene Meinung bilden.

Nachstehend noch ein paar Tipps von der *Deutschen Krebsgesellschaft*, wie man eine „richtige“ Krebstherapie von Quacksalbern unterscheiden kann. Interessant dabei ist, dass die Veröffentlichung natürlich dazu diene, nicht-konventionelle Therapeuten „kritischer“ zu betrachten. Doch was wäre eigentlich, wenn man die gleichen Kriterien auch bei konventionellen Therapien ansetzen würde. Lassen Sie mich doch einmal die Punkte etwas genauer betrachten:

1. Wie lange wird diese Methode schon praktiziert? (Wenn sie auch nach Jahrzehnten noch nicht offiziell anerkannt ist, ist sie wahrscheinlich unwirksam.)

Anmerkung von mir: So lange eine Gruppe von Menschen bestimmt, was offiziell anerkannt und nicht anerkannt ist, kann man dies natürlich nicht als Kriterium anerkennen. Viele Chemotherapien sind übrigens seit vielen Jahren anerkannt und blieben bis heute den offiziellen Beweis schuldig, dass sie dazu beitragen, dass Krebskranke länger leben. Was ist dann mit diesen?

2. Ist die Methode eigenartig, unverständlich, geheimnisvoll, an bestimmte Personen oder Orte gebunden? (Je geheimnisvoller, desto unwahrscheinlicher die Wirksamkeit.)

Anmerkung von mir: Welcher Biochemiker, geschweige denn welcher Arzt, weiß denn, wie Chemotherapien wirklich funktionieren? Stellen die Pharmafirmen alle Forschungen der

Öffentlichkeit zur Verfügung oder gibt es ein anderes Gebiet als die konventionelle Onkologie, in dem es mehr eigenartige, unverständliche und geheimnisvolle Therapien gibt? Je geheimnisvoller, desto unwirksamer – dann müssten alle Chemotherapien als unwirksam bezeichnet werden, da wir weit davon entfernt sind, zu verstehen, wie diese bei Menschen funktionieren bzw. in den meisten Fällen versagen. Und der Personenkult innerhalb des konventionellen Establishments ist weitaus größer als im nichtkonventionellen Establishment.

3. Hat die Behandlung überwiegend Erfolg oder sind auch Misserfolge bekannt? (Falls nur Erfolge versprochen werden, ist Misstrauen am Platz.)

Anmerkung von mir: Hier kann ich nur zustimmen. Therapien, die nur Erfolge versprechen, missachten die Vielschichtigkeit von Krebs. Seien Sie also vorsichtig, wenn Ihnen Ihr Arzt erzählt, dass sie nur dann eine fünfzig-, sechzig- oder sogar eine achtzigprozentige Überlebenschance haben, wenn Sie diese oder jene Chemotherapie bzw. diese oder jene Bestrahlung machen. Sind es nicht gerade Schulmediziner, die seit Jahren ihren Patienten erzählen wie erfolgreich dieses oder jenes Medikament sei – bis es dann schnell von Markt genommen werden muss. Und sind es nicht auch Schulmediziner, die jahrelang Therapien anwenden ohne damit wirkliche Erfolge zu haben?

4. Hat die Behandlung auch Nebenwirkungen? (Ohne Nebenwirkungen ist meist auch keine Wirkung zu erwarten.)

Anmerkung von mir: Dem muss absolut widersprochen werden. Hohe Nebenwirkungen haben nichts, aber auch gar nichts, mit hohen Heilwirkungen zu tun (ein schönes Beispiel hierfür sind Hochdosis-Chemotherapien). Dieses Märchen

haben Pharmafirmen über Jahre hinweg in die Köpfe von uns Verbrauchern gesetzt, weil sie genau wussten, dass all ihre Chemikalien grundsätzlich Wirkungen auf alle Zellen haben und deshalb Nebenwirkungen einkalkuliert werden müssen. Befreien Sie sich unbedingt von diesem falschen Denken!

5. **Werden strenge Diäteinschränkungen verlangt?** (Gesunde Ernährung in Ehren, unbegründete und einschneidende Verbote sind abzulehnen.)

Anmerkung von mir: Unbegründete Verbote sind abzulehnen. Auch dem kann ich nur zustimmen. Jeder Therapeut sollte begründen können, warum er welche Ernährungstherapie verordnet oder aber die Finger davon lassen. Der Satz geht natürlich mehr in die Richtung: Lassen Sie die Finger von Ernährungstherapien. Es gibt keine Krebsdiäten. Diese Aussage spiegelt natürlich nur den Wissensstand vieler Schulmediziner wider und ist aus derer Sicht allzu verständlich. Dass dies falsch ist, und warum, können Sie in diesem Buch ausführlichst lesen.

6. **Bekämpfen die Vertreter dieser Methode die „Schulmedizin“?** (Angriffe und Verleumdungen ersetzen keine Beweise!)

Anmerkung von mir: Warum eine Therapie nichts wert sein soll, nur weil man Fehler anderer Therapien aufdeckt, egal ob Schulmedizin oder nicht, kann ich nicht nachvollziehen. Dahinter steckt jedoch ein ganz anderer Satz, der immer ‚mitschwingt‘: „Lieber Patient, jeder der die Schulmedizin angreift, hat unrecht.“

Gegen Verleumdungen habe ich ebenfalls etwas und da gehe ich konform mit dem Schreiber dieses Satzes. Ehrlicher Weise sollte man dies jedoch auch dann umgekehrt gelten lassen. Denken Sie nur einmal an all die Dinge, die Sie vielleicht über Prof.

Dr. Julius Hackethal gelesen haben. Über Jahre hinweg gab es Verleumdungen und Prozesse. Doch wissen Sie, was die Wahrheit ist? Ich war der erste Mensch in all den Jahren, der in die Eubios Klinik ging und zu Frau Hackethal sagte: „Ich möchte gerne die Akten untersuchen und herausfinden, was denn nun stimmt.“ All die anderen Ärzte oder all die anderen Organisationen hatten sich niemals die Mühe gemacht, sondern immer nur angegriffen und verleumdet – ohne Fakten zu untersuchen.

Persönliche Meinung:

Am Ende der Beschreibung gebe ich zu vielen Therapien noch eine persönliche Meinung ab. Ich habe mich zu diesem Kommentar entschlossen, weil viele Patienten mich immer und immer wieder fragen: „Würden Sie diese Therapie an meiner Stelle machen oder nicht?“ Natürlich ist diese Frage von mir nicht wirklich befriedigend zu beantworten, da ich sehr genau weiß, was ich tun würde und dies für Sie eigentlich nicht von Bedeutung ist, weil Sie **Ihre** Therapie finden müssen. Trotzdem habe ich mich dazu entschlossen, meinen ganz persönlichen Eindruck zu dieser Frage wiederzugeben.

Sollten Sie ein 3E-Buch älteren Datums Ihr Eigentum nennen und sich meine Kommentare zu manchen Therapien ändern, dann liegt dies daran, dass ich neue Erkenntnisse gewonnen habe, die mich zu dieser Änderung bewegen. Die Länge der Beschreibungen sind ohne Bedeutung. Manche Therapien habe ich etwas ausführlicher beschrieben, weil es schwierig ist, darüber mehr Informationen zu bekommen und weil sie vielen Patienten und auch Ärzten gänzlich unbekannt sind. Benützen Sie als Bewertung lieber meinen persönlichen Kommentar als die Länge der Beschreibung.

7. Kapitel

Nicht-konventionelle Krebstherapien

Erfolgreiche Krebstherapien

Gruppe I

Öl-Eiweiß-Kost

Diese Therapie ist für mich immer noch die hervorstechendste Therapie und sollte für jeden Krebspatienten die Basis seiner Therapie darstellen. Wenn ich dies hier schreibe, nach all den Erfahrungen mit so vielen Krebstherapien auf der ganzen Welt, dann habe ich mir dies sehr gut überlegt. Egal für welche Therapie Sie sich außer der Öl-Eiweiß-Kost entscheiden, mit dieser Therapie sollten Sie sich auf jeden Fall intensiv auseinandersetzen.

Vor allem für akute Patienten, also wenn jemand noch Tumore im Körper hat, dann sehe ich neben der weitaus schwieriger durchführbaren Gerson-Kost die Öl-Eiweiß-Kost als ein Muss an. Ich weiß, dass sogar viele nicht-konventionelle Ärzte solch eine Aussage als übertrieben ansehen, doch meine persönlich gesammelten Erfahrungen sprechen eine eindeutige Sprache.

Die Öl-Eiweiß-Kost wird ausführlich im Kapitel *3E-Ernährung* erklärt.

Frequenztherapien

Auf den nächsten Seiten werde ich verschiedene Frequenztherapien vorstellen. Ich bin mir sicher, dass ihnen die Zukunft der Medizin gehören wird, denn wenn wir eines Tages in der Lage sein werden, die Frequenzen unserer Zellkommunikation messen zu können, dann können wir Patienten auch die richtigen Frequenzen therapeutisch verabreichen und sie heilen. Bis dahin müssen wir jedoch alle eingestehen, dass wir uns nur auf die Erfahrungen einzelner Forscher verlassen können. Doch die sind meiner Meinung nach gar nicht so schlecht. Es gibt durchaus viel versprechende Ansätze und vor allem Therapeuten, die über Jahre hinweg positive Erfahrungen sammeln konnten.

Schon seit vielen Jahren ist Wissenschaftlern klar, dass sie, wenn sie bestimmte Frequenzen der Zellen messen und vor allem künstlich herstellen können, das energetische Verhalten der Zellen beeinflussen können. Bis vor wenigen Jahren war an einen Einsatz in der Praxis jedoch nicht zu denken, da man hierzu sehr schnelle Computer benötigt, die in der Lage sind, in einer Sekunde Millionen von Prozessen und Zehntausende von Frequenzen zu berechnen. Dies ist seit wenigen Jahren möglich und wird sicherlich die Zukunft der Medizin bedeutend beeinflussen. Dies war erst durch den Einfluss der modernen Quantenphysik möglich, da sie beweisen konnte, dass unsichtbare Energiepotenziale, die von den Biologen lange Zeit ignoriert wurden, einen sehr großen Einfluss auf die Gestalt und das Wirken von Materie ausüben.

Der konventionelle Glaube der Biochemie beruht darauf, dass Informationen nur durch chemische Substanzen wie z. B. Hormone übertragen werden. Inzwischen wissen wir, dass Kräftefelder nicht nur in der Lage sind Informationen zu transportieren, sondern biologische Informationen auch noch schneller und effizienter übertragen können. Stellen Sie sich einfach unseren Körper als einen großen Planeten vor auf dem Milliarden von Menschen (Zellen) leben. Genauso wie auf der Erde müssen diese Menschen ja irgendwie miteinander kommunizieren. Natürlich ist das Postsystem (Hormone, Zytokine usw.) ein sehr effektives Informationssystem, doch leider oftmals viel zu langsam. Genauso ist es in unserem Körper. Auch unsere Zellen schreiben nicht nur Briefe, sondern benützen auch ein Telefon (Wellen/Licht) um miteinander zu kommunizieren. Und genauso wie Spione Telefone abhören, genauso versuchen Wissenschaftler unsere Zellkommunikation abzuhören. Leider sind wir noch am Anfang unserer Spionagetätigkeiten, doch ich bin mir sicher, dass wir einzelne „Gespräche“ schon heute abhören können und sich die Wanzen in Form modernster Frequenzgeräte in den nächsten Jahren dramatisch weiterentwickeln werden.

Es gibt Hunderte von Forschern, die auf diesem Gebiet schon großartiges geleistet haben und wenn ich nur drei von diesen nachstehend aufzähle, dann liegt es daran, dass ICH von diesen Forschern in Bezug auf klinische Anwendung am meisten weiß bzw. an deren „Theorien“ glaube. Das heißt jedoch nicht, dass andere Forscher wie Gorgun Suleyman in Istanbul, Dr. Fuda in Taiwan, David Spall in Australien, all die „Nachfolger“ von Royal Rife auf der ganzen Welt, Dr. Hans Kempe, Dr. Ludwig und Dr. Popp in Deutschland und viele, viele mehr nicht eventuell auch großartiges herausgefunden haben. Ich kann jedoch in diesem Buch unmöglich alle Arbei-

ten vorstellen und beschreibe Ihnen deshalb auf den nächsten Seiten sozusagen stellvertretend für viele nur ein paar Ansätze, wie man mit künstlich erzeugten Wellen einen Heilungsprozess fördern oder anregen kann.

Aquatis Therapie

Dr. Essaidi ist Nuklearphysiker und ehemaliger Mitarbeiter von Philipps in Eindhoven, wo er in der medizinischen Forschung gearbeitet hat. Seine Therapie beruht darauf, freie Radikale zu binden.

Als freie Radikale bezeichnet man Atome, bei denen ein oder mehrere Elektronen nicht gepaart sind und die deshalb im Körper auf der Suche nach anderen Elektronen sind. Diese Radikale können vom Körper gebildet werden oder aber von externen Quellen. Auf der Suche nach einem Elektron stören diese Radikale leider unsere Zellen und können so Krankheiten auslösen oder begünstigen, indem die Rezeptoren an der Zellmembran, unsere Mitochondrien oder aber unsere DNS (Zellkern) angegriffen werden.

In der Regel hat unser Körper genügend Abwehrmöglichkeiten gegen freie Radikale. Doch manchmal kann die Zelle aus verschiedensten Gründen keine hinreichende Abwehr mehr leisten und die Schädigungen nehmen ein ernstzunehmendes Ausmaß an.

Dr. Essaidi hat eine Kabine entwickelt, die wie eine kleine Pyramide mit Spiegeln aussieht und in der es innen heiß wird wie in einer Sauna. In dieser Kabine erzeugt Dr. Essaidi eine positiv geladene Umgebung, die nach seiner Theorie dem Körper freie Radikale entzieht bzw. sie neutralisiert. Gleichzeitig stellt die Kabine eine umfassende Entgiftungstherapie dar, da durch die Hitze natürlich die Hautporen geöffnet werden.

Erstens können so Giftstoffe leichter nach außen dringen

und zweitens werden dem Wasserdampf von Dr. Essaidi spezielle Stoffe zugesetzt, die so leichter vom Körper aufgenommen werden können. Gleichzeitig wird in der Kabine ein genau definiertes elektromagnetisches Feld erzeugt.

Die Behandlung dauert in der Regel mit allen Vor- und Nachbereitungen ca. 90 Minuten (die eigentliche Therapie ca. 30 - 40 Minuten). Eine Begleitperson kann mit in die Kabine. Eine Sitzung in der Kabine kostet ca. 70 - 100. Deutsche Patienten wohnen in der Regel in einem Motel oder Hotel in der Nähe des Zentrums.

Persönliche Meinung: Ich halte Dr. Essaidi für einen aufrichtigen Wissenschaftler, der vielleicht etwas Geniales erfunden hat und wünschte mir, dass seine Therapie jedem Krebskranken zugänglich wäre. Ich sehe diese als einen optimalen Anfang einer Krebstherapie an und finde es geradezu tragisch, dass auch hier wieder einmal finanzielle Interessen die Verbreitung einer erfolgreichen Therapie verhindern.

PapImi Therapie

Der Franzose Charles Lavielle (Autor des Buches „Le Cancer: dérangement électrique“ – Krebs, eine elektrische Störung), der Russe Georges Lakhovski (1870 - 1943), der Amerikaner Royal Raymond Rife (1888 - 1971), der in Frankreich lebende Italiener Antoine Priore (1912 - 1988) und der Grieche Panos Pappas (geb. 1947) haben im letzten Jahrhundert Geräte für die Frequenztherapie von Krebs entwickelt. Der Physik- und Mathematikprofessor Panos Pappas, den ich im April 2001 persönlich in Athen besuchte und der im selbigen Jahr auf meine Einladung hin zum ersten Mal seine Therapie in Deutschland vorstellte, machte schon in den 80er Jahren Experimente mit starken elektrischen Entladungen, ermuntert durch die Arbeiten von Prof. Graneau vom MIT in den USA.

Über viele Jahre hinweg forschte Prof. Pappas weiter und entwickelte ein Hochfrequenz-Gerät mit dem Namen PapImi. Mit diesem Gerät werden innerhalb einer Mikrosekunde Stromwerte von über 1000 Ampere und Frequenzen in einem Bereich von wenigen Hertz bis 500.000 Megahertz erzeugt, die dazu beitragen können, dass Krebszellen sich wieder normalisieren.

Prof. Pappas veröffentlichte in den letzten Jahren sehr viele „Best Cases“-Krebsfälle mit den unterschiedlichsten Krebsarten. PapImi könnte zu einem Umdenken in der Frequenztherapie von Krebs beitragen, denn der Ansatz der Therapie ist: Gebe dem Körper eine ungeheure große Vielzahl von Frequenzen und er nimmt sich das heraus was er benötigt. Dies

widerspricht dem sonstigen Denken vieler Forscher, die sagen, man müsse wissen welche Frequenzen man übertragen sollte.

Prof. Pappas geht ansonsten genauso wie andere Frequenzwissenschaftler davon aus, dass Krebs keine eigene Krankheit ist, sondern wie alle anderen Krankheiten nichts anderes als eine energetische Störung ist.

Wäre es möglich, diese energetischen Störungen, die man auch als „elektrische“ Störungen bezeichnen könnte, wieder ins ursprüngliche Lot zu bringen, dann kann man im Grunde genommen jede Krankheit therapieren. Prof. Pappas ist übrigens der Meinung, dass Krebs eine Ausgleichsstörung ist (siehe Kapitel: *Was ist Krebs* unter Ausgleichstheorie) und nur dann entstehen kann, wenn eine Zelle „hungrig“ ist.

Persönliche Meinung: Bis heute kenne ich keine bedeutenden Nebenwirkungen dieser Therapie. Es gibt jedoch mehr und mehr Patienten, die von der PapImi Therapie profitieren. Ohne Zweifel gehören hier dringend Studien her und ich wünsche mir sehnlichst, dass diese so notwendigen Studien (vor allem bei Brustkrebs) bald durchgeführt werden.

Mehr Infos unter:

www.bourbaki.de, www.pappas.com und www.alpha-omegagroup.de.

Cluster-Medizin

Der studierte Philosoph und Musik- und Kunstwissenschaftler Ulrich-Jürgen Heinz hatte sich schon in der Spagyrik (oberflächlich gesehen eine Art der Homöopathie) einen Namen gemacht, bevor er sich Anfang der 80er Jahre auf die von ihm erfundene Cluster-Medizin konzentrierte. Auch hier geht es um Frequenzen, Zellkommunikation und vor allem um die Individualität des Menschen. In der Cluster-Medizin (Cluster = Haufen/Ballen) gibt es keine klassischen Diagnosen, sondern jeder Patient bekommt seine Cluster-Diagnose, die jedoch auf die einzelne Vergangenheit des Patienten abgestimmt ist. Es gibt hier also keine Diagnose Brustkrebs, sondern nur das Symptom eines Tumors in der Brust einer Frau, hervorgerufen durch bestimmte Geschehnisse im Leben dieser Frau.

Die Diagnosestellung erfolgt über verschiedene Verfahren wie z. B. unserem Fingerabdruck (Erbanlage), einer Polaroidaufnahme des Gesichtes (Lebensgeschichte), Erstellung von Zeichnungen (unserer Konditionierung), Körpersubstanzen wie Blut-Urin-Speichel-Haut-Ohrenschmalz-Zähne ... (körperlicher Status) und über das Auswählen von geometrischen Mustern (Ermittlung psychischer Geschehen). Allein an der Diagnosestellung erkennt man schon, dass es hier um eine sehr ganzheitliche Sichtweise von Krankheit geht. Interessant ist, dass dieses Diagnosesystem auch für Tiere anwendbar ist.

Alle Auswertungen der Diagnose werden mittels Computerprogrammen in eine numerische Sequenz übersetzt und in einer Datenbank mit über 300.000 Sequenzen und ca. 6 Millionen Aussageverknüpfungen verglichen. Daraus wird eine

„Abbild“ der derzeit gültigen Situation des Patienten erstellt, welche teilweise mehrere Hundert Seiten beinhaltet. Dieser Aufwand wird aus der Sichtweise der Cluster-Medizin betrieben, dass ein Mensch eben das Ergebnis **aller** Inhalte seines Lebens ist und das was Schulmediziner Krankheit nennen, nichts anderes als ein Ausdruck dieses Lebens in Form von Symptomen ist. Am Cluster-Therapeuten liegt es nun, diese ausführliche Auswertung mit den Symptomen bzw. offiziellen Krankheiten zu vernetzen und durch Befragen der psychischen Hintergründe dem Patienten zu helfen, seine „Krankheit“ besser zu verstehen.

Zusätzlich werden individuell für jeden Patienten Clustermittel in Form eines oral einzunehmenden Sprays produziert. Dieses Spray beinhaltet auf Wasser übertragene Informationen, welche exakt auf den Patienten zugeschnitten sind. Des Weiteren erhält der Patient spezielle Informationen, was er noch tun soll, um seinen Heilungsprozess zu beschleunigen. Dies kann eine bestimmte Musik sein, (hierzu werden individuelle CD's für jeden Patienten angefertigt), Entspannungsübungen, Farben und vieles mehr. Auch die gezielte Darmregulierung bzw. Revitalisierung der vorhandenen Symbionten spielt eine große Rolle.

Persönliche Meinung: Die Beurteilung der Cluster-Medizin fällt mir nicht leicht, da ich zu wenig Daten besitze im Sinne üblicher Studien. Es stellt sich hier natürlich auch die Frage, ob solch ein umfassendes System überhaupt mit den üblichen Messmethoden erfassbar ist. Nichtsdestotrotz bin ich davon überzeugt, dass Ulrich-Jürgen Heinz schon heute den Weg geht, der grundsätzlich in einer ganzheitlichen Krebstherapie gegangen werden muss – nämlich einen engen, individuellen Weg für jeden einzelnen Patienten.

NutriTherapie

Es handelt sich hier um ein Programm, bei dem es um die Ernährung und die Entgiftung des Körpers geht und das spezifisch auf die individuellen körperlichen Gegebenheiten des Menschen abgestimmt wird. Die NutriTherapie behandelt dabei nicht direkt den Krebstumor, sondern versucht die metabolischen Abläufe so zu optimieren, dass der Körper in der Lage ist, sich selbst zu helfen bzw. Hilfe durch andere Therapien besser anzunehmen.

Um den Nährstoffbedarf von Menschen mit Krebs und anderen Krankheiten wissenschaftlich zu bewerten, wird modernste Computertechnologie benützt. Mit dieser Technologie kann die biochemische Individualität jedes Menschen bewertet werden, um dann gezielte Hilfestellung bei der Ernährung, bei der Körperentgiftung und zu Nahrungsergänzungsprodukten zu geben. Dr. Kelley aus Florida und dessen Arbeiten im Bereich der Körperchemie haben wir diese Entwicklung zu verdanken, auf der andere Therapien wie die NutriTherapie aufbauen (Dr. Kelley war ein Zahnarzt, der sich nach eigenen Angaben 1964 selbst von seinem Bauchspeicheldrüsenkrebs heilte).

Dr. Kelley war es, der in der Behandlung von Krebspatienten die Wichtigkeit erkannte, dass Therapien nur dann funktionieren, wenn bestimmte Abläufe im Körper einigermaßen normal funktionieren. Deshalb war sein oberstes Gebot, diese Abläufe zuerst einmal ins Lot zu bringen bzw. zu optimieren, damit der Körper sich gegen die Erkrankung wehren kann. Die

optimale Ernährung eines jeden Einzelnen hat hierbei Vorrang. Das Problem liegt seiner Meinung nach jedoch darin, dass keine „Art der Ernährung“ für jeden gleich gut geeignet ist. Menschen haben sehr unterschiedliche Nährstoffbedürfnisse. Diese variieren und hängen ab von: der Krankheit, der Stärke der Krankheit, der Genetik, den Ernährungsgewohnheiten, wie aktiv jemand ist, dem emotionalen Zustand in dem sich jemand befindet, dem täglichen Verhaltensmuster und dem allgemeinen Stress, dem jemand ausgesetzt ist. Das vegetative Nervensystem hat eine Primärkontrolle über unseren Metabolismus. Es wird unterteilt in das parasympathische und sympathische Nervensystem. Menschen, die ein dominierendes sympathisches System haben, tendieren z. B. dazu, einen niedrigeren Metabolismus zu haben und benötigen daher schnell verbrennende Nährstoffe (hierbei handelt es sich primär um vegetarische Kost). Auf der anderen Seite haben Menschen mit einem dominierenden parasympathischen System einen schnelleren Metabolismus und benötigen möglicherweise Nahrungsprodukte die langsamer verbrennen (das sind zum Beispiel Tierproteine). Das therapeutische Primärziel der NutriTherapie ist es, das metabolische Gleichgewicht wieder herzustellen.

Merkmale eines typischen Programmes für Krebspatienten:

Stufe 1: Körperentgiftung

Mit Hilfe von homöopathischen Entgiftungsstoffen, Vitaminen, Mineralien, pankreatischen Enzymen und Einläufen wer-

den die Leber und weitere Organe entgiftet. Dies befreit das Immunsystem und normalisiert die biologische Funktionsfähigkeit.

Stufe 2: Substitution

Wenn der Körper eine bestimmte Chemikalie nicht herstellt, werden in den richtigen Dosierungen ganz spezifische Nährstoffsubstanzen eingenommen. Bei Krebspatienten gibt es oft Probleme mit dem Metabolismus der Enzyme, Hormone und verschiedener Komponenten des Immunsystems.

Stufe 3: Stimulierung

Die Organe und Drüsen werden mit Hilfe von spezifischen Nährstoffen, Vitaminen, Mineralien und der Phytotherapie (auf Pflanzenbasis) stimuliert.

Stufe 4: Wiederaufbau

Nahrungsergänzungsprodukte werden verwendet, um den zusätzlichen Nährstoffbedarf auf Grund der Krankheiten abzudecken und um die Reserven des Körpers zu stärken.

Persönliche Meinung: Ich habe in den letzten Jahren viele Patienten kennen gelernt, denen durch die NutriTherapie geholfen werden konnte, z. B. bei inoperablen Pankreaskrebspatienten, bei denen fast alle anderen Therapien versagen. Für mich ist es kein Wunder, dass diese Therapie aus Amerika kommt. Einerseits ist es eine sehr einfache Therapie, anderer-

seits ist es nicht nur für Europäer schwierig, Kapseln als Nahrungersatz und nicht als Nahrungsergänzung anzusehen. Denn zu Beginn der Therapie sind 60 - 100 Kapseln am Tag einzunehmen. Die Ergebnisse sprechen jedoch für sich und für jeden der es sich leisten kann (ca. 400 - 800 DM/Monat in den ersten 3 - 6 Monaten) stellt die NutriTherapie eine Option dar.

Es gibt außerdem noch eine Gruppe von Menschen, für die diese Therapie sehr sinnvoll sein kann: für alle „Energiesparer“ und für alle, die ihr Leben nicht ändern wollen/können. Damit wieder mal keine Missverständnisse aufkommen: Ich halte es für unbedingt notwendig, bei Krebs das 3E-Programm durchzuführen. Doch was machen all die Menschen die hierzu aus welchen Gründen auch immer „keine Lust haben“ bzw. nicht verstehen, wie wichtig es ist. Ich könnte natürlich so tun als gäbe es diese Patienten nicht – doch die Wahrheit ist, diese Gruppe ist leider die Mehrheit der Krebspatienten. Es ist für viele Menschen einfacher 100 Kapseln (später 20 - 30) am Tag zu schlucken als morgens auf den Kaffee mit Laugenbrezel zu verzichten.

Eine NutriTherapie funktioniert natürlich viel besser in Kombination mit dem 3E-Programm, doch es ist für diese Gruppe von Menschen immer noch bedeutend besser, als nichts zu tun.

Antineoplaston-Therapie

Dr. Stanislaw Burzynski isolierte schon als junger Wissenschaftler aus dem Urin von Menschen verschiedene Peptide (Aminosäureketten, die zur Bildung von Proteinen notwendig sind) und entdeckte, dass diese sehr effektiv das Wachstum bestimmter Krebsarten unterbinden. Sie gehören zum Arsenal des biochemischen Abwehrsystems des Körpers. Sie zerstören die defekten Zellen jedoch nicht, sondern korrigieren oder programmieren sie um, tragen sozusagen gute Informationen zu den abnormalen Zellen und sagen ihnen, wie sie sich normal entwickeln können. Bei Menschen mit Krebs wurde festgestellt, dass sie nur 2 – 3 % der normalen Anzahl dieser Peptide haben.

Dr. Burzynski separiert schon seit über 30 Jahren aus dem Urin von Menschen 5 verschiedene Antineoplastone, also Substanzen, die gegen ein Neoplasma (eine abnormale Gewebeveränderung) wirken – wie z. B. gegen einen Tumor. Seine Erklärung hierfür ist, dass diese Moleküle, auf einem genetischen Niveau gesehen, eine starke Anti-Krebswirkung haben. Im Besonderen stimulieren sie die Aktivitäten von „Tumorunterdrückungs-Genen“. Das sind Gene, die die Aktivitäten bestimmter Onkogene (Gene, die das Tumorstadium unterstützen) abschalten. Dadurch verhindern die Antineoplastone, dass Zellen sich unkontrolliert zu einer Tumormasse multiplizieren. Nach dieser Theorie ist Krebs das Ergebnis eines Antineoplaston-Defizits.

Unterstützt durch seine wissenschaftlichen Veröffentli-

chungen gelang es Dr. Burzynski 1974, Gelder vom National Cancer Institut (NCI = Nationales Krebsinstitut der USA) zu bekommen. 1977 publizierte er die Ergebnisse einer Studie mit 21 Tumor- und Leukämiepatienten im fortgeschrittenem Stadium, für die es nach konventionellen Behandlungsmethoden keine Überlebenschancen gab. In einem Zeitraum von 9 Monaten hatten 4 Patienten eine Komplettremission und 4 andere Patienten hatten Teilremissionen (eine mehr als 50 %ige Reduzierung des Tumors). Bei 6 Patienten hatte die Krankheit sich stabilisiert – weder fortgeschritten noch zurückgegangen. 2 Patienten brachen die Behandlung ab, nachdem ihr Tumor weniger als 50 % zurückging. Lediglich 5 Patienten starben an den Folgen ihrer ursprünglichen Erkrankung. Dr. Burzynski war spätestens nach dieser Studie davon überzeugt, dass seine Antineoplaston-Behandlung das Leben von Menschen mit Krebs retten könnte. Da zu diesem Zeitpunkt die Gelder des NCI ausliefen, entschied sich Dr. Burzynski dazu, seine Forschungen selbst zu finanzieren und gründete sein unabhängiges Krebsbehandlungszentrum (Burzynski Forschungsinstitut) und begann, seinen Patienten für seine, wie er es damals nannte, „experimentelle Behandlung“ Gebühren zu berechnen. Diesen ersten Patienten ist es zu verdanken, dass er in der Lage war, die langen Jahre der Forschung und Entwicklung der Antineoplastone zu überstehen.

Seit Ende der 70er Jahre bis ins Jahr 1997 war Dr. Burzynski harten Angriffen der Schulmedizin ausgesetzt, bis der oberste amerikanische Gerichtshof entschied, dass er Patienten behandeln dürfe. Seine wissenschaftlichen Studien und Aufzeichnungen waren einfach zu eindeutig, als dass sie von der FDA (amerikanische Arzneimittelbehörde) widerlegt werden konnten.

Im März 1990, auf dem 9. Internationalen Symposium über die „zukünftigen Trends in der Chemotherapie“, erklärte Dr. Dvorit Samid, dass das Antineoplaston AS2-1 nachhaltig die Aktivitäten der Onkogene unterbindet, sowie die Wucherung bösartiger Zellen, ohne jedoch für normale Zellen giftig zu sein. Gemäß wissenschaftlicher Berichte, die auf dem 86. jährlichen Kongress der „American Association for Cancer Research“ im März 1995 präsentiert wurden, war erkennbar, dass Dr. Burzynskis Antineoplastone die Aktivitäten der Tumorunterdrückungsgene erhöhten. Dr. Burzynski stellt heute seine Antineoplastone in einer von der FDA genehmigten Produktionsstätte in seiner Klinik in Houston/Texas selbst her. Derzeit hat Dr. Burzynski mehr als 90 Behandlungsprotokolle und verwendet mehrere Antineoplastonrezepturen. Die einzelnen Behandlungsprotokolle unterscheiden sich teilweise erheblich und sind von der jeweiligen Art und Größe des Tumors abhängig. Derzeit gibt es wohl keine andere Therapieform, die sich mit diesem wichtigen Mechanismus bei der Entstehung von Krebs beschäftigt. Die Ironie dabei ist, dass Dr. Burzynski für seine nobelpreisverdächtige Entdeckung kaum Anerkennung fand. Stattdessen sah er sich über Jahre hinweg harten Angriffen der FDA und des texanischen Medizinausschusses (Medical Board) ausgesetzt. Seine Behandlung gilt heute jedoch als eine der vielversprechendsten und wissenschaftlichsten, nicht-konventionellen Krebstherapien auf der ganzen Welt.

Die Therapie besteht aus einer intravenösen Infusion (zu Beginn – später Kapseln). Man trägt permanent eine kleine Miniaturinfusionspumpe in einer kleinen Gürteltasche mit sich, mit deren Hilfe durch einen Katheter Antineoplastone in die Brust eingeführt werden (24 Stunden am Tag). Diese Prozedur verursacht keine Schmerzen und beschränkt den Patien-

ten nicht in seiner Bewegungsfreiheit. Als Teil einer Studie verwendete Dr. Burzynski Antineoplastone zur Behandlung von 20 Patienten mit einem Astrozytom im fortgeschrittenen Stadium. Annähernd 80 % hatten eine positive Reaktion und einige von ihnen waren selbst nach 4 Jahren noch krebsfrei. Tierstudien in Japan zeigten außerdem, dass geringe oral eingenommene Dosen des syntethischen Antineoplastons A10 dabei helfen, Brust-, Lungen- und Leberkrebs zu verhindern.

Persönliche Meinung: Dr. Burzynski war schon 1999 auf Einladung von mir in Deutschland und hielt mehrere Vorträge, in denen er seine Therapie mit vielen Fällen untermauerte. Auch andere Krebsorganisationen untersuchten erfolgreiche Fälle und kamen zum gleichen Ergebnis wie ich. Ohne Zweifel kann ich behaupten, dass Dr. Burzynskis Therapie als erste Option für Gehirntumore gesehen werden sollte. Leider stellen die hohen Anfangskosten von ca. 2.000 - 3.000 /Monat für viele Menschen eine zu hohe Hürde dar, und ich wünsche mir, dass Dr. Burzynskis Therapie endlich anerkannt wird, damit die Kosten deutlich geringer werden.

Coleys Toxin

Der New Yorker Arzt William B. Coley (1892 - 1936) entdeckte in den 20er Jahren, dass bestimmte Infektionskrankheiten – im Besonderen durch Bakterien verursacht – eine gewisse therapeutische Wirkung gegen bösartige Geschwülste haben, wenn sie dem Körper in Form eines sterilen Impfstoffes zugeführt werden. Dr. Coley stellte fest, dass durch dieses „Gift“ das Antikrebs-Abwehrsystem des Körpers einen Schub zur Bekämpfung der Krebszellen erhält.

Als Chirurg am Memorial Krankenhaus (in New York City/USA) tätig, entwickelt Coley einen bakteriellen Impfstoff. Er lehnte es ab, daran zu glauben, dass Krebs unheilbar sei, denn zu seiner Zeit bestand eine Krebstherapie hauptsächlich darin, die vom Krebs betroffenen Körperteile durch operative Eingriffe und Amputationen zu entfernen.

Dr. Coley verwendete in seinem Impfstoff die Bakterien *Streptococcus pyogenes* und *Serratia marcescens* (die er in Rinderbrühe kultivierte). Er ging davon aus, dass der Körper durch die Bakterien einen Schub erhält und dadurch seine Antikrebsabwehr in die richtige Richtung gelenkt werden könnte – nämlich gegen die Krebszellen. Die Theorie dahinter ist, dass das Abwehrsystem zuerst einmal gegen einen einfacheren Gegner, die Bakterien, mobilisiert wird.

Krebspatienten wurde der Impfstoff in der Nähe des Tumors injiziert und Dr. Coley konnte so eine Wirkung erzielen. Seine Patienten hatten nicht nur Teil-, sondern auch Komplettremissionen bei einer Vielzahl von Krebsarten. Patienten,

die am Morgen eine Injektion (intravenös oder intramuskulär) erhielten, bekamen zuerst eine Art Schüttelfrost, welches dann von Fieber abgelöst wurde. Am Nachmittag stellt sich dann wieder ein Normalzustand bei den Patienten ein.

Als Folge seines Todes im Jahre 1936 verschwanden seine Forschungen für Jahrzehnte aus den Augen des öffentlichen Interesses. Interessant ist, dass noch zu seinen Lebzeiten ca. 50 Ärzte in den USA (einer davon in der Mayo Klinik) und in Europa, Krebspatienten mit Coley's Impfstoff behandelten. Der Impfstoff wurde von dem Pharmaunternehmen Parke Davis and Company zubereitet und vertrieben.

Nachdem Dr. Charles Starnes, ein amerikanischer Immunologe, den Impfstoff über 9 Monate analysierte, erklärte dieser, dass er ihn für die viel versprechendste Krebsbehandlung halte. Dr. Starnes berichtete von Dr. Coleys Erfolgen bei Weichgewebe-Sarkoma (mehr als 40 von 84 Patienten waren nach 5 Jahren immer noch krebsfrei; 17 Patienten überlebten bis zu 20 Jahre) und bei bösartigen Lymphomen (19 von 33 Patienten waren nach 5 Jahren immer noch krebsfrei und 8 überlebten bis zu 20 Jahren).

Unglücklicherweise gab es 1962 Änderungen in der Rechtsprechung, was zur Folge hatte, dass der Impfstoff in den USA nicht mehr verwendet werden durfte. Die FDA (amerikanische Arzneimittelbehörde) deklarierte den Impfstoff einfach als ein „Neues Medikament“. Dies hatte zur Folge, dass es notwendig gewesen wäre, die üblichen astronomisch teuren Tests durchzuführen, um die Zulassung zu erhalten. Dafür fehlten jedoch die Mittel.

Nach Dr. Coleys Tod wurde der Impfstoff durch das Pharmaunternehmen Parke Davis and Company abgeschwächt, um das Risiko einer tödlichen Reaktion und somit die Haftung der Ärzte zu minimieren. Es zeigte sich jedoch, dass die

abgeschwächte Version nicht ausreichend war. Nach Ansicht vieler Krebsexperten wird Coley's Impfstoff im Bereich der konventionellen Krebsbehandlung deshalb nicht angewandt, weil es nicht patentierbar ist. Und dies, obwohl es als effektiv und kostengünstig betrachtet wird.

Es ist dem Engagement seiner Tochter Helen Coley Nauts zu verdanken, dass Coley's Impfstoff nicht verloren ging. Sie sammelte ca. 1.000 Berichte über Patienten und gründete das New Yorker Cancer Research Institute und publizierte gemeinsam mit Ärzten mehrere Artikel über die Behandlung von bösartigen Tumoren mit Coley's Impfstoff. Untersuchungen des Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York im Jahre 1976 zeigten, dass Menschen mit fortgeschrittenen Non-Hodgkin Lymphomen, denen Coleys Impfstoff verabreicht wurde, eine 93 %ige Remissionsrate hatten, im Vergleich zu 29 % in der Kontrollgruppe (die eine Chemotherapie erhielten).

In Deutschland war das Präparat Vaccineurin jahrelang das Mittel der Wahl. Leider wurde die Produktion eingestellt und die letzten Ampullen werden noch bis heute „unter der Hand“ gehandelt. Eine Alternative ist das japanische Mittel Picibanil, das leider in Deutschland noch nicht sehr bekannt ist, obwohl es ähnlich wie Vaccineurin eine kontrollierbare Fieberkurve hervorruft. Seit Herbst 2001 gibt es den Originalimpfstoff wieder bei einer Firma in Amsterdam zu kaufen und ich kann nur hoffen, dass dies der Anfang einer neuen Ära der aktiven Fiebertherapie ist.

Persönliche Meinung: Meine Erfahrungen sind, dass ich gleich mehrere Patienten kenne, die eine aktive Fiebertherapie in einem sehr späten Stadium ihrer Erkrankung äußerst erfolgreich anwandten. Ich werde oft gefragt, ob eine Hyperthermie

oder eine aktive Fiebertherapie mit Bakterien jetzt besser oder schlechter wäre. Diese Frage kann derzeit weder ich noch sonst irgendjemand wissenschaftlich beantworten. Aus meinen Erfahrungen heraus muss ich jedoch der aktiven Fiebertherapie mit Bakterien deutlich den Vorzug geben.

Hyperthermie

Das Wort Hyperthermie stammt aus dem Griechischen und bedeutet Überwärmung (hyper: zuviel und thermos: Wärme). Die Idee der Hyperthermie kommt natürlich aus der Überlegung heraus, dass eine künstliche Erhöhung der Körpertemperatur das Gleiche ist wie heilendes Fieber. Ich kann dem so nicht zustimmen und meine persönlichen Erfahrungen zeigen mir auch deutlich, dass es sehr wohl ein großer Unterschied ist, ob der Körper Fieber erzeugt, weil man ihm z. B. Bakterien injiziert wie bei der Coley Therapie, oder ob eine erhöhte Körpertemperatur durch künstlich erzeugte Wellen entsteht. Hyperthermie ist auch von einem anderen Standpunkt aus sehr interessant, ist sie doch eine Therapie, die es geschafft hat, über den „Umweg“ alternative Medizin, Einzug in die Schulmedizin zu nehmen.

Während die Schulmedizin bis Ende des letzten Jahrhunderts die Hyperthermie meistens nur belächelte, gibt es heute an der Universität Berlin, Charité, Campus Virchow-Klinikum, der Universität Düsseldorf, der Universität Essen, der Universität Lübeck, der Universität München und in der Universität Tübingen geradezu ein dichtes Netz, das sich intensiv mit dieser Therapie auseinandersetzt. Die Universitäten vertreten „natürlich“ die Meinung, dass Hyperthermie nur dann einen Sinn macht, wenn man diese mit einer Chemotherapie kombiniert. Meine Meinung hierzu ist nur: Jedes andere Statement hätte mich fast schon gewundert.

Man darf hier auch nicht vergessen, dass die Produktion

von Hyperthermiegeräten und die Therapie ein immer größeres Geschäft wird. Allein schon aus diesem Grund hat die aktive Fiebertherapie kaum eine Überlebenschance. Damit Sie mich nicht missverstehen. Ich glaube sehr wohl, dass Hyperthermie aus der modernen Krebstherapie nicht mehr wegzudenken ist, glaube aber, dass dies auf dem Rücken der aktiven Fiebertherapie mit Bakterien ausgetragen wird, deren Effektivität von keinem angezweifelt wird, der sich mit ihr detailliert auseinandergesetzt hat.

Man unterscheidet hauptsächlich folgende Hyperthermieformen:

Lokale Hyperthermie

Hauptsächliches Anwendungsgebiet sind oberflächliche Tumore wie z. B. einzelne Lymphknotenmetastasen, Knoten bei Brustkrebs, usw.

Regionale Hyperthermie

Hauptsächliches Anwendungsgebiet sind größere Bezirke von 20 - 40 cm. Mit Ausnahme des Thorax (Brust) fast überall einsetzbar.

Ganzkörper-Hyperthermie

Hier unterscheidet man vor allem die moderate Ganzkörper-Hyperthermie, bei der eine Körpertemperatur von max. 40,5°C erreicht und die systemische Ganzkörper-

Hyperthermie bei der eine Körpertemperatur bis über 42°C erreicht werden soll. Bei ersterer geht es mehr um eine immunsteigernde Wirkung bzw. eine verbesserte Wärmeregulation des Körpers und bei zweiterer darum, zusätzlich Krebszellen direkt zu zerstören. Viele Ärzte benützen beide Therapien zusammen mit Chemotherapien, oftmals in geringerer Dosis (low dose). Diese Therapieform könnte eine Möglichkeit sein, eine gefährliche Tumormasse zu verkleinern, falls eine Operation sonst nicht möglich ist.

Hypertherme Perfusion

Bei der Hyperthermen Perfusion wird eine vorgewärmte Flüssigkeit (z. B. das patienteneigene Blut mit Chemotherapeutika) durch die zuführenden Gefäße geleitet, um das Körperteil zu erwärmen. Wird gerne bei Tumoren in Extremitäten (Beine/Arme) durchgeführt.

Interstitielle Hyperthermie

Diese Art der Hyperthermie ist speziell für bestimmte Körperhöhlen oder innerhalb von knöchern umgebenen Organen (z. B. Gehirn) und wird mittels vorher implantiertem Katheter durchgeführt. Dabei benützt man fast immer Mikrowellenantennen.

Magnetfeldhyperthermie

Dieses Verfahren ist noch in der Versuchsphase. Dabei werden magnetische Materialien durch ein wechselndes Magnetfeld erwärmt.

Thermoablation

Hierbei werden Temperaturen über 50°C angestrebt z. B. bei Prostatakarzinomen mittels Lasertechnik.

Die Erwärmung bei Hyperthermien kann auf verschiedene Weise geschehen:

1. Mit zwei Metallplatten, zwischen denen ein elektrisches Wechselfeld erzeugt wird (20 MHz bis 70 MHz).
2. Hochfrequenz mit einer Frequenz von über 60 MHz.
3. Infrarotsysteme, Mikrowellen oder Ultraschall.

Persönliche Meinung: Ohne Zweifel hat sich die Hyperthermie in den letzten Jahren in beiden Lagern der Medizin durchgesetzt. Dies war sicherlich nur deshalb möglich, weil es viele Studien gibt, die aufzeigen, wie erfolgreich diese Therapie sein kann. Sie hat neben der Tatsache, dass deshalb die aktive Fiebertherapie zurückgedrängt wird, jedoch leider noch einen weiteren Nachteil: es wird wieder der Fokus auf den Tumor gelegt. Fast alle Ärzte messen den Erfolg der Hyperthermie an der Größe des Tumors. Verfallen Sie bitte nicht auch diesem Irrtum und vergessen Sie niemals, dass mit Ausnahme der moderaten Hyperthermie es bei dieser Therapie vorwiegend um die Zerstörung des Tumors geht und der ganzheitliche Gesichtspunkt unbedingt nicht vergessen werden darf.

Gerson Kost

Dr. Max Gerson (1881 - 1959) war einer der Pioniere auf dem Gebiet der Ernährungstherapien. Schon 1929 stellte der berühmte Arzt Ferdinand Sauerbruch die Gerson Kost als „Durchbruch in der Behandlung von TBC-Erkrankten“ vor. Sauerbruch stellte damals eine Studie vor, in der von 450 TBC-Patienten 446 dauerhaft geheilt werden konnten.

Gerson, der Helene Schweitzer, die Ehefrau von Albert Schweitzer von TBC geheilt hatte, emigrierte 1933 in die USA. Als Gerson 1959 starb schrieb A. Schweitzer: „Für mich ist er eines der größten Genies in der Geschichte der Medizin. Diejenigen, die er geheilt hat, bezeugen heute die Richtigkeit seiner Ideen.“

„Es gibt keinen Krebs in einem normalen Metabolismus“, schrieb Max Gerson und dies war auch der Grundsatz seiner Therapie. Nur wenn die Leber, die Bauchspeicheldrüse und weitere Teile unseres Immunsystems gestört sind, ist es Krebszellen möglich, abnormal zu wachsen. Um Krebs erfolgreich behandeln zu können, ist deshalb oberstes Gebot, zu versuchen, den gestörten Metabolismus wieder auf den richtigen Weg zu bringen. Dies geschieht durch eine intensive Entgiftung und der Zuführung wichtiger Nährstoffe durch eine fettarme und salzfreie Kost. Was sich zuerst einmal recht einfach anhört, macht in der täglichen Praxis sehr viel Arbeit, da die Zufuhr der wichtigen Enzyme, Vitamine und Mineralien hauptsächlich dadurch erfolgt, dass die Patienten jede Stunde frisch gepresste Säfte zu sich nehmen und mehrmals täglich

Kaffeeinläufe machen (siehe hierzu auch im Kapitel Entgiftung: Kaffeeinläufe).

Gerson kam zu der Überzeugung, dass viele seiner Patienten deshalb starben, weil deren Leber nicht in der Lage war, all die Abfallstoffe auszuscheiden, die durch die intensive Enzymtherapie im Körper anfielen. Zusätzlich erhalten die Patienten Schilddrüsenpräparate, Kalium, Leberextrakte, Betakarotin und weitere Antioxidantien. Fleisch ist in den ersten Wochen komplett verboten. Des Weiteren wird Leinöl und Hüttenkäse verabreicht. Max Gerson ging es in seiner Therapie darum, die Balance zwischen Natrium und Kalium in der Zelle wieder herzustellen. Die Leber, das Gehirn und die Muskelzellen haben normalerweise höhere Werte an Kalium vorzuweisen. Bei Krebspatienten ist dies nicht der Fall. Deshalb ist die Gerson Kost sehr kaliumreich und fast natriumfrei.

Ebenso wie Dr. Warburg Therapie ging es Max Gerson um einen erhöhten Sauerstoffanteil in den Zellen. Bei seiner Therapie geschieht dies durch die Gabe oxidierender Enzyme durch Säfte, Früchte und Leberextrakte. Einen Rückgang des Tumors darf man erwarten, sobald die Entgiftung beginnt, die Leber wieder genügend Enzyme produziert und ein Natrium-Kalium-Gleichgewicht erreicht wird. Wie schon beschrieben ist die Basis der Therapie frisch gepresste Säfte und Kaffeeinläufe. Bitte machen Sie sich bewusst, dass Sie dabei Hilfe benötigen, da dies sehr anstrengend ist.

Wenn sie die Krestheorien aufmerksam gelesen haben, dann werden Sie sicherlich schnell verstehen, warum Gersons Ansichten so revolutionär und erfolgreich waren. Mit seinen Ansichten über Kalium und Natrium war er seiner Zeit viele Jahre voraus.

Persönliche Meinung: Die Gerson Therapie hat sicherlich vie-

len Menschen geholfen. Einige davon kenne ich persönlich und es gibt für mich absolut keinen Zweifel an der Wirksamkeit der Therapie. Dass man immer schwerer biologisches Obst bekommen kann, mindert die Effektivität der Therapie leider etwas und dieser Punkt ist mitentscheidend für den Erfolg.

Dr. Paul Gerhard Seegers 10 Punkte Programm

Dr. Paul Gerhard Seeger war Forscher und Krebspezialist und schloss sich nicht der Theorie von Otto Warburgs an, dass eine Krebszelle irreversibel und somit unheilbar wäre. Seeger erbrachte den Beweis für die Heilbarkeit der Krebszellen.

Damit wir Seeger verstehen, sollten wir uns einmal eine Körperzelle ganz genau betrachten. Die Zellwand nennt man Membran. Die Zellmembran lässt bestimmte Stoffe durch, da sonst die Zelle dem Blut keine Nährstoffe entnehmen könnte. Stellen Sie sich die Zelle einmal als einen Nylonstrumpf vor. Wenn sich ein Eiweißteilchen nähert, dann öffnet sich der Nylonstrumpf. Die Zellwände haben eine negative elektrische Ladung, der Zellkern hingegen hat eine positive. Die Zelle hat ein elektrisches Potenzial von -90 Millivolt. Innerhalb der Zelle befinden sich Zellsalze wie Magnesium und Kalium. Außerhalb der Zellwand befindet sich Natrium. Die Zelle ist also eine winzige Batterie. Weiterhin befinden sich in der Zelle zum Beispiel die Mitochondrien. Sie sind die Atmungsorgane und enthalten das Atmungsferment, die Zytochromoxydase.

Seeger entdeckte, dass dieses Atmungsferment in der Krebszelle fehlt (siehe hierzu auch die Arbeiten von Frau Dr. Johanna Budwig) und deshalb kann keine Sauerstoffverbrennung stattfinden. Die Ursache dieses Fehlens liegt darin, dass das Blut durch vielerlei Toxine und durch andere Ursachen alkalisch geworden ist. Der Blutsäuregrad ist nicht mehr

neutral. Dadurch erkrankten die roten Blutkörperchen und infolge einer ungenügenden Sauerstoffzufuhr wird die Gewebezelle geschädigt. Die Zellwände werden durchlässig. Da die Mitochondrien jetzt aus der Zelle heraustreten können, verringert sich ihre Anzahl in der Zelle. Durch den Schwund der Atmungsorgane verringert sich auch die Zytochromoxydasenmenge und gerade diese sorgte ja für die Sauerstoffverbrennung. Durch die Störung der Permeabilität (Durchlässigkeit) gelangt aus dem Blutserum Natrium in die Zelle, während Magnesium und Kalium die Zelle verlassen. Demzufolge sinkt das elektrische Potenzial.

Seegers Therapie bestand darin, dass er dem Körper Stoffe zuführte, die die Zellatmung aktivieren. Diese Stoffe sind:

1. Vitamin A in hohen Dosierungen
2. Rechtsdrehende Milchsäure (L+)
3. Ozonperoxyd
4. Mehrfach ungesättigte Fettsäuren
5. Freie Radikale
6. Betazyan, der rote Farbstoff der roten Bete
7. Anthozym, ein Fermentgetränk

Auch Seeger ist der Meinung, Krebs sei eine Krankheit der Seele. Die Gesundung der psychischen Störungen ist seiner Ansicht nach genauso wichtig wie die körperliche Therapie. Er nennt die folgenden psychischen Krebsursachen:

1. Angst bzw. Unterdrückung der Gefühle
2. Langwieriger Stress
3. Depressionen
4. Ausweglosigkeit
5. Konflikte

6. Ärger, Kummer
7. Sexuelle Probleme
8. Soziale Not
9. Der Verlust eines geliebten Menschen

Im Jahre 1965 schlug Seeger auf Grund seiner experimentellen biochemischen und elektrochemischen Befunde sowie auf Grund seiner Erfahrung mit Krebspatienten eine Therapie in zehn Phasen vor.

1. Phase: Beseitigen von Störfeldern.
2. Phase: Entgiftung des Körpers und Nosodenbehandlung.
3. Phase: Aufhebung der Dysbiose und Normalisierung der Darmflora.
4. Phase: Aktivierung der Zellatmung durch Wasserstoffakzeptoren.
5. Phase: Aktivierung der körpereigenen Abwehr.
6. Phase: Aktivierung des Immunsystems und Desensibilisierung.
7. Phase: Zytoplasmatische Therapie und Aktivierung der Antikörper.
8. Phase: Hemmung der Glykolyse.
9. Phase: Änderung der Ernährung.
10. Phase: Unterstützung von Herz und Kreislauf.

Die Seegersche Therapie hat eine logische Gliederung. Die Beseitigung der Störfelder und die Entgiftung des Körpers stehen an erster Stelle. Der „Mülleimer“ soll als erstes gereinigt werden! (Dieser Meinung kann ich mich nur anschließen und beweist, wie wichtig auch Dr. Seeger die Entgiftungsmaßnahmen sah.)

Der zweite Schritt in der Seegerschen Therapie ist die Normalisierung der Darmflora. Die Darmbakterien müssen mit Hilfe von physiologischen Darmkulturen wie die Acidophilus-, -Bifidus- und die Thermophilus-Bakterie aufgebaut werden (rechtsdrehende Milchsäurebakterien). Danach aktiviert Seeger die Zellatmung mit Zellatmungsaktivatoren. Das sind Präparate, die Sauerstoff in die Zelle bringen und auf diese Weise den Glykolyseprozess beeinflussen. Vitamin A und Betazyran, der Farbstoff der roten Bete, sind dabei zwei wichtige Stoffe. Schon Professor W. F. Koch schrieb im Jahre 1916 über die Bedeutung von Vitamin A bei Krebs. Es fällt Krebspatienten nämlich schwer, das Provitamin Karotin in Vitamin A umzusetzen. Daher müssen sie flüssiges Vitamin A als Ergänzung der Nahrung zu sich nehmen. Seeger verschrieb seinen Patienten außerdem täglich einen Liter Saft der roten Bete.

Persönliche Meinung: Ohne Zweifel war Dr. Seeger der Mann, der Krebszellen mehr erforschte als vielleicht alle anderen Menschen vor und nach ihm. Er war wahrscheinlich der größte Krebsforscher des 20. Jahrhunderts und jeder Arzt oder Heilpraktiker sollte auf jeden Fall Seegers Buch: *Krebs, Problem ohne Ausweg* gelesen haben. In diesem Buch beschreibt er nicht nur seine eigenen Experimente, sondern auch die vieler anderer Krebsforscher. Jeder Onkologe, der dieses Buch gelesen hat, hat meiner Meinung nach nur 2 Möglichkeiten:

1. Er hört damit auf, seine Patienten konventionell zu therapieren
2. Er widerlegt Dr. Seegers Arbeiten

Tatsache ist jedoch leider, dass es eine schizophrene Haltung bei vielen Therapeuten gibt. Einerseits haben sie nicht das

Wissen, um Seegers Arbeiten zu widerlegen, andererseits verschreiben sie jeden Tag Chemotherapien. Bis heute ist es mir immer noch unverständlich, wie man Seeger lesen und dann einfach so weitermachen kann wie bisher. Doch genau das ist der Alltag in der deutschen Onkologie.

Homöopathie

Der Begründer der Homöopathie war Dr. med. habil. Samuel Hahnemann, welcher von 1755 - 1843 lebte. Homöopathie bedeutet „ähnliches Leiden“ (homoion = ähnlich und pathos = Leiden). Hahnemann glaubte, dass man eine Krankheit mit einem Arzneimittel behandeln sollte, das am Gesunden „ähnliches Leiden“ hervorruft. Seine lateinischen Worte: „Similia similibus curentur“, zu deutsch: Ähnliches soll durch Ähnliches geheilt werden, sind in die medizinische Geschichte eingegangen.

Hahnemann ging davon aus, dass Krankheitssymptome nicht die Krankheit selbst sind, sondern Reaktionen auf Störursachen. Diese Störursachen sind nichts anderes als ein Regulationsversuch des Körpers. Die Homöopathie versucht also nicht, die Symptome, und damit ja den Regulationsversuch, zu unterdrücken, sondern die Selbstheilungskräfte des Körpers anzuregen.

Die eingesetzten Arzneistoffe werden traditionell in lateinischer Sprache bezeichnet. Auf den Namen folgt einer der Buchstaben D, C oder LM plus einer Ziffer. Gelegentlich taucht auch das Zeichen 0 oder alternativ der Begriff Urtinktur auf. Beispiel: *Avena sativa* D 12 oder *Cardus marianus* 0. Diese etwas komplizierte Bezeichnungsweise gibt die sogenannte „Potenz“ des verwendeten Stoffes an.

Der Extrakt einer Arzneipflanze wird nach einer im so genannten homöopathischen Arzneibuch dargelegten Vorschrift hergestellt und erhält den Namen Urtinktur mit dem Kürzel 0.

Die Urtinktur wird nun mit einer Alkohol-Wasser-Mischung versetzt und geschüttelt. Man erhält die erste homöopathische Potenzstufe, die je nach Mischungsverhältnis als Urtinktur/Alkohol-Wasser-Mischung bezeichnet wird. Ein Mischungsverhältnis Urtinktur/Alkohol-Wasser-Mischung von 1:10 entspricht der ersten Potenzstufe D 1, 1:100 der ersten Potenzstufe C 1, 1:50.000 der ersten Potenzstufe LM 1. Zur nächsten Potenzstufe gelangt man, wenn die hergestellte erste Potenz wieder im gleichen Verhältnis mit einer Alkohol-Wasser-Mischung gemischt wird. Je nach Mischungsverhältnis entsteht dadurch D 2, C 2 oder LM 2. Es gibt sicherlich keine „reine homöopathische Onkologie“, da Homöopathen jeden Krebskranken anders behandeln, da sie Krebs als das sehen was es ist, ein Symptom. Ich persönlich kenne auch keinen einzigen Homöopathen, der Krebspatienten nur mit Homöopathie behandelt und dies auch so in der Öffentlichkeit vertritt. Dies ist natürlich allein schon aus juristischer Sicht sehr schwer. Interessanterweise gab es jedoch vor allem in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts durchaus positive Studien. So wurde z. B. schon 1931 eine Studie (Homeopathic Recorder, vol 46, 674 - 649) veröffentlicht, in der von 225 Krebspatienten, die ausschließlich homöopathisch behandelt wurden, nach 6 Jahren noch 66 % am Leben waren.

Persönliche Meinung: Ohne Zweifel hat die Homöopathie ihre Daseinsberechtigung in der Onkologie und wer das Gegenteil behauptet, hat sich sicherlich nicht mit Hahnemanns Lehre auseinandergesetzt. Allein schon für seinen Ansatz, dass ein Tumor ein Selbstregulationsmechanismus des Körpers ist, gebührt Hahnemann Anerkennung. Schwieriger wird es dann schon, einen Homöopathen zu finden, der sich mit Krebs auskennt und zwar in der Form, dass er die Homöopathie nicht

nur zur Linderung von Nebenwirkungen der „richtigen“ Krebstherapien anwendet, sondern als Teil- bzw. Hauptbehandlung einer ganzheitlichen Krebstherapie. Ich kann mir nicht vorstellen, dass Hahnemann seinen Patienten Chemotherapie und Gelsemium sempervirens D 12 für die gleichzeitige Fiebertherapie verschrieben hätte. In der Regel sind Sie bei einem Homöopathen jedoch schon aus einem anderen Grund an der richtigen Stelle: er (sie) nimmt sich meistens mehr Zeit für Sie als die meisten Schulmediziner.

IAT (Immuno Augmentative Therapy)

IAT wurde in den 60er Jahren von Dr. Lawrence Burton im St. Vincent Krankenhaus in New York City entwickelt. Auf Grund von Tierversuchen konnte Dr. Burton tumorunterdrückende Faktoren identifizieren und isolieren, die auch bei Menschen Wirkung hatten. Dr. Burton identifizierte und isolierte Blutproteinkomponenten bei denen er davon ausging, dass sie im Zusammenhang mit der Entstehung von Krebs stünden.

Diese waren: Tumor Complement (eine Substanz, die aus den Blutgerinnseln von Krebspatienten entwickelt wird). Dieser Faktor, der auch C3 Complement genannt wird, aktiviert dann 2 Tumor-Antikörper (TA1 und TA2). Ein viertes Protein, der Blocking-Protein-Faktor (DPF), entsteht aus dem Blutserum gesunder Blutspender.

Wenn diese 4 Blutproteinkomponenten in einer Balance sind, sollte der Körper nach Angaben von Dr. Burton in der Lage sein, den Krebs selbst zu besiegen. Wenn sie nicht ausgeglichen sind, kann der Körper sich nicht ausreichend verteidigen. Wenn zum Beispiel zuviel des Blocking-Proteins vorhanden ist, werden die Tumor-Antikörper unterdrückt und sind dann nicht mehr in der Lage, Krebszellen zu neutralisieren. Dr. Burton erklärte, dass alle Zellen, wenn sie absterben, ein Blocking-Protein freisetzen, welches weitere Aktivitäten der Tumor-Antikörper verhindert.

Dr. Burton stellte fest, dass wenn er seinen Patienten eine

bestimmte Anzahl dieser Komponenten injizierte, eine Remission bei verschiedenen Krebsarten eingeleitet werden konnte. Selbst bei Krebsarten, die angeblich sehr schnell tödlich enden sollten. Er erklärte aber auch sofort, dass seine Behandlung keine Heilung für Krebs sei. Er verglich es eher mit Insulin für Diabetiker. Sie kontrolliert den Krebs und der Patient kann viele Jahre länger leben.

1966 erstaunte Dr. Burton die onkologische Welt. Bei einem Seminar in Phoenix/Arizona, spritzte er sein Serum in Mäuse mit einem großen Tumor. Innerhalb von 2 Stunden waren die Tumore verschwunden. Im gleichen Jahr wiederholte er dieses Experiment vor den skeptischen Augen der New York Academy of Medicine, deren Mitglieder das Experiment von Phoenix anzweifelten und ihre eigenen Mäuse mitbrachten. Doch auch hier verschwanden die Tumore von 16 Mäusen innerhalb von 2 Stunden.

Obwohl ein Buch der amerikanischen Regierungsbehörde (Office of Technology) über nicht-konventionelle Krebsbehandlungen (Unconventional Cancer Therapies) erklärte, dass das IAT nicht eindeutig Tumorverkleinerungen demonstrieren konnte, akzeptierte es die Ergebnisse einer anderen Studie (die von Dr. Barrie Cassileth von der Universität in North Carolina/USA koordiniert wurde – einem Kritiker der alternativen Krebstherapien und Vertreter der American Cancer Society). In dieser Studie erhielten 79 Patienten mit fortgeschrittenem (metastasierendem) Krebs IAT. 50 Patienten (63 %) überlebten im Durchschnitt 65 Monate (mehr als 5 Jahre nach der Diagnose). Die 29 verstorbenen Patienten überlebten im Durchschnitt 59 Monate (also annähernd 5 Jahre).

Diese Ergebnisse waren deshalb so erstaunlich, weil die normale Überlebenschance für die Mehrzahl dieser Patienten bei 36 Monaten oder darunter lag. Es konnte demzufolge fest-

gestellt werden, dass Dr. Burton's IAT die Überlebenschance im Vergleich zu konventionell behandelten Krebspatienten ungefähr verdoppelte. Eine weitere Studie aus dem Jahr 1977 mit 277 Patienten, die meisten mit einer hoffnungslosen Prognose, zeigte, dass nach 5 Jahren noch 18 % am Leben war. Auch diese Zahl ist sehr erstaunlich, weil die Ein-Jahres-Überlebensrate dieser Patienten weniger als 1 % betrug.

Wie bei fast allen nicht-konventionellen Therapien, unterziehen sich die Patienten in der Regel zuerst anderen konventionellen Behandlungsmethoden und erst bei erfolglosen Resultaten entscheiden sie sich für das IAT. Dr. Burton wusste dies und war trotzdem in der Lage 4 - 6 von 10 Patienten mit einer Verbesserung wieder nach Hause zu senden. Gemäß den Angaben von Dr. Burton erzielte IAT eine Tumorreduzierung oder Totalremission bei 40 - 60% der Patienten, die er behandelte. Besonders gut waren seine Resultate bei Menschen mit fortgeschrittenstem Darmkrebs und bei Mesotheliomen. Gemäß den Standardstatistiken ist die 5-Jahres Überlebenschance bei diesen Krebsarten gleich null.

Dr. Burton berichtete von der erfolgreichen Behandlung von 11 Patienten mit pleuralem Mesotheliom, einer Krebsform (meistens ausgelöst durch Asbest), von der man weiß, dass sie tödlich und nicht heilbar ist. Die American Medical Association war sichtlich beunruhigt über diese Behauptung und ließ sofort verlautbaren, dass es sich deshalb bei IAT um „Quacksalberei“ handeln müsse.

In der IAT Klinik kommen die Patienten jeden Morgen in die Klinik und wohnen extern in Wohnungen oder Hotels. In der Klinik wird ihnen täglich Blut abgenommen und analysiert. Nach der Auswertung wird täglich ein neues Serum ermittelt und erstellt (es wird ein Protein aus dem Serum gesunder Blutspender verwendet, das das Blut des Patienten verbes-

sert/verstärkt). Der Patient verlässt dann die Klinik und verabreicht sich im Laufe des Tages die Injektionen selbst. 6 - 12 Wochen lang werden täglich Injektionen vorgenommen. Danach kann man wieder nach Hause gehen, um dort mit den Injektionen fortzufahren.

Persönliche Meinung: *People against Cancer, die National Foundation for Alternative Medicine, Mitarbeiter des Office for Alternative Health* aus Washington und auch ich waren mehrere Male in Freeport/Bahamas, um Daten von Patienten zu untersuchen. Ohne Zweifel belegen harte Fakten, dass Dr. Lawrence Burton etwas Überraszendes gefunden hat. Leider ist es bis heute so, dass in der Klinik ein ganzheitlicher Ansatzpunkt fehlt und ich würde es mehr als begrüßen, wenn dies eines Tages geschehen würde. Sollten Sie sich also für diese Therapie entscheiden, müssen Sie unbedingt eine ganzheitliche Therapie selbst planen. Bei einem pleuralen Mesotheliom wäre es sicherlich sträflich, diese Therapie nicht zu empfehlen.

Galvano Therapie

Bio-Elektro-Therapie

Obwohl die Krebsbehandlung mit galvanischen Strömen heute in China weitaus mehr verbreitet ist als in Deutschland, so haben wir diese Therapie trotzdem einem Europäer zu verdanken, genauer gesagt Dr. Rudolf Pekar aus Bad Ischl. Pekar war schon bekannt als Patentinhaber zur „Gewinnung von Vakzinen (Impfstoffen) für eine Immuntherapie“ als er entdeckte, dass er mit Gleichstrom Tumorzellen unschädlich machen konnte.

Er begann zuerst Tumore direkt im Körper von Mäusen mit Gleichstrom umzupolen und danach die ersten Patienten zu behandeln. Heute wird diese Therapie sogar in Form einer Elektro-Chemotherapie angewandt, d. h. in Kombination mit Chemotherapie.

Nach Aussage von Dr. Pekar, den ich erstmals im Jahr 2000 persönlich an seinem 88. Geburtstag kennen lernte, hatte er große Erfolge bei malignen Melanomen (Hautkrebs), Mamma-Karzinomen (Brustkrebs), Prostata-Karzinomen, Spinaliomen, Lymphomen und Tumoren im Genitalbereich. Auch dort, wo Tumore direkt auf der Haut aufsitzen, ist statt einer Operation evtl. die Bio-Elektrotherapie zu überlegen.

Bei der Therapie werden zwei Platindrahtelektroden in den Tumor bzw. in umliegendes Gewebe direkt eingeführt oder, wie bei Melanomen, Platinplättchen als Elektroden auf die Haut gelegt. Zwischen beiden Elektroden fließt dann ein

schwacher Gleichstrom, der die Krebszellen im Tumorgewebe umpolt und die Krebszellen sterben lässt.

Hinter dieser Therapie steht die Idee, dass Tumorzellen negativ geladen sind und sie deshalb bei der Behandlung mit Gleichstrom von der positiven Elektrode angezogen werden. Der Strom wirkt jetzt bei jeder einzelnen Zelle des Tumorgewebes direkt an der Zellwand und führt deren Umpolung herbei. Danach können Makrophagen die Krebszellen wieder erkennen, die sich zuvor durch eine negative Überschussladung sozusagen versteckt hielten. Zusätzlich wird das umliegende Gewebe stark sauer (pH-Wert 4 - 5), was die Überlebenschancen von Krebszellen ebenfalls senkt.

Dr. Pekar ist sich jedoch bewusst, dass Krebs ein systemisches Geschehen ist und die Zerstörung eines Tumors nur ein kleiner Teil der Behandlung. Deshalb empfiehlt er seinen Patienten zusätzlich folgende Therapie:

- Kein Fleisch, keine kohlehydrathaltigen Nahrungsmittel, kein Zucker (auch kein sehr süßes Obst). Stattdessen täglich in beliebiger Reihenfolge:
- Quark, vermengt mit Speiseöl (noch besser Leinöl)
- Sauerkraut (roh oder gekocht), Sauerkrautsaft,
- Bierhefe, vermengt mit Joghurt,
- Zitronensaft von 2 Zitronen, in Kräutertee portionsweise getrunken,
- Zwiebel, Knoblauch, Senf,
- Rote-Bete-Saft,
- Mandelkerne, 2 Stück täglich
- A+E Mulsin, 10 - 15 Tropfen täglich
- Vitamin C als Brause-Tablette,
- Selen, Magnesium, Beta-Karotin als Tabletten,
- Jodonorm Tabletten, 3 x wöchentlich 1 Tablette.

Persönliche Meinung: Galvanotherapien sind sicherlich ein interessanter Ansatz zur Tumorzerstörung. Mehr und mehr Ärzte und Heilpraktiker wenden deshalb diese Therapie in Deutschland an. Für mich war sehr aufschlussreich, dass Dr. Pekar vor 20 Jahren seinen Patienten noch zur Operation geraten hat und er als Fazit seiner über 50-jährigen onkologischen Arbeit sagte, dass er heute in den meisten Fällen nicht mehr zu einer Operation raten würde, da er sehr oft sehen konnte, dass vor allem Frauen mit Brustkrebs viel länger lebten, wenn sie sich nicht operieren ließen. (Diesen Standpunkt vertreten inzwischen auch andere Therapeuten).

Govallos VG 1000

Der russische Immunologe Dr. Valentine I. Govallo fand heraus, dass Krebs eine einzigartige Charakteristik hat, die es ihm ermöglicht, Angriffe des menschlichen Immunsystems zu umgehen bzw. zu verhindern. Er entdeckte, dass dieser bestimmte Faktor in der Plazenta, der den Fötus umgibt, vorhanden ist und entwickelte aus dem Blut der Plazenta (das er sofort nach der Geburt eines Menschen entnahm) einen Impfstoff. Er stärkt damit das Immunsystem des Körpers, damit dieser den Krebs und dessen Schutzmechanismen überwältigen kann.

Krebsimmunologen sind schon immer davon ausgegangen, wenn das Immunsystem auf gezielte Weise stimuliert werden kann, diese Stimulierung den Krebs stoppen oder möglicherweise sogar umkehren könnte.

Nach Dr. Govallos Ansicht liegt der Grund darin, dass Krebs eine einzigartige immunologische Charakteristik hat. Aus diesem Grund gelingt es dem Krebs in den meisten Fällen, die Angriffe des menschlichen Immunsystems zu überstehen. Dr. Govallo, der mehr als 250! wissenschaftliche Abhandlungen publizierte und über 20 Bücher schrieb, war der Direktor des Laboratoriums für klinische Immunologie des medizinischen Institutes von Moskau. Er entdeckte im Lauf der Jahre, dass viele Frauen nach Fehlgeburten ein Problem im allgemeinen Abbau des fötalen-plazentalen Immunsystems hatten – verursacht durch Umweltschadstoffe. Dr. Govallos Therapie basiert auf seinem Verständnis, wie der Fötus mit seiner Mutter kommuniziert (auf immunologischer Ebene).

Auch wenn Babys vollständig von ihren Müttern abhängig

sind, so hat auch der Fötus ein primitives Immunsystem mit Merkmalen, die ganz leicht von dem der Mutter abweichen. Das Immunsystem des Fötus und das der Mutter stehen praktisch in einem Wettkampf miteinander. Es klingt fast unglaublich, aber das Immunsystem der Mutter könnte den Fötus als ein Fremdprotein betrachten und ihn eliminieren. Unter normalen Umständen wird der Fötus jedoch nicht abgestoßen, da sein Plazenta-Immunsystem in der Lage ist, das lokale Immunsystem der Mutter zu blockieren oder zu umgehen.

Eine Fehlgeburt entsteht deshalb, weil das Immunsystem der Mutter im Fötus die Antigene des Vaters erkennt. Da ihr Immunsystem davon ausgeht, dass es sich um einen Eindringling handelt, wird der Fötus abgestoßen. Umweltvergiftungen, die in Russland besonders hoch sind, verstärken dieses Problem noch mehr, da das Immunsystem der Mutter verstärkt mit fremden Proteinen und Materialien belastet ist und auf diese Weise der Fötus noch größeren Gefahren ausgesetzt ist. Diese Erkenntnis war für Dr. Govallo ein wichtiger Teil der Lösung des Krebsproblems. Ihm wurde klar, dass genauso wie die Plazenta „Abwehrfaktoren“ herstellt, um zu verhindern, dass das Baby von der Mutter als Fremdkörper abgelehnt wird, genauso könnte auch ein Tumor diese Fähigkeit haben, das Immunsystem zu überlisten, indem er eine Art „immunologischen Schutzmechanismus“ verwendet. Um ein Abstoßen durch das Immunsystem des Trägers zu verhindern, wendet der Tumor also die gleiche Technik an wie der Fötus.

Wissenschaftler wissen heute, dass Tumore „Abwehrfaktoren“ produzieren und dass es sich bei einigen dieser Faktoren um Proteine handelt, die vom Tumor sozusagen abgelegt werden, nachdem er mit dem Immunsystem des „Gastgebers“ in Verbindung kommt. Zum Beispiel kann eine Form des Tumorproteins die Aktivitäten der Natürlichen-Killerzellen (NKZ) ab-

schalten. Bei der Absonderung dieser Abwehrfaktoren handelt es sich um einen Mechanismus, bei dem Tumorzellen sich einen Vorteil gegenüber den Anti-Tumorreaktionen des „Gastgebers“ verschaffen. Dadurch sind die Tumorzellen in der Lage, die Gegenangriffe des Immunsystems abzuwehren.

Der Krebs hat somit einen Weg gefunden, das Immunsystem des „Gastgebers“ abzuschalten, sozusagen wie ein Einbrecher die Alarmanlage des Hauses ausschaltet. Das könnte der Grund für die biologische Überlebensfähigkeit des Tumors sein. Wenn es gelingt, das immunologische Schutzschild des Krebses zu durchbrechen, dann sollte der Körper auch in der Lage sein, das Wachstum des Tumors zu neutralisieren oder ihn sogar zu zerstören.

Die gesunde menschliche Plazenta enthält Faktoren, die in der Lage sind, das Abwehrsystem bösartiger Zellen zu unterdrücken. Der von Dr. Govallo aus der Plazenta hergestellte Impfstoff ermöglicht es sozusagen, den Tumor zu entdecken. Govallos Impfstoff wird sofort nach der Geburt eines Menschen aus dem Plazentagewebe hergestellt. Es werden die aktivsten Teile des Plazentaextrakts verwendet, um den schützenden Abwehrfaktor (der vom Primärtumor produziert wird) zu neutralisieren. Aus diesem Grund nennt man seine Behandlung auch IPT (Immuno-Plazental-Therapie). Richtig bekannt wurde der Impfstoff jedoch als VG 1000.

Dr. Govallo weist jeden Patienten und behandelnden Arzt darauf hin, dass wenn der Tumor zu schnell zerstört wird, große Mengen an Giftstoffen im Körper freigesetzt werden, die dann wiederum in der Lage sind, den Patienten zu töten. Dies wird auch als *Tumor-Lysis-Syndrom* bezeichnet. Die abgetöteten Tumorzellen werden im Blut und in die Lymphbahnen aufgenommen und müssen vom Körper eliminiert werden. Dies kann jedoch die Entgiftungskapazität des Körpers überlasten.

Aus diesem Grund muss der Körper ausreichend mit Nährstoffen versorgt werden, um seine Entgiftungskapazitäten zu verbessern. In einer Studie mit fortgeschrittenem Krebs hatte VG 1000 nach 5 Jahren eine Überlebensrate von 77 %, im Vergleich zu einer 6 %igen Überlebensrate auf Basis anderer immunotherapeutischer Vorgehensweisen. Die Lebensqualität verbesserte sich bei allen Patienten, die VG 1000 einnahmen.

Ärzte der Duke Universität in den USA beobachteten eine 50 %ige Überlebensrate über eine Periode von 7 - 32 Monaten, nachdem 25 Leukämiepatienten (hauptsächlich Kinder) eine Plazenta-Blutinfusion erhielten. Auch wenn alle 25 Patienten Knochenmark benötigten, um Stammzellen zu ersetzen, so ergab sich durch die Verwendung des Plazentablutes eine bessere Überlebensrate im Vergleich zu einer Standard-Knochenmark-Transplantation. Durch VG 1000 passten Empfänger und Spender besser zueinander (New England Journal of Medicine – Juli 1996).

Persönliche Meinung: Mitarbeiter von *People against Cancer* waren mehrmals mit amerikanischen Patienten in Moskau bei Dr. Govallo um VG 1000 zu erhalten. Ich selbst kenne den großartigen Fall eines Mannes, der schon einen Termin zur Operation eines Blasenkrebses hatte und 8 Tage davor eine VG 1000 Spritze erhielt. Am Tage der Operation war kein Tumor festzustellen.

Ohne Zweifel sprechen harte Fakten für Govallos Therapie und VG 1000 stellt vor allem nach einer Operation eine Option dar. Die ursprüngliche Therapie von Dr. Govallo bestand nur aus 2 - 3 Injektionen. Der heutige Hersteller empfiehlt VG 1000 über eine längere Zeit zu injizieren und außerdem wurde das Herstellungsverfahren verändert. Inwieweit dies Auswirkungen auf die Effektivität hat, kann ich nicht bewerten.

Laetril

Laetril, auch Amygdalin oder Vitamin B17 genannt, ist ein Nitrilosid und hat in den 70er Jahren in Amerika für Aufruhr gesorgt. Ein Wirkstoff, der besonders in den Kernen von Aprikosen oder Äpfeln vorkommt, wurde als Anti-Krebsmittel so bekannt, dass zuerst das Sloan Kettering Center in New York und danach sogar die Mayo Klinik in Rochester eigene Studien durchführten.

„Natürlich“ mit dem Ergebnis, dass die überaus positiven Studien des Biochemikers Dr. Kanematsu Sugiura, in denen er nachweisen konnte, dass Laetril vor allem das Wachstum kleiner Tumore stoppen konnte, nicht stimmen können. Auch Rubin wies nach, dass Patienten mit Brust- oder Knochenkrebs länger lebten.

Erst viel später kam heraus, dass in der Studie der Mayo Klinik das fast inaktive Isoamygdalin benutzt wurde. Die meisten Patienten hatten schon Chemotherapie und Bestrahlung erfolglos hinter sich gebracht und nachdem bei ca. 70 % aller Patienten innerhalb von 3 Wochen trotz der fortgeschrittenen Krankheit eine Stabilisierung eintrat, wurde die Behandlung auf orales anstatt intravenöses Laetril geändert.

Dies ist mal wieder ein schönes Beispiel dafür, wie man mit jedem Medikament der Welt ein positives oder negatives Studienergebnis erzeugen kann. In Deutschland ist Laetril seit dem Tod des berühmten Krebsarztes Dr. Nieper, der so bekannte Menschen wie Caroline von Monaco oder John Wayne

behandelte, leider wieder in Vergessenheit geraten. Das derzeitige Laetril-Zentrum ist die Contreras Klinik in Tijuana, in der Laetril seit über 25 Jahren eingesetzt wird.

Die Entdeckung von Laetril haben wir Dr. Ernest Krebs zu verdanken. Seine Theorie war, dass Trophoblasten (Zellen, die sich am Anfang der Befruchtung entwickeln), die normalerweise durch das Enzym Chemotrypsin zerstört werden, überleben und Jahre später Tumore entwickeln können, sobald die Bauchspeicheldrüse nicht mehr richtig arbeitet. Laetril besteht aus 2 Glukose-Molekülen, einem Benzaldehyd und einem Zyanid-Radikal. Die Zuckermoleküle werden im Körper durch Glukuronsäure ersetzt. Dieser Vorgang hat negative Auswirkungen auf Krebszellen, jedoch nicht auf gesunde Zellen, weil das Enzym Glukuronidase, das sehr konzentriert in Krebszellen vorkommt, die Glukuronsäure aufspaltet und dadurch das Benzaldehyd dann Zyanid verliert, welches Krebszellen tötet.

Gesunde Zellen besitzen im Gegensatz zu Krebszellen außerdem auch noch das Enzym Rhodanase, das jedem freien Zyanid ein Schwefelatom hinzufügt, um so das harmlose Thiozyanat zu bilden. Obwohl es weitere Studien von Tatsamura (1987) oder Kochi (1985) gibt, die den positiven Effekt von Benzaldehyd auf Krebszellen belegen, ist Laetril inzwischen ein schon fast vergessenes Krebsmedikament.

Persönliche Meinung: Während meines einwöchigen Aufenthaltes in der Contreras Klinik in Mexiko, hatte ich Gelegenheit mit vielen Patienten und Ärzten zu sprechen, die gute Erfahrungen mit Laetril gemacht haben. Sicherlich gehört es in die Hände eines erfahrenen Arztes. Leider gibt es von diesen nur noch wenige und es sieht so aus, als ob Laetril in wenigen Jahren aus der Onkologie verschwinden würde.

Transfer Faktoren

Dr. Giancarlo Pizza aus Bologna behandelt seit ca. 25 Jahren Krebskranke mit einer von seinem Institut entwickelten Immuntherapie, die verschiedene Zytokine enthält. Seine Erfolge sind sehr gut bei metastasierendem Nierenkrebs, großzelligem Lungenkrebs, Rezidiven bei Blasenkrebs und bei metastasierendem Prostatakrebs. Grundsätzlich ist die Therapie jedoch auch bei allen anderen Krebsarten vielversprechend. Seit April 2001 läuft außerdem eine Studie gemeinsam mit amerikanischen Universitäten, um die erfolgreichen Daten von Dr. Pizza zu sammeln.

Dr. Pizza hat im Juni 2000 in einem Vortrag die Ergebnisse seiner Untersuchungen dem US-Kongress in Washington D. C. vorgestellt, bei dem ich ebenfalls persönlich anwesend war. Ich habe auch Unterlagen in Bologna untersucht und kann die von Dr. Pizza veröffentlichten Daten bestätigen.

Entstehung und Merkmale:

Bei Forschungen des urologischen Department für Immunodiagnostik und Immunbiology am Orsola-Malpighi Hospital in Bologna/Italien entdeckte man eine Möglichkeit zur Produktion sogenannter spezieller Transferfaktoren, die aus menschlichem Blut hergestellt werden. Diese Transferfaktoren werden derzeit ausschließlich in Bologna hergestellt und dürfen nur unter Kontrolle des italienischen Gesundheitsministe-

riums angewandt werden. Parallel hierzu benützt Dr. Pizza Interleukin-2, Interferon und in vitro produzierte humane Antikörper, um das Immunsystem zu stabilisieren und/oder zu verbessern.

Behandlungsablauf:

Leider darf Dr. Pizza seine fast komplett nebenwirkungsfreie Therapie nur in Bologna anwenden und diese nicht ins Ausland senden. Aus diesem Grund muss man für die erste Injektion nach Italien reisen. Dort bekommt man dann in der Regel die beiden Spritzen für die nächsten 2 Monate (1 x per Monat). Die Kosten werden individuell bestimmt, liegen jedoch für einen 3 - 4-tägigen Aufenthalt inklusive Blutentnahme, LAK (Lymphokin-aktivierte Killer-Zellen)-Produktion, IHL-2-inhalation und intralymphatische Punktion von IL2 und LAK PLUS Transfer Faktoren für 2 Monate Therapie zwischen 1.000 und 2.000.

Persönliche Meinung:

Ich kenne Dr. Pizza jetzt seit vielen Jahren persönlich und nicht nur ich habe seine Arbeiten mehrmals überprüft. Vor allem bei Nierenkrebs hat er sehr gute Daten vorzuweisen. Ich würde seine Therapie sehr gerne in eine ganzheitliche Therapie integriert sehen, doch leider ist dies aus politischen Gründen derzeit noch nicht möglich.

Gonzales Therapie

Dr. Nicholas Gonzales lernte sein Therapie-Programm von Dr. William Kelley, der nach eigenen Angaben selbst Pankreas-krebs hatte und sich mit seiner Therapie heilte. Dr. Kelley wurde durch seine Fälle berühmt und Dr. Gonzales untersuchte 1981 als erster dessen Fälle ausführlich. Am Ende untersuchte er in 5 Jahren über 1.300 Fälle und interviewte 450 Patienten, alle mit Pankreaskrebs. Diese Arbeit veröffentlichte er in seinem 300 Seiten starken Band mit dem Titel: *One Man Only*.

Die Ergebnisse, die er vorfand, waren für ihn so überzeugend, dass er sehr bald selbst damit begann, seine Patienten mit Dr. Kelleys Therapie zu behandeln. Genauso wie auch andere Ärzte wie z. B. Dr. Krebs, war auch Dr. Kelley der Überzeugung, dass unser Immunsystem nicht der erste Abwehrmechanismus von Krebszellen ist. Aus diesem Grund verschrieb er seinen Patienten große Mengen an Enzymen, die normalerweise vom Pankreas produziert werden.

Dr. Gonzales wurde jahrelang von verschiedenen Seiten angegriffen, verklagt, belächelt und als Verbrecher dargestellt. Doch dann kam der Tag als das NIH (National Institut for Health) der Vereinigten Staaten Dr. Gonzales 1999 über 1, 4 Millionen US\$ zur Verfügung stellte, um seine Therapie mit anderen Pankreaskrebstherapien zu vergleichen. Ab diesem Tag betrachtete man ihn wieder als etabliert, weil natürlich jeder wusste, das er dieses Geld nur deshalb bekam, weil er bessere Erfolge vorzuweisen hatte als die Schulmedizin. Viel-

leicht war es aber auch die zuvor veröffentlichte Studie, die aufzeigte, dass von 126 Pankreaspatienten, die mit Chemotherapie behandelt wurden, nach 19 Monaten alle 126 Patienten tot waren – im Gegensatz zu den Patienten von Dr. Gonzales.

Die Gonzales Therapie besteht aus bis zu 150 Kapseln Vitaminen, Enzymen und Mineralien pro Tag! bzw. aus mindestens zwei Kaffeeinläufen und einem Getränk aus schwarzer Walnuss. Die übliche „Kost“ besteht aus vegetarischen Mahlzeiten und in manchen Fällen auch aus Fleisch, weil er fest daran glaubt, dass manche Menschen Fleisch benötigen.

Persönliche Meinung: Dr. Gonzales hat mit seiner Therapie bewiesen, dass man Pankreaskrebs sehr wohl anders und erfolgreicher behandeln kann als mit Chemotherapie. Leider gibt es ein enorm großes Interesse daran, seine Therapie so klein wie möglich zu halten und deshalb wird ihm sehr genau vorgeschrieben, welche Patienten er in Amerika behandeln darf und welche nicht. Für deutsche Patienten ist es sehr schwer in den Genuss seiner Behandlung zu kommen. Eine Alternative stellt hier jedoch die NutriTherapie dar, die ebenfalls auf die Arbeiten von Dr. Kelley zurück geht und in Deutschland erhältlich ist.

Patienten mit Pankreaskrebs müssen sich mit dieser Therapie bzw. der NutriTherapie auseinandersetzen, weil es leider nicht sehr viele Ärzte gibt, die Erfolge bei Pankreaskrebs aufweisen können.

Erfolgreiche Krebstherapien

Gruppe 2

Alloplant

Eines der größten Projekte der medizinischen Geschichte Russlands war vielleicht das Projekt ALP. Hinter diesem Namen steht die ehemalige Angst Russlands vor einem dritten Weltkrieg und die damit verbundenen Folgen für Russland. Man war sich klar, dass ein solches Inferno viele schwerverletzte Menschen hinterlassen würde und deshalb wurde vor vielen Jahren ein Team der besten Forscher Russlands unter der Leitung von Prof. Muldashev nach Sibirien „verfrachtet“, um dort Medikamente gegen schwerste Verbrennungen und Verletzungen zu entwickeln. Da in Russland die Forschung mit menschlichen Zellen schon seit langem Tradition hat, begann man sofort diese Forschungen zu intensivieren und nach wenigen Jahren war man in der Lage, aus humanen Zellen sozusagen eine zweite Haut für Verbrennungsoffer herzustellen. Sehr schnell fand man heraus, dass diese Zellen jedoch auch bei Krebs sehr erfolgreich eingesetzt werden können. Die westliche Welt erfuhr von dieser „Erfindung“ erst vor wenigen Jahren, als Russland versuchte, das Material, das heute vor allem in der Augenchirurgie eingesetzt wird, an westliche Länder zu verkaufen. Da (und nicht obwohl!) man Zehntausende von Patienten erfolgreich behandelt hatte, wurde der Verkauf dieser Zellen bis zum heutigen Tag erfolgreich bekämpft. Wenn man bedenkt, dass Tausende von Menschen allein in Deutschland jedes Jahr durch Makuladegenerationen erblinden (und Alloplant eine sichere Therapie darstellt) und Einsatzgebiete wie Melanome oder Leberkrebs außerdem sofort denkbar wä-

ren, ganz zu schweigen von zusätzlichen Forschungen, dann bin selbst ich wieder einmal geschockt, was alles unternommen wird, damit kranke Menschen nichts von erfolgreichen Therapien erfahren bzw. ihnen diese Therapien verwehrt werden. In einer veröffentlichten Studie bekamen z. B. insgesamt 892 Patienten mit Hautkrebs Alloplant, hiervon wurden 798 kontrolliert und 89 % mit Erfolg behandelt (Beobachtungszeitraum 1 - 15 Jahre.)

Persönliche Meinung: Da es sehr aufwändig ist, an dieses Material zu kommen und es zu wenige Studien gibt, würde ich es zurzeit nicht jedermann empfehlen. Bei einer Makuladegeneration würde ich es jedoch meinem besten Freund empfehlen. Auch der Einsatz bei therapieresistenten Melanomen ist absolut denkbar.

Breuß Kost

Rudolf Breuß war ein Heilkundiger aus Bludenz in Österreich, der es wagte, sich gegen die damalige Meinung zu stellen, dass Krebskranke nicht fasten dürfen. Während seine „Lehrer“ wie Dr. Otto Buchinger sich vehement für das 21-Tage-Fasten einsetzten, war er der Meinung, dass die üblichen 21 Tage viel zu kurz seien und Patienten 42 Tage fasten sollten. Die Idee dahinter ist, dass der Körper bei längerem Fasten all das ausscheidet, was nicht in den Körper gehört – also auch Tumore. Breuß erzählte immer wieder, dass er über 1.000 Krebskranke und viele tausend andere schwerkranke Personen geheilt hätte.

Ich kann Breuß Angaben nicht bestätigen, da ich zu wenige Patienten von ihm kenne. Andererseits begegne ich in meiner täglichen Arbeit immer wieder Menschen, die nach Breuß gefastet haben und mir wahre Wunderdinge erzählen. Ich nehme diese zuerst einmal ernst und behaupte nicht, dass all die vielen Menschen, die diese Therapie in höchsten Tönen loben, Lügner wären. Persönlich glaube ich zwar nicht an die Theorie eines Aushungerns von Krebs, muss aber trotzdem sagen, dass es immer und immer wieder äußerst positive Patientenberichte gibt und darunter sind auch Heilungen von Krebs.

Krebskur Total nach Rudolf Breuß

Zutaten für eine frisch gepresste Saftmischung von 500 ml am Tag:

3/5 Rote Rübe – Rote Bete (300g)
1/5 gelbe Rüben – Karotten (100g)
1/5 Sellerieknollen (100g)

Dazu kommt noch ein wenig Rettich und eine hühnereigroße Kartoffel. Sämtliche Gemüse werden durch den Entsafter gepresst und der Saft durch ein feines Teesieb oder Leinentuch.

Morgens nach dem Aufstehen eine 1/2 Tasse Nierentee langsam trinken. 30 - 60 Minuten später 1 - 2 Tassen warmen Salbeitee mit Johanneskraut, Pfefferminze und Melisse trinken. 30 - 60 Minuten später ein kleines Schlückchen Gemüsesaft nehmen und nicht gleich schlucken, sondern gut einspeicheln! 15 - 30 Minuten später wieder ein kleines Schlückchen nehmen und das Ganze bis zu fünfzehn Mal wiederholen.

Mittags eine 1/2 Tasse Nierentee kalt trinken und je nachdem wie man sich fühlt, ein kleines Schlückchen Gemüsesaft zu jeder Zeit.

Vor dem Schlafen nochmals Nierentee, jedoch nur die ersten drei Wochen. Eine komplette Anleitung gibt es in dem Buch: *Krebs, Leukämie und andere scheinbar unheilbare Krankheiten – mit natürlichen Mitteln heilbar.*

Persönliche Meinung: Breuß beachtet mit seiner Therapie natürlich zuerst einmal den obersten Grundsatz der alten Medizin, nämlich dem Patienten nicht zu schaden. Energetisch gesehen, hilft er zu Beginn seiner 42 Tage sicherlich den Patienten. Über den gesamten Zeitraum bin ich mir nicht sicher, zumindest kann dies für manche Patienten ein erhebliches Problem darstellen. Die Aushungerungstheorie ist ein interessanter Ansatz, auch wenn ich persönlich nicht dahinterstehen kann.

Di Bella Protokoll

Prof. Luigi Di Bella wurde 1912 geboren und war Chirurg. Seit Mitte der 60er Jahre arbeitete er an seiner neuen Krebstherapie. Er hielt in verschiedenen italienischen Städten zahlreiche Konferenzen ab, in denen er die Ideen seiner Therapiemethoden für Blut- und Tumorerkrankungen darlegte, die er seit 1966 an mehr als zehntausend Patienten anwandte. Bekannt wurde diese Therapie durch eine Fernsehdebatte mit der italienischen Gesundheitsministerin Bindi.

Die Komponenten von Di Bellas Therapie:

Hochdosiertes Multivitamin-Präparat

Dieses Präparat ist eine spezielle Zusammenstellung der Vitamine A (sowohl in reiner Form, als auch als Retinsäure), E und C sowie Betacarotin.

Somatostatin

Bei Somatostatin handelt es sich um ein sogenanntes Releasing-Hormon, das die Synthese des somatotropen Hormons (STH) in der Hypophyse hemmt. STH, auch als Somatotropin bekannt, ist ein Wachstumshormon. Bei Krebserkrankungen ist STH für den Wachstumsimpuls bei Krebszellen mitverantwortlich. Die Verbindung zwischen STH und Krebs sieht Di Bella dadurch verdeutlicht, dass z. B. Kinder, die mit Wachs-

tumshormonen behandelt wurden, später vermehrt an Krebs erkranken.

Melatonin

Um den Resorptionsgrad, sowie die biologische Verfügbarkeit des Melatonins zu erhöhen, wird es mit Adenosin und Glyzin vermischt. Dadurch wird es nicht nur wasserlöslich und leichter resorbierbar, sondern auch der Transport über die Blutbahnen wird speziell gefördert.

Matrix

Ein Mukopolysaccharid (Glycosaminoglykan), eine hochpolymere Verbindung aus Aminosackern, die besonders im Bindegewebe vorkommt. Im Di Bella Cocktail fällt Matrix die Aufgabe zu, die Synthese körpereigenen Cortisons zu steigern.

A.T. 10

Auch dieses Präparat hat die Aufgabe, die Nebennieren zu einer erhöhten Produktion von körpereigenem Cortison zu stimulieren. A.T. 10 wird tropfenweise oral eingenommen.

Kalzium

Nach dem Di Bella Protokoll wird dem Patienten täglich Kalzium (2000 mg) verabreicht.

Vitamin C

Zusätzlich zu dem oben aufgelisteten Multivitaminpräparat sieht das Di Bella Protokoll die Verabreichung von 5 Gramm reinem Vitamin C pro Tag vor.

Parlodel 2.5mg

Der Hauptwirkstoff dieses Präparates ist Bromocriptin, das im

Di Bella Cocktail die Hemmung der Prolaktinsynthese übernimmt. Als Dopaminagonist mit Wirkung auf das Zentralnervensystem wird Bromocriptin auch bei Parkinson angewandt. Bei der Di Bella Therapie soll Bromocriptin in engem Verbund mit dem Somatostatin zur Hemmung unerwünschten Zellwachstums beitragen..

Glucosamin

Glucosamin ist ein Kohlenhydrat und spezieller Grundnahrungsstoff, der im menschlichen Organismus als wichtige Gerüstsubstanz verwendet wird.

Endoxan

Der Hauptwirkstoff dieses Präparates ist Cyclophosphamid, ein starkes Zytostatikum. Endoxan wird in der Di Bella Therapie in Tablettenform gegeben.

Synacthen

Synacthen ist ein Polypeptid mit hoher corticotroper Wirkung, ähnlich dem ACTH. Da es die Eiweißsynthese hemmt, fördert es den Eiweiß-Abbaustoffwechsel und soll dadurch unkontrolliertes Zellwachstum blockieren.

Persönliche Meinung: Vieles, was Di Bella erklärt, macht Sinn, und ohne seine Person wäre das Thema unkonventionelle Krebstherapie in Italien niemals ins Fernsehen gekommen. Was ich jedoch nicht akzeptieren kann, ist der grundsätzliche Einsatz von Endoxan (Cyclophosphamid). Diese Chemotherapie kann nämlich den ganzen Prozess der von ihm beschriebenen Therapie stören. Des Weiteren sagen Schulmediziner zu Recht, dass alle Erfolge von Di Bella natürlich durch den Einsatz von Endoxan zustande kommen. Schon 1999 besuchte

ein Team von *People against Cancer* Di Bella in Italien und es war interessant zu hören, dass er nicht glaubt, dass Krebs ein Problem des Immunsystems wäre. Nach Aussage von Frank Wiewel, Präsident von *People against Cancer* in den USA, ist (war) Di Bella ein sehr engagierter Arzt, der seinen Patienten immer Hoffnung machte. Für mich stellt sich natürlich die Frage, ob seine Erfolge wegen oder trotz des Endoxans zustande kamen.

Dries Kost

1997 traf ich Jan Dries erstmals persönlich bei einer Krebskonferenz in London, wo er einen Vortrag über seine Ernährungstherapie hielt. Diese besteht hauptsächlich daraus, bestimmte Nahrungsgruppen in 7 verschiedene Gruppen zu unterteilen und diese nach einem bestimmten Schema zu mixen.

Dabei spielen Rohkost bzw. Früchte aus heißeren Ländern eine bedeutende Rolle, da es nach Jan Dries bei der Ernährung vor allem darauf ankommt, wie viel Biophotonen wir zu uns nehmen. Anders ausgedrückt sagt er, dass es nicht auf Kalorien ankommt, sondern ob wir genügend Licht aufnehmen oder nicht. Nach seiner Theorie wird Materie in unserem Körper durch Licht aufgebaut, und auch eine perfekte Zellkommunikation kann nur dann stattfinden, wenn genügend Licht im Körper ist, aufgenommen durch das Tageslicht und durch die Nahrung.

Ich schließe mich dieser Meinung absolut an, denn auch andere Forscher wie z. B. Dr. Budwig haben ausführlich über diesen Aspekt der Ernährung bzw. des Lichtes berichtet. Nach Dries kann man Lebensmittel in folgende nach Biophotone geordnete Gruppen einteilen:

Gruppe I

Ananas, Avocado, Himbeere, Blatthonigmelone, Pollen, Wabenhonig.

Gruppe II

Heidelbeere, Kiwi, Kirsche, Persimone, Aprikose, Melone, Mangopflaume, Papaya, Mandeln, Pilze, Honig.

Gruppe III

Rote und schwarze Johannisbeere, Erdbeere, Lychee-, Passionsfrucht, Rote und Grüne Trauben, Pfirsich, Sonnenblumensamen, Kürbiskerne, Weizen, Sprösslinge, flüssige Bierhefe.

Gruppe IV

Banane, Stachelbeere, grüne Melonen, Paranuss, Kokosnuss, Gemüse, Milchprodukte.

Gruppe V

Orange, Mandarine, Apfel, Birne, Pflaume und Pampelmuse (diese Früchte werden als Ergänzungen angesehen).

Gruppe VI

Diese Gruppe besteht hauptsächlich aus verschiedenem Gemüse.

Gruppe VII

Avocado, Nüsse und Samen aller Art sind die besten Lieferanten von Fett, weil sie Fett in einer organischen Struktur enthalten.

Wer noch mehr hierüber wissen möchte, dem empfehle ich das Buch: *Lebensmittel richtig kombinieren*. ISBN 3-926453-89-3. In Englisch ist außerdem das für Krebspatienten interessantere Buch: *The Dries Cancer Diet* – ISBN: 1862040923 erhältlich.

Persönliche Meinung: Ich habe 2 Patienten von Herrn Dries persönlich kennen gelernt, die sagten, dass Sie ihm ihr Leben zu verdanken hätten. Leider liegen mir keine aussagekräftigen Daten vor, so dass ich nicht sehr viel über die Dries Diät sagen kann. Jedoch gefallen mir seine Ansätze über die Wichtigkeit von Licht sehr gut.

Hulda Clark

Immer wieder erkundigen sich Krebspatienten in unserer Geschäftsstelle bei *Menschen gegen Krebs* über Hulda Clark, da sie in ihren Büchern angibt, jeden Krebs heilen zu können. Dies soll dadurch geschehen, dass ein Parasit (*Fasciolopsis buski*), der im Darm von Krebspatienten sein Unwesen treiben soll, durch eine Diät, Entgiftungsmaßnahmen (vermeiden von Propylalkohol) und durch so genannte Zapper, zerstört wird. Ein Zapper ist ein kleines Gerät, das verschiedene Frequenzen aussendet und in der Lage sein soll, den Parasit bzw. Viren und Bakterien zu zerstören. Der Ansatzpunkt, über Frequenzen einen positiven Einfluss bewirken zu können, ist sicherlich richtig und es ist Hulda Clark zu verdanken, dass dieser Ansatz überhaupt erneut in die breite Diskussion kam. Leider haben jedoch Untersuchungen auf der ganzen Welt gezeigt, dass dieser Parasit so gut wie nie vorkommt. Meines Wissens nach testen die meisten Anwender, die diesen Parasit durch einen Zapper zerstören wollen, gar nicht, ob dieser denn überhaupt beim Patienten anwesend ist. 1987 hat z. B. die NCID in Amerika 216.275 Menschen auf diesen Parasit untersucht und gerade mal bei einem! Menschen den *Fasciolopsis buski* gefunden. Ähnliche Untersuchungen gab es auch in China, Taiwan und Indonesien, immer mit dem gleichen vernichtenden Ergebnis.

Persönliche Meinung: Wenn ich vom Zapper und der manchmal etwas „selbstgerecht“ geschriebenen Theorie von Frau Clark absehe, dann ist die Clarksche Therapie allein

schon wegen der umfassenden Entgiftungsmaßnahmen (Zahnsanierung, Vermeiden vieler Giftstoffe, Ausleiten von Giftstoffen ...) und den Ernährungsempfehlungen eine gute Therapie und muss deswegen Erfolge hervorbringen. Ich bin jedoch ein absoluter Gegner davon, Krebskranken zu erzählen, sie sollen einfach: „3 x 7 Minuten zappen und sie seien geheilt“ wie ich leider immer wieder von Patienten zu hören bekomme. Auch die Parasitentheorie ist bei weitem nicht bewiesen, was aber nicht bedeuten muss, dass sie grundsätzlich falsch ist. Ob es jedoch immer der Fasciolopsis buski ist, wage ich doch sehr zu bezweifeln. Dass Parasiten jedoch eine Rolle bei Krebs spielen können, halte ich durchaus für möglich und sollte nicht einfach als Spinnerei abgetan werden. Hierbei stellt sich natürlich auch die logische Frage, ob der Parasit der Auslöser oder das Ergebnis des Krebsgeschehens ist. Für mich ist diese Frage absolut nicht geklärt.

Leider habe ich bis heute keine Daten, die Clarks Theorie beweisen, obwohl Frau Clark der *National Foundation for Alternative Medicine* in Washington schon im Frühjahr 2000 versprach, diese Daten zur Verfügung zu stellen. Auch ich hatte im Jahr 2000 in Deutschland die Anhänger von Frau Clark aufgerufen, mir Daten zur Verfügung zu stellen, leider ohne auswertbare Resonanz in Bezug auf Best Cases (beste Fälle). Wer jedoch in der Lage ist, Bücher und Theorien kritisch zu lesen, kann bei Frau Clark gute Ansätze finden.

Hoxsey Therapie

Die Hoxsey Therapie besteht aus einer im 19. Jahrhundert entwickelten Kräutertinktur, die Harry Hoxsey seit ca. 1920 zur Behandlung von Krebspatienten verwendet hat. Es fing alles 1840 auf einer Pferdefarm in Illinois/USA an. Wie es heißt, hatte John Hoxsey, der Urgroßvater von Harry Hoxsey, der die Pferdezucht leitete, ein Pferd, das an Krebs erkrankt war. Das Pferd wurde zum Sterben auf eine Koppel geführt. Nach 3 Wochen stellte John Hoxsey fest, dass sich der Tumor im Pferd stabilisiert hatte. Er beobachtete, dass das Pferd ungewöhnliche Pflanzen fraß. Innerhalb eines Jahr hatte das Pferd sich total erholt.

John Hoxsey begann mit den Kräutern an Tieren zu experimentieren und war damit sehr erfolgreich. Die Formel wurde innerhalb der Familie weitergereicht und der Vater von Harry Hoxsey war der erste, der die Formel an Menschen anwandte. Harry Hoxsey öffnete seine erste Klinik 1924 in Illinois/USA und wurde sofort zur Zielscheibe der Schulmedizin. Ein erbitterter Kampf brach zwischen den beiden Lagern aus und Hoxsey sah sich letztendlich gezwungen, nach Dallas zu gehen. Hoxsey wurde als größter Quacksalber des Jahrhunderts bezeichnet. Seine Anhänger nannten ihn jedoch einen wirkungsvollen Heiler, der durch das Establishment verfolgt wurde.

Trotz der Schikanierungen war seine Klinik in den 50er Jahren, in Dallas/Texas, das größte in privater Hand befindliche Krebszentrum der Welt. Er hatte insgesamt 14 Kliniken in verschiedenen Bundesstaaten der USA. Seine Behandlung hatte

die Unterstützung von Senatoren, Richtern und von einigen Ärzten. Durch zwei Gerichtsbeschlüsse wurde der therapeutische Wert seiner Behandlung bestätigt.

Harry Hoxsey lud die Amerikanische Medizinische Vereinigung (AMA) und Arzneimittelbehörde (FDA) ein, seine Therapie zu untersuchen und zu bewerten. Die AMA und FDA lehnten diese Einladungen ab, selbst nachdem Hoxsey sich bereit erklärte, die Kosten für solch eine Studie selbst zu tragen. Alle in der Hoxsey Tinktur vorhandenen Kräuter werden in dem Buch des Chemikers Jonathan L. Hartwell (*Plants used against Cancer*) als Pflanzen gelistet, die bei der Bekämpfung von Krebs eingesetzt werden. Jonathan Hartwell war früher übrigens beim amerikanischen nationalen Krebsinstitut (NCI) tätig.

Ein Buch des New Yorker *Man's Magazines* berichtete im August 1954 in einer 100 Seiten umfassenden Dokumentation über die Effektivität der Hoxsey Therapie (zu diesem Zeitpunkt hatte Hoxsey bereits mehr als 12.000 Patienten). In dieser Zeit besuchte auch eine Gruppe von 10 Ärzten die Hoxsey Klinik in Dallas, um die Hoxsey Therapie persönlich zu untersuchen. Sie kamen zu folgendem Ergebnis: „Wir konnten feststellen, dass die Untersuchungen zu unserer Zufriedenheit gezeigt haben, dass die Hoxsey Klinik erfolgreich pathologisch bewiesene Fälle ohne die Hilfe von operativen Eingriffen, Radium oder Bestrahlung behandelt hat.“

Das AMA Laboratorium analysierte 1954 die Hoxsey Tinktur und kam zu folgender Analyse. Der Primärwirkstoff ist Kalium-Jodid (der 3/5 der gesamten Tinktur ausmacht). Des Weiteren enthält es roten Klee (*Trifolium pratense*), Kreuzdorn-Rinde (*Rhamnus purshianus*), Kletten-Wurzeln (*Arctium lappa*, von dem man weiß, dass es antimutagene Eigenschaften hat), Queens-root/*Stillingia*-Wurzeln (*Stillingia sylvatica*), Sauerdorn-Rinde (*Berberis vulgaris*), Chaparral (*larrea triden-*

tata), Süßholz – Wurzel (*Glycyrrhiza glabra*), Cascara amarga (*Picramnia antidesma*) und Eschenholz-Rinde (*Zanthoxylum americanum*).

In einer Vielzahl von Untersuchungen konnte die biologische Aktivität verschiedener Substanzen aus der Hoxsey-Mischung beweisen, dass diese Antitumoreigenschaften besitzen. Harry Hoxsey starb 1974 im Alter von 73 Jahren (als die in der amerikanischen medizinischen Geschichte am meisten verhaftete Person – selbst wenn er jede Gerichtsverhandlung gewann). Hoxsey gab seine Formel an seine langjährige Mitarbeiterin und ehemalige Krankenschwester Mildred Nelson (die Hoxsey 1946 kennen lernte) weiter. Sie behandelte ab 1963 Krebskranke mit der Hoxsey Therapie in der Bio Medical Klinik in Tijuana/Mexiko. Mildred Nelson starb leider 1999. Die Hoxsey Therapie, wie sie heute in der Bio Medical Klinik in Tijuana praktiziert wird, besteht aus der Hoxsey Kräutermischung (für die interne Behandlung und spezielle Pasten für die externe Behandlung), die kombiniert wird mit einer speziellen Ernährung: Hefetabletten, Vitaminen, Knoblauch, Thymusdrüsenextrakten, Leber, SOD, D.M.S.O., Schultes Arznei, BCG (Tuberkulose Impfstoff), Haifischknorpel und Hormonen. Bei meinem Besuch in der Bio Medical Klinik in Mexiko fiel mir außerdem auf, dass es in der Klinik fast keine Türen gibt, damit die „Energie fließen kann“.

Persönliche Meinung: Die mir vorliegenden Daten sind mir nicht genug, um diese Therapie als Ersttherapie empfehlen zu können. Vielleicht liegt dies aber nicht am Erfolg von Hoxsey, sondern nur an den nicht vorhandenen Daten. Wieder einmal geht hier großes Wissen verloren und nach dem Tode von Mildred Nelson glaube ich, dass Hoxseys Therapie leider in wenigen Jahren nirgends mehr praktiziert wird.

Issels Therapie

Dr. Josef Issels darf man wohl ohne Übertreibung als den bekanntesten Krebsarzt Deutschlands bezeichnen. Er war der erste deutsche Arzt, der 1951 eine Klinik für Krebskranke zur Immuntherapie eröffnete und sehr dazu beitrug, dass etablierte Mediziner sich mehr Gedanken über den ganzheitlichen Aspekt von Krebserkrankungen machten. Über mehrere Jahrzehnte behandelte er vor allem Krebskranke, bei denen konventionelle Therapien versagten. Die letzten Jahre seines Lebens verbrachte er in Florida/USA bzw. in San Diego, wo seine Frau seit seinem Tod im Februar 1998 noch immer als Präsidentin der Issels Foundation lebt.

Dr. Issels wurde 1907 in Mönchengladbach geboren. Nach seinem Studium der Medizin und Lehrjahren in verschiedenen Krankenhäusern, eröffnete er seine eigene Praxis und 1951 dann die berühmte Ringberg Klinik am Tegernsee und behandelte dort Tausende von Patienten. Die meisten hiervon kamen in einem finalen Krebsstadium, nachdem ihnen konventionelle Krebstherapien nicht helfen konnten. Obwohl Dr. Issels immer und immer wieder vom Krebsestablishment angegriffen und sogar ins Gefängnis gesteckt wurde, kämpfte er bis zu seinem Tod am 11.02.1998 für die Ansicht, dass Tumore keine Krebskrankheiten sind, sondern Krebskrankheiten Tumore erzeugen.

Dr. Issels Ganzkörper-Therapie besteht hauptsächlich aus zwei Punkten. Er unterschied dabei zwei Ursachenkomplexe:

- Faktoren, die eine normale Zelle in eine Krebszelle verwandeln
- Faktoren, die für die Entstehung der Abwehrschwäche und somit auch für eine Geschwulstbildung verantwortlich gemacht werden.

Daraus folgt, dass jeder Krebs, unabhängig ob Ersttumor oder Rezidiv bzw. Metastase, ein Zusammenbruch dieser Abwehr ist. Bei der Behandlung von Krebs ist es sehr wichtig, dass man versucht, beide Faktoren zu behandeln, d. h. dass man alle Ursachen der Krankheit beseitigt, um dadurch die Basis eines gesunden Immunsystems zu schaffen **und** die Symptome, sprich den Tumor, bekämpft.

Beide Faktoren müssen immer gemeinsam angegangen werden. Bei der Ursachenbekämpfung ging es Dr. Issels vor allem um:

- Die Eliminierung aller Ursachen wie z. B. Fehl- und Mangelernährung,
- Zahn-, Kiefer- und Mandelherde
- Wiederherstellung der Darmflora
- Dyslokation von Wirbeln
- Seelisches und geistiges Wohl.

Eine Desensibilisierung findet durch Injektionen von Impfstoffen aus beherdeten Zähnen, Mandeln, pathogenen Koli-bakterien und aus dem Blut des Patienten statt. Des Weiteren

wird das Immunsystem durch Überwärmungs- und Fiebertherapien, Sauerstoff-Ozon-Therapie und durch Enzym-, Neural- und Organtherapie gestärkt. Die Behandlung des Symptoms (Tumor) wird durch Operation, Bestrahlung oder in seltenen Fällen auch durch Chemotherapie erreicht.

Diese Basistherapie hat zur Aufgabe, die vier Abwehrzonen des Körpers ohne Nebenwirkungen wieder herzustellen bzw. ins Gleichgewicht zu bringen.

Dr. Issels unterschied 4 Abwehrzonen:

- Standortsspezifische Mikroflora außerhalb des Körpers
- Die Gesamtheit der epithelialen Oberflächen
- Das lymphatische System einschließlich Milz, Thymus, Leber, Lymphknoten usw.
- Das Mesenchym (weiches Bindegewebe)

Jede dieser 4 Abwehrzonen hat spezifische Aufgaben und unterstehen der Kontrolle durch die neuro-hormonalen Steuerorgane. Dr. Issels begann ca. 2 - 3 Jahre vor seinem Tod beratend in der CHIPSA Klinik in Tijuana/Mexiko zu arbeiten. Vor allem seine Arbeit in Kombination mit der Ernährungsbehandlung von Max Gerson hielt er für sehr viel versprechend. Ein Mitstreiter von Dr. Issels war Dr. Wöppel, heutiger Besitzer der Hufelandklinik in Bad Mergentheim. Ich kenne Dr. Wöppel persönlich als fähigen Onkologen und als einen Fachmann auf dem Gebiet der Fiebertherapie.

Persönliche Meinung: Dr. Issels gehörte sicherlich zu den ganz Großen der Krebstherapie und hat als Erster einen ganzheitlichen Ansatz konsequent in einer Klinik umgesetzt. Vor allem seine konsequente Herdentfernung z. B. von wurzelbehandelten Zähnen (!) oder Mandeln und die damit verbundenen Erfolge konnten die Wichtigkeit einer umfassenden Entgiftung aufzeigen. Seine Erfolge im Allgemeinen, und auch die seines Mitstreiters Dr. Wöppel, sprechen auf jeden Fall eine deutliche Sprache. Seine „Issels Vakzine“ werden nur noch vereinzelt benützt und sind wohl dazu verdammt, eines Tages ganz vom Markt verschwunden zu sein.

Human-Eigenblut-Therapie nach Dr. Klehr

Zytokine sind natürliche Informationsträger, die bestimmte Markierungen an ihrer Oberfläche tragen. Diese Botenstoffe des Blutes imitieren die weißen Blutkörperchen und bleiben, ähnlich wie Tumorzellen, für das Immunsystem unerkant. Die Therapie Dr. Klehrs, die sogenannte Human-Eigenblut-Zytokininjektion mit Interferonen und Interleukinen, hat zum Ziel, einen Teil der Zellen des eigenen Blutes im Labor so zu verändern, dass bei Rückführung des entnommenen Blutes eine Abwehrreaktion entsteht, um den Tumor ganz oder teilweise zu zerstören.

Im Detail handelt es sich um den Tumornekrosefaktor α , Interferon und den Interleukin-2-Rezeptor (s/L2-R.) Forscher glauben heute beweisen zu können, wie z. B. Interferon die Makrophagen, Killerzellen oder Suppressorzellen aktiviert. Nach dem klassischen Modell unseres Immunsystems wäre dies natürlich eine gute Sache, wenn durch eine Zytokininjektion diese Zellen vermehrt im Körper anwesend wären. Auch die heutige Forschung mit dendritischen Zellen oder die Tumorimpfung geht aus diesem Gedankengut hervor und spielt eine immer größer werdende Rolle in der Onkologie.

Da es bis heute leider nur wenig aussagekräftige Studien über diese Richtung der Onkologie gibt, ist es sehr schwierig, zu beurteilen, wie wichtig all diese Therapien sind. Des Weiteren wird hier sehr viel Geld verdient (ca. 2.300 Euro für unge-

fähr 3 Monate bei Dr. Klehr) und dies erleichtert das Ganze leider auch nicht.

Persönliche Meinung: Dr. Klehr gilt in Deutschland in manchen Kreisen als Scharlatan und Geldabzocker. Ich war mehrere Male in seinem Münchner Labor und habe mir auch dokumentierte Fälle von ihm angeschaut. Dr. Klehr zeigte mir gleich mehrere Fälle, in denen eine langanhaltende Stabilisierungsphase nach Gabe seiner Zytokininjektionen zu sehen war.

Auf der einen Seite die gesamte Zytokinforschungen an den Universitäten in den Himmel zu loben und gleichzeitig Herrn Dr. Klehr als Scharlatan hinzustellen, halte ich für ungerecht und jeder der dies tut, sollte sich überlegen, um was es ihm eigentlich geht. Ich bin bestimmt der Letzte, der sich hier vor oder hinter Dr. Klehr stellen möchte. Doch die Art und Weise, wie von nichtkonventioneller und von schulmedizinischer Seite gegen Dr. Klehr vorgegangen wird, ist sicherlich ein Boomerang, der eines Tages jeden treffen kann.

Die heutige Immunforschung steckt doch noch immer in den Kinderschuhen und egal wie man die Erfolge oder Nichterfolge von Dr. Klehr bewertet, so gehört er doch seit vielen Jahren zu den wenigen Forschern auf diesem Gebiet, die auch praktische Erfahrungen sammeln konnten. Wir sind sicherlich noch weit davon entfernt, gezielte Angriffswaffen auf Krebszellen zu entwickeln. Doch durch gegenseitige Angriffe anstatt eines Austausches von Informationen kommen wir sicherlich nicht vorwärts.

Tumosteron

Der Biochemiker Dr. Erich Klemke, arbeitet seit über 30 Jahren in der Krebsforschung und entdeckte dabei eine natürliche Substanz, genauer gesagt ein Cholesterolderivat aus der Thy-musdrüse, die er Tumosteron nannte. Des Weiteren testet er mit einem Hydroxylamintest nach Prof. Neunhoeffler das ak-tuelle Krebsgeschehen. Hydroxylamin ist ein Abfallprodukt aktiver Krebszellen und kann deshalb im Urin nachgewiesen werden, oftmals lange bevor man durch die üblichen Verfah-ren einen Tumor nachweisen kann. Leider liegt hier jedoch auch die Problematik des Tests, denn wenn Krebszellen nicht sehr aktiv sind, wird auch wenig Hydroxylamin produziert. Für Patienten bedeutet deshalb ein negativer Test noch lange nicht, dass kein Tumor vorliegt, andererseits spricht ein hoher Hydroxylaminwert für ein aktives Geschehen.

Nachfolgend die Erklärung von Dr. Klemke, was Krebs ist und wie er zu behandeln ist. Bitte haben Sie Nachsicht, dass das Ganze „etwas wissenschaftlich“ ist, doch leider ist dies nicht anders möglich.

Dr. Klemke stellte fest, dass Krebszellen beträchtliche Men-gen H_2O_2 (Wasserstoffperoxid) erzeugen. Die DNA-Mutations-hypothese konnte für ihn unmöglich richtig sein, denn die chromosomale DNA kommt für die H_2O_2 -Produktion nicht in Frage. Des Weiteren ist er der Meinung, dass eine Rückkehr zur Normalität für die Krebszelle nicht mehr möglich ist, weil durch die endogene Wasserstoffperoxidproduktion Chromo-somenaberrationen ausgelöst werden. Die Sintflut des H_2O_2 ,

aus den Krebszell-Mitochondrien ist der eigentliche Grund für die Oxidation bereits im Zytoplasma vorhandener Proteine – insbesondere die der stark basischen Histone mit ihren Sulfhydryl (HS)-Gruppen zu Disulfid-S-S-Brückenbindungen. Diese Krebszellproteine werden dann an den Peptid-Bindungen von -CO-NH- zu -CO-N-OH oxidiert.

Beide Arten oxidativer Verstümmelung sind nämlich verantwortlich für Chromosomenbrüche und Chromosomenaberrationen während des nächsten Zellzyklus, wie diese beispielsweise vom sogenannten Philadelphia-Chromosom bekannt sind, wo der lange Arm des Chromosom 22 auf das Chromosom 9 transferiert worden ist. Noch deutlicher wird dieser Mechanismus bei den HeLa-Zellen mit 70 bis 80 kleinen Chromosomen. Dieses Phänomen hat bis heute kaum Beachtung gefunden. Es werden daraus auch keine naheliegenden Schlüsse gezogen.

Schon Prof. Neunhoeffler wies darauf hin, dass etwa jede 50. Peptidbindung eines Proteins in Krebszellen am Stickstoff hydroxyliert wird, wobei die vorher neutral reagierende Peptid-Bindung saure Eigenschaften annimmt. Im Falle der oxidativen Disulfid-Bildung der Histone bilden sich Verzweigungen, auch zu anderen Chromosomen, aus. Gelangen nun solche, jetzt sauren statt basischen und chemisch verzweigten, Proteine in den Zellkern, deren Aufgabe es wäre, als vorgelegte Perlschnur die aufwachsende saure DNA-Doppelhelix zu neutralisieren, so bewirken diese bei der nächsten Zellteilung, wegen ihrer verzweigten Knotenstellen und ihrer jetzt sauren Eigenschaften, eine Katastrophe, weil die DNA an bestimmten Stellen nicht neutralisiert ist, d. h., dass genetische Information, die nicht zum Zelltyp gehört, zur Transkription freiliegt, während andere des betreffenden Zelltyps supprimiert sind. Das Chaos wird nach Ansicht Dr. Klemkes noch dadurch ver-

größert, dass es an den entstandenen Knotenstellen zu Chromosomen-Brüchen und Aberrationen kommt, weil die Disulfid-Brücke ein Stopp-Signal darstellt. Die von der Zelle eingesetzten Reparaturmechanismen zur Beseitigung dieses Fehlers, die endo- und exo-Nucleasen, trennen dann den Strang. Auf diese Weise kommt es zur Übertragung der genetischen Information des betreffenden Chromosoms auf ein anderes, während die genetische Information selbst vollständig unverändert erhalten bleibt.

Die Fehlfunktionen der Krebszelle sind aus dieser Sicht also nicht durch Punktmutationen an der DNA ausgelöst worden, sondern sind vielmehr Probleme der Atmungskette in den Mitochondrien. Der Grund dafür ist, dass deren Cytochrome paarweise zusammenwirken müssen, um ein Elektronenpaar zu erzeugen. Ist eines davon durch einen Giftstoff blockiert, so führt dies statt zur Bildung von H_2O zur Bildung von H_2O_2 oder zum Hyperoxid-Radikal $*O_2$. Deshalb kann auch das Fehlverhalten der Krebszelle kein Problem sein, das vorrangig im Zellkern zu suchen wäre. Im Zellkern fehlerhaft vorgelegte hydroxylierte Proteine, die die aufwachsende DNA-Doppelhelix vorfindet, müssen zwangsläufig zu einer zellulären Katastrophe der beschriebenen Art führen.

Dr. Klemke weist während der Tumosteron Therapie auch darauf hin, dass der Abbau des Tumors nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass die defekte Immunantwort weiterbesteht. Um die Immunabwehr wieder funktionsfähig zu machen und gleichzeitig die im Serum Krebskranker vagabundierenden Blocking Factors (dies sind lösliche Tumorantigene, Antikörper und Antigen-Antikörper-Komplexe) zu eliminieren, die die Ausbildung spezifischer Antikörper gegen die betreffenden Tumorzellen behindern, ist eine biochemische Komplementtherapie erforderlich. Diese Komplementtherapie beinhaltet

Gaben hoher Dosen an reduziertem L-Glutathion, L-Cystein, Spurenelementen, Vitaminen, insbesondere Vitamin B1, B6, B12, C und E, Zinkorotat, Selenomethionin, Cholinhydrogentartrat zur Ver- oder Behinderung der Metastasierung, Omega-3-Fettsäuren wie die 20:5-omega-3 Eicosapentaen- und die 22:6-omega-Docosahexaensäure aus Fischölen. Zucker in jeglicher Form ist kontraindiziert.

Persönliche Meinung: Vor allem am Anfang einer Krebserkrankung könnte Tumosteron, gemeinsam mit der komplementären Therapie, hilfreich sein. Ich würde Tumosteron gerne auch in einer Studie als intravenös injiziertes Mittel sehen, da einige Ansatzpunkte für diese Form der Verabreichung sprechen. Leider gibt es nur wenige Ärzte die Tumosteron austesten und auch i.V. injizieren. Dass Tumosteron durchaus auch in der Schulmedizin großes Interesse erlangt hat, zeigen die Forschungen von Ärzten der Tumorklinik Freiburg, die diese Substanz 1999 in einer Studie untersuchten. Warum deren positiven Ergebnisse nur in einer griechischen Zeitung (Anticancer resarch 19/1999) veröffentlicht wurden, verstehen nur Insider und ist für dieses Buch nicht wichtig. Darüber hinaus gibt es weitere Studien von Dr. Steinkellner in Österreich und Prof. Masato Koreeda in den USA, die einen Einsatz in der Onkologie begründen würden. Leider sind jedoch auch hier (wieder einmal) Patentrechte und finanzielle Interessen wichtiger als das Wohl der Menschheit.

Beim Reglin Verlag in Köln gibt es ein Sonderheft mit dem Thema: „Theoretische Betrachtungen zum Krebsproblem“ (Ausgabe 12/2000). In dieser 32-seitigen Broschüre ist für alle Biochemiker bis ins kleinste Detail aufgelistet wie Krebs nach Ansicht von Dr. Klemke entsteht. Ich kann leider nicht beurteilen, ob das darin Geschriebene richtig ist oder nicht. Ob-

wohl ich schon mehrere „Experten“ darum bat, konnte mir keiner sagen, ob die Betrachtungen von Dr. Klemke jetzt richtig oder falsch sind. Sollten Sie, liebe Leserin oder lieber Leser, in der Lage sein, dieser ausgesprochen detaillierten Erklärung **wissenschaftlich** zu widersprechen bzw. diese wissenschaftlich zu bestätigen, würde ich mich über eine Nachricht von Ihnen freuen.

Urtherapie

Den meisten Menschen in Deutschland ist Franz Konz bekannt durch seinen Bestseller: *Steuern sparen*. Was viele nicht wissen, ist, dass Konz ein absoluter Kenner der medizinischen Szene ist und sich schon lange vom diplomatischen Weg verabschiedet hat. Was dies bedeutet, kann jeder in seinem fast 1.500 Seiten starken Buch: *Der Grosse Gesundheits-Konz* nachlesen. In diesem hervorragenden Buch hat er seine Ansichten zur Medizin auf wirklich einmalige Art präsentiert.

Auf den ersten Blick erscheint seine Urtherapie vielleicht etwas verrückt, beinhaltet sie doch, dass der Patient sein Essen jeden Tag „selbst findet“. Wenn man sein Buch jedoch von einem holistischen Standpunkt aus betrachtet, dann versteht man sehr schnell, warum diese Therapie einfach wirken muss.

Wer seine Therapie dann im Detail anschaut, wird sehr viele Gemeinsamkeiten mit anderen Ernährungstherapien finden. Konz geht jedoch einen außergewöhnlich konsequenten Weg, den in dieser Art nicht einmal Frau Dr. Johanna Budwig verlangt. Nach vielen Jahren „in der Onkologie“ muss ich zugunsten von Frau Dr. Budwig oder Herrn Konz jedoch sagen, dass ich deren Haltung sehr gut verstehe. Ihre „Dialogführung“ vor allem mit schwer kranken Patienten kann ich jedoch von einem psychologischen Standpunkt aus nicht für gut heißen.

Nichtsdestotrotz beschreibt auch Konz, wie wichtig es ist, zu entgiften, glücklich zu leben und auf seine Ernährung zu achten. In anderen Worten: Auch er beschreibt einen 3E-Weg,

auch wenn dieser niemals einen Durchbruch erleben wird, weil er zu weit weg ist vom „normalen“ Leben von 99,99 % der Bevölkerung.

Leider hat sich Franz Konz auch total von der „diplomatischen Welt“ verabschiedet und vermixt in seiner Therapiebeschreibung Privates und Medizinisches auf eine Art und Weise, dass es nicht nur mir nicht leicht fällt, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden.

Persönliche Meinung: Ich finde dieses persönliche Extrem von Franz Konz sehr schade, hat er doch sehr viele gute Ansätze und seine Therapie könnte viel mehr Menschen helfen. Andererseits kann ich, wie schon zuvor erwähnt, Menschen wie ihn, Dr. Hamer oder Dr. Budwig sehr gut verstehen, da ich mir selbst schon des öfteren überlegt habe, das diplomatische Parkett zu verlassen, um nur noch für wenige Menschen da zu sein. Sein Buch ist auf jeden Fall lesenswert, räumt mit vielen Mythen auf und jeder Krebskranke sollte es im Regal haben.

Livingston Therapie

Dr. Virginia C. Livingston, die 1990 verstarb, gehörte zu den wenigen weiblichen Ärzten ihrer Zeit. Sie war 1936 der erste weibliche Assistenzarzt des New Yorker Krankenhauses in den USA. Sie entwickelte eine Krebs-Keim-Theorie und Impfstoffe, die sie erfolgreich bei Patienten mit Krebs anwandte. Ihre Theorie entwickelte sich auf Grund ihrer Erfahrungen mit Tuberkulose und Lepra. Sie erkannte bei diesen Krankheiten und bei Krebs eine bestimmte Verwandtschaft.

Als Forscherin entdeckte sie bestimmte Organismen, die denen der Tuberkulose ähnlich waren. Dabei entdeckte sie, nachdem sie die verschiedensten Krebsgewebe untersuchte, dass in all diesen Geweben ein ähnlicher Mikroorganismus vorhanden war. Sie konnte mit wissenschaftlichen Methoden beweisen, dass eine Bakterie namens *Progenitor cryptocides* die Entwicklung von Krebs fördert. Nach Dr. Livingstons Angaben tragen wir alle von Geburt an diesen *P. cryptocides* in uns (auch bei Tieren ist er vorhanden). Dieser wird aber durch unser Immunsystem normalerweise in Schach gehalten. Wenn unsere Immunität unterdrückt wird, wie zum Beispiel durch schlechte Ernährung, chemische Gifte, Stress und andere belastende Faktoren, kann diese brachliegende Mikrobe sich vermehren und das Wachstum von Tumoren fördern. Dr. Livingstons Forschungen ließen erkennen, dass bei Krebspatienten *P. cryptocides* in hohen Konzentrationen vorhanden waren.

Dr. Livingston beschreibt diese Mikrobe als einen Organis-

mus, der in der Lage ist, seine Gestalt zu verändern und sich in verschiedene Formen entwickeln kann. Nachdem der Mikroorganismus als eine Ursache für Krebs identifiziert war, lag es auf der Hand, dass ein Impfstoff zur Behandlung benötigt würde.

Die Theorien und klinischen Ergebnisse von Dr. Livingston wurden jedoch von der Schulmedizin angezweifelt. Man setzte sie enorm unter Druck und sie sah sich letztendlich gezwungen, ihr Laboratorium in New York zu schließen. Sie gründete daraufhin 1968 die Livingston-Wheeler Medical Clinic in San Diego/USA, eine der wenigen nicht-konventionellen Therapiekliniken in den USA, die auch heute noch aktiv ist.

Sie setzte ihre Forschungen fort und entwickelte einen Krebsimpfstoff, nachdem sie einen Patienten mit einem bösartigen Lymphom in der Thymusdrüse erfolgreich behandelte. Ihre Behandlung basiert darauf, dass die Bakterie im Körper des Patienten genutzt wird, um damit die gleiche Bakterie zu bekämpfen. Aus diesem Grund wird jeder Impfstoff individuell für jeden Patienten hergestellt.

Jeder Impfstoff beinhaltet auch Vitamine und Mineralien zur Stärkung des Immunsystems. Neben den Impfungen muss der Patient eine vegetarische Rohkosternährung einhalten, Gammaglobuline, Vitamin- und Mineralergänzungspräparate zu sich nehmen und die Zähne überprüfen lassen. Eine Wärmerotherapie und Entgiftungsmaßnahmen gehören ebenfalls zur Livingston Therapie.

Dr. Livingston berichtete davon, viele Krebsarten im fortgeschrittenen Stadium erfolgreich behandelt zu haben und präsentierte unzählige Fallstudien von Remissionen bei metastasierenden Krankheiten. Sie führte jedoch nie kontrollierte Studien oder andere bestätigte statistische Forschungen an Menschen durch. Wenn es sich um einen lokalisierten Tumor han-

delt, wie Prostatakrebs oder Brustkrebs, variiert die Remissionsrate nach ihren eigenen Angaben zwischen 70 % und 95 %. Wenn der Krebs in die Knochen oder lokale Lymphknoten gewandert ist, sinkt die Remissionsrate auf 40 - 50%. Bei Patienten, die mit konventionellen Therapien keine Überlebenschancen (und vielleicht noch 3 Monate zu leben haben), konnte eine 20 %ige Remissionsrate erzielt werden (Quelle: Livingston Foundation).

Andere Forscher berichten ebenfalls von Erfolgen mit dem Livingston Impfstoff. Einer davon ist Dr. Speckhard aus Norfolk/USA. Er beobachtete in einer Studie mit 40 Patienten, dass 3 Patienten eine Komplettremission hatten. Bei 4 Patienten trug der Impfstoff zu einer drastischen Teilremission bei.

Persönliche Meinung: Die mir vorliegenden Daten sind nicht aussagekräftig genug, als dass ich diese Therapie als Ersttherapie empfehlen könnte. Bei der Auflistung der „Zusatztherapien“ wie Rohkost, Zahnkontrolle usw. stellt sich mir natürlich auch die Frage, ob diese vielleicht nicht sogar die „Haupttherapien“ sind. Hier zeigt sich mir mal wieder die Problematik guter nichtkonventioneller Statistiken und wie schwer es ist, diese zu bewerten. Livingston hat sicherlich etwas vorzuweisen, doch die Theorie der Therapie kann jeder als Spinnerei abtun, weil sie wissenschaftlich nicht zu belegen ist.

Makrobiotische Ernährung

(Michio Kushi)

Es handelt sich hier um eine spezielle Diät und Ernährungsphilosophie, die ihr Fundament in der traditionellen chinesischen Medizin hat und heute primär in Japan und den USA praktiziert wird. Die Diät hat zum Ziel, die Energiewerte frischer, vollwertiger Nahrungsprodukte im Gleichgewicht zu halten, um dadurch sicherzustellen, dass die für das Leben wichtige Qi-Kraft maximiert wird. Macrobiotics bedeutet „großartiges Leben“.

Makrobiotische Lehren wurden in die USA durch George Ohsawa (1893 - 1966) eingeführt, einem japanischen Lehrer, der die Schriften des Arztes Sagen Ishizuka (1850 - 1910) studierte. Ohsawa soll sich selbst von einer ernsthaften Krankheit geheilt haben, indem er seine übliche Ernährung auf eine einfache traditionelle japanische Ernährung umstellte (brauner Reis, Misosuppe, Meeresgemüse und andere traditionellen Gerichte). Er entwickelte die Makrobiotische Philosophie, indem er westliche und östliche Elemente miteinander kombinierte.

In den 70er und 80er Jahren fanden Veränderungen im Fokus und im Inhalt der Makrobiotischen Bewegung statt, die zum größten Teil durch Michio Kushi eingeleitet wurden, der 1949 aus Japan in die USA immigrierte. Kushi und andere leitende Personen der Makrobiotischen Bewegung hielten an einigen Elementen von Ohsawa fest, brachten aber gleichzeitig auch eine Vielzahl komplexerer Komponenten in die Makro-

biotische Philosophie ein. Es entstand die Makrobiotische Standard Diät, die Kushi 1983 in seinem Buch: *Die Krebspräventions-Diät* beschrieb. Gemäß den Makrobiotischen Lehren von Kushi, entsteht Krebs auf Grund von Ernährungs-, Umwelt-, sozialen und persönlichen Faktoren. Er schreibt, dass Krebs nicht das Resultat außerirdischer Einflüsse sei, über die wir keine Kontrolle hätten, sondern das Ergebnis unseres täglichen Verhaltens, inklusive unseres Denkens, Lebensstils und dem, was wir täglich essen.

Diätkomponenten:

50 – 60 % der täglichen Ernährung beinhaltet gekochtes, organisch angebautes Getreide (z. B. brauner Reis, Gerste, Hirse, Hafer, Roggen, Weizen, Buchweizen usw.)

5 – 10 % Suppen (ca. 1 - 2 große Tassen pro Tag, mit Gemüse, Körnern oder Bohnen, gewürzt mit Miso oder Tamari Soja Soße)

25 – 30 % lokales, biologisch angebautes Gemüse (z. B. Kohl, Brokkoli, Blumenkohl, Wasserkresse, Karotten usw.)

5 - 10% in Form von verschiedenen Bohnenarten.

Gelegentlich kann auch frischer Fisch (Flunder, Snapper, Forelle), sowie **lokale**, biologisch gewachsene Früchte und Nüsse gegessen werden. Nahrungsmittel, die gemieden werden sollten sind: Fleisch und Geflügel, Tierfett, Eier, Milchprodukte, raffinierter Zucker, Schokolade, Melasse, Honig, Erfrischungsgetränke, künstliche Getränke, aromatische oder stimulierende

Teesorten, Kaffee, alle künstlichen Farbstoffe, Konservierungsstoffe, gespritzte oder chemisch behandelte Nahrungsprodukte, alle verarbeiteten oder polierten Körner und Mehle, Nahrungsmittel in Dosen, Tiefkühlprodukte, scharfe Gewürze und Alkohol.

In der Therapie wird zuerst ermittelt, ob bei der Krankheit Yin oder Yang dominiert. Dies geschieht auf der Basis der Lokalität des Primärtumors im Körper und der Lokalität des Tumors in einem spezifischen Organ. Danach wird eine Diät gewählt, um dieses Ungleichgewicht wieder auszugleichen. Je nach dem Typ der Krankheit werden unterschiedliche Kochanleitungen gegeben.

Erfolgsstatistik

In einer Studie verglichen Carter und Kollegen die Überlebenszeit zwischen 23 Patienten mit Bauchspeicheldrüsenkrebs, die eine Makrobiotische Diät erhielten und vergleichbaren Patienten, die konventionelle Therapien erhielten. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass die durchschnittliche Überlebenszeit in der Makrobiotischen Gruppe signifikant länger war. (Quelle: Carter, Saxe & Newbold, 1990, Tulane Universität, New Orleans/USA)

Persönliche Meinung: Sicherlich ist die Makrobiotische Diät eine zeitgemäße Lehre moderner Ernährung. Leider liegen jedoch zu wenig Daten für Krebskranke vor, sodass Krebskranke sich besser auf die Öl-Eiweiß-Kost oder die Gerson-Kost verlassen sollten. Dies stellt jedoch keine Abwertung der Makrobiotischen Diät dar, sondern beruht lediglich auf der mir vorliegenden Datenlage.

Moermann Kost

Dr. Cornelis Moermann war ein holländischer Arzt, der in den Niederlanden als Scharlatan behandelt und auf das Übelste beschimpft wurde. Sein „Verbrechen“ war, dass er detailliert beschrieb, dass Krebs eine Stoffwechsellage wäre und durch Diäten und Verabreichung von fehlenden Substanzen wie Vitaminen behandelt werden könne.

Dr. Moermann experimentierte sehr viel mit Brieftauben und kam durch diese Versuche zu dem Ergebnis, dass acht Stoffe eine bedeutende Rolle für deren Gesundheit spielten: die Vitamine A, B, E, D, sowie Zitronensäure, Jod, Schwefel und Eisen. Bei Menschen ist das Gleiche gültig, jedoch mit einer Ausnahme: Vitamin C fehlt in der Auflistung, weil Tauben es selbst produzieren können.

Interessant ist die Auffassung Moermanns, was Krebs denn nun sei. Sicherlich erkennen Sie sehr leicht Gemeinsamkeiten mit vielen anderen Wissenschaftlern:

1. Man muss sich völlig von der alten Auffassung lösen, wonach die Krebsgeschwulst lokaler Natur ist und den Ausgangspunkt für den weiteren Krankheitsverlauf bildet.
2. Man muss sich mit der neuen Auffassung vertraut machen, wonach beim Krebs der gesamte Organismus erkrankt ist, ehe es zur eigentlichen Tumorbildung kommt.
3. Man muss sich vor Augen halten, dass alle Zellen unseres

Körpers – so wie Bäume oder sonstige Pflanzen – nur auf einem ganz bestimmten „lebensspezifischen“ Nährboden gedeihen können.

4. Auch in einem optimal gesunden Körper entstehen da und dort Krebszellen, die jedoch vom Unterdrücker ausgetilgt werden, so dass es nicht zu einer Tumorbildung kommt.

5. Da der Mensch jedoch eine Krebsgeschwulst bekommen kann, lässt sich logischerweise folgern, dass dies erst möglich ist, wenn sein Gesundheitszustand nicht mehr optimal ist. Zuerst erkrankt also der Gesamtorganismus. Dadurch wird der Unterdrücker in seinen Aktivitäten gehemmt. Und nun erst kann ein Krebstumor entstehen.

6. Den ohnehin kranken Körper sollte man keinesfalls durch Verabreichung giftiger Stoffe – wie z. B. Zytostatika – noch kränker machen. Man muss vielmehr den Gesundheitszustand des Körpers wiederherstellen, indem man den Unterdrücker reaktiviert.

7. Ein operativer Eingriff ist möglich; man sollte damit aber nicht die Vorstellung verbinden, mit dem Tumor habe man gewissermaßen auch die Krankheit entfernt. Eine wirkliche Besserung des Zustandes erzielt man ausschließlich durch die Verabreichung der von mir ermittelten acht Stoffe (Jod, Zitronensäure, Hefe = Vitamin-B-Komplex, Eisen, Schwefel sowie die Vitamine A, E, C und D).

8. Bestrahlungen lähmen das Abwehrsystem, das zur Heilung des Patienten so dringend benötigt wird. Statt das Abwehrsystem zu lähmen, ist der Unterdrücker zu aktivieren.

Ausgehend von diesen acht Fakten sah Moermanns Krebsbehandlung so aus:

Erstens: Man gibt dem Patienten Diätrichtlinien, denn es versteht sich eigentlich von selbst, dass er nicht die Krebs fördernde Fehlernährung fortsetzen darf. Es ist freilich ein Irrtum zu glauben, mit der Moerman-Diät allein ließe sich schon Krebs heilen. Sie tritt vielmehr an die Stelle einer Ernährung mit nichtvollwertigen (d. h. durch chemische oder mechanische Prozesse lebenswichtiger Bestandteile beraubter) Nahrungsmitteln, die einer Krebsbildung Vorschub leisten.

Zweitens: Man muss den Gesundheitszustand des Gesamtorganismus wiederherstellen und zwar mittels der oben genannten acht Stoffe, die Voraussetzung für eine optimale Gesundheit sind.

Drittens: Befindet sich der Krebskranke im reversiblen (d. h. besserungsfähigen) Stadium, bewirkt die therapeutische Zuführung der genannten acht Stoffe eine Genesung des Organismus, die eine Reaktivierung des Unterdrückers und damit des ganzen Abwehrsystems inklusive Einschmelzung des Tumors zur Folge hat, d. h. die Krebszellen werden dann zerstört und der Patient geheilt.

Dr. Moermann wurde in Holland leider permanent verfolgt, obwohl er viele erfolgreiche Fälle veröffentlichte. Auch die Protektion anderer Ärzte half nicht und so geht er sicherlich als einer der „missverstandesten Onkologen“ in die Geschichte ein. Weitere Infos: Dr. C. Moermanns Buch: *Krebs*. ISBN: 3-591-08310-0

Persönliche Meinung: Ich sehe Dr. Moermann als Vorreiter der orthomolekularen Medizin an. Ich glaube jedoch, dass Dr. Moermann, würde er heute noch leben, seine Therapie sicherlich „anpassen“ würde.

Naessens 714X

Dr. Naessens entdeckte, dass Tumorzellen eine Substanz herstellen (Cocancerogenic-Faktor-K CFK), die das Immunsystem lahm legt. 714X neutralisiert CFK und ermöglicht dadurch, dass das Immunsystem Krebszellen besser identifizieren und zerstören kann. 714X zerstört nicht die Krebszellen, sondern blockiert sie, so dass diese sich nicht mehr ernähren können.

Der aus Frankreich stammende Gaston Naessens entwickelte ein optisches Mikroskop, das Somatoskop genannt wird. Mit diesem Somatoskop können Wissenschaftler lebende Organismen mit einer hohen Auflösung beobachten. Damit konnte Naessens kleine Partikel im Blut offen legen, die niemand zuvor gesehen hatte. Er nannte sie Somatids (kleine Körperteilchen). Diese kleinen Lebenseinheiten sind die Vorläufer der DNA und laut Naessens in der Lage, Energie in Materie zu transformieren.

Er entdeckte, dass Somatiden einen 3-Phasen-Mikrozyklus durchlaufen. Normalerweise sind die Somatiden harmlos, doch wenn das Immunsystem unter Stress steht, durch Giftstoffe beschädigt oder durch Krankheiten beeinträchtigt wird, dann entwickeln sich die Somatiden im Rahmen des Mikrozyklus bösartig. Das Ergebnis hiervon kann Krebs, Multiple Sklerose, Lupus, oder andere Erkrankungen sein. Laut Naessens kann 714X Tumore verkleinern, zu Gewichtszunahme oder Gewichtsstabilisierung verhelfen, zum Abbau oder sogar zur Eliminierung von Schmerzen beitragen und das Leben verlängern. In der Regel besteht die Therapie aus 3 aufeinander

folgenden Behandlungen mit 714X-Injektionen, die direkt in die lymphatischen Knoten im Unterleibsbereich gespritzt werden und zwar einmal pro Tag, an mindestens 21 aufeinanderfolgende Tage. Dem folgt eine Pause von 2 Tagen. Bei fortgeschrittenem Krebs kann die Behandlung auch intensiver sein.

Dr. Naessens hat Hunderte von Fallstudien mit Menschen gesammelt, bei denen 714X erfolgreich gegen Melanome, Karzinome, bösartige Lymphome, Osteosarkome und andere Krebsarten verwendet wurde. Viele Fälle sind im Buch von Christopher Bird: *The persecution and trial of Gaston Naessens* veröffentlicht.

Dr. Naessens war übrigens nicht der Einzige, der unter dem Mikroskop „kleine blaue Teilchen“ entdeckte, sondern viele Jahre vor ihm war es schon Dr. Wilhelm Reich, welcher diese Teilchen damals Bione nannte.

Persönliche Meinung: Ich kenne persönlich Patienten von Dr. Naessens, die schwören, dass sie ohne 714X nicht mehr am Leben wären. Die Bewertung von 714X fällt jedoch nicht leicht, so lange es keine größeren Studien gibt. Ich kann aus diesem Grund weder für noch gegen 714X ein Statement abgeben.

(sKMT)

Systemische Krebs- Mehrschritt-Therapie

Die systemische Krebs-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Manfred von Ardenne (1907 - 1997) ist eine Kombination von folgenden Therapien:

- Extreme Ganzkörperhyperthermie – mit Anästhesie ca 42,0 bis 42,5 °C über 60 - 90 Minuten
- Induzierte Hyperglykämie (hoher Blutzuckerspiegel)
- Relative Hyperoxämie (hoher Sauerstoffgehalt im Blut)

Nicht wenige Ärzte kombinieren diese Therapie zusätzlich mit Chemotherapie oder biologischen Zytostatika um Krebszellen direkt zu schädigen. Dies geschieht deshalb, weil Krebsgewebe bei extrem erhöhtem Blutzuckerspiegel (Hyperglykämie) Milchsäure ansammelt, da Krebszellen bei Anwesenheit von Sauerstoff Glukose (Traubenzucker) in größerem Umfang zu Milchsäure umwandeln. Diese Übersäuerung macht sie wahrscheinlich empfindlicher gegen Überwärmung (Hyperthermie), während die übrigen Körperzellen durch Glukose in Anwesenheit von Sauerstoff nicht so leicht anzugreifen sind. Temperaturen um 42,0 °C schädigen Krebszellen direkt und ein erhöhter Sauerstoffpartialdruck (relative Hyperoxämie)

bewirkt die Stabilisierung der Funktionen aller lebenswichtigen Organe.

Wichtig erscheint mir hier vor allem der Hinweis, dass durch eine schnelle Tumorzerstörung große Mengen an Giftstoffen freigesetzt werden können. Sollte also Ihr Therapeut Sie nicht auf eine intensive Entgiftungstherapie hinweisen, dann kümmern Sie sich selbst um diese, weil es sonst zu einer toxischen Krise kommen kann.

Ergebnisse

Bis Ende 1998 wurden in der Ardenne Klinik in Dresden über 900 Patienten mit verschiedenen Krebsdiagnosen behandelt. Nach Angaben der Klinik konnte in über 50 % der behandelten Fälle eine positive therapeutische Beeinflussung erzielt werden. Ähnliche Ergebnisse liegen vom Japan Whole-Body Hyperthermia Center in Tokio vor. Leider gibt es die Ardenne Klinik seit Juli 2000 nicht mehr. Mehr Infos im Buch: *Systemische Krebs-Mehrschritt-Therapie* (ISBN 3-773-1297-5).

Persönliche Meinung: Die sKMT könnte eine Therapie für junge „gesunde“ Patienten darstellen und ist evtl. eine Möglichkeit für eine schnelle Tumorzerstörung. Leider ist sie sehr teuer, da sie nur unter Narkose durchgeführt werden kann (siehe hierzu auch: Hyperthermie).

Sauerstoff und Ozon Therapien

Seit Dr. Warburg in den 20er Jahren erkannte, dass Krebszellen ein akutes Sauerstoffproblem haben, gibt es die unterschiedlichsten Ansätze, durch die Gabe von Sauerstoff und Ozon Krebs zu heilen bzw. zu lindern. Ohne Zweifel ist der theoretische Hintergrund ein interessanter. Ich bin jedoch dagegen, diese Theorie einfach als gegeben hinzunehmen und jedem Krebskranken Sauerstoff und Ozon zu verabreichen. Wir dürfen nicht vergessen, dass beides Menschen umbringen kann und diese Therapien nur dann Sinn machen, wenn der Sauerstoff auch wirklich in die Zellen hinein gelangt. Chemisch gesehen handelt es sich um O_2 bzw. O_3 und beide Stoffe produzieren im Körper freie Radikale, von denen wir ja wissen, dass diese bei Krebs eine negative Rolle spielen können. Des Weiteren beeinflusst Sauerstoff die Oxidation von Glukose und auch dieser Prozess kann in einer Krebstherapie wichtig sein.

Aus diesem Grund halte ich Sauerstoff- und Ozontherapien nur dann für angebracht, wenn diese in ein ganzheitliches Konzept eingebunden werden und vor allem gleichzeitig eine Ernährungstherapie stattfindet. Ohne Ernährungstherapie kann vermehrter Sauerstoff im Blut mehr Schaden als Nutzen anrichten.

Folgende Therapien kommen heute zum Einsatz:

1. **Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Manfred von Ardenne**

Hierbei wird fast reiner Sauerstoff unter leichter körperlicher Betätigung und (meistens) vorheriger Gabe von Vitaminen verabreicht.

2. **Ionisierter Sauerstoff**

Hierbei wird Sauerstoff wahlweise mit positiven oder negativen Sauerstoffionen verabreicht.

3. **Hämatogene Oxydations-Therapie (HOT)**

Der Schweizer Dr. Wehrli hat diese Therapie erstmals vorgestellt, bei der Blut mit medizinischem Sauerstoff aufgeschäumt und dann mit UV-C bestrahlt wird. Dabei entsteht ein geringer Anteil an Ozon, ein singulärer Sauerstoff und O₂-Gas.

4. **Eigenbehandlung mit Ozon**

Bei der zumeist „große Eigenblut-Behandlung“ genannten Ozon-Behandlung wird in der Regel 50 - 100 ml Blut aus der Vene in eine Flasche geleitet und dort mit einem Ozon-Sauerstoff-Gemisch vermischt. Dann wird das angereicherte Blut in die Vene zurückgeführt. Damit es weiterhin fließt, wird es zuvor mit einer geeigneten Menge Heparin oder Citrat ungerinnbar gemacht.

Bei der zumeist „kleine Eigenblut-Behandlung“ genannten Therapie wird nur 3 - 5 ml Blut aus der Vene entnommen und mit einem Sauerstoff-Ozon-Gemisch zusammengebracht. Dieses wird dann i.m. (in den Muskel) gespritzt und soll das Immunsystem stimulieren. Seltener wird Ozon in die Arterie oder Gase in den Muskel injiziert. Häufiger jedoch kommt Ozon immer noch lokal z. B. bei Geschwüren oder zur Desinfektion zur Anwendung.

Persönliche Meinung: Tierversuche zeigen, dass Tumore unter der Gabe von Sauerstoff wachsen. Es reicht also nicht aus, einfach Sauerstoff zu geben und zu hoffen, dass dieser Sauerstoff auch aus dem Blut in die Zellen gelangt. Sauerstoff- und Ozontherapien gehören zu einer ganzheitlichen Therapie und sollte hierzu nicht eine Ernährungstherapie gehören, dann würde ich meine Finger davon lassen.

Revici

Es handelt sich dabei um eine biologische ungiftige „Chemotherapie“, die auf den jeweiligen Metabolismus abgestimmt wird, mit dem Ziel, die Krebsbekämpfungsfähigkeit des Körpers zu stärken. Dr. Revici (1896 geboren) praktizierte von 1920 bis 1936 Medizin in einer privaten Praxis in Rumänien. In den Jahren zwischen 1937 - 38 war er der stellvertretende Direktor des Pasteur Instituts in Paris. Auf Grund des Zweiten Weltkrieges emigrierte er 1942 nach Mexiko und gründete dort in Mexiko City das *Institute for Applied Biology* (zur Behandlung von Krebspatienten). Seine Arbeiten fielen Ärzten in den USA auf und 4 Jahre später wurde er von der medizinischen Fakultät der Universität von Chicago/USA eingeladen seine Forschungsergebnisse zu publizieren. Im darauf folgenden Jahr zog er nach New York und gründete dort das amerikanische *Institute for Applied Biology*, dessen primäres Ziel es war, Durchbrüche, die im Labor erzeugt wurden, so schnell wie möglich auf Patienten zu übertragen. Er hat mehr als 30 wissenschaftliche Abhandlungen über seine Krebstherapie veröffentlicht.

Dr. Revicis Therapie erklärt, dass der Metabolismus aus zwei fundamentalen Phasen besteht. Der Anabolismus ist die aufbauende Phase (steht in Verbindung mit Wachstum, Energie, Produktion organischer Substanzen wie Enzyme, Hormone etc.) und der Katabolismus ist die zerstörende Phase (in der abgebaut und Energie verwendet wird).

Gesundheit besteht nach Revicis Auffassung dann, wenn

ein Gleichgewicht zwischen diesen beiden sich in Konkurrenz befindlichen metabolischen Phasen besteht. Für gewöhnlich wechselt der Körper zwischen diesen beiden Phasen hin und her. Sollte der Körper sich jedoch zu lange in einer Phase aufhalten, kann dies zur Entstehung von Krankheiten führen (siehe auch Dr. Hamer). In Dr. Revicis Therapie spielt noch ein weiteres Konzept eine sehr wichtige Rolle. Er beschreibt das Abwehrsystem des Körpers in 4 aufeinander folgenden Phasen:

1. Enzym Phase: Der Abbau von Fremdkörpern (Antigene) durch Enzyme.
2. Lipidic Phase: In der entweder Fettsäuren oder Sterole hergestellt werden.
3. Coagulant Antikörperphase: In der Antikörper sich um den Fremdkörper herum ansammeln.
4. Globulinic Phase: In der Fremdkörper komplett neutralisiert werden.

Krebs entsteht nach seiner Theorie, wenn das Abwehrsystem in der Lipidic Phase unterbrochen wird. Wenn dies passiert, werden entweder zu viele Fettsäuren oder Sterole produziert, die wiederum die Entwicklung von Krebs fördern. Die Therapie wird in 2 Programme unterteilt: Für Patienten mit anaboler Dominanz und für Patienten mit kataboler Dominanz:

Erfolgsstatistik:

1984 präsentierte Dr. Eduaordo Pacellin (Neapel/Italien) seine Resultate auf Grund der Verwendung der Revici-Therapie mit 372 Krebspatienten (mit 6 verschiedenen Krebsarten).

Keiner der Patienten wurde als heilbar bezeichnet. 186 hatten Lungenkrebs, bei denen die erwartete Überlebenszeit 80 Tage betrug. Durch die Revici-Therapie verlängerte sich die Überlebenszeit auf 172 Tage (45 % lebten länger als 172 Tage).

53 hatten Brustkrebs im Stadium 4 und verdoppelten mit Revici ihre Überlebenszeit auf 180 Tage. 57 hatten Krebs im intestinalen Bereich. Ihre Überlebenszeit stieg von 60 Tagen auf 245 Tage an. 27 hatten Eierstockkrebs. Bei dieser Gruppe stieg die Überlebenszeit mit Revici von 90 Tagen auf 270 Tage an. Fast alle Patienten berichteten über geringere Schmerzen und verbesserte Lebensqualität.

Persönliche Meinung: Auch die Bewertung der Revici Therapie fällt mir nicht leicht, so lange es keine genaueren Studien gibt. Ich kann aus diesem Grund weder für noch gegen Revici ein Statement abgeben.

Rife Therapien

Royal R. Rife (1888 - 1971) gehörte sicherlich zu den ersten Frequenzforschern in der Onkologie. Er begann seine Arbeiten unter dem Mikroskop schon 1920 und eröffnete erstmals 1934 eine Klinik. Über die Jahre behandelte er mehrere tausend Krebspatienten und viele andere teilweise schwer kranke Patienten. Sein Pech war, dass seine Ideen nicht so recht ins Konzept der 30er Jahre passte und so verbot man ihm, zukünftig Patienten zu behandeln, obgleich er großartige Erfolge vorzuweisen hatte.

Erst als die Quantenphysik in den 50er Jahren in wissenschaftlichen Kreisen Anerkennung fand, erinnerten sich auch manche Forscher an die Arbeiten von Rife, Antoine Bechamp, Gunter Enderlein oder Wilhelm Reich und dass diese Forscher „andere Dinge“ unter ihren speziellen Mikroskopen gesehen hatten. Heute kommen sogar Dogmatiker nicht mehr umhin, anzuerkennen, dass Verbindungen von Zelle zu Zelle durch Übermittlung und Empfang von elektromagnetischen Signalen über Rezeptoren überwunden werden können.

Rife ging es vorrangig darum, zu beweisen, dass Krebs durch Viren und Bakterien entsteht. Heute sind z. B. SV 40, Hepatitis B, Papiloma, Eppstein-Barr oder Herpes Viren als Krebserzeuger anerkannt, doch zu Rifés Zeiten war dies eine Revolution und er wurde nur belächelt. Rifés nächster Gedanke war dann, wie man diese Viren töten könne. Er hatte die Idee, Viren und Bakterien mit Hilfe von gezielt ausgewählten Frequenzen zu eliminieren, und er begann auf diesem Gebiet

zu forschen. So fand er heraus, dass sich Tuberkelbazillen bei Bestrahlung mit der entsprechenden Frequenz auflösten und daraus Viren entstanden. Diese konnte er dann züchten und die entsprechende Frequenz zum Auflösen der Viren finden.

Über viele Jahre hinweg fand Rife dann spezielle Frequenzen, um Viren und Bakterien zu beeinflussen. Diese Frequenzen, bzw. den von Rife entwickelten Frequenzgenerator, setzen heute viele Therapeuten auf der ganzen Welt ein. Doch nicht nur das. Ohne Menschen wie Rife gäbe es vielleicht keine neuen Ansätze wie z. B. den von Hulda Clark oder die Biophotonenforschung.

Persönliche Meinung: Ich bin fest davon überzeugt, dass Rife auf dem richtigen Weg war. Nicht unbedingt, was Bakterien und Viren angeht, aber ganz sicher sein Ansatz, Zellen durch künstlich erzeugte Wellen zu beeinflussen. Dies gilt natürlich nicht nur für Krebs, sondern für jede Krankheit. Dass heutzutage so wenig Forschungsgelder in diese Richtung fließen, hat sicherlich nichts mit dem Forschungsgebiet zu tun, sondern mehr damit, dass sollten sich Rifés Arbeiten bestätigen, Pharmahersteller über kurz oder lang Pleite gehen – und wer ist daran schon interessiert?

Stockholm Therapie

Eine Forschung von Dr. Karl Folkers an der Universität von Texas/USA und Dr. Knut Lockwook in Dänemark lässt erkennen, dass Co-Enzym Q10 (CoQ10) in Kombination mit anderen Nährstoffen sowie einer hauptsächlich vegetarischen Ernährung, in der Lage sein könnte, viele Tumorarten zu verkleinern oder sogar zu eliminieren.

Beide Forscher studierten Brustkrebs und entdeckten, dass der Krebs eliminiert werden konnte, wenn hohe Dosen CoQ10 in Verbindung mit selektiven Antioxidantien, Fettsäuren, Ernährung und Diät angewandt wurden. Und dies selbst dann, wenn der Krebs bereits Lebermetastasen gebildet hatte. Coenzym Q10 (CoQ10) ist auch bekannt als Ubichinon und gehört zu einer Familie von Substanzen, die Chinone genannt werden und weit verbreitet in der Natur vorkommen. Alle Lebewesen, die Sauerstoff verwenden, benötigen Chinone zur Energieherstellung von ATP (Adenosintriphosphat). Der Körper produziert sein eigenes CoQ10, aber auch Nahrungsmittel wie Fisch (besonders in Sardinen), Sojabohnen, Sesam, Pistazien, Walnuss, Spinat usw. sind wichtige Quellen für dieses Co-Enzym.

In einer Studie erhielten 32 Krebspatienten täglich 90 mg CoQ10 über 2 Jahre hinweg. Alle Patienten überlebten und 6 hatten eine Teilremission. Eine der Personen mit einer Teilremission erhielt dann für 3 Monate täglich 390 mg, woraufhin der Tumor komplett verschwand. Es gibt Beweise dafür, dass Patienten mit Tumoren bei fortgeschrittenem Brustkrebs durch

CoQ10 eine Totalremission hatten (inklusive Patienten mit einer Vielzahl von Metastasen der Leber). CoQ10 spielt eine wichtige Rolle im Antioxidantiensystem des Körpers. In Verbindung mit Vitamin E, Selen und Betakarotin, kann CoQ10 signifikant den Schaden freier Radikale auf das Gewebe der Leber, Nieren und des Herzens reduzieren. Die gesamte Therapie besteht aus folgenden Supplements:

1. Co-Enzym Q10 Nährstoffmischung aus:

300mg CoenzymQ-10

300 I.U. natürliches Vitamin E

6.500 mg Leinöl (das etwa 3.500 mg Omega 3 Fettsäuren beinhaltet)

5.0 mg Borretschöl (das etwa 1.200 mg Gamma Linolensäure (GLA) enthält)

2. 3.000 mg Vitamin C (Pulverkapseln) plus Kalzium, Magnesium, Kalium, Ascorbate mit Bioflafonid Rutin, Hesperdin, Quercetin und Limonen)

3. 2.500 I.U. Vitamin E (Gel-Kapseln – D-Alpha Tocopherol mit gemischten Tocopherols)

4. 25.000 I.U. Betakarotin (Gel-Kapseln – aus einem gemischten Karotinoid Komplex)

5. 200 mcg Selen Kapseln aus Selen-Methionen (100 % Hefe frei)

6. Leberunterstützung – Nährstoffmischung bestehend aus:

600 mg Lipoic Säure
600 mg Curcumin
300 mcg Selen aus Selen-Methionin
600 mg Silymarin (Milchdistel Extrakt)

Dr. Folkers warnt übrigens, dass die getrocknete Form von CoQ10, die man für gewöhnlich in Gesundheitsläden und Reformhäusern erwerben kann, fast nutzlos ist, da sie vom Körper so gut wie nicht aufgenommen werden kann.

Persönliche Meinung: Die Ergebnisse von Lockwook und Folkers sind ganz bestimmt vorzeigbar, allerdings sind die Studien zu klein, als dass man diese als Sensation bezeichnen könnte. Man darf auch in der ganzen Euphorie nicht vergessen, dass auch das Stockholm Protokoll kein Wundermittel ist. Nichtsdestoweniger hat es sich bei internen Untersuchungen von *People against Cancer* gezeigt, dass das Stockholm Protokoll eine sinnvolle Kombination zum 3E-Programm darstellen könnte. Bei vielen Patienten hatte es positive Einflüsse auf Tumormarker, Tumorgröße und dem energetischen Befinden.

Ukrain

Ukrain ist eine Mischung aus *Chelidonium majus* L., besser bekannt als Schöllkraut und dem Zytostatikum Thiotepa. Es enthält verschiedenartige Alkaloide, deren Konzentration von der Jahreszeit abhängig ist, ähnlich wie bei der Mistel, und ist in der Ukraine und in Weißrussland als Arzneimittel zugelassen. Erfinder ist der Chemiker J. W. Nowicky aus Wien, der auch Vorsitzender des *Ukrainischen Instituts für Krebs* in Wien ist, das ich gemeinsam mit Frank Wiewel 1999 erstmals besuchte.

Ein Zytostatikum mit Kräutern zu mischen hört sich zuerst einmal merkwürdig an. Doch nach Angaben von Nowicky, wurde die Mischung durch chemische Tests untermauert, die inzwischen auch veröffentlicht wurden. Bei der Mischung passieren folgende Abläufe: Thiotepa wirkt chemisch gesehen durch seine alkylierenden Eigenschaften. Auf Deutsch heißt das, dass sich seine drei Azirididringe abspalten und eine chemische Verbindung mit den Zellen eingehen, wodurch die Zellteilung gehemmt wird. Spaltet man diese Ringe jetzt im Reagenzglas ab und verbindet diese mit den Alkaloiden, verliert Thiotepa seine toxischen Eigenschaften. Im Ukrain kann man deshalb kein Thiotepa mehr nachweisen.

In Deutschland ist es vor allem Dr. Burkhard Aschhoff, Besitzer der Klinik Villa Medica in Edenkoben in der Pfalz, der seit vielen Jahren Ukrain anwendet und auch durch 2 Fälle große Aufmerksamkeit erhielt, als er 1997 ein 10-jähriges Mädchen mit einem Ewing Sarkom und 1998 ein 2 Jahre altes

Kind mit einem Neuroblastom erfolgreich mit Hyperthermie und Ukrain behandelte.

Die uns vorliegenden Daten zeigen Erfolge bei Brust-, Darm- und vor allem bei Blasenkrebs und vereinzelte Fälle bei mehreren anderen Krebsarten. Ukrain ist zwar in Deutschland nicht zugelassen, kann aber trotzdem per Einzelrezept vom Arzt verordnet werden. Es gibt leider kaum Ärzte, die sich intensiv mit Ukrain auseinandergesetzt haben, es gibt jedoch viele Ärzte, die zu wissen glauben, dass Ukrain nicht wirkt und nur Quacksalber dieses Präparat anwenden. Tatsache ist, dass es weltweit über einhundert Studien mit Ukrain gibt und einiges dafür spricht, dass es durchaus in der Lage ist, Tumorzellen zu bekämpfen. Mehr Infos und alle Studien unter: www.ukrain.com.

Persönliche Meinung: Dr. Aschhoff hat gute Erfahrungen mit Ukrain gemacht und auch die vielen Studien durch Dr. Nowicky lassen darauf hindeuten, dass Ukrain bei bestimmten Krebsarten wie z. B. Blasen-, Prostata- oder Darmkrebs ein wirkungsvolles Mittel sein könnte.

Galavit

Im Jahre 2000 ging ein Name durch die deutsche Onkologie und Presse, ohne dass die meisten, die darüber schrieben, überhaupt wussten, was Galavit denn nun ist. Chemisch gesehen ist es: 2-amino-1,2,3,4-tetrahydrophthalazin-1,4-dionatriumsalz, welches einem Laien natürlich überhaupt nichts sagt. In Russland ist es als entzündungshemmendes Mittel (unspezifisches Immuntherapeutikum) zugelassen, wird jedoch von mehreren Therapeuten seit vielen Jahren auch in der Onkologie verwendet, wie ich mir bei meinem Besuch im März 2000 in Moskau von verschiedenen Ärzten bestätigen ließ.

In Deutschland wurde es zuerst als Wundermittel und später als Quacksalberei tituliert. Hinzu kam, dass Galavit aus Profitgier zuerst einmal sehr teuer verkauft wurde, obwohl in Russland nur ca. 10 Euro pro Ampulle zu bezahlen sind. Galavit ist kein Krebswundermittel, wie viele geldgierige Ärzte ihren Patienten erzählten, es muss aber auch nicht dringend davon abgeraten werden, wie dies verschiedene Krebsorganisationen getan hatten. Galavit ist ein Präparat, das viele russische Ärzte seit Jahren anwenden und gehört wie alle Chemikalien entweder in den Mülleimer oder in die Hände eines verantwortungsbewussten Therapeuten. Übrigens, lange bevor Galavit durch die Presse ging, gab es schon Therapeuten in Deutschland, die Galavit in ein ganzheitliches Therapieprogramm eingebunden hatten und dies auch heute immer noch tun.

Galavit ist auch ein schönes Beispiel dafür, wie die Presse mit Krebs umgeht und wie Organisationen etwas, von dem sie nur wenig wissen, für ihre eigenen Zwecke ausschlachten.

Persönliche Meinung: Galavit gehört in die Hände eines erfahrenen Therapeuten und ausschließlich in eine ganzheitliche Therapie.

Harnstoff & Kreatin Therapie

Harnstoff und Kreatin können dazu beitragen, dass Tumore zusammenbrechen und dass unser Immunsystem Krebszellen zerstören kann. In den 60er Jahren leistete Dr. Evangelos D. Danopoulos (Professor an der medizinischen Fakultät der Universität von Athen/Griechenland), Pionierarbeit bei der Verwendung von Harnstoff in der Behandlung von Krebs. Harnstoff ist ein natürliches Nebenprodukt der Proteinverdauung und hat eine große antioxidative Wirkung. Aus Urin abgeleitete Produkte werden schon seit den 40er Jahren in der Behandlung von Krebs angewandt, auch wenn sie weiterhin kontrovers behandelt werden. Dr. Danopoulos und seine Tochter Iphigenia konnten in einem Zeitraum von über 11 Jahren substantielle klinische Vorteile bei der Behandlung von Leberkrebs durch Harnstoff feststellen.

1954 erklärte Dr. Danopoulos, dass Urin eine Antikrebswirkung habe. Die aktive Komponente im Urin ist Harnstoff – ein Nebenprodukt des Proteinmetabolismus. Die Theorie dieser Therapie ist, dass es die chemischen Eigenschaften der zellulären Oberflächen bösartiger Tumore verändern kann und dadurch den Prozess unterbricht, der für ein unkontrolliertes Zellwachstum notwendig ist. Dr. Danopoulos berichtete, dass diese Kombinationstherapie bei 100 % der Patienten effektiv war, nachdem 46 Krebspatienten mit einem großen Tumor im Augenbereich Harnstoffinjektionen erhielten und der Tumor chirurgisch entfernt wurde. In den 70er Jahren entdeckte er, dass die orale Einnahme von Harnstoff bei Leberkrebs effektiv war. Als 18 Patienten 2 - 2,5 g Harnstoff 4 - 6 mal pro Tag oral

verabreicht wurde, überlebten die Patienten im Durchschnitt 26,5 Monate – fünf Mal länger als erwartet.

Gemäß Prof. Danopoulos ist/war dies die effektivste Behandlung von Leberkrebs und inoperablen Krebsarten, die in die Leber metastasiert haben und die in den meisten Fällen mit konventionellen Methoden nicht geheilt werden können. Wenn Harnstoff oral eingenommen wird, lassen sich Konzentrationen in der Leber erzielen, die groß genug sind, um das Krebswachstum in der Leber zu unterbinden. Im Besonderen scheint Harnstoff deshalb zu wirken, weil es das Stroma (Stützgewebe) des Tumors destabilisiert. Zusätzlich wirkt es gegen die Formierung neuer Blutgefäße in Tumoren. Neueste Forschungen zeigen, dass die Wirkung von Harnstoff durch die Einnahme von Kreatin-Monohydrat zusätzlich verbessert wird. Diese ebenfalls natürliche Substanz steht in Verbindung mit den Muskelaktivitäten.

Für die Behandlung von Leberkrebs wird in der Regel am Anfang 15 g Harnstoff verwendet, der in 1 Liter Wasser oder Saft aufgelöst, in 8 Dosierungen à 125 ml aufgeteilt und über den Tag hinweg alle 2 Stunden eingenommen wird. Das Ziel ist, einen Blut-Harnstoff-Nitrogen-Wert von 35 - 40 mg zu erreichen – das 3 - 4-fache des normalen Wertes. Gleichzeitig wird noch 25 g Kreatin-Monohydrat (auf 1 Liter Flüssigkeit verteilt) eingenommen. Die Kreatin-Lösung ist vor jeder Einnahme kräftig zu schütteln, da Kreatin sich nicht vollständig in der Flüssigkeit auflöst.

Da die Leber das einzige Organ ist, das nach der oralen Einnahme hohe Harnstoffkonzentrationen aufzeigt, könnte es durchaus sein, dass diese Therapie hauptsächlich für Leberkrebs und Lebermetastasen geeignet ist. Der geringe Herstellungspreis hat jedoch sicherlich dazu beigetragen, dass diese Therapie bis heute fast weltweit unbekannt ist.

Persönliche Meinung: Meine Erfahrung ist, dass die meisten Ärzte noch nie von Prof. Danopoulos gehört haben. Die wenigen Ärzte, die ich getroffen habe, waren teilweise sogar begeistert. Es wäre sicherlich notwendig, dieser preisgünstigen Therapie eine neue Chance in Form einer Studie zu geben. Leider ist diese Therapie nicht zu vermarkten, da alle Stoffe frei käuflich sind und deshalb stehen die Chancen nicht sehr gut.

Bachblüten

Der englische Bakteriologe Edward Bach heilte sich angeblich von seinem Milzkrebs selbst und widmete sich in den 30er Jahren intensiv der Erforschung verschiedener Blüten. Für ihn war Krankheit nichts anderes als ein Werkzeug unserer Seele, uns wieder auf den richtigen Weg der Wahrheit und des Lichtes zurückzubringen, damit wir nicht noch größeren Schaden erleiden müssen. Dies ist eine interessante Feststellung, die sich mit vielen anderen ganzheitlich denkenden Onkologen 100 %ig deckt.

Als Anhänger der Psychoanalyse teilte er seine Blüten in sieben (archetypische) Bereiche ein:

- Unsicherheit
- Angst
- übergroße Sorge
- mangelndes Interesse am heutigen Leben
- Überempfindlichkeit gegen Einflüsse und Ideen
- Mutlosigkeit
- Einsamkeit

Bachs Blüten sollen ähnlich wie bei Hahnemann (siehe Homöopathie) energetisch in unser Regulationssystem eingreifen. Für Bach war in einer Krebstherapie entscheidend, dass die Bachblütentherapie den Kranken zu einer Auseinandersetzung mit sich selbst und den psychischen Hintergründen seiner Krebserkrankung anregt. Neben seelischen Krisen helfen

einzelne Bachblüten auch als unterstützende Behandlung nach operativen Eingriffen und in besonderen Belastungssituationen.

Persönliche Meinung: Bachblüten gehören in die Hände von Kundigen (Homöopathen).

Mistel

Es gibt keine nicht-konventionelle Therapie, die es in den letzten Jahren geschafft hätte, offiziell in die konventionelle Medizin aufgenommen zu werden. Wirklich keine – nein, nicht ganz. Die berühmte Ausnahme ist die Mistel. Womit der berühmte Rudolf Steiner schon 1917 experimentierte, ist heute aus der Onkologie nicht mehr wegzudenken. Doch leider haben die meisten Ärzte, die ein Mistelpräparat verschreiben, anscheinend die Lehre Rudolfs Steiners nicht verstanden oder aber sind zumindest anderer Meinung als er, da in Steiners Anthroposophie der Tumor ausschließlich als Symptom verstanden wird. Die Mistel ist heute jedoch **das** Mittel, welches am häufigsten **zusätzlich** zu konventionellen Therapien verschrieben wird. Diese Denkweise setzt sich auch in den Hunderten von Studien über die Mistel fort. In den meisten Studien geht es primär um die Verbesserung der Nebeneffekte konventioneller Therapien und dies, obwohl es wohl keine andere Substanz gibt, deren Inhaltsstoffe genauer untersucht wurden als die der Mistel.

Anfangen von Viscin, dem klebrigen und hautfreundlichen Klebstoff, über Oleanole, Cerotine, Linol- und Linolensäure, Arginin, Glykotalaktopentosan, Viscotoxine, Phoratoxin und natürlich Lektine, den Inhaltsstoffen, von denen einige behaupten, sie wären die stärksten Krebshemmer in der Mistel.

Hier muss man jedoch sehr genau hinschauen, wer diese Aussagen macht. Ist es eine Firma wie Weleda, die Iscador verkauft und somit natürlich behauptet, dass alle Inhaltsstoffe nur

gemeinsam wirken oder z. B. die Firma Madaus, welche mit dem Konkurrenzprodukt Lektinol behauptet, dass es hauptsächlich Lektine (pflanzliche Proteine) sind, die eine tumorhemmende Wirkung haben. Für mich und noch viel mehr für einen Patienten ohne fachkundigen Hintergrund, ist es absolut unmöglich, sich bei all den verschiedenen Aussagen über die Mistel, hier noch eine objektive Meinung zu bilden. Ohne Zweifel kann die Mistel in der Onkologie einiges vorzeigen. Schon F. E. Koch hat 1938 bei 47 % seiner Mäuse, die mit dem Ehrlich-Karzinom infiziert waren, eine Heilung hervorruufen können. Über viele Jahre hinweg bestätigten berühmte Krebsforscher wie z. B. der Arzt P. G. Seeger die tumorhemmenden Wirkungen der Mistel und unzählige Therapeuten setzten und setzen die Mistel bei ihren Patienten ein.

Was Sie wahrscheinlich nicht zu hören bekommen, ist, dass es auch in der nicht-konventionellen Onkologie durchaus Gegner der Mistel gibt. Ich habe persönlich nicht nur einmal von Therapeuten gehört, dass die Mistel vor allem bei fortgeschrittenen Tumoren das Wachstum fördert, vor allem Leber- und Gehirntumore fast explosionsartig wachsen können. Die Argumentation ähnelt sich. Meistens wird damit argumentiert, dass die Mistel biochemisch gesehen ein Gift für unseren Körper ist und die immer positiv gewertete Erhöhung des Immunsystems (Leukozyten, Lymphozyten, T4/T8 ...) nichts anderes ist, als eine ganz natürliche Reaktion des Körpers auf eine Zufuhr von Gift, was man schon am Rotwerden der Haut bei der Injektion erkennt. Dies hat zur Folge, dass die bei Krebs sowieso schon überlastete Entgiftungsfunktion der Leber durch das Gift der Mistel überfordert wird.

Kritisch muss man auch die Angaben der Hersteller bewerten, die Patienten natürlich „auch“ aus Geldgründen empfehlen, Mistelpräparate über viele Jahre hin zu injizieren. Erstens

sind die unzähligen Injektionen sicherlich nicht fördernd für Ihr Immunsystem und zweitens stellt sich natürlich die Frage nach einer Resistenz. Einige Ärzte vertreten die Meinung, dass spätestens wenn keine Reaktion (Rötung) der Haut mehr auftritt, wahrscheinlich auch keine immunstimulierende Wirkung mehr erzielt werden kann und dadurch die Mistel nur noch eine Belastung für die Leber darstellt.

Ein Aspekt, der in einer Krebstherapie in der Regel jedoch immer sehr positiv gewertet werden muss, ist die temperaturerhöhende Wirkung der Mistel. Ita Wegmann beschrieb zuerst diese Wirkung. Auch P. Wolf, N. Freudenberg und M. Konitzer beschreiben diesen Effekt in ihrem 1994 veröffentlichten Buch über die Wirkung von hochdosierter *Viscum album*-Infusionstherapie. Jeder ganzheitlich denkende Onkologe freut sich über Fieberreaktionen seiner Patienten und vor allem in diesem Bereich wären klar abgegrenzte Studien notwendig. Doch leider sind die Hersteller von Mistelpräparaten gar nicht an solchen Studien interessiert, da sie ihre Produkte natürlich viel besser als komplementäre Therapie verkaufen können. Die am häufigsten benutzten Mistelpräparate sind: Iscador, Helixor, Eurixor, AbnobaViscum und Lektinol.

Persönliche Meinung: Mistel ist aus der Onkologie nicht mehr wegzudenken und dies ist auch gut so, wenn man all die Studien betrachtet. Wenn man einmal von Leukämien absieht, gibt es keine Unterscheidung wer, wann und vor allem wie lange Mistelpräparate erhalten soll und niemand mag im Zusammenhang mit Mistel gerne das Wort „Resistenz“ in den Mund nehmen. Hier ist noch viel Arbeit notwendig und so lange diese nicht gemacht wird, wage ich kein Statement darüber abzugeben, wann denn nun die Mistel in welcher Dosierung – und vor allem wie lange – verabreicht werden soll.

Essiac & Indian* Essence

1922 erhielt eine kanadische Krankenschwester namens Rene Caisse das Rezept einer Kräutermedizin von einer Patientin mit Brustkrebs, die von einem Mediziner geheilt wurde. Sie nannte diese Rezeptur Essiac, was nichts anderes heißt als ihr Name rückwärts gelesen. Nachdem sie in den darauf folgenden Jahren erfolgreich Krebskranke mit dieser Kräutermischung behandelte, erhielt sie in den 40er Jahren vom kanadischen Gesundheitsminister die offizielle Erlaubnis, Krebskranke zu therapieren.

Erst seit 1977, kurz vor dem Tode von Frau Caisse, ist die Mischung bekannt. Es handelt sich im Einzelnen um:

- **Große Klette** - in der Heilkunde bekannt als immunstimulierendes Mittel
- **Kleiner Sauerampfer** – in der Heilkunde bekannt als Diuretikum und Blutreiniger
- **Medizinalrhabarber** - in der Heilkunde bekannt als Abführmittel und zur Darmreinigung
- **Rotulme** - in der Heilkunde bekannt als Mittel gegen Entzündungen

Vor allem die Große Klette ist keine unbekannte Pflanze in der Onkologie. Schon 1966 entdeckten die ungarischen Forscher

C. Dombradi und S. Földeák die Krebs hemmenden Eigenschaften dieser Pflanze und 1984 bestätigten die Forscher K. Morita und M. Namiki von der Nagoya Universität in Japan diese Wirkungen. Auch Medizinalrhabarber hat in Tierversuchen bewiesen, die Aktivitäten der Sarkoma 37 Linie zu unterdrücken.

Viele Patienten berichteten auch von einem Weichwerden des Tumors und deutlich nachlassenden Schmerzen. 1983 bat der Arzt Dr. Bruce Hendrick, ein Neurochirurg der Universität Toronto, die kanadische Regierung, endlich eine Studie über Essiac machen zu dürfen, nachdem acht von zehn seiner Patienten nach einer Behandlung mit Essiac weder Chemotherapie noch eine Bestrahlung benötigten. Die kanadische Regierung lehnte „natürlich“ ab, war es doch schon abzusehen, dass Essiac nach dem Tode von Rene Caisse sowieso bald in Vergessenheit geraten würde.

Nach dem Tode von Frau Caisse gab es immer wieder Ärzte, die von phantastischen Ergebnissen mit Essiac berichteten. Einer der bekanntesten war sicherlich Dr. Charles Bruschi, persönlicher Arzt von John F. Kennedy, der immer wieder betonte, dass er seinen eigenen Darmkrebs mit Essiac geheilt habe.

Indian*Essence ist eine Alternative zu Essiac. Dieser „Tee“, der von der *Indian Wisdom Foundation* vertrieben wird, die die Rezeptur von den Ojibwa und Cree Indianern erhalten haben, enthält alle Inhaltsstoffe von Essiac plus:

- **Echtes Benediktenkraut** – in der Heilkunde bekannt als stuhlfördernd und harmonisierend
- **Mistel** - in der Heilkunde bekannt als unterstützendes Krebsmedikament

- **Braunalge** - in der Heilkunde bekannt als Entgiftungsmittel
- **Echte Brunnenkresse** – in der Heilkunde bekannt zur Blutreinigung
- **Rotklee-Blüten** - in der Heilkunde bekannt zur Stärkung des Immunsystems

Persönliche Meinung: Wenn man die Kosten von Essiac nicht betrachtet, spricht meiner Meinung nach einiges für das Mittel. Interessanterweise benutzen viele Menschen Essiac auch als Entgiftungsmittel (siehe hierzu auch das Buch: *Radiant Health* von Prof. Peskin). Es ist für mich nicht möglich, darüber zu urteilen, wessen Rezeptur denn jetzt die „Echte“ ist, falls es das überhaupt gibt. Über Essiac gibt es harte Daten, die Rene Caisse und viele Ärzte gesammelt haben. Indian*Essence nimmt für sich in Anspruch, 9 anstatt nur 4 Inhaltsstoffe zu haben. Da beide Produkte kommerziell vertrieben werden, ist eine Beurteilung für mich sehr schwierig.

Hackethals Buserelin

Prof. Dr. Julius Hackethal war ein Revolutionär und es ist eine Tragödie, dass sein gesamtes Konzept einer „heilenden Klinik“ nicht mehr existiert. Hackethal ging seit 1985 einen eigenen Weg der Hormonblockade, indem er Buserelin (Profact), ein so genannter Hormonblocker (GnRh) hochdosiert (20 - 40 Mal so hoch wie empfohlen) täglich injizierte. In der Regel wurde Buserelin für 6 - 24 Wochen gegeben und danach für 3 - 6 Monate pausiert. Ich habe als Erster über 30 erfolgreiche Fälle untersucht und 13 Fälle dokumentiert, aus denen klar hervorgeht, wie erfolgreich Prof. Hackethal Krebs behandeln konnte.

Inwieweit diese Resultate jetzt dadurch zustande kamen, weil Prof. Hackethal Buserelin injizierte oder weil es an seiner holistischen Therapie im Allgemeinen lag, kann weder ich noch sonst jemand beurteilen. Laut Aussage von Hackethal lag es in erster Linie an der totalen Hormonblockade, andere bezweifeln dies sehr, da Buserelin neben Kohlenhydraten auch N-Acetyl-Neuraminsäure enthält. So sagt der Biochemiker Dr. Klemke, dass diese Säure durch Enzyme abgespalten wird und damit natürlich auch die Hormonwirkung verloren geht. Sein langjähriger Weggefährte, Dr. Axel Weber hat seit 2001 eine eigene Klinik in Bayern und es ist möglich, dort die Buserelin Therapie verschrieben zu bekommen.

Persönliche Meinung: Ob die alleinige Buserelin-Therapie ebenfalls zu ähnlichen Erfolgen wie in der Parkklinik führt,

kann ich nicht beantworten, das muss die Zukunft zeigen. Dass Prof. Hackethal jedoch eine absolute Ausnahmeerscheinung war, der bis zu seinem Tode all das lebte, was er seinen Patienten empfahl, steht für mich absolut außer Frage. Sein ganzheitlicher Ansatzpunkt war herausragend und seine Bücher halfen vielen Menschen vor all zu schnellen Entscheidungen, vor allem bei Prostata- und Brustkrebs.

Hydrazinsulfat

Hydrazinsulfat ist ein glukoneogenetischer (zuckerneubildender) Blocker, der bei Krebs und vor allem der Krebs-Kachexie (Kräfteverfall und Gewichtsverlust) eingesetzt wird. Wissenschaftlich ausgedrückt: es hat Einfluss auf die Phosphoenolpyruvat-Karboxykinase-Reaktion. Forschungen deuten darauf hin, dass dieses nicht-giftige und preiswerte Medikament eine wichtige therapeutische Substanz bei der Behandlung von Krebs ist.

Es handelt sich um eine einfache, frei erhältliche Chemikalie, die dazu beitragen kann, dass der kachektische Prozess (wenn Krebspatienten immer schwächer werden und an dem die meisten Krebspatienten sterben) dramatisch umgekehrt wird. Es kann dazu beitragen, dass bösartige Tumore nicht mehr wachsen, sich zurückentwickeln und in einigen Fällen (vor allem bei Krebs in der Frühphase) sogar komplett verschwinden. Es kann für alle Krebsarten und in allen Phasen eingesetzt werden. Dr. Joseph Gold vom Syracuse Krebsforschungsinstitut in New York/USA (welches er 1966 gründete), entdeckte 1968, dass Hydrazinsulfat den Abschwächungsprozess und das Tumorwachstum bei Krebspatienten unterbinden kann. Nach mehreren Jahren und vielen Auseinandersetzungen mit schulmedizinischen Organisationen wurde Hydrazinsulfat 1982 endgültig von der „Schwarzen Liste der unbewiesenen Methoden“ gestrichen. Vor allem in Russland und teilweise in Amerika findet Hydrazinsulfat eine immer größer werdende Anhängerschaft (deren Resultate nach 10 Jahren der

Analyse die Wirksamkeit des Medikamentes unterstützen).

Krebs hat prinzipiell zwei schwer wiegende Auswirkungen auf den Körper. Zum einen gibt es das Eindringen des Tumors in lebenswichtige Organe und die damit verbundene Zerstörung der Funktion des Organs (die meisten Menschen glauben, dass dies der Hauptgrund sei, warum Menschen an Krebs sterben. In Wirklichkeit ist diese Zerstörung nach einer Studie für nur 23 % der Krebs Toten verantwortlich). Die zweite Auswirkung ist die Kachexie (Kräfteverfall und Gewichtsverlust). Die Kachexie kommt in den meisten Fällen dem Eindringen des Tumors zuvor und die Menschen sterben dadurch.

Die Strategie von Dr. Gold ist es, die Kachexie zu stoppen und nicht direkt die Krebszellen anzugreifen. Kachexie entsteht, weil Krebszellen ca. 18 Mal mehr Zucker benötigen als normale Zellen. Dieser Zucker wird hauptsächlich von der Leber produziert, indem die Leber Milchsäure in Glukose umwandelt. Wenn die Krebszellen Zucker (Glukose) als Treibstoff verwenden, verarbeiten sie diesen nur teilweise. Als Abfallstoff dieser unvollständigen Verbrennung bleibt Milchsäure zurück, das dem Blut zugeführt und von der Leber aufgenommen wird. Die Leber verarbeitet dann diese Milchsäure wieder in Glukose um und der Zucker wird in immer größer werdenden Mengen von den Krebszellen verzehrt. Das Ergebnis ist ein Teufelskreis. Die gesunden Zellen verhungern, während die Krebszellen wild wachsen. Um diesen Prozess zu stoppen, suchte Dr. Gold nach einer ungiftigen Substanz, um die Glukoneogenese (das Recycling von Milchsäure zurück zu Glukose) zu unterbinden und fand in Hydrazinsulfat das passende Mittel.

In einer klinischen Studie mit 225 Krebspatienten in einem finalen Stadium (mit einer Vielzahl von Krebsarten), die zuvor keinerlei Reaktionen mehr auf all die anderen Krebstherapien

zeigten, wurde Hydrazinsulfat für mindestens 6 Wochen verabreicht. In dieser Gruppe hatten 65,2 % eine subjektiv positive Reaktion (Gewichtsstabilisierung, Appetitzunahme, Schmerzverbesserung) und 44 % zeigten Antitumor-Resultate (Stabilisierung des Tumorwachstums und Rückgang des Wachstums). In einem Versuch im Petrov Institut in St. Petersburg/Russland wurden 46 Patienten mit einem bösartigen Gehirntumor mit Hydrazinsulfat behandelt. In der Hydrazinsulfat-Gruppe wurde von einer therapeutischen Wirkung bei 61 % der Teilnehmer berichtet und Hydrazinsulfat als ein absolut sicheres Medikament zur Behandlung von Gehirntumoren bezeichnet. Es wurde aufgezeigt, dass es die Lebensqualität verbesserte und die Überlebenszeit verlängerte. Selbst konventionelle Mediziner in Amerika, wie Dr. Chelbowski vom Harbor-UCLA Medical Center in Kalifornien, der Hydrazinsulfat bei Patienten mit kleinzelligem Lungenkrebs mit Chemotherapie kombinierte, veröffentlichte 1990 im Journal of Clinical Oncology, dass seine Patienten im Durchschnitt fast 60 % länger lebten.

Obwohl Hydrazinsulfat in vielen Studien bewiesen hat, wie erfolgreich es eingesetzt werden kann, ist es in Europa so gut wie unbekannt. Pharmakonzerne haben aus logischen Gründen kein Interesse an Hydrazinsulfat, da es viel zu billig und nicht patentierbar ist. Gleichzeitig ist es nicht sehr gut zur Selbstmedikation einsetzbar, da man sich genauestens an das Einnahmeprotokoll halten muss, da es zur Gruppe der MAO-Hemmer gehört und nicht gemeinsam mit Alkohol, Beruhigungsmitteln, Barbituraten oder altem Käse (die einen hohen Tyrosinanteil aufweisen) verabreicht werden darf. Es wird auch empfohlen, in dieser Zeit nicht mehr als 25 mg Vitamin B6 und 2000 mg Vitamin C einzunehmen.

Schulmediziner behaupten, dass Hydrazinsulfat nicht wirk-

sam wäre, weil das Sloan Kettering Center New York in einer Studie mit 29 Patienten keinen Vorteil hervorbrachte. Was Ihnen die gleichen Ärzte, die diese Studie immer wieder zitieren, wahrscheinlich nicht erzählen werden, ist, dass Dr. Gould bei einem unangemeldeten Besuch in der Klinik herausfand, dass die Ärzte sich nicht an seine Behandlungsvorschriften hielten und die Dosis nach eigenem Gefallen variierten. Dies ist wieder einmal ein gutes Beispiel dafür, wie schon zu Beginn einer Studie das Resultat festgelegt wird.

Persönliche Meinung: Ich kenne persönlich nur wenige Patienten, die Hydrazinsulfat eingenommen haben und nicht gleichzeitig eine ganzheitliche Therapie erhielten. Aus diesem Grund kann ich weder für noch gegen das Medikament etwas sagen. Sollte es stimmen, dass die Phosphoenolpyruvat-Karboxykinase-Reaktion unterbunden wird, dann könnte dies jedoch Krebskranken helfen und wäre es wert, genauer untersucht zu werden.

Bio Pro

Bei Bio Pro handelt es sich um ein Ergänzungspräparat, dessen Aufgabe es ist, fehlende Thymusproteine zu ersetzen und das Immunsystem zu stärken. Es besteht hauptsächlich aus einem natürlichen Thymusprotein, das mit Hilfe von lebenden Zellen im Labor hergestellt wird (durch den Immunologen Dr. Terry Beardsley, der das Protein vor 23 Jahren bei seinen Krebsforschungen entdeckte).

Das isolierte und gereinigte Protein stammt von Rinderthymuszellen ab. Der Thymus ist eine kleine Drüse direkt hinter dem Brustknochen, die Proteine produziert, die essentiell für die normale T-Zellen Immunitätsfunktionen sind. Das T steht übrigens für Thymus. Dr. Beardsley hat ein Patent für seine Entdeckung und Isolierung des Proteins registrieren lassen.

Unser Immunsystem ist ein komplexes Netzwerk sehr spezifischer Organe, Drüsen und Zellen, die, wenn sie richtig funktionieren, unseren Körper vor fremden Zellen wie z. B. Krebs schützen können. Es besteht aus zwei Basis-Untersystemen, das humorale (durch Körperflüssigkeit) und das zellübertragene System. Jedes dieser Systeme hat seine eigene spezifische Methode, um unseren Körper vor Krankheiten zu schützen.

Das humorale System verwendet Antikörper in einer Art „chemischer Kriegsführung“. B-Lymphozyten, die im Knochenmark hergestellt werden und heranreifen, werden verwendet, um Antikörper zu produzieren, um uns vor Krankheitserregern zu schützen. Das zellübertragene Immunsystem verwendet T-Lymphozyten (T-Zellen) als „Schock-Truppen“. Sie entstehen im

Knochenmark, aber reifen unter Mithilfe von Proteinen heran, die in der Thymusdrüse hergestellt werden. Beide Systeme des Immunsystems müssen richtig funktionieren, damit unser Körper in der Lage ist, eine optimale Immunitätsreaktion gegenüber eindringenden Krankheitserregern zu haben. Die Aktivitäten der T4-Lymphozyten (Helferzellen) sind von entscheidender Wichtigkeit für eine effektive Immunitätsreaktion und treten dann ein, wenn die T4-Zellen ein Antigen (das von einem eindringenden Krankheitserreger stammt) erkennen. Wenn es aktiviert wird, produziert die T4-Zelle Interleukin- und Interferon-Proteine, die auch Lymphokine oder Zytokine genannt werden, die wiederum T8-Lymphozyten (Killerzellen) aktivieren oder programmieren, um die spezifischen Antigene des eindringenden Krankheitserregers zu finden und zu zerstören. Des Weiteren werden auf Grund der aktivierten T4-Zelle, die Antikörper der B-Zellen effektiver hergestellt.

Bevor eine T4-Zelle ein Antigen erkennen kann und diese Kettenreaktion an Aktivitäten einleiten kann, muss sie eine Programmierung von einem spezifischen Thymusprotein erhalten, dessen spezielle Aufgabe es ist, neu geformte T4-Zellen „anzuschalten“ oder zu aktivieren. Die Thymusdrüse produziert Proteine, die T-Lymphozyten programmieren. Erst in den letzten 20 Jahren ist die Wichtigkeit dieser Drüse Wissenschaftlern deutlich geworden. Die Funktion der Drüse lässt mit dem Alter immer mehr nach. Andere Faktoren wie Chemikalien, Bestrahlungen oder chronische Krankheiten beschleunigen den Abbau der Thymusfunktion zusätzlich.

Persönliche Meinung: Bio Pro sollte nicht als Behandlung für eine spezifische Krankheit angesehen werden. Es könnte jedoch das Immunsystem stärken und spielt aus diesem Grund eventuell eine Rolle bei der Prävention zukünftiger Erkrankungen.

Hefezellen

Dass die Zellatmung in unseren Mitochondrien eine äußerst wichtige Rolle in der Krebstherapie spielt, weiß inzwischen jeder interessierte Onkologe. Der Schutz bzw. die Regenerierung der Mitochondrien gehört deshalb zum Praxisalltag in der Onkologie. Ein Wirkstoff, der hierzu beitragen kann, sind Hefezellen. Nicht nur, dass sie genauso wie menschliche Zellen eine Zellhaut und einen Zellkern haben, sie enthalten vor allem eine Zusammensetzung, die sie gerade für eine Zusatztherapie prädestinieren.

Prof. Jurasunas aus Lissabon haben wir es zu verdanken, zu wissen, wie erfolgreich Hefezellen in Krebstherapien eingesetzt werden können. Auf vielen Vorträgen und in mehreren Büchern hat er den erfolgreichen Einsatz von Hefezellen in der Krebstherapie ausführlich beschrieben. Die ersten Arbeiten über die positiven Seiten der Hefe kamen ursprünglich jedoch nicht aus Lissabon, sondern durch die Arbeiten von Dr. Dr. Paul Seeger und Dr. Stephan Wolz aus Deutschland.

Hefezellen enthalten Vitamine, verschiedene Spurenelemente, Kalzium, Magnesium, Kalium, Aminosäuren, darunter Cystein und Methionin, die stark schwefelhaltig und wichtig in der Zusammenarbeit mit essentiellen Fettsäuren sind, Enzyme und weitere biologische Substanzen wie Glucane, Mannane, Glutathion usw. Gemeinsam tragen diese Stoffe dazu bei, die Zellatmung anzuregen und den vorhandenen Sauerstoff besser zu verwerten. Aber auch die Unterstützung der natürlichen Darmflora hängt von diesen Stoffen ab.

Persönliche Meinung: Die Erfahrungen von Dr. Seeger, aber vor allem von Prof. Jurasunas, sprechen sich sehr positiv für Hefe aus. Ob es jetzt Präparate wie z. B. Zell Oxygen Plus sein muss, oder ob vielleicht auch preisgünstigere Produkte genauso gut sind, ist jedoch für mich sehr schwierig zu beurteilen. Auf jeden Fall kann Hefe sich positiv auswirken.

Bacillus Calmette-Guérin (BCG)

BCG ist ein Impfstoff, der 1921 zum Kampf gegen Tuberkulose eingeführt wurde. Es handelt sich dabei um stark abgeschwächte Tuberkulose Mikroben, die eine starke Immunreaktion gegen Krebs hervorrufen sollen.

Bei einer aggressiven Form des Blasenkrebs (transitional-cell carcinoma in situ) verursacht der BCG Impfstoff eine starke Immunreaktion in Form eines heilenden Fiebers.

Dr. Burton Waisbren (Leiter der Waisbren Klinik in Milwaukee/USA) erklärt, dass der Hauptvorteil von BCG und anderen Immuntherapien wie z. B. Coley's Toxin oder Transferfaktoren (TF) die Fähigkeit ist, das Wiederauftreten von sekundärem Krebs zu verhindern. Auch viele deutsche Ärzte wie z. B. Prof. Hackethal haben positive Erfahrungen mit BCG gemacht.

Transferfaktoren (die aus dem Immunsystem gesunder Spender hergestellt werden) konnten nachweislich die klinische Reaktion von Brustkrebspatienten verbessern (Buch der National Academy of Science, 1974 – siehe auch Transferfaktoren).

Eine Studie von Dr. Waisbren mit 22 Lungenkrebspatienten hat gezeigt, dass eine Kombination der oben genannten Impfstoffe hilfreich das Wiederauftreten von Lungenkrebs hinausgezögert hat. In seiner Studie lebten Krebspatienten, die den Impfstoff verabreicht bekamen, 9 Monate länger als Patienten

in einer Kontrollgruppe ohne den Impfstoff. Im Oncology Magazin wurde 1995 eine Studie über Blasenkrebs (transitional-cell carcinoma in situ) veröffentlicht, bei der 20 % der Patienten nach 5 Jahren noch am Leben waren. In der Gruppe mit den Patienten die mit BCG behandelt wurden, waren noch 80 % am Leben.

Persönliche Meinung: BCG erzeugt, wenn auch sehr schwach, Fieber, welches bekanntlich bei Krebs einen heilenden Einfluss hat. Leider benützen nur noch wenige Ärzte BCG.

Knorpel

Seit 1998 kommt mehr und mehr der Begriff der Anti-Angiogenese in die Schlagzeilen. Die Angiogenese ist eigentlich nichts anderes als die Bildung von Blutgefäßen zur Versorgung des Tumors mit Blut. Verschiedene Stoffe haben in der Vergangenheit bewiesen, dass sie die Bildung neuer Blutgefäße unterdrücken können.

Zwei dieser Produkte sind Haifisch- und Rinderknorpel. Schon 1972 hat Professor John Fletcher unter der Aufsicht der FDA (amerikanische Arzneimittelbehörde) erfolgreich Krebspatienten mit Rinderknorpel (VitaCart) behandelt. In der Studie wurden Fälle aufgezeigt, die eine Stabilisierung des Tumors, einen Rückgang und sogar komplette Remissionen aufzeigten. Interessant, und leider auch sehr problematisch hierbei ist, dass die monatlichen Kosten hierfür nur US\$ 175 betragen.

Dr. Charles Simone, der Arzt der Ronald Reagan behandelte, ist ein bekannter Onkologe und Gründer des Simone Krebszentrums in Lawrenceville und Buchautor (*Cancer and Nutrition and Breast Health*). Er hat Studien mit konventionellen und nicht-konventionellen Therapien erstellt. Eine davon war mit Haifischknorpel. Er konnte nachweisen, dass diese Knorpel in einer bestimmten Dosis positive Auswirkungen auf das Tumorstadium haben. Auch er behandelte seine Patienten unter der Aufsicht der FDA und nach dem IND Protokoll (Investigational New Drug Permit).

„Natürlich“ gilt vor allem Haifischknorpel als Quacksalbe-

rei. Gleichzeitig jedoch hat Ende 1999 die amerikanische Arzneimittelbehörde (FDA) mit großem Aufwand versucht, Benefin (ein Präparat aus Haifischknorpel) zu verbieten. Einerseits gibt die Regierung Studien heraus, die beweisen sollen, dass Benefin keinen positiven Einfluss auf eine Krebserkrankung haben soll und andererseits möchte sie unbedingt den Verkauf dieses doch ach so wertlosen Produktes des Herstellers Lane Labs in New Jersey verbieten. Was ist der Hintergrund? Ganz einfach. Benefin ist ebenfalls ein Angiogenesehemmer, also ein Produkt, welches in der Lage sein soll, die Neubildung von Gefäßen unterbinden. Die Angiogenese ist jedoch derzeit weltweit das Lieblingsthema aller Krebs-Genforscher. Man kann dies ganz leicht daran erkennen, dass es über 100! neue Patentanmeldungen für Angiogenesehemmer gibt.

Diesen Firmen ist natürlich ein Produkt, das sich in der Praxis seit vielen Jahren bewährt hat, und vor allem preiswert und nicht patentierbar ist, ein großer Dorn im Auge. Also macht man Druck damit endlich die „richtigen“ und natürlich einhundert Mal teureren Angiogenesehemmer auf den Markt kommen können.

Persönliche Meinung: Angiogenesehemmer haben durchaus eine Berechtigung in der Onkologie, da sie das Tumorwachstum zumindest theoretisch stoppen können. Hierdurch könnte man Zeit gewinnen und parallel dazu das 3E-Programm machen. Krebspatienten dürfen sich aber nicht von den großspurigen Versprechen der Hersteller täuschen lassen. Angiogenesehemmer werden niemals Krebs heilen können, und bis heute gibt es auch noch kein einziges Präparat, welches auch nur annähernd die großen Investitionen der letzten Jahre rechtfertigt.

Krebsimpfungen

Damit unser Immunsystem Krebszellen besser erkennt, werden Krebszellen im Labor mit Antigenen „beladen“ und dem Körper erneut zugeführt. Im Grunde genommen ist das nichts anderes wie bei jeder anderen Impfung auch. Und genau hier liegt auch das Problem wie bei jeder anderen Impfung. Wir wissen nicht, wie unser Immunsystem mit diesen im Labor hergestellten Impfstoffen umgeht. Theoretisch ist diese Denkweise sicherlich richtig, doch wenn man sich einmal die Geschichte des Impfens etwas genauer anschaut, dann kommen einem doch sehr schnell große Zweifel an der ganzen Theorie, denn jeder kann herausfinden, dass viele „Erfolge“ denen man heute Impfstoffen anrechnet, in Wahrheit gar nicht funktionieren und auch noch nie funktioniert haben. Was bis vor wenigen Jahren noch als wissenschaftlich anerkannt galt, wird täglich mehr und mehr erschüttert.

Obwohl ich von der Theorie der Krebsimpfung zuerst einmal begeistert war, überzeugen mich die bisher vorgelegten Studien nicht besonders. Natürlich kann man heute fast überall etwas über die Erfolge dendritischer Zellen lesen, doch seien wir einmal realistisch. Wo sind die Beweise beim Menschen – und nicht im Labor. Hier scheinen mir doch immer noch sehr große Unterschiede aufzutreten. Niemand scheint auch die Gefahr diskutieren zu wollen, was es denn für den Körper bedeutet, Krebszellen injiziert zu bekommen. Jeder sagt, diese wurden im Labor „neutralisiert“ und seien nicht mehr gefährlich. Doch wie viel verstehen wir denn wirklich

von Krebszellen? Wann sind diese denn „neutralisiert“? Wie gut ist das Labor und seine Mitarbeiter?

Grundsätzlich unterscheidet man heute zwei Arten von Impfungen:

1. Bei der *ASI* (Aktiv-Spezifische-Immuntherapie) werden vier bis fünf Gramm Tumormasse benötigt. Dies ist übrigens eine ganze Menge und kann natürlich nur bei einem großen operativen Eingriff geschehen. Die Zellen werden dann in einem Labor „beladen“ und in der Regel 1 - 2 Mal pro Monat injiziert.
2. Die Produktion *dendritischer Zellen* ist das neuere Verfahren. Hier genügen wenige Krebszellen zur Herstellung der Impfstoffe.

Dendritische Zellen wurden erstmals 1973 von Steinman und Cohn, zunächst in der Maus, als hochpotente antigenpräsentierende Zellen beschrieben. Sie besitzen in bestimmten Differenzierungsstadien eine charakteristische Morphologie, die sich durch multiple lange Membranausläufer auszeichnet – daher der Name (gr. dendron = Baum). Ontogenetisch stammen sie von hämatopoetischen CD34-positiven Stammzellen aus dem Knochenmark ab. Als unreife Vorläuferzellen wandern diese vom Knochenmark in die Blutbahn ein und bilden hier die Monozyten. Nach einer weiteren Ausreifung verlassen die Monozyten die Blutgefäße und wandern dann in die umgebenden Gewebe. Hier differenzieren sich diese Zellen weiter in Histiozyten oder Makrophagen und unreife dendritische Zellen.

Nach Kontakt mit Fremdartigen und Aktivierung, wahr-

scheinlich durch Zytokine, die von umgebenden Zellen oder Makrophagen produziert werden, beginnen die dendritischen Zellen in Richtung auf die regionären Lymphknoten, die Milz oder andere sekundäre lymphatische Gewebe zu wandern und auszureifen. Beim Eintritt in die Lymphknoten kommen sie in Kontakt mit T-Zellen, die ein weiteres Reifungssignal an die dendritischen Zellen geben. Gleichzeitig stimulieren und aktivieren die dendritischen Zellen auch die Lymphozyten. Erkennt der T-Zellrezeptor des Lymphozyten das von der dendritischen Zelle präsentierte Peptid, so werden die Lymphozyten zur Zellteilung angeregt. Soweit zur Theorie, was Wissenschaftler glauben, wie dendritische Zellen funktionieren (könnten).

Persönliche Meinung: Was sich anfangs als große Hoffnung der Onkologie herausstellte, ist heute schon längst auf dem Boden der Tatsachen zurück. Krebsimpfungen haben sich nie durchgesetzt und die im Jahre 2000 im *Nature Medicine* veröffentlichte Studie der Universitäten Göttingen, Tübingen und der Humboldt-Universität Berlin über die Behandlung von metastasierendem Nierenzellkrebs mittels einer Impfung mit Zellhybriden aus Tumorzellen und dendritischen Zellen musste später zurückgenommen werden, weil: „der wissenschaftlich notwendigen Sorgfalt nicht Genüge getan wurde“ – wie sich die Universität Göttingen vornehm ausdrückte. Andere haben kein Blatt vor den Mund genommen und die beteiligten Professoren geldgierige Verbrecher genannt.

Nicht vergessen sollte man die privat zu bezahlenden Kosten der Therapie, die in der Regel zwischen 2.000 und 10.000 liegen. Obwohl ich die Theorie der Krebsimpfung noch nicht ad acta gelegt habe und sie mich immer noch interessiert, muss man hier doch sehr genau wissen, wer welche Therapie warum empfiehlt.

Fötale Zelltherapie

Die Benutzung fötaler Stammzellen wurde bereits vor Jahrzehnten in Russland und China erforscht. Derzeit ist diese Therapie natürlich wieder in den Medien wegen der weltweiten Diskussion um Stammzellen und menschliche Klone. Während Politiker diskutieren, werden diese Zellen jedoch seit Jahrzehnten angewandt, denn fötale Zellen haben theoretisch die Fähigkeit, sich im Körper zu fast jeder Zelle zu verändern, die benötigt wird. Wenn Menschen z. B. zu wenig Immunzellen haben, dann helfen Stammzellen, das Immunsystem wieder anzuregen. Das Immunsystem war bei Studien teilweise um das 22-fache des Normalen gestiegen. In einer Studie gelang eine deutliche Steigerung sogar bei 86 % aller Teilnehmer. Des Weiteren haben Untersuchungen gezeigt, dass fötale Stammzellen in der Lage sind, die Nebenwirkungen von Chemotherapien und Bestrahlungen einzudämmen.

Ich kenne derzeit nur eine Firma außerhalb von Deutschland, die fötale Zellimpfstoffe herstellt und einen Arzt in Deutschland, der fötale Zellen injiziert. Leider kenne ich persönlich nur einen erfolgreichen Krebsfall, so dass ich wenig über evtl. Erfolge schreiben kann. Was ich jedoch sicher weiß, ist, dass es nicht nur in China und in Russland umfangreiche Forschungen mit fötalen Zellen gibt und es durchaus sein kann, dass wir vor großen Neuerungen in der Medizin stehen. Immer vorausgesetzt, die Theorie ist richtig, dass fötale Zellen wirklich als „Polizei und Helfer“ durch unsere Körper reisen können.

Derzeit wird die Therapie übrigens weniger bei Krebs, sondern mehr im Anti-Aging (Verjüngungs) Bereich eingesetzt. Dabei wird bei den „Reichen und Schönen“ dieser Welt, die sich fötale Zellen injizieren lassen, auch richtig abgesehen, da für eine Injektion zwischen 8.000 und 15.000 verlangt wird. Ob dies jetzt richtig ist oder nicht sei einmal dahingestellt. Auf jeden Fall beweist diese Therapie, dass man nicht nur mit Knochenmarktransplantationen richtig Geld verdienen kann.

Persönliche Meinung: Wenn wir von fötalen Stammzellen reden, dann müssen wir natürlich auch über das Wort Ethik sprechen. Ich persönlich habe bis heute keine Entscheidung getroffen, ob ich diese Therapierichtung jetzt gut heißen soll oder nicht. Einerseits bin ich dagegen, weil ich nicht glaube, dass wir so tief in genetisch ablaufende Prozesse eingreifen sollten und andererseits verstehe ich verzweifelte Krebskranke und Eltern von Kindern, die sagen: Hauptsache wieder gesund. Da für die Therapie leider sehr, sehr viel Geld für eine einzige Injektion verlangt wird, halte ich sie nur dann für angebracht, wenn Sie erstens sehr reich sind und zweitens mit sich selbst ausgemacht haben, dass Zellen von anderen Menschen in ihrem Körper eingesetzt werden sollen.

Xenogene Peptide

Xenogen bedeutet übersetzt: von Individuen verschiedener Spezies stammend und Peptide sind kurze Aminosäureketten. Xenogene Peptide (das bekannteste ist sicherlich Thymus) stimulieren die Aktivitäten von Lymphozyten aller Art (z. B. Helferzellen) und bewirken die Freisetzung von Zytokinen (immunologische Botenstoffe). Oftmals werden sie auch in der Rekonvaleszenz eingesetzt, damit sich Patienten schneller von Chemotherapien oder Bestrahlungen erholen. Die häufigsten Präparate sind:

Thymus-Präparate:

Thymoject, Thym-Uvocal, Thymophysin, Zellmedin-Thymus und THX.

Peptid-Präparate:

Factor AF 2 (Milz, Leber), Polyerga (Milz), ein Organextrakt aus Milz und Leber neugeborener Schafe.

Peptid-Lysat-Kombination:

NeyTumorin ist ein aus verschiedenen Organen von Rindern und Schweinen hergestelltes Eiweißpräparat. Leider ist NeyTumorin sehr teuer in der Herstellung und im Verkauf.

Persönliche Meinung: Die Bewertung xenogener Peptide ist sehr schwierig für mich, da die Aussagen über deren Erfolge ausschließlich von den Herstellerfirmen bzw. von Ärzten stammen, die für solche Studien Geld erhalten. Andererseits haben mir schon mehrmals Ärzte und Patienten sehr positiv z. B. über NeyTumorin oder Polyerga berichtet, sodass es mir wirklich sehr schwer fällt, den Wert dieser oftmals teuren Präparate richtig einzuschätzen.

Enzyme

Die Wiege der modernen Enzymtherapie stand in Wien, wo die Forscher Freund und Kaminer mit Krebszellen arbeiteten. Sie fanden heraus, dass Krebszellen durch das Blut gesunder Menschen zerstörbar waren, jedoch nicht durch das Blut von Krebskranken. Doch erst Freund's Schüler Max Wolf gelang es, zu beweisen, dass Hydrolasen (spezielle Enzyme) hierfür der Grund waren. Zusammen mit der Biologin Benitez bewies er dann, dass es vor allem Enzymkombinationen aus pflanzlichen und tierischen Enzymen waren, die erfolgreich Krebszellen töteten. Heute sind sie unter dem Namen WOBE bekannt (z. B. Wobe-Mucos oder Wobenzym).

Enzyme, wie die oben genannten, aber natürlich auch andere Fabrikate, können auf verschiedenste Art und Weise einen Einfluss auf das Tumorwachstum haben wie z. B.: Neutralisation der „blocking factors“ (Hemmsubstanzen) wie z. B. Mucin oder Zytokin-Polymere. Entfernung von so genannten Hüllsubstanzen wie Fibrin. Verminderung der Haftfähigkeit von Krebszellen u.v.m.

Persönliche Meinung: Sicherlich spielen Enzyme heute eine große Rolle in einer ganzheitlichen Krebstherapie und nur wenige Therapeuten arbeiten nicht mit ihnen. Sollte der finanzielle Aspekt bei Ihnen keine zu große Rolle spielen, ist eine Einbindung wahrscheinlich lohnenswert. Vor allem Chemotrypsin könnte in hohen Dosen sehr wertvoll für Krebskranke sein. Ich wünschte mir, dass es speziell in diesem Bereich mehr Forschungen gäbe. Stattdessen bezahlen Krankenkassen heute in den meisten Fällen keine Enzyme mehr.

Carnivora

Carnivora ist der Presssaft aus der fleischfressenden Pflanze *Dionaea muscipula*. Seit über 20 Jahren forscht der Arzt Dr. Helmut Keller auf diesem Gebiet. In Deutschland ist Carnivora vielen Ärzten bekannt, entweder durch die Presse oder weil sie es selbst angewandt haben. 1983 ordnete das Bundesgesundheitsamt das Verbot von Carnivora an. Obwohl Dr. Keller beweisen konnte, dass er in der Lage war, die Verunreinigung durch Endotoxine (Bruchstücke von Bakterienmembranen) bei zukünftigen Produktionen verhindern zu können, kam Carnivora nie mehr „richtig auf den Markt“.

Dr. Keller schreibt dies in seinem Buch: *Handbuch der ganzheitlichen Krebstherapie* seiner eigenen Naivität im Umgang mit den Behörden zu. Dies ist sicherlich eine traurige Geschichte, denn Dr. Keller hat in seinem Leben sehr viel Geld ausgegeben, um in Versuchen beweisen zu können, wie erfolgreich Carnivora Krebszellen töten kann, ohne die gleichen Nebenwirkungen wie eine Chemotherapie zu haben.

In einer Studie wurde aufgezeigt, dass Carnivora T406 und GW27 Tumorzellen (Gliomzellen) am Wachstum hindern können. In einer weiteren Studie wurde eine antiproliferative Wirkung (Antitumor-Effekt) bei Sarcoma 180 Zellen nachgewiesen. Im August 1995 konnte Prof. D. K. Todorov von der Universität Sofia in Bulgarien sogar beweisen, dass Carnivora eine tumorhemmende Wirkung bei 0-342/DDP Zellen hatte, die gegen Cisplatin immun waren. Dazu müssen Sie wissen, dass Cisplatin z. B. das Standardmittel bei Eierstockkrebs ist und schwerste Nebenwirkungen hat. Carnivora wurde jedoch verboten, weil es bei der Therapie zu leichtem Schüttelfrost

und Fieber kam. Hier sieht man wieder einmal deutlich, welchen Unterschied es ausmacht, ob eine Pharmafirma hinter einer Zulassung steht oder nur ein „einfacher Onkologe“. Während die Liste der Nebenwirkungen von Cisplatin gleich seltenlang ist und man mit schwersten irreversiblen Störungen rechnen muss, wird dieses Mittel nicht nur zugelassen, sondern sogar zum Goldstandard für verschiedene Krebsarten ernannt – während Carnivora wegen leichter Nebenwirkungen verboten wurde.

Persönliche Meinung: Ich habe Dr. Keller erstmals persönlich kennen gelernt, als er als Oberarzt bei Dr. Douwes in der St. Georg Klinik begann. Von dort wechselte er in die Winnerhof-Klinik, die Ende 1999 geschlossen wurde. Heute arbeitet er in Mexiko und versucht Carnivora in Nordamerika zu etablieren. Ich habe in den letzten Jahren mehrere Patienten von Dr. Keller persönlich kennen gelernt, die mir alle versicherten, sie würden ohne diesen Arzt nicht mehr leben. Man muss hier jedoch auch wissen, dass Dr. Keller in der Regel sehr viele Therapien anwendet und nicht nur Carnivora.

Mehr Infos unter: www.carnivora.com und www.cancer2000.com

Nicht-konventionelle Krebstherapien Gruppe 3

Cell Specific Cancer Therapy

Die CSCT soll Krebszellen zerstören, indem sie magnetische Energie verwendet. Mit Hilfe eines Energiebeamers sollen Krebszellen genau angepeilt und zerstört werden. Nach 8 Jahren Forschung entwickelten Bob Scarbrough und Jim Claxton, die beide aus Tennessee/USA stammen, den CSCT Apparat, der aus zwei kreisförmigen Ringen besteht, in dem sich zwei Magnettypen befinden. Es handelt sich zum einem um einen permanenten Magneten von geringer Stärke, der ein permanentes elektromagnetisches Feld erzeugt. Und zum zweiten um eine elektromagnetische pulsierende Spule.

Man kann sich das Ganze wie ein eiförmiges Energiefeld vorstellen. Wenn dynamisch sich verändernder Wechselstrom durch die Spule fließt, wird um die Spule herum ein dynamisches sich veränderndes elektromagnetisches Feld induziert. Dieses dynamische Feld (das ebenfalls eine Eiform hat) agiert mit dem statischen Feld des permanenten Magneten. Das Ergebnis ist ein komplexes interaktives elektromagnetisches Feld.

Der CSCT-2000 hat theoretisch die Aufgabe, Krebs zu identifizieren und dann ganz spezifisch diese Krebszellen anzugreifen, indem er sich die einzigartige Struktur der Krebszellen zu Nutze macht. Krebszellen haben einen atypischen Metabolismus. Jede Zelle, inklusive der Krebszellen, beteiligt sich an einem Metabolismus-Prozess (das ist die Verarbeitung von Nährstoffen in Energie und Wasser). In diesem Prozess gibt es elektrische Aktivitäten, in denen positive und negative Ionen

im Gleichgewicht durch die Zellmembran in die Zelle und aus der Zelle hinaus fließen. Während normale gesunde Zellen ca. 30 Schritte benötigen, um ihren metabolischen Prozess abzuschließen, schaffen es Krebszellen in 4 Schritten.

Des Weiteren verwenden normale Zellen mindestens 90 % ihrer Nährstoffe in diesem Prozess, wohingegen Krebszellen nur etwa 20 % der Rohmaterialien verwenden. Es könnte sein, dass die Krebszellen aus diesem Grund mehr Eisen als normale Zellen freigeben. Und genau diese überschüssige Ionisierung soll der Apparat erkennen. Eine Krebszelle leuchtet quasi stärker als eine normale Zelle. Physiker wissen, dass alle Materie Energie ist, mit unterschiedlichen Vibrations- und Frequenzraten. Eine gesunde Leber vibriert mit einer bestimmten, unterscheidbaren Frequenz, ebenso wie Krebszellen. In Santo Domingo (Dominikanische Republik), in Mexiko und in der Schweiz kann man diese Therapie für ca. 25.000 US\$ durchführen.

Persönliche Meinung: Ich war 1999 persönlich in Santo Domingo und habe mir 11 Fälle angeschaut. Obwohl ich die Theorie der Therapie für sehr einleuchtend halte, kann ich die in verschiedenen Magazinen veröffentlichten Fälle nicht bestätigen. Obwohl der CSCT-2000 keine Krebszellen mehr angezeigt hat, war zumindest bei 2 Patienten der Tumor weitergewachsen und bei den anderen mir vorgelegten Fällen konnte ich die proklamierten Erfolge nicht finden. Auch die 2001 veröffentlichte Studie mit 25 Pankreaskrebs-Patienten und die Auswertung, dass Patienten drei Mal (332 %) so lange gelebt haben, ist bei genauem Hinsehen nicht beeindruckend. Für eine Therapie 25.000 US\$ zu verlangen, die bis heute nicht bewiesen hat, dass sie hilft, halte ich für unethisch.

IHT (Insulininduzierte hypoglykanische Therapie)

Bei der IHT wird Krebspatienten unter intensiver Überwachung so viel Insulin zugeführt, dass diese für ein bis zwei Stunden so wenig Zucker im Blut haben, dass sich hierdurch das innere Milieu stark verändert und Krebszellen hierin nicht überleben sollen.

Die Theorie dahinter ist, dass Tumore ohne Zucker nicht überleben können. Dieses Wissen wurde schon 1957 in Amerika entdeckt, doch niemals unter klinischen Bedingungen konsequent über eine längere Zeit umgesetzt. Damals behauptete der Arzt Dr. Surgis Koroljow, dass bei zwei seiner Patientinnen, die er wegen psychischer Probleme mit IHT behandelte, die Tumore unter der Behandlung komplett verschwanden. Er behandelte noch weitere Patienten, da Dr. Koroljow jedoch Psychiater und kein Onkologe war, ging dieses Wissen wieder verloren, bis eine amerikanische Gruppe 1998 die Daten überprüfte und 1999 wieder damit begann, Patienten in Mexiko und in Deutschland zu behandeln. Im März 2001 wurde die IHT-Klinik in Mexiko geschlossen und IHT verboten. Monate zuvor hatte die deutsche Klinik schon die IHT Therapie gestoppt.

Leider ist IHT auch ein gutes Beispiel dafür, wie sich erfolgreiche nicht-konventionelle Therapien für eine kurze Zeit durch-

setzen können, wenn ein genügend großes finanzielles Interesse dahinter steckt. Der „Erfolg“ der IHT war nur deshalb möglich, weil eine Firma Teile des Unternehmens an einflussreiche Menschen verkaufte, die in der Lage waren, Berichte in alternativen Magazinen zu platzieren, um diese von Anfang an nicht erfolgreiche Therapie aus finanziellen Eigeninteressen zu fördern. Meiner Meinung nach hat dies vielen Menschen das Leben gekostet.

Persönliche Meinung: Die Idee, Insulin in der Krebstherapie einzusetzen, halte ich nicht grundsätzlich für falsch und wenn wir mehr Geld für intensive Forschungen aufbringen könnten, wie sie teilweise in der Ukraine oder in Russland schon stattgefunden haben, dann könnte ich mir eine modifizierte IHT durchaus als erfolgreiche Therapie vorstellen. So lange Therapien jedoch in den Händen skrupelloser Geschäftsleute sind, wird es immer „Opfer“ geben. Da ist es egal, ob diese eine illegale Chemotherapie oder IHT durchführen. Auch dies ist eine Art, eine erfolgsversprechende Therapie für immer vom Markt zu fegen.

Unterstützende Substanzen

Auf den nächsten Seiten möchte ich Ihnen Pflanzen bzw. Substanzen vorstellen, die immer wieder gemeinsam mit dem Wort Krebs ausgesprochen werden. Inwieweit die Aussagen hierüber für Ihre Krebstherapie wichtig sind, möchte ich Sie selbst entscheiden lassen. Da jedoch Ihr Therapeut bzw. andere Autoren immer wieder hierüber reden bzw. schreiben, ist es von Vorteil, wenn Sie von diesen Substanzen schon einmal gehört haben.

Chapparal

Chapparal ist eine grüne Pflanze und Indianern ist sie seit Urzeiten als Heilmittel bekannt. Man schreibt die Heilwirkung vor allem der NDG-Säure (nor-dihydroguairetic) zu, welche einen Einfluss auf den Elektronentransport in den Mitochondrien hat und (ähnlich wie Hydrazinsulfat) auf den Zuckerstoffwechsel. Obgleich es viel versprechende Studien der Universität von Utah gab, kenne ich leider keine aussagefähigen Studien, die einen Anti-Krebs-Effekt beweisen könnten.

D-Galaktose

Bei Darmkrebs kann man ganz bestimmte Glykoproteine finden, die mit Oligosacchariden (Zucker) Verbindungen eingehen. Untersuchungen haben gezeigt, dass vor allem Leberzel-

len diese Zucker anziehen. Damit sich jetzt bei Operationen, bei denen vermehrt Krebszellen in den Blutkreislauf geraten, Krebszellen nicht in der Leber ansiedeln können, erhalten Patienten **vor** und **nach** der Operation D-Galaktose, um dies zu verhindern.

DHEA

DHEA steht für Dehydroepiandrosteron und ist ein Hormon, welches unser Körper mit zunehmendem Alter immer weniger produziert. Dies hat kluge Geschäftsleute auf die Idee gebracht, man brauchte älteren Menschen nur DHEA zu verabreichen, dann würde der Alterungsprozess zumindest aufgehalten werden. In Amerika ist dies ein sehr gutes Geschäft, in Deutschland ist der freie Verkauf verboten.

DHEA spielt ohne Zweifel eine wichtige Rolle in unserem Körper, werden doch andere Hormone wie Östrogen, Progesteron oder Testosteron unter Mithilfe von DHEA produziert. Vor allem bei Brustkrebs scheint DHEA eine Rolle zu spielen, da man in Studien festgestellt hat, dass Frauen mit niedrigen DHEA-Blutwerten häufiger Krebs bekamen.

Die mexikanische Yamswurzel (*Dioscorea villosa*) enthält die natürlichen Vorstufen von DHEA und ist wahrscheinlich ebenso in der Lage den DHEA-Blutspiegel zu erhöhen.

DMSO

Diese vier Buchstaben sind die Abkürzung für Dimethylsulfoxid. In Bodybuilder Kreisen bzw. bei Models wird es gerne in Kombination mit effedrinhaltigen Substanzen zum schnellen Fettabbau benützt. Auch als entzündungshemmen-

de Medizin ist es schon lange bekannt. Doch erst durch Studien, wie die durch J. C. De la Torre, J. W. Stanley oder D. G. Volden, wurde Onkologen bewusst, welchen positiven Einfluss DMSO auf Krebszellen hat. Nicht nur bei Blasen-, Darm-, Brust- oder Hautkrebs gibt es Studien, selbst bei Leukämien war diese Substanz in der Lage, entartete Zellen wieder zu normalisieren, wie P. Marks und R. Rifkind bewiesen.

DMSO ist in der Lage Hydroxyl-Radikale zu binden, was viele Wirkungen erklärt, vor allem auch die positiven Studien, Nebenwirkungen von Chemotherapien oder Bestrahlungen einzudämmen, da beide Therapien ja bekanntlich Milliarden von Hydroxyl-Radikalen im Körper freisetzen. Da DMSO die Zellen „undichter“ macht, sprich Auswirkungen auf die Zellmembran hat, gibt es auch in der konventionellen Medizin Ansätze, DMSO gleichzeitig zu Chemotherapien zu verabreichen, in der Hoffnung, dass diese Gifte dadurch leichter in die Krebszellen gelangen bzw. man durch eine Dosisreduktion die Nebenwirkungen besser eindämmen kann. DMSO ist eine billige Substanz und wird sich schon allein aus diesem Grund niemals in der Onkologie durchsetzen, da niemand damit genügend Geld verdienen kann. In der BRD ist DMSO nicht frei verkäuflich.

Germanium

Organisches Germanium wird aus der Kohle gewonnen und ist auch in fast allen Pflanzen zu finden. In Japan gründete Dr. Asai die Germanium-Klinik in Tokio, deren Hauptgewicht auf der Forschungstätigkeit der Krebs heilenden Wirkung von Germanium liegt. Seiner Ansicht nach sind alle Krankheiten einem Mangel an Sauerstoff im Körper zuzuschreiben und

Germanium kann laut seiner Forschung dazu beitragen, genau dieses Übel zu beheben.

Germanium ist in seiner festen Form ein Kristall. Kristallen werden Energien zugeschrieben, die effektiv zur Heilung genutzt werden können, da sie Elektronen aufnehmen und abgeben. Da der Informationsfluss im Körper durch den Fluss der Elektronen erfolgt, kann dies eine sehr wichtige Rolle spielen und Energien freisetzen. Bücher: *Organisches Germanium – eine Hoffnung für viele Kranke* von Dr. Kuzuiko Asai und *Germanium – für eine bessere Gesundheit und ein längeres Leben* von Dr. Sandra Goodman.

Grüner Tee

Im grünen Tee ist es vor allem die Substanz Epigallocatechin (EK), die nachweisbar in der Lage ist, das Wachstum von Tumorzellen zu unterdrücken und gleichzeitig den Cholesterinspiegel zu senken. EK gehört zu einer Gruppe von Polyphenol-Katechinen, die als Antioxidantien bekannt sind und erheblich stärker als Vitamine wirken. Asiaten schwören seit vielen Jahren auf die positiven Effekte von grünem Tee.

Haschisch/Cannabis

Der im Haschisch enthaltene Wirkstoff Delta-9-THC darf schon seit 1998 verschrieben werden. Ich bin der Meinung, dass dieser Ansatz richtig ist, da Haschisch weitaus weniger Nebenwirkungen hat als traditionelle Schmerzmittel, aber Schmerzen wirkungsvoll bekämpfen kann.

I3C

1991 berichteten Forscher am Institut für Hormon-Forschung in New York City, dass es ihnen gelungen war, das stärkere Östrogen (Östradiol) in eine schwächere Form (estrone 2-hydroxy) umzuwandeln. Mit einer natürlichen Substanz konnten Forscher die Konvertierung von Östradiol auf schwaches Östrogen um 50 % in zwölf gesunden Leuten erhöhen.

Die Substanz war Indole-3-carbinol (I3C), ein phytochemisches Präparat aus Gemüse wie Brokkoli, Blumenkohl, Rosenkohl, Rüben, Kohl, Grünkohl usw. Inzwischen hat sich I3C als Ersatzstoff für Tamoxifen etabliert.

IP6

Der Name IP6 steht für Inositol Hexaphosphat und hat 6 Phosphatmoleküle. Der Patentinhaber ist Dr. Abulkalam Shamsuddin aus Amerika. IP6 findet man z. B. in Reis, Weizen oder Soja. Der Haupteffekt, der bis heute durch eine Einnahme von IP6 bewiesen werden konnte, ist eine Steigerung der NKZ-(Natürliche Killerzellen) Aktivität.

Jomol

Jomol ist ein Extrakt aus Zellwandbeständen des Bakteriums *Nocardia opaca*. In Deutschland wurde diese Substanz vor allem von Dr. Udo Ehrenfeld erforscht. Jomol kann auch als Diagnoseinstrument eingesetzt werden, da es in der Lage ist, sich Radionuklide oder Fluoreszenzfarbstoffe anzubinden. Danach beobachtet man diese Kombination mit einer Gam-

makamera oder unter dem UV-Mikroskop und kann Krebszellen auffinden, da Jomol diesen anhaftet.

Katzenklau (Cats Claw oder una de gato) Der Namen Katzenklau bezieht sich auf den Strauch des Uncaria tomentosa, der sehr scharfe Dornen hat, eben wie eine Katze ihre Klauen. In Peru ist dieser Saft/Wein schon lange als Krebsmittel bzw. immunsteigerndes Medikament bekannt. Seine Wirkung könnte evtl. von den vielen antioxidativen Inhaltsstoffen kommen. Es gibt leider wenig aussagekräftigen Studien (z. B. P. N. Steinberg in TLFD 1995, S. 70 - 71).

KLH

KLH ist der Blutfarbstoff der Schlüssellochnapfschnecke. Aus diesem Farbstoff stellt die Fellbacher Firma Biosyn das Produkt Immucothel her. Das Produkt wird derzeit nur bei Blasenkrebs **nach** einer Operation eingesetzt.

Kombucha

Kombucha ist ein sehr altes und beliebtes Mittel aus China. Der Schimmeltee Kombucha besteht aus einer dicken, gelatinös glänzenden Membran, die durch eine Symbiose von Hefezellen und mehreren Bakterien entsteht. Im Gegensatz zu echten Hefesorten bilden sie keine Sporen, sie vermehren sich ausschließlich durch Wachstum. Die Symbionten der Kombucha vergären den Zucker und bilden mehrere Stoffwechselprodukte, die in das Getränk eingehen. Auf diese Weise entstehen Glukaronsäure, Milchsäure und Essigsäure. Kombucha könnte deshalb zu einer guten Entgiftung beitragen.

Lapacho

Lapacho, oder in anderen Ländern auch Pau D'Arco genannt, wird aus der Rinde des Tabebuia Baumes hergestellt, der hauptsächlich in Südamerika wächst. Gleich mehrere Studien zeigten, dass Lapacho in der Onkologie unterstützend eingesetzt werden könnte. So zeigte eine in *Cancer Research* veröffentlichte Studie signifikante Aktivitäten gegen spezielle Krebszellen (Walker 256). Eine andere Studie der Universität in Hawaii zeigte eine höhere Aktivität gegen Lungenmetastasen und in der Lapacho Gruppe überlebten fünf Mal mehr Mäuse als in der Vergleichsgruppe.

Marayuma Impfung (SSM)

Der Impfstoff besteht aus einem Polysaccharid und wurde nach Angaben des Herstellers über 300.000 Mal in Japan zur Immunstimulierung verkauft. Die ganzen Unterlagen von SSM erinnern mich sehr an den Effekt einer Misteltherapie.

Megamin

Megamin ist ein Zeolithgestein, dem weitere Mineralien, die einen hohen Kalzium- und Magnesiumanteil besitzen, zugesetzt werden. Danach wird es zermahlen und die teilweise Zerstörung der Kristallstruktur an der Oberfläche der Teilchen bewirkt eine Stabilisierung der negativen Ladung an der Oberfläche und einen erhöhten Ionentausch, wodurch es ein starkes Antioxidant wird.

Melatonin

Melatonin ist ein Hormon, dessen Verkauf in Deutschland nicht erlaubt ist. In den letzten Jahren wurde es genauso als Schlafhormon wie auch als „Anti-Jetlag“ Medikament verkauft. In Kombination mit DHEA war es Mitte der Neunziger in Amerika der absolute Verkaufssrenner. In der Onkologie haben M. Carolea und B. Neri gezeigt, dass Melatonin in der Lage ist, die Aktivität der T-Helferzellen genauso zu steigern wie die Natürlichen Killerzellen bzw. Interleukin-2. Weiterhin gibt es Studien, die für Patienten mit metastasierendem Darmkrebs, bei Magenkarzinomen, Brustkrebs und bei Gehirntumoren Überlebensvorteile zeigen. DHEA und Melatonin werden in Amerika als „Antiaging-Mittel“ verkauft. Beides sind jedoch Medikamente und gehören in die Hände verantwortungsvoller Therapeuten und nicht in das Verkaufsregal eines Supermarktes.

Microhydrin

Microhydrin ist nach Angaben seines Erfinders Dr. Patrick Flanagan eine Verbindung zwischen Silizium und Wasserstoff-Atomen, die große Mengen freie Elektronen an den Körper abgeben können. Für Krebskranke interessant ist, dass die Universität von Nord Texas bei einer Studie beweisen konnte, dass der Lactat-(Milchsäure)-Wert durch die Einnahme von Microhydrin gesenkt werden konnte.

MGN3

MGN3 soll in Studien von Dr. M. Ghoneum ebenfalls wie IP6

eine deutliche Steigerung der NKZ-(Natürliche Killerzellen) Aktivitäten gezeigt haben.

MTH68

MTH 68 ist ein Virus, genauer gesagt der Newcastle Disease Virus, der vor allem für Hühner tödlich ist. Der ungarische Arzt Laszlo Csatory experimentiert schon seit vielen Jahren mit dem Virus, der beim Menschen evtl. durch seine fiebererzeugende Aktivität Positives auslösen kann. In Doppelblindversuchen konnte er beweisen, dass „seine“ Therapie erfolgreich war. MTH ist den meisten Ärzten gänzlich unbekannt. In Deutschland arbeitet z. B. der Arzt Dr. Arno Thaller mit MTH 68.

Noni-Saft

Bis heute liegen mir keine überzeugenden Daten vor, dass dieser sehr teure Saft für Krebspatienten von Vorteil wäre, obwohl immer wieder sehr viel Werbung für dieses Produkt gemacht wird. Ich behaupte hiermit nicht, dass Noni-Saft nichts für Ihre Gesundheit wäre, doch die immer wieder behaupteten Vorteile für Krebspatienten sind leider nicht belegt.

Pilze

Agaricus blazei Murill

Dieser Pilz aus Brasilien enthält viele Proteine, darunter Beta Glucan. Dieses Protein hat in mehreren Studien bewiesen,

dass es die Natürlichen Killerzellen anregt und um über 300 % steigern kann.

Shiitake Pilz

Eine besonders interessante Substanz im Shiitake-Pilz ist Lentinan. Es aktiviert durch die verstärkte Bildung von körpereigenem Interferon die natürlichen Abwehrkräfte, indem die Produktion von Lymphozyten und Killerzellen angeregt wird. Des Weiteren findet man im Shiitake-Pilz den Wirkstoff Eritadenin. Dieser kann einen zu hohen Cholesterinspiegel senken.

Maitake Pilz

Ähnliche Resultate wie Shiitake Pilze können auch die Maitake Pilze vorweisen.

Weitere Pilze aus Japan

In Japan sind derzeit drei Pilzpolysaccharide zur Tumorthera-
pie zugelassen. Diese sind Lentinan, Schizophyllan und Kres-
tin. Alle drei konnten in Versuchen beweisen, dass sie die
Überlebenszeit von Krebskranken teilweise deutlich erhöhen
konnten.

Selen

Selen wurde 1817 von Jöns Jakob Berzelius entdeckt. Auf der Erde kommt Selen meist gebunden im Boden und Gestein vor, aber auch in Gewässern und im Meer. Es wirkt als Bestandteil von Enzymen und als solches schützt es unter anderem die empfindlichen ungesättigten Fettsäuren vor der Oxidation. Dieser insgesamt antioxidierenden Wirkung des Selen schreiben viele Wissenschaftler wie Dr. Schrauzer auch die vorbeu-

genden und schützenden Effekte gegen Krebs zu. Außerdem ist Selen wichtig im Stoffwechsel der Schilddrüsenhormone. Selen wirkt zudem entgiftend, indem es hilft, unseren Körper von schädlichen Schwermetallen zu befreien und stärkt das Immunsystem. Viele Onkologen benützen heute Selen hochdosiert zur Entgiftung und natürlich als gut verträgliches Antioxidant.

Schlangengifte nach Horvi

Bei diesen Produkten handelt es sich um die DPN-spaltenden Enzyme (Diphosphopyridinnucleotid), welche in Schlangengiften vorkommen, weil sie die Glykolyse in den Krebszellen hemmt. Man unterscheidet dabei die toxischen Gruppen und die fermentativen Gruppen. Dem Forscher Dr. Waldemar Die-sing gelang es durch einen so genannten fermentativen Abbau der Eiweißbrücken, den Eiweißgehalt auf 1,8 bis 2 % zu senken, ohne dass das Gift zerfiel und dadurch unwirksam wurde.

Schlangen- und Spinnengifte allgemein

Dem deutschen Forscher Dirk Weidmann gelang es schon vor mehreren Jahren, Substanzen aus Schlangen- und Spinnengiften zu entnehmen, welche nachweislich Krebszellen töten können. Peptidtoxine werden dabei mit antagonistisch wirkenden Substanzen gemischt. Leider gibt es noch keine aussagefähigen klinischen Studien. Die Theorie beide Substanzen zu mischen ist jedoch sehr interessant und könnte in der Zukunft zu positiven Resultaten führen.

Schliephake Kurzwellen Therapie

Diese Therapie ist eine Kurzwellen-Stimulation der Hypophyse. Prof. Dr. Erwin Schliephake, der übrigens über 100 Jahre alt wurde, beschrieb sehr positive Resultate bei Krebskranken mit seiner Therapie. Leider kennen sich nur noch wenige Therapeuten mit dieser vielversprechenden Therapie aus. Mehr Infos im Buch: *Krebs und Entzündung – Behandlung mit Höchsthäufigkeitsfeldern (Kurzwellen)*.

Weihrauch/Boswelliasäure

Boswelliasäure kommt hauptsächlich bei Gehirntumoren zur Eindämmung des Ödems zum Einsatz. Sie hat in mehreren Studien ihre entzündungshemmenden Eigenschaften bewiesen und findet auch hier normalerweise ihre Anwendung.

Weizen gras

Über Weizen gras gibt es in der Literatur sehr viel zu finden. Vor allem der hohe Chlorophyll-, Enzym- und Vitamingehalt haben eine bedeutende Rolle. Auch während Entgiftungstherapien kann Weizen gras eine wichtige Rolle spielen. Chlorophyll spielt bei Pflanzen eine ähnliche Rolle wie Hämoglobin bei Menschen – es dient als Träger für Sauerstoff. Auch chemisch ist es fast identisch (nur das Atom besteht aus Magnesium und nicht aus Eisen.) Es gibt Arbeiten, wie die von Dr. Y. Hagiwara, dass Chlorophyll in unserem Körper verwertbar ist und bei der Bildung von Hämoglobin unterstützend beteiligt ist. Auch Dr. T. Kada konnte in seinen Arbeiten zeigen, dass

Weizen gras Chromosomenschädigungen verhindern kann. Weitere Untersuchungen der Universität in San Diego und des M. D. Anderson Institutes in Houston zeigten eine Blockierung von Krebszellen bei Zellkulturen.

Wer sich mit der Mitochondrientherapie intensiv auseinandersetzt und dann untersucht, welche Enzyme im Weizen gras vorhanden sind, versteht sehr leicht, warum es etwas Besonderes ist. Genau die Enzyme, die bei der Zellatmung eine bedeutende Rolle spielen, finden wir auch im Weizen gras: Cytochromoxydase, Lipase, Protease, Amylase, Transhydrogenase, Pepsin und SOD (Superoxidismutase.) Ohne Zweifel stellt Weizen gras für Krebskranke etwas Besonderes dar.

Tributyrat

Tributyrat (PA und PB) ist eine Vorstufe von Dr. Burzynskis Antineoplastone. Eigentlich wurde es für eine sehr seltene Krankheit von der John Hopkins Universität erfunden (UCD, bei der auf Grund eines Enzymmangels die Harnstoffproduktion nicht wie gewohnt funktioniert).

Therapeuten und Kliniken

In den letzten Jahren habe ich durch meine Arbeit natürlich sehr viele Kliniken und Ärzte kennen gelernt. Als ich begann, dieses Buch zu schreiben, hatte ich ursprünglich auch geplant, einige dieser Ärzte bzw. Kliniken in diesem Buch vorzustellen. Doch ich bin hiervon wieder abgekommen und möchte Ihnen auch gerne die Gründe hierfür nennen.

1. Manche Krebsorganisationen haben Listen von alternativen Krebskliniken. Diese Listen sagen jedoch absolut nichts über die Qualität der Klinik aus, sondern kommen aus ganz anderen Gründen zustande (Zugehörigkeit zu einer bestimmtem Organisation, Geld usw.). Dies wissen jedoch die meisten Patienten gar nicht und glauben, dass die Kliniken auf solch einer Liste speziell geeignet sind oder aufwändig ausgesucht wurden.
2. Auch ich habe früher bestimmte Kliniken „empfohlen“, die ich heute jedoch nie und nimmer mehr empfehlen würde. Doch solche Listen werden über Jahre immer und immer wieder erneut kopiert und an Suchende weitergegeben. Wenn solch eine Liste einmal unterwegs ist, ist sie nicht mehr zu stoppen.
3. Ich kenne einige gute und manche empfehlenswerte Kliniken. Doch wie wir selbst auch, so haben auch diese Kliniken ihre Eigenarten, die sich leider auch noch des Öfte-

ren ändern. Für einen Patienten kann es jedoch äußerst wichtig sein, die Eigenschaften einer Klinik zu kennen um die **für sich** optimale Therapie zu erhalten. Deshalb bin in meiner Eigenschaft als Vorstand von *Menschen gegen Krebs e.V.* dazu übergegangen, Patienten nicht einfach Informationen über diese oder jene Klinik zu geben, sondern auch immer darüber zu sprechen, was man selbst tun sollte, um dort optimal betreut zu werden. Zugegeben, manchmal sind es nur Kleinigkeiten, doch solche Kleinigkeiten entscheiden oftmals, ob ein Mensch in eine Klinik geht bzw. dort bleibt. Da ich seit Jahren täglich mehrere Stunden mit Krebspatienten telefoniere, bin ich natürlich immer up-to-date und weiß, was so alles passiert. Diese Informationen waren und sind für viele Menschen sehr wertvoll.

Und jetzt?

Und wo soll ich jetzt hingehen, wenn ich Hilfe brauche? Diese Frage ist berechtigt und nicht so einfach zu beantworten, wie ich vor allem in Punkt drei auf der vorhergehenden Seite schon versucht habe zu erklären. Bei *Menschen gegen Krebs e.V.* versuche ich diese Frage jeden Tag mehrmals zu beantworten und glauben Sie mir, auch ich habe oftmals keine passende Antwort parat. Vor allem wenn es um Krebsarten geht, bei denen die Schulmedizin einerseits gute Statistiken vorzuweisen hat und andererseits jedoch „gerade bei dem Patienten“ die Schulmedizin nicht geholfen hat, dann weiß auch ich keine Klinik, da sich kein Klinikchef aus juristischen Gründen an diesen Patienten die Finger verbrennen möchte. Es gibt Tausende solcher Patienten in Deutschland und ich wünschte mir,

dass es hier mutigere Chefarzte geben würde. Oft muss man als Patient auch Kompromisse eingehen und es ist leider notwendig, sich mit Krebs etwas auszukennen, weil man sonst zu viel glauben muss.

Informieren Sie sich also bei *Menschen gegen Krebs e. V.* oder aber einer anderen Krebsorganisation, der Sie vertrauen. Doch egal in welche Klinik Sie gehen, Sie müssen verstehen welches Konzept dort verfolgt wird, damit Sie das, was dort fehlt, selbst organisieren können. Es gibt nun mal keine Klinik, die alles kann und deshalb ist Ihr Mitdenken dringend notwendig.

Auch im Internet gibt es natürlich sehr viele Informationen. Bitte seien Sie jedoch sehr kritisch bei allen Internetseiten. Bei meinen Forschungen fand ich manchmal sehr interessante Seiten und erst später fand ich heraus, dass selbst hinter gemeinnützigen Vereinen, „freien“ Autoren oder „unabhängigen“ Wissenschaftlern in Wahrheit Organisationen wie kirchliche Sekten, oder über „drei Ecken“ Pharmafirmen stecken, die meistens nur eines wollen: Ihr Geld. **Ich freue mich grundsätzlich**, wenn mich Menschen zuerst einmal „testen“, ob ich denn z. B. ein Scientologe bin oder von einer Firma bezahlt werde (beides kann ich 100 % verneinen!). Bleiben Sie auf jeden Fall unbedingt immer kritisch. Die Welt benötigt Menschen, die einerseits kritisch sind und andererseits jedoch positiv denken. Natürlich können Sie auch selbst suchen. Am besten haben sich für mich die Suchmaschinen: www.google.de und www.metager.de bewährt.

Lassen Sie sich ja nicht von der Professionalität der Internetseiten beeindrucken. Je reicher eine Firma oder eine Organisation ist, desto teurere Werbefirmen können sich diese natürlich leisten. Auch die „bekannte Seriosität“ einer Organisation hat leider bei weitem nicht so viel zu sagen, wie man sich

das gerne wünscht. Das ist wie in der Politik. Nur weil einer Mitglied einer großen Partei ist, sagt er noch lange nicht die Wahrheit (bei Parteien haben das die meistens ja inzwischen verstanden).

Die meisten Seiten sind entweder Befürworter oder Gegner von Chemotherapien. Es gibt leider nur wenige, die sich konstruktiv mit dem ganzen Thema auseinandersetzen. Außerdem gibt es relativ viele selbsternannte Richter, die alles über alternative Krebstherapien wissen wollen, was im Klartext heißt, diese sind alle schlecht. Ich habe persönlich bei mehreren Therapeuten nachgefragt, ob jemand von diesen Experten eigentlich jemals um Akteneinsicht gebeten hat. Dies wurde bei allen, die ich befragt habe, **verneint**. Hier stellt sich einem logisch denkenden Menschen natürlich sofort die Frage, warum wissen diese „Experten“ so viel über Therapeuten/Therapien, die sie noch nie in ihrem Leben vor Ort besucht haben. Gleichzeitig werden jedoch konventionelle Therapien grundsätzlich als gut dargestellt. Seien Sie also vorsichtig, wenn mal wieder jemand etwas über Öl-Eiweiß-Kost oder Gerson schreibt, aber noch niemals in Mexiko war oder Frau Dr. Budwig persönlich kennt.

Fortschritte der „modernen“ Onkologie

Ich bekomme oftmals zu hören, dass die moderne Onkologie doch schließlich in den letzten Jahren kleine und große Fortschritte gemacht hat und dank dieser Fortschritte heute weniger Patienten an Krebs sterben müssen. Dass heute weniger Menschen an Krebs sterben müssen, stimmt so schon mal gar nicht und ob es Fortschritte gibt, na ja, lassen Sie uns doch mal etwas genauer anschauen, ob es diese denn gibt.

Grundsätzlich möchte ich sagen, dass es meiner Meinung nach keine signifikanten Fortschritte in der onkologischen Schulmedizin geben kann, so lange nur Gene für Krebs verantwortlich gemacht werden. Dennoch möchte ich Ihnen ein paar Projekte vorstellen, an denen Onkologen weltweit arbeiten, wie z. B.:

A: Gentherapien

Die Idee dahinter ist, dass wir neue Gene in alte Strukturen einbringen und dadurch Krebs heilen können. Was immer Ihnen erzählt wird, diese Theorie ist von vornherein zum Scheitern verurteilt. Erstens wissen wir auch nach Abschluss des Genomprojektes immer noch nicht, welche Gene eigentlich was bedeuten und zweitens, wie bitteschön soll eine Genreparatur eine Heilung hervorrufen, wenn ein Gen gar nicht

die Ursache von Krebs ist? Des Weiteren ist es in Wirklichkeit gar nicht so einfach, so winzige Partikel wie Gene herauszuschneiden und andere dafür einzusetzen. Wir sind von dieser Technologie noch Lichtjahre entfernt und nicht kurz davor, wie manche Aktienfirmen uns permanent erzählen.

B: Labor und Mensch

Die meisten „modernen Krebstherapien“ der Schulmedizin werden in irgendwelchen Laboratorien entwickelt. Dabei ist das Hauptaugenmerk auf Zelltötung. Dies setzt natürlich voraus, dass wir Zellen im Körper haben, die getötet werden müssen. Auch diesen Ansatzpunkt der Schulmedizin halte ich in 99 % aller Fälle für falsch. Wir haben keine entarteten, bösen Zellen, sondern Zellen die sich anders verhalten. Das ist ein großer Unterschied. Ich töte ja auch nicht jeden „gesamten“ Menschen, wenn er sich nicht in die Gemeinschaft eingliedern kann. Genauso sollten wir uns sehr genau überlegen, ob es richtig ist Zellen zu töten, nur weil sie sich derzeit nicht korrekt in die „Gemeinschaft Mensch“ eingliedern können.

Ohne Zweifel ist das, was da in den Laboratorien auf der ganzen Welt erfunden wird, echt interessant. Neueste Chemotherapien, bei denen Patienten nicht gleich die Haare ausfallen. Moderne Angiogenesehemmer, die den Tumor von der Blutzufuhr abschneiden sollen. Wirkstoffe, welche die ATP-Produktion der Krebszelle blockieren (Methylglyoxal). Präparate, die nur bei bestimmten Krebsarten wie CML wirken (Glivec) sollen und vieles mehr. Alle haben jedoch gemeinsam, dass es darum geht, Zellen zu töten anstatt diese wieder zu einem normalen Wachstum zu bringen. Und alle haben gemeinsam, dass die „großen Erfolge“, von denen uns die Me-

dien jeden Tag berichten, in Wahrheit nur wenige Einzelfälle sind und meistens nur der Aktionärsbefriedigung dienen.

Interessant ist hierbei auch die Tatsache, dass Schulmediziner immer wieder nicht-konventionelle Ärzte belächeln, wenn diese auf Tagungen einzelne Fälle vorstellen, „anstatt“ einer großen randomisierten Doppelblindstudie. Doch wenn es darum geht, neue Therapien zu etablieren, dann wird jeder einzelne Fall einer Tumorverkleinerung als „bahnbrechend“, „sensationell“ oder „zukünftige Richtung der Onkologie“ betitelt. Wer dies schon einhundert Mal gehört oder gelesen hat, kann solche Meldungen beim besten Willen nicht mehr ernst nehmen.

C: Zielspezifische Therapien

Mehr und mehr wird auch in der Schulmedizin erkannt, dass Chemotherapien nicht die endgültige Lösung sind. Doch anstatt dieses Problem offen anzugehen, geht man und mehr dazu über, „zielspezifischere“ Therapien zu entwickeln. Darunter versteht man entweder aktive Impfstoffe, die den eigenen Zellen dabei helfen sollen, Krebszellen besser zu erkennen oder aber Giftstoffe, welche die Giftwirkung erst in der Zielzelle, also der Krebszelle, entfalten.

Auch hier halte ich den Ansatzpunkt für falsch, weil es erneut um die Tötung von Zellen geht. Des Weiteren müssen Impfungen scheitern, weil sie logischerweise nur gegen eine Art von Krebszellen „scharf“ gemacht werden können. Krebszellen sind jedoch äußerst intelligente Zellen, wie eben alle unsere Zellen, und während Labore versuchen, die Zellen auf die Krebszellen abzustimmen, haben ein Teil von Ihnen sich schon längst verändert. Gegen Giftstoffe, welche Ihre Wirkung

erst am Ort des Geschehens entwickeln, bin ich grundsätzlich nicht dagegen. Sie könnten vor allem in lebensbedrohenden Situationen helfen. Doch wir müssen auch hier die Kirche im Dorf lassen. Was seit Jahren immer wieder angekündigt wird, hat bis heute nur im Labor funktioniert. Wir sind von dieser Technologie noch weit entfernt und ich glaube an all die Märchen, die wir heute schon in wissenschaftlichen Magazinen lesen können, erst dann, wenn diese Märchen bei Menschen und nicht bei Mäusen wahr werden.

D: Allgemein

Wenn wir einmal die derzeitigen Studienprotokolle der EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) anschauen, dann können Sie sehen (Stand Mai 2002), dass sich die 675 aktuellen Studien wie folgt aufteilen:

1. Chemotherapie (415 Studien)
2. Radiotherapie (85 Studien)
3. Chirurgie (53 Studien)

Also ca. 82 % aller Studien betreffen den Vergleich neuer und alter Therapien der Schulmedizin und über 61 % betreffen den Vergleich verschiedener Giftstoff untereinander. Der Rest sind hauptsächlich Hormon- und Immuntherapien.

Und jetzt frage ich Sie: Wie um Gottes Willen soll die schulmedizinische Onkologie denn wirklich Fortschritte machen? Die ganze Forschung ist geprägt von Aktionären und Menschen, die am Status Quo und nicht an Änderungen Geld verdienen. Die Meldungen in den Zeitungen sind immer die Gleichen: „In zwei bis drei Jahren haben wir ein marktfähiges

Medikament gegen Krebs.“ Die meisten Patienten wissen natürlich nicht, dass all diese Meldungen in 99 % aller Fälle nur dazu dienen, Aktienkurse zu stabilisieren und nicht Krebskranken zu helfen. Wer hier noch glaubt, dass es **echte** Fortschritte gibt, der segelt auch nicht mit einem Boot aufs Meer hinaus, weil er glaubt, am Horizont abzustürzen.

Notfall Programm

Sie werden mir sicher zustimmen, dass dieses Buch sehr umfassend über Krebs berichtet. Doch dies stellt viele Menschen natürlich auch vor das Problem: **Was mache ich denn jetzt zuerst und was mache ich, wenn ich keine Zeit habe so ein dickes Buch zu lesen?**

Um Sie mit diesen Fragen nicht grundsätzlich allein zu lassen, fasse ich auf den nächsten drei Seiten zusammen, was Sie auf jeden Fall machen sollten, egal für welche Therapie Sie sich sonst noch entscheiden.

1. Klären Sie auf jeden Fall noch einmal die Diagnose ab. Sie wären nicht der/die Erste, welche(r) eine lebensveränderte Therapie auf Grund einer falschen Diagnose bekommt.
2. Nehmen Sie sich 1 - 2 Wochen Zeit, um Ihre Therapie zu finden. Niemand stirbt sofort nach der Diagnose an Krebs.
3. Fallen Sie nicht in eine „Warum Ich“ Depression. Krebs ist bei weitem nicht die schlimme Krankheit wie Sie vielleicht bis heute gedacht haben. Dieser Punkt ist sehr wichtig, denn Sie müssen in den nächsten Tagen viele evtl. lebenswichtige Entscheidungen treffen. Dies ist nur möglich, wenn Sie rational denken können.
4. Sprechen Sie auf jeden Fall mit einem ganzheitlich den-

kenden Therapeuten, selbst wenn Sie sich innerlich schon für eine konventionelle Therapie entschieden haben.

5. Überprüfen Sie alle Prozentangaben ihres Therapeuten. Lassen Sie niemals Aussagen stehen wie: „Wenn Sie diese Therapie machen, haben Sie ?? Prozente mehr Chancen.“ Meine Erfahrung ist, dass hier weitaus mehr Lügen als Wahrheiten verbreitet werden.
6. Nach dem Lesen dieses Buches haben Sie sicherlich verstanden, dass Krebs eine systemische Erkrankung ist und deshalb auch ganzheitlich behandelt gehört. Beginnen Sie immer damit, das 3E-Programm auszuführen. Dazu gehört vor allem:
 - *Öl-Eiweiß-Kost nach Dr. Budwig*
 - *Entgiftungsmaßnahmen wie Darm- und Zahnsanierung und Ausgleich des Säure/Basen Gleichgewichtes*
 - *Visualisierungstraining*
Erstellen Sie sich noch heute einen Plan, was Sie hierzu benötigen. Machen Sie bitte nicht den Fehler und glauben Sie, das hätte noch alles später Zeit. Später ist vielleicht zu spät.
7. Besorgen Sie sich Hilfe. Geben Sie dieses Buch einer Vertrauensperson zum lesen. Es ist wichtig, dass Sie jemanden haben, der Sie auf Ihrem Weg unterstützt und nicht jemanden, der Ihnen seinen Weg aufzwingen will. Sollte es diese Person in Ihrem Umfeld nicht geben, dann gehen Sie lieber allein Ihren Weg als permanent Energie damit

zu verschwenden, anderen Personen zu erklären was Sie tun wollen und warum.

8. Viele Therapien kosten nicht nur Energie, sondern auch Geld. Überlegen Sie sich sehr genau, ob und wie viel Geld Sie für Ihre Therapie ausgeben wollen. Wenn Sie Geld haben, dann ist jetzt der Zeitpunkt es auch auszugeben – oder kennen Sie eine bessere Gelegenheit? Wenn Sie kein oder nur wenig Geld haben, dann machen Sie sich trotzdem einen umfangreichen Therapieplan. Es ist zwar anstrengender, aber 100 % möglich.
9. Es geht um Sie, nicht um Ihre Partner oder Kinder. Erklären Sie dies Ihrer Familie. Dies hat nichts mit Egoismus zu tun, sondern es erleichtert Ihnen wichtige Entscheidungen zu treffen und Unterstützung zu bekommen. Lassen Sie es nicht zu, dass Sie bemitleidet werden. Dies ist zwar kurzfristig angenehm, aber was Sie jetzt brauchen sind rational denkende Menschen um Sie herum.
10. Sie haben diesen Tumor / diese Zellen entwickelt und nur Sie sind auch dafür verantwortlich, dass alles wieder ins richtige Lot kommt. Übernehmen Sie hierfür die Verantwortung und geben Sie diese nicht aus Ihren Händen.
11. Sorgen Sie dafür, dass Ihnen Ihr Leben Freude bereitet. Ich bin mir durchaus bewusst, dass sich dieser Satz für Krebskranke zuerst einmal paradox anhört. Doch gerade dies ist ein wichtiger Punkt, der zu Ihrer Heilung beitragen wird. Treffen Sie also die notwendigen Entscheidungen, damit Ihnen Ihr Leben (wieder) mehr Spaß macht und überlegen Sie, wann Sie damit aufgehört haben, ihre Träume zu leben.

12. Heilung entsteht in Ihnen. Kein Medikament der Welt kann Sie heilen. Wenn Sie diesen Satz einmal verinnerlicht haben, dann sind Sie schon auf dem Weg der Heilung.

Die Zukunft der Onkologie

Ich möchte dieses Buch nicht schließen, ohne Ihnen mitzuteilen, was ich mir von der onkologischen Zukunft erhoffe. Die nächsten Zeilen sind nicht für alle Leser dieses Buches geschrieben, weil es nämlich den meisten Lesern dieses Buches darum geht, zu erfahren, wie sie sich selbst oder aber anderen Menschen mit Krebs helfen können. Aus diesem Grund habe ich dieses Buch auch hauptsächlich geschrieben.

Ein anderer Grund für dieses Buch ist jedoch auch, einen Beitrag dazu zu leisten, dass sich die derzeitige Onkologie endlich ändert. Von der Tiefe meines Herzens bin ich davon überzeugt, dass wir nicht nur in der Onkologie, sondern in der Medizin im Allgemeinen tief greifende Änderungen benötigen. Es reicht hier nicht, dieses oder jenes Gesetz zu ändern, sondern wir benötigen große Schritte. Hätten die Bürger der DDR auch über Änderungen ihrer Gesetze diskutiert, anstatt auf der Straße zu demonstrieren und an den Traum eines Lebens ohne Mauer zu glauben bzw. diesen Traum zu visualisieren – es gäbe heute noch die Mauer.

So lange Parteien Spenden annehmen und Politiker und Ärzte keine Angst vor Strafe haben müssen, so lange wird sich auch nichts im größeren Stile ändern. Da es meiner Meinung nach utopisch ist, an solche Änderungen zu glauben, rufe ich alle Menschen dazu auf, die notwendigen Änderungen eben im kleinen Stile durchzuführen. Würden alle Ärzte, die bei ihrer Familie keine Chemotherapien verordnen, dies auch nicht bei ihren Patienten tun, dann wären wir schon einen Schritt weiter. Hätten mehr Ärzte den Mut, das öffentlich zu

vertreten, was sie oftmals in kleinen Gruppen vertreten, dann wären wir noch einen Schritt weiter.

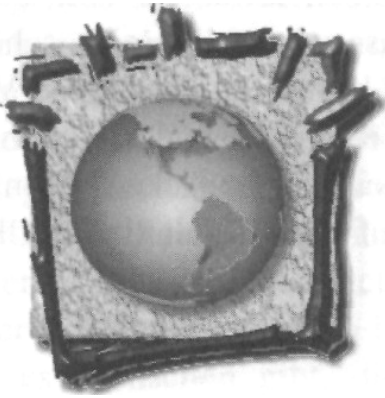
Es gäbe hier noch viele solcher Schritte aufzuzählen, doch ich behaupte einfach mal, dass viele Menschen die Schritte, die wir machen müssten, eigentlich schon längst kennen, sie aber leider nicht gehen. Mein Buch soll auch Mut machen, diese Schritte endlich zu gehen. Wenn wir es nicht tun, wer dann? Unsere Kinder? Verlassen wir uns lieber nicht darauf, sondern lassen Sie uns heute damit beginnen, die notwendigen Schritte einzuleiten. Überlegen Sie sich was **Sie** tun können, damit es **uns** allen besser geht. Und sollte es Ihnen heute gut gehen und Sie sehen keine Notwendigkeit, dann kann ich nur sagen, auch Ihr Kind oder Ihr Partner kann morgen Hilfe benötigen und dann sind Sie froh, wenn es Menschen gibt, die Ihnen gehbare Wege aufzeigen können.

Es ist möglich, Krankenkassen davon zu überzeugen, dass sie das Geld Ihrer Mitglieder auch für Ernährungs- und Entgiftungstherapien ausgeben. Es ist möglich, dass wir komplett alternative Gesundheitshäuser bauen oder einrichten, wo es ausschließlich darum geht, heilende Felder zu kreieren. Es ist möglich, Pharmafirmen und Aktionären zu zeigen, dass sie nicht nur an Krankheiten Geld verdienen können. Es ist möglich, bei Menschen in wenigen Tagen Heilungsprozesse zu starten. Es ist möglich ...!

Denken Sie nur daran, dass wenn alles vorhandene Geld der Welt „gerecht“ verteilt würde, wir alle Millionäre wären. Ich weiß (nicht glaube!), dass Krebs in jedem Stadium heilbar ist und viel zu viele Menschen wegen Bürokratismus, Unwissenheit und „Systemfehlern“ sterben müssen. Es liegt in unseren Händen die notwendigen Änderungen endlich durchzuführen. Doch eines ist sicher, ein paar Änderungen hier und ein paar weitere dort reichen hierzu nicht aus.

Überlassen Sie Ihre Zukunft und die Ihrer Kinder also bitte nicht anderen Menschen. Seien Sie mutig und machen Sie endlich das, von was Sie früher nur geträumt haben. Heute ist die richtige Zeit dafür, nicht morgen. Nicht jeder ist als Gandhi oder Spartakus geboren. Aber jeder kann seine Träume leben und dadurch zu einer besseren Welt beitragen.

Sollten Sie glauben, dass Sie nichts dazu beitragen können, dann kann ich nur sagen, **jeder** kann es. Sie können dieses Buch weiterempfehlen, Sie können Nein sagen und Sie können sich Zeit nehmen, etwas für andere zu tun. Egal in welchem kleinen oder großen Rahmen. Wir alle können etwas für eine bessere Zukunft tun. Und sei es „nur“, dass wir täglich eine schönere Welt visualisieren und damit dazu beitragen, dass diese Vision bald Wirklichkeit wird. Ich mache es täglich und Sie können es auch. Lassen Sie es uns also gemeinsam anpacken, denn Gott möchte bestimmt nicht, dass wir auf dieser Welt sind, um krank und unglücklich zu sein.



MENSCHEN
GEGEN
KREBS E.V.

Alle Menschen haben das Recht zu wissen und zu wählen

Eine Krebsorganisation wie jede andere?

1985 gründete Frank Wiewel in den USA die Krebsorganisation *People against Cancer* mit dem Ziel, nicht-konventionelle Krebstherapien zu erforschen und zu fördern. Heute informiert seine Organisation Menschen in 27 Ländern über erfolgreiche Krebstherapien. 1997 wurde der Verein *Menschen gegen Krebs e. V.* von mehreren Enthusiasten gegründet, um erstens das schon vorhandene Wissen von *People against Cancer* in den USA auch deutschen Bürgern zugänglich zu machen und zweitens eigene Forschungen über nicht-konventionelle Krebstherapien durchzuführen.

In unseren Forschungen geht es uns nicht so sehr um bestimmte Medikamente, da uns bewusst ist, dass es in der Krebstherapie wegen der umfassenden Erkrankung keine Wundermittel gibt oder jemals geben wird. Während es in der Schulmedizin immer noch ausschließlich um Ansprechraten und Tumorerstörung geht, untersuchen wir vorrangig die wirkliche Überlebenszeit und noch wichtiger, die Lebensquali-

tät. Auch der hinter der Therapie stehende Denkansatz der Therapie ist uns wichtig, da wir in den letzten Jahren sehr genau lernten, dass vor allem bei Krebspatienten nur umfassende Therapiekonzepte und nicht einzelne Therapien oder Medikamente helfen können.

Unsere bisherigen Ergebnisse können sich sehen lassen und wir wissen heute, dass Krebs, wenn er von Beginn an ganzheitlich behandelt wird, bei weitem nicht diese tödliche Krankheit ist, als die sie meistens dargestellt wird. Diese positive Nachricht an Menschen weiterzugeben, und damit auch etwas die große Angst vor Krebs zu nehmen, ist neben unserer Forschungsarbeit unser hauptsächliches Aufgabengebiet.

Wir sind auch für all die Menschen da, die von der konventionellen Medizin aufgegeben und nicht bzw. nicht mehr behandelt werden (können). Unter einem holistischen Gesichtspunkt stellt sich Krebs auch in einem sehr späten Stadium anders dar, als wenn man nur drei bis vier Therapien kennt. Natürlich wünschen wir uns, dass Menschen sofort nach der Diagnose ganzheitlich behandelt werden, doch dies geschieht in den wenigsten Fällen und leider hat die Schulmedizin bei Rückfällen in der Regel fast keine Behandlungsoptionen anzubieten.

UNABHÄNGIGKEIT wird bei uns groß geschrieben!

Es gibt Menschen die behaupten, dass Menschen gegen Krebs e. V. die einzige unabhängige Krebsorganisation Deutschlands wäre. Da wir nicht alle kennen, ist es natürlich schwer für uns, dies zu bestätigen. Was wir jedoch unseren Mitgliedern versprechen, ist:

- wir akzeptieren keine Spenden von Personen, Firmen, Parteien oder Organisationen, die Einfluss auf unsere Arbeit haben wollen.
- wir haben in unserem Vorstand keinen einzigen Klinikbesitzer, Arzt oder Mitarbeiter einer Firma bzw. Praxis, der durch die Mitgliedschaft in unserem Verein finanzielle Vorteile hätte.
- Wir veröffentlichen positive Arbeiten über konventionelle oder nicht-konventionelle Therapien, erlauben uns aber auch, negative Punkte in einer deutlichen Sprache anzusprechen.

Und jetzt urteilen Sie selbst. Welche andere Krebsorganisation kann dies von sich behaupten?

Was Menschen gegen Krebs e. V. für Sie macht:

In den letzten Jahren haben wir Strukturen aufgebaut, um krebserkrankten Menschen effektiv und vor allem schnell helfen zu können. Damit Menschen wieder gesund werden:

- sammeln wir Informationen über Krebstherapien aus aller Welt;
- sehen wir uns Krankendaten an und werten diese aus;
- interviewen wir geheilte Krebskranke, um noch besser lernen zu können, wie Heilungen möglich sind;
- senden wir alle 3 Monate das Magazin *Optionen* an unsere Mitglieder mit News über neue Krebstherapien;
- tauschen wir uns mit anderen Krebsorganisationen aus;
- besuchen wir weltweit Kliniken, die Erfolge aufzuweisen haben. In den letzten Jahren haben wir weltweit über 100 Kliniken besucht;

- informieren wir Regierungen, Institutionen und Medien über Unrechtmäßigkeiten im Gesundheitssystem;
- lesen wir deutsche und internationale Literatur um unsere Mitglieder über lesenswerte Literatur aufklären zu können;
- veranstalten wir Seminare und Vorträge über Krebstherapien;
- haben Mitglieder von Montag - Donnerstag zwischen 10.00 Uhr und 12.00 Uhr die Möglichkeit unsere telefonische Hotline anzurufen
- können Sie auf unseren Internetseiten Informationen über aktuelle Krebstherapien abrufen; beantworten wir Fragen unserer Mitglieder schnellstens per e-Mail oder Fax.

Wir sind ein Team voller Enthusiasten, die sich berufen fühlen, anderen Menschen zu helfen. Andererseits sind wir jedoch keine Missionare, weil wir wissen, dass die Bereitschaft zu einer ganzheitlichen Therapie vom Patienten ausgehen muss und ihm nicht aufgezwungen werden sollte. Deshalb sehen wir es auch nicht als unsere Aufgabe an, Patienten davon zu überzeugen, dass sie unbedingt eine holistische Therapie machen sollen, sondern wollen denen helfen, die nach Optionen suchen.

Mehr Infos bei:

Menschen gegen Krebs e. V.
 Pfarrstr. 8/1
 71394 Kernen Tel: 07151-910217
 Fax: 07151-910218
 e-Mail: mgk@krebstherapien.de
www.krebstherapien.de